



# Pathologische Glücksspieler in der ambulanten Suchthilfe

Jahresbericht 2008

## Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe



**ISD**

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

Adolf-Westphal-Str. 4  
24143 Kiel

Ansprechpartnerin:  
manuela.vetter@  
sozmi.landsh.de

Text, Layout, Redaktion:  
Institut für interdisziplinäre  
Sucht- und  
Drogenforschung e. V.  
ISD Hamburg

Satz:  
Christian Schütze  
Hamburg

Druck und  
Weiterverarbeitung:  
Hansadruck, Kiel

Dezember 2009  
Band 10

ISSN 0935-4379

Diese Broschüre wurde  
aus Recyclingpapier her-  
gestellt.

Diese Druckschrift  
wird im Rahmen der  
Öffentlichkeitsarbeit der  
schleswig-holsteinischen  
Landesregierung heraus-  
gegeben. Sie darf we-  
der von Parteien noch von  
Personen, die Wahlwer-  
bung oder Wahlhilfe be-  
treiben, im Wahlkampf  
zum Zwecke der Wahlwer-  
bung verwendet werden.  
Auch ohne zeitlichen Be-  
zug zu einer bevorstehen-  
den Wahl darf die Druck-  
schrift nicht in einer Weise  
verwendet werden, die als  
Parteinahme der Landes-  
regierung zu Gunsten ein-  
zelnder Gruppen verstan-  
den werden könnte. Den  
Parteien ist es gestattet,  
die Druckschrift zur Unter-  
richtung ihrer eigenen Mit-  
glieder zu verwenden.

Die Landesregierung im Internet:  
[www.landesregierung.schleswig-holstein.de](http://www.landesregierung.schleswig-holstein.de)

Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe  
(Band 10)

Jahresbericht 2008  
Pathologische Glücksspieler in der ambulanten Suchthilfe

Jens Kalke  
Christian Schütze  
Sven Buth

Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung  
ISD Hamburg



# Inhalt

Tabellenverzeichnis .....	6
Abbildungsverzeichnis .....	8
Einleitung.....	10
1. Zusammenfassung .....	11
1.1. Fragestellung und Zielsetzung .....	11
1.2. Datensatz, -kontrolle und -validität .....	11
1.3. Datengrundlage, hilfeschende Personen.....	12
1.4. Die Lebenssituation und Versorgung der Klienten/innen.....	12
1.5. Pathologische Glücksspieler in der ambulanten Suchtkrankenhilfe.....	14
2. Datensatz — Datengrundlage.....	17
2.1. Neuer Datensatz .....	17
2.2. Datengrundlage und Basisdaten der Klientel .....	17
2.2.1. Einrichtungen und elektronische Dokumentationssysteme .....	17
2.2.2. Hilfeschende Personen.....	18
2.2.3. Anonyme Kontakte.....	18
3. Die Lebenssituation und Versorgung der Klientinnen und Klienten .....	19
3.1. Das Alter der namentlich erfassten Personen .....	19
3.2. Die Hauptsubstanz der Klienten/innen.....	20
3.3. Die soziale Situation .....	22
3.3.1. Wohnsituation .....	22
3.3.2. Familienstand .....	25
3.3.3. Kinder .....	28
3.3.4. Bildungsstand.....	28
3.3.5. Berufliche und finanzielle Situation .....	29
3.4. Die Betreuungen im ambulanten Hilfesystem .....	33
3.5. Leistungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems .....	39
3.5.1. Alle Personen .....	39
3.5.2. Namentlich erfasste Angehörige und Klienten/innen .....	40
3.5.3. Namentlich erfasste Klienten/innen.....	40
3.6. Die Struktur der ambulanten Suchtkrankenhilfe .....	43
3.6.1. Einleitende Bemerkungen .....	43
3.6.2. Datengrundlage .....	44
3.6.3. Analyse der Strukturdaten .....	44
3.6.4. Auswertung nach Klienten/innen und Tätigkeiten .....	46
3.6.5. Klientenbezogene Leistungen .....	47
3.7. Trends 2001 - 2008.....	48
3.7.1. Demografische Entwicklungen.....	49
3.7.2. Substanzbezogene Trends .....	49
3.7.3. Biografische Trends.....	51
3.7.4. Betreuungsbezogene Trends .....	54
4. Pathologische Glücksspieler in der ambulanten Suchtkrankenhilfe.....	58
4.1. Einleitung .....	58
4.2. Analyse I: Grundausswertungen zu den pathologischen Glücksspielern .....	58
4.2.1. Soziodemografische Situation .....	58
4.2.2. Betreuungen.....	61
4.2.3. In Anspruch genommene Leistungen .....	61
4.3. Analyse II: Pathologische Glücksspieler und Alkohol Klienten im Vergleich .....	61
4.3.1. Soziale und gesundheitliche Situation .....	62
4.3.2. Betreuungen.....	64
4.3.3. In Anspruch genommene Leistungen .....	67
Anhang.....	68
Literatur .....	72

# Tabellenverzeichnis

## Kapitel 2

Tabelle 2.1: Namentlich erfasste Klienten/innen und Angehörige des Jahres 2008.....	18
Tabelle 2.2: Namentlich erfasste Klienten/innen aus dem Vorjahr differenziert nach Geschlecht, 2008.....	18
Tabelle 2.3: Anonyme Kontakte des Jahres 2008.....	18

## Kapitel 3

Tabelle 3.1: Durchschnittsalter der namentlich erfassten Klienten/innen nach Geschlecht, 2008.....	20
Tabelle 3.2: Verteilung der Alterskategorien namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2008.....	20
Tabelle 3.3: Das Hauptproblem der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 nach Geschlecht.....	21
Tabelle 3.4: Durchschnittsalter der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008, ausgewählte Wohnsituationen.....	23
Tabelle 3.5: Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 nach Hauptsubstanz.....	24
Tabelle 3.6: Formaler Familienstand der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 nach Hauptsubstanz.....	25
Tabelle 3.7: Tatsächliche Familienkonstellation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 nach Hauptsubstanz.....	26
Tabelle 3.8: Partnerbeziehung der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 nach Hauptsubstanz.....	27
Tabelle 3.9: Namentlich erfasste Klienten/innen und ihre Kinder, 2008.....	28
Tabelle 3.10: Höchster Schulabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 in einem Alter von 18 Jahren oder älter nach Hauptsubstanz.....	29
Tabelle 3.11: Erwerbstätigkeit der namentlich erfassten Klienten/innen und ihr Alter 2008.....	30
Tabelle 3.12: Haupteinkommensquelle der namentlich erfassten Klienten/innen (ausgewählte Kategorien) des Jahres 2008 nach Hauptsubstanz.....	31
Tabelle 3.13: Betreuungen nach Arten: neu, beendet und gesamt des Jahres 2008.....	33
Tabelle 3.14: Vermittelnde Instanz der Betreuungen namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2008 nach Geschlecht.....	35
Tabelle 3.15: Vermittlung in das Hilfesystem des Jahres 2008 nach Hauptsubstanz.....	36
Tabelle 3.16: Durchschnittliche Gesamtdauer der klientenbezogenen Leistungen pro Klient/in oder Angehöriger nach Geschlecht, 2008.....	40
Tabelle 3.17: Durchschnittliche Gesamtdauer der klientenbezogenen Leistungen pro Klient/in nach Geschlecht, 2008.....	40
Tabelle 3.18: Durchschnittliche Gesamtdauer der klientenbezogenen Leistungen pro Klient/in nach Leistungsart und Anteil am zeitlichen Gesamtaufwand, 2008.....	41
Tabelle 3.19: Durchschnittliche Dauer der pro Klient/in in Anspruch genommenen Leistungen nach Hauptsubstanz (nur Klienten/innen), 2008.....	43
Tabelle 3.20: Einrichtungstyp der an der Strukturanalyse beteiligten Suchtberatungsstellen, 2008.....	44
Tabelle 3.21: Einrichtungstyp getrennt nach kreisfreien Städten, Hamburger Rand und Landkreise, 2008.....	44
Tabelle 3.22: Zentrale Hilfen/Tätigkeiten der Einrichtungen, 2008.....	45
Tabelle 3.23: Trends 2001 bis 2008: Neu begonnene Betreuungen namentlich erfasster Klienten/innen nach Geschlecht.....	49
Tabelle 3.24: Trends 2001 bis 2008: Begonnene Betreuungen namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz.....	50
Tabelle 3.25: Trends 2001 bis 2008: Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen.....	51
Tabelle 3.26: Trends 2001 bis 2008: Haupteinkommensquelle namentlich erfasster Klienten/innen.....	53
Tabelle 3.27: Trends 2001 bis 2008: Partnersituation namentlich erfasster Klienten/innen.....	54
Tabelle 3.28: Trends 2001 bis 2008: Vermittlung in die Betreuung namentlich erfasster Klienten/innen.....	54
Tabelle 3.29: Trends 2001 bis 2008: Problematik am Tag des Betreuungsendes.....	57

## Kapitel 4

Tabelle 4.1: Bevorzugte Glücksspielart der pathologischen Glücksspieler (Hauptdiagnose, nur spezifizierte Spielarten) .....	58
Tabelle 4.2: Spielhäufigkeit der pathologischen Glücksspieler (30 Tage vor Betreuungsbeginn) .....	59
Tabelle 4.3: Alter des Störungsbegins bei den pathologischen Glücksspielern .....	59
Tabelle 4.4: Lebenssituation der pathologischen Glücksspieler .....	59
Tabelle 4.5: Wohnsituation der pathologischen Glücksspieler .....	59
Tabelle 4.6: Erwerbssituation der pathologischen Glücksspieler .....	60
Tabelle 4.7: Schuldensituation der pathologischen Glücksspieler .....	60
Tabelle 4.8: Allgemeine somatische und psychische Beeinträchtigung der pathologischen Glücksspieler .....	60
Tabelle 4.9: Vermittelnde Instanz der pathologischen Glücksspieler .....	60
Tabelle 4.10: Glücksspielverhalten (Konsumstatus) der pathologischen Glücksspieler am Ende der Betreuung .....	61
Tabelle 4.11: In Anspruch genommene Leistungstypen der pathologischen Glücksspieler .....	61
Tabelle 4.12: Gruppenbildung: Durchschnittsalter der männlichen pathologischer Glücksspieler und männlichen Alkoholklienten .....	61
Tabelle 4.13: Lebenssituation der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer) .....	62
Tabelle 4.14: Wohnsituation der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer) .....	62
Tabelle 4.15: Schulabschluss der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer) .....	63
Tabelle 4.16: Erwerbssituation der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer) .....	63
Tabelle 4.17: Schuldensituation der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer) .....	64
Tabelle 4.18: Allgemeine somatische Beeinträchtigung der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer) .....	64
Tabelle 4.19: Allgemeine psychische Beeinträchtigung der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer) .....	65
Tabelle 4.20: Jemals zuvor beanspruchte suchtspezifische Hilfe der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer) .....	65
Tabelle 4.21: Vermittelnde Instanz der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer) ....	65
Tabelle 4.22: Art der Beendigung der Betreuung bei pathologischen Glücksspielern und Alkoholklienten (ausschließlich Männer) .....	66
Tabelle 4.23: Weitervermittlung der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer) .....	66
Tabelle 4.24: Glücksspielverhalten (Konsumstatus) der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten am Ende der Betreuung (ausschließlich Männer) .....	67
Tabelle 4.25: Durchschnittliche Dauer aller in Anspruch genommenen Leistungen durch die pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer) .....	67
Tabelle 4.26: In Anspruch genommene Leistungstypen durch die pathologischen Glücksspieler und die Alkoholklienten (ausschließlich Männer) .....	68
Tabelle 4.A1: Familienstand der pathologischen Glücksspieler .....	68
Tabelle 4.A2: Partnerbeziehung der pathologischen Glücksspieler .....	68
Tabelle 4.A3: Verurteilungssituation der pathologischen Glücksspieler .....	68
Tabelle 4.A4: Gesetzliche Grundlage der Betreuung der pathologischen Glücksspieler .....	68
Tabelle 4.A5: Haupteinkommensquelle der pathologischen Glücksspieler .....	69
Tabelle 4.A6: Betreuungsdauer der pathologischen Glücksspieler (Klassen) .....	69
Tabelle 4.A7: Durchschnittliche Dauer des in Anspruch genommenen Leistungstypen bei den pathologischen Glücksspielern .....	69
Tabelle 4.A8: Familienstand der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer) .....	69
Tabelle 4.A9: Partnerbeziehung der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer) .....	70
Tabelle 4.A10: Haupteinkommensquelle der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer) .....	70
Tabelle 4.A11: Verurteilungssituation der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer) .	70
Tabelle 4.A12: Gesetzliche Grundlage der Betreuung der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer) .....	71
Tabelle 4.A13: Betreuungsdauer der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (Klassen, ausschließlich Männer) .....	71
Tabelle 4.A14: Durchschnittliche Dauer der in Anspruch genommenen Leistungstypen bei den pathologischen Glücksspielern und den Alkoholklienten (ausschließlich Männer) .....	71

# Abbildungsverzeichnis

## Kapitel 3

Abbildung 3.1: Verteilung der Alterskategorien namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2008 nach Geschlecht.....	19
Abbildung 3.2: Das Hauptproblem namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2008 .....	20
Abbildung 3.3: Das Durchschnittsalter der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 nach Geschlecht und Hauptsubstanz .....	21
Abbildung 3.4: Klienten/innen aus den Vorjahren, namentlich erfasste Klienten/innen des Jahres 2008, nach Hauptsubstanz .....	22
Abbildung 3.5: Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 .....	22
Abbildung 3.6: Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 nach Hauptsubstanz.....	23
Abbildung 3.7: Formaler Familienstand der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008.....	24
Abbildung 3.8: Tatsächliche Familienkonstellation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 .....	24
Abbildung 3.9: Partnerbeziehung, namentlich erfasste Klienten/innen des Jahres 2008 .....	27
Abbildung 3.10: Höchster Schulabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 in einem Alter von 18 Jahren oder älter .....	28
Abbildung 3.11: Haupteinkommensquelle der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 .....	30
Abbildung 3.12: Schuldenhöhe der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 .....	32
Abbildung 3.13: Schuldenhöhe der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 nach Hauptsubstanz .....	32
Abbildung 3.14: Dauer der beendeten Betreuungen des Jahres 2008 nach Hauptsubstanz .....	34
Abbildung 3.15: Dauer der ambulanten Beratung nach Hauptsubstanz in Tagen, 2008.....	34
Abbildung 3.16: Art des Betreuungsendes, 2008.....	36
Abbildung 3.17: Weitervermittlung nach Ende der Betreuung, 2008 .....	37
Abbildung 3.18: Status der Problematik nach Beendigung der Betreuung, 2008.....	37
Abbildung 3.19: Status der Problematik nach Beendigung der Betreuung nach Hauptsubstanz, 2008.....	38
Abbildung 3.20: Psychische Belastung der namentlich erfassten Klienten/innen zu Betreuungsbeginn und -ende nach Geschlecht, 2008.....	38
Abbildung 3.21: In Anspruch genommene Leistungen, anzahlbezogen und nach Zeitanteilen, Klienten/innen und Angehörige, namentlich erfasst und anonym, 2008 .....	39
Abbildung 3.22: Durchschnittliche Dauer der in Anspruch genommenen Leistungen in Minuten, Klienten/innen und Angehörige, namentlich erfasst und anonym, 2008 .....	39
Abbildung 3.23: Durchschnittliche Gesamtleistungsdauer der verschiedenen Leistungen pro Klient/in oder Angehöriger nach Geschlecht, namentlich erfasste Klienten/innen und Angehörige, 2008 .....	41
Abbildung 3.24: Durchschnittliche Dauer der pro Klient/in in Anspruch genommenen Leistungen nach Altersgruppen (nur Klienten/innen), 2008.....	42
Abbildung 3.25: Gesamtleistungsdauer und Gesamtanzahl der erbrachten Leistungen namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz (nur Klienten/innen), 2008 .....	42
Abbildung 3.26: Gesamtleistungsdauer (in Stunden) der erbrachten Leistungen namentlich erfasster Klienten/innen pro Kopf nach Hauptsubstanz (nur Klienten/innen), 2008.....	42
Abbildung 3.27: Anteil der einzelnen Berufsgruppen in den Einrichtungen, 2008 .....	46
Abbildung 3.28: Konsumproblem („Hauptsubstanz“) der namentlich erfassten Klienten/innen nach Einrichtungstyp.....	46
Abbildung 3.29: Anteil der namentlich erfassten Klienten/innen einer Region nach Konsumproblem („Hauptsubstanz“) .....	47
Abbildung 3.30: Anteil der einzelnen Leistungstypen an der Gesamtzahl klientenbezogener Leistungen von namentlich erfassten Klienten/innen nach Einrichtungstyp, 2008.....	48
Abbildung 3.31: Trends 2001 bis 2008: Durchschnittsalter namentlich erfasster Klienten/innen nach Geschlecht.....	49
Abbildung 3.32: Trends 2001 bis 2008: Begonnene Betreuungen namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz und Altersgruppen .....	50
Abbildung 3.33: Trends 2001 bis 2008: Durchschnittsalter zu Betreuungsbeginn namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz .....	51
Abbildung 3.34: Trends 2001 bis 2008: Prekäre Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz .....	52
Abbildung 3.35: Trends 2001 bis 2008: Prekäre Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen nach Alter.....	52
Abbildung 3.36: Trends 2001 bis 2008: Erwerbstätige namentlich erfasste Klienten/innen nach Hauptsubstanz.....	53
Abbildung 3.37: Trends 2001 bis 2008: Vermittelnde Instanz von namentlich erfassten Cannabis-Klienten/innen.....	55



Abbildung 3.38: Trends 2001 bis 2008: Art der Beendigung der Betreuung von namentlich erfassten Klienten/innen .....	56
Abbildung 3.39: Trends 2001 bis 2008: Planmäßige Beendigung oder Weitervermittlung der Betreuung von namentlich erfassten Klienten/innen nach Hauptsubstanz.....	56

# Einleitung

Grundlegende Informationen über das Suchtkrankenhilfesystem Schleswig-Holsteins und seine Klientinnen und Klienten verständlich zur Verfügung zu stellen: Das ist, wie auch in den Jahren zuvor, das Anliegen dieses Statusberichtes 2008.

Wesentlicher Unterschied zu den Vorjahren ist die Datengrundlage: Die nach Aufbereitung und Auswertung zur Verfügung gestellten Angaben beruhen erstmalig auf der Basis des neuen Datensatzes, der im Kalenderjahr 2008 in den dokumentierenden Einrichtungen implementiert wurde. Im Übrigen bleibt die Struktur des Berichts aber erhalten: Ein umfangreiches Kapitel zur Lebenssituation der Klienten/innen beschreibt den Status der Klientel des Systems der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Ihm schließen sich Analysen zur Struktur des Hilfesystems selbst und Aussagen über einen längeren Betrachtungszeitraum an (Trends). Weil diese Struktur jener der Berichte der Vorjahre nachfolgt, ist ein schneller vergleichender Zugriff auf Zahlen aus mehreren Jahren möglich.<sup>1</sup> Auch dieses Jahr gehen die Ausführungen auf zwei verschiedene Quellen zurück: die elektronisch in den Suchthilfeeinrichtungen dokumentierten Daten und die separat schriftlich erhobenen Kurzinformationen zu jeder einzelnen Einrichtung.

Die Spezialanalyse des Jahres 2008 beschäftigt sich mit den Glücksspieler/innen in SH, die den Weg in das ambulante Hilfesystem und seine Angebote bereits gefunden haben.

