



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



Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe

Jahresbericht 2003

Analysen zur
Struktur des
ambulanten
Suchthilfesystems

Herausgeber:
Ministerium für 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

Januar 2005
Band 5

ISSN 0935-4379

Diese Broschüre
wurde aus
Recyclingpapier
hergestellt.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der schleswig-holsteinischen Landesregierung herausgegeben. 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 bevorstehenden 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 5)

Jahresbericht 2003:
Analysen zur Struktur des
ambulanten Suchthilfesystems

Christian Schütze
Jens Kalke
Sven Buth
Peter Raschke

Institut für interdisziplinäre
Sucht- und Drogenforschung ISD
Hamburg

Inhalt

Kapitel 1: Zusammenfassung: Fragestellung, Datengrundlage und Ergebnisse	5
1.1 Fragestellung und Zielsetzung	5
1.2 Datenkontrolle und Datenvalidität	7
1.3 Die Lebenssituation und Versorgung der Klienten/innen	8
1.4 Veränderungen über die Jahre 2001 bis 2003	12
1.5 Die Struktur der ambulanten Suchtkrankenhilfe	13
Kapitel 2: Die Lebenssituation und Versorgung der Klientinnen und Klienten	19
2.1 Datengrundlage	19
2.2 Anzahl dokumentierter Personen	20
2.3 Das Alter der Klienten/innen	23
2.4 Die Angehörigen	25
2.5 Der Hauptdrogentyp der Klienten/innen	25
2.6 Wohnsituation der Klienten/innen	33
2.7 Familienstand	37
2.8 Der Bildungs- und Ausbildungsstand	40
2.9 Die berufliche und finanzielle Situation	44
2.10 Der Weg in das Hilfesystem hinein und wieder hinaus	49
2.11 Die klientenbezogenen Leistungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems	54
2.12 Niedrigschwellige Dienstleistungen	59
Kapitel 3: Die Struktur der ambulanten Suchtkrankenhilfe	64
3.1 Fragestellung und einleitende Bemerkungen	64
3.2 Datengrundlage	66
3.3 Analyse I: Grundausswertung	67
3.4 Analyse II: Auswertung nach Klienten/innen und Tätigkeiten	74
3.5 Fazit	94
Literatur	97

Kapitel 1:

Zusammenfassung: Fragestellung, Datengrundlage und Ergebnisse

1.1 Fragestellung und Zielsetzung

- Dies ist der fünfte Bericht der Landessuchthilfestatistik. Mit dem Jahresbericht 2003 wird die regelmäßige Berichterstattung fortgesetzt, die mit der Einführung der EDV-gestützten Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein begonnen wurde. Das Monitoring wird in den nächsten Jahren fortgeschrieben, um landesweite Trends erkennbar werden zu lassen und zu ausgewählten Themenfeldern vertiefende Erkenntnisse zu gewinnen. Durch Fortschreibung und Berücksichtigung bisheriger Entwicklungen können auf einer empirischen Grundlage Diskussionen über Handlungsbedarfe und Perspektiven der ambulanten Suchtkrankenhilfe geführt sowie die Qualitätssicherung auf einer einrichtungsübergreifenden Ebene vorangetrieben werden. In diesem Sinne sind auch die Analysen des Jahresberichtes 2003 zu verstehen.
- Der Jahresbericht 2003 besteht aus dem jährlich erscheinenden Statusbericht (Kapitel 2) – der Grundinformationen zum Suchtmittelkonsum und zur soziodemografischen Situation der Klientinnen und Klienten sowie zu den nachgefragten Leistungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe enthält – und einer Spezialanalyse zur Struktur der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein (Kapitel 3). Das Besondere an der letzteren Auswertung ist, dass erstmals Strukturdaten der Einrichtungen mit Informationen über Klienten/innen und für sie erbrachte Leistungen verbunden werden. Auch wenn diese Analysen nur auf einer begrenzten Anzahl von strukturellen Informationen aus den Einrichtungen beruhen,

soll damit gezielt der *Einstieg* in eine fachliche Diskussion angeregt werden.

- In den vorangegangenen Jahresberichten wurden u. a. das Inanspruchnahmeverhalten der Klientinnen und Klienten differenziert nach Geschlecht, Alter und Hauptdroge (2000) analysiert, ein Stadt-Land-Vergleich durchgeführt (2001) sowie betreute Jugendliche und junge Erwachsene in der ambulanten Suchtkrankenhilfe betrachtet (2002). Insgesamt wird an diesen Auswertungen der Ertrag einer modernen EDV-gestützten Dokumentation deutlich: Soziodemografische Informationen über die Klienten/innen können mit Daten über in Anspruch genommene Leistungen verknüpft werden. In dem vorliegenden Jahresbericht kommt eine dritte Säule hinzu: Die Strukturdaten der Einrichtungen. Eine solche Trias von Klienten-, Tätigkeits- und Einrichtungsdaten eröffnet ein neues Feld von Auswertungsmöglichkeiten und damit verbundener Erkenntnisse.
- Der Prozess der EDV-gestützten Dokumentation in Schleswig-Holstein wird begleitet von der Projektgruppe „Ambulante Suchtkrankenhilfe“, die sich aus Vertreterinnen und Vertretern des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein (MSGV), der Landestelle gegen die Suchtgefahren (LSSH), der freien Wohlfahrtsverbände (Diakonisches Werk, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Arbeiterwohlfahrt), des Landkreistages, des Städteverbandes, des Fachausschusses Sucht und des Institutes 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 Empfehlungen und Vorschlägen, welche aus den Ergebnissen der Suchthilfestatistik abgeleitet wurden. Die Themen und Inhalte des vorliegenden Jahresberichts 2003 – Statusbericht und Strukturanalyse – wurden gemeinsam in der Projektgruppe festgelegt.

1.2 Datenkontrolle und Datenvalidität

- Die Bereitstellung der mit HORIZONT erfassten Daten geschieht über eine Datenbankexportschnittstelle („Datex“): Die Daten werden anonymisiert und durch einen HIV-Code sowie eine interne Identifikationsnummer doppelt verschlüsselt weitergegeben, so dass eine fallbezogene Analyse möglich wird, ohne die Anonymität zu gefährden.
- Die Daten wurden einer gründlichen und aufwändigen Kontrolle unterzogen, um falsche oder un plausible Angaben herauszufiltern. Darüber hinaus wurde analysiert wie ausführlich, wie vollständig und wie tief dokumentiert worden ist. Hieraus wurden „Dokumentationsprotokolle“ erstellt, die den einzelnen Einrichtungen zugesandt wurden, um eine Transparenz des Dokumentierens zu ermöglichen.
- Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass generell der Datenkontrolle ein hoher Stellenwert zukommt und sie in einen reflexiven Transferprozess mit den beteiligten Einrichtungen eingebunden sein muss.
- Es kann festgestellt werden, dass sich in der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins – mitbedingt durch die Dokumentationsprotokolle – die Datenqualität im Jahr 2003 erneut verbessert hat.
- Für die Perspektiven der EDV-gestützten Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe ist es von Bedeutung, dass seit dem 4. Quartal 2004 ein überarbeiteter Datensatz zur Anwendung kommt, der von der Projektgruppe „Ambulante Suchtkrankenhilfe“ verabschiedet worden ist. Dieser baut auf den bisherigen Erfahrungen auf, „verschlankt“ die Erfassungskataloge jedoch um Kategorien, die sich in der Vergangenheit als wenig praxisrelevant gezeigt haben, und sieht ferner einige Pflichtfelder vor. Es kann erwartet werden, dass sich mit diesem Datensatz die Dokumentationsqualität noch weiter verbessern wird.

1.3 Die Lebenssituation und Versorgung der Klienten/innen

- Die Datengrundlage für diese Analyse lieferten 56 Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein. Sie übergaben dem ISD ihre exportierten Datenbanken für das Jahr 2003 zur statistischen Auswertung.
- Die Datenbanken beinhalten Angaben zu 12.253 Personen, die im Jahre 2003 namentlich erfasst wurden: 10.658 Klienten/innen und 1.595 Angehörige. Dazu kommen 8.918 anonyme Kontakte mit nicht namentlich erfassten Klienten/innen.
- Etwa ein Viertel aller namentlich bekannten Klienten/innen sind Frauen (27 %), bei drei Vierteln handelt es sich um Männer. In der Gruppe der Angehörigen überwiegen die Frauen mit einem Anteil von 74 %.
- Die Mehrheit der Klienten/innen ist mittleren Alters: 55 % der Männer und 52 % der Frauen sind zwischen 31 und 50 Jahren alt. Das durchschnittliche Alter der Männer beträgt 37,4 Jahre, das der Frauen 39,5 Jahre. Die Angehörigen sind mit durchschnittlich 43,8 Jahren (Frauen) bzw. 45,8 Jahren (Männer) deutlich älter als die Klienten/innen.
- Die bedeutendste Hauptdroge ist der Alkohol: 47 % der Klienten/innen wandten sich auf Grund eines solchen Problems an eine ambulante Beratungsstelle. Jede/r vierte Klient/in ist ein Opiatabhängiger (25 %), davon ist die Mehrzahl in aktueller Substitutionsbehandlung.
- 6 % der Klienten/innen benötigen Hilfe im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis; die Personen mit Essstörungen besitzen einen Anteil von 2 %, pathologische Spieler/innen von 3 %. Kokain, Amphetamine, LSD, Ecstasy und Medikamente sind als Hauptdrogentypen von sehr geringer Bedeutung (jeweils bis zu einem Prozent). Von 14 % der Klienten/innen liegen keine Angaben zur Hauptdroge/-störung vor.
- In den Gruppen der Opiatabhängigen, Cannabiskonsumenten/innen und pathologischen Spieler finden

sich überproportional viele Männer, bei den Medikamentenabhängigen und Essgestörten überdurchschnittlich viele Frauen. In den Gruppen der Alkoholkonsumenten/innen und der Substituierten zeigt sich das allgemeine Geschlechterverhältnis aller Klienten/innen (siehe oben).

- Mit sechs Jahren über dem Durchschnitt aller Klienten/innen sind die Alkoholiker/innen (-gefährdeten) als Gesamtgruppe am ältesten (44 Jahre). Durchschnittlich etwas jünger sind die Substituierten (34 Jahre), während Opiatabhängige deutlich jünger sind als die durchschnittlichen Klienten/innen (31 Jahre). Am jüngsten sind die Cannabiskonsumenten/innen (20 Jahre).
- In stabilen Wohnsituationen leben durchschnittlich 87 % aller Klienten/innen, wobei sich zwischen den Geschlechtern und insbesondere den Hauptdrogentypen deutliche Unterschiede zeigen: Frauen leben eher selbstständiger und in stabileren Verhältnissen als Männer. Alkoholklienten/innen leben weit überwiegend in stabilen Verhältnissen (91 %) – ebenso wie die Essgestörten (93 %) und die pathologischen Spieler/innen (92 %). Opiatabhängige befinden sich am ehesten (33 %) und mit erkennbarem Abstand vor den Substituierten (17 %) in prekären Wohnsituationen.
- Jede/r zweite Klient/in (50 %) ist ledig, etwa jede/r dritte verheiratet (31 %). Allein leben 39 % der Hilfesuchenden. Mit Partner/in und/oder Kindern leben 43 % der Alkoholkonsumenten/innen zusammen aber nur 28 % der Substituierten und 21 % der Opiatabhängigen. Diese beiden Gruppen leben (noch) wesentlich häufiger mit ihren Eltern zusammen als die Personen mit Alkoholproblemen. Am häufigsten trifft dieses aber auf die Cannabiskonsumenten/innen zu: Mehr als jede/r Zweite wohnt bei den Eltern (52 %).
- 64 % der Klienten/innen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems im Alter über 18 Jahren besitzen maximal einen Hauptschulabschluss, ein Viertel verfügt über die Mittlere Reife (24 %) und jede/r Zehnte über die Hochschulreife (11 %). Am höchsten qualifiziert ist die Gruppe der Essgestörten: Unter ihnen

sind 66 % mit Hochschul- oder Mittlerer Reife und nur 2 % ohne einen Schulabschluss zu finden. Dagegen besitzen nur 24 % der Opiatabhängigen und 22 % der Substituierten die Hochschul- oder Mittlere Reife.

- Einen Ausbildungs- bzw. Hochschulabschluss können nahezu zwei Drittel aller Klienten/innen (63 %) in einem Alter über 19 Jahre vorweisen – 37 % der Klienten/innen haben die Ausbildung abgebrochen oder nicht begonnen. Die Alkoholkonsumenten/innen verfügen zu drei Vierteln (74 %) über einen Ausbildungs- bzw. Hochschulabschluss, während zwei von drei Substituierten (62 %) und Opiatabhängigen (64 %) die Ausbildung abgebrochen oder nicht begonnen haben.
- Eine eigene Erwerbstätigkeit ist für 35 % der Klienten/innen die Haupteinkommensquelle. Ein größerer Anteil lebt von Transferleistungen: 46 % der Klienten/innen beziehen ihr Haupteinkommen aus Arbeitslosengeld oder -hilfe, Krankengeld oder Sozialhilfe. Während Substituierte und Opiatabhängige nur zu 20 % bzw. 24 % ihr Haupteinkommen durch Erwerbstätigkeit gewinnen, sind dies bei den Alkoholklienten/innen und Essgestörten 40 % bzw. 45 %.
- Nur vier von zehn Klienten/innen haben keine Schulden (42 %), jede/r Fünfte hat sich bis zu 5.000 EURO verschuldet (25 %). Schulden über 5.000 EURO sind bei den pathologischen Spieler/innen überdurchschnittlich anzutreffen, während sie am seltensten keine Schulden haben (11 %).
- Im Jahr 2003 hatte annähernd jede/r Zweite der Klienten/innen erstmals Berührung mit den Hilfeangeboten für Suchtmittelabhängige (52 %), während 41 % der Klienten/innen bereits im Vorjahr einen Kontakt besaßen. Lediglich 7 % der Klienten/innen erneuerten im Jahr 2003 ihren Kontakt zum Hilfesystem aus den Jahren vor 2002.
- Begonnen wird annähernd jede zweite Betreuung durch die Vermittlung von professioneller Hilfe (43 %). Aus eigener Motivation nimmt etwa jede/r vierte Klient/in die Angebote der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Anspruch (23 %).

- Fast die Hälfte aller Behandlungen (45 %) werden planmäßig abgeschlossen. Bei etwas mehr als einem Drittel erfolgte ein Abbruch durch die Klienten/innen (37 %). 13 % der Betreuungen werden durch eine Weitervermittlung bzw. eine Verlegung beendet, während der Abbruch der Betreuungssequenzen durch die Mitarbeiter/innen der Suchtkrankenhilfe sehr selten vorkommt (3 %).
- Eine Verbesserung des Konsumstatus am Ende der Betreuung bis hin zur Abstinenz wird mehr als jedem bzw. jeder zweiten Klient/in attestiert (58 %); nur für 5 % der Klienten/innen wird eine Verschlechterung ihres Konsumstatus festgehalten. Ein unverändertes Konsumverhalten wurde bei jedem/r dritten Klienten/in dokumentiert (32 %).
- Die im Jahr 2003 erbrachten 112.711 klientenbezogenen Leistungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems gliedern sich in 45 % Beratungs-, 35 % Betreuungs- (hierunter fallen die psychosoziale Betreuung Substituierter und die ambulante Rehabilitation) und 14 % Informationsleistungen. Zeitlich besitzen die Betreuungsleistungen mit 54 % der insgesamt aufgewendeten Zeit den größten Anteil, gefolgt von den Beratungsleistungen (34 %).
- Die für Frauen erbrachten Betreuungsleistungen nehmen durchschnittlich eine Stunde mehr in Anspruch (17,3 Stunden) als die der Männer (16,2 Stunden). Dies gilt in gleicher Weise auch für die Beratungsleistungen (Frauen: 4,2 Stunden; Männer: 3,5 Stunden).
- Je älter die Klienten/innen sind, desto länger dauert ihre Betreuung: Die Jüngsten (bis 25 Jahre) kommen auf einen Wert von durchschnittlich 7,9 Stunden Betreuungsleistungen pro Person, während die Ältesten (älter als 45 Jahre) 23,4 Stunden dieses Leistungstyps in Anspruch nehmen.
- Für Alkohol Klienten/innen wurde die durchschnittlich längste Leistungsdauer dokumentiert (12,5 Stunden), gefolgt von den pathologischen Spieler/innen (10,3 Stunden) und den Essgestörten (9,9 Stunden). Für Substituierte werden 7,3 Stunden aufgewendet, für Opiatabhängige 7,5 Stunden und für Cannabiskonsumern/innen lediglich 2,9 Stunden.

- Vier der niedrigrschwellig arbeitenden Einrichtungen dokumentierten im Jahr 2003 insgesamt 20.964 Kontakte. Es wurden über 185.322 Spritzen (7 Einrichtungen) getauscht und 9.585 Mahlzeiten ausgegeben (5 Einrichtungen).

1.4 Veränderungen über die Jahre 2001 bis 2003

- Soziodemographisch zeigt sich die Klientel des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems Schleswig-Holsteins sehr stabil: Die Geschlechterverteilung der Klienten/innen und der Angehörigen hat sich über die vergangenen drei Jahre nicht verändert. Bei den weiblichen Klienten zeigt sich aber eine stetige Zunahme des Durchschnittsalters um ca. 9 Monate pro Jahr.
- Keine nennenswerten Veränderungen sind bezüglich der Wohnsituation, des formalen und tatsächlichen Familienstandes und der finanziellen Situation festzustellen. Allerdings hat der Anteil der erwerbstätigen Klienten/innen im Vergleich zum Vorjahr um 5 Prozentpunkte abgenommen, während die Anteile der Bezieher/innen von Sozialhilfe und Arbeitslosengeld bzw. -hilfe um jeweils zwei Prozentpunkte zunahmen.
- Auch die Verteilung der Hauptdrogentypen erweist sich in den drei zurückliegenden Berichtsjahren als stabil. Im Vergleich zum Vorjahr hat im Jahre 2003 lediglich der Anteil der Substituierten um 4 Prozentpunkte zugenommen, während der Anteil der Heroinabhängigen um 3 Prozentpunkte sank.
- Auf vergleichbarem Niveau wie 2001 und 2002 bewegt sich im Jahre 2003 die Rate der neu in das Hilfesystem hineingekommenen Klienten/innen.
- Vom Jahr 2001 zum Jahr 2003 vollzieht sich ein Anstieg der planmäßigen Betreuungsabschlüsse, der mit dem Absinken der Abbrüche durch die Klienten/innen korrespondiert. Beim Konsumstatus werden im Detail kleine Veränderungen sichtbar: So sind bei den Cannabis- und Opiatkonsumenten/innen leichte Verbesserungen (höhere Anteile eines gebesserten bzw. abstinenter Konsumstatus) feststellbar.

- An der altersspezifischen Leistungsverteilung (Ältere nehmen länger Leistungen in Anspruch als Jüngere) hat sich zwischen den Jahren 2001 und 2003 ebenso wenig etwas verändert, wie an dem Umstand, dass die Konsumenten/innen und Abhängigen illegaler Rauschmittel durchgängig weniger Zeit in Anspruch nehmen als die Klienten/innen mit Problemen im Umgang mit Alkohol oder substanzungebundenen Störungen.
- Die Anzahl der im Jahre 2003 ausgegebenen Spritzen ist im Vergleich zu den letzten beiden Jahren nochmals deutlich gesunken.

1.5 Die Struktur der ambulanten Suchtkrankenhilfe

Diese Analyse erfolgt in zwei Schritten: In der ersten Auswertung werden Daten zu den Einrichtungstypen, Zielgruppen und wichtigsten angebotenen Hilfen präsentiert. In der zweiten Analyse werden diese Strukturdaten der Einrichtungen verbunden mit EDV-gestützt erfassten Informationen über Klienten/innen und für sie erbrachte Leistungen. Diese Art der Auswertung ist neu; sie wurde bislang in Deutschland noch nicht durchgeführt. Die wichtigsten Ergebnisse der beiden Strukturanalysen sind:

Analyse I (Grundauswertung)

- Von den 61 Einrichtungen, die sich an der Befragung beteiligt haben, sind 41 dem Typ „Legale und Illegale Drogen“ zuzuordnen (67 %). Dort werden sowohl Alkohol-Klienten/innen, medikamentenabhängige Personen als auch Konsumenten/innen illegaler Drogen beraten und betreut. Dieser Typ ist auch unter der Bezeichnung „integrative Suchtberatungsstelle“ bekannt. Daneben bestehen Einrichtungen, die sich auf bestimmte Klientengruppen spezialisiert haben: 12 Einrichtungen für Konsumenten/innen illegaler Drogen (20 %) und 6 Einrichtungen für den legalen Bereich (10 %).
- Bei den Einrichtungen, die ausschließlich Konsumenten/innen illegaler Drogen betreuen, halten vier von ihnen niedrigschwellige Angebote vor. Bei den inte-

grativen Suchtberatungsstellen verfügt ungefähr jede Zehnte über niedrigschwellige Hilfen, die räumlich in das Angebot der Einrichtung eingegliedert sind. Beim Einrichtungstyp „Legale Drogen“ sind bisher keine niedrigschwelligen Hilfeleistungen angesiedelt.

- Beinahe jede zweite Einrichtung verfügt über geschlechtsspezifische Angebote (48 %). Als konkrete Beispiele wird ein Spektrum von geschlechtsspezifischen Einzelgesprächen über Mutter-Kind-Gruppen bis hin zu speziellen Präventionsprojekten genannt.
- Differenziert nach Regionen stellt sich die Situation beim Einrichtungstyp wie folgt dar: Die integrative Suchtberatungsstelle ist im ländlichen Gebiet die vorherrschende ambulante Einrichtungsart (91 %). In den kreisfreien Städten finden sich dagegen viele spezielle Einrichtungen für bestimmte Klientengruppen (illegale Drogen: 41 %, legale Drogen: 24 %). Diese Zusammensetzung drückt ein eher ausdifferenziertes, spezialisiertes Hilfesystem in den kreisfreien Städten aus. Im Hamburger Randgebiet besteht ein „Mischsystem“: Auch hier dominiert zwar die integrative Suchtberatungsstelle, aber immerhin jede vierte Einrichtung ist auf bestimmte Klientengruppen spezialisiert.
- Im Durchschnitt haben die Einrichtungen an 4,7 Tagen pro Woche insgesamt 36,1 Stunden geöffnet. Zu dieser Zeit finden der allgemeine Publikumsverkehr und individuell festgesetzte Termine statt. Dies kann als Ausdruck einer – in zeitlicher Hinsicht – guten Erreichbarkeit der Einrichtungen bewertet werden.
- Die Angebote der ambulanten Einrichtungen richten sich vor allem an alkoholabhängige bzw. -gefährdete Personen sowie an die Konsumenten/innen illegaler Drogen. Jeweils etwa drei Viertel der Einrichtungen nennen diese Zielgruppen als Schwerpunkt ihrer Arbeit. Es folgen „Medikamente“ mit einem Anteil von 38 % aller Einrichtungen, die diesen Bereich nennen. Die so genannten nichtstofflichen Süchte – das pathologische Glücksspielen und die Essstörungen – werden immerhin von 33 % bzw. 21 % der Einrichtungen als Schwerpunkte angegeben. Dagegen hat

die Beratung von Rauchern/innen eine untergeordnete Bedeutung (13 %).

- Werden die Hilfeformen betrachtet, zeigt sich, dass in fast allen Einrichtungen die Beratung von Klienten/innen (98 %) und Angehörigen (87 %) eine zentrale Tätigkeit darstellt. Daneben ist in 80 % der Einrichtungen die anonyme Beratung eine wichtige Hilfeform.
- Ein weiterer Schwerpunkt ist die psychosoziale oder therapeutische Betreuung von Klienten/innen: In nahezu 60 % der Einrichtungen zählt die Betreuung von Substituierten zu den Schwerpunkttätigkeiten. Bei nicht sehr viel weniger Einrichtungen trifft dies auf die Durchführung der Ambulanten Rehabilitation zu (49 %).
- Niedrigschwellige Hilfen zählen in gut der Hälfte der Einrichtungen zu den zentralen Hilfeleistungen (54 %). Die aufsuchende Arbeit kommt auf einen ähnlichen Anteil (48 %). Dagegen fällt die Bedeutung der Straßensozialarbeit stark ab: Nur etwa jede achte Einrichtung gibt diese als eine zentrale Tätigkeit an (12 %).
- Bemerkenswert ist, dass in über 70 % aller ambulanten Hilfeeinrichtungen die Suchtprävention eine zentrale Tätigkeit darstellt. Offensichtlich sind in Schleswig-Holstein die beiden Säulen „Prävention“ und „Hilfe“ auf der Einrichtungsebene schon häufig strukturell miteinander verzahnt.

Analyse II (Auswertung nach Klienten/innen und Tätigkeiten)

- Von den 61 Einrichtungen, welche den Strukturfragebogen ausgefüllt haben, konnten 42 in die zusammenführende Analyse von Struktur- und Klientendaten aufgenommen werden (Grundlage Klientendaten siehe vorne). Im Wesentlichen entspricht hier die Verteilung der Einrichtungstypen dem in der ersten Analyse vorgestellten Einrichtungs-Sample.
- Mehr als drei Viertel aller Klienten/innen (77 %) werden in integrativen Einrichtungen betreut. Etwa jede/r Sechste (16 %) sucht um Hilfe in einer Beratungsstelle für illegale Substanzen nach. Die Einrich-

tungen für legale Substanzen können 7 % der gesamten Klientel auf sich vereinigen.

- Die Betreuung der Angehörigen ist eine eindeutige Domäne der integrativen Suchtberatungsstellen. Neun von zehn Angehörigen werden dort betreut (91 %). Bei den anonymen Kontakten zeigt sich ein anderes Bild: Nahezu die Hälfte (45 %) solcher Termine sind dem Einrichtungstyp „illegale Substanzen“ zuzuordnen.
- Die Klientel der Einrichtungen für illegale Substanzen ist deutlich jünger (31,7 Jahre) als die der integrativen Einrichtungen (39,2) und der Beratungsstellen für legale Substanzen (43,1 Jahre). Innerhalb der Einrichtungstypen unterscheidet sich das Durchschnittsalter von Männern und Frauen nur geringfügig. Auch wenn nach der regionalen Zugehörigkeit der Einrichtungen unterschieden wird, zeigen sich hier keine größeren Abweichungen.
- Die Klientel der integrativen Suchtberatungsstellen hat zu ca. zwei Dritteln (65 %) ein Suchtproblem mit legalen Drogen, vornehmlich Alkohol (63 %). Mehr als jede/r vierte Klient/in dieses Einrichtungstyps (28 %) weist ein Problem mit illegalen Drogen auf. Davon entfallen 13 % auf substituierte Klienten/innen; 7 % sind heroinabhängig und 5 % haben ein Problem mit ihrem Cannabiskonsum. Andere Suchtprobleme spielen mit einem Anteil von 7 % nur eine untergeordnete Rolle (z. B. Essstörung 3 % und Spielsucht 3 %).
- In den Beratungsstellen für legale Substanzen werden 89 % der Klienten/innen auf Grund eines Problems mit legalen Drogen betreut. Ein wesentlicher Schwerpunkt dieses Einrichtungstyps ist die Betreuung von alkoholkranken Menschen. Mehr als acht von zehn Klienten/innen haben ein solches Suchtproblem (85 %).
- 92 % der Klienten/innen, welche in Einrichtungen für illegale Substanzen um Hilfe nachsuchen, weisen auch ein Suchtproblem mit illegalen Drogen auf. Substituierte sind hier mit 64 % besonders stark vertreten. Es folgen mit einem Anteil von 17 % die (nicht substituierten) Opiat-Klienten/innen.