Die vielfältigen Angaben sollen die dargestellten Bereiche in ihren wesentlichen Grundzügen charakterisieren und die Erläuterungen gleichzeitig je nach eigener Fragestellung leicht auffindbar sein. Deshalb werden die einzelnen Aspekte außerdem – soweit dies möglich ist – unter den verschiedenen Blickwinkeln der bedeutenden Hauptdrogentypen und der beiden Geschlechter differenziert, so dass angemessene sucht- und geschlechtsspezifische Aussagen möglich werden.

---

<sup>1</sup> Direkt verfügbar sind die Jahresberichte der Jahre 2000 bis 2007 in elektronischer Form auf der Internet-Homepage der Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein (LSSH) zur elektronischen Dokumentation: <http://doku.lssh.de> (Materialien, Jahresberichte Doku). Die LSSH ist Projektmanagerin des Gesamtprojektes – so finden sich auf der angegebenen Webseite umfangreiche Hinweise zu diesem.

# Kapitel 1: Zusammenfassung

## Fragestellung, Datengrundlage und Ergebnisse

### 1.1. Fragestellung und Zielsetzung

- Der vorliegende Band ist der zehnte Jahresbericht (2008), der in der Reihe „Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe“ erscheint. Damit wird die regelmäßige Berichterstattung fortgesetzt, die mit der Einführung der EDV-gestützten Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein (seit 1997) begonnen worden ist.
- Der zehnte Jahresbericht präsentiert Daten zur ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein, nachdem zum Beginn des Jahres 2008 der überarbeitete schleswig-holsteinische Datensatz verbindlich eingeführt wurde.
- Erläuterungen zu dieser neuen Datengrundlage finden sich in Kapitel 2. Der jährlich erscheinende Statusbericht - aufgrund der veränderten Datengrundlage in einigen Aspekten geringfügig anders strukturiert als in den Vorjahren - schließt sich in Kapitel 3 an. Er enthält Grundinformationen zum Suchtmittelkonsum und zur soziodemografischen Situation der Klienten und Klientinnen sowie zu den nachgefragten Leistungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Ferner werden dort Strukturdaten der Einrichtungen sowie Trends (zu ausgewählten Bereichen) der Jahre 2001 bis 2008 dargestellt.
- Als Spezialanalyse enthält der Jahresbericht 2008 eine Auswertung der Daten der betreuten pathologischen Glücksspieler (Kapitel 4). Die Informationen zu dieser Klientel werden zunächst separat analysiert. Anschließend wird ein Gruppenvergleich zwischen den betreuten männlichen pathologischen Glücksspielern und den betreuten männlichen Alkoholklienten durchgeführt.
- 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, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, 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 2008 – Statusbericht und Spezialanalyse zu den betreuten

pathologischen Glücksspielern – wurden gemeinsam in der Projektgruppe festgelegt.

### 1.2. Datensatz, -kontrolle und -validität

- Die in den Jahren 2006/7 vorgenommene Revision des schleswig-holsteinischen Datensatzes zur elektronischen Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe setzt zwei Ziele um: die Herstellung der Kompatibilität des schleswig-holsteinischen mit dem bundesweiten Datensatz (KDS) und die Anpassung der Begrifflichkeiten an die nach zehn Jahren Dokumentationspraxis veränderte Wirklichkeit der ambulanten Suchtkrankenhilfe in den elektronisch dokumentierenden Einrichtungen.
- Im Zuge der Implementierung des neuen Datensatzes wechselten einige Einrichtungen das zur Dokumentation verwendete EDV-Programm und veränderten ihre Computerhardware. Die EDV-Anbieter mussten die bereits vorhandenen elektronischen Dokumentationsdaten aus den Vorjahren migrieren – den neuen Kategorien des Datensatzes adäquat zuordnen und verfügbar halten – und ihre neuen Programmversionen zertifizieren lassen. Im Ergebnis haben alle diese Vorgänge dazu geführt, dass zu den neu eingeführten Inhalten (Datensatz 2008) im Datenexport des Jahres 2008 oftmals nur eine begrenzte Anzahl an Informationen vorliegt, deren Repräsentativität nicht gewährleistet ist.
- Aus diesem Grund werden in dem diesjährigen Jahresbericht in der Regel die Auswertungen der Daten vorgestellt, die auch schon vor der Datensatzumstellung in gleicher oder ähnlicher Form erhoben worden sind. Entsprechend lehnt sich dieser Jahresbericht wieder an die Struktur der Berichte der Vorjahre an.
- Wie auch in den Vorjahren werden erfasste Daten dem auswertenden Institut über eine Datenbank-exportschnittstelle bereitgestellt: anonymisiert und durch einen HIV-Code sowie eine interne Identifikationsnummer doppelt verschlüsselt weitergegeben, wird eine fallbezogene Analyse möglich – ohne die Anonymität zu gefährden.
- Die Daten wurden in diesem Jahr aufgrund der oben geschilderten Ausgangslage einer besonders gründlichen und aufwändigen Kontrolle unterzogen, um falsche oder unplausible Angaben herauszufiltern.

### 1.3. Datengrundlage, hilfeschuchende Personen

- Die ausgewerteten elektronischen Daten entstammen 65 Einrichtungen bzw. deren Neben- oder Außenstellen.
- Die Datenbanken beinhalten Angaben zu 16.225 Personen, die im Jahre 2008 namentlich erfasst wurden: 14.358 Klienten/innen und 1.878 Angehörige. Dazu kommen 4.810 anonyme Kontakte mit nicht namentlich erfassten Klienten/innen.
- Ein Viertel (25 %) aller namentlich bekannten Klienten/innen sind Frauen. In der Gruppe der Angehörigen überwiegen die Frauen mit einem Anteil von 74 Prozent.
- Etwa die Hälfte der betreuten Klienten/innen ist bereits in einem der Vorjahre in der selben dokumentierenden Einrichtung in Betreuung gewesen (51 %).

### 1.4. Die Lebenssituation und Versorgung der Klienten/innen

- Das durchschnittliche Alter der männlichen Klienten beträgt 37,0 Jahre, das der Frauen 40,1 Jahre. Die Angehörigen sind mit durchschnittlich 44,2 Jahren (Frauen) bzw. 47,3 Jahren (Männer) deutlich älter.

#### Hauptsubstanz

- Die bedeutendste Hauptsubstanz ist der Alkohol: 47 Prozent der Klienten/innen wandten sich auf Grund eines solchen Problems an eine ambulante Beratungsstelle. Bei 26 Prozent handelt es sich um Opiatabhängige.
- 13 Prozent der Klienten/innen sind wegen des Konsums von Cannabis in einer ambulanten Einrichtung vorstellig geworden. Kokainklienten/innen besitzen einen Anteil von 4 Prozent, pathologische Spieler/innen von 3 Prozent und die Personen mit Essstörungen einen Anteil von 2 Prozent. Alle anderen Hauptsubstanzen sind von geringerer Bedeutung (jeweils bis zu maximal einem Prozent).
- In den Gruppen der Cannabiskonsumenden/innen, Kokainabhängigen und pathologischen Spieler finden sich überproportional viele Männer, bei den Essgestörten überdurchschnittlich viele Frauen. In den Gruppen der alkohol- und heroïnabhängigen und gefährdeten Personen spiegelt sich das allgemeine Geschlechterverhältnis aller Klienten/innen wider (siehe oben).
- Mit 43,5 Jahren sind die Personen mit Alkoholproblemen deutlich älter als der Durchschnitt aller Klienten/innen. Das Durchschnittsalter der Heroïnabhängigen ist acht Jahre geringer: 35,5 Jahre. Am jüngsten sind die Cannabiskonsumenden/innen: Im Durchschnitt sind sie 24,7 Jahre alt.

#### Biografische Aspekte

- In stabilen Wohnsituationen leben durchschnittlich 82 Prozent aller Klienten/innen (Alkohol Klienten/innen: 86 %; pathologische Spieler/innen: 87 %; Essgestörte: 92 %). In prekären Wohnverhältnissen befinden sich insbesondere Kokainabhängige (45 %), Cannabis- (25 %) und Heroïn Klienten/innen (24 %). Frauen (92 %) leben häufiger in stabilen Wohnverhältnissen als Männer (78 %).
- Mehr als jede/r zweite Klient/in (58 %) ist ledig, jede/vierte verheiratet (25 %). Allein leben 42 Prozent der Hilfeschuchenden. 38 Prozent der Klientinnen besitzen eine feste Partnerbeziehung, von den Männern sind dies 28 Prozent.
- Mit dem neuen Datensatz wurden für das Jahr 2008 genau 775 Klienten/innen mit insgesamt 1.062 minderjährigen Kindern dokumentiert. Angesichts der noch nicht durchgängigen Verwendung dieses Items stellen diese absoluten Zahlen die untere Grenze der tatsächlich betreuten Eltern(teile) mit minderjährigen Kindern dar.
- 66 Prozent der Klienten/innen im Alter über 17 Jahren besitzen höchstens einen Hauptschulabschluss, ein Viertel verfügt über einen Realschulabschluss (25 %) und jede/r Zwölfte über die Hochschulreife (8 %). Bei den Essgestörten sind es 67 Prozent mit einem der beiden letztgenannten Schulabschlüsse. Hingegen haben von den Heroïnabhängigen 20 Prozent keinen Schulabschluss; dies wird von den (durchschnittlich deutlich jüngeren) Cannabisklienten/innen noch übertroffen (28 %).
- Im aktiven Erwerbsleben stehen 39 Prozent der Klienten/innen, Arbeitslosengeld (ALG) I erhalten 9 Prozent der Betreuten, ALG II beziehen 32 Prozent der Hilfeschuchenden.
- Eigene, aktive Arbeit (abhängig beschäftigt oder selbstständig) benennen lediglich 28 Prozent der Klienten/innen als ihre Haupteinkommensquelle, dagegen stellen ALG I (6 %), ALG II (33 %) und die Sozialhilfe (9 %) zusammen in fast der Hälfte der Fälle die Haupteinkommensquelle dar.
- Fast jede/r Dritte der Klienten/innen (31 %) hat Schulden in Höhe von mehr als 2.500 Euro, bei weiteren 13 Prozent ist die Schuldenhöhe nicht bekannt. Von den pathologischen Glücksspielern/innen haben 44 Prozent mehr als 10.000 Euro Schulden.

#### Betreuungen

- Insgesamt wurden in der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe im Jahr 2008 15.526 Betreuungen durchgeführt, von denen 10.642 neu begonnen wurden. 84 Prozent der Betreuungen wurden als ambulante Beratung qualifiziert.
- Die durchschnittliche Länge einer Betreuung betrug 184 Tage, allerdings nahm die Hälfte aller Betreuungen maximal 85 Tage in Anspruch. Die Hälfte aller Betreuungen der Alkohol-Klienten/innen hatte eine maximale Länge von 68 Tagen, die der Heroïn-Klienten/innen hingegen von 121 Tagen.

- Begonnen wird etwas mehr als jede dritte Betreuung durch die Vermittlung von anderen professionellen Hilfeinrichtungen (34 %). Etwas weniger Angebote der ambulanten Suchtkrankenhilfe werden aus eigener Motivation in Anspruch genommen (31 %). Anstöße und Verpflichtungen durch öffentliche Stellen besitzen einen Anteil von zusammen 17 Prozent; dieser Anteil ist unter den Cannabis-Klienten/innen mit 25 Prozent am größten.
- 49 Prozent der Behandlungen werden regulär abgeschlossen. Bei etwa einem Drittel erfolgt ein Abbruch durch die Klienten/innen. 15 Prozent der Betreuungen werden durch eine Weitervermittlung bzw. eine Verlegung einvernehmlich beendet, während der Abbruch der Betreuung durch die Mitarbeiter/innen der Suchtkrankenhilfe äußerst selten vorkommt (1 %). Heroin-Klienten/innen weisen mit 37 Prozent – zusammen mit den Cannabis-Klienten/innen – den größten Anteil der Betreuungsabbrüche auf. Am geringsten ist der Anteil der Abbrüche unter den Personen mit Essstörungen (26 %).
- Eine Verbesserung der im Mittelpunkt stehenden Problematik am Ende der Betreuung bis hin zur Abstinenz wird für 64 Prozent der Betreuungen festgehalten; nur für 3 Prozent wird eine Verschlechterung dokumentiert. Ein unverändertes Konsumverhalten wird für jede dritte Betreuung belegt (33 %).
- Psychische Belastungen der Klientel werden während der Betreuungen reduziert: Der Anteil der Klienten/innen ohne psychische Belastungen wird verdoppelt und der Anteil mit starker psychischer Belastung annähernd halbiert.

## Leistungen

- Die im Jahr 2008 erbrachten 118.400 klientenbezogenen Leistungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems gliedern sich in 51 Prozent Beratungs-, 36 Prozent Betreuungs- (hierunter fallen z.B. die psychosoziale Betreuung Substituierter und die ambulante Rehabilitation), 3 Prozent Vermittlungsleistungen und 10 Prozent andere, schriftliche oder nicht spezifizierte Leistungen. Zeitlich nehmen die Beratungs- und Betreuungsleistungen mit 41 Prozent bzw. 45 Prozent den größten Anteil der insgesamt aufgewendeten Zeit in Anspruch.
- Für weibliche Klientinnen wird durchschnittlich mehr Zeit (10,2 Stunden pro Person) aufgewendet als für männliche Klienten (7,2 Stunden). Die Klienten/innen mit Essstörungen weisen den höchsten Durchschnittswert von in Anspruch genommenen Leistungen nach ihrer Dauer auf: 11,7 Stunden. Es folgen die Alkohol-Klienten/innen (10,3 Stunden) und die pathologischen Spieler/innen (9,9 Stunden). Für Heroinabhängige werden im Mittel 5,3 Stunden aufgewendet und für Cannabiskonsumenten/innen 4,8 Stunden.

## Einrichtungsstruktur

- Von den 47 vorliegenden Einrichtungsfragebögen sind 32 dem Einrichtungstyp „legale und illegale Drogen“ zuzuordnen. Fünf Einrichtungen<sup>2</sup> haben sich auf Klienten/innen legaler Substanzen spezialisiert und weitere 10 Einrichtungen betreuen vorwiegend Klienten/innen illegaler Drogen.
- Von den 22 Suchtberatungsstellen in den Landkreisen sind 19 dem integrativen Einrichtungstyp zuzuordnen. Mit zunehmenden Urbanisierungsgrad ist jedoch eine Spezialisierung des Hilfeangebots festzustellen. So beträgt der Anteil von spezialisierten Drogenhilfeinrichtungen im Hamburger Randgebiet ein Viertel und in den kreisfreien Städten sogar mehr als zwei Drittel aller Beratungsstellen.
- In allen Einrichtungen, die sich an der Dokumentation beteiligt haben, ist das Angebot einer Beratung zentrales Moment der Arbeit mit den Klienten/innen. Ebenfalls einen hohen Stellenwert innerhalb der Tätigkeiten haben die Beratung Angehöriger und die anonyme Beratung. Drei Viertel der Einrichtungen leisten Präventionsarbeit und etwas über die Hälfte bietet psychosoziale Betreuung für Substituierte an. Weitere wichtige Tätigkeiten sind ambulante Rehabilitationen, niedrigschwellige Hilfen sowie aufsuchende Arbeit.

## Einrichtungen und ihre Klientel

- Werden die Klienten/innen des Jahres 2008 den Einrichtungstypen zugeordnet, so wandten sich etwa zwei Drittel von ihnen an die integrativen Suchtberatungsstellen. Ein Viertel der Klient/innen suchte eine Einrichtung für illegale Substanzen auf und weitere 10 Prozent wurden in Einrichtungen für legale Substanzen betreut.
- Zwei Drittel der Klienten/innen, welche um Hilfe in Einrichtungen der kreisfreien Städte nachsuchen, haben ein Problem mit dem Konsum illegaler Drogen. In den Landkreisen und im Hamburger Randgebiet sind es mehrheitlich Personen mit Alkoholproblemen, die eine Suchtberatungsstelle aufsuchen. In diesen eher ländlichen Regionen stellen jeweils nur etwas über ein Viertel Konsumenten/innen illegaler Drogen dar.
- In den Einrichtungen für illegale Substanzen werden schwerpunktmäßig Beratungsleistungen erbracht. Der Anteil der Betreuungsleistungen liegt bei 21 Prozent. In den Einrichtungen für legale Substanzen liegt der Schwerpunkt hingegen auf den Betreuungsleistungen. Der Anteil der Beratung beträgt hier 37 Prozent. In den suchtmittelübergreifenden Einrichtungen haben Beratung und Betreuung einen gleich hohen Anteil von 46 Prozent.

<sup>2</sup> Die Begriffe „Einrichtung“ bzw. „Beratungsstelle“ beziehen sich in der folgenden Zusammenfassung der Strukturdatenanalyse immer auf die Beratungsstellen bzw. Teilstellen, deren Strukturdaten innerhalb eines Fragebogens abgebildet worden sind.

## Trends 2001 bis 2008

- Die Trendanalysen sind betreuungsbezogen. Es wurden nur diejenigen Einrichtungen einbezogen, die über die Jahre 2001 bis 2008 durchgängig an der Basisdatendokumentation teilnahmen und pro Jahr jeweils mindestens zehn neue Betreuungen begonnen haben. Des Weiteren ist aus methodischen Gründen der Fokus der zeitlichen Betrachtung verlagert worden: Bildet der Statusbericht die zum Zeitpunkt der Beendigung einer Betreuung bzw. zum Ende des jeweiligen Berichtsjahres gültigen Informationen ab (z. B. die letzte dokumentierte Wohnsituation), so wird im folgenden Bezug genommen auf die Situation zu Beginn der Betreuung.<sup>3</sup>
- Soziodemografisch zeigt sich die Klientel des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems Schleswig-Holsteins sehr stabil: Die Geschlechterverteilung der Klienten/innen und der Angehörigen hat sich, bezogen auf alle einbezogenen Einrichtungen, über die vergangenen sieben Jahre nicht verändert. Die stetige Zunahme des Durchschnittsalters der Klienten in den Jahren 2001 bis 2003 hat sich, mit einer kurzen Unterbrechung in den Jahren 2004 bis 2005, innerhalb der darauf folgenden Berichtsjahre fortgesetzt und stagniert seit 2007 bei 38,5 Jahren.
- Wird die diesjährige Verteilung der Hauptsubstanzen mit jener der Vorjahre verglichen, so zeigen sich einige bemerkenswerte Unterschiede. So ist der Anteil der Heroinabhängigen zwischen 2004 und 2008 um sechs Prozentpunkte gefallen, während dieser für Personen mit Alkoholproblemen innerhalb dieses Zeitraumes fast ähnlich stark zunahm. Der Anteil der Cannabisklienten/innen stagniert hingegen bei etwa 13 Prozent.
- Der Anteil von erwerbstätigen Klienten/innen ist zwischen 2002 und 2006 um sieben Prozentpunkte gefallen. Seitdem sind nur marginale Veränderungen zu erkennen. Die Anteile der Bezieher/innen von Sozialhilfe sind – größtenteils als Auswirkung der Hartz-IV-Gesetzgebung – zwischen den Jahren 2003 (21 %) und 2008 deutlich gesunken (8 %), während ALG-II-Empfänger/innen im laufenden Berichtsjahr einen Anteil von 34 Prozent ausmachen. Das Arbeitslosengeld I hat in 2008 mit einem Anteil von 6 Prozent nur noch für eine geringe Zahl der Klienten/innen Bedeutung (2006: 10 %).
- Bezüglich der Partnerbeziehung haben im Zeitraum 2001 bis 2008 die Anteile der allein stehenden betreuten Personen von 43 Prozent in 2001 auf 51 Prozent in 2008 zugenommen.
- Die Wohnsituation der Klienten/innen hat sich im Laufe der zurückliegenden Jahre insgesamt leicht gebessert. Eine Analyse nach dem Lebensalter macht deutlich, dass es in erster Linie die jungen Klienten/innen sind, die von dieser Entwicklung profitieren. Bei den Cannabis- und den Alkohol Klienten/innen ist ein seit 2004 stetig abnehmender Trend prekärer Wohnverhältnisse festzustellen. Bei der Opiatklientel setzte

diese Entwicklung schon 2002 ein, wurde jedoch immer wieder von Phasen einer Verschlechterung der Situation unterbrochen.

- Der Anteil der Betreuungen, die auf Wunsch bzw. Rat von Familienangehörigen begonnen wurden, hat sich zwischen 2001 und 2008 nahezu halbiert. Diese Entwicklung zeigt sich besonders deutlich bei der Cannabisklientel. Eine zunehmende Bedeutung für die Vermittlung in eine Betreuung erfuhr zwischen den Jahren 2003 bis 2006 hingegen die Justizbehörde bzw. die Bewährungshilfe. Der diesbezügliche Anteil hat sich innerhalb dieser vier Jahre von 4 Prozent auf 10 Prozent erhöht. In den letzten beiden Berichtsjahren ist er jedoch wieder um drei Prozentpunkte gesunken.
- Zwischen 2001 und 2008 vollzieht sich – als eine ausgesprochen positive Entwicklung – ein stetiger Anstieg des Anteils der planmäßigen Betreuungsabschlüsse und Weitervermittlungen, der mit dem Absinken des Anteils abgebrochener Betreuungen durch die Klienten/innen korrespondiert.

## 1.5. Pathologische Glücksspieler in der ambulanten Suchtkrankenhilfe

- In dieser erstmalig für Schleswig-Holstein durchgeführten Analyse werden die dokumentierten Daten über betreute pathologische Glücksspieler/innen (PGS) ausgewertet.
- Mit der Analyse wird das Ziel verfolgt, auf der Grundlage der Daten, die im Rahmen der Basisdatendokumentation gewonnen werden, die Glücksspiel-Klientel zu beschreiben und dabei mögliche Besonderheiten zu identifizieren. Diese empirischen Informationen können dann für Diskussionen über die Weiterentwicklung von Beratungs- und Behandlungskonzepten sowie eine bedarfsorientierte Angebotsstruktur genutzt werden.
- Die Analyse ist folgendermaßen aufgebaut: Im ersten Teil werden Grundinformationen über die PGS dargestellt, u. a. ihr Spielverhalten und ihre soziale Situation beschrieben (Analyse I). Im zweiten Teil werden die PGS hinsichtlich ausgewählter Kriterien mit der Alkohol Klientel verglichen (Analyse II).
- Die Analyse I basiert auf den Angaben zu 487 PGS. Die zweite Analyse beinhaltet die Informationen von 420 PGS und 4.859 Personen mit Alkoholproblemen.
- Da bei den Pathologischen Glücksspielern (PGS) und den Alkohol Klienten/innen (ALK) erhebliche Unterschiede in der Geschlechterverteilung (Frauenanteil: 11% zu 27%) sowie beim Durchschnittsalter (38,1 zu 43,5 Jahre) vorhanden sind, die bei einem Vergleich zu verzerrenden Ergebnissen führen könnten, werden in der Analyse 2 ausschließlich die männlichen Klienten unterteilt nach den Altersklassen „bis 29 Jahre“, „30 bis 44 Jahre“ und „45 Jahre und älter“ betrachtet. Sie wurden so gruppiert, dass ein vergleichbares Durchschnittsalter gewährleistet ist.

<sup>3</sup> Innerhalb dieser Zusammenfassung des Trendteils wird im Sinne einer besseren Lesbarkeit von Klienten/innen, Konsumenten/innen bzw. Personen gesprochen. Gemeint sind hiermit neu begonnene Betreuungen von Klienten/innen.



## Analyse I

- Bei den betreuten pathologischen Glücksspielern/innen (PGS) handelt es sich zu 89 Prozent um Männer. Das Durchschnittsalter der männlichen Klienten liegt bei 37,5 Jahren; die Frauen sind im Mittel fünf Jahre älter (42,6 Jahre). Die weit überwiegende Mehrheit der PGS besitzt die deutsche (96 %) und weitere 3 Prozent haben die türkische Staatsangehörigkeit inne.
- Bei den bevorzugten Glücksspielarten stehen mit einem Anteil von 70 Prozent die Automaten Spiele an erster Stelle. Die anderen Glücksspielformen, wie Casinospiele, Lotterien oder Sportwetten, spielen dagegen nur eine untergeordnete Rolle.
- Knapp ein Viertel der PGS entwickelte ein problematisches Spielverhaltens schon als Minderjährige (23%). Bei gut einem Drittel lässt sich der Störungsbeginn auf die Altersspanne 18 bis 21 Jahre datieren; jeder Fünfte war älter als 28 Jahre.
- Ungefähr die Hälfte der PGS lebt mit dem/r Partner/ in zusammen. Von Kindern im eigenen Haushalt berichten 15 Prozent der betreuten Personen. Ein gutes Drittel der PGS ist alleinlebend. Jede/r Zehnte teilt den gemeinsamen Haushalt mit den Eltern.
- Die Wohnsituation der PGS ist dadurch gekennzeichnet, dass drei Viertel von ihnen in einer eigenen oder gemieteten Wohnung bzw. Haus leben.
- Etwas mehr als 60 Prozent der PGS sind erwerbstätig und als Arbeiter, Angestellter, Beamter oder Selbstständiger tätig. Jede/r Sechste ist arbeitslos und bezieht entweder das Arbeitslosengeld I oder II. Sozialhilfe (SGB XII) erhalten 4 Prozent.
- Nur 19 Prozent der PGS sind nicht verschuldet. Die Höhe der Schulden der Klienten/innen stellt sich vielfältig dar: Ein Sechstel der Klientel berichtet von Schulden in einer Höhe unter 2.500 €. Bei 25 Prozent betragen die Schulden zwischen 10.000 bis 25.000 €. Von darüber hinausgehenden finanziellen Verbindlichkeiten ist etwa ein weiteres Fünftel betroffen.
- Fast 60 Prozent der PGS haben vor der Betreuung in ihrer ambulanten Einrichtung schon mindestens einmal eine andere suchtspezifische Hilfe in Anspruch genommen.
- Bei 47 Prozent der PGS konnte die Betreuung planmäßig beendet werden. Darüber hinaus ist es bei 18 Prozent zu einer planmäßigen Weitervermittlung gekommen. 35 Prozent der Glücksspiel-Klienten/innen haben dagegen vorzeitig die Betreuung abgebrochen.
- Die Entwicklung der Glücksspielproblematik am Ende der Betreuung wird bei fast zwei Drittel der PGS positiv als „erfolgreich“ (34%) oder „gebessert“ (31%) eingestuft. Dagegen stellt sich bei gut einem Drittel der Klienten/innen das Glücksspielverhalten unverändert dar.

## Analyse II

- Bei der Lebenssituation zeigt sich, dass die PGS wesentlich häufiger mit einem/r Partner/in zusammenleben als die ALK. Das trifft ebenfalls für das Zusammenleben mit den Kindern zu. Umgekehrt ist der Anteil der Alleinlebenden bei den ALK höher.
- Bei der Wohnsituation stellt sich die Lage differenzierter dar: Während es bei den jüngeren Klienten deutliche Abweichungen zwischen den PGS und ALK gibt – so ist bei der erst genannten Gruppe der Anteil derjenigen, die in einer eigenen/gemieteten Wohnung/Haus leben, deutlich höher (52% zu 38%) –, zeigen sich bei den beiden anderen Altersgruppen kaum Unterschiede. Hier lebt der weit überwiegende Teil in einer gesicherten Wohnsituation.
- In allen drei Altersgruppen ist der Anteil der Erwerbstätigen bei den PGS höher als bei den ALK. Dabei ist die Abweichung in der mittleren Altersgruppe am größten (76% zu 49%) und in der ältesten Gruppe am geringsten (50% zu 48%).
- Die Schuldensituation ist eines der wenigen sozialen Kriterien, bei welchem sich die Alkoholklientel als weniger belastet als die PGS zeigt. In allen drei Altersgruppen ist ihr Anteil nicht verschuldeter Personen größer, die Unterschiede sind teilweise sehr deutlich.
- Der Anteil derjenigen Klienten/innen, die vor der Betreuung in ihrer ambulanten Einrichtung schon mindestens einmal eine andere suchtspezifische Hilfe in Anspruch genommen haben, ist bei den ALK größer als bei den PGS. Das gilt für alle drei Altersgruppen.
- Bei der Art der Beendigung der Betreuung sind die Erfolgsquoten der PGS und ALK im Großen und Ganzen ähnlich, wenn die Anteile für eine planmäßige Beendigung bzw. planmäßige Weitervermittlung zusammen betrachtet werden. Es fällt aber auf, dass in beiden Klientengruppen der Anteil positiver Beender mit zunehmendem Alter ansteigt. Gleiches gilt für die Einschätzung der Entwicklung der Suchtproblematik am Ende einer Betreuung.





# Kapitel 2: Datensatz — Datengrundlage

## 2.1. Neuer Datensatz

In Schleswig-Holstein ist vor mehr als einer Dekade mit der computergestützten Dokumentation in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe begonnen worden. Im Rahmen einer 2,5-jährigen Modellphase ist damals ein umfangreicher Katalog der zu dokumentierenden Inhalte entwickelt worden, welcher auch in den folgenden Jahren die Grundlage der Basisdatendokumentation darstellte. Dieser Katalog ist bisher zwei Mal umfassend überarbeitet worden. Während im Rahmen der ersten Überarbeitung im Jahre 2004 vor allem der Leistungskatalog gestrafft und somit auf die Kategorien reduziert wurde, die sich in der alltäglichen Arbeit der Suchtberatungsstellen als besonders relevant erwiesen, stellt die in den Jahren 2006 und 2007 vorgenommene Revision eine erhebliche inhaltliche Veränderung dar, die zwei Zielen diente: Zum einen sollte die Kompatibilität des schleswig-holsteinischen Katalogs zum Deutschen Kerndatensatz wieder hergestellt werden. Letzterer ist im Jahre 2006 von der DHS überarbeitet worden und seit Beginn des Jahres 2007 für die Suchtkrankenhilfe in ganz Deutschland gültig. Zum anderen galt es zu prüfen, inwiefern die Inhalte und Begrifflichkeiten des alten schleswig-holsteinischen Katalogs noch in adäquater Weise die Realität in den Einrichtungen abbilden. Als Ergebnis dieser Prüfung ist beispielsweise die Variable Hauptsubstanz/-problem um die Kategorie „exzessiver Medienkonsum“ erweitert worden, und es besteht nunmehr die Möglichkeit, die körperliche wie psychische Gesundheit der Klienten/innen zu Betreuungsbeginn und zu Betreuungsende zu erfassen.

Offiziell eingeführt worden ist der neue schleswig-holsteinische Datensatz zu Beginn des Jahres 2008. Die Umstellung stellte für die Einrichtungen einen nicht unerheblichen organisatorischen, zeitlichen und oftmals auch finanziellen Aufwand dar. So erforderte die neue Dokumentationssoftware in Abhängigkeit vom eingesetzten Programm eine leistungsfähigere Hardwareausstattung. Zudem wechselten viele Einrichtungen das Dokumentationsprogramm, weshalb deren Mitarbeiter sich auf eine neue Dokumentationslogik einstellen und entsprechend geschult werden mussten. Hinzu kam, dass die Programmanbieter Probleme hatten, die in den früheren Jahren in das Computersystem eingepflegten Daten verlust- und fehlerfrei in die neuen Programmdatenbanken zu migrieren. In der Folge mussten einige Informationen später durch die Mitarbeiter der Einrichtungen nachdokumentiert werden.

Doch trotz dieser Probleme und der erheblichen Anstrengungen, welche die Einrichtungen auf sich nehmen mussten, um die Programm- und Datensatzumstellung zu gewährleisten, ist die Qualität der Datendokumentation weiterhin auf hohem Niveau. Die Grundlage für eine va-

lide und umfangreiche Auswertung der Daten ist somit weiter gegeben. Den dokumentierenden Mitarbeitern in den Einrichtungen gilt hierfür ein besonderer Dank.

Da zusätzlich zu den bisher genannten Problemen der Prozess der Zertifizierung der Dokumentationsprogramme sich z. T. bis weit in das Jahr 2008 zog – aufgrund von Schwierigkeiten der Anbieter, die vollständige Implementierung des neuen Datensatzes und die Programmierung eines fehlerfreien Datenexportes zu gewährleisten – konnten viele Einrichtungen erst vergleichsweise spät die Programmumstellung realisieren. Dies hat jedoch zur Folge, dass zu den neu eingeführten Inhalten im Datenexport des Jahres 2008 oftmals nur eine begrenzte Anzahl an Informationen vorliegt, deren Repräsentativität nicht gewährleistet ist. Aus diesem Grund werden in dem diesjährigen Jahresbericht in der Regel die Auswertungen der Daten vorgestellt, die auch schon vor der Datensatzumstellung in gleicher oder ähnlicher Form erhoben worden sind. Somit entspricht die Struktur des hier vorliegenden Berichts im Wesentlichen jener der vorangegangenen Jahre. Es sind zwar, sofern dies vertretbar erschien, einige der neuen Inhalte aufgenommen worden. Eine umfassende Darstellung von Ergebnissen zu den neuen Items, insbesondere die Abbildung des Konsums der Klienten/innen und dessen Entwicklung im Verlauf der Betreuung, wird erst ab dem Jahresbericht 2009 möglich sein.

## 2.2. Datengrundlage und Basisdaten der Klientel

### 2.2.1. Einrichtungen und elektronische Dokumentationssysteme

Für das Auswertungsjahr 2008 sind von den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins insgesamt 57 Datenexporte an das auswertende Institut übergeben worden. Diese beinhalten die dokumentierten Informationen von 65 Einrichtungen bzw. deren Neben- oder Außenstellen.<sup>4</sup>

Die Datensätze entstammen mehreren elektronischen Dokumentationsprogrammen: Es sind dies die Produkte „Horizont 4“ der Fa. Buchner und das System „Patfak-Light“ der Fa. Redline Data. Des Weiteren hat eine (nicht landesgeförderte Einrichtung) einen Horizont 2.2-Datenbankexport übergeben, welcher noch die Informatio-

<sup>4</sup> Viele dieser Neben- und Außenstellen haben oftmals nur einmal pro Woche für wenige Stunden geöffnet. Die Zahl der Einrichtungen, die (fast) täglich Hilfeangebote vorhalten, liegt somit um einiges unter der oben dargestellten Gesamtzahl von 65 Beratungsstellen.

2008	Klienten/innen		Angehörige
	N		
	N	14.358	1.878
	%	88 %	12 %
	w, %	25 %	74 %

w,%: Anteil Frauen in Prozent

Tabelle 2.1: Namentlich erfasste Klienten/innen und Angehörige des Jahres 2008

nen des alten Datensatzes enthielt. Diese Informationen sind, sofern dies möglich und hinsichtlich des Aufwands vertretbar war, in die Inhalte des neuen Katalogs überführt und in die Gesamtanalyse integriert worden.

### 2.2.2. Hilfesuchende Personen

In den ambulanten Suchtkrankenhilfeeinrichtungen Schleswig-Holsteins sind im Jahr 2008 mit Hilfe der elektronischen Dokumentation Angaben zu 16.255 verschiedenen Personen festgehalten worden: Dies waren Informationen zu 14.358 Klienten/innen und 1.878 Angehörigen (siehe Tabelle 2.1). Hinzu kamen 19 weitere Personen, die weder Angehörige noch selbst Betroffene waren (auf sie wird im Weiteren nicht mehr eingegangen). Während unter den Angehörigen die Frauen dominieren (74 %), sind es bei den Klienten/innen die Männer (75 %).

Das numerische Verhältnis von betreuten Klienten/innen zu Angehörigen zeigt sich über die vergangenen Jahre sehr stabil. Es schwankte lediglich um zwei Prozentpunkte: Im Jahr 2001 betrug der Anteil der Klienten/innen 87 Prozent (bei 13 % Angehörigen) – 89 Prozent betrug ihr Anteil im Jahr 2007 (bei 11 % Angehörigen). Nun (2008) sind es 88 Prozent.

Die Klientel des Jahres 2008 ist in der Mehrheit der Fälle bereits in einem der Vorjahre in der selben dokumentierenden Einrichtung in Betreuung gewesen (siehe Tabelle 2.2): 51 Prozent der namentlich erfassten Klienten/innen

2008	Klienten/innen		Angehörige
	N		
	N	4.810	817
	%	75 %	25 %
	w, %	18 %	73 %

w,%: Anteil Frauen in Prozent

Tabelle 2.3: Anonyme Kontakte des Jahres 2008

sind nicht im Jahr 2008 – sondern in den vorausgehenden Jahren - erstmals in Kontakt zu der betreuenden Einrichtung getreten. Der überwiegende Teil der Klienten/innen, der zum wiederholten Mal für eine Jahresauswertung erfasst wurde, ist auch schon im Jahre 2007 betreut worden. Nur ein geringer Anteil (8 %) hatte zwar im Vorjahr keinen Kontakt zur Einrichtung, jedoch in den Jahren zuvor.<sup>5</sup>

### 2.2.3. Anonyme Kontakte

Stimmen Klienten/innen der elektronischen Speicherung ihrer Daten nicht zu, werden ihre Termine als anonyme Kontakte dokumentiert. Die Anzahl der anonymen Kontakte gestattet keinen Rückschluss auf die Anzahl der zugehörigen Klienten/innen.

Im Jahr 2008 sind insgesamt 5.627 anonyme Kontakte festgehalten worden (siehe Tabelle 2.3). Diese lassen sich zu 25 Prozent den Angehörigen zuordnen, die hier also einen größeren Anteil besitzen als unter den namentlich erfassten Personen (dort haben sie einen Anteil von 12 Prozent).

Das Geschlechterverhältnis zeigt sich ähnlich wie unter den namentlich erfassten Personen: Unter den anonymen Kontakten der Angehörigen dominieren die Frauen deutlich, unter denen der Klienten/innen sind es die Männer.

	männlich		weiblich		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Klient neu in 2008	5.216	48 %	1.769	50 %	6.985	49 %
Klient aus 2007	4.645	43 %	1.504	43 %	6.149	43 %
Klient vor 2007	936	9 %	267	8 %	1.203	8 %
gesamt	10.797	100 %	3.540	100 %	14.337	100 %

Tabelle 2.2: Namentlich erfasste Klienten/innen aus dem Vorjahr differenziert nach Geschlecht, 2008

<sup>5</sup> Diese Aussage ist möglich, weil die Daten bereits seit mehreren Jahren erhoben und mit doppelter Anonymisierung übergeben werden: So ist eine (anonymisierte) Identifikation einzelner Personen möglich.

# Kapitel 3: Die Lebenssituation und Versorgung der Klientinnen und Klienten

Die elektronischen Daten geben Aufschluss über die Klientinnen und Klienten (im Folgenden: Klienten/innen): ihr Alter (Kapitel 3.1), die bei ihnen im Vordergrund stehenden Probleme mit konsumierten Substanzen und stoffungebundenen Süchten (Kapitel 3.2), ihre soziale Situation (siehe Kapitel 3.3), ihren Weg in das ambulante Hilfesystem (Kapitel 3.4) und die in Anspruch genommenen Leistungen (Kapitel 3.5).

Die Struktur des Hilfesystems selbst wird mit Hilfe der in der schriftlichen Befragung erhobenen Informationen charakterisiert (Kapitel 3.6). Abgeschlossen wird der Statusteil durch verschiedene Trendbetrachtungen: Aussagen zu Entwicklungen über mehrere Jahre (Kapitel 3.7). Die einzelnen Aspekte werden - soweit dies möglich ist - unter den verschiedenen Blickwinkeln der bedeutenden Hauptdrogentypen und der beiden Geschlechter differenziert, so dass angemessene sucht- und geschlechtsspezifische Aussagen möglich werden.