- Es lässt sich demnach festhalten, dass in den spezialisierten Einrichtungen in der weit überwiegenden Mehrzahl auch die eigentlichen Zielgruppen erreicht werden. Dass Klienten/innen mit anderen Suchtproblemen dennoch – zu geringen Anteilen – in den einzelnen Einrichtungstypen vertreten sind, verweist darauf, dass diese Hilfebedürftigen nicht einfach weggeschickt oder formal an andere Einrichtungen verwiesen werden, sondern versucht wird, sich vor Ort ihres Problems anzunehmen.
- In den Einrichtungen für illegale Drogen nehmen die Beratung und Information (d. h. das Führen kurzer informativer Gespräche) eine herausragende Stellung ein. Sieben von zehn Leistungen betreffen diese beiden Tätigkeitstypen (41 % und 30 %). Dagegen liegt der Schwerpunkt in den Einrichtungen für legale Substanzen auf der Betreuung. Mehr als die Hälfte (56 %) aller erbrachten Leistungen bezieht sich auf diesen Leistungstyp. Hierunter fällt vor allem die ambulante Rehabilitation.
- Das Leistungsspektrum der integrativen Suchtberatungsstellen spiegelt die heterogene Klientenstruktur dieses Einrichtungstyps wider. Da zwei Drittel dieser Klientel Probleme mit legalen Drogen aufweisen, ist der Anteil der Betreuungen an allen Leistungen mit 47 % fast doppelt so hoch wie in den Einrichtungen für illegale Substanzen. Hingegen hat in diesen Einrichtungen die Information mit einem Anteil von 7 % einen etwas höheren Stellenwert als in den Einrichtungen für legale Substanzen. Der Anteil der Beratungsleistungen liegt mit 43 % in etwa auf dem Niveau der beiden anderen Einrichtungstypen.
- Für die Einrichtungen in allen drei Regionen lässt sich festhalten, dass sie zu einem weit überwiegenden Teil Personen betreuen, die auch in dem Kreis wohnen, in welchem die Einrichtung ansässig ist. Den höchsten Anteil auswärtiger Klienten/innen (16 %) haben die kreisfreien Städte. Dies dürfte in erster Linie mit dem dort vorhandenen spezialisierten Angebot zusammenhängen.
- Insgesamt kann – auf der Grundlage der vorliegenden Daten – festgehalten werden, dass das Bundes-

land Schleswig-Holstein von der inhaltlichen Zusammensetzung her über eine gute Angebotsstruktur im Bereich der ambulanten Suchtkrankenhilfe verfügt. Diese deckt ein weites Spektrum von Beratung, über psychosoziale Hilfen und niedrigschwellige Angebote bis hin zur Suchtprävention ab. Darüber hinaus entspricht die betreute Klientel in den drei verschiedenen Einrichtungstypen auch den Zielgruppen dieser Einrichtungen. Wenn überhaupt, deuten sich Defizite nur im Bereich der Straßensozialarbeit an: Hier wäre darüber nachzudenken, ob es für Personen mit Alkoholproblemen, die verelendet auf der Straße oder in provisorischen Unterkünften leben, nicht sinnvoll wäre, ein entsprechendes Angebot zu installieren.

Kapitel 2:

Die Lebenssituation und Versorgung der Klientinnen und Klienten

Die Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins dokumentieren in der überwiegenden Mehrzahl ihre Arbeit mit Hilfe eines computergestützten Dokumentationsprogramms. Eine solche systematische Dokumentation ermöglicht differenzierte und valide Analysen zur Situation der Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchtkrankenhilfe und Aussagen über die Formen und den Umfang der von ihnen nachgefragten Leistungen. Wie in den Berichtsjahren zuvor, wird in dem diesjährigen Statusbericht des Jahres 2003 neben den demographischen Grunddaten insbesondere die Lebenssituation der Klienten/innen ausführlich dargestellt und – erstmals – mit den Angaben zur Lebenssituation der schleswig-holsteinischen Gesamtbevölkerung verglichen. Eine Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens (Behandlungen, Inanspruchnahme von Leistungen, niedrigschwellige Leistungen) der Klientinnen und Klienten beschließt den Statusbericht.

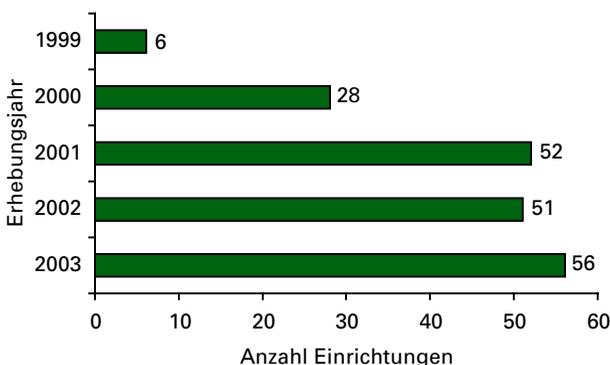
Alle grundlegenden Informationen wurden, soweit dies möglich war, hinsichtlich des Alters, des Geschlechts und des Hauptdrogentyps der Klienten/innen differenziert und analysiert. Außerdem sind, im Sinne eines „Monitoring“, die Ergebnisse des Jahres 2003 mit denen der zurückliegenden beiden Jahre verglichen worden. Veränderungen in der Klienten- bzw. Tätigkeitsstruktur sollen auf diese Weise frühzeitig aufgedeckt und deren Ursachen benannt werden können.

2.1 Datengrundlage

Die elektronische Dokumentation in der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe hat ihren Ursprung in einem Modellprojekt, welches im August 1997 begann.

Die Mitarbeiter/innen von sechs Modelleinrichtungen dokumentierten über einen Zeitraum von zweieinhalb Jahren ihre tägliche Arbeit und berichteten über ihre diesbezüglichen Erfahrungen. Im Ergebnis dieses Modellvorhabens wurde die flächendeckende Einführung eines computergestützten Dokumentationssystems beschlossen und umgesetzt, so dass für das Jahr 2000 erstmals Daten von 28 Suchtkrankenhilfeeinrichtungen vorlagen (siehe Abbildung 2.1). Im Jahr darauf waren es schon 52 Einrichtungen, die ihre Daten zur Auswertung dem Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) übergaben. Während die Zahl der dokumentierenden Einrichtungen im Jahre 2002 auf ähnlich hohem Niveau lag, ist sie im laufenden Berichtsjahr sogar nochmals leicht angestiegen (56 Einrichtungen).

*Abbildung 2.1:
Anzahl der Einrichtungen des ambulanten Suchtkrankenhilfe-systems, die ihre Daten in anonymisierter Form weitergeleitet haben*



2.2 Anzahl dokumentierter Personen

Im Jahre 2003 wurden von den ambulanten Suchtkrankenhilfeeinrichtungen Schleswig-Holsteins, die an der EDV-gestützten Dokumentation beteiligt sind, 12.253 namentlich erfasste Personen betreut.¹ In der überwiegenden Mehrzahl waren dies Klienten/innen (10.658); die Zahl der namentlich erfassten Angehörigen ist mit 1.595 deutlich geringer (siehe Tabelle 2.1). Nahezu drei Viertel (73 %) der Klienten/innen sind männlichen Ge-

¹ Namentlich erfasste Personen sind Klienten/innen bzw. Angehörige, die der betreuenden Einrichtung namentlich bekannt sind und als solche auch dokumentiert werden.

schlechts. Frauen sind demnach, wie auch in den vorangegangenen Jahren, in deutlich geringerer Zahl unter den Hilfebedürftigen vertreten. Sie stellen jedoch die Mehrzahl der in den Einrichtungen betreuten namentlich erfassten Angehörigen (74 %).

Tabelle 2.1: Anzahl namentlich erfasster Klienten/innen und Angehöriger der Jahre 2001 - 2003

namentlich erfasst:	2003 ^{a)}			2002 ^{b)}			2001 ^{c)}		
	N	m, %	w, %	N	m, %	w, %	N	m, %	w, %
Klienten	10.658	73 %	27 %	9.554	73 %	27 %	10.081	73 %	27 %
Angehörige	1.595	26 %	74 %	1.398	24 %	76 %	1.500	25 %	75 %

m = männlich, w = weiblich

Datengrundlage: ^{a)} 56 Einrichtungen; ^{b)} 51 Einrichtungen; ^{c)} 52 Einrichtungen

Wollen oder sollen Klienten/innen bzw. Angehörige nicht namentlich erfasst werden, können diese Personen in Form einer anonymen Sammelakte dokumentiert werden. Von den Stammdaten werden lediglich das Geschlecht und der Status (Klient oder Angehöriger) festgehalten. Besucht eine solche Person eine Einrichtung mehrfach, so ist sie einem früheren Kontakt nicht mehr zuzuordnen, so dass ein erneuter Kontakt angelegt werden muss. Hinter mehreren anonymen Kontakten innerhalb einer Einrichtung kann somit ein und derselbe Klient/in bzw. Angehörige stehen.²

In Schleswig-Holsteins Suchtkrankenhilfeeinrichtungen wurden im Jahre 2003 insgesamt 11.660 anonyme Personenkontakte dokumentiert. Im Einzelnen betraf dies 8.918 anonyme Klientenkontakte und 2.742 anonyme Kontakte mit Angehörigen. Das Verhältnis von Männern und Frauen unterscheidet sich in dieser Gruppe nur unwesentlich vom Geschlechterverhältnis der namentlich erfassten Klienten/innen bzw. Angehörigen. Die Zahl der namentlich erfassten Klienten/innen und Angehörigen wie auch die Verteilung von Frauen und Männern innerhalb dieser Gruppen ist in den Jahren 2001 bis 2003 überaus stabil (siehe Tabelle 2.1). Deutliche Veränderungen zeigen sich jedoch hinsichtlich der

² In der Regel dürften dies aber Personen mit nur einem oder zwei Kontakten sein.

anonymen Kontakte (siehe Tabelle 2.2), die im Jahre 2003 (11.660 anonyme Kontakte) im Vergleich zu den Vorjahren wesentlich häufiger dokumentiert wurden (z. B. 2002: insgesamt 4.263 anonyme Kontakte). Diese Veränderung bildet jedoch keinen allgemeinen Trend einer zunehmenden anonymen Betreuung in Schleswig-Holstein ab, da die Zunahme nur in zwei der 56 dokumentierenden Einrichtungen zu registrieren ist. Hierin kann sich entweder ein verändertes Dokumentationsverhalten widerspiegeln, oder die anonyme Beratung ist zu einem neuen Tätigkeitsschwerpunkt in diesen Einrichtungen geworden.

Tabelle 2.2: Anzahl anonymer Kontakte der Jahre 2001-2003

anonyme Kontakte:	2003 ^{a)}			2002 ^{b)}			2001 ^{c)}		
	N	m, %	w, %	N	m, %	w, %	N	m, %	w, %
Klienten	8.918	71 %	29 %	3.034	68 %	32 %	3.273	72 %	28 %
Angehörige	2.742	24 %	76 %	1.229	20 %	80 %	1.401	22 %	78 %

Datengrundlage: ^{a)} 56 Einrichtungen; ^{b)} 51 Einrichtungen; ^{c)} 52 Einrichtungen

Etwa die Hälfte (51 %) der namentlich erfassten Klienten/innen suchte im Jahre 2003 erstmalig eine Sucht-
 krankenhilfeeinrichtung in Schleswig-Holstein auf.³
 Hingegen befanden sich 42 % von ihnen auch schon im
 Jahre 2002 in dieser Einrichtung in Betreuung (siehe
 Tabelle 2.3). Deutlich geringer ist demgegenüber die

Tabelle 2.3: Namentlich erfasste Klienten/innen aus dem Vorjahr differenziert nach Geschlecht

	männlich		weiblich		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
kein Klient aus den Vorjahren	4.056	52 %	1.409	50 %	5.465	51 %
Klient aus 2002	3.204	41 %	1.275	45 %	4.479	42 %
Klient vor 2002	559	7 %	155	5 %	714	7 %
Gesamt	7.819	100 %	2.839	100 %	10.658	100 %

³ Dies gilt jedoch nur für den Zeitraum seit Beginn der elektronischen Dokumentation im ambulanten Suchtkrankenhilfesystem. So ist es möglich, dass einige der Klienten/innen schon vor diesem Zeitpunkt in der betreffenden Einrichtung betreut wurden.

Zahl der Klienten, die zwar 2002 in der Einrichtung nicht vorstellig wurden, allerdings in einem der Jahre zuvor (1996-2001) hier schon einmal betreut wurden. Somit fragt nur ein kleiner Teil der früheren Klientel nach einer mindestens einjährigen Pause erneut um Hilfe in derselben Einrichtung nach.

2.3 Das Alter der Klienten/innen

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Suchtkrankenhilfe sehen sich einer altersmäßig sehr unterschiedlichen Klientel gegenüber. So ist der jüngste im Jahre 2003 betreute Klient gerade einmal 10 Jahre alt, während die älteste Klientin bereits ein Alter von 83 Jahren erreicht hat. Das Durchschnittsalter aller Klienten liegt bei 38,0 Jahren. Die Frauen sind mit 39,5 Jahren im Mittel etwa zwei Jahre älter als die männlichen Klienten (37,4 Jahre).

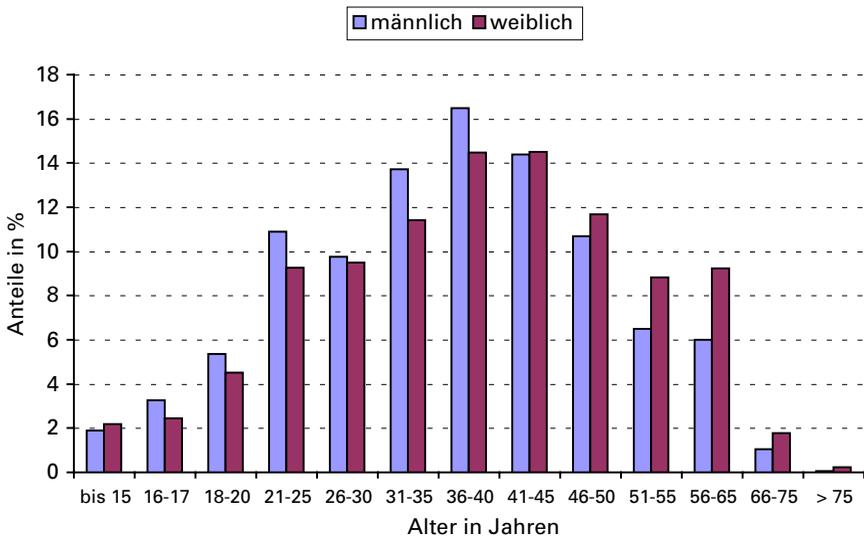


Abbildung 2.2: Verteilung der Alterskategorien namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2003 nach Geschlecht (N=10.240)

Auch wenn hin und wieder sehr junge bzw. sehr alte Klienten/innen den Weg in die Hilfeeinrichtungen finden, so ist doch die Mehrzahl mittleren Alters. Etwa die

Hälfte der Männer (55 %) und Frauen (52 %) sind zwischen 31 und 50 Jahre alt, wenn sie in den ambulanten Suchkrankenhilfeeinrichtungen betreut werden.

Auffällig ist die ungleiche Verteilung von Männern und Frauen über die verschiedenen Alterskategorien. Während bei den männlichen Klienten die jüngeren Alterskategorien überdurchschnittlich häufig besetzt sind, überwiegt bei den Frauen der Anteil älterer Personen, die sich in einer Betreuung befinden (siehe Abbildung 2.2).

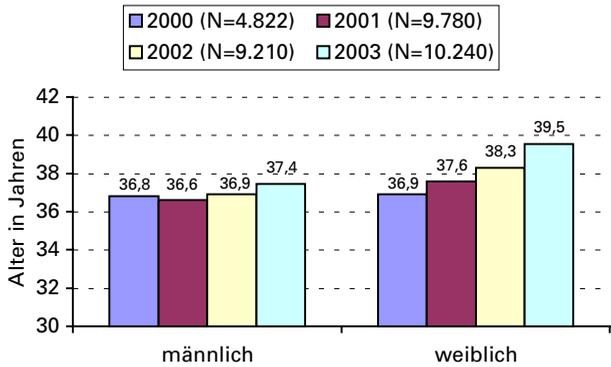
Wird die Altersstruktur der Gesamtklientel über die letzten drei Jahre verglichen, so zeigen sich nur geringe Veränderungen (siehe Tabelle 2.4). Insgesamt haben die Anteile der älteren Klienten/innen (46 Jahre und älter) etwas zugenommen.

Tabelle 2.4: Namentlich erfasste Klienten/innen nach Altersgruppen, 2001-2003

	2003		2002		2001	
	N	%	N	%	N	%
bis 25 Jahre	2.109	21 %	2.041	22 %	2.192	22 %
26 bis 35 Jahre	2.335	23 %	2.209	24 %	2.489	26 %
36 bis 45 Jahre	3.109	30 %	2.775	30 %	2.845	29 %
46 Jahre und älter	2.687	26 %	2.185	24 %	2.254	23 %
Gesamt	10.240	100 %	9.210	100 %	9.780	100 %

Abbildung 2.3 gibt das Durchschnittsalter der Klientinnen und Klienten für die Jahre 2000 bis 2003 wieder. Während sich die männlichen Klienten hinsichtlich des Alters kaum unterscheiden, zeigt sich bei den Frauen hingegen ein bemerkenswerter Trend. Im Durchschnitt wird die weibliche Klientel von Jahr zu Jahr um etwa 9 Monate älter. Da laut Tabelle 2.3 der Anteil der Frauen, die sich auch schon im Vorjahr in ambulanter Betreuung befanden, höher ist als der der Männer, wäre anzunehmen, dass die überdurchschnittliche Alterung der Frauen in ihrem längeren Verweilen im Suchtkrankenhilfesystem begründet liegt. Jedoch ist das Durchschnittsalter der im Jahre 2003 erstmals betreuten Klientinnen mit 39,1 Jahren nur unwesentlich unter dem der weiblichen Gesamtklientel (39,5 Jahre).

Abbildung 2.3:
Durchschnittsalter der männlichen und weiblichen namentlich erfassten Klienten/innen der Jahre 2000-2003



Eine differenziertere Analyse zeigt, dass insbesondere bei den Alkoholklienten/innen das mittlere Alter in den letzten drei Jahren angestiegen ist (2001: 44,8 Jahre; 2003: 46,3 Jahre). Hinzu kommt, dass der Anteil der Alkoholkonsumenten/innen von 41 % an der weiblichen Gesamtklientel im Jahre 2001 auf 46 % im Jahre 2003 zunahm. In der Summe haben diese beiden Entwicklungen zu der kontinuierlichen Steigerung des Durchschnittsalters aller betreuten Frauen beigetragen.

2.4 Die Angehörigen

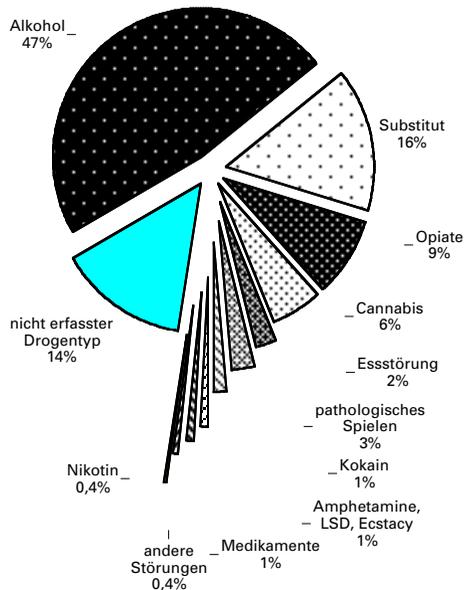
In den ambulanten Einrichtungen des schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfesystems haben die Angehörigen einen Anteil von 13 % an allen namentlich erfassten Personen. Sie sind mit durchschnittlich 44,3 Jahren deutlich älter als die Klienten/innen. Männliche Angehörige sind im Mittel 45,8 Jahre alt, die weiblichen 43,8 Jahre. Zu drei Vierteln (74 %) sind es Frauen, die aufgrund des Suchtproblems eines Angehörigen um Hilfe in der Einrichtung nachsuchen. Insgesamt zeigen sich bei den namentlich erfassten Angehörigen des Jahres 2003 keine wesentlichen Veränderungen im Vergleich zu den Vorjahren.

2.5 Der Hauptdrogentyp der Klienten/innen

Nahezu die Hälfte (47 %) der Klienten/innen suchte die ambulante Suchtkrankenhilfe aufgrund eines Alkoholproblems auf (siehe Abbildung 2.4). Jede/r Vierte wird

entweder substituiert (16 %: vor allem mit Methadon oder Polamidon) oder konsumiert opiathaltige Suchtstoffe wie z. B. Heroin (9 %). Somit lassen sich annähernd drei Viertel der betreuten Personen den Hauptdrogentypen⁴ Alkohol, Substitut oder Opiate zuordnen.

Abbildung 2.4:
Hauptdrogentypen
der namentlich
erfassten Klienten/
innen des Jahres
2003 (N=10.658)



Mit prozentual deutlichem Abstand folgt der Hauptdrogentyp Cannabis, der einen Anteil von 6 % aller Klienten/innen auf sich vereint. Noch geringer ist der Anteil der Hauptdrogentypen pathologisches Spielen (3 %) und Esstörungen (2 %), Kokain (1 %) und Ecstasy (1 %). Jeder siebten (14 %) im ambulanten Suchtkrankenhilfesystem betreuten Person konnte aufgrund unzureichend vorliegender Informationen kein Hauptdrogentyp zugewiesen werden. Hierbei handelt es sich aber in der Mehrzahl um Frauen und Männer, die nur zwei oder weniger Kontakte zur Einrichtung in den Jahren seit Beginn der elektronischen Dokumentation auf-

⁴ Der Begriff „Hauptdroge“ beinhaltet in diesem Bericht auch Esstörungen und pathologisches Spielen. Der Hauptdrogentyp wurde durch das ISD in detaillierter Analyse aller Klientendaten, die Angaben zu den konsumierten Substanzen bzw. den nicht substanzgebundenen Störungen und Abhängigkeiten enthielten, zugewiesen.

weisen und somit bisher keine intensive Betreuung erfahren haben.

Der Vergleich der diesjährigen Verteilungen der Hauptdrogentypen mit denen des Vorjahres zeigt für die Opiatabhängigen bemerkenswerte Verschiebungen. Zwar blieb der Anteil dieser Personen an der Gesamtklientel mit 25 % in etwa konstant (2002: 24 %), doch während im letzten Jahr Heroinabhängige und Substituierte zu gleichen Teilen in dieser Gruppe vertreten waren (2002: 12 %), stellen die Substituierten im Jahre 2003 mit einem Anteil von 16 % die Mehrzahl der Opiatabhängigen. Bei allen anderen Hauptdrogentypen zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede zu den Verteilungen des Jahres 2002.

Werden die *begonnenen Behandlungen* der Jahre 2001 bis 2003 nach den verschiedenen Hauptdrogentypen unterschieden, zeigen sich nur beim Alkohol nennenswerte Veränderungen. So liegt der Anteil der Behandlungen von Klienten/innen mit der Hauptdroge Alkohol im Jahre 2003 fünf Prozentpunkte höher als zwei Jahre zuvor (2001: 55 %). Bei allen anderen Hauptdrogentypen sind hingegen nur marginale Veränderungen festzustellen (siehe Tabelle 2.5). So lässt sich insbesondere die vom IFT berichtete deutliche Zunahme des Anteils der neu begonnenen Behandlungen auf Grund von

Tabelle 2.5: Begonnene Behandlungen namentlich erfasster Klienten/innen in den Jahren 2001 - 2003 nach Hauptdrogentyp (in %)

Hauptdrogentypen	Behandlung in 2001 begonnen	Behandlung in 2002 begonnen	Behandlung in 2003 begonnen
Alkohol	55%	57%	60%
Substitut	14%	14%	13%
Opiate	12%	11%	11%
Cannabis	8%	7%	7%
Kokain	2%	2%	2%
Nikotin	0,2%	0,1%	0,6%
N ⁺ - Behandlungen	6.146 (N-Klienten=5.772)	6.250 (N-Klienten=5.790)	6.494 (N-Klienten=5.991)

* Das Gesamt-N bezieht sich auf die Behandlungen von Klienten/innen aller Hauptdrogentypen außer „nicht erfasster Drogentyp“.

Cannabisproblemen⁵ in den schleswig-holsteinischen Daten nicht wieder finden (2001: 8 %; 2003: 7 %). Einen genaueren Vergleich der schleswig-holsteinischen Daten mit den Angaben der vom Institut für Therapieforschung (IFT, München) herausgegebenen nationalen Suchthilfestatistik des Jahres 2003 ermöglicht Tabelle 2.6. Die hier wiedergegebenen Anteile der Hauptdrogentypen an den im Jahre 2003 begonnenen Behandlungen zeigen, nachdem die Klienten/innen ohne Drogentyp herausgerechnet worden sind, nur bei den Opiatabhängigen und den Cannabiskonsumenten/innen nennenswerte Unterschiede.⁶ Während sich in der nationalen Suchthilfestatistik 20 % der Betreuungen auf Personen mit Opiatproblemen beziehen, wurden in Schleswig-Holstein 24 % der im Jahre 2003 neu

Tabelle 2.6: Begonnene Behandlungen namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2003 nach Hauptdrogentyp

Hauptdrogentypen	SH: Behandlung in 2003 begonnen	SH: Behandlung vor 2003 begonnen	IFT: Behandlung in 2003 begonnen ^{a)}
Alkohol	60 %	48 %	60 %
Substitut/Opiate	24 %	38 %	20 %
Cannabis	7 %	5 %	10 %
Essstörung	2 %	3 %	1 %
path. Spielen	3 %	3 %	2 %
Kokain	2 %	1 %	2 %
Nikotin	0,6 %	0,1 %	0,7 %
N ⁺	6.494	3.175	106.164

^{a)} Quelle: IFT 2003: Suchthilfestatistik 2003 für Deutschland, Tabellenband für ambulante Einrichtungen, Tabellenblatt T1.2.

⁺ Das Gesamt-N bezieht sich auf die Behandlungen von Klienten/innen aller Hauptdrogentypen außer „nicht erfasster Drogentyp“.

begonnenen Behandlungen mit Klienten/innen durchgeführt, die entweder opiatabhängig sind oder substituiert werden (siehe Tabelle 2.6). Hingegen ist im nörd-

⁵ Siehe Simon et al. (2004).

⁶ IFT, 2003: Suchthilfestatistik 2003 für Deutschland, Tabellenband für ambulante Einrichtungen, Tabellenblatt T1.2 ([http://www.suchthilfestatistik.de/Downloads/EA03L-00\(Bund\).exe](http://www.suchthilfestatistik.de/Downloads/EA03L-00(Bund).exe)).

lichsten Bundesland der Anteil der neu begonnenen Behandlungen aufgrund von Cannabisproblemen mit 7 % geringer als der diesbezügliche Wert in der nationalen Suchthilfestatistik (10 %).

Bezogen auf die Gesamtklientel sind 27 % der 2003 in Schleswig-Holstein betreuten Personen weiblichen und 73 % männlichen Geschlechts. Die Verteilung variiert jedoch deutlich, wird nach den einzelnen Hauptdrogentypen unterschieden (siehe Tabelle 2.7): So sind die männlichen Klienten überdurchschnittlich häufig in den Hauptdrogentypen Opiate (81 %), Ecstasy (80 %), Cannabis (88 %) und pathologisches Spielen (91 %) vertreten. Demgegenüber sind die Frauen in den Hauptdrogentypen Medikamentenabhängigkeit (67 %) und Essstörungen (88 %) überrepräsentiert.

Tabelle 2.7: Hauptdroge namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2003 nach Geschlecht

	männlich, %	weiblich, %	N
Alkohol	74 %	26 %	5.053
Substitut	74 %	26 %	1.653
Opiate	81 %	19 %	922
Cannabis	88 %	12 %	590
Essstörung	12 %	88 %	241
pathologisches Spielen	91 %	9 %	274
Mediamente	33 %	67 %	94
Amphetamine, LSD, Ecstasy	70 %	30 %	83
Kokain	80 %	20 %	157
andere Störungen	55 %	45 %	40
Nikotin	36 %	64 %	44
ohne Drogentyp	70 %	30 %	1.507
Gesamt	73 %	27 %	10.658

Auch in der nationalen Suchthilfestatistik sind die Anteile der Betreuungen von Männern und Frauen differenziert nach Hauptdrogentyp ausgewiesen.⁷ Bezüglich der drei vorrangigen Hauptdrogentypen sind nur ge-

⁷ IFT, 2003: Suchthilfestatistik 2003 für Deutschland, Tabellenband für ambulante Einrichtungen, Tabellenblatt T1.2m bzw. T1.2w ([http://www.suchthilfestatistik.de/Downloads/EA03L-00\(Bund\).exe](http://www.suchthilfestatistik.de/Downloads/EA03L-00(Bund).exe)).

ringe Differenzen festzustellen. So lassen sich laut nationaler Suchthilfestatistik des IFT mehr als drei Viertel aller Betreuungen auf Grund von Alkoholproblemen (77 %) bzw. einer Heroinabhängigkeit (78 %) und 85 % der cannabisbezogenen Betreuungen Personen zuordnen, die männlichen Geschlechts sind. Auch bei den pathologischen Spielern sind die Unterschiede in der Geschlechterverteilung marginal (IFT: 90 %; Schleswig-Holstein: 91 %). Hingegen ist der Anteil der Frauen an den Klienten/innen, die sich aufgrund von Essstörungen betreuen lassen, in Schleswig Holstein geringer (88 %) als in den ausgewiesenen Statistiken des IFT (94 %).

Während in der vorangegangenen Tabelle das Verhältnis von Männern und Frauen innerhalb jedes Hauptdrogentyps dargestellt wurde, bezieht sich Tabelle 2.8 auf die Verteilung der Hauptdrogentypen innerhalb der weiblichen bzw. männlichen Klientel. Personen mit Alkoholproblemen und Substituierte sind bei beiden Geschlechter-Gruppen ähnlich stark vertreten: So suchten nahezu die Hälfte der betreuten Männer (48 %) und Frauen (46 %) die Einrichtungen aufgrund eines Alkoholproblems auf.

Tabelle 2.8: Geschlecht namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2003 nach Hauptdrogentyp

	männlich	weiblich
Alkohol	48 %	46 %
Substitut	16 %	15 %
Opiate	10 %	6 %
Cannabis	7 %	3 %
Essstörung	0,4 %	7 %
pathologisches Spielen	3 %	1 %
Kokain	2 %	1 %
Amphetamine, LSD, Ecstasy	1 %	1 %
Medikamente	0,4 %	2 %
andere Störungen	0,3 %	1 %
Nikotin	0,2 %	1 %
ohne Drogentyp	14 %	16 %
Gesamt	7.819	2.839

Auch die Anteile der Substituierten sind bei beiden Geschlechtern in etwa gleich (ca. 15 %). Unter den männlichen Klienten ist aber der Anteil der Heroinabhängigen (10 %), der Cannabiskonsumenten (7 %) und der pathologischen Spieler (3 %) deutlich höher, als bei den Frauen (Opiate: 6 %; Cannabis 3 %; Spielsucht 1 %). Hingegen sind Essgestörte und Medikamentabhängige in der weiblichen Klientengruppe prozentual häufiger vertreten als bei den Männern.

Ein Vergleich des Durchschnittsalters der den einzelnen Hauptdrogentypen zugewiesenen Personen zeigt erhebliche Differenzen in der Altersstruktur (siehe Abbildung 2.5). Am ältesten sind die Männer (43 Jahre) und Frauen (46,3 Jahre), die aufgrund von Alkoholproblemen betreut werden. Sie liegen deutlich über dem mittleren Alter aller männlichen (37,4 Jahre) und weiblichen (39,5 Jahre) Klienten. Auch Personen mit dem Hauptdrogentyp Medikamente (Männer: 38,1 Jahre; Frauen: 44,4 Jahre) und pathologisches Spielen (Männer: 37,6 Jahre; Frauen: 41,4 Jahre) weisen ein überdurchschnittlich hohes Alter auf. Alle anderen Hauptdrogentypen liegen hingegen weit unterhalb des Durchschnittsalters.

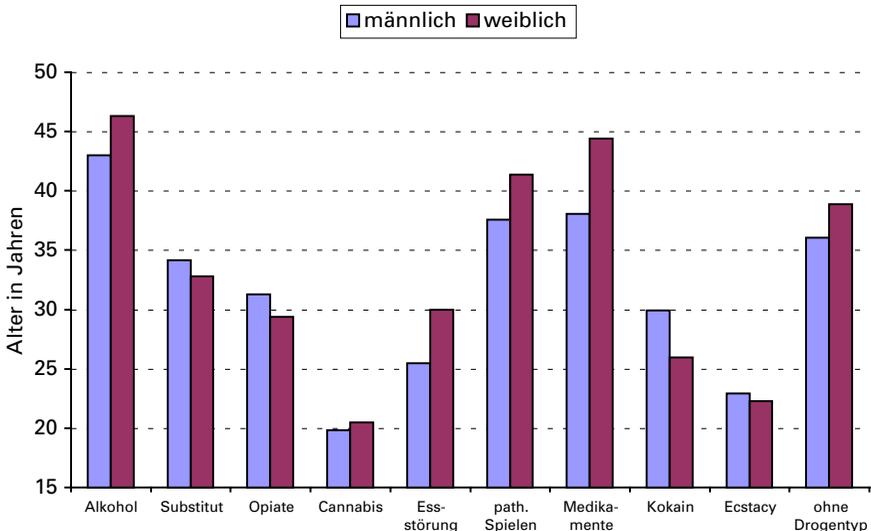


Abbildung 2.5: Durchschnittsalter der männlichen und weiblichen Klienten/innen des Jahres 2003 nach Hauptdrogentyp (N=10.240)

Einen weiteren, differenzierteren Blick auf die Altersstruktur der vier bedeutendsten Hauptdrogen-Gruppen ermöglicht die Abbildung 2.6. Auffällig ist der hohe Anteil der jungen Klienten/innen mit der Hauptdroge Cannabis. Zwei Drittel von ihnen sind jünger als 20 Jahre; insgesamt sind 94 % jünger als 30 Jahre. Probleme mit Cannabinoiden betreffen somit fast ausschließlich jüngere Personen. Beim Alkohol verhält es sich dagegen umgekehrt. Der Anteil der unter Dreißigjährigen ist bei den Alkohol Klienten/innen mit 11 % im Vergleich zu den Cannabiskonsumenten/innen sehr gering. Demgegenüber haben genau zwei Drittel der Personen mit dem Hauptdrogentyp Alkohol ein Alter von vierzig Jahren erreicht oder schon überschritten. Mehr als ein Viertel dieser Klientel ist sogar älter als 49 Jahre. Auch beim Vergleich der Altersstruktur der Substituierten und der Heroinabhängigen zeigen sich markante Unterschiede. So sind die Anteile der jungen Klienten/innen (bis 29 Jahre) bei den Personen mit der Hauptdroge Opiate mit 50 % deutlich größer, als die der Substituierten (34 %). Fast die Hälfte aller Substituierten (45 %) ist zwischen 30 und 39 Jahren alt.

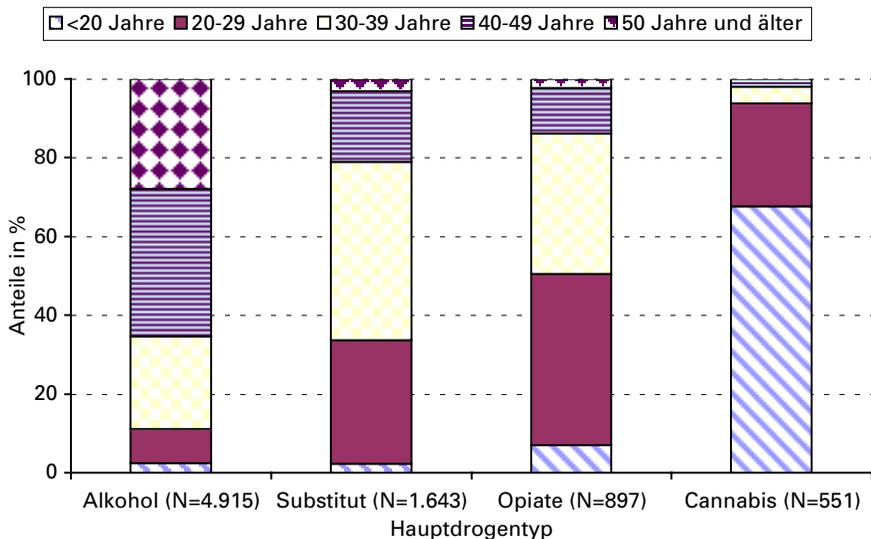


Abbildung 2.6: Hauptdrogentypen namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2003 nach Alter

2.6 Wohnsituation der Klienten/innen

Die Wohnbedingungen der Klienten/innen sind für eine erfolgreiche Betreuung im ambulanten Suchtkrankenhilfesystem von besonderer Bedeutung. So fördern stabile Wohnverhältnisse die Bemühungen um eine Behandlung der Suchtproblematik, während prekäre Formen des Wohnens in diesem Sinne oftmals kontraproduktiv wirken.

Nahezu drei Viertel (74 %) der Klientel leben in einer eigenen bzw. gemieteten Wohnung (siehe Tabelle 2.9). Die Situation der Frauen stellt sich diesbezüglich deutlich besser dar (82 %) als die der Männer (71 %).

Tabelle 2.9: Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2003 nach Geschlecht

Wohnsituation	Gesamt		männlich	weiblich
	Anzahl	%	%	%
in eigener/gemieteter Wohnung/Haus	4.735	74 %	71 %	82 %
in anderer Wohnung/Haus	100	2 %	1 %	2 %
bei den Eltern	779	12 %	14 %	8 %
bei anderen Angehörigen	59	1 %	1 %	1 %
Suchthilfeeinrichtung	83	1 %	2 %	0,4 %
betreute Wohneinrichtung	254	4 %	4 %	4 %
Heim/Anstalt	26	0,4 %	0,5 %	0,2 %
Klinik/Krankenhaus	14	0,2 %	0,2 %	0,2 %
bei Freunden/Bekanntem	103	2 %	2 %	1 %
Hotel/Pension/Unterkunft	43	1 %	1 %	0,3 %
obdachlos, auf Trebe	43	1 %	1 %	0,2 %
U-Haft	35	1 %	1 %	0,2 %
Strafhaft	95	1 %	2 %	0,5 %
andere Wohnsituation	49	1 %	1 %	1 %
Gesamt	6.418	100 %	100 %	100 %

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich auch bei den Personen, die im Elternhaus bzw. bei anderen Angehörigen leben (Frauen 8 %; Männer 14 %). Besonders markant sind diese Differenzen bei den Substituierten. Während etwa ein Fünftel der männlichen substituierten Klienten (20 %) bei den Eltern und Angehö-

rigen wohnt, berichtete nicht einmal jede zehnte betroffene Frau (8 %) von einer solchen Form des familiären Zusammenlebens.

Substituierte Frauen geben demgegenüber überdurchschnittlich oft an, dass sie selbstständig wohnen (74 %). Die heroinabhängigen Männer und Frauen leben zu gleichen Anteilen noch bei den Eltern bzw. Angehörigen (Frauen 19 %; Männer 19 %).

Personen, die weder in einer eigenen Wohnung noch bei den Eltern bzw. Angehörigen leben und somit eine prekäre Wohnsituation aufweisen, haben einen Anteil von 13 % an der Gesamtklientel. Sie halten sich überwiegend in betreuten Wohneinrichtungen (4 %) bzw. provisorisch bei Freunden und Bekannten (2 %) auf oder befinden sich in Haft (2 %).

Abbildung 2.7 gibt die Wohnsituation (in eigener Wohnung, bei den Eltern und in Haft) differenziert nach dem Hauptdrogentyp wieder. Überdurchschnittlich häufig wohnen Personen mit Alkoholproblemen bzw. pathologischer Spielsucht in einer eigenen Wohnung. Die überwiegend sehr jungen Cannabiskonsumenten/-innen leben hingegen noch sehr häufig bei den Eltern

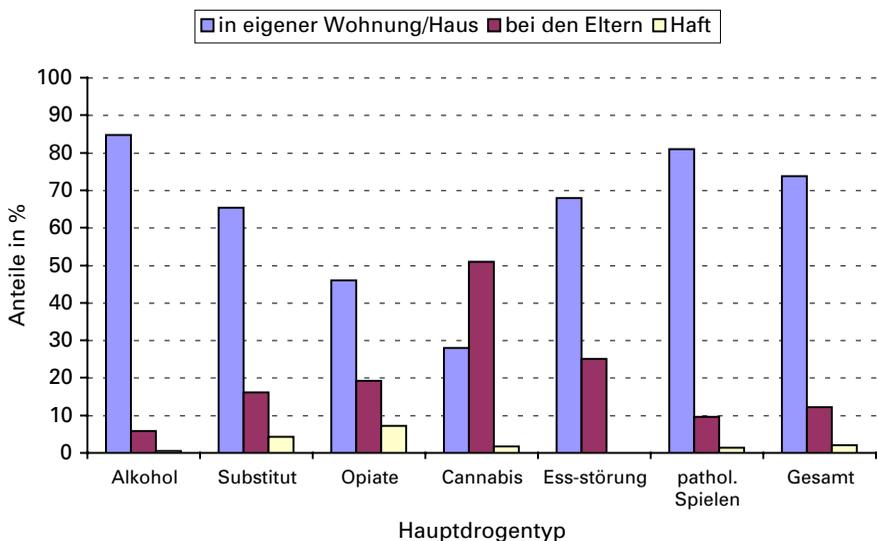


Abbildung 2.7: Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2003 nach Hauptdrogentyp (N=6.418)

(51 %). Eine eigene Wohnung weist nur etwa jede/r Vierte dieses Klientenkreises auf (28 %). Bei der vergleichenden Betrachtung der Wohnsituation der opiatabhängigen und substituierten Klienten/innen wird die enorme Bedeutung der Substitution für die Verbesserung der Lebenssituation der Drogenabhängigen deutlich. Während nur etwa 46 % der Opiatabhängigen in einer eigenen Wohnung leben, sind es nahezu zwei Drittel (65 %) der Substituierten. 4 % der substituierten und 7 % der opiatabhängigen Klienten/innen befinden sich in U-Haft oder Strafhaft. Bei den anderen Hauptgruppentypen ist diese letztgenannte besondere Lebenssituation kaum vorzufinden.

Werden die Wohnbedingungen im Sinne einer übersichtlicheren Darstellung zu zwei Kategorien – prekär vs. stabil⁸ – zusammengefasst und hinsichtlich des Drogentyps differenziert (siehe Tabelle 2.10), so zeigt sich, dass insbesondere Konsumenten illegaler Drogen häufig eine problematische Wohnsituation aufweisen. So lebt jede/r dritte Opiatabhängige in prekären Wohnverhältnissen. Bei den Substituierten und Cannabiskonsumenten/innen betrifft dies etwa ein Fünftel (Substituierte 18 %; Cannabis 19 %). Somit hat sich im Vergleich zum Vorjahr insbesondere der Anteil der Klienten/innen mit der Hauptdroge Cannabis, die in prekären Wohnverhältnissen leben, bemerkenswert erhöht (2002: 13 %). Alkohol Klienten/innen, Essgestörte und Spielsüchtige weisen hingegen überwiegend stabile Wohnbedingungen auf.

Klienten/innen in einer prekären Wohnsituation sind in allen Hauptdrogen-Gruppen jünger als diejenigen, welche in stabilen Wohnverhältnissen leben (siehe Tabelle 2.10). Dies ist insbesondere bei den Alkoholkonsumenten/innen der Fall (stabil: Alter 44,6 Jahre; prekär: Alter 39,3 Jahre).

Auch wenn die Dauer der jeweiligen Wohnsituation miteinander verglichen wird, zeigen sich sowohl zwischen den Hauptdrogentypen als auch zwischen der stabilen bzw. prekären Wohnsituation relevante Unter-

⁸ Jemand lebt in einer prekären Wohnsituation, wenn er nicht in einer eigenen bzw. gemieteten Wohnung, bei den Eltern oder Angehörigen lebt.

schiede. So beträgt die Dauer einer stabilen Wohnsituation von Alkoholklienten/innen im Mittel 9,7 Jahre, während z. B. Opiatabhängige durchschnittlich vier Jahre weniger in solchen gefestigten Wohnverhältnissen leben. Es gilt jedoch zu beachten, dass Personen mit dem Hauptdrogentyp Alkohol im Durchschnitt etwa 10 Jahre älter sind als Opiatabhängige, so dass die unterschiedliche Dauer der stabilen Wohnsituation zu einem nicht unerheblichen Teil einen Alterseffekt abbilden dürfte. Gleichwohl verweisen diese Zahlen auf die problematische Situation der Opiatabhängigen.

Tabelle 2.10: Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2003

Hauptdrogentyp		Wohnsituation		N
		stabil	prekär	
Alkohol	Anteil in %	91 %	9 %	3.757
	Alter in Jahren	44,6	39,3	3.720
	Dauer in Jahren	9,7	2,7	2.242
Substitut	Anteil in %	82 %	18 %	975
	Alter in Jahren	34,8	32,9	973
	Dauer in Jahren	5,6	2,5	643
Opiate	Anteil in %	67 %	33 %	528
	Alter in Jahren	32,8	30,6	522
	Dauer in Jahren	5,7	1,8	402
Cannabis	Anteil in %	81 %	19 %	300
	Alter in Jahren	21,3	19,9	293
	Dauer in Jahren	9,2	1,4	216
Essstörung	Anteil in %	93 %	7 %	200
	Alter in Jahren	30,3	°	200
	Dauer in Jahren	7,0	°	125
Path. Spielen	Anteil in %	92 %	8 %	210
	Alter in Jahren	38,4	37,2	210
	Dauer in Jahren	6,3	°	142
Gesamt ⁺	Anteile in %	87 %	13 %	6.418

⁺ = Diese Angaben beziehen sich auf alle Klienten/innen

° = N<15

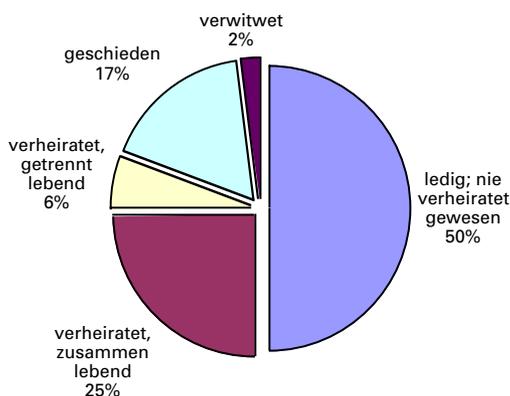
Die Dauer der prekären Wohnsituation ist in allen Hauptdrogentypen deutlich geringer als die der stabili-

len Wohnverhältnisse (z. B. Opiate: stabil 5,7 Jahre; prekär 1,8 Jahre). Wie bereits ausgeführt, spielen die unsteten Wohnbedingungen vornehmlich bei den Konsumenten illegaler Drogen eine beachtenswerte Rolle. Es überrascht auf den ersten Blick, dass Substituierte mit einer Dauer von 2,5 Jahren im Mittel etwa 0,7 Jahre länger prekären Wohnverhältnissen ausgesetzt sind als Opiatabhängige. Es ist jedoch anzunehmen, dass bei diesen 18 % der Substituierten zu Beginn der Substitutionsbehandlung besonders schlechte soziale Eingangsvoraussetzungen bestanden, die weiterhin prägend sind.

2.7 Familienstand

In Abbildung 2.8 ist der Familienstand der namentlich erfassten Klienten/innen wiedergegeben. Die Hälfte der betreuten Klientel ist derzeit ledig. Somit liegt deren Anteil um mehr als zwanzig Prozentpunkte über dem Durchschnitt in der Gesamtbevölkerung Schleswig-Holsteins (28 %).⁹ Entsprechend ist dort der Anteil der verheirateten Personen mit 55 % deutlich über dem der im ambulanten Suchthilfesystem betreuten Männer und Frauen (31 %).

*Abbildung 2.8:
Formaler Familienstand namentlich erfasster Klienten/-innen des Jahres 2003 (N=6.227)*



⁹ Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Angaben beziehen sich auf den 31.12.2001. Basis bilden alle Einwohner Schleswig-Holsteins mit einem Alter über 14 Jahre (http://www.statistik-sh.de/M4/PDF/02%20Gebiet%20und%20Bevoelkerung/m4_01k02t5.pdf).

Auffällig ist der hohe Anteil der betreuten Klienten, die nach einer Heirat bereits wieder geschieden wurden (17 %). Die Scheidungsraten liegen somit erheblich über dem schleswig-holsteinischen Durchschnitt (8 %). Tabelle 2.11 gibt den Familienstand differenziert nach dem Hauptdrogentyp wieder. Insbesondere die Personen mit Alkoholproblemen, einer Essstörung und pathologischer Spielsucht weisen deutlich höhere Anteile bei den Verheirateten auf als die Konsumenten illega-

Tabelle 2.11: Formaler Familienstand namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2003 nach Hauptdrogentyp

Hauptdrogentyp		Familienstand					N
		ledig	verheiratet, zusammen lebend	verheiratet, getrennt lebend	geschieden	verwitwet	
Alkohol	Anteil in %	36 %	32 %	8 %	22 %	3 %	3.720
	Alter in Jahren	37,0	48,5	45,7	47,2	57,1	3.674
	Dauer in Jahren	*	16,9	4,4	9,1	6,6	2.999
Substitut	Anteil in %	73 %	11 %	5 %	11 %	0,5 %	922
	Alter in Jahren	32,7	36,4	36,3	42,2	°	921
	Dauer in Jahren	*	6,6	5,4	9,4	°	833
Opiate	Anteil in %	75 %	9 %	3 %	12 %	0,6 %	494
	Alter in Jahren	30,0	35,8	°	40,7	°	489
	Dauer in Jahren	*	7,7	°	9,0	°	457
Cannabis	Anteil in %	96 %	2 %	1 %	2 %	0,0 %	261
	Alter in Jahren	20,1	°	°	°	-	255
	Dauer in Jahren	*	°	°	°	-	254
Essstörung	Anteil in %	67 %	23 %	5 %	5 %	0,5 %	197
	Alter in Jahren	25,1	39,2	°	°	°	197
	Dauer in Jahren	*	13,0	°	°	°	174
Path. Spielen	Anteil in %	47 %	34 %	6 %	12 %	1 %	204
	Alter in Jahren	34,9	41,2	°	45,7	°	204
	Dauer in Jahren	*	8,4	°	10,9	°	171

* = Systematisch nicht sinnvoller Wert, denn Klienten/innen sind schon immer ledig.

° = N<15.

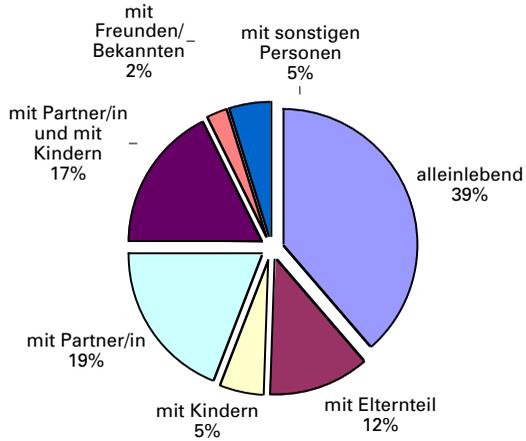
ler Drogen. So sind gerade einmal 11 % der Substituierten und 9 % der Opiatabhängigen verheiratet, während 32 % der Klienten/innen mit dem Hauptdrogentyp Alkohol mit ihrem Ehepartner zusammenleben. Die gravierenden Folgen oder Ursachen einer Substanzabhängigkeit lassen sich möglicherweise an den Anteilen der Geschiedenen ablesen. Mehr als ein Fünftel aller Alkohol Klienten/innen (22 %) sind zum Zeitpunkt der Betreuung geschieden. Bei den Opiatabhängigen übersteigen die Geschiedenenraten sogar die Anteile der Verheirateten (geschieden 12 %; verheiratet 9 %). Die Cannabiskonsumenten/innen sind aufgrund ihres sehr jungen Alters überwiegend ledig (96 %). Erwartungsgemäß sind die noch ledigen Klienten/innen wesentlich jünger als die bereits verheirateten bzw. geschiedenen Personen. Besonders deutlich zeigen sich diese Unterschiede bei den legalen Süchten. So sind z. B. verheiratete Alkoholkonsumenten/innen im Durchschnitt über zehn Jahre älter (48,5 Jahre) als die Ledigen (37 Jahre).

Auch zwischen den Hauptdrogentypen zeigen sich markante Altersunterschiede. So sind verheiratete Substituierte im Mittel zwölf Jahre jünger als verheiratete Alkoholklienten/innen. Diese Altersunterschiede spiegeln sich auch in der Dauer des jeweiligen Familienstandes wider. Während Klienten/innen mit Alkoholproblemen schon seit durchschnittlich 16,9 Jahren verheiratet sind, leben die getrauten Substituierten erst seit 6,6 Jahren in einer Ehegemeinschaft.

Da der formale Familienstand nur bedingt Aussagen bezüglich der konkreten Lebenssituation der Klienten/innen zulässt, wird in Abbildung 2.9 die tatsächliche Familienkonstellation wiedergegeben. Der Grafik ist zu entnehmen, dass 45 % der im Suchthilfesystem betreuten Personen entweder allein (39 %) oder mit ihren Kindern zusammen wohnen (5 %). Etwas mehr als ein Drittel der Klienten/innen lebt entweder mit dem derzeitigen Partner (19 %) oder mit Partner und Kind (17 %) zusammen; etwa jede/r Zehnte (12 %) wohnt bei den Eltern.

Somit lebt über die Hälfte aller betreuten Klient/innen derzeit nicht allein. Dies muss aber in Bezug auf die

Abbildung 2.9:
Tatsächliche Familienkonstellation namentlich erfass-ter Klienten/innen des Jahres 2003 (N=5.435)



Suchtproblematik nicht immer von Vorteil sein. So hat etwa jede/r Zehnte der nicht allein lebenden Klienten/innen eine/n Mitbewohner/in, der ebenfalls ein Suchtproblem aufweist (11 %). Insbesondere Substituierte sind von einer solchen Situation überdurchschnittlich häufig betroffen: Jede/r Vierte lebt mit Personen zusammen, die ebenfalls ein Suchtproblem haben.