## 3.1. Das Alter der namentlich erfassten Personen

Die Klienten/innen im schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfesystem sind im Jahr 2008 durchschnittlich 37,8 Jahre alt. Unter ihnen sind die Frauen durchschnittlich 3 Jahre älter als die Männer (siehe Tabelle 3.1).

Insgesamt älter zeigt sich die Gruppe der namentlich erfassten Angehörigen: Sie sind durchschnittlich 45,0 Jahre alt - hier sind die Frauen (44,2 Jahre) durchschnittlich drei Jahre jünger als die Männer (47,3 Jahre).

Der Blick auf die Verteilung der Alterskategorien (Abbildung 3.1) macht deutlich, dass sich die Mehrzahl der Klienten/innen in einem mittleren Alter befindet: 75 Prozent sind zwischen 21 und 50 Jahre alt (51 % zwischen 26 und 45 Jahren). Grundsätzlich besitzen die Männer in den jüngeren und mittleren Altersgruppen und Frauen in den älteren Kohorten höhere Anteile. Die größten Unterschiede bestehen in der Altersgruppe der 26-30-Jährigen: Diese Altersgruppe ist bei den Männern um 4,5 Prozentpunkte stärker als bei den Frauen. Die Gruppe

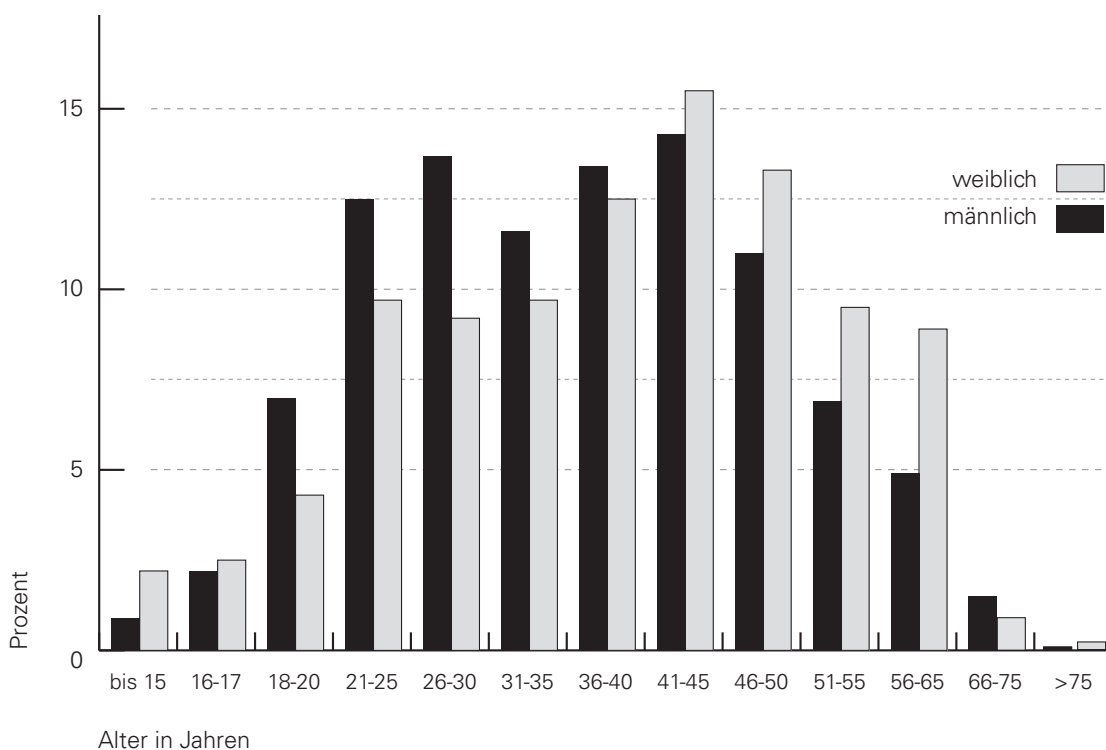


Abbildung 3.1: Verteilung der Alterskategorien namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2008 nach Geschlecht (N=14.081)

		Männer	Frauen	gesamt
2008	N	10.601	3.480	14.081
	Alter, Ø	37,0	40,1	37,8

Tabelle 3.1: Durchschnittsalter der namentlich erfassten Klienten/innen nach Geschlecht, 2008

der 56-65-Jährigen ist bei den Frauen um 4,0 Prozentpunkte gewichtiger.

Eine Ausnahme stellen die beiden jüngsten Gruppen dar: Unter den Frauen befindet sich ein größerer Anteil an Klientinnen, die noch keine 18 Jahre alt sind als unter den Männern.

Werden die Alterskategorien auf vier zentrale verdichtet, treten die geschlechtsspezifischen Unterschiede klar hervor (siehe Tabelle 3.2): Frauen sind in der ältesten Gruppe erheblich stärker als Männer (zehn Prozentpunkte), dafür aber in den beiden jüngeren Gruppen schwächer vertreten.

	männlich	weiblich	gesamt
bis 25 Jahre	22 %	18 %	21 %
26 bis 35 Jahre	25 %	19 %	24 %
36 bis 45 Jahre	28 %	28 %	28 %
46 Jahre und älter	25 %	35 %	27 %

Tabelle 3.2: Verteilung der Alterskategorien namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2008 (N=14.081)

### 3.2. Die Hauptsubstanz der Klienten/innen

Die Klienten/innen befinden sich in Betreuung der ambulanten Suchtkrankenhilfe, weil sie vornehmlich mit einer psychotropen Substanz oder einer stoffungebundenen Suchterkrankung Schwierigkeiten haben. Fast jede/r Zweite hat vorrangig Probleme mit dem Alkohol (47 % – siehe Abbildung 3.2). Etwa jede/r Vierte benötigt Hilfe auf Grund des Konsums von Opiaten (26 %) und jede/r Achte sucht Beratung wegen eines Cannabisproblems (13 %). Eben diesen Anteil machen auch alle anderen Substanzen und stoffungebundenen Süchte zusammen aus (14 %).

Relationen in der Verteilung zwischen Abhängigen dieser Suchtmittel in der Gesamtbevölkerung lassen sich aus den soeben dargelegten Anteilen der Hilfesuchenden

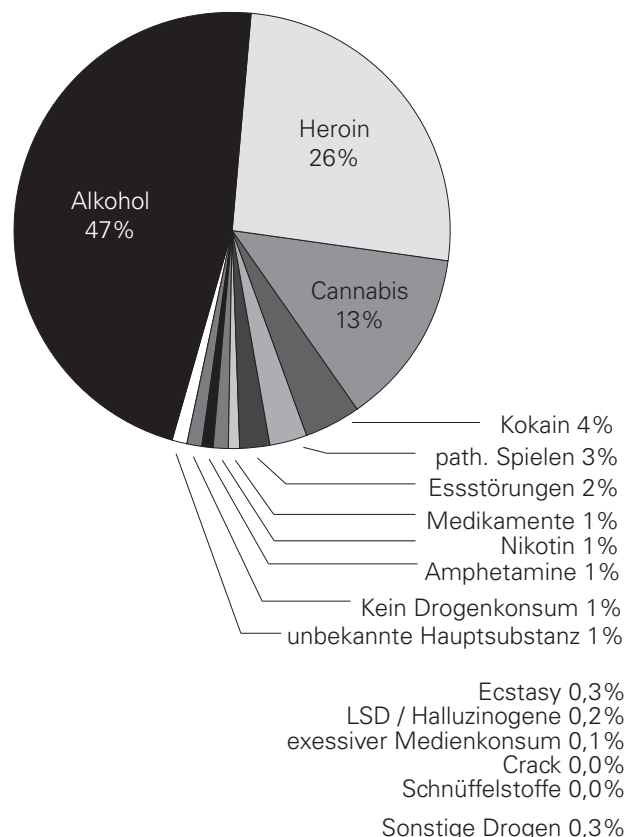


Abbildung 3.2: Das Hauptproblem namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2008 (N=14.300)

nicht unmittelbar ableiten. Die hier vorgefundene Verteilung resultiert aus der Dringlichkeit der individuellen Schwierigkeiten, der Anteilnahme im sozialen Nahraum der (potentiellen) Klienten/innen, der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit gegenüber den einzelnen Suchtstoffen, der staatlichen Verfolgung der Verstöße gegen rechtliche Regelungen im Umgang mit diesen und nicht zuletzt dem vorhandenen Angebot an Hilfen für die verschiedenen Erkrankungen durch die einzelnen Suchtmittel und Schwierigkeiten im Umgang mit ihnen (zu den Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr: siehe Kapitel 3.7).

Männer und Frauen sind in unterschiedlichem Ausmaß von Problemen im Umgang mit den verschiedenen Suchtmitteln betroffen (siehe Tabelle 3.3). Frauen besitzen zwar einen Anteil von 25 Prozent an allen Klienten/innen, jedoch nur einen von 13 Prozent an der Hauptsubstanz Cannabis, 16 Prozent an der Hauptsubstanz Kokain und 11 Prozent an den pathologischen Spielern. Dagegen sind sie überproportional stark vertreten in den Gruppen derjenigen, die wegen des Medikamenten- bzw. Nikotinkonsums ambulante Einrichtungen aufsuchen (48 % bzw. 56 %). Essstörungen, zu denen das ambulante schleswig-holsteinische Suchthilfesystem auch Angebote bereithält, sind fast ausschließlich das Thema weiblicher Nachfragen (91 %). Der problematische Konsum von Alkohol und auch Heroin verteilt sich über die Geschlechter annähernd entsprechend der allgemeinen Verteilung der Klienten/innen über Männer und Frauen.

	männlich	weiblich	gesamt
	%	%	N
Alkohol	74 %	26 %	6.706
Heroin	78 %	22 %	3.673
Cannabis	87 %	13 %	1.789
Kokain	84 %	16 %	516
Glücksspiel	89 %	11 %	477
Essstörungen	9 %	91 %	312
Medikamente	52 %	48 %	160
Nikotin	44 %	56 %	141
Amphetamine	74 %	26 %	103
Ecstasy	61 %	39 %	44
LSD / Halluzinogene	73 %	27 %	22
exzessiver Medienkonsum	70 %	30 %	20
Crack	60 %	40 %	5
Schnüffelstoffe	75 %	25 %	4
Sonstige Drogen	84 %	16 %	49
Kein Drogenkonsum	63 %	37 %	137
unbekannte Hauptsubstanz	79 %	21 %	121
gesamt	75 %	25 %	14.279

Tabelle 3.3: Das Hauptproblem der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 nach Geschlecht

Wenn sich Klienten/innen in die Beratung wegen eines Suchtproblems begeben, unterscheidet sich ihr durchschnittliches Alter je nach Suchtmittel und Geschlecht deutlich. Grundsätzlich ist zu erkennen, dass Klienten/innen, die Schwierigkeiten im Umgang mit einem Suchtmittel besitzen, das legal verfügbar ist, älter sind als diejenigen, deren Hauptproblem mit einem Mittel besteht, für dessen Umgang enge gesetzliche Restriktionen bestehen oder dessen Verkehr gänzlich verboten ist (siehe Abbildung 3.3).

Dieser Befund allein lässt jedoch noch keinen Schluss auf das tatsächliche Gefährdungspotenzial der verschiedenen Suchtmittel zu, hierzu müssen die pharmakologischen Wirkungen ebenso berücksichtigt werden wie die gesellschaftliche Bereitschaft, den Umgang mit gesundheitsgefährdenden Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial hinzunehmen.

Die durchschnittlich jüngste Gruppe ist die der Klienten/innen mit einem im Vordergrund stehenden Cannabisproblem (24,7 Jahre), die älteste die der Klienten/innen, die wegen ihres Alkoholkonsums Beratung suchen (43,5 Jahre).

re). Die nach wie vor öffentlich stark beachteten Heroin Klienten/innen sind durchschnittlich etwa acht Jahre jünger (35,5 Jahre).

Frauen, die wegen des Konsums von Alkohol, Medikamenten, Nikotin oder Problemen mit der Spielsucht die Betreuung aufsuchen, sind deutlich älter (mehr als 1 ½ Jahre) als Männer mit den gleichen Problemen. Kokain Klientinnen sind hingegen jünger als die männlichen Klienten.

Hinsichtlich der Frage, ob diese Klienten/innen „nur“ im aktuellen Berichtsjahr 2008 Kontakt zur betreuenden Einrichtung besaßen oder ob sie bereits in den Vorjahren um Hilfe nachgesucht hatten<sup>6</sup> (siehe Abbildung 3.4), unterscheiden sich innerhalb der relevanten Klientengruppen die Heroinabhängigen deutlich von den anderen Gruppen.

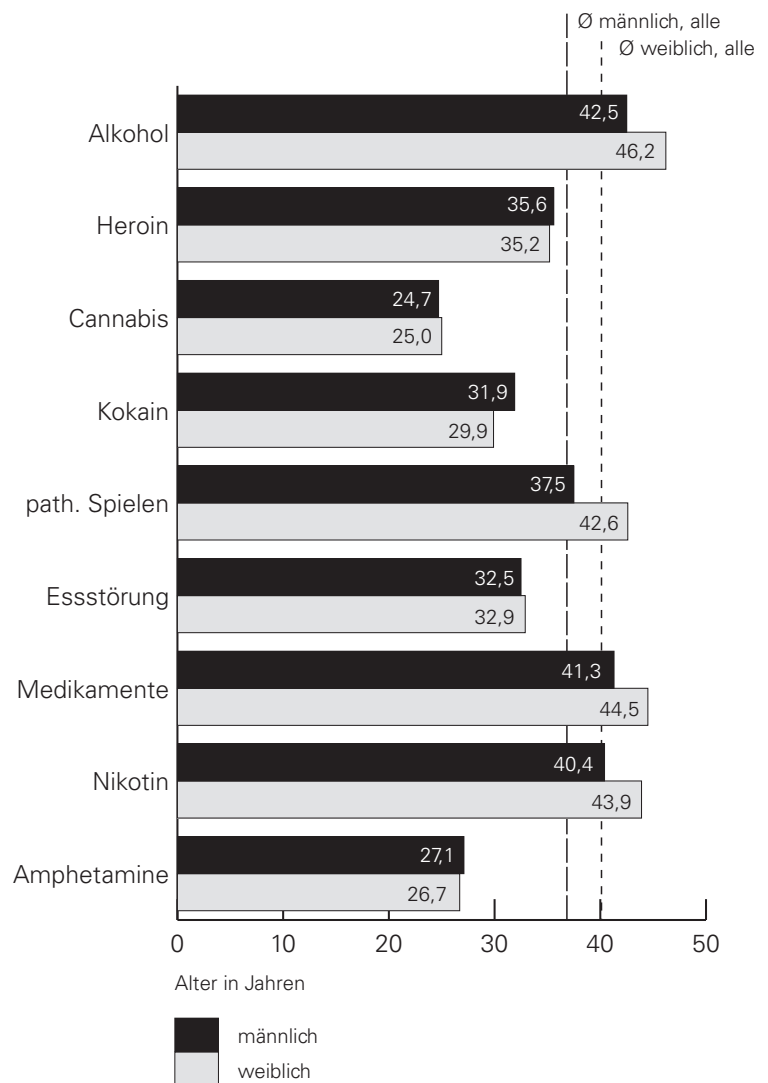


Abbildung 3.3: Das Durchschnittsalter der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 nach Geschlecht und Hauptsubstanz

<sup>6</sup> Diese Information wird nicht explizit erhoben bzw. vom Dokumentierenden Mitarbeiter eingegeben, sondern ergibt sich aus den Betreuungs- bzw. Leistungseinträgen mit Datumsbezug. Haben Einrichtungen erst sehr spät mit der elektronischen Dokumentation begonnen bzw. ihre Datenbank zwischenzeitlich neu aufgesetzt (ohne Migration der alten Daten), so können betreute Personen als neue Klienten/innen im Rahmen dieser Auswertung geführt werden, obwohl diese in früheren Jahren diese Einrichtungen schon einmal aufgesucht haben.

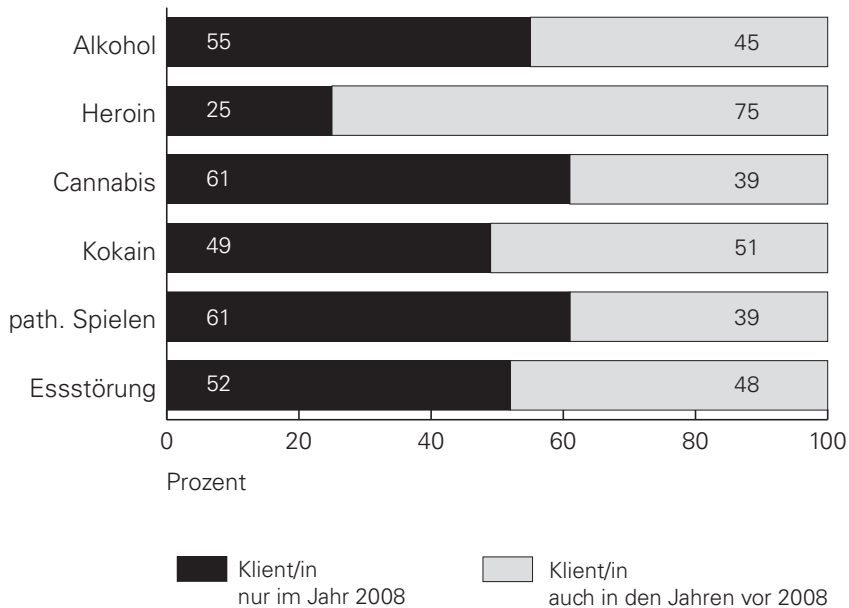


Abbildung 3.4: Klienten/innen aus den Vorjahren, namentlich erfasste Klienten/innen des Jahres 2008, nach Hauptsubstanz

Während von den Heroin-Klienten/innen nur Eine/r von Vieren im Jahr 2008 erstmals Kontakt zur betreuenden Einrichtung hatte, waren dies unter den Cannabis- und Spielsuchtklienten/innen 61 Prozent. Die Alkohol-, Essstörungs- und Kokainklienten/innen hatten in etwa jedem zweiten Fall eine dokumentierte Betreuungsvorgeschichte (45 bis 51 %).

Zum Abschluss dieses Abschnitts zu den Hauptsubstanzen wird ein kurzer Blick auf die Angehörigen und die ihnen jeweils zuzurechnenden Klienten/innen geworfen: Angehörige suchen eher wegen Alkoholproblemen eines nahe stehenden Menschen Rat in einer Suchthilfeeinrichtung als bei Problemen jener im Umgang mit Opiaten. Während die Hauptsubstanz Heroin (Opiate) unter den Klienten/innen einen Anteil von 26 Prozent besitzt, haben nur 5 Prozent der Angehörigen Beratungsbedarf im Zusammenhang mit einem problematischen Opiatkonsum ihnen Nahestehender. Hingegen stehen bei 54 Prozent der Angehörigen Fragen zum übermäßigen Alkoholkonsum im Vordergrund (zum Vergleich: 47 Prozent der Klienten/innen besitzen ihr Hauptproblem mit dem Alkohol). Leicht überrepräsentiert sind auch die Angehörigen, die sich wegen einer Cannabisproblematik (19%) oder des Glücksspielens (6%) eines Angehörigen in Beratung begeben.

### 3.3. Die soziale Situation

Die Beschreibung der sozialen Situation der Klienten/innen dient in erster Linie dazu, die konkrete Lebenssituation der Hilfesuchenden aufzuhellen, damit Hilfsangebote auch diese berücksichtigen können. Außerdem kann der Blick auf die gleichen Indikatoren über einen mehrjährigen Zeitraum eventuell Entwicklungen aufzeigen, die die Reflexion über strukturelle oder singuläre Elemente des Hilfesystems befördern können (zu Trendaussagen: siehe Kapitel 3.7). Auf der anderen Seite sind Aussagen über die soziale Situation der Klientel natürlich immer auch ein Spiegel für die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe: Diese Klienten/innen – und keine anderen – wurden durch das System erreicht. Überlegungen, wer denn erreicht werden soll, können auch vor dem Hintergrund dieser Zahlen geführt werden.