Tabelle 2.12: Tatsächliche Familienkonstellation namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2003 nach Hauptdrogentyp

Hauptdrogentyp	Familienkonstellation							Gesamt
	allein lebend	mit Elternteil	mit Kindern	mit Partner/in	mit Partner/in und Kindern	mit Freunden/ Bekannten	mit sonstigen Personen	
Alkohol	41 %	6 %	6 %	23 %	20 %	1 %	3 %	3.274
Substitut	38 %	17 %	5 %	15 %	13 %	5 %	6 %	786
Opiate	37 %	20 %	4 %	12 %	9 %	6 %	12 %	406
Cannabis	25 %	52 %	2 %	3 %	3 %	2 %	15 %	240
Esstörung	29 %	23 %	6 %	18 %	18 %	2 %	5 %	194
Path. Spielen	30 %	10 %	6 %	23 %	27 %	2 %	3 %	167

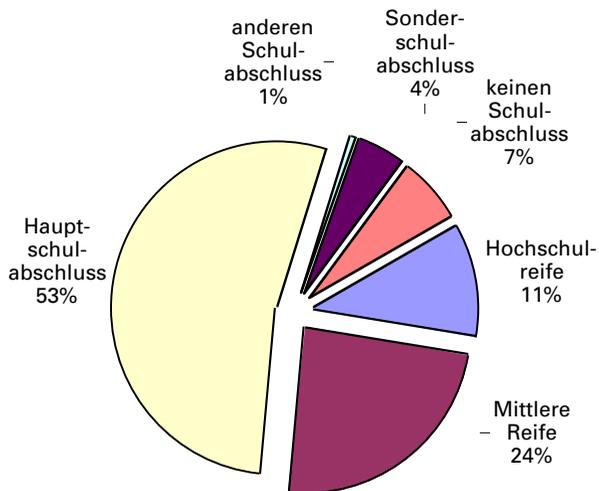
Die sich schon bei der formalen Familienkonstellation abzeichnende bessere soziale Situation der Klienten/in-

nen mit „legalen Süchten“ findet sich auch in den Angaben zur tatsächlichen Familienkonstellation bestätigt (siehe Tabelle 2.12). So leben 43 % der Alkoholklient/innen, 36 % der Essgestörten und jede/r zweite der Spielsüchtigen mit dem Partner in einem eigenen Haushalt. Bei den Substituierten und Opiatabhängigen sind diese Formen des Zusammenlebens in deutlich geringerem Maße anzutreffen: 28 % bzw. 21 %. Hier überwiegen Formen des Alleinlebens bzw. das Zusammenleben mit den Eltern. Die Cannabiskonsumenten/innen wohnen, wie aufgrund ihres jungen Alters nicht anders zu erwarten ist, überwiegend noch bei den Eltern.

2.8 Der Bildungs- und Ausbildungsstand

Etwas mehr als jede/r zweite Klient/in in einem Alter von mindestens 18 Jahren verfügt über einen Haupt- schulabschluss (53 %) (siehe Abbildung 2.10). Somit ist

*Abbildung 2.10:
Höchster Schulabschluss namentlich erfasster Klienten/-innen des Jahres 2003 in einem Alter von 18 Jahren oder älter (N=3.901)*



dieser Bildungsabschluss im Vergleich zur Gesamtbevölkerung Schleswig-Holsteins (42 %) deutlich überrepräsentiert.¹⁰ Nahezu ein Viertel der betreuten Klienten

¹⁰ Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt April 2002 und auf Personen in einem Alter von mindestens 20 Jahren. Personen ohne allgemeinen Schulabschluss und Abschluss einer Sonderschule werden

ten/innen (24 %) hat die Schule mit der mittleren Reife abgeschlossen. Dies sind etwa neun Prozentpunkte weniger als in der schleswig-holsteinischen Bevölkerung (33 %). Jede/r vierte Einwohner/in des nördlichsten Bundeslandes (25 %) hat das Abitur oder die Fachhochschulreife erworben, während nur etwa ein Zehntel der Klientel des Suchtkrankenhilfesystems einen solchen Schulabschluss vorweisen kann (11 %). 7 % der letztgenannten Gruppe haben überhaupt keinen Schulabschluss.

Die Differenzierung der erreichten Schulabschlüsse nach den Hauptdrogentypen offenbart das schlechte Bildungsniveau der Opiatabhängigen (siehe Tabelle 2.13). Jede/r Zehnte verfügt über gar keinen Schulabschluss, 60 % können lediglich einen Hauptschulabschluss vorweisen. Nicht einmal jede/r Vierte dieser Klientel hat die Schule mit der mittleren bzw. der Hochschulreife abgeschlossen. In deutlichem Kontrast hier-

Tabelle 2.13: Höchster Schulabschluss namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2003 in einem Alter von 18 Jahren oder älter nach Hauptdrogentyp

Hauptdrogentyp	Schulabschluss						N
	Hochschulreife	Mittlere Reife	Hauptschulabschluss	anderen Schulabschluss	Sonderschulabschluss	keinen Schulabschluss	
Alkohol	12 %	25 %	53 %	1 %	5 %	4 %	2.310
Substitut	6 %	16 %	60 %	°1 %	5 %	12 %	639
Opiate	6 %	18 %	60 %	°1 %	3 %	12 %	351
Cannabis	17 %	23 %	39 %	-	°4 %	16 %	98
Essstörung	26 %	40 %	30 %	-	°3 %	°2 %	121
Path. Spielen	12 %	32 %	51 %	-	°4 %	°1 %	159

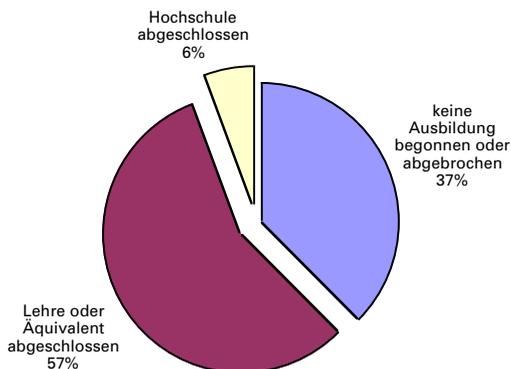
° = N<15.

in der schleswig-holsteinischen Landesstatistik nicht ausgewiesen. Werden die Klientendaten um diese Kategorien bereinigt, so ergeben sich folgende Anteile für die einzelnen Bildungsabschlüsse der Klienten/innen: Hauptschule 60 %, Mittlere Reife 27 % und Abitur 13 %. (http://www.statistik-sh.de/M4/PDF/05%20Bildung%20und%20Kultur/m4_03k05t1.pdf).

zu stehen die Essgestörten, von denen zwei Drittel über einen solchen höherwertigen Abschluss verfügen. Insgesamt lässt sich festhalten, dass – mit Ausnahme der Klienten/innen mit einer Essstörung – die im schleswig-holsteinischen Suchthilfekreankensystem betreuten Personen über eine deutlich geringere formale Schulbildung verfügen als die sonstige Bevölkerung dieses Bundeslandes. Ob der Drogenkonsum letztendlich Ursache der geringen Schulabschlüsse ist oder Menschen mit einer geringen Bildung anfälliger für den missbräuchlichen Konsum psychoaktiver Substanzen sind, lässt sich hier nicht beantworten. Möglich und plausibel wäre auch, dass andere Faktoren, z. B. prekäre familiäre Verhältnisse, bedeutsam sowohl für den Drogenkonsum als auch für die geringen formalen Bildungsabschlüsse sind.

Der hohe Anteil von niedrigeren Schulabschlüssen der Klienten/innen spiegelt sich auch in deren Berufsbildungsstatus wider (siehe Abbildung 2.11). So verfügen 37 % der betreuten Personen über keine abgeschlossene Berufsausbildung. Dieser Anteil liegt deutlich über den Zahlen der schleswig-holsteinischen Landesstatistik, nach der etwa jede/r fünfte Schleswig-Holsteiner/in (18 %) über keinen Ausbildungsabschluss verfügt.¹¹ Eine abgeschlossene Lehre können über zwei Drittel (70 %) aller schleswig-holsteinischen Einwoh-

Abbildung 2.11:
Ausbildungsabschluss namentlich erfasster Klienten/-innen des Jahres 2003 in einem Alter von 20 Jahren oder älter (N=3.030)



¹¹ Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Angaben beziehen sich auf den April 2002 und Personen ab 20 Jahre (http://www.statistik-sh.de/M4/PDF/05%20Bildung%20und%20Kultur/m4_03k05t1.pdf).

ner/innen vorweisen, während etwas mehr als jede/r zweite der betreuten Klienten/innen über einen Facharbeiterbrief oder einem äquivalenten Abschluss verfügt (57 %). 6 % haben die Hochschule erfolgreich abgeschlossen (Schleswig-Holstein: 12 %).

Auch bezüglich der Berufsausbildung zeigt sich die besondere Situation der Substituierten und Opiatabhängigen. Fast zwei Drittel von ihnen (Substitut: 62 %, Opiate: 64 %) verfügen über keinen beruflichen Abschluss (siehe Abbildung 2.12). Die Situation der Personen mit „legalen Süchten“ stellt sich hingegen vergleichsweise gut dar. So können drei von vier Alkohol Klienten/innen (74 %) bzw. Spielsüchtigen (75 %) auf eine abgeschlossene Ausbildung verweisen (Essgestörte: 70 %). Der hohe Anteil von Cannabiskonsumenten/innen ohne Berufsausbildung ist zu einem erheblichen Teil auf das junge Alter dieser Klientel zurückzuführen.

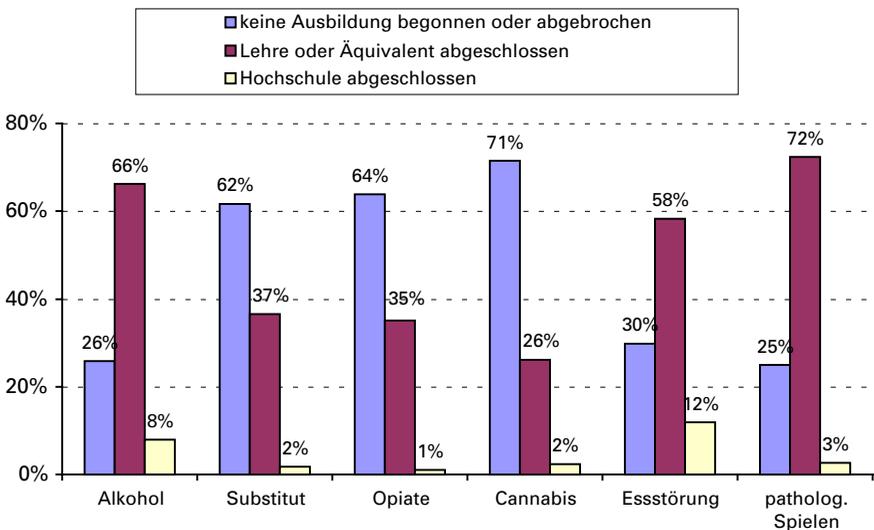


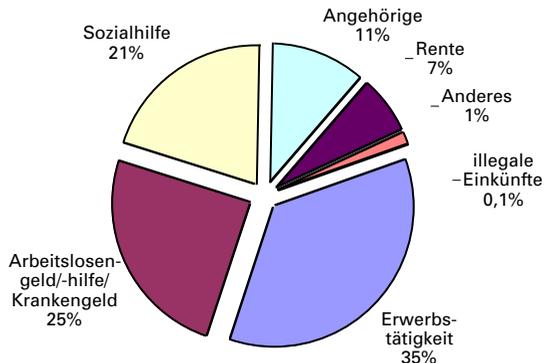
Abbildung 2.12: Ausbildungsabschluss namentlich erfasster Klienten/innen in einem Alter von 20 Jahren oder älter nach Hauptdrogentypen (N=3.030)

2.9 Die berufliche und finanzielle Situation

Noch deutlicher als die Wohnsituation spiegeln die Anteile der verschiedenen Haupteinkommensquellen die

schwierige sozioökonomische Situation der Klienten/-innen des schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfesystems wider. Nur etwas mehr als ein Drittel (35 %) geht einer Erwerbstätigkeit nach. Das sind noch einmal 5 Prozentpunkte weniger als im Jahr 2002. Jede/r Vierte bekommt hingegen Arbeitslosengeld oder -hilfe bzw. Krankengeld, und jede/r Fünfte (21 %) ist auf die Unterstützung des Sozialamtes angewiesen (siehe Abbildung 2.13). 11 % bestreiten ihren Lebensunterhalt in erster Linie durch die finanziellen Zuwendungen von Angehörigen. Insbesondere im Vergleich zum Vorjahr hat sich die berufliche Situation der im Hilfesystem betreuten Personen damit weiter verschlechtert (2002: Arbeitslosengeld & -hilfe 23 %; Sozialhilfe 19 %).

*Abbildung 2.13:
Haupteinkommens-
quelle namentlich
erfasster Klienten/-
innen des Jahres
2003 (N=4.467)*



Während somit 46 % der Klienten/innen des Jahres 2003 auf staatliche bzw. kommunale Transferleistungen angewiesen waren, beträgt dieser Anteil in der gesamten Bevölkerung Schleswig-Holstein gerade einmal 11 % (Arbeitslosengeld & -hilfe 7 %, ¹² Sozialhilfe 4 % ¹³).

¹² Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Angaben beziehen sich auf das Jahr 2002. Die angegebenen Prozentwerte stellen die Anteile der Bezieher von Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung dar und nicht, wie in den gängigen Arbeitslosenstatistiken, zu den ‚abhängigen zivilen‘ Erwerbspersonen. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um einen Vergleich mit den Daten der ambulanten Suchtkrankenhilfe zu ermöglichen. In die Berechnung wurden nur Personen zwischen 18 und 59 Jahren einbezogen.

(http://www.statistik-sh.de/M4/PDF/18Oeffentliche%20Sozialleistungen/m4_12k18t2.pdf).

Besonders prekär ist die Erwerbssituation der Substituierten und Opiatabhängigen (siehe Tabelle 2.14). Über zwei Drittel von ihnen (Opiate: 67 %; Substitut: 70 %) erhalten Transferleistungen. Nur jeder/m vierten opiatabhängigen Klienten/in (24 %) und jeder/m fünften Substituierten (20 %) ist es möglich, einer Erwerbs-

Tabelle 2.14: Haupteinkommensquelle namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2003 nach Hauptdrogentyp

Hauptdrogentyp		Haupteinkommensquelle							N
		Erwerbstätigkeit	Arbeitslosengeld/ Hilfe/Krankengeld	Sozialhilfe	Angehörige	Rente	Anderes	illegale Einkünfte	
Alkohol	Anteil in %	40 %	26 %	15 %	8 %	9 %	1 %	0 %	2.722
	Alter in Jahren	43,9	43,0	41,3	41,5	59,2	40,7	°	2.700
	Dauer in Jahren	10,9	2,0	3,6	7,8	5,1	°	°	1.789
Substitut	Anteil in %	20 %	29 %	41 %	5 %	3 %	1 %	0,6 %	673
	Alter in Jahren	34,1	35,6	33,5	26,9	41,6	°	°	673
	Dauer in Jahren	3,6	3,2	3,2	5,0	°	°	°	371
Opiate	Anteil in %	24 %	25 %	42 %	5 %	3 %	1 %	0,3 %	339
	Alter in Jahren	31,1	33,8	31,6	23,4	°	°5	°	336
	Dauer in Jahren	5,2	2,2	3,7	°	°	°	°	216
Cannabis	Anteil in %	29 %	7 %	14 %	46 %	1 %	4 %	0,0 %	191
	Alter in Jahren	25,2	°	22,4	17,8	°	°	°	187
	Dauer in Jahren	2,0	°	2,3	9,8	°	°	°	141
Essstörung	Anteil in %	45 %	7 %	9 %	36 %	3 %	0,0 %	0,0 %	149
	Alter in Jahren	33,0	°	32,8	27,5	°	°	°	149
	Dauer in Jahren	3,4	°	°	8,8	°	°	°	91
Path. Spielen	Anteil in %	58 %	25 %	6 %	6 %	3 %	0,7 %	0,0 %	144
	Alter in Jahren	38,4	39,1	°	°	°	°	°	144
	Dauer in Jahren	7,6	1,7	°	°	°	°	°	104

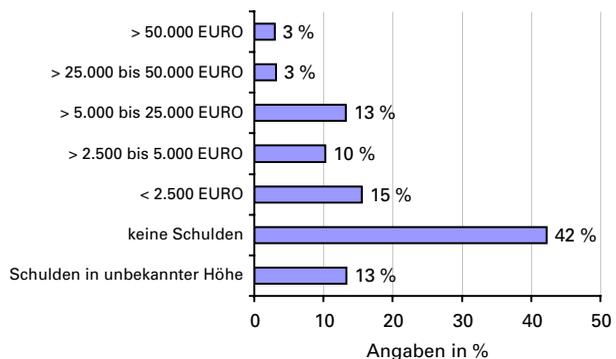
° = N<15.

¹³ Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Angaben beziehen sich auf das Jahr 2001. Die angegebenen Prozentwerte stellen die Anteile der Bezieher von Sozialhilfe im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung dar. In die Berechnung wurden nur Personen zwischen 18 und 59 Jahren einbezogen. (http://www.statistik-sh.de/M4/PDF/18Oeffentliche%20Sozialleistungen/m4_12k18t7.pdf).

tätigkeit nachzugehen. Im Vergleich hierzu ist die diesbezügliche Situation der Alkohol Klienten/innen (40 %), der Essgestörten (45 %) und insbesondere der Spielsüchtigen (58 %) um einiges vorteilhafter. Hinsichtlich des Alters gibt es zwischen den verschiedenen Haupteinkommensquellen keine wesentlichen Differenzen, wenn man einmal von den jungen Klienten/innen abseht, die von ihren Angehörigen unterstützt werden. Auch die Bezieher/innen einer Rente sind erwartungsgemäß deutlich älter als die restliche Klientel. Die Dauer der Erwerbstätigkeit ist bei den Alkohol Klienten/innen deutlich länger als die der anderen Hauptdrogentypen (siehe Tabelle 2.14). Dies ist aber in erster Linie auf das hohe Alter dieser Klientengruppe zurückzuführen. Bei allen anderen Haupteinkommensquellen zeigen sich jedoch keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Hauptdrogentypen.

Von etwa einem Fünftel der Klientel des schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfesystems liegen Angaben zur Höhe der Schulden vor. 42 % der Klienten/innen haben demnach überhaupt keine Schulden (siehe Abbildung 2.14). Von einem Schuldenstand bis zu 5.000 Euro berichtet etwa jede/r Vierte und etwa ein Fünftel hat Schulden über 5.000 Euro hinaus.

Abbildung 2.14:
Schuldenhöhe namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2003 (N=2.317)



Es sind insbesondere die pathologischen Spieler/innen, die von einer enormen Schuldenlast betroffen sind. Neun von zehn dieser Klienten/innen sind verschuldet; nahezu jede/r Fünfte trägt einen Schuldenberg von mehr als 25.000 Euro vor sich her (siehe Tabelle 2.15).

Tabelle 2.15: Schuldenhöhe namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2003 nach Hauptdrogentyp

Hauptdrogentyp	Schuldenhöhe								Gesamt
	keine	< 2.500 EURO	> 2.500 bis 5.000 EURO	> 5.000 bis 25.000 EURO	> 25.000 bis 50.000 EURO	> 50.000 EURO	in unbekannter Höhe		
Alkohol	49 %	13 %	9 %	11 %	3 %	3 %	11 %	1.422	
Substitut	25 %	21 %	13 %	15 %	°2 %	°1 %	25 %	371	
Opiate	23 %	24 %	15 %	15 %	°3 %	°5 %	16 %	157	
Cannabis	72 %	°13 %	°2 %	°2 %	°0 %	°0 %	°11 %	54	
Esstörung	76 %	°11 %	°3 %	°1 %	°1 %	°3 %	°4 %	70	
Path. Spielen	11 %	6 %	11 %	39 %	°10 %	°9 %	°3 %	117	

° = N<15

Etwas besser stellt sich in diesem Zusammenhang die Situation der Substituierten und Opiatabhängigen dar. Zwar sind auch sie zu fast drei Vierteln verschuldet, die Anteile der Schulden über 25.000 Euro sind jedoch im Vergleich zu den pathologischen Spielern/innen deutlich geringer. Während sich auch ein nicht unbeträchtlicher Teil der Alkoholklienten/innen mit finanziellen Verbindlichkeiten über 2.500 Euro konfrontiert sieht (26 %), haben die Cannabiskonsumenten/innen und die Klienten/innen mit Esstörungen diesbezüglich kaum finanzielle Probleme.

Eine Differenzierung der Schuldensituation der Klienten/innen nach den Haupteinkommensquellen zeigt auf, dass insbesondere die Bezieher von Arbeitslosengeld, -hilfe, Krankengeld und Sozialhilfe überdurchschnittlich oft verschuldet sind (siehe Tabelle 2.16). Fast drei Viertel dieses Personenkreises befinden sich in einer solchen prekären finanziellen Lebenssituation (Arbeitslose 70 %; Sozialhilfeempfänger 74 %). Deutlich geringer ist hingegen der Anteil der Schuldner bei den Erwerbstätigen (49 %); den Rentnern (31 %) und den Klienten/innen, die ihr Einkommen vornehmlich über Zuwendungen von Angehörigen bestreiten (33 %).

Tabelle 2.16: Schuldenhöhe namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2003 nach Haupteinkommensquelle^{a)} (N=1.912)

Schulden	Haupteinkommensquelle					Gesamt ⁺
	Erwerbstätigkeit	Arbeitslosengeld/-hilfe/ Krankengeld	Sozialhilfe	Angehörige	Rente	
keine Schulden	51 %	30 %	26 %	67 %	69 %	43 %
Schulden < 2.500 Euro	12 %	18 %	21 %	12 %	12 %	15 %
Schulden > 2.500 bis 5.000 Euro	8 %	14 %	13 %	°3 %	°6 %	10 %
Schulden > 5.000 bis 25.000 Euro	12 %	16 %	13 %	°4 %	°4 %	12 %
Schulden > 25.000 bis 50.000 Euro	3 %	5 %	°3 %	°3 %	°2 %	3 %
Schulden > 50.000 Euro	4 %	°3 %	°1 %	°1 %	°1 %	2 %
Schulden in unbekannter Höhe	11 %	14 %	23 %	10 %	°6 %	14 %
N	670	504	391	177	139	1.912

^{a)} = Die Haupteinkommensquellen ‚illegale Einkünfte‘ und ‚Anderes‘ wurden auf Grund der geringen Fallzahl nicht in die Tabelle aufgenommen.

⁺ = Die Werte in der Spalte Gesamt beziehen sich auf alle Haupteinkommensquellen inklusive ‚illegale Einkünfte‘ und ‚Anderes‘.

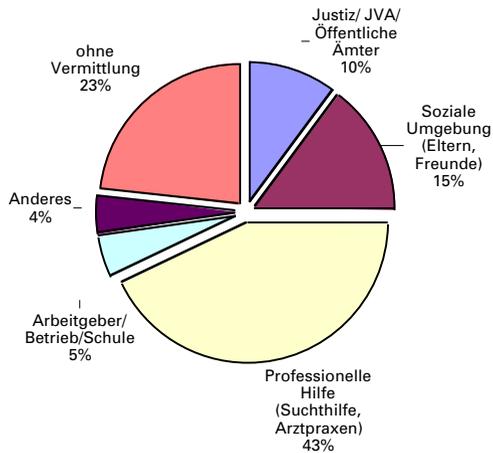
° = N<15.

2.10 Der Weg in das Hilfesystem hinein und wieder hinaus

Den Weg in die ambulante Betreuung fand nur etwa jede/r vierte Klient/in auf Grund eigener Motivation (23 %). Die überwiegende Mehrheit der betreuten Personen gelangte entweder durch die Vermittlung anderer professioneller Helferinnen und Helfer (Drogenberatungsstellen, Arztpraxen, stationäre Einrichtungen: 43 %), durch die Justiz (10 %) oder den Arbeitgeber bzw. die Schule (5 %) in das ambulante Suchtkrankenhilfesystem (siehe Abbildung 2.15). Etwa jede/r Siebte

(15 %) suchte die Einrichtung auf Initiative des engeren sozialen Umfeldes (Eltern, Freunde) auf.

Abbildung 2.15:
Vermittlung in das Hilfesystem
(N=7.924 Behandlungen; N=7.312 Klienten/innen), 2003

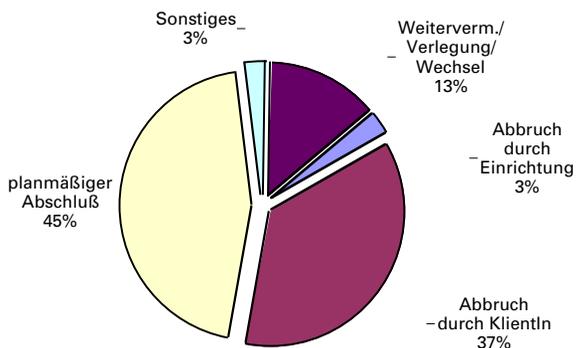


Deutliche Unterschiede in der Art der Vermittlung zeigen sich, wenn nach den Hauptdrogentypen differenziert wird. Nahezu die Hälfte der Alkohol Klienten/innen und Substituierten (48 %) wurden durch professionelle Hilfeeinrichtungen an die ambulante Suchtkrankenhilfe verwiesen. Für die Opiatabhängigen spielen hingegen behördliche und justizielle Einrichtungen diesbezüglich eine überdurchschnittlich wichtige Rolle (15 %), während der Einfluss der unmittelbaren sozialen Umgebung insbesondere für die pathologischen Spieler/innen (31 %), die Essgestörten (26 %) und Cannabiskonsumenten/innen (27 %) von besonderer Relevanz ist. Etwa jede/r sechste Klient/in des letztgenannten Hauptdrogentyps (15 %) wurde durch die Schule oder den Arbeitgeber an die Einrichtung vermittelt.

Die Art der Beendigung einer Behandlung lässt eine erste Aussage bezüglich des Erfolgs der mit den Klienten/innen durchgeführten Maßnahmen zu. Abbildung 2.16 ist zu entnehmen, dass im Jahre 2003 45 % aller Behandlungen planmäßig abgeschlossen worden sind. Dies sind acht Prozentpunkte mehr als im Jahre 2001 (2002: 40 %). Etwa 13 % aller Behandlungen des Jahres 2003 enden auf Grund einer Weitervermittlung oder Verlegung des/r Klienten/in. Den Einrichtungen der am-

bulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins ist es somit gelungen, die Mehrzahl der mit den Klienten/innen begonnenen Behandlungen planmäßig durchzuführen und abzuschließen bzw. weiterzuvermitteln.

Abbildung 2.16:
Art der Beendigung der Behandlung (N=5.834 Behandlungen; 5.414 Klienten/innen), 2003



Gleichwohl wurde auch im Jahre 2003 eine Vielzahl von Behandlungen vorzeitig durch den Klienten/in beendet (37 %), wenn auch deutlich weniger als noch im Jahre 2001 (45 %) und 2002 (40 %). Ein Abbruch der Behandlung durch die Einrichtung ist hingegen eher selten (3 %).

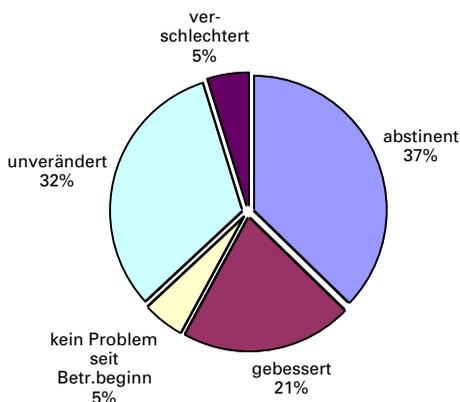
Der planmäßige Abschluss der Behandlung einer/s Klienten/in kann als Hinweis für eine gute Compliance angesehen werden, sagt jedoch noch nichts über eine Besserung des Suchtproblems während der Betreuung aus. Erst der Konsumstatus nach Beendigung der Behandlung lässt eine Aussage darüber zu, wobei jedoch zu beachten ist, dass vor allem bei den Heroinabhängigen/Substituierten auch andere Behandlungsziele im Vordergrund stehen können, wie z. B. die gesundheitliche Genesung oder die soziale Integration.¹⁴

Abbildung 2.17 ist zu entnehmen, dass mehr als die Hälfte (59 %) aller Behandlungen mit einer Verbesserung des Konsumstatus abgeschlossen werden konnten. Über ein Drittel der Behandlungen (37 %) hatten sogar die Abstinenz der betreuten Person zur Folge.

¹⁴ Die Substituierten wurden in die folgenden Betrachtungen nicht einbezogen, da unklar ist, wie bei ihnen der Gebrauch des Substitutionsmittels dokumentiert wird. So kann der Konsumstatus „unverändert“ möglicherweise auch eine positive Entwicklung darstellen, nämlich der unveränderte, d. h. regelmäßige Gebrauch des Substitutionsmittels.