#### 3.3.1. Wohnsituation

Mehr als zwei Drittel der Klienten/innen (70 %) wohnen in einer eigenen Wohnung oder im eigenen Haus, 11 Prozent leben bei den Eltern und ein äußerst geringer Teil lebt bei anderen Angehörigen (1 %; siehe Abbildung 3.5). Somit kommen vier Fünftel der Klientel aus gesicherten Wohnverhältnissen - 18 Prozent der Erreichten leben in

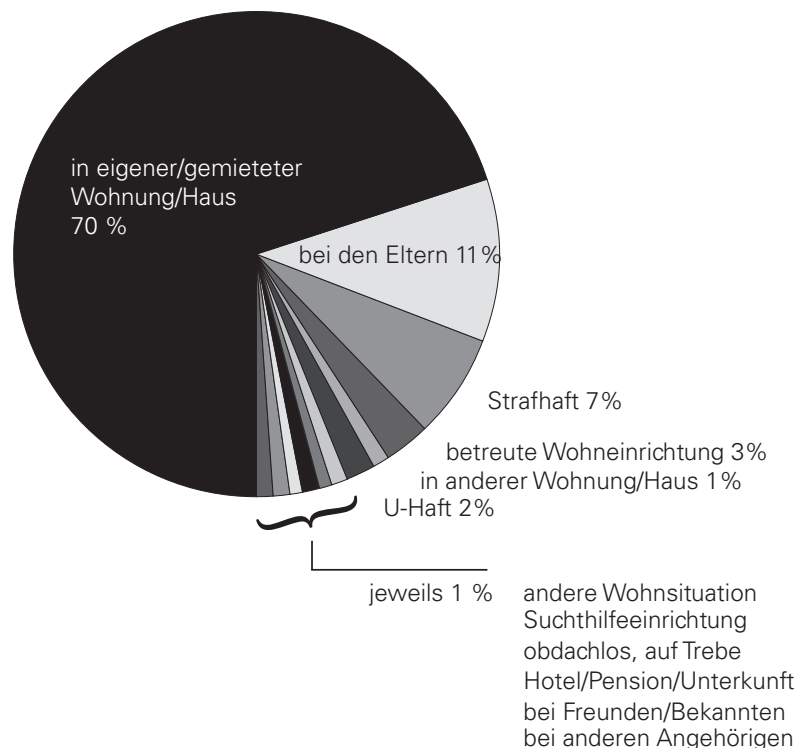


Abbildung 3.5: Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 (N=11.632)



prekären<sup>7</sup> Wohnsituationen. Zwischen den beiden Geschlechtern bestehen Unterschiede. Klientinnen leben sehr viel häufiger in stabilen Wohnverhältnissen: Sie wohnen öfter in eigenen Wohnungen (83 %) als Klienten (66 %), aber seltener bei den Eltern (9 %) als diese (12 %). Die unter Strafhaft Betreuten sind fast ausschließlich männlich – nur für 9 Frauen ist eine Betreuung unter diesen Bedingungen dokumentiert, bei den Männern sind es 830.

In Bezug auf das Alter zeigen sich bei der Wohnsituation deutliche Unterschiede (siehe Tabelle 3.4): Wenn Klienten/innen bei den eigenen Eltern wohnen, sind sie (erwartungsgemäß) am jüngsten. Gleichwohl sind diese mehr als eintausend Personen durchschnittlich bereits 24 ½ Jahre alt. Das durchschnittliche Alter ist am höchsten, wenn betreute Personen selbstständig (eigene Wohnung) leben: 42 Jahre. Die gut eintausend Personen, die in Haft betreut werden, sind je nach Haftart unterschiedlich alt: Befinden sich Klienten/innen in Untersuchungshaft, sind sie durchschnittlich fast fünf Jahre jünger als die verurteilten Straftäter (27,1 bzw. 31,9 Jahre). Die beiden Wohnangebote des Suchtkrankenhilfe-

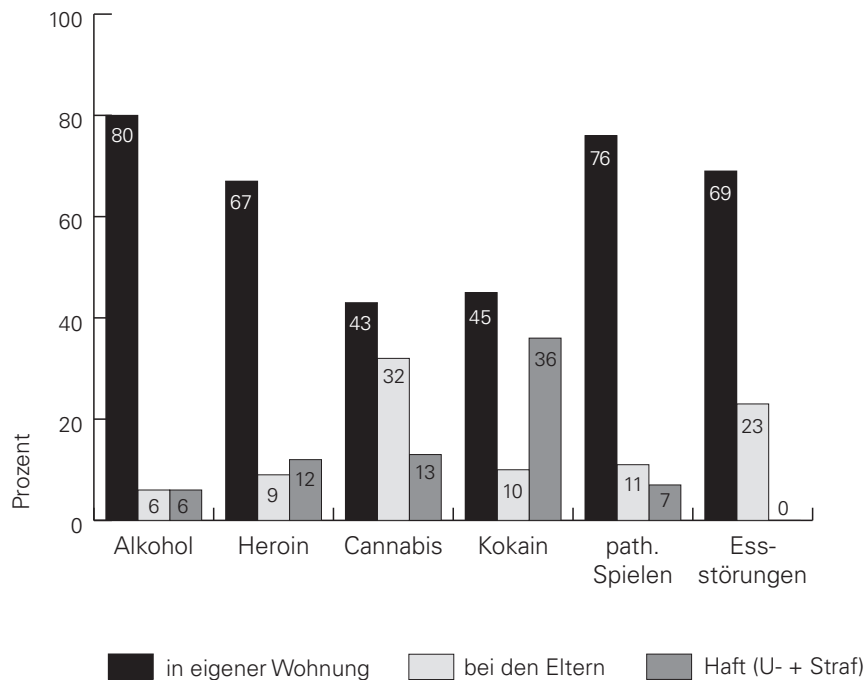


Abbildung 3.6: Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 nach Hauptsubstanz

systems werden von – bezogen auf das Gesamtklientel – durchschnittlich alten Personen in Anspruch genommen (betreute Wohneinrichtung: 34,6 Jahre; Suchthilfeeinrichtung: 36,2 Jahre).

Zwischen den verschiedenen Hauptsubstanzgruppen zeigen sich Differenzen: Während Klienten/innen mit einem Alkohol- oder Glücksspielproblem bzw. Essstörungen überdurchschnittlich häufig in gesicherten Wohnverhältnissen leben, ist dies bei Heroin- und Cannabisklienten/innen nur unterdurchschnittlich oft der Fall (siehe Abbildung 3.6). Besonders selten leben Letztere in einer eigenen Wohnung (43 %), sondern wohnen noch oft bei ihren Eltern (32 %). 33 Prozent der Klienten/innen mit einem vordringlichen Heroinproblem leben nicht in eigener Wohnung, dagegen besteht unter diesen Klienten/innen ein hoher Anteil an Inhaftierten (12 %). Erwähnenswert ist hier, dass die Strafhaft unter den Kokainklienten/innen einen Anteil von 22 Prozent besitzt (N=88) und bei den Cannabisklienten/innen die Untersuchungshaft (6 %; N=78) annähernd ebenso große Bedeutung hat wie die Strafhaft (7 %; N=102). Auch bei dieser Betrachtung ist keine „Hochrechnung“ auf alle Konsumenten/innen eines der genannten Suchtmittel in Schleswig-Holstein zulässig: Die soeben erläuterten Häufigkeiten sind im hohen Maße vom spezifischen Angebot der betrachteten Einrichtungen abhängig: Der Ausbau z. B. spezieller Angebote für Gefangene schlägt sich unmittelbar in diesen Zahlen nieder, wenn sich die entsprechenden Einrichtungen an der elektronischen Dokumentation beteiligen.

Wohnsituation	Durchschnittsalter in Jahren	N
bei den Eltern	24,5	1.283
Untersuchungshaft	27,1	276
bei Freunden/Bekanntem	30,4	137
Strafhaft	31,9	825
obdachlos, auf Trebe	31,9	100
bei anderen Angehörigen	33,2	118
betreute Wohneinrichtung	34,6	329
Suchthilfeeinrichtung	36,2	72
in eigener/gemieteter Wohnung/Haus	42,0	8.065

Tabelle 3.4: Durchschnittsalter der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008, ausgewählte Wohnsituationen

<sup>7</sup> Wenn Klienten/innen nicht in eigener Wohnung, bei den Eltern oder Angehörigen leben, lässt sich dies im Gegensatz zur stabilen als prekäre Wohnsituation beschreiben.

		stabil	prekär	N
Alkohol	Anteil (%)	87 %	13 %	5.756
	Alter*	45,0	36,2	5.756
	Dauer *	8,3	1,7	4.888
Heroin	Anteil (%)	77 %	23 %	2.923
	Alter*	36,4	32,7	2.923
	Dauer*	5,2	1,8	2.463
Cannabis	Anteil (%)	77 %	23 %	1.383
	Alter*	25,1	23,6	1.383
	Dauer*	5,8	1,3	1.144
Kokain	Anteil (%)	56 %	44 %	392
	Alter*	32,6	31,1	392
	Dauer*	4,6	1,2	329
path. Spielen	Anteil (%)	88 %	12 %	423
	Alter*	38,1	38,9	423
	Dauer*	6,9	2,5	341
Essstörung	Anteil (%)	94 %	6 %	257
	Alter*	33,7	26,1	257
	Dauer*	8,3	1,7	227
Gesamt**	Anteil in %	82 %	18 %	11.134

\*: in Jahren

\*\* : Diese Angabe bezieht sich auf alle Substanzen

Tabelle 3.5: Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 nach Hauptsubstanz

Werden die verschiedenen Kategorien der Wohnsituation vollständig auf ein dichotomes Schema verdichtet – stabil versus prekär – treten die Unterschiede zwischen den Untergruppen erkennbar hervor: Während von allen Klienten/innen 18 Prozent unter prekären Umständen wohnen, sind es unter den Männern 22 Prozent, von den Frauen aber lediglich 8 Prozent.

Die Heroin-Klienten/innen leben zu 23 Prozent (N=678) unter prekären Bedingungen, die Personen mit Alkoholproblemen aber nur zu 13 Prozent (N=766). Auch die pathologischen Spieler/innen sind mit einem Anteil von 12 Prozent (N=58) prekärer Wohnsituationen eher unterdurchschnittlich betroffen (siehe Tabelle 3.5). Befinden sich Klienten/innen in prekären Wohnsituationen, sind sie grundsätzlich jünger (32,6 Jahre) als diejenigen, die in gesicherten Wohnumständen leben (39,7 Jahre); nur für die Glücksspieler gilt dies nicht. Die Altersunterschiede zwischen diesen Kategorien der Wohnverhältnisse betragen bis zu 9 Jahre – bei den Alkoholiker/innen. Alkoholiker/innen und Essgestörte leben bereits lange in stabilen Wohnverhältnissen (8,3 Jahre). Mit durchschnittlich 4,6 Jahren ist dieser Wert bei den Kokain-Klienten/innen am niedrigsten. Die prekären Wohnsituationen währen zwischen 1,2 und 2,5 Jahren. Weiterhin ist festzustellen, dass die prekäre Wohnsituation für Frauen (1,9 Jahre) durchschnittlich länger andauert als für Männer (1,6 Jahre).

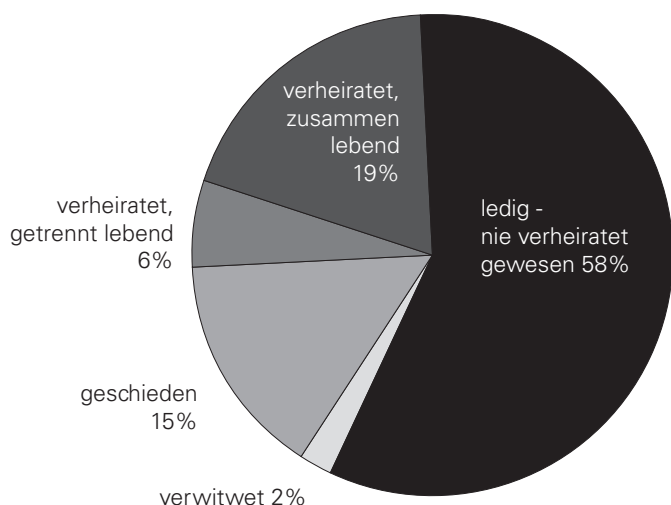


Abbildung 3.7: Formaler Familienstand der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 (N=7.957)

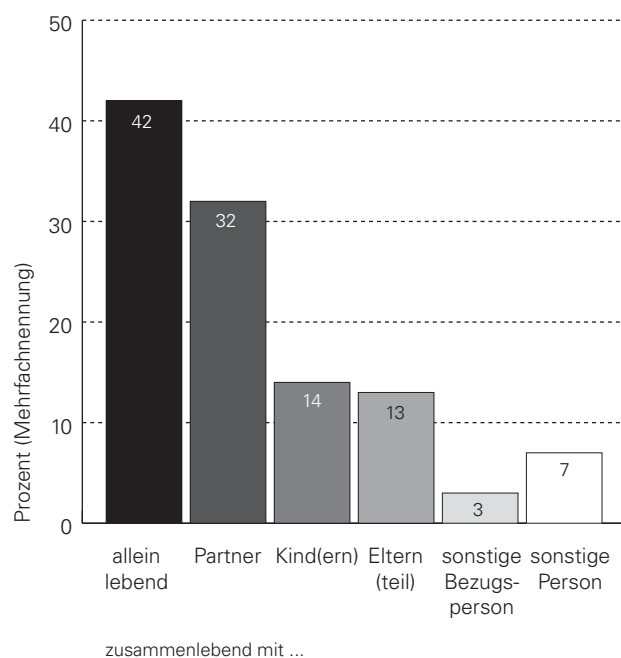


Abbildung 3.8: Tatsächliche Familienkonstellation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 (N=6.257; Mehrfachnennungen)



### 3.3.2. Familienstand

Die familiäre Situation der Klienten/innen kann in ihren verschiedenen Facetten beschrieben werden. Rechtlich zeigt sich mehr als die Hälfte ledig, jede/r Vierte ist verheiratet, etwa jede/r Siebte geschieden (siehe Abbildung 3.7). Klientinnen sind seltener als Klienten ledig (43 % versus 64 %) aber öfter geschieden (21 % versus 13 %).

Unter den verschiedenen Hauptsubstanzgruppen zeigt sich die erwartete Verteilung der Kategorien des formalen Familienstandes (siehe Tabelle 3.6): Alkoholiker/innen weisen den kleinsten Anteil der Ledigen auf (42 %), während dieser bei den Heroin- (76 %) und Cannabis-Klienten/innen (94 %) weit überwiegt. Jeweils ein gutes Viertel der Alkoholiker/innen, der Spieler/innen und der Personen mit Essstörungen ist verheiratet und lebt mit

dem/r Partner/in zusammen - von den Heroinabhängigen ist dies nur jede/r Zehnte. Trifft dies zu, dauert dieser Zustand im Alter von 37,4 Jahren durchschnittlich bereits seit 6,7 Jahren an. Verheiratete Alkoholiker/innen befinden sich während der Betreuung im ambulanten Suchtkrankenhilfesystem im Alter von 49,6 Jahren und leben bereits seit durchschnittlich 14,9 Jahren mit dem/r Partner/in zusammen.

Eine andere Facette der tatsächlichen Lebenssituation beschreibt die folgende Übersicht: 42 Prozent der Klienten/innen leben tatsächlich allein. Ein Drittel lebt mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen. 14 bzw. 13 Prozent leben während der Betreuung durch die ambulante Suchthilfe mit Kindern und/oder Elternteilen zusammen (siehe Abbildung 3.8). Männer leben häufiger allein als Frauen (45 zu 33 %). Letztere bestreiten das Leben

		ledig, nie verheiratet gewesen	verheiratet, zusammen lebend	verheiratet, getrennt lebend	geschieden	verwitwet	Gültige N
Alkohol	Anteil (%)	42 %	26 %	8 %	21 %	3 %	4.263
	Alter*	36,0	49,6	47,0	48,3	57,8	4.263
	Dauer*	**	14,9	3,1	8,3	7,0	3.014
Heroin	Anteil (%)	76 %	10 %	4 %	9 %	1 %	1.737
	Alter*	34,4	37,4	39,1	42,9	42,7	1.737
	Dauer*	**	6,7	6,0	8,4	5,8	817
Cannabis	Anteil (%)	94 %	3 %	1 %	2 %	0 %	1.008
	Alter*	23,6	33,3	37,0	41,2	34,2	1.008
	Dauer*	**	4,8	1,6	5,7	13,4	496
Kokain	Anteil (%)	71 %	14 %	6 %	9 %	0 %	300
	Alter*	29,7	36,3	35,4	41,5	46,8	300
	Dauer*	**	6,0	1,6	4,7	4,6	151
path. Spielen	Anteil (%)	51 %	27 %	4 %	17 %	2 %	347
	Alter*	33,0	40,9	45,2	48,0	58,1	347
	Dauer*	**	10,0	3,9	8,6	6,8	229
Essstörungen	Anteil (%)	61 %	26 %	1 %	11 %	2 %	190
	Alter*	26,2	43,4	41,1	50,1	61,7	190
	Dauer*	**	11,3	4,0	5,5	10,0	110

\*: in Jahren

\*\* : systematisch nicht sinnvoller Wert, denn ledige Klienten/innen sind schon immer ledig

Tabelle 3.6: Formaler Familienstand der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 nach Hauptsubstanz

öfter zusammen mit Kindern (23 zu 11 %) bzw. einem Partner (40 zu 29 %) als die Männer.

Auch zwischen den Hauptsubstanzgruppen zeigen sich Unterschiede (siehe Tabelle 3.7): Die Gruppe der Cannabis-Klienten/innen ist gekennzeichnet durch den höchsten Anteil derjenigen, die mit einem Elternteil zusammenleben (38 %). Von den pathologischen Glücksspielern lebt der mit Abstand vergleichsweise größte Anteil mit Partner/in zusammen (49 %). 44 Prozent der Heroinabhängigen und 45 Prozent der Alkoholiker/innen leben allein – dies sind deutlich größere Anteile als in den anderen Hauptsubstanzgruppen.

Leben die Alkohol-Klienten/innen mit einem/r Partner/in zusammen, tun sie dies bereits seit durchschnittlich 11 Jahren – und damit länger als jede andere Klientengruppe. Bei den betreuten Personen mit Essstörungen beträgt dieser Wert 8,4 Jahre, bei den pathologischen Spielern noch 7,3 Jahre. Haben die Klienten/innen allerdings Probleme mit illegalen Substanzen, leben sie deutlich

kürzer mit einem/r Partner/in zusammen, wenn sie sich in diesem Status in Betreuung befinden.

Den engsten Bereich sozialer Bindung bildet die Kategorie der Partnerbeziehung ab: Die Hälfte der Klienten/innen gibt an, alleinstehend zu sein (50 %, siehe Abbildung 3.9). Lediglich knapp jede/r Dritte lebt in einer festen Beziehung. Auch hier ist es so, dass Frauen sozial eingebundener sind: 38 Prozent von ihnen verfügen über eine feste Partnerbeziehung, während es unter den Männern nur 28 Prozent sind. Entsprechend zeigen sich die Anteile der Alleinstehenden: Bei den Männern trifft dies auf 53 Prozent zu, bei den Frauen sind es 41 Prozent.

		allein lebend	Partner/in	Kind(ern)	Eltern(teil)	sonstige Bezugsperson	sonstige Person	Gültige N
Alkohol	Anteil (%)	45 %	36 %	16 %	7 %	1 %	6 %	3.728
	Alter*	44,9	47,5	44,6	27,3	35,4	35,4	3.728
	Dauer*	5,6	11,0	9,4	11,2	9,0	2,6	3.115
Heroin	Anteil (%)	44 %	28 %	12 %	12 %	4 %	9 %	1.646
	Alter*	36,6	36,5	36,6	30,3	34,9	34,9	1.646
	Dauer*	5,0	5,4	6,1	7,9	4,5	3,5	1.341
Cannabis	Anteil (%)	34 %	14 %	6 %	38 %	6 %	8 %	944
	Alter*	26,6	27,9	30,4	20,4	23,0	23,9	944
	Dauer*	3,5	2,9	4,8	9,6	2,6	1,5	720
Kokain	Anteil (%)	43 %	30 %	14 %	15 %	6 %	9 %	275
	Alter*	32,2	34,2	35,3	25,4	25,8	32,6	275
	Dauer*	2,5	4,3	4,7	4,4	2,4	2,1	203
path. Spielen	Anteil (%)	35 %	49 %	15 %	11 %	1 %	4 %	315
	Alter*	42,0	39,4	39,7	26,9	41,4	39,4	315
	Dauer*	4,5	7,3	7,4	11,9	5,9	2,0	249
Essstörung	Anteil (%)	29 %	29 %	28 %	19 %	3 %	5 %	177
	Alter*	38,8	41,0	40,8	18,0	21,6	22,2	177
	Dauer*	4,9	8,4	6,2	8,3	1,9	4,8	161

\* in Jahren

Tabelle 3.7: Tatsächliche Familienkonstellation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 nach Hauptsubstanz

Der Blick auf die verschiedenen Hauptsubstanzgruppen zeigt Unterschiede: Die Gruppe der Cannabis-Klienten/innen zeigt den höchsten Anteil Alleinstehender (62 %) und geringsten Anteil fester Beziehungen (14 %).<sup>8</sup> Die betreuten pathologischen Glücksspieler leben am ehesten in einer festen Beziehung (42 %). In Bezug auf die Dauer der festen Beziehungen (zusammen lebend) zeigen sich erhebliche Unterschiede: Feste Beziehungen halten bei den Alkoholiker/innen durchschnittlich bereits seit 11 ½ Jahren an, während sie bei den Heroin-Klienten/innen seit knapp 5 Jahre andauern. Auch die festen Beziehungen von Personen mit Essstörungen währen mit durchschnittlich 12 Jahren bereits deutlich länger.

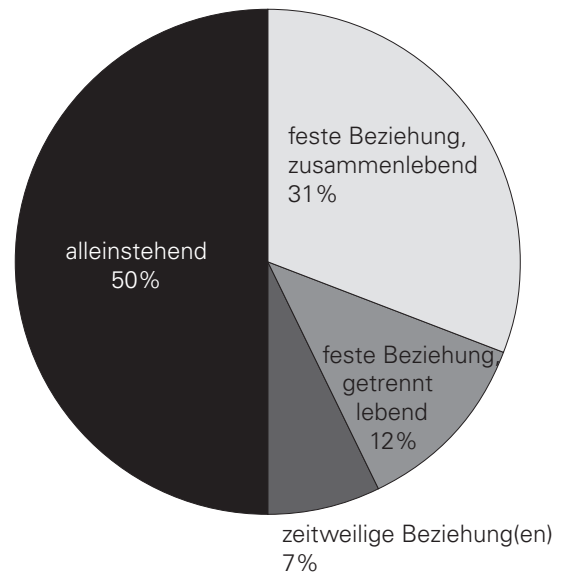


Abbildung 3.9: Partnerbeziehung, namentlich erfasste Klienten/innen des Jahres 2008 (N=11.631)

		alleinstand	feste Beziehung, zusammen lebend	feste Beziehung, getrennt lebend	zeitweilige Beziehung(en)	Gültige N
Alkohol	Anteil (%)	47 %	36 %	13 %	5 %	5.784
	Alter*	42,5	47,2	41,3	38,6	5.784
	Dauer*	5,1	11,5	2,6	3,4	4.879
Heroin	Anteil (%)	53 %	27 %	10 %	10 %	2.905
	Alter*	35,6	35,9	36,0	33,8	2.905
	Dauer*	5,4	4,9	3,8	5,1	2.220
Cannabis	Anteil (%)	62 %	14 %	13 %	10 %	1.373
	Alter*	23,7	29,4	25,3	25,0	1.373
	Dauer*	4,9	3,4	1,6	3,3	1.011
Kokain	Anteil (%)	49 %	26 %	15 %	10 %	390
	Alter*	30,4	34,6	32,5	30,7	390
	Dauer*	3,2	4,5	2,6	2,1	289
path. Spielen	Anteil (%)	42 %	42 %	12 %	4 %	434
	Alter*	37,0	39,6	38,4	34,8	434
	Dauer*	4,9	7,3	2,8	3,9	351
Essstörung	Anteil (%)	47 %	28 %	10 %	13 %	254
	Alter*	31,4	41,2	26,9	26,7	254
	Dauer*	6,8	11,7	2,2	2,7	225

\*: in Jahren

Tabelle 3.8:  
Partnerbeziehung der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 nach Hauptsubstanz

8 Bei der Interpretation der Partnerbeziehung nach Hauptsubstanz ist jedoch das unterschiedliche Durchschnittsalter der verschiedenen Problemgruppen zu berücksichtigen.

### 3.3.3. Kinder

Mit Einführung und Auswertung des neuen Datensatzes sind nun auch erstmals Aussagen zu den Kindern der im ambulanten Suchtkrankenhilfesystem ratsuchenden Personen möglich. Insgesamt haben 775 Klienten/innen angegeben, minderjährige Kinder zu haben (siehe Tabelle 3.9).<sup>9</sup> Von einem einzigen minderjährigen Kind berichten 71 % der Klienten/innen. Nahezu ein weiteres Viertel der Klientel hat zwei minderjährige Kinder, und 6 % berichten von drei oder mehr Kindern unter 18 Jahren.

Insgesamt gehören zu diesen 775 Klienten/innen 1.062 Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. 40 Prozent dieser minderjährigen Kinder leben jedoch nicht im Haushalt des im Suchtkrankenhilfesystem betreuten Elternteils. Kinder von männlichen Klienten sind hiervon mit einem Anteil von 48 % deutlich häufiger betroffen, als die von weiblichen betreuten Personen. Hierin dürfte sich der Umstand widerspiegeln, dass Kinder getrennt lebender Elternteile in der Regel bei der Mutter wohnen.

Zwischen den beiden bedeutenden Hauptsubstanzgruppen Alkohol und Heroin existiert ein berichtenswerter Unterschied: Die Mehrzahl der minderjährigen Kinder betreuter Heroinabhängiger mit solchen Kindern lebt außerhalb ihrer Haushalte (52 %). Der entsprechende Anteil ist aber auch bei den Frauen dieser Klientel mit 45 % sehr hoch. Bei den weiblichen Personen mit Alkoholproblemen beträgt dieser Anteil hingegen vergleichsweise geringe 18 Prozent.

		Geschlecht Klient/in		
		männlich	weiblich	gesamt
Klienten/innen mit minderjährigen Kindern	N	527	248	775
minderjährige Kinder Anzahl	N	727	335	1.062
minderjährige Kinder der Klienten/innen, die nicht im Haushalt leben				
alle Klientinnen/en+	%	48 %	22 %	40 %
Hauptsubstanz Alkohol+	%	48 %	18 %	38 %
Hauptsubstanz Heroin+	%	55 %	45 %	52 %

+: Einbezogen wurden jeweils nur die Klienten, bei denen zu allen minderjährigen Kindern eine Information zu „Lebt Kind im Haushalt?“ vorlag.

Tabelle 3.9: Namentlich erfasste Klienten/innen und ihre Kinder, 2008

<sup>9</sup> Da es sich auch hier um ein Item handelt, welches erst seit Einführung des neuen Datensatzes in adäquater Weise erfasst werden kann, stellen die im Folgenden berichteten absoluten Angaben zu Klienten/innen mit minderjährigen Kindern und den Kindern selbst die untere Grenze dar. Real dürften die entsprechenden Zahlen noch höher liegen.

### 3.3.4. Bildungsstand

Etwa jede/r Zweite der schleswig-holsteinischen Klienten/innen besitzt einen Hauptschulabschluss (48 %), lediglich jede/r Dritte entweder die Mittlere Reife oder das Abitur, etwa jede/r Siebte hat die Schule ohne Abschluss verlassen (siehe Abbildung 3.10). Die erreichte Klientel zeigt sich damit im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung weit unterqualifiziert. Besonders betrifft dies die Männer, sie haben häufiger (16 %) als die Frauen (9 %) keinen Schulabschluss und seltener die Mittlere Reife (22 % als jene (35 %)).

Unterschiede zeigen sich auch zwischen den Gruppen der verschiedenen Hauptsubstanzen (siehe Tabelle 3.10): Besonders häufig ohne Abschluss haben die Cannabis-Klienten/innen die Schule verlassen: Mehr als jede/r Vierte von ihnen (28 %) startet unter diesen schlechten Voraussetzungen in das Erwerbsleben. Heroin-Klienten/innen stehen ihnen deutlich nach. Von ihnen besitzt jede/r Fünfte keinen Schulabschluss (20 %), weniger als ein Viertel dieses Personenkreises absolvierte erfolgreich die Mittlere Reife oder das Abitur (22 %) – dies ist, zusammen mit den Cannabis-Klienten/innen, der kleinste Anteil unter den relevanten Hauptsubstanzgruppen.

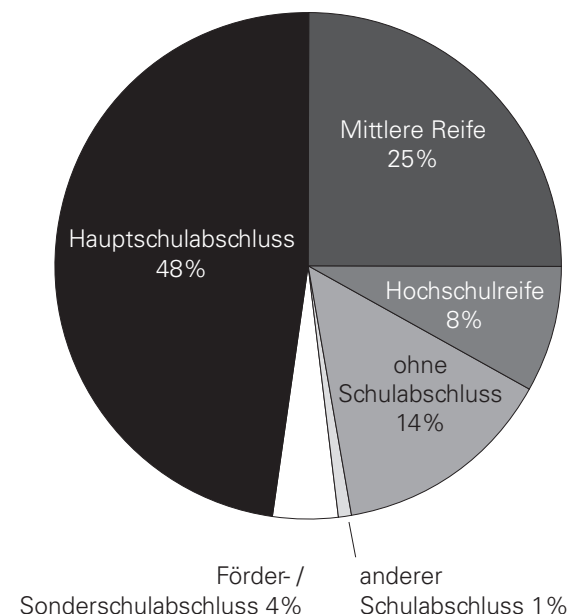


Abbildung 3.10: Höchster Schulabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 in einem Alter von 18 Jahren oder älter (N=5.563)

Überdurchschnittlich qualifiziert zeigen sich die Frauen, die mit Essstörungen eine ambulante Einrichtung aufsuchen: Zwei Drittel von ihnen schlossen die Schule mit dem Abitur oder der Mittleren Reife ab (N=72).

Der Blick auf das Alter der Klienten/innen differenziert nach Hauptsubstanzgruppe und höchstem erreichten Schulabschluss zeigt, dass bei den vier Suchtmitteln (Alkohol, Heroin, Cannabis und Kokain) die beiden am schlechtesten qualifizierten Gruppen (Förder- bzw. gar kein Abschluss) jeweils deutlich jünger sind als die Betreuten mit einer höheren Schulqualifikation. In den Gruppen derjenigen mit Essstörungen oder Problemen beim Spielverhalten ist es andersherum: Hier sind die höchst qualifizierten durchschnittlich jünger als die anderen Teilgruppen.

### 3.3.5. Berufliche und finanzielle Situation

Die Frage nach der Erwerbstätigkeit der Klientel bildet das Ausmaß der beruflichen Tätigkeit der im Hilfesystem Betreuten ab. 39 Prozent der Klienten/innen stehen im aktiven Erwerbsleben, den größten Anteil daran haben die abhängig Beschäftigten (32 %). Diese sind während der Betreuung durchschnittlich 41 Jahre alt (siehe Tabelle 3.11). Die betreuten Auszubildenden sind mit einem Alter von durchschnittlich 23,5 Jahren mehrere Jahre älter als die hier gemischt aufgeführte Gruppe von betreuten Schülern und Studenten (19,3 Jahre).

Arbeitslosengeld I-Empfänger (ALG I) haben einen Anteil von 9 Prozent. Jede/r Dritte der Betreuten empfängt allerdings Arbeitslosengeld II (ALG II; 32 %). Diese Hilfesuchenden sind durchschnittlich 36,3 Jahre alt, während Empfänger von ALG I mit durchschnittlich 39,5 Jahren mehr als drei Jahre älter sind.

		Hochschulreife	Mittlere Reife	Hauptschulabschluss	anderer Schulabschluss	Förderschulabschluss	kein Schulabschluss	Gültige N
Alkohol	Anteil (%)	11 %	28 %	48 %	1 %	4 %	8 %	2.749
	Alter*	46,1	46,0	44,8		38,2	37,0	2.749
Heroin	Anteil (%)	4 %	18 %	53 %	1 %	4 %	20 %	1.258
	Alter*	39,1	36,6	36,6		32,2	31,4	1.258
Cannabis	Anteil (%)	5 %	17 %	43 %	1 %	4 %	28 %	726
	Alter*	29,5	28,1	25,0		22,6	22,0	726
Kokain	Anteil (%)	8 %	21 %	46 %	3 %	2 %	20 %	232
	Alter*	33,6	33,6	33,4		29,0+	25,6	232
path. Spielen	Anteil (%)	10 %	35 %	45 %	2 %	4 %	5 %	253
	Alter*	34,2	39,7	40,0		37,4+	37,8+	253
Essstörung	Anteil (%)	17 %	50 %	22 %	1 %	6 %	4 %	109
	Alter*	32,1	35,5	31,1		39,4+	21,4+	109

\*: in Jahren

†: Angesichts dieser Anzahl gültiger Fälle, müssen die Angaben zu den einzelnen Ausprägungen dieser Variable mit Zurückhaltung betrachtet werden.

Tabelle 3.10: Höchster Schulabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 in einem Alter von 18 Jahren oder älter nach Hauptsubstanz

	Anteil	Alter	Anteil	Alter
	%	Jahre	N	N
Auszubildender	3 %	23,5	226	225
Arbeiter/Angestellter/Beamte	32 %	41,0	2.365	2.352
Selbständiger/Freiberufler	4 %	44,7	290	288
Sonstige Erwerbspersonen (z. B. Wehrdienst, Elternzeit, mithelfende Angehörige)	1 %	31,4	72	69
In beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	1 %	36,9	52	52
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	9 %	39,5	664	663
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	32 %	36,3	2.366	2.346
Schüler/Student	5 %	19,3	365	362
Hausfrau/Hausmann	2 %	45,3	174	173
Rentner/Pensionär	6 %	58,0	453	452
Sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)	6 %	32,2	478	474

Tabelle 3.11: Erwerbstätigkeit der namentlich erfassten Klienten/innen und ihr Alter 2008, N=7505 bzw. 7456.

Die im vorangegangenen Abschnitt (siehe Kapitel 3.3.4) geschilderte unterdurchschnittliche Qualifikation der Klienten/innen des schleswig-holsteinischen Suchthilfesystems findet seine Fortsetzung in der Einkommensstruktur der Klientel: Die Minderheit der Klienten/innen bestreitet den Lebensunterhalt aus eigener, aktiver Arbeit: Lediglich 28 Prozent der Klienten/innen benennen abhängige Beschäftigung oder selbstständige Arbeit als

ihre Haupteinkommensquelle. Dagegen gibt annähernd jede/r Zweite Arbeitslosengeld I, II oder Sozialhilfe als den wesentlichen Bestandteil des eigenen Einkommens an (zusammen: 48 %). ALG II ist mit einem Anteil von 33 Prozent die bedeutendste Einzelkategorie.

Zwischen den Geschlechtern bestehen in der Frage der Haupteinkommensquelle geringfügige Unterschiede: Bei den Männern wird ALG II etwas häufiger (35% zu 28%) und die Altersrente etwas seltener (4% zu 9%) als Haupteinkommensquelle angegeben als bei den Frauen. Frauen werden häufiger von ihren Partnern maßgeblich unterstützt als die Männer (9% zu 1%).

Die Haupteinkommensquellen unterscheiden sich hingegen zwischen den Hauptsubstanzgruppen z. T. erheblich (siehe Tabelle 3.12): Während 50 Prozent der Spieler/innen vornehmlich durch Erwerbstätigkeit ihren Lebensunterhalt bestreiten, sind dies nur 14 Prozent der Heroin-Klienten/innen, letztere benennen aber in annähernd zwei Drittel der Fälle das Arbeitslosengeld II oder die Sozialhilfe als ihre Haupteinkommensquelle, während dies unter den Spieler/innen „nur“ 22 Prozent betrifft. Auch zwischen den betreuten Heroin-

und Kokain-Konsumenten/innen, die oftmals als sogenannte „harte“ Drogen zusammengefasst werden, zeigen sich bedeutsame Unterschiede. Die betreuten Kokain-User besitzen sehr viel häufiger die eigene Erwerbstätigkeit als Haupteinkommen als die Heroinkonsumenten/innen – mit einem Anteil von 36 Prozent liegen sie sogar über dem Durchschnitt aller Betreuten (28 %). Auch leben sie „lediglich“ zu 33 Prozent vornehmlich von ALG II oder Sozialhilfe; unter den Heroin-Klienten/innen sind es, wie bereits erwähnt, doppelt so viele.

Unter den Alkoholiker/innen befinden sich noch 35 Prozent derjenigen, für die die Erwerbstätigkeit im Vordergrund steht, aber bereits 36 Prozent, für die Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe zentrale Quellen des Lebensunterhaltes sind. Klienten/innen mit einem vornehmlichen Cannabisproblem bestreiten ih-

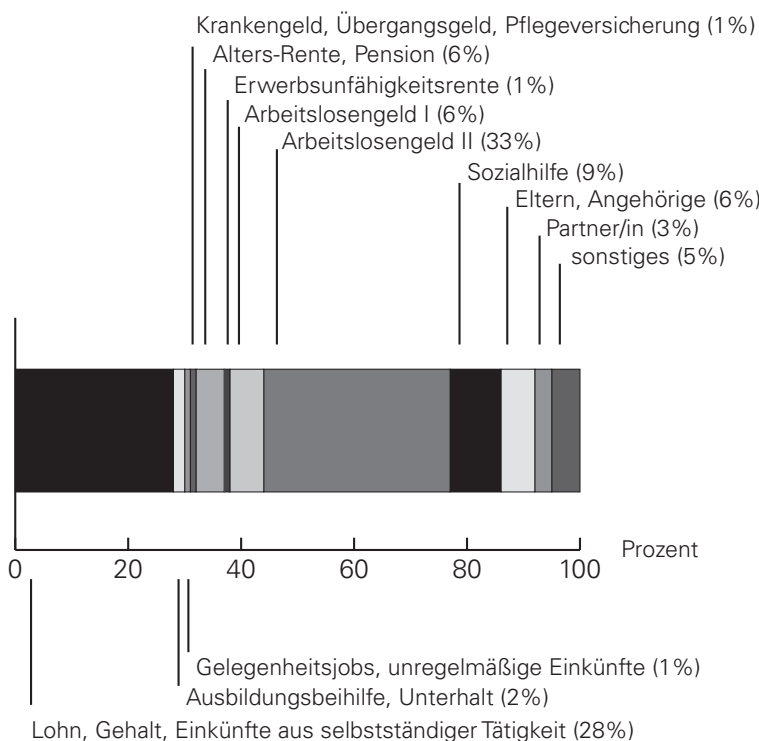


Abbildung 3.11: Haupteinkommensquelle der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 (N=10.153)

ren Lebensunterhalt durchschnittlich eher mit ALG II und Sozialhilfe (zusammen 39 %) als durch eigene Erwerbstätigkeit oder ALG I (zusammen lediglich 21 %). Sie besitzen einen besonders hohen Anteil der vornehmlichen Unterstützung durch Angehörige (21 %) – ebenso wie die Personen mit Essstörungen (23 %). Diese Form des Haupteinkommens ist bei allen Hauptsubstanzgruppen mit einem durchschnittlich geringeren Alter verbunden als die anderen Haupteinkommensquellen. In Bezug auf das durchschnittliche Alter ist des Weiteren anzumerken, dass der Erhalt von ALG II – bis auf die Gruppe der Kokain-Konsumenten/innen – als vornehmliche Quelle des Einkommens immer mit einem niedrigeren durchschnittlichen Alter verbunden ist als der von ALG I. Dies deutet darauf hin, dass es in allen verschiedenen Hauptsubstanzgruppen, die im ambulanten Suchtkrankenhilfesystem Schleswig-Holsteins betreut werden, einen be-

deutsamen Anteil von erwerbsfähigen Menschen gibt, der in der jüngeren Vergangenheit aber weder erwerbstätig war noch ALG I bezogen hat.