Etwa jede dritte Betreuung (32 %) führte zu keiner Veränderung des Konsums und bei 5 % kam es zu einer Verschlechterung des Konsumstatus.

*Abbildung 2.17:
Konsumstatus nach
Beendigung der
Behandlung
(N=4.229 Behand-
lungen; N=3.913
Klienten/innen),
2003*



Wie bedeutsam ein ordnungsgemäßer Verlauf der Betreuung für die Verbesserung des Konsumstatus sein kann, lässt sich daran ermessen, dass jede zweite planmäßig abgeschlossene Behandlung mit einer Abstinenz des Klienten/in einherging. Bei weiteren 21 % zeigte sich eine Besserung der Suchtproblematik, so dass insgesamt bei nahezu drei Viertel der planmäßig abgeschlossenen Behandlungen eine positive Entwicklung des Konsumverhaltens konstatiert werden kann. Umgekehrt können die Zahlen auch derart interpretiert werden, dass ein unverändertes Konsumverhalten der Klienten/innen negative Auswirkungen auf den Verlauf der Behandlung haben kann. So brachen 59 % der Klienten/innen, für die ein unveränderter bzw. sogar ein schlechterer Konsumstatus als zu Behandlungsbeginn dokumentiert wurde, die ihnen zugedachte Behandlung vorzeitig ab. Einen planmäßigen Abschluss konnten in dieser Gruppe nur 28 % erreichen.

Insgesamt verweisen die Zahlen zum Behandlungsende und Konsumstatus auf eine erfolgreiche Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems in Schleswig-Holstein. Sie machen aber auch die Notwendigkeit deutlich, den betroffenen Klienten/innen weiterhin eine angemessene

ambulante Hilfe anzubieten, um sie erfolgreich behandeln und somit aus der Sucht führen zu können. Eine Differenzierung des Konsumstatus nach den Hauptdrogentypen zeigt erhebliche Unterschiede (siehe Tabelle 2.17). So hat insbesondere die Behandlung der pathologischen Spieler/innen (66 %) und der Alkoholklienten/innen (61 %) überdurchschnittlich oft zu einer Verbesserung des Suchtproblems oder sogar zu einem abstinenten Konsumverhalten geführt. Bei den Opiatabhängigen (53 %) war etwa jede zweite Betreuung durch eine positive Entwicklung des Konsumstatus gekennzeichnet, hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass, wie schon erwähnt, bei dieser Klientengruppe auch andere Ziele – z. B. gesundheitliche Stabilisierung oder soziale Integration – (zunächst) im Vordergrund der Betreuung stehen können.

Tabelle 2.17: Konsumstatus nach dem Ende der Behandlung differenziert nach Hauptdrogentyp, 2003

Hauptdrogentyp	Konsumstatus					Gesamt
	abstinent	gebessert	kein Problem seit Betr.beginn	unverändert	verschlechtert	
Alkohol	43 %	18 %	4 %	29 %	5 %	2.920
Opiate	28 %	25 %	3 %	37 %	6 %	385
Cannabis	20 %	33 %	5 %	40 %	°3 %	227
Essstörung	4 %	49 %	°4 %	42 %	°2 %	107
Path. Spielen	47 %	19 %	°8 %	24 %	°1 %	139
Gesamt ⁺	37 %	21 %	5 %	32 %	5 %	4.229

⁺ = Zahl der Behandlungen aller Hauptdrogentypen außer Substituierte

[°] = N<15

Der Vergleich der Angaben mit denen des Jahres 2002 ergibt wenige, aber relevante Unterschiede. So stiegen die Anteile der durch eine Behandlung herbeigeführten Abstinenz bei den pathologischen Spieler/innen (2002: 32 % vs. 2003: 47 %), den Cannabiskonsumenten/innen

(2002: 16 % vs. 2003: 20 %) und den Opiatabhängigen (2002: 25 % vs. 2003: 28 %).

Nach dem Ende der Behandlung wird ein Teil der Klientel in andere Therapieformen oder Einrichtungen vermittelt (siehe Abbildung 2.18). Jede vierte beendete Behandlung wird in Form einer stationären Entwöhnungsbehandlung weitergeführt. Bei etwa jeder zehnten Behandlung wird der/die Klient/in entweder in eine Selbsthilfegruppe (14 %), eine Entgiftung (12 %) oder in eine ambulante Beratung (10 %) vermittelt.

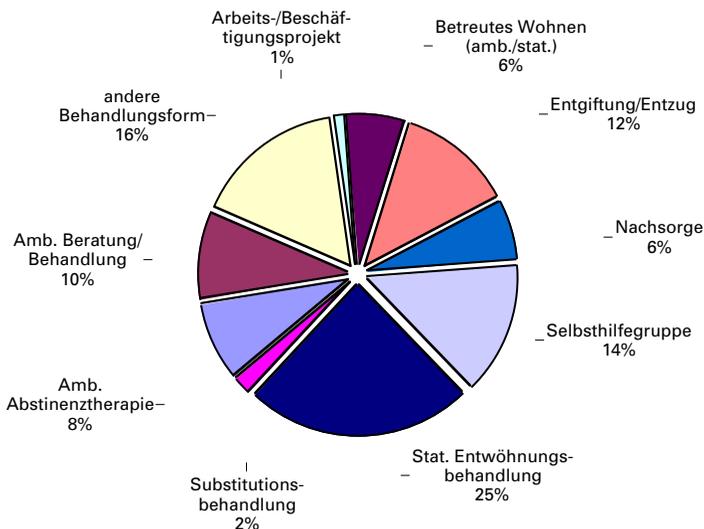


Abbildung 2.18: Weitervermittlung nach dem Ende der Behandlung (N=1.880 Behandlungen; N=1.771 Klienten/innen), 2003

2.11 Die klientenbezogenen Leistungen des ambulanten Suchkrankenhilfesystems

Nachdem bisher die soziale Situation der Klienten/innen und deren Weg durch die ambulante Suchtkrankenhilfe ausführlich dargelegt wurden, sollen abschließend die für die Klientel erbrachten und dokumentierten Leistungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen einer genaueren Betrachtung unterzogen werden. In den 56 Einrichtungen, die sich im Jahre 2003 an der Basisdatendokumentation in Schles-

wig-Holstein beteiligt haben, wurden insgesamt 112.711 klientenbezogene Leistungen festgehalten. Die Beratung von Angehörigen und Klienten/innen stellt mit einem Anteil von 45 % die häufigste Form der Leistungserbringung in den Einrichtungen dar (siehe Abbildung 2.19). Von besonderer Bedeutung sind aber auch die durchgeführten Betreuungen (v. a. psychosoziale Betreuung und ambulante Rehabilitation). Etwa jede dritte dokumentierte Leistung (35 %) entspricht diesem Leistungstyp. Einen deutlich geringeren Anteil an der Gesamtheit aller erbrachten Leistungen haben hingegen die anderen Leistungstypen.

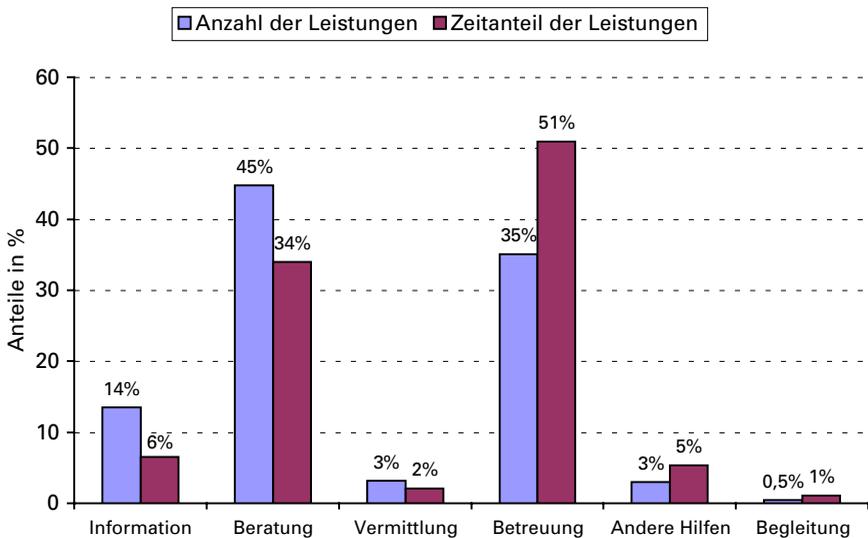


Abbildung 2.19: In Anspruch genommene Leistungen, anzahlbezogen und nach Zeitanteilen (N=112.711 Leistungen), 2003

Werden die verschiedenen Leistungstypen nicht nach der Anzahl, sondern nach dem jeweiligen Zeitaufwand für ihre Erbringung unterschieden, so verschieben sich die oben berichteten Relationen (siehe auch hier Abbildung 2.19). Mehr als die Hälfte (51 %) der für klientenbezogene Leistungen aufgewandten Zeit betrifft dann Betreuungen. Der Zeitaufwand für die Beratung ist mit einem Anteil von 34 % hingegen deutlich geringer, obwohl diese Kategorie die zahlenmäßig häufigste

Form der Leistungserbringung darstellt. Die anderen Leistungstypen spielen bezüglich des zeitlichen Gesamtaufwandes nur eine untergeordnete Rolle. Im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich nur geringe Differenzen. So haben die Anteile der therapeutischen Leistungen sowohl hinsichtlich der Anzahl als auch des Zeitaufwandes etwas abgenommen (2002: 38 % bzw. 54 %), während die Weitergabe von Informationen an die Klienten/innen und Angehörigen an Bedeutung gewann (2002: 11 % bzw. 4 %).

Wie unterschiedlich der zeitliche Aufwand für die Erbringung der verschiedenen Leistungstypen ist, lässt sich Abbildung 2.20 entnehmen. Durchschnittlich 16,2 Stunden werden für die „Betreuung“ eines namentlich erfassten männlichen Klienten aufgewandt. Bei den

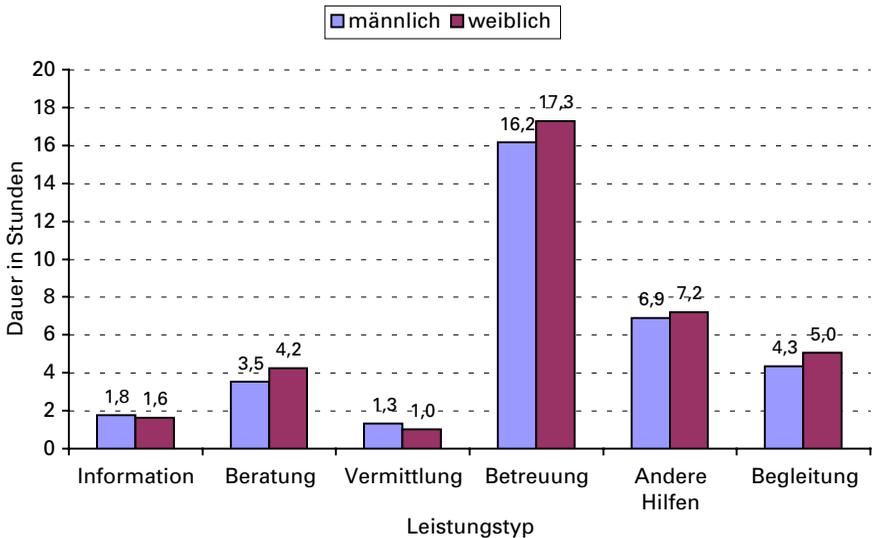


Abbildung 2.20: Durchschnittliche Gesamtleistungsdauer pro Klient/in differenziert nach Geschlecht

Frauen nimmt diese Form der Leistungserbringung sogar noch eine Stunde mehr in Anspruch (17,3 Stunden). Für die Begleitung werden hingegen nur etwa 4,5 Stunden, für die Beratung 3,7 Stunden, für die Weitergabe von Informationen 1,7 Stunden und für die Vermittlung 1,2 Stunden benötigt. Bei den letztgenannten

Leistungstypen gibt es nur geringfügige geschlechts-spezifische Unterschiede. In der Regel sind es die weiblichen Klienten, welche die entsprechenden Leistungen im Mittel etwas länger in Anspruch nehmen. Diese Einschätzung wird durch die Angaben in Tabelle 2.18 bestätigt. So beträgt die Dauer aller erbrachten Leistungen für eine Klientin im Durchschnitt 10,7 Stunden. Männliche Klienten nehmen im Mittel 1,65 Stunden weniger Zeit für ihre Leistungen in Anspruch. Die längere Dauer der Leistungen für Frauen spiegelt sich auch in den Anteilen am zeitlichen Gesamtaufwand aller Leistungstypen wider. Obwohl die Klientinnen nur 27 % der gesamten Klientel stellen, nehmen sie 30 % der für die verschiedenen Leistungen im Ganzen aufgewandten Zeit in Anspruch.

Tabelle 2.18: Durchschnittliche Dauer der klientenbezogenen Leistungen pro Klient/in differenziert nach Geschlecht, 2003

	Anzahl Klienten/innen	Dauer in Stunden	prozentualer Gesamtaufwand
Männlich	6.596	9,05	70 %
Weiblich	2.413	10,70	30 %
Gesamt	9.009	9,50	100 %

Ein sehr interessantes Ergebnis ergibt sich aus der Differenzierung der Dauer der verschiedenen Leistungstypen nach den Altersgruppen (Abbildung 2.21). Zeigen sich bei Information, Beratung, Vermittlung und Begleitung nur geringe Altersunterschiede, sind sie in Bezug auf die Betreuung enorm. Während junge Klienten/innen (bis 35 Jahre) Betreuungsleistungen durchschnittlich nur etwa 8-10 Stunden in Anspruch nehmen, benötigen die 36- bis 45-Jährigen 19 Stunden und diejenigen mit einem Alter über 46 Jahre gar 24,5 Stunden. Je älter die Klienten/innen sind, desto erheblich mehr Zeit muss für ihre Therapie und Behandlung aufgewandt werden. Da insbesondere die weibliche Klientel von Jahr zu Jahr altert (um ca. 0,75 Jahre; siehe Abbildung 2.3) ist anzunehmen, dass sich der zeitliche Aufwand für die Erbringung klientenbezogener Leistungen in den kommenden Jahren erhöhen wird.

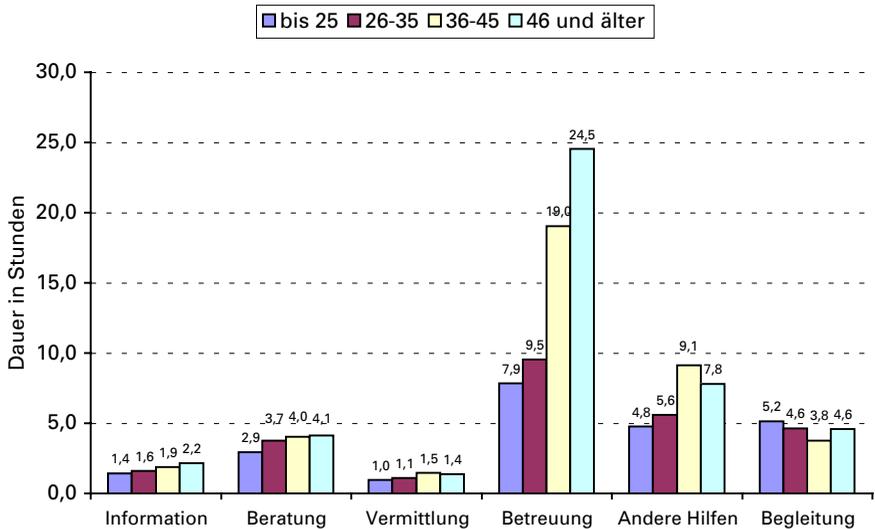


Abbildung 2.21: Durchschnittliche Dauer der pro Klient/in in Anspruch genommenen Leistungen differenziert nach Altersgruppen, 2003

Tabelle 2.19 macht ein weiteres Mal deutlich, dass die Bedeutung, die den Hilfen für Konsumenten/innen illegaler Substanzen durch Medien und Politik zugeschrieben wird, die tägliche Arbeit der ambulanten Suchtkrankenhilfe nur bedingt widerspiegelt. So sucht nahezu die Hälfte der Klientel in Schleswig-Holstein die Einrichtungen aufgrund eines Alkoholproblems auf. Diese Personen werden dann im Mittel 27,5 Stunden therapiert. Sie nehmen für diesen Leistungstyp mehr als das Fünffache an Zeit in Anspruch als die Substituierten bzw. mehr als doppelt soviel wie die Opiatabhängigen. Ein ähnliches Bild zeigt sich, wenn die Leistungen insgesamt betrachtet werden. Von den 93.872 Leistungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems in Schleswig-Holstein, die namentlich erfasste Klienten/innen betrafen, bezogen sich mehr als die Hälfte (57 %) auf Personen mit dem Hauptdrogentyp Alkohol. Nur etwa jede vierte Leistung wurde von Substituierten (17 %) und Opiatabhängigen (8 %) in Anspruch genommen. Noch deutlicher zeigt sich der hohe Betreuungsaufwand der Personen mit Alkoholproblemen bei der Betrachtung des zeitlichen Gesamtaufwandes. Sie bean-

spruchten nahezu zwei Drittel (64 %) der für die Leistungserbringung insgesamt dokumentierten Zeit (Substituierte 13 %; Opiate 7 %).

Tabelle 2.19: Durchschnittliche Dauer der pro Klient/in in Anspruch genommenen Leistungen differenziert nach Hauptdrogentyp, 2003

Hauptdrogentyp	in Anspruch genommene Leistungen						alle Leistungstypen	N
	Information	Beratung	Vermittlung	Betreuung	Andere Hilfen	Begleitung		
Alkohol	2,1h	3,9h	1,4h	27,5h	8,7h	3,5h	12,5h	6.638
Substitut	2,1h	3,2h	1,2h	5,2h	5,2h	4,1h	7,3h	2.946
Opiate	1,4h	3,6h	1,0h	12,7h	3,8h	6,3h	7,5h	1.343
Cannabis	0,9h	2,3h	0,9h	9,6h	°10,5h	°4,6h	2,9h	646
Essstörung	2,2h	7,3h	°0,4h	14,2h	6,8h	°0,8h	9,9h	274
Path. Spielen	2,8h	5,2h	1,2h	19,9h	°3,0h	°4,8h	10,3h	330
Gesamt-h ⁺	1,7h	3,7h	1,2h	16,5h	7,0h	4,5h		
N [*]	2.063	7.156	1.278	3.018	436	226		

⁺ = alle Hauptdrogentypen inklusive unbekannter Drogentyp

^{*} = Mehrfachnennungen möglich (mehrere unterschiedliche Leistungen pro Klient/in)

[°] = N<15

Bei den anderen Leistungstypen gibt es nur wenige markante Unterschiede. So benötigen die Essgestörten mit 7,3 Stunden eine doppelt so lange Beratung wie die übrigen Klienten/Innen. Bei den Opiatabhängigen nimmt hingegen die Begleitung mit 6,3 Stunden überdurchschnittlich viel Zeit in Anspruch. Wird die Leistungserbringung insgesamt betrachtet, so benötigen die Cannabiskonsumenten/innen, mit durchschnittlich 2,9 Stunden am wenigsten Zeit für ihre Betreuung.

2.12 Niedrigschwellige Dienstleistungen

Neben den kundenbezogenen Leistungen gibt es eine Reihe von so genannten niedrigschwelligen Dienstleistungen, die als statistische Angaben kundenübergreifend dokumentiert werden. Zu diesen Leistungsange-

boten gehören beispielsweise Kontakte zu Besucher/innen der Einrichtungen sowie die Ausgabe von Essen und Einwegspritzen.

Wie auch in den beiden vorangegangenen Jahren sind es vier Einrichtungen, welche die Zahl der Kontakte mit Besucher/innen dokumentieren (siehe Tabelle 2.20). Sie weisen für das Jahr 2003 insgesamt 20.964 solcher Kontakte aus und liegen somit leicht über dem Niveau des Vorjahres (2002: 20.257). Deutlich abgenommen hat hingegen die Zahl der ausgegebenen Spritzen, die sich in den sieben Einrichtungen, die diesen Leistungstyp dokumentieren, auf nunmehr 185.322 beläuft. Im Vergleich zum Vorjahr stellt dies eine Verringerung von 31.871 ausgegebenen Einwegspritzen dar. Von fünf Einrichtungen liegen Angaben zur Menge der abgegebenen Mahlzeiten vor. Insgesamt wurden im Jahre 2003 9.585 Essen an Bedürftige ausgegeben und somit 853 Mahlzeiten mehr als im Jahr zuvor.

Tabelle 2.20: Niedrigschwellige Dienstleistungen des Jahres 2003

	N
Besucher/innen (4 Einrichtungen)	20.964
abgegebene Spritzen (7 Einrichtungen)	185.322
abgegebene Essen (5 Einrichtungen)	9.585

Da die niedrigschwelligen Dienstleistungen überwiegend von Einrichtungen erfasst werden, welche schon seit 1997 ihre Arbeit in elektronischer Form dokumentieren, kann die Entwicklung dieser Leistungserbringung für die zurückliegenden sieben bis acht Jahre vergleichend dargestellt werden.

In Abbildung 2.22 ist die Anzahl der Kontakte mit Besuchern/innen in drei der früheren Modelleinrichtungen wiedergegeben. Während die Zahlen der Quartale des Jahres 2002 stetig fielen, änderte sich dieser Trend im zweiten Quartal 2003; seitdem sind die Kontaktzahlen wieder deutlich angestiegen. Abgesehen von den drei Quartalen 03/2001, 04/2001 und 01/2002, die sehr hohe Besucher/innen-Zahlen aufwiesen, liegen die erfassten Kontakte des Jahres 2003 in etwa auf dem Niveau der vorangegangenen sechs Jahre.

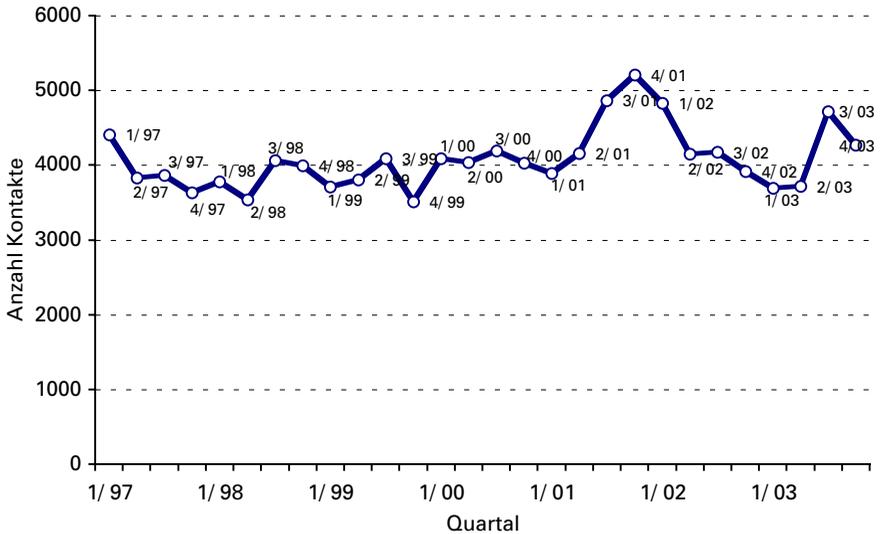


Abbildung 2.22: Entwicklung der Anzahl der Besucher/innen im niedrighschweligen Bereich (3 Modelleinrichtungen)

Abbildung 2.23 gibt die Entwicklung der seit 1997 pro Quartal ausgegebenen Einwegspritzen wieder. Auffällig ist die deutliche Abnahme der ausgegebenen Spritzen seit Mitte des Jahres 2000. Die sich durch die Da-

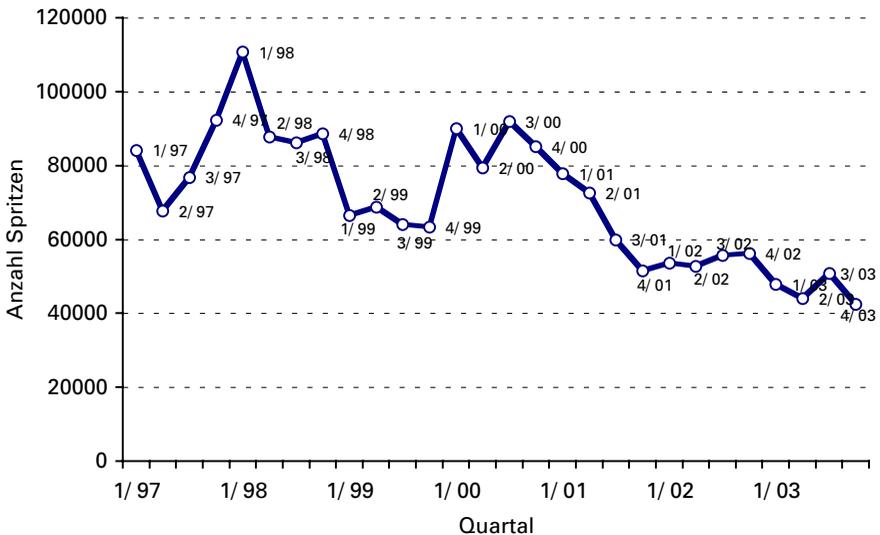


Abbildung 2.23: Verlauf der Anzahl ausgegebener Spritzen (7 Einrichtungen)

ten des Vorjahres andeutende Umkehrung dieses Trends findet sich im laufenden Berichtsjahr nicht bestätigt. Die Quartalszahlen liegen nochmals deutlich unter denen des Jahres 2002 und erreichen, bis auf das dritte Quartal nicht einmal mehr die Marke von 50.000 ausgegebenen Spritzen. Zum einen hat sich die Zahl der nicht substituierten Opiatabhängigen in den letzten drei Jahren in den sieben betreffenden Einrichtungen verringert, zum anderen ist anzunehmen, dass sich das Applikationsverhalten dieser Klienten/innen wandelt. Neben dem bisher dominanten intravenösen Konsum, gewinnen zunehmend andere Formen des Substanzgebrauchs an Bedeutung.

Von fünf Einrichtungen liegen die Angaben zu den ausgegebenen Essen der Jahre 2001-2003 vor (siehe Abbildung 2.24). Innerhalb dieses Zeitraums ist ein eindeutiger Trend nicht erkennbar. Sowohl hinsichtlich des Erhebungsjahres wie auch einzelner Quartale zeigen sich deutliche Schwankungen in der Zahl der ausgegebenen Mahlzeiten. So wurden im zweiten Halbjahr des Jahres 2001 etwa 1.000 Essen mehr ausgegeben als im dritten und vierten Quartal des darauf folgenden Jahres. Im Jahre 2003 wurden insbesondere im ersten

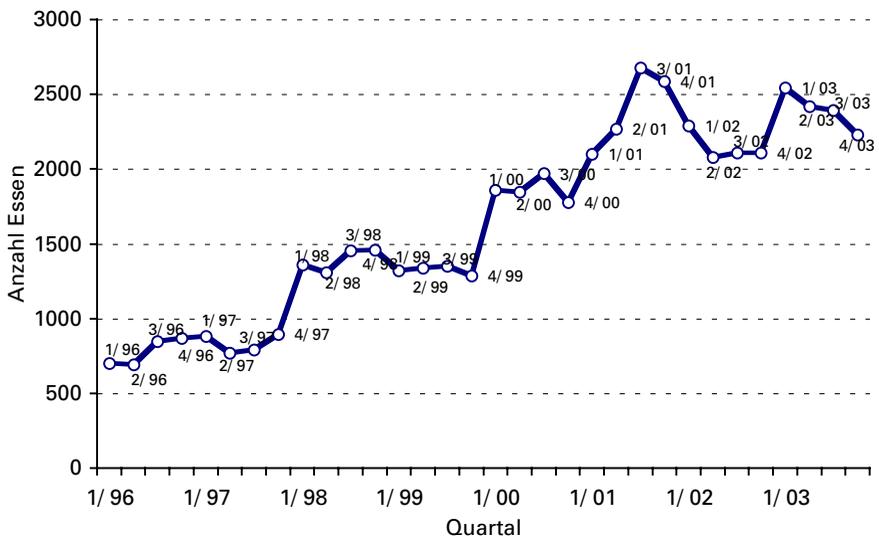


Abbildung 2.24: Verlauf der Anzahl ausgegebener Essen (5 Einrichtungen)

Quartal sehr viele Personen mit Essen versorgt. In den darauf folgenden Monaten sank deren Zahl jedoch kontinuierlich auf zuletzt etwa 2.200 ausgegebene Mahlzeiten im vierten Quartal 2003.