In Bezug auf die Dauer des Erhalts einzelner Einkommensarten zeigt sich Folgendes: Die Sozialhilfe wird in der Regel bereits seit etwa zweieinhalb Jahren bezogen, lediglich die Heroin-Klienten/innen beziehen diese bereits seit fünf Jahren, wenn dieses ihre Haupteinkommensquelle ist.

Die Dauer der Erwerbstätigkeit unterscheidet sich zwischen den Personengruppen deutlich: Während Alkoholiker/innen, pathologische Spieler/innen und Personen mit Essstörungen durchschnittlich seit etwa neun bis neun-einhalb Jahren selbst für ihren Lebensunterhalt sorgen, beträgt dieser Zeitraum bei den Heroin-Klienten/innen nur etwa viereinhalb Jahre.

		Lohn, Gehalt, selbstständige Tätigkeit	ALG I	ALG II	Sozialhilfe	Eltern / Angehörige	Gültige N
Alkohol	Anteil (%)	35 %	6 %	29 %	7 %	3 %	5.299
	Alter*	44,6	44,5	42,5	38,1	26,3	5.299
	Dauer*	9,4	2,1	3,0	2,6	7,7	4.487
Heroin	Anteil (%)	14 %	5 %	50 %	16 %	2 %	2.354
	Alter*	35,8	36,2	35,4	37,5	25,4	2.354
	Dauer*	4,6	3,4	3,5	5,2	4,7	2.044
Cannabis	Anteil (%)	17 %	4 %	33 %	6 %	21 %	1.158
	Alter*	28,7	27,4	26,1	26,2	18,9	1.158
	Dauer*	3,7	1,5	2,5	2,8	8,5	968
Kokain	Anteil (%)	36 %	6 %	27 %	6 %	5 %	281
	Alter*	33,0	32,2	33,1	31,9	23,5	281
	Dauer*	5,9	1,1	2,3	2,6	5,2	241
path. Spielen	Anteil (%)	50 %	8 %	16 %	6 %	6 %	391
	Alter*	38,8	37,4	37,1	38,8	19,1	391
	Dauer*	9,4	0,9	2,0	2,7	9,9	333
Essstörung	Anteil (%)	29 %	2 %	12 %	7 %	23 %	243
	Alter*	36,6	51,6	35,1	31,3	17,4	243
	Dauer*	9,0	2,1	3,6	3,2	9,2	210

\*: in Jahren

Tabelle 3.12: Haupteinkommensquelle der namentlich erfassten Klienten/innen (ausgewählte Kategorien) des Jahres 2008 nach Hauptsubstanz



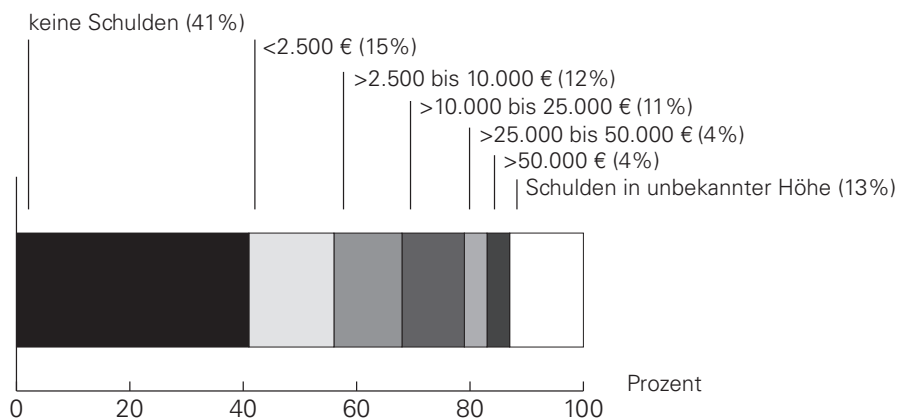


Abbildung 3.12: Schuldenhöhe der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 (N=2.708)

Die andere Seite der Einkommensverhältnisse ist die Verschuldungssituation (siehe Abbildung 3.12): 41 Prozent der Klienten/innen geben an, keine Schulden zu haben. 31 Prozent stehen hingegen mit Verbindlichkeiten von mehr als 2.500 Euro in der Schuld. Noch 13 weitere Prozent haben keinen Überblick über die Höhe ihrer Schulden oder haben sie dem Betreuer nicht verraten.

Diese Schulden verteilen sich nicht gleichmäßig über alle Klienten/innen: Es lassen sich Unterschiede zwischen den Hauptsubstanzgruppen entdecken (siehe Abbildung 3.13). Die Personen mit einer Essstörung haben zum überwiegenden Teil keine Schulden: 84 Prozent geben

an, schuldenfrei zu sein, unter den Cannabisklienten/innen sind dies noch 48 Prozent. Dies steht im Kontrast zu den Kokain- sowie Heroin-Klienten/innen und v. a. den pathologischen Spielern/innen: Von letzteren besitzt lediglich jede/r Fünfte keine Schulden. Während die Heroin-Klienten/innen aber nur in 16 Prozent der Fälle mehr als 10.000 Euro Schulden besitzen, sind es unter den Kokain-Klienten/innen 33 Prozent und unter den Glücksspielern/innen 44 Prozent. Den Überblick über ihre Schulden haben am ehesten die Heroin-Klienten/innen verloren oder dem Betreuer in der Einrichtung nicht verraten: Fast jede/r Fünfte verfügt über Schulden in unbekannter Höhe.

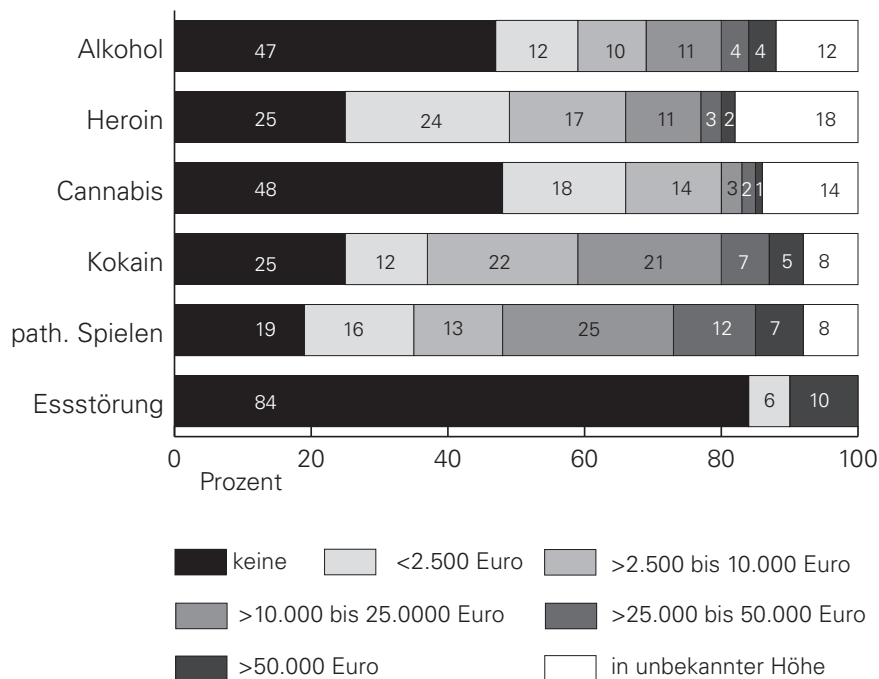


Abbildung 3.13: Schuldenhöhe der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2008 nach Hauptsubstanz



### 3.4. Die Betreuungen im ambulanten Hilfesystem

Die Arbeit des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems Schleswig-Holsteins wird abgebildet durch die von den Klienten/innen in Anspruch genommenen Betreuungen. Pro Klient/in können durchaus mehrere Betreuungsformen im Dokumentationszeitraum in Anspruch genommen worden sein, so dass hier ein neuer Blickwinkel entsteht.

Der Blick auf die verschiedenen Betreuungen zeigt, dass die Mitarbeiter/innen der Einrichtungen im laufenden Berichtsjahr 13.109 ihrer Betreuungen als ambulante Beratung qualifiziert haben (siehe Tabelle 3.13).<sup>10</sup> Dies

entspricht 84 % der insgesamt 15.526 in der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe durchgeführten Betreuungen. Die psychosoziale Begleitbetreuung Substituierter nimmt einen Anteil von 15 Prozent aller Betreuungen ein. Jede zwanzigste Betreuung beinhaltet eine ambulante Entwöhnungsbehandlung. Alle anderen Betreuungsarten sind nur zu sehr geringen Anteilen dokumentiert worden.

Im Jahre 2008 sind insgesamt 10.642 Betreuungen neu begonnen worden. Die Zahl der beendeten Betreuungen liegt mit 9.877 etwas darunter. Zusätzlich zu den Anteilen ist in Tabelle 3.13 auch die Dauer der Betreuung

	Betreuungen 2008				
	neu 2008	beendet in 2008		alle 2008	
	%	%	Dauer Tage Ø	Dauer Tage Median	%
Medizinische Notfallhilfe	0,3 %	0,3 %	105	90	0,3 %
Substitutionsbehandlung (Mittelvergabe)	0,6 %	0,7 %	593	350	1 %
Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution	10 %	10 %	378	189	15 %
Sonstige medizinische Maßnahmen	0,1 %	0,0 %	-	-	0,1 %
Entzug / Entgiftung	1 %	2 %	135	39	1 %
Ambulante Beratung	87 %	89 %	167	80	84 %
Ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	4 %	4 %	281	225	5 %
Teilstationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	0,0 %	0,0 %	-	-	0,0 %
Stationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	0,3 %	0,4 %	144	102	0,4 %
Kombinationstherapie (Rehabilitation)	0,0 %	0,0 %	-	-	0,0 %
Adaptionsbehandlung	0,0 %	0,0 %	-	-	0,0 %
Ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen	2 %	1 %	413	191	2 %
Teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	0,2 %	0,2 %	291	106	0,2 %
Stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	0,3 %	0,4 %	209	96	0,4 %
Psychiatrische Behandlung	0,1 %	0,0 %	92	95	0,1 %
Psychotherapeutische Behandlung	0,2 %	0,1 %	112	100	0,1 %
Sonstige Maßnahmen	2 %	3 %	208	92	3 %
Kein Betreuungstyp angegeben	3 %	2 %	160	54	2 %
Gesamt	N= 10.642	N= 9.877	184	85	N= 15.526

Bei diesen Angaben waren Mehrfachantworten möglich.

- N<10

Tabelle 3.13: Betreuungen nach Arten: neu, beendet und gesamt des Jahres 2008

<sup>10</sup> Die Möglichkeit der Dokumentation mehrerer Betreuungsarten innerhalb einer Betreuung besteht erst seit Einführung des neuen Datensatzes. Da viele Einrichtungen erst im (späten) Verlauf des Jahres 2008 damit begannen, diesen neuen Datensatz zu dokumentieren, sind mehrfache Angaben zur Betreuungsart jedoch in den Datenexporten des laufenden Berichtsjahres nur in begrenzter Anzahl vorzufinden.

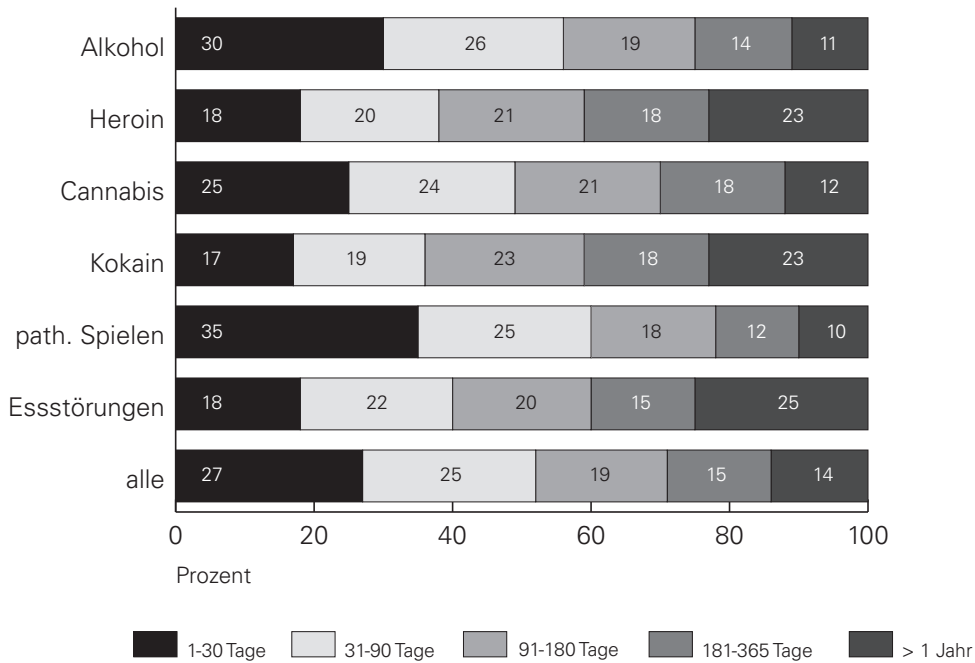


Abbildung 3.14: Dauer der beendeten Betreuungen des Jahres 2008 nach Hauptsubstanz

in Abhängigkeit von der Betreuungsart wiedergegeben. In der Darstellung wird hier zwischen der durchschnittlichen Dauer und dem Median unterschieden.<sup>11</sup> Die durchschnittliche Betreuungsdauer beträgt 184 Tage, also ca. ein halbes Jahr. Der Median mit einem Wert von 85 Tagen zeigt jedoch auf, dass mindestens die Hälfte aller Betreuungen weniger als drei Monate in Anspruch nahmen. Offensichtlich wird der Mittelwert der Betreuungsdauer durch Betreuungen verzerrt, die weit überdurchschnittlich lange durchgeführt wurden. Die hohe Standardabweichung von 303 Tagen ist hierfür ein weiteres Indiz.

nehmen. Ein weiteres Viertel dauert zwischen einem Monat und drei Monaten. Jede dritte im Jahre 2008 beendete Betreuung wies eine Dauer zwischen drei Monaten und einem Jahr auf. Darüber hinaus gehende Betreuungslängen wurden für ca. jede siebte Betreuung dokumentiert.

Wird die Betreuungsdauer nach den bedeutendsten Hauptsubstanzen unterschieden, so lassen sich zwei unterschiedliche Verteilungsmuster erkennen. Die Betreuungen von pathologischen Glücksspielern, Personen mit Alkohol- oder Cannabisproblemen weisen jeweils hohe

Anteile kurzer Betreuungsepisoden auf. Zwischen 49 % (Cannabis) und 60 % (Glücksspiel) der Betreuungen dieser Hauptsubstanzen haben eine Betreuungslänge von maximal drei Monaten. Betreuungen mit einer Dauer von mehr als einem Jahr sind hingegen vergleichsweise selten dokumentiert worden (ca. 10 %). Anders stellt sich das Bild bei den Betreuungen von Heroin- und Kokain Klienten/innen sowie den Essgestörten dar. Die kurzen Betreuungsepisoden weisen deutlich geringere Anteile auf als bei den Betreuungen der oben genannten Hauptsubstanzen.

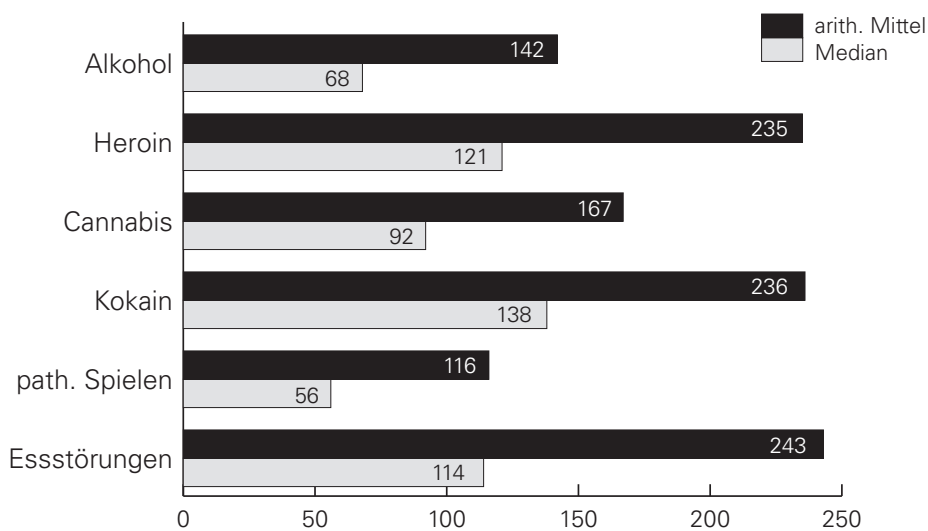


Abbildung 3.15: Dauer der ambulanten Beratung nach Hauptsubstanz in Tagen, 2008, beendete Betreuungen

<sup>11</sup> Während die durchschnittliche Dauer das arithmetische Mittel aller Betreuungslängen darstellt, entspricht der Median dem Wert, welcher die Betreuungsdauern – nachdem sie entsprechend ihrer Dauer sortiert worden sind – in zwei Hälften teilt. Gegenüber dem Mittelwert hat der Median den Vorteil, robuster gegenüber Ausreißern zu sein. Bezogen auf das Jahr 2008 bedeutet dies, dass die Hälfte aller Betreuungen nicht länger als 85 Tage andauerte.

Hingegen dauerten bis zu ein Viertel dieser Betreuungen mehr als ein Jahr an.

Der genauere Blick auf die „ambulante Beratung“ - sie umfasst 89 Prozent aller im Jahr 2008 abgeschlossenen Betreuungen – macht deutlich, dass es erhebliche Unterschiede in der Länge dieser Betreuungskategorie zwischen den verschiedenen Hauptsubstanzgruppen gibt (siehe Abbildung 3.15). Während eine Betreuung, deren Inhalt die ambulante Beratung für Hilfesuchende zum Thema Alkohol ist, durchschnittlich 142 Tage anhält, dauert sie für Probleme zum pathologischen Spielen lediglich durchschnittlich 116 Tage und für die Substanzen Heroin und Kokain durchschnittlich 235 bzw. 236 Tage. Diese unterschiedliche Länge der Betreuungsdauer ambulanter Beratungen in Abhängigkeit von der Hauptsubstanz zeigt sich auch, wenn zum Vergleich der Median herangezogen wird.