Kapitel 3:

Die Struktur der ambulanten Suchtkrankenhilfe

3.1 Fragestellung und einleitende Bemerkungen

Die Zielsetzung dieser Analyse ist es, einige empirisch gestützte *Grundaussagen* zur Strukturqualität der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein zu treffen. Damit soll ein *Ausgangspunkt* für fachliche Diskussionen über die Weiterentwicklung des ambulanten Suchthilfesystems geschaffen werden. Gleichzeitig wird mit dieser Auswertung ein *informativer Überblick* über den „Stand der Dinge“ in Schleswig-Holstein gegeben. In den nächsten Jahren sollen detaillierte Analysen über diesen Themenkomplex folgen. Dafür ist es jedoch notwendig, dass zusätzliche Strukturdaten der Einrichtungen vorliegen und der entsprechende Erhebungsbogen weiter entwickelt wird.

Trotz des vorwiegenden deskriptiven Charakters der folgenden Auswertungen, die auf einer begrenzten Anzahl von strukturellen Informationen aus den Einrichtungen beruhen, werden an einigen Stellen erste Hinweise über mögliche Defizite bzw. Handlungsoptionen für das ambulante Suchtkrankenhilfesystem gegeben. Mit diesen soll gezielt der *Einstieg* in eine fachliche Diskussion angeregt werden. Dieser ist vor allem deshalb möglich, weil hier erstmalig Strukturdaten von Einrichtungen mit Informationen über die erreichte Klientel direkt miteinander verknüpft werden (siehe unten). Es bestand in der Projektgruppe „Ambulante Suchtkrankenhilfe“ Einvernehmen darüber, sich zunächst einmal auf die Erfassung und Auswertung von *grundlegenden* Informationen zu stützen. Der für diese Analyse eingesetzte Fragebogen enthält Teile aus dem Einrichtungsfragebogen des Deutschen Kerndatensatzes,¹⁵

¹⁵ Der Deutsche Kerndatensatz besteht aus zwei Teilen: dem Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E) und dem Kerndatensatz Klienten (KDS-K) (Simon & Pfeiffer 2001).

ergänzt um einige zusätzliche Fragen (z. B. nach den Öffnungszeiten). Der Fragebogen wurde inhaltlich mit der Projektgruppe abgestimmt. Die Befragung wurde im Sommer 2004 durchgeführt. Die retrospektiven Fragen beziehen sich aber alle auf das Jahr 2003.

Bei der folgenden Strukturanalyse wird auch nach regionalen Gesichtspunkten differenziert. Hierbei wurde ein Untersuchungsraaster gewählt, das sich schon in einer vorangegangenen Analyse als aussagekräftig herausgestellt hat (Kalke et al. 2003). Danach werden drei regionale Kategorien unterschieden:¹⁶

- Kreisfreie Städte
- Hamburger Randgebiet
- Landkreise.

Eine weitere Ausdifferenzierung nach einzelnen Kreisen ist zurzeit noch nicht umfassend möglich, weil sich nicht aus jedem Kreis alle Einrichtungen an der Erhebung beteiligt haben (siehe Abschnitt Datengrundlage). Inhaltlich teilt sich dieses Kapitel in zwei Analysen auf:

- eine Grundauswertung („Analyse I“),
- sowie eine Auswertung nach Klienten/innen und Tätigkeiten („Analyse II“).

In der ersten Analyse werden Daten zu den Einrichtungstypen, Zielgruppen und wichtigsten angebotenen Hilfen präsentiert. In der zweiten Analyse werden diese Strukturdaten der Einrichtungen verbunden mit EDV-gestützt erfassten Informationen über Klienten/innen und für sie erbrachte Leistungen. Diese Art der Auswertung ist neu; sie wurde bislang in Deutschland noch nicht durchgeführt. Auch in der Deutschen Suchthilfestatistik des Instituts für Therapieforschung (IFT, München) werden Einrichtungsangaben nicht mit Klienten- und Leistungsdaten verknüpft (Welsch &

¹⁶ Die Kategorie „Kreisfreie Städte“ umfasst die Städte Flensburg, Kiel, Lübeck und Neumünster. Das „Hamburger Randgebiet“ besteht aus den Städten und Gemeinden, die entweder in den Öffentlichen Personennahverkehr der Freien und Hansestadt Hamburg eingebunden sind (z. B. Pinneberg oder Geesthacht) und/oder auf einer der Entwicklungsachsen des Planungsgebietes „Metropolregion Hamburg“ liegen. Das restliche Gebiet Schleswig-Holsteins bildet die Kategorie „Landkreise“. Die jeweilige Zuordnung erfolgte anhand von Postleitzahlen (siehe hierzu Kalke et al. 2003).

Die Bevölkerungszahlen für die drei regionalen Kategorien betragen in etwa: 600.000 kreisfreie Städte, 800.000 Hamburger Randgebiet, 1,4 Millionen restliche Landkreise.

Sonntag 2003). Gerade in dieser Analyseform liegen jedoch potentielle Erkenntnischancen für Praxis und Politik. Von daher hat die zweite Auswertung den größeren analytischen Stellenwert.

3.2 Datengrundlage

Es wurden insgesamt 80 ambulante Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe angeschrieben.¹⁷ Darunter befanden sich auch alle Gesundheitsämter (bzw. Sozialpsychiatrischen Dienste) der Kreise bzw. kreisfreien Städte. Damit wurden alle in diesem Gebiet professionell tätigen Einrichtungen kontaktiert. Es handelt sich also um eine Vollerhebung.

Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Insgesamt haben 61 Einrichtungen geantwortet. Bei allen Einrichtungen waren die Angaben vollständig und plausibel; sie konnten deshalb alle in die Auswertungen einfließen.

Die Ergebnisse der statistischen Analysen können als repräsentativ für die Angebotsstruktur des ambulanten Suchtkrankensystems in Schleswig-Holstein angesehen werden. Es gibt keine systematischen Verzerrungen, die durch die Unter- oder Überrepräsentation bestimmter Regionen oder Einrichtungstypen zustande gekommen sind.¹⁸ Nur die Gesundheitsämter (bzw. Sozialpsychiatrischen Dienste) haben sich in einem geringen Umfang an der Erhebung beteiligt. Sie spielen aber zurzeit keine – in quantitativer Hinsicht – zentrale Rolle bei der Versorgung von suchtkranken bzw. -gefährdeten Personen in Schleswig-Holstein und können von daher in dieser Auswertung unberücksichtigt gelassen werden, ohne die Aussagekraft der folgenden Daten zu beeinträchtigen.

¹⁷ Die Zusammenstellung der anzuschreibenden Einrichtungen erfolgte auf der Basis einer Adressenliste des ISD über die HORIZONT-Einrichtungen sowie des „Suchthilfeführers“ auf der Homepage der Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein e.V. (LSSH).

¹⁸ In dieser Auswertung fehlen zwar aus wenigen Kreisen die Daten teilweise oder vollständig, weil von dort noch keine Daten geliefert worden sind. Diese „weißen Flecken“ beeinflussen aber nicht die Repräsentativität der Untersuchungsgruppe, wenn nach den drei hier gewählten regionalen Kategorien unterschieden wird.

Von den 61 Einrichtungen, die geantwortet haben, arbeiten 47 mit dem EDV-Dokumentationssystem HORIZONT. 14 tun dies nicht – sie dokumentieren (noch) nicht in elektronischer Form oder mit einer eigenen kleineren EDV-Lösung (z. B. mit Excel-Tabellen). Von daher basieren die beiden Einzelanalysen auf einer unterschiedlichen Anzahl von Einrichtungen:

- Der Grundauswertung („Analyse I“) liegen die Strukturangaben von 61 Einrichtungen zugrunde.
- Die Auswertung nach Klienten/innen und Tätigkeiten („Analyse II“) beruht auf den Strukturangaben von 47 Einrichtungen, die gleichzeitig Informationen über ihre Klienten/innen und von ihnen in Anspruch genommenen Tätigkeiten elektronisch erfasst haben. Insgesamt handelt es sich hierbei um 10.755 Klienten/innen und Angehörige sowie 85.627 Leistungen, die direkt klientenbezogen im Jahr 2003 erbracht worden sind.

3.3 Analyse I: Grundauswertung

Einrichtungstyp

Von den 61 Einrichtungen, die sich an der Befragung beteiligt haben, sind 41 dem Typ „Legale und Illegale Drogen“ zuzuordnen (67 %) (siehe Tabelle 3.1).¹⁹ Dort werden sowohl Alkohol-Klienten/innen, medikamentenabhängige Personen als auch Konsumenten/innen illegaler Drogen beraten und betreut. Dieser Typ ist auch unter der Bezeichnung „integrative Suchtberatungsstelle“ bekannt. Daneben bestehen Einrichtungen, die sich auf bestimmte Klientengruppen spezialisiert haben: 12 Einrichtungen für Konsumenten/innen illegaler Drogen (20 %) und 6 Einrichtungen für den legalen Bereich (10 %).²⁰

Bei den Einrichtungen, die ausschließlich Opiat-, Kokain-, Ecstasy- oder Cannabisgebraucher/innen betreuen, halten vier von ihnen niedrigschwellige Angebote

¹⁹ Für die vorgenommene Typologisierung der Einrichtungen wurden einzelne Items der Kategorienliste im Erhebungsbogen zusammengefasst.

²⁰ Bei den beiden übrigen Einrichtungen, die unter die Kategorie „Anderes“ fallen, handelt es sich um ein spezielles Streetworkerprojekt und eine Beratungsstelle für Personen mit Essstörungen.

vor. In einer sind diese räumlich in die Beratungsstelle integriert, bei den anderen drei handelt es sich um separate Einrichtungen, z. B. Kontaktläden (siehe Tabelle 3.1). Bei den integrativen Suchtberatungsstellen verfügt ungefähr jede Zehnte über niedrigschwellige Hilfen, die räumlich in das Angebot der Einrichtung eingegliedert sind. Beim Einrichtungstyp „Legale Drogen“ sind bisher keine niedrigschwelligen Hilfeleistungen angesiedelt. Hier wäre darüber nachzudenken, ob es in Anbetracht der Personen mit Alkoholproblemen, die verelendet auf der Straße oder in provisorischen Unterkünften leben, nicht sinnvoll wäre, ein entsprechendes Angebot zu installieren.

Die Einrichtungen wurden auch gefragt, ob sie über geschlechtsspezifische Angebote verfügen. Fast jede zweite Einrichtung hat dies bejaht (48 %). Als konkrete Angebote wurde ein Spektrum von geschlechtsspezifischen Einzelgesprächen über Mutter-Kind-Gruppen bis hin zu speziellen Präventionsprojekten genannt.

Tabelle 3.1: Einrichtungstyp (N=61)

Einrichtungstyp	Legale und Illegale Drogen	Legale Drogen	Illegale Drogen	Anderes
Anzahl	41	6	12	2
Davon niedrigschwellige Angebote	4 integrierte, 0 separate	0 integrierte, 0 separate	1 integrierte, 3 separate	0 integrierte, 0 separate

Wie verteilen sich nun die verschiedenen Einrichtungstypen über das Land Schleswig-Holstein? Bestehen hier Unterschiede zwischen Stadt und Land?

Der Einrichtungstyp „Legale und Illegale Drogen“, der für alle Süchte und substanzbedingte Störungen im umfassenden Sinne zuständig ist, ist im ländlichen Gebiet die vorherrschende ambulante Einrichtungstyp (91 %) (siehe Tabelle 3.2). In den kreisfreien Städten beträgt der prozentuale Anteil dieses Typus dagegen nur 35 %. Hier finden sich viele spezielle Einrichtungen für bestimmte Klientengruppen (illegale Drogen: 41 %, legale Drogen: 24 %). Diese Zusammensetzung drückt ein eher ausdifferenziertes, spezialisiertes Hilfesystem

in den kreisfreien Städten aus. Eine solche Versorgungsstruktur ist auch aus anderen größeren Städten bekannt.

Im Hamburger Randgebiet besteht ein „Mischsystem“: Auch hier dominiert zwar die integrative Suchtberatungsstelle, aber immerhin jede vierte Einrichtung ist auf bestimmte Klientengruppen spezialisiert. Dies dürfte mit der Randlage zur Metropole Hamburg im Zusammenhang stehen, weil möglicherweise sowohl Träger als auch das Klientel der Suchthilfe durch großstädtische Strukturen und Probleme mit beeinflusst sind.

Insgesamt scheint es so zu sein, dass mit der Zunahme städtischer Strukturen auch die Spezialisierung der ambulanten Suchthilfe anwächst. Dieses dürfte kein Zufallsergebnis sein, sondern den Bedürfnissen der verschiedenen Klientele entsprechen und in diesem Sinne das Resultat suchtpolitischer Versorgungsplanung sein.

Tabelle 3.2: Einrichtungstyp getrennt nach kreisfreien Städten, Hamburger Rand und Landkreisen (N=59)

	Kreisfreie Städte	Hamburger Randgebiet	Landkreise
Legale und Illegale Drogen			
Drogen	35 %	75 %	91 %
Legale Drogen	24 %	10 %	/
Illegale Drogen	41 %	15 %	9 %
Anzahl Einrichtungen	17	20	22

Öffnungszeiten

Im Durchschnitt haben die Einrichtungen an 4,7 Tagen pro Woche insgesamt 36,1 Stunden geöffnet. Zu dieser Zeit finden der allgemeine Publikumsverkehr und individuell festgesetzte Termine statt. Diese Werte können zunächst einmal als Ausdruck einer – in zeitlicher Hinsicht – guten Erreichbarkeit der Einrichtungen bewertet werden. Über einen möglichen Handlungsbedarf in Bezug auf die konkrete Gestaltung der Öffnungszeiten, z. B. an den Abendstunden und am Wochenende, kann

keine Aussage getroffen werden, weil diesbezüglich noch keine Informationen erhoben worden sind. Es bestehen bei den Öffnungszeiten keine nennenswerten Unterschiede, wenn nach Einrichtungstyp oder Region differenziert wird.

Wichtigste Zielgruppen

Die Angebote der ambulanten Einrichtungen richten sich – wie es zu erwarten war – vor allem an alkoholabhängige bzw. -gefährdete Personen sowie an die Konsumenten/innen illegaler Drogen. Jeweils etwa drei Viertel der Einrichtungen nennen diese Zielgruppen als Schwerpunkt ihrer Arbeit (siehe Tabelle 3.3). Es folgen „Medikamente“ mit einem Anteil von 38 % aller Einrichtungen, die diesen Bereich nennen.

Die so genannten nichtstofflichen Süchte – das pathologische Glücksspielen und die Essstörungen – werden immerhin von 33 % bzw. 21 % der Einrichtungen als Schwerpunkte angegeben. Das zeigt, dass die Beratung und Betreuung dieser beiden Klientengruppen bei einem Teil der ambulanten Hilfeinrichtungen ein fester Angebotsbestandteil sind.

Tabelle 3.3: Wichtigste Zielgruppen der Einrichtungen (Mehrfachnennungen möglich)

Illegale Drogen	77 %
Alkohol	75 %
Medikamente	38 %
Glücksspiel	33 %
Essstörungen	21 %
Nikotin	13 %
Anderes	18 %
Anzahl Einrichtungen	61

Dagegen hat die Beratung von Rauchern/innen eine untergeordnete Bedeutung (13 %). In Anbetracht des Ausmaßes der Nikotinabhängigkeit wäre es überlegenswert, ob sich die ambulante Suchthilfe nicht mehr als bisher auf diese Zielgruppe ausrichten sollte, z. B. könnten verstärkt Raucherentwöhnungsprogramme

angeboten werden. Schleswig-Holstein könnte hier eine Vorreiterrolle übernehmen.

Die genannten Zielgruppen decken sich mit den Angaben zu den Einrichtungstypen: Die integrativen Suchtberatungsstellen geben sowohl Konsumenten/innen legaler als auch illegaler Drogen als ihre wichtigsten Zielgruppen an. Auch bei den anderen beiden Einrichtungstypen zeigt sich eine klare Zuordnung der Klientel. Dieser Sachverhalt wird empirisch bestätigt bei der Zusammenführung von Klienten- und Strukturdaten (siehe Abschnitt Analyse II). Regionale Besonderheiten bestehen bei den Zielgruppen – über die Erkenntnisse bei den Einrichtungstypen hinaus – nicht.

Zentrale Hilfen/Tätigkeiten

Wie nicht anders zu erwarten, gehört in fast allen Einrichtungen die Beratung von Klienten/innen und Angehörigen zu den zentralen Hilfeformen (98 % bzw. 87 %) (siehe Tabelle 3.4). Daneben stellt in vier von fünf Einrichtungen die anonyme Beratung eine wichtige Tätigkeit dar (80 %). Für jede fünfte trifft dies auf die externe Beratung in Justizvollzugsanstalten (JVA) zu (20 %). Bei diesem Wert ist natürlich zu berücksichtigen, dass diese Art der Beratung nur dort möglich ist, wo Gefängnisse in der Nähe sind.

Zusammengenommen zeigt sich, dass die Beratung in ihren verschiedenen Formen ein deutlicher Arbeitsschwerpunkt der ambulanten Suchtkrankenhilfe ist. Das ist suchtpolitisch so gewollt und schlägt sich in den Angaben der Einrichtungen nieder.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die psychosoziale oder therapeutische Betreuung von Klienten/innen: In beinahe 60 % der Einrichtungen zählt die Betreuung von Substituierten zu den Schwerpunkttätigkeiten. Bei nicht sehr viel weniger Einrichtungen trifft dies auf die Durchführung der Ambulanten Rehabilitation zu (49 %).

Niedrigschwellige Hilfen zählen in gut der Hälfte der Einrichtungen zu den zentralen Hilfeleistungen (54 %). Die aufsuchende Arbeit kommt auf einen ähnlichen Anteil (48 %). Dagegen fällt die Bedeutung der Straßensozialarbeit stark ab: Nur etwa jede achte Einrichtung gibt

diese als eine zentrale Tätigkeit an (12 %). Hier zeigt sich eventuell ein Nachholbedarf in der Angebotsstruktur.

Bemerkenswert ist, dass in über 70 % aller ambulanten Hilfeeinrichtungen die Suchtprävention eine zentrale Tätigkeit darstellt (siehe Tabelle 3.4). Offensichtlich sind in Schleswig-Holstein die beiden Säulen „Prävention“ und „Hilfe“ auf der Einrichtungsebene schon häufig strukturell miteinander verzahnt. Diese Trennung wird in anderen Bundesländern häufig als Defizit angesehen. Von daher kann aus den vorliegenden Informationen die Schlussfolgerung gezogen werden, dass sich das ambulante Suchthilfesystem in Schleswig-Holstein im Sinne eines modernen Verständnisses der Zusammenarbeit von Prävention und Hilfe auf einem guten Weg befindet. Die Bindeglieder mögen hier die Frühintervention und sekundärpräventive Maßnahmen sein. Dieses Qualitätsmerkmal solle unbedingt gesichert und ausgebaut werden.

Tabelle 3.4: Zentrale Hilfen/Tätigkeiten der Einrichtungen (Mehrfachnennungen möglich)

Beratung	98 %
Beratung Angehörige	87 %
Anonyme Beratung	80 %
Externe Beratung JVA	20 %
PSB für Substituierte	59 %
Ambulante Rehabilitation	49 %
Betreutes Wohnen	15 %
Niedrigschwellige Hilfen	54 %
Aufsuchende Arbeit	48 %
Streetwork	12 %
Suchtprävention	71 %
Anzahl Einrichtungen	61

Auf dieser Gesamtebene stellt sich die ambulante Suchthilfe als eine günstige Kombination aus traditioneller Suchtberatung, verschiedenen Betreuungsformen, niedrigschwelligen Hilfen und suchtpreventiven Tätigkeiten dar.

Werden die zentralen Hilfen nach dem Einrichtungstyp differenziert, zeigen sich jedoch einige Besonderheiten, die mögliche Defizite andeuten:

- Beim Einrichtungstyp „Legale und Illegale Drogen“ wird nur ganz selten eine externe Beratung in Justizvollzugsanstalten durchgeführt (7 %). Dies kann aber möglicherweise mit dem Standort der Haftanstalten zusammenhängen.
- Es gibt keine Einrichtung, die unter den Typ „Legale Drogen“ fällt, die Streetwork durchführt.
- Beim Einrichtungstyp „Illegale Drogen“ sind zwei zentrale Hilfen unterdurchschnittlich vertreten: die Ambulante Rehabilitation (25 %) und die Suchtprävention: (42 %). Ferner sind geschlechtsspezifische Angebote etwas weniger verbreitet (33 %).

Es sollte überprüft werden, ob sich diese Erkenntnisse mit den suchtpolitischen Zielsetzungen von Praxis und Politik decken. Möglicherweise besteht vor allem beim Ausbau spezieller Straßensozialarbeit für Personen mit Alkoholproblemen ein Handlungsbedarf.

Werden in ähnlicher Weise die zentralen Hilfen nach den drei regionalen Kategorien betrachtet, zeigen sich zwar einige Unterschiede – beispielsweise bei der Suchtprävention oder der Straßensozialarbeit –, diese aber wiederum sind durch die unterschiedliche Zusammensetzung der Einrichtungstypen bzw. Klientele in den kreisfreien Städten, Landkreisen und im Hamburger Randgebiet bedingt (siehe oben). Es gibt nur zwei Besonderheiten, die sich nicht auf diese Weise erklären lassen. Diese sind in der Tabelle 3.5 dargestellt. Es fällt der besondere Stellenwert geschlechtsspezifischer Angebote und des betreuten Wohnens im Ham-

Tabelle 3.5: Regionale Besonderheiten bei den zentralen Hilfen und Angeboten (N=61) (Mehrfachnennungen möglich)

	Kreisfreie Städte	Hamburger Randgebiet	Landkreise
Betreutes Wohnen	11 %	25 %	9 %
Geschlechtsspezifische Angebote	47 %	65 %	32 %
Anzahl Einrichtungen	19	20	22

burger Randgebiet auf. Den ersten Aspekt nennen fast zwei Drittel aller dortigen Einrichtungen als zentrale Hilfe (65 %), den zweiten immerhin noch jede vierte (25 %). Erklärungsansätze für diese Besonderheiten konnten im Rahmen dieser Analyse nicht gefunden werden.

Als wesentliches Ergebnis dieser Grundausswertung kann zusammenfassend festgehalten werden, dass nach den vorliegenden Daten Schleswig-Holstein von der inhaltlichen Zusammensetzung her über eine gute Angebotsstruktur im Bereich der ambulanten Suchtkrankenhilfe verfügt. Diese deckt ein weites Spektrum von Beratung, über psychosoziale Hilfen und niedrigschwellige Angebote bis hin zur Suchtprävention ab. Defizite deuten sich auf dieser Analyseebene nur im Streetworkbereich an.

Bei dieser Bewertung ist jedoch unbedingt zu berücksichtigen, dass hiermit keine Aussage über den Versorgungsgrad in den einzelnen Landkreisen bzw. kreisfreien Städten getroffen wird, sondern nur über die Grundstruktur der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein insgesamt.

3.4 Analyse II: Auswertung nach Klienten/innen und Tätigkeiten

Im vorherigen Abschnitt sind die grundlegenden Strukturdaten der Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins dargelegt worden. In dem nun folgenden zweiten Analyseteil werden diese strukturbezogenen Informationen mit den Klientendaten der Einrichtungen verknüpft. Auf diese Weise ist es möglich, die Angaben des Einrichtungsfragebogens den Informationen aus der computergestützten Dokumentation der Betreuung der Klienten/innen gegenüberzustellen. So ist z. B. erstmals ein Vergleich der von den Einrichtungen genannten Zielgruppen mit der tatsächlich betreuten Klientel möglich. Außerdem wird auf die grundlegende Klientenstruktur (Durchschnittsalter, Anteil von Männern und Frauen), die Konsummuster und die, je nach Einrichtungstyp und Region unterschiedliche Schwerpunktsetzung bei den klientenbezogenen

Leistungen eingegangen. Alle Klientendaten beziehen sich auf das Jahr 2003. Vorrangiges Ziel dieser Analyse II ist die Bereitstellung von grundlegenden Informationen, die als Basis einer daran anschließenden fachlichen Diskussion dienen sollen.

Von den 61 Einrichtungen, welche den Strukturfragebogen ausgefüllt haben, dokumentierten im Jahre 2003 etwas über drei Viertel (47 Einrichtungen) ihre Arbeit mithilfe eines computergestützten Dokumentationsprogramms (siehe oben). Hiervon konnten 42 in diese Analyse von Struktur- und Klientendaten aufgenommen werden.²¹ Im Wesentlichen entspricht die Verteilung der Einrichtungstypen dem in der ersten Analyse vorgestellten Einrichtungs-Sample. So überwiegen auch hier Einrichtungen, die sowohl auf die Betreuung von Konsumenten/innen legaler als auch illegaler Substanzen ausgerichtet sind.²² 31 der 42 Suchtberatungsstellen sind diesem Einrichtungstyp zuzuordnen (siehe Abbildung 3.1). Fünf Einrichtungen widmen sich nach eigenen Angaben ausschließlich den Klienten/innen mit einem Problem bezüglich legaler Drogen und weitere sechs konzentrieren ihre Arbeit auf die Konsumenten/innen illegaler Substanzen. Der letztgenannte Einrichtungstyp ist somit im Vergleich zum Original-Sample etwas unterrepräsentiert. Für den Einrichtungstyp „Anderes“ liegen von keiner Beratungsstelle Klientendaten vor.

Gegliedert nach Regionen stellt sich die Zusammensetzung dieses Einrichtungs-Samples wie folgt dar: In den kreisfreien Städten Kiel, Lübeck und Flensburg sind es 11 Einrichtungen, die Menschen mit Suchtproblemen Hilfe anbieten (siehe Abbildung 3.1). Neumünster ist in dieser Analyse nicht vertreten, da von den dort ansässigen Einrichtungen keine Klientendaten vorliegen. Das

²¹ Aus methodischen Erwägungen wurden drei der 47 Einrichtungen nicht in die Analyse einbezogen, da die Klientendaten nicht zu den Strukturdaten dieser Einrichtungen passen. Außerdem dokumentierten drei Einrichtungen innerhalb derselben Datenbank. Da in diesem Fall eine Zuordnung der Klienten/innen zu den Einrichtungen nicht möglich ist, wurden einer der drei Einrichtungen alle Klienten/innen zugeordnet. Somit ergibt sich eine Zahl von insgesamt 42 Einrichtungen, die Eingang in diese Analyse fanden.

²² Wenn im Folgenden von legalen Substanzen gesprochen wird, dann schließt dies Essstörungen und Spielsucht mit ein.

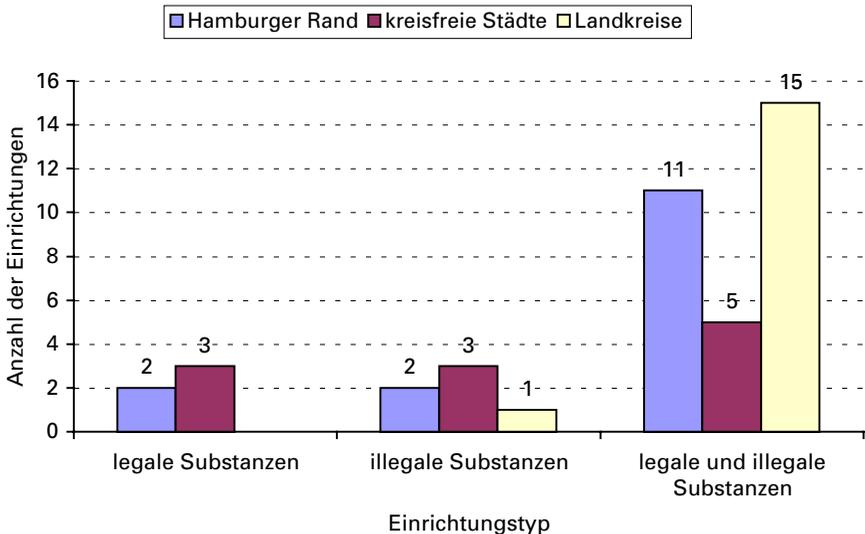


Abbildung 3.1: Anzahl der Einrichtungen nach Einrichtungstyp und Region

Hamburger Umland kann auf 15 und die schleswig-holsteinischen Landkreise auf 16 Beratungsstellen verweisen. Im Wesentlichen entspricht auch die Verteilung der Einrichtungstypen nach der Region der des Original-Samples. Eine ausreichende Repräsentativität der diesem Analyseteil zugrunde liegenden Daten ist somit gegeben.

Die Klientenstruktur der Einrichtungen

In der ambulanten Suchtkrankenhilfe werden drei relevante Personengruppen betreut und dokumentiert: namentlich erfasste Klienten/innen, namentlich erfasste Angehörige und anonyme Kontakte. Die Zahl der erstgenannten Gruppe beläuft sich im Rahmen dieser Analyse auf 9.212 Personen. Somit werden 86 % aller in Schleswig-Holstein namentlich erfassten Klienten/innen ($N_{\text{Gesamt}}=10.658$) einbezogen. Bei den namentlich erfassten Angehörigen beträgt dieser Anteil 97 %. Von den 1.595 im Jahre 2003 in Schleswig-Holstein dokumentierten Angehörigen sind 1.543 in diesem Sample vertreten. Eine dritte relevante Gruppe sind Klienten/innen, die nicht namentlich erfasst werden möchten. Die Betreuung wird in den Einrichtungen innerhalb einer

Sammelakte dokumentiert, sodass sich die genaue Klientenzahl nicht bestimmen lässt.²³ In diesem Fall werden lediglich die (anonymen) Kontakte mit der Einrichtung festgehalten. Deren Zahl beläuft sich im Jahre 2003 auf insgesamt 8.600. In ganz Schleswig-Holstein wurden innerhalb dieses Zeitraums 8.918 anonyme Klientenkontakte dokumentiert.

In Abbildung 3.2 ist die Verteilung der Klienten/innen, Angehörigen und anonymen Kontakte in Abhängigkeit vom Einrichtungstyp wiedergegeben. Mehr als drei Viertel aller Klienten/innen (77 %) werden in integrativen Einrichtungen betreut. Etwa jede/r Sechste (16 %) sucht um Hilfe in einer Beratungsstelle für illegale Substanzen nach. Die Einrichtungen für legale Substanzen können 7 % der gesamten Klientel auf sich vereinigen.

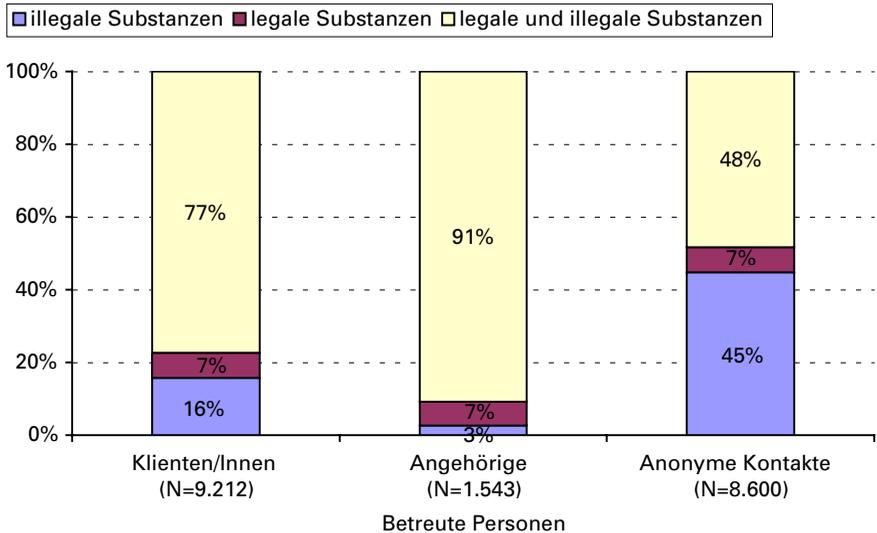


Abbildung 3.2: Namentlich erfasste Klienten/innen, namentlich erfasste Angehörige und anonyme Klientenkontakte nach Einrichtungstyp

Die Betreuung der Angehörigen ist eine eindeutige Domäne der integrativen Suchtberatungsstellen. Neun von zehn Angehörigen werden dort betreut (91 %). Hier

²³ Aus internen Befragungen und spezifischen Dokumentationsweisen wird aber deutlich, dass es sich oft um ein- oder zweimalige Kontakte handelt, in denen die Betroffenen sich der Beratungsstelle nicht namentlich offenbaren wollen.

ist anzunehmen, dass es insbesondere Angehörige von Personen mit Alkoholproblemen sind, die sich an diese Einrichtungen wenden. Empirisch lässt sich diese Annahme aber nicht belegen, da in Schleswig-Holstein das Suchtproblem des/r so genannten „Index-Klienten/in“ nicht dokumentiert wird. 7 % aller namentlich erfassten Angehörigen sind in Einrichtungen für legale Substanzen dokumentiert worden und gerade einmal 3 % in Beratungsstellen für illegale Drogen. Bei den anonymen Kontakten zeigt sich ein gänzlich anderes Bild. Nahezu die Hälfte (45 %) solcher Termine sind dem Einrichtungstyp „illegale Substanzen“ zuzuordnen. Hierin drückt sich womöglich die Angst vieler Konsumenten/innen illegaler Drogen vor dem Bekanntmachen ihrer persönlichen Daten aus. Weitere 48 % der anonymen Kontakte entfallen auf integrative Beratungsstellen. Die Einrichtungen für legale Drogen sind auch in dieser Klientengruppe mit einem Anteil von 7 % unterrepräsentiert.

Obwohl nur etwa ein Viertel aller hier betrachteten Einrichtungen in einer kreisfreien Stadt ansässig ist, versorgen diese ein Drittel (32 %) der gesamten Klientel (siehe Abbildung 3.3). Vier von zehn Personen mit Suchtproblemen (41 %) suchten im Jahre 2003 eine Beratungsstelle in den Landkreisen auf und etwa ein Viertel aller namentlich erfassten Klienten/innen wurde in Einrichtungen des Hamburger Umlandes betreut. Eine andere Verteilung zeigt sich bei den Angehörigen: Mehr als jede/r Zweite (53 %) fragte um Hilfe in Einrichtungen des Hamburger Randgebietes nach. In den kreisfreien Städten werden Angehörige zu einem deutlich geringeren Anteil betreut (9 %). Die anonyme Suchtberatung scheint insbesondere bei den Einrichtungen der Landkreise sehr ausgeprägt zu sein: Drei Viertel aller anonymen Klientenkontakte (76 %) sind dieser Region zuzuordnen.²⁴ Etwa jeder sechste Kontakt dieser Art wird in Einrichtungen der kreisfreien Städte dokumentiert (17 %). Im Hamburger Umland

²⁴ Einschränkung gilt jedoch zu beachten, dass zwei Beratungsstellen bezüglich dieses Betreuungsangebotes besonders „aktiv“ sind. Zwei Drittel aller 8.600 anonymen Kontakte fanden hier statt.

spielt diese Beratungsform nur eine untergeordnete Rolle (7 %). Diese unterschiedliche regionale Verteilung kann mit der Größe der Einrichtungen (Anzahl der Mitarbeiter/innen etc.), ihrer speziellen inhaltlichen Ausrichtung oder den Bedürfnissen der Klientel zusammenhängen. Diese generelle Bemerkung gilt auch für einige der folgenden empirischen Befunde. Um hier zu einer abschließenden Bewertung zu gelangen, sind tiefer gehende Informationen aus den Einrichtungen erforderlich (siehe oben).

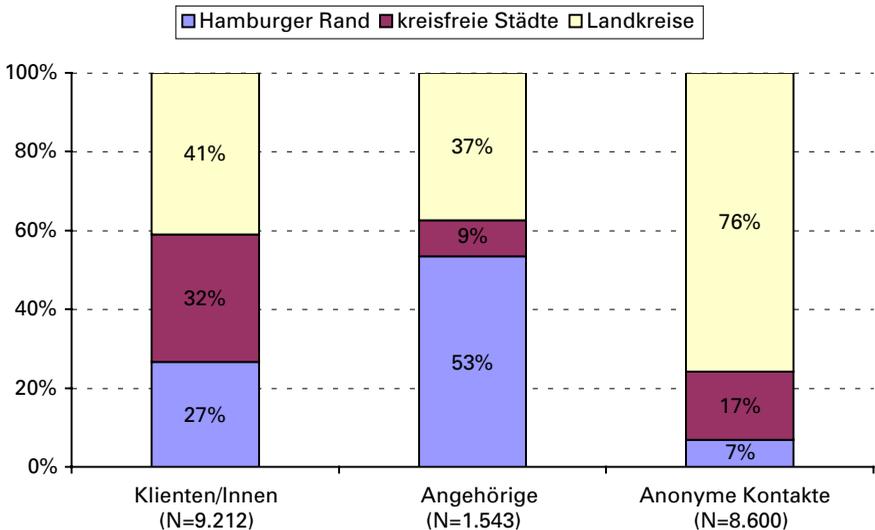


Abbildung 3.3: Namentlich erfasste Klienten/innen, namentlich erfasste Angehörige und anonyme Klientenkontakte nach Region

Die Einrichtungen der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe betreuen im Durchschnitt 219 Klienten/innen. Die durchschnittliche Klientenzahl schwankt jedoch erheblich, wenn nach dem Einrichtungstyp bzw. nach der Region unterschieden wird (siehe Abbildung 3.4). So versorgen Beratungsstellen für illegale Substanzen im Mittel 242 Personen mit Suchtproblemen, während es in den integrativen Einrichtungen 230 Klienten/innen sind. Deutlich geringer ist hingegen die Zahl derer, die in einer Einrichtung für legale Substanzen betreut werden. Mit 126 Personen liegen sie erheb-

lich unter dem Durchschnitt aller Einrichtungen Schleswig-Holsteins.²⁵ Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Zahl der Klienten/innen nicht mit der Größe der Einrichtungen in Beziehung gesetzt werden konnte, da entsprechende Angaben (z. B. Anzahl der Mitarbeiter) derzeit nicht vorliegen. Dementsprechend können die berichteten durchschnittlichen Klientenzahlen nur einer ersten Orientierung dienen. Für tiefer gehende Aussagen sind detailliertere Informationen zu den Einrichtungen notwendig.

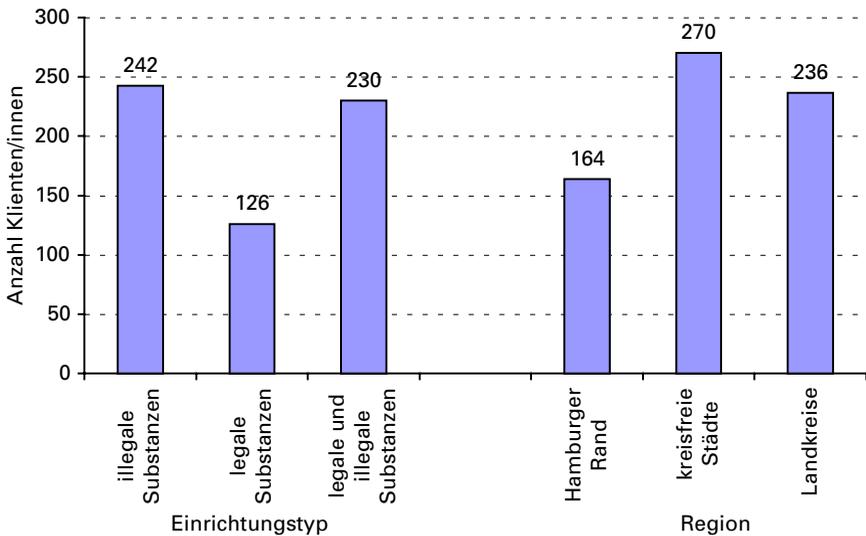


Abbildung 3.4: Durchschnittliche Anzahl der namentlich erfassten Klienten/innen pro Einrichtung nach Einrichtungstyp und Region (N=9.212)

Auch eine Differenzierung der durchschnittlichen Zahl der Klienten/innen nach der Region zeigt deutliche Unterschiede auf. Es sind insbesondere die Beratungsstellen in den kreisfreien Städten, die überdurchschnittlich viele Klienten/innen betreuen. Im Mittel liegt deren Zahl im Jahre 2003 bei 270 Personen. Auch in den Einrichtungen der Landkreise werden überdurchschnittlich

²⁵ Einschränkend gilt es jedoch anzumerken, dass zwei der fünf Einrichtungen für legale Drogen im Jahre 2003 über weniger als 40 Klienten/innen verfügten und diese somit die durchschnittliche Klientenzahl dieses Einrichtungstyps deutlich senken.

viele Menschen mit Suchtproblemen behandelt (durchschnittlich 236 Klienten/innen). Im Vergleich zu den beiden letztgenannten Regionen fällt die durchschnittliche Klientenzahl in den Einrichtungen des Hamburger Umlands deutlich ab. Im Mittel haben sie 164 Klienten/innen pro Jahr und somit 106 weniger als z. B. die Einrichtungen in den kreisfreien Städten.

Nahezu drei Viertel (73 %) der 9.212 Klienten/innen sind männlichen Geschlechts. Diese Verteilung variiert nur geringfügig, wenn nach den einzelnen Regionen unterschieden wird (siehe Abbildung 3.5). In den kreisfreien Städten und im Hamburger Umland sind die Frauen leicht überrepräsentiert (30 % bzw. 28 %), während ihr Anteil in den Einrichtungen der Landkreise unter dem Durchschnitt aller Klienten/innen liegt (25 %).

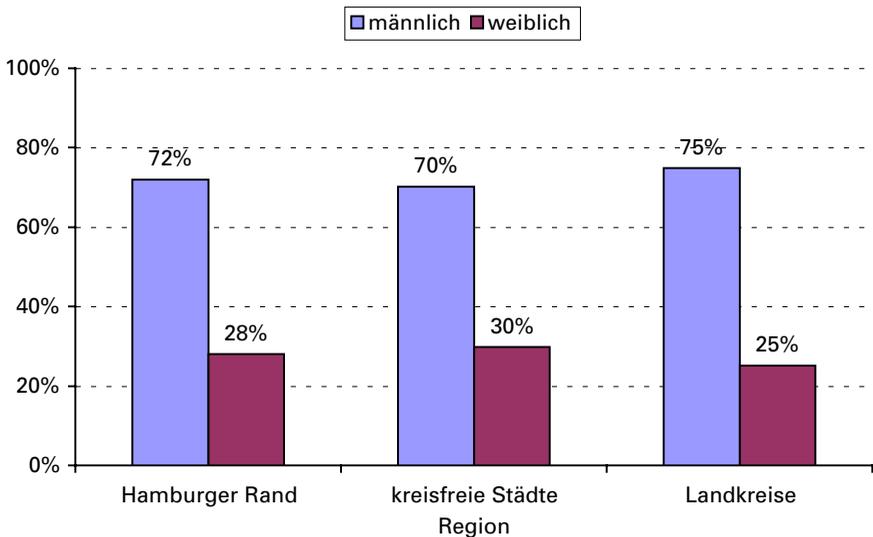


Abbildung 3.5: Verteilung von männlichen und weiblichen namentlich erfassten Klienten/innen nach Region (N=9.212)

Bei der Betrachtung des Verhältnisses von Männern zu Frauen in Abhängigkeit vom Einrichtungstyp zeigt sich für die Beratungsstellen legaler Substanzen auf den ersten Blick ein überraschendes Ergebnis: Mehr als jede/ zweite Klient/in (54 %) ist weiblichen Geschlechts. Eine tiefer gehende Analyse der Daten offenbart jedoch,

dass diese ungewöhnliche Verteilung auf die besondere Klientel einer einzigen Einrichtung zurückzuführen ist. Diese vergleichsweise große Einrichtung betreut ausschließlich Frauen. In den Hilfeeinrichtungen für illegale Substanzen sind die männlichen Klienten mit 78 % etwas überrepräsentiert, während die integrativen Suchtberatungsstellen auf einen Klientenkreis verweisen können, der dem Durchschnitt aller betreuten Personen entspricht (Anteil Männer: 74 %).

Die Klienten/innen der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe sind im Durchschnitt 38,2 Jahre alt (Frauen: 39,4 Jahre; Männer: 37,8 Jahre). In Abbildung 3.6 ist das Durchschnittsalter der männlichen und weiblichen Klienten/innen differenziert nach dem Einrichtungstyp und der Region wiedergegeben. Wie zu erwarten, ist die Klientel der Einrichtungen für illegale Substanzen deutlich jünger (31,7 Jahre) als die der integrativen Einrichtungen (39,2) und der Beratungsstellen für legale Substanzen (43,1 Jahre). Innerhalb der Einrichtungstypen unterscheidet sich das Durchschnittsalter von Männern und Frauen nur geringfügig.

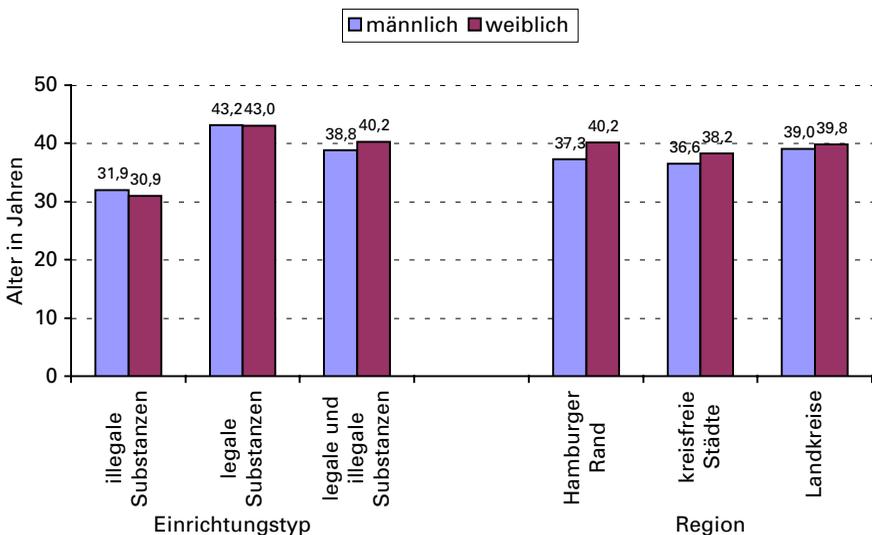


Abbildung 3.6: Durchschnittsalter der namentlich erfassten Klienten/innen nach Einrichtungstyp und Region (N=8.995)

Wird das Durchschnittsalter nach der regionalen Zugehörigkeit der Einrichtungen unterschieden, so zeigen sich keine evidenten Differenzen. Die Klienten/innen in den kreisfreien Städten sind mit durchschnittlich 37 Jahren etwas jünger als die Klientel des Hamburger Umlandes (38,1 Jahre) und der Landkreise (39,2 Jahre). Ein nennenswerter Altersunterschied zwischen Männern und Frauen ist lediglich für das Hamburger Randgebiet festzustellen. Die weibliche Klientel dieser Einrichtungen ist im Mittel nahezu drei Jahre älter (40,2 Jahre) als ihr männliches Pendant (37,3 Jahre). Von besonderem Interesse im Rahmen dieser Strukturdatenanalyse ist die Frage nach dem grundlegenden Suchtproblem der in den Einrichtungen zu betreuenden Personen.²⁶ Mit anderen Worten: Entsprechen die Zielgruppen der Einrichtungen auch ihrer tatsächlichen Klientel?

Die Antwort auf diese Frage zeigt die Abbildung 3.7. Ihr ist zu entnehmen, dass 92 % der Klienten/innen, welche in Einrichtungen für illegale Substanzen um Hilfe nachsuchen, auch ein Suchtproblem mit illegalen Drogen aufweisen. Substituierte sind mit einem Anteil von 64 % hier besonders stark vertreten. Es folgen mit einem Anteil von 17 % die (nicht substituierten) Opiat-Klienten/innen (Cannabis: 6 %). Nahezu die Hälfte (48 %) aller Substituierten in Schleswig-Holstein wird in einer auf illegale Drogen spezialisierten Einrichtung betreut. Bei den Heroin- und Kokainabhängigen trifft dies auf 30 % zu; bei den Cannabis-Klienten/innen auf 18 %.

In den Beratungsstellen für legale Substanzen sind 89 % der Klienten/innen auf Grund eines Problems mit legalen Drogen betreut worden. Ein wesentlicher

²⁶ Im Sinne einer übersichtlicheren Darstellung wurden die im Statusbericht genannten Hauptdrogentypen zu drei Gruppen zusammengefasst. Dies ist zum einen die Gruppe „illegale Drogen“, zu denen Personen mit dem Hauptdrogentyp Amphetamine, LSD, Ecstasy, Cannabis, Kokain, Opiate und Substitut gehören. Die zweite Gruppe „legale Drogen“ umfasst die Substanzen Alkohol, Medikamente und Nikotin. Klienten/innen mit einer Essstörung, pathologischer Spielsucht oder nicht näher bezeichneten Störungen wurden der Gruppe „andere Abhängigkeiten“ zugeordnet. Klienten/innen, denen kein Hauptdrogentyp zugeordnet werden konnte, sind in die Analysen zum Suchtproblem nicht einbezogen worden.

Schwerpunkt dieses Einrichtungstyps ist die Betreuung von alkoholkranken Menschen. Mehr als acht von zehn Klienten/innen haben ein solches Suchtproblem (85 %). Im Hinblick auf die aufgeworfene Frage lässt sich festhalten, dass in den spezialisierten Einrichtungen in der weit überwiegenden Mehrzahl auch die eigentlichen Zielgruppen erreicht werden. Dass Klienten/innen mit anderen Suchtproblemen dennoch – zu geringen Anteilen – in den einzelnen Einrichtungstypen vertreten sind, verweist darauf, dass diese Hilfebedürftigen nicht einfach weggeschickt oder formal an andere Einrichtungen verwiesen werden, sondern versucht wird, sich vor Ort ihres Problems anzunehmen.

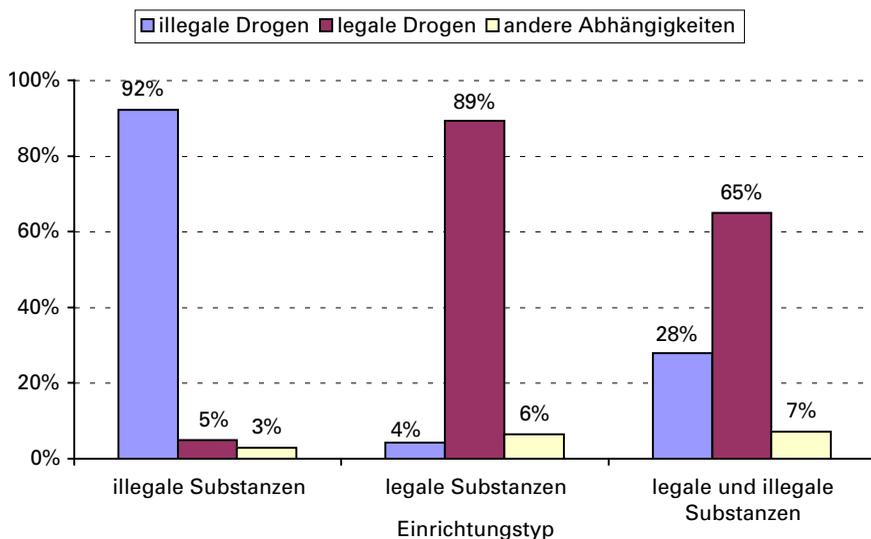


Abbildung 3.7: Suchtproblem der namentlich erfassten Klienten/innen nach Einrichtungstyp (N=8.013)

Die Klientel der integrativen Suchtberatungsstellen hat zu ca. zwei Dritteln (65 %) ein Suchtproblem mit legalen Drogen, vornehmlich Alkohol (63 %). Mehr als jede/r vierte Klient/in dieses Einrichtungstyps (28 %) weist ein Problem mit illegalen Drogen auf. Davon entfallen 13 % auf substituierte Klienten/innen; 7 % sind heroinabhängig und 5 % haben ein Problem mit ihrem Cannabiskonsum. Andere Suchtprobleme spielen mit

einem Anteil von 7 % nur eine untergeordnete Rolle (z. B. Essstörung 3 % und Spielsucht 3 %).

Werden die Suchtprobleme der Klienten/innen nach der Region unterschieden, in welcher die Einrichtungen ansässig sind, so zeigt sich der bekannte Stadt-Land-Gegensatz (siehe Abbildung 3.8). Während zwei Drittel der Klienten/innen der Landkreise (66 %) und des Hamburger Umlandes (64 %) Probleme mit legalen Drogen aufweisen, überwiegen in den kreisfreien Städten die Abhängigen illegaler Drogen (55 %). In den Städten sind es insbesondere die Substituierten, welche die Arbeit der dortigen ambulanten Suchtberatungsstellen bestimmen. Ihr Anteil entspricht mit 40 % dem der Alkohol-Klienten/innen.

Ein interessanter Sachverhalt zeigt sich bei den Cannabiskonsumenten/innen. Während die Einrichtungen der kreisfreien Städte insgesamt ein Drittel aller Klienten/innen Schleswig-Holsteins betreuen, ist ihr Anteil an Personen, die Probleme mit Cannabis aufweisen mit 17 % äußerst gering. Damit ist diese Klientel in den Beratungsstellen der Städte deutlich unterrepräsentiert. Hier steht zu vermuten, dass im städtischen Milieu der Konsum von Cannabisprodukten weniger auffällt, vielleicht auch eher toleriert wird als auf dem Lande. Infolgedessen dürfte der Kontakt der Klienten/innen zu den Einrichtungen der letztgenannten Region in deutlich höherem Maße durch das soziale bzw. institutionelle Umfeld vermittelt worden sein als in den Städten. Eine detaillierte Analyse der Klientendaten bestätigt diese Vermutung: Während in den kreisfreien Städten etwas mehr als jede dritte Behandlung von Cannabiskonsumenten/innen durch Familie oder Freunde (24 %) bzw. dem Arbeitgeber oder der Schule (12 %) angebahnt wurde, sind in den Landkreisen 60 % aller Einrichtungskontakte auf diesem Wege zustande gekommen (soziale Umgebung: 31 %; Arbeitgeber/Schule: 29 %). Auch im Hamburger Umland spielt das familiäre Umfeld bei der Kontaktvermittlung mit einem Anteil von 37 % eine herausragende Rolle. Zu fragen ist in diesem Zusammenhang, ob auf Grund der in den Städten oftmals geringeren sozialen Vernetzung Personen mit Cannabisproblemen keinen Zugang zum Hilfesystem

finden, oder ob auf dem Lande bereits der (bloße) Konsum von Cannabisprodukten den Familienangehörigen, Freunden, Lehrern oder Arbeitgebern Anlass genug ist, die Hilfe einer Suchtberatungsstelle hinzuzuziehen.

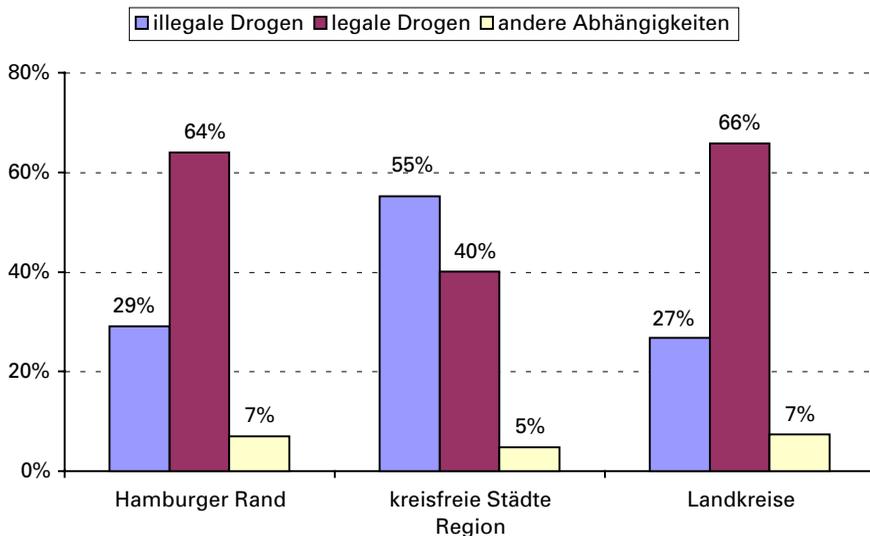


Abbildung 3.8: Suchtproblem der namentlich erfassten Klienten/innen nach Region (N=8.013)

In den Einrichtungen des Hamburger Umlandes und der Landkreise wird die überwiegende Mehrheit der Personen auf Grund einer Alkoholabhängigkeit (bzw. -gefährdung) betreut. Nahezu zwei von drei Klienten/innen aus dieser Region haben ein solches behandlungswürdiges Alkoholproblem (Hamburger Umland: 61 %; Landkreise: 64 %).²⁷

Wurde in der vorangegangenen Auswertung die Klientenstruktur innerhalb der einzelnen Regionen aufgezeigt, so gibt Abbildung 3.9 die Anteile der Regionen an den drei oben genannten Suchtproblemgruppen wieder – die Betrachtungsperspektive wird also geändert. Danach wird nahezu jede/r zweite Klient/in illegale

²⁷ Substituierte (Hamburger Umland: 10 %; Landkreise: 12 %), Heroinabhängige (Hamburger Umland: 8 %; Landkreise: 7 %) und Cannabiskonsumenten (Hamburger Umland: 5 %; Landkreise: 7 %) sind hier in weit geringerer Zahl vertreten.

ler Drogen (47 %) in Schleswig-Holstein in einer Einrichtung der kreisfreien Städte betreut. Insbesondere die Substituierten sind hier sehr zahlreich vertreten. Fast zwei Drittel aller Personen, die in Schleswig-Holstein eine Substitutionsbehandlung erfahren, sind Klienten/innen einer städtischen Beratungsstelle. Bezüglich der anderen illegalen Drogen lässt sich diese Dominanz der Beratungsstellen der kreisfreien Städte nicht wieder finden. So versorgen sie 36 % aller Opiatabhängigen, 22 % der Kokainabhängigen und lediglich 17 % aller Personen mit Cannabisproblemen in Schleswig-Holstein.

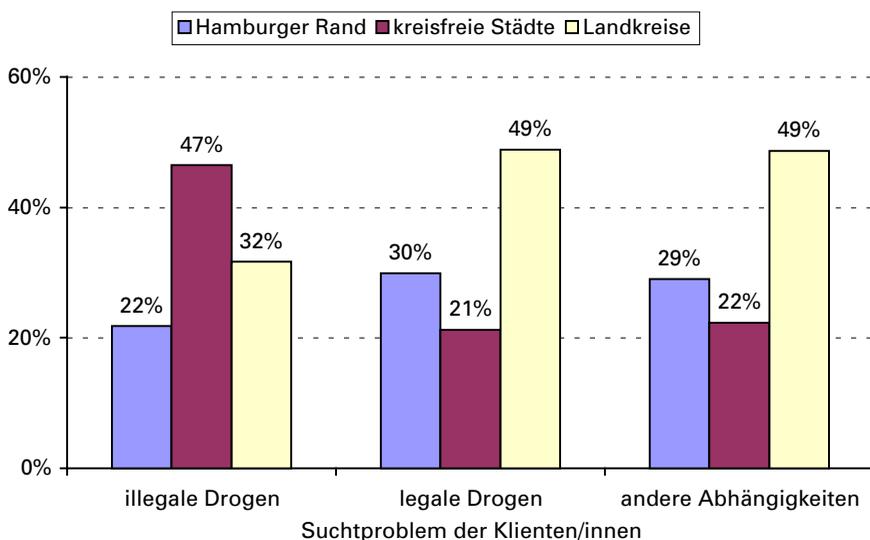


Abbildung 3.9: Anteil der namentlich erfassten Klienten/innen einer Region nach Suchtproblem (N=8.013)

Jede/r zweite Klient/in, welche/r sich auf Grund eines Problems mit legalen Drogen in Behandlung begab, suchte im Jahre 2003 eine Einrichtung der schleswig-holsteinischen Landkreise auf (49 %). Hier handelt es sich in der weit überwiegenden Mehrzahl um Personen mit Alkoholproblemen. Ein Fünftel dieser Klientel befindet sich in Einrichtungen der kreisfreien Städte in Behandlung. Eine nahezu identische Verteilung wie bei den legalen Drogen zeigt sich bei den anderen Abhän-

gigkeiten (Essstörungen, pathologisches Glücksspiel). Die Hälfte (49 %) dieses Klientenkreises suchte Beratungsstellen der Landkreise auf. Auch hier spiegeln diese Zahlen die Bedeutung der Bereitstellung gezielter Beratungsangebote wider. Denn von den acht Einrichtungen, welche angaben, dass ein inhaltlicher Schwerpunkt die Behandlung von Essstörungen sei, befinden sich sechs in den Landkreisen. Zwei Einrichtungen des Hamburger Umlands arbeiten gezielt mit Personen, die an Essstörungen leiden. In den kreisfreien Städten wird ein solches Angebot unter Beteiligung der ambulanten Suchtkrankenhilfe hingegen überhaupt nicht vorgehalten. Inwiefern in diesem Feld andere Einrichtungen (z. B. die psychiatrischen Dienste oder spezielle Abteilungen der Krankenhäuser) tätig sind, ist jedoch nicht hinreichend bekannt.

Wohnsitz der Klienten/innen

Sowohl die Zahlen der Essgestörten als auch der Substituierten machen deutlich, dass suchtproblemspezifische Betreuungsangebote in Schleswig-Holstein auch angenommen werden. Offen bleibt aber bisher die Frage, ob die betreffenden Personen sich gezielt den Beratungsstellen mit diesen Angeboten zuwenden und dafür auch längere Anfahrtswege in Kauf nehmen, oder ob ein Teil der von solchen Suchtproblemen betroffenen Menschen aufgrund eines fehlenden Betreuungsangebotes überhaupt nicht erreicht werden kann.

Eine erste Antwort auf diese Frage versucht die Abbildung 3.10 zu geben. Der Grafik sind die Anteile der Klienten/innen zu entnehmen, die ihren Wohnsitz in demselben Kreis haben, in der auch die Einrichtung ansässig ist.²⁸ Für die Einrichtungen aller drei Regionen lässt sich festhalten, dass sie zu einem weit überwiegenden Teil Personen betreuen, welche auch in dem entsprechenden Kreis wohnen. Den höchsten Anteil auswärtiger Klienten/innen (16 %) haben die kreisfreien Städte, was in erster Linie mit dem dort vorhandenen spezialisierten Angebot zusammenhängen dürfte. Etwa jeder

²⁸ Die Klienten/innen wurden anhand der Angaben zur Postleitzahl bzw. des Namens ihres Wohnortes den einzelnen Kreisen zugeordnet.

dritte pathologische Glücksspieler (35 %), jeder fünfte Alkoholklient (18 %) und jeder sechste Opiatabhängige (17 %), der in einer Einrichtung einer kreisfreien Stadt betreut wird, hat in einem anderen Kreis seinen Wohnsitz. Hingegen wohnen die Substituierten zu 90 % auch in der Stadt, in der sie ihre Betreuung erhalten.

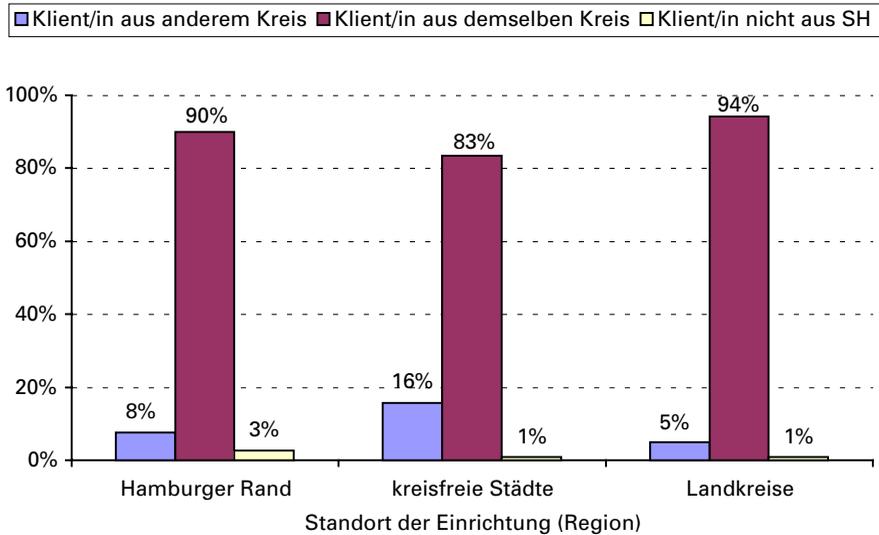


Abbildung 3.10: Wohnort der namentlich erfassten Klienten/innen nach Standort der Einrichtung (N=8.631)

Anteilmäßig deutlich weniger auswärtige Klienten/innen haben die Einrichtungen des Hamburger Umlandes (8 %). Etwa jede vierte Person mit einer Essstörung kommt entweder aus einem anderen Kreis (19 %) oder überhaupt nicht aus Schleswig-Holstein (5 %). Auch bei den Opiatabhängigen ist der Anteil auswärtiger Klienten/innen überdurchschnittlich hoch (anderer Kreis: 10 %; nicht aus Schleswig-Holstein: 9 %). In den Landkreisen spielen Klienten/innen aus anderen Gegenden (6 %) nur eine untergeordnete Rolle.

Klientenbezogene Leistungen

Wurde bisher ausführlich die Klientenstruktur der Einrichtungen dargelegt, sollen im Folgenden die klientenbezogenen Leistungen betrachtet werden. Die Ab-

bildung 3.11 zeigt, dass sich die Bedeutung der verschiedenen Leistungstypen in Abhängigkeit vom Einrichtungstyp evident unterscheidet.²⁹ In den Einrichtungen für illegale Drogen nehmen die Beratung und Information eine herausragende Stellung ein. Vier von zehn Leistungen (41 %) betreffen die Beratung. Hinzu kommt ein Anteil von 30 % für den Leistungstyp „Information“, d. h. das Führen kurzer informativer Gespräche mit den Klienten/innen. Etwa jede vierte erbrachte Leistung ist dem Leistungstyp „Betreuung“ zuzuordnen (24 %). Hierunter fallen vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter und die ambulante Rehabilitation. Die „Vermittlung“ spielt mit einem Anteil von 5 % an allen erbrachten Leistungen eine untergeordnete Rolle. Hierbei ist aber zu berücksichtigen, dass mit diesem Leistungsbegriff nur die eigentliche Vermittlung in einem engeren Sinne erfasst wird.

Liegt der Schwerpunkt in den Einrichtungen für illegale Substanzen auf den Beratungs- und Informationsleistungen, so ist dies in den Suchtkrankenhilfeeinrichtungen für legale Substanzen die Betreuung. Mehr als die Hälfte (56 %) aller erbrachten Leistungen dieses Einrichtungstyps bezieht sich hierauf. Dagegen sind hier die Informationsleistungen nur von marginaler Bedeutung; ganze drei Prozent beträgt der Anteil dieses Leistungstyps.

Das Leistungsspektrum der integrativen Suchtberatungsstellen spiegelt die heterogene Klientenstruktur dieses Einrichtungstyps wider. Da zwei Drittel dieser Klientel (siehe Abbildung 3.7) Probleme mit legalen Drogen aufweisen, ist der Anteil der Betreuungen an allen Leistungen mit 47 % fast doppelt so hoch wie in den Einrichtungen für illegale Substanzen. Dies hängt vor allem mit der besonderen Bedeutung der ambulanten Rehabilitation für alkoholabhängige Personen zusammen. Hingegen hat in diesen Einrichtungen die Information mit einem Anteil von 7 % einen etwas höheren Stellenwert als in den Einrichtungen für legale Substanzen. Der Anteil der Beratungsleistungen liegt

²⁹ Im Sinne einer anschaulicheren Darstellung werden nur die vier bedeutendsten klientenbezogenen Leistungen dargestellt: Information, Beratung, Vermittlung, Betreuung.

mit 43 % in etwa auf dem Niveau der beiden anderen Einrichtungstypen.

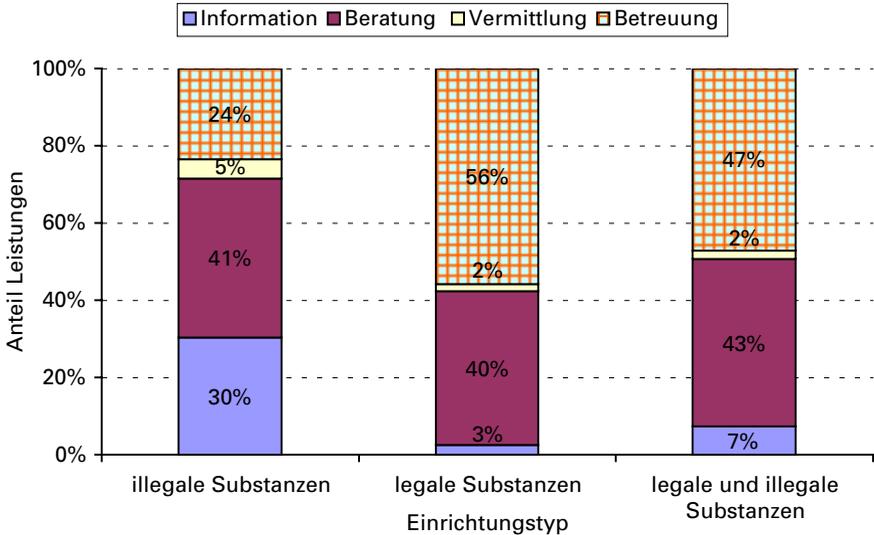


Abbildung 3.11: Anteil der einzelnen Leistungstypen an der Gesamtzahl klientenbezogener Leistungen von namentlich erfassten Klienten/innen nach Einrichtungstyp (N-Leistungen=85.627)

Die klientenbezogenen Leistungen lassen sich jedoch nicht nur hinsichtlich ihrer Anzahl, sondern auch nach der für die Erbringung dieser Leistungen aufgewandten Zeit unterscheiden. Die Gesamtleistungsdauer aller 42 hier betrachteten Einrichtungen beträgt 76.725 Stunden. Davon entfallen 84 % auf die integrativen Suchtberatungsstellen, 10 % auf Einrichtungen für illegale Substanzen und 6 % auf die Einrichtungen für legale Substanzen. In Abbildung 3.12 sind die Anteile der verschiedenen Leistungstypen an der Gesamtleistungsdauer differenziert nach Einrichtungstyp wiedergegeben. In den Einrichtungen für illegale Substanzen nimmt die Beratung auch zeitlich einen bedeutenden Raum ein. Fast jede zweite Stunde wird für diesen Leistungstyp aufgebracht (45 %). Die Betreuung umfasst ca. ein Drittel der aufgewandten Zeit (34 %). Deutlich weniger Zeit beanspruchen das Erteilen von Informationen (17 %) und die Vermittlung (4 %). In den Bera-

tungsstellen für legale Substanzen zeigt sich ein gänzlich anderes Bild: Mehr als drei Viertel (77 %) der gesamten Leistungsdauer bezieht sich auf die „Betreuung“ der Klienten/innen. Hier zeigt sich die äußerst zeitintensive Behandlung von Personen mit Alkoholproblemen. 92 % der innerhalb dieses Einrichtungstyps für die Betreuung aufgewandten Zeit entfällt auf diese Klientel. Die Beratung der Klienten/innen in den Einrichtungen für legale Substanzen beansprucht etwa ein Fünftel der gesamten Zeit (21 %). Information und Vermittlung spielen bezüglich des zeitlichen Umfanges mit einem Anteil von jeweils nur 1 % eine sehr untergeordnete Rolle. Auch in den integrativen Suchtberatungsstellen kommt der Betreuung eine herausragende Bedeutung zu. Zwei Drittel der insgesamt für klientenbezogene Leistungen erforderlichen Zeit (65 %) betrifft diesen Leistungstyp. Hier spiegelt sich der hohe Anteil der Klienten/innen wider, welche diese Einrichtungen auf Grund eines Alkoholproblems aufsuchen. Nahezu jede dritte Stunde (31 % der Gesamtleistungsdauer) entfällt auf die Beratung der Klienten/innen.

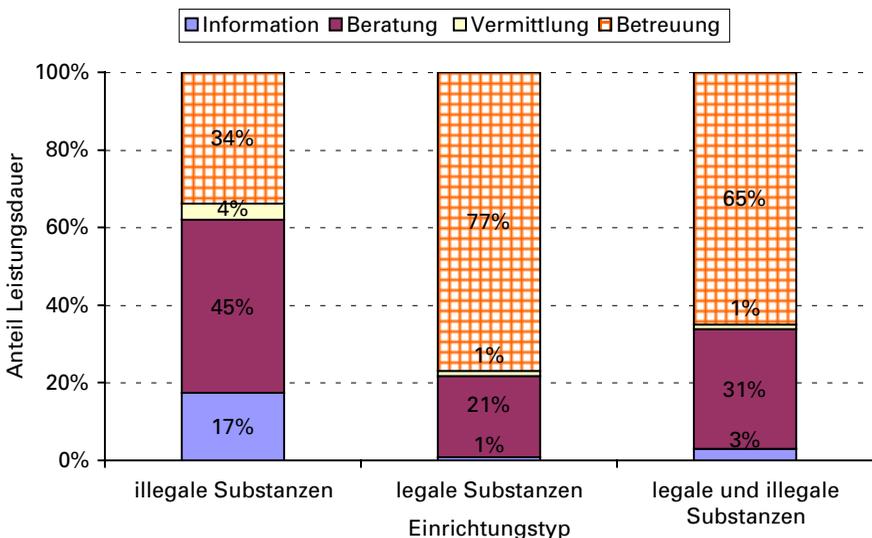


Abbildung 3.12: Anteil der Dauer der einzelnen Leistungstypen an der Dauer aller Leistungen von namentlich erfassten Klienten/innen nach Einrichtungstyp der Einrichtung (Gesamtleistungsdauer=70.641 Stunden)

Die Weitergabe von Informationen und die Vermittlung von Klienten/innen sind mit einem Anteil von 3 % bzw. 1 % von nur geringer zeitlicher Relevanz.

Abschließend soll die Frage beantwortet werden, ob sich die Leistungsdauer in Abhängigkeit vom Einrichtungstyp unterscheidet. Hierzu ist in Abbildung 3.13 die durchschnittliche Dauer des Leistungstyps „Betreuung“ für Klienten/innen mit den Hauptdrogentypen Alkohol, Cannabis, Opiate und Substitut wiedergegeben. Während sich die Dauer einer Betreuung bei den Alkoholklienten/innen und den Substituierten in den verschiedenen Einrichtungstypen nur geringfügig unterscheidet, sind bei den Heroinabhängigen und den Cannabiskonsumenten/innen nennenswerte Differenzen feststellbar. So nimmt die Betreuung einer/s Heroinabhängigen in den integrativen Suchtberatungsstellen im Mittel etwa 1,6-mal mehr Zeit in Anspruch als in den Einrichtungen für illegale Drogen (Cannabis 1,7-mal). Eine eindeutige Erklärung dieses Sachverhaltes lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht vorlegen. Unter anderem könnte dies damit zu tun haben,

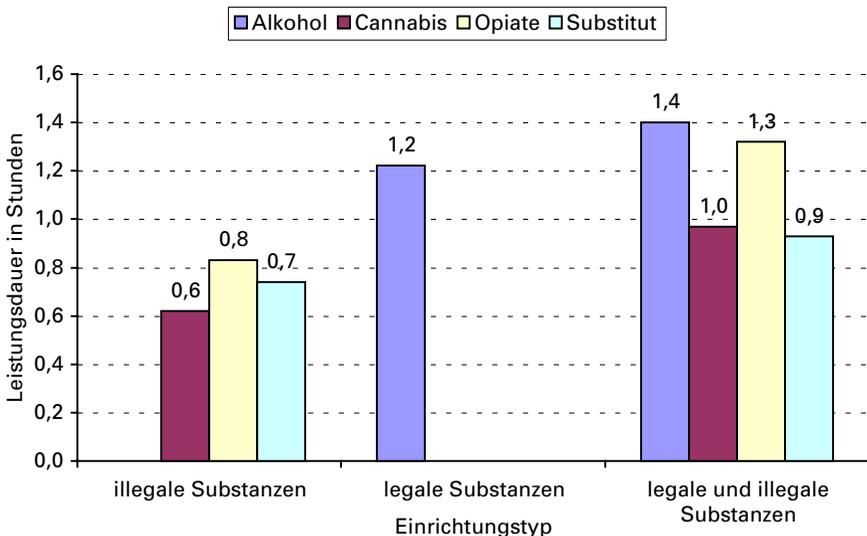


Abbildung 3.13: Durchschnittliche Dauer des Leistungstyps „Betreuung“ für Klienten/innen mit der Hauptdroge Alkohol, Cannabis, Opiate bzw. Substitut nach Einrichtungstyp (N-Leistungen=27.233)

dass die auf illegale Drogen spezialisierten Einrichtungen mit ihren explizit niedrighschwelligem Angeboten sehr viele Klienten/innen erreichen, die einer zeitintensiven Betreuung noch nicht gewachsen sind.

3.5 Fazit

In den zurückliegenden vier Jahren sind die Klientel und die von ihr in Anspruch genommenen Leistungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins detailliert analysiert und beschrieben worden.³⁰ Auf diese Weise war es möglich, die Lebenssituation von Menschen mit Suchtproblemen und ihre Inanspruchnahme von Hilfeleistungen nachzuzeichnen und Veränderungen in diesen Bereichen frühzeitig zu erkennen. Hingegen lagen zu den Einrichtungen, welche diese Suchtkranken betreuen, bisher nur sehr unzureichende Informationen vor. Das Ziel der oben dargelegten Strukturdatenanalyse war es, dieses „Informationsdefizit“ zu verringern.

Grundsätzlich lassen sich die Einrichtungen der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe dahingehend unterteilen, ob ihre primäre Zielgruppe Konsumenten/innen legaler oder illegaler Substanzen sind bzw. ob sie Angebote für beide Klientengruppen vorhalten. Während in den Landkreisen die letztgenannten integrativen Beratungsstellen überwiegen, finden sich in den kreisfreien Städten überdurchschnittlich viele Einrichtungen, die sich auf die Hilfe für Abhängige illegaler Drogen spezialisiert haben.

Nahezu alle Einrichtungen geben als Schwerpunkt ihrer Tätigkeit die Beratung der Klienten/innen an. Des Weiteren sind, je nach Einrichtungstyp, auch die psychosoziale Betreuung von Substituierten bzw. die ambulante Rehabilitation von besonderer Bedeutung. Bemerkenswert ist, dass sehr viele Einrichtungen die Suchtprävention als einen ihrer Tätigkeitsschwerpunkte bezeichnen. Diese Verzahnung von Prävention und Hilfe entspricht einem modernen Verständnis von ambulanter Suchtkrankenhilfe und kann im Rahmen

³⁰ Raschke et al. (2000), Kalke et al. (2003), Martens et al. (2004).

der Strukturdatenanalyse als ein interessantes Ergebnis festgehalten werden.

Um die Strukturen der Einrichtungen mit den grundlegenden Charakteristika der Klienten/innen in Beziehung setzen zu können, wurden im zweiten Analyseteil die Angaben zu den Einrichtungen mit den Klientendaten zusammengeführt. So konnte z. B. gezeigt werden, dass die betreute Klientel in den Beratungsstellen für legale wie auch illegale Substanzen weitgehend der Zielgruppe dieser Einrichtungstypen entspricht. Demnach werden die speziellen Hilfeangebote dieser Einrichtungen auch von den Personen nachgefragt, für die sie im Wesentlichen bestimmt sind. Eine deutliche Übereinstimmung zeigt sich auch bei dem Vergleich der regionalen Zugehörigkeit von Einrichtungen und Klienten/innen. Der weit überwiegende Teil der betreuten Personen ist in dem Kreis wohnhaft, in welchem auch die behandelnde Einrichtung ansässig ist. Hingegen ist die Anzahl der Klienten/innen, die nicht in Schleswig-Holstein wohnen, verschwindend gering. Die von den Mitarbeiter/innen der ambulanten Suchtkrankenhilfe erbrachten Leistungen differieren in Anzahl und Dauer je nach Einrichtungstyp erheblich. So steht in den Einrichtungen für legale Substanzen der Leistungstyp „Betreuung“ deutlich im Vordergrund, während in den Beratungsstellen für illegale Substanzen die „Beratung“ und „Information“ von besonderer Bedeutung sind.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass mit den Strukturdatenanalysen erstmals grundlegende Zahlen zur Struktur der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins und ihrer Klientel vorgelegt werden konnten. So sind sowohl positive Elemente (z. B. die Bedeutung der Suchtprävention in den Einrichtungen) als auch Anzeichen von strukturellen Defiziten (z. B. die fehlende Straßensozialarbeit für alkoholranke Personen) benannt worden. Konkretere und vertiefende Aussagen werden jedoch erst möglich sein, wenn detailliertere Informationen zu den Einrichtungen vorliegen. Ziel dieser Analysen war es jedoch – daran sei nochmals erinnert – erstmals für Schleswig-Holstein miteinander verknüpfte Zahlen zur Struktur und Klientel der

ambulanten Suchtkrankenhilfe vorzulegen, um auf dieser Grundlage einen Einstieg in eine fachliche Diskussion zu dieser für Land, Kommunen, Einrichtungsträger und Klienten/innen wichtigen Thematik zu ermöglichen.

Literatur

Kalke, Jens/Martens, Marcus-Sebastian/Schütze, Christian & Raschke, Peter (2003): Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Die Lebenssituation der Klientinnen und Klienten in Stadt und Land, Band III, Kiel.

Martens, Marcus-Sebastian/Schütze, Christian/Kalke, Jens/Kloss, Martin & Raschke, Peter (2004): Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Jugendliche und Junge Erwachsene in der ambulanten Suchtkrankenhilfe, Band IV, Kiel.

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

Roland, Simon & Pfeiffer, Tim (2001): Deutscher Kern Datensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch, Hamm.

Simon, Roland/Sonntag, Dilek/Bühringer, Gerhard & Kraus, Ludwig (2004): Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland. Institut für Therapieforschung, München.

Welsch, Karin & Sonntag, Dilek (Hrsg.) (2003): Deutsche Suchthilfestatistik 2002. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Sonderheft. Jahrgang 49.