Die Betreuungen des Jahres 2008 wurden durch vielfältige Anstöße initiiert (siehe Tabelle 3.14): Etwa jede dritte Betreuung (34 %) wurde aufgenommen, ohne dass es eines Anstoßes Dritter bedurfte. Ebenso viele Vermittlungen (34 %) rührten von anderen Stellen aus dem Hilfesystem selbst (seien es eine stationäre oder andere ambulante Einrichtung oder noch andere Hilfsinstitutionen): Diese Klienten/innen hatten also bereits professionellen Kontakt gesucht. Motivation aus der näheren sozialen Umgebung hat nur geringen Stellenwert (9 %). Anstöße und Verpflichtungen durch öffentliche Stellen besitzen dagegen einen deutlich höheren Anteil (zusammen 17 %). Frauen kommen häufiger aus eigener Motivation als Männer (plus 3 Prozentpunkte). Dagegen sind die Beratungsverpflichtungen durch öffentliche Stellen wie Justiz oder andere Behörden für Männer bedeutsamer als für Frauen (plus 11 Prozentpunkte).

	männlich	weiblich	Gesamt	
	%	%	%	N
Ohne Vermittlung/Selbstmelder	33 %	36 %	34 %	3.445
Familie / Freunde	9 %	9 %	9 %	907
Niedergelassene Arzt / Psychotherapeut	9 %	14 %	10 %	1.052
Krankenhaus/ Institutsambulanz	7 %	8 %	7 %	744
Stationäre Einrichtung	6 %	7 %	6 %	622
Stationäre Suchteinrichtung	4 %	4 %	4 %	413
Abstinenz -/ Selbsthilfegruppe	0,6 %	0,7 %	0,6 %	65
Niedrigschwellige und aufsuchende Arbeit	0,1 %	0,1 %	0,1 %	11
Übergangseinrichtung	0,4 %	0,2 %	0,4 %	36
Andere Beratungsdienste	5 %	7 %	6 %	559
Frauenhaus /- einrichtungen	0,0 %	0,2 %	0,0 %	5
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	3 %	4 %	3 %	337
Sozialdienst JVA / Maßregelvollzug	2 %	0,2 %	2 %	148
Einrichtung der Jugendhilfe / Jugendamt	0,3 %	0,6 %	0,4 %	40
Soziale Verwaltung (Sozial-, Wohnungs-, Gesundheitsamt)	2 %	0,7 %	1 %	145
Arbeitsagentur / Job-Center / Arbeitsgemeinschaft (ARGE)*	3 %	2 %	3 %	297
Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle	0,2 %	0,2 %	0,2 %	21
Justizbehörden/Bewährungshilfe	11 %	3 %	8 %	849
Kosten -/ Leistungsträger	2 %	2 %	2 %	217
Sonstiges	2 %	3 %	2 %	232
Gesamt	100 %	100 %	100 %	10.145

\*Die Vermittlungen durch die ARGE sind vor der Umstellung des Datensatzes gesondert erfasst worden. Nicht immer konnten diese Informationen in die neue Datenbank überführt werden, sodass die hier dargestellten Häufigkeiten die reale Vermittlung durch die ARGE unterschätzen.

Tabelle 3.14: Vermittelnde Instanz der Betreuungen namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2008 nach Geschlecht

	ohne Vermittlung / Selbstmelder	Soziale Umgebung	Prof. Hilfe	Arbeitgeber / Betrieb / Schule	Justiz / JVA / Sozialverwaltung	anderes
Alkohol	29 %	7 %	39 %	4 %	20 %	3 %
Heroin	39 %	8 %	43 %	0 %	8 %	1 %
Cannabis	40 %	12 %	15 %	5 %	25 %	3 %
Kokain	52 %	8 %	20 %	1 %	18 %	1 %
path. Spielen	41 %	22 %	23 %	3 %	10 %	2 %
Essstörung	29 %	17 %	38 %	8 %	1 %	7 %

Tabelle 3.15: Vermittlung in das Hilfesystem des Jahres 2008 nach Hauptsubstanz

Je nach Art der Hauptsubstanz unterscheidet sich die Art und Weise der Vermittlung in das ambulante Hilfesystem (siehe Tabelle 3.15): Während 52 Prozent der Betreuungen der Kokain-Klienten/innen auf deren eigene Initiative zurückgehen, trifft dies auf lediglich 29 Prozent der Betreuungen der Alkohol-Klienten/innen und der Personen mit Essstörungen zu. Den größten Einfluss auf die Frage eines Betreuungsbeginns hat die soziale Umgebung bei den pathologischen Spielern (22 %), die Personen mit Essstörungen folgen ihnen nach (17 %). Für die Cannabis-Konsumenten/innen spielt die Vermittlung in die Betreuung durch andere Institutionen der Suchthilfe (im weiten Sinne) nur eine untergeordnete Rolle (15 %), bei den Heroinabhängigen ist der entsprechende Anteil mehr als dreimal so groß (43 %). Auch für die Personen mit Alkoholproblemen oder Essstörungen liegt der Anteil der Vermittlungen durch (bereits zuvor in Anspruch genommene) andere Hilfsangebote bei annähernd 40 Prozent. Die betreuten Cannabiskonsumenten/innen stehen noch in anderer Hinsicht hervor: Unter ihnen ist der Anteil derjenigen am größten, die über öffentliche Stellen der Justiz oder Sozialverwaltung in Betreuung vermittelt werden (25 %); wird noch der Anteil der über Schule oder Arbeitgeber Vermittelten hinzugerechnet (5 %), ist fast jede/r dritte Cannabis-Klient/in durch Anstoß oder Verpflichtung dieser Stellen zur betreuenden Einrichtung gekommen.

Werden Betreuungen beendet, geschieht dies in annähernd jedem zweiten Fall regulär – das heißt nach der geplanten bzw. vereinbarten Anzahl Teileinheiten der Betreuung oder in gemeinsamem Einverständnis (49 %, siehe Abbildung 3.16). Weitervermittlungen (sowie Verlegungen und Wechsel)

haben einen Anteil von 14 Prozent, das vorzeitige Ende einer Betreuung mit ärztlichem Einverständnis von 1 Prozent, so dass etwa zwei Drittel aller Betreuungen konstruktiv beendet werden. Jede dritte Betreuung endet ohne Erfolg: Zu einem großen Teil liegt das an den Abbrüchen durch die Klienten/innen (31 %), disziplinarische Abbrüche durch die Mitarbeiter/innen werden nur in geringstem Ausmaß (1 %) dokumentiert. Zwischen Männern und Frauen bestehen in der Art des Betreuungsendes keine relevanten Unterschiede.

Allerdings lassen sich Zusammenhänge zum durchschnittlichen Alter der Klienten/innen erkennen: Wird eine Betreuung regulär beendet, geschieht dies mit einem durchschnittlich etwa zweieinhalb Jahre höheren Alter als beim Abbruch der Betreuung (38,8 Jahre zu 36,3 Jahre). Betreuungen jüngerer Klienten/innen werden also seltener zu einem regulären Ende geführt als die der älteren, sie enden eher in einem Abbruch als bei den älteren.

Zwischen den verschiedenen Hauptsubstanzgruppen gibt es Unterschiede. Der Anteil regulärer Betreuungsabschlüsse variiert um 11 Prozentpunkte: Kokain-Klienten/innen besitzen einen Anteil von 55 Prozent regulärer Abschlüsse, Heroin- (45 %) und Glücksspiel-Klienten/innen (44 %) erreichen diesen seltener. Während aber letztere häufiger in andere Hilfsangebote weitervermittelt werden (20 %), trifft dies auf die Heroin-Klienten/innen nicht zu (12 %). Diese weisen mit 37 Prozent – zusammen mit den Cannabis-Klienten/innen – den größten Anteil der Betreuungsabbrüche auf. Am geringsten ist der Anteil der Abbrüche unter den Personen mit Essstörungen (26 %).

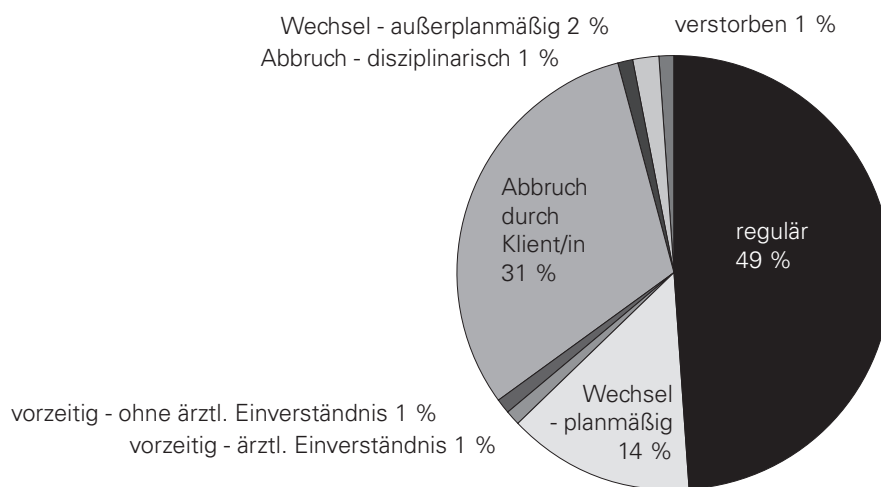


Abbildung 3.16: Art des Betreuungsendes (N=9.293 Betreuungen), 2008

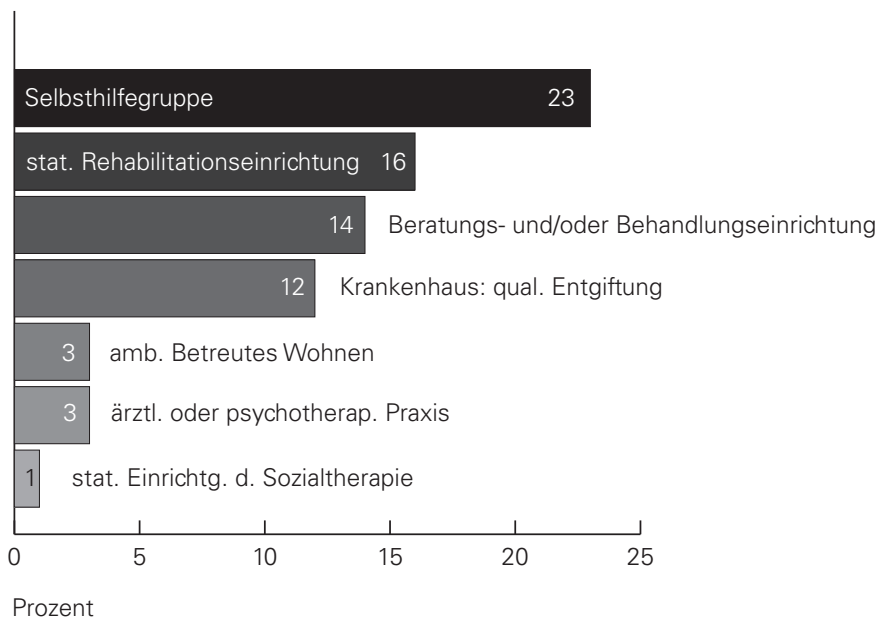


Abbildung 3.17: Weitervermittlung nach Ende der Betreuung (N=3.018 Betreuungen), Vermittlungsziele mit einem Anteil > 1 Prozent, 2008

Die Ziele der Weitervermittlungen nach dem Ende der Betreuung in der dokumentierenden Einrichtung lassen sich identifizieren (siehe Abbildung 3.17). Jede/r Vierte, der weitervermittelt wird, wechselt in eine Selbsthilfegruppe. Etwa jede/r Sechste verlässt die Betreuung mit dem Ziel der stationären Rehabilitation. Etwa ebenso viele Klienten/innen setzen ihre Betreuung in einer anderen Beratungs- und/oder Behandlungseinrichtung fort. Eine qualifizierte Entgiftung im Krankenhaus nehmen 12 Prozent derjenigen auf, die weitervermittelt werden.

Alle weiteren hier denkbaren Weitervermittlungsziele, die in der Abbildung 3.17 nicht aufgeführt sind – von der Not- schlafstelle bis zur teilstationären Rehabilitationseinrichtung, besitzen Anteile von unter einem Prozent bei der Weitervermittlung.

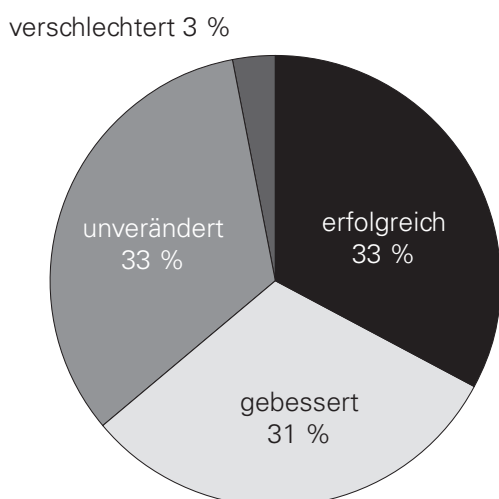


Abbildung 3.18: Status der Problematik nach Beendigung der Betreuung (N=5.764), 2008

Geschlechtsspezifisch ist zu be- merken, dass Männer durch- schnittlich häufiger in die stationäre Entwöhnungsbehandlung (plus 7 Prozentpunkte) und in den quali- fizierten Entzug (plus 4 Prozent- punkte) weitervermittelt werden als Frauen, letztere aber häufiger den Weg in eine ärztliche oder psy- chotherapeutische Praxis anemp- fohlen bekommen (plus 4 Prozent- punkte).

Am Ende einer Betreuung stellt sich für Klienten/innen und Mitar- beiter/innen der ambulanten Ein- richtungen die Frage, ob die ge- wählten Maßnahmen erfolgreich waren. Hierauf kann über eine Be- urteilung der Veränderung des Sta- tus der während der Betreuung im Vordergrund stehenden Problema- tik der Klienten/innen eine erste Einschätzung gewonnen werden (Abbildung 3.18).

So dokumentierten die Mitarbeiter/innen für annähernd jede/n dritte/n Klienten/in (31 %) eine Verbesserung des Problemstatus' (Rückgewinn der Kontrolle über den Konsum, Minderung der Konsumfrequenz oder -menge, Nutzung risikoärmerer Konsumweisen, o. ä.). Für jede/n Dritte/n wurden die gewählten Maßnahmen als uneinge- schränkt erfolgreich beurteilt (Einstellung des Konsums, Spielens bzw. Beilegung der Störung; 33 %). Insgesamt wird auf diese Weise für fast zwei Drittel eine – in Abstufungen – erfolgreiche Tätigkeit der ambulanten Einrich- tungen beschrieben. Bei einem Drittel der Klienten/innen führen Beratung oder Betreuung nicht zu einer Verände- rung des Status' der im Vordergrund stehenden Proble- matik, in sehr wenigen Fällen verschlechtert sich dieser (3 %).

Zwischen den einzelnen Hauptsubstanzgruppen zeigen sich – anders als bei den beiden Geschlechtern – in dieser Frage Unterschiede (siehe Abbildung 3.19): Die Grup- pen der Alkohol-, Cannabis-, Glücksspiel- und Essstörun- gen-Klienten/innen weisen vergleichbar große Anteile auf, denen nach der Betreuung ein gebesserter oder so- gar erfolgreicher Status der Problematik attestiert wird (64 bis 66 %). Gegensätzlich abweichend hiervon zeigen sich die Heroin- und Kokain-Klienten/innen: Bei letzteren wird für mehr als drei Viertel eine Besserung oder sogar ein Erfolg der Betreuung festgehalten – für die Heroin- Klienten/innen gilt dies aber „nur“ für jede/n Zweite/n. Entsprechend zeigen sich die Anteile beim unveränderten Problemstatus: Dieser ist bei den Heroin-Klienten/in- nen am stärksten ausgeprägt,<sup>12</sup> bei den Kokain-Klienten/ innen am schwächsten. Hinzuweisen ist auf die Perso- nen mit Essstörungen, denn sie weisen den geringsten Anteil der erfolgreichen (8 %), aber den höchsten Anteil

<sup>12</sup> Der Status „unverändert“ kann möglicherweise auch eine positive Entwicklung dar- stellen, nämlich den regelmäßige Gebrauch des Substitutionsmittels.

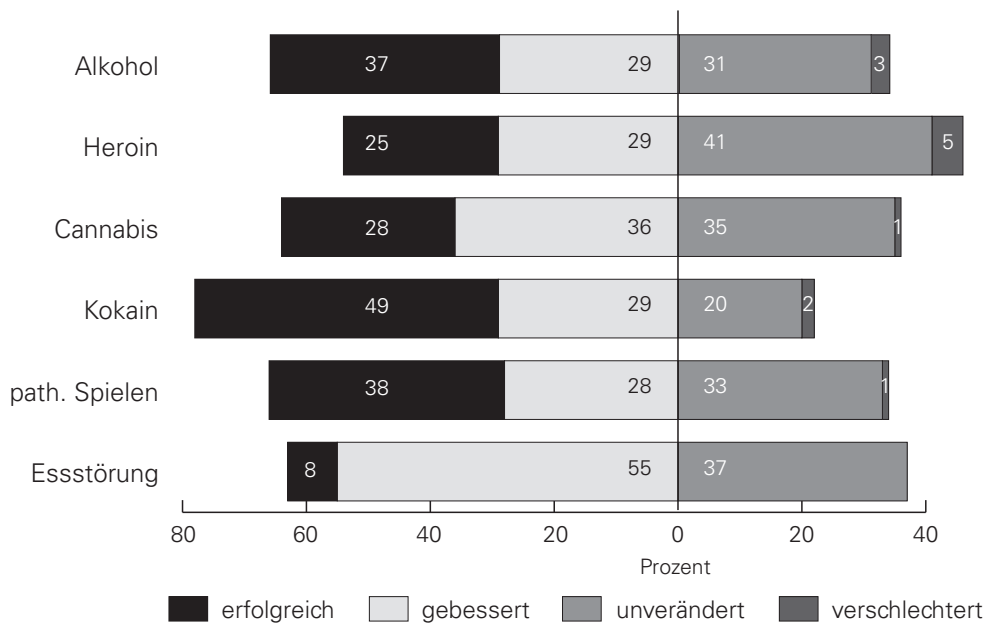


Abbildung 3.19: Status der Problematik nach Beendigung der Betreuung nach Hauptsubstanz, 2008

der gebesserten Konsumproblematik (55 %) auf. Hinzu kommen 37 %, für die eine unveränderte Problematik seit Betreuungsbeginn dokumentiert wurde. Auch für die Betreuungen der Personen mit Essstörungen gilt, dass diese Verteilung – großer Anteil ohne Veränderungen im Konsumstatus und großer Anteil der Besserung – Ausdruck der erforderlichen Langfristigkeit der Behandlung dieser Störung sein kann.

Ein Stück von der dominierenden Störungsproblematik gelöst gibt auch der Blick auf das Ausmaß der psychi-

schen Probleme der Klienten/innen zu Betreuungsbeginn und -ende Hinweise darauf, ob die Betreuung im Suchtkrankenhilfesystem Schleswig-Holsteins dazu beigetragen hat, den gesundheitlichen Zustand der Rat- und Hilfesuchenden zu verbessern. Insgesamt zeigt sich die Klientel zu Beginn der Betreuungen stark belastet: Für jede/n dritte/n Klienten/in wird eine starke psychische Belastung festgehalten; Frauen sind von dieser in größerem Ausmaß betroffen als Männer (siehe Abbildung 3.20). Für lediglich 11 Prozent der Klienten/innen werden „gar keine“ psychischen Probleme dokumentiert. Am Ende der Betreuung hat sich bei beiden Geschlechtern der Anteil ohne psychische Belastungen verdoppelt und der Anteil mit starker psychischer Belastung annähernd halbiert. Beides weist auf erfolgreiche Betreuungen hin.

Nur solche Betreuungen sind hier einbezogen, für die sowohl für den Beginn als auch das Ende ein Eintrag zur psychischen Belastung vorliegt.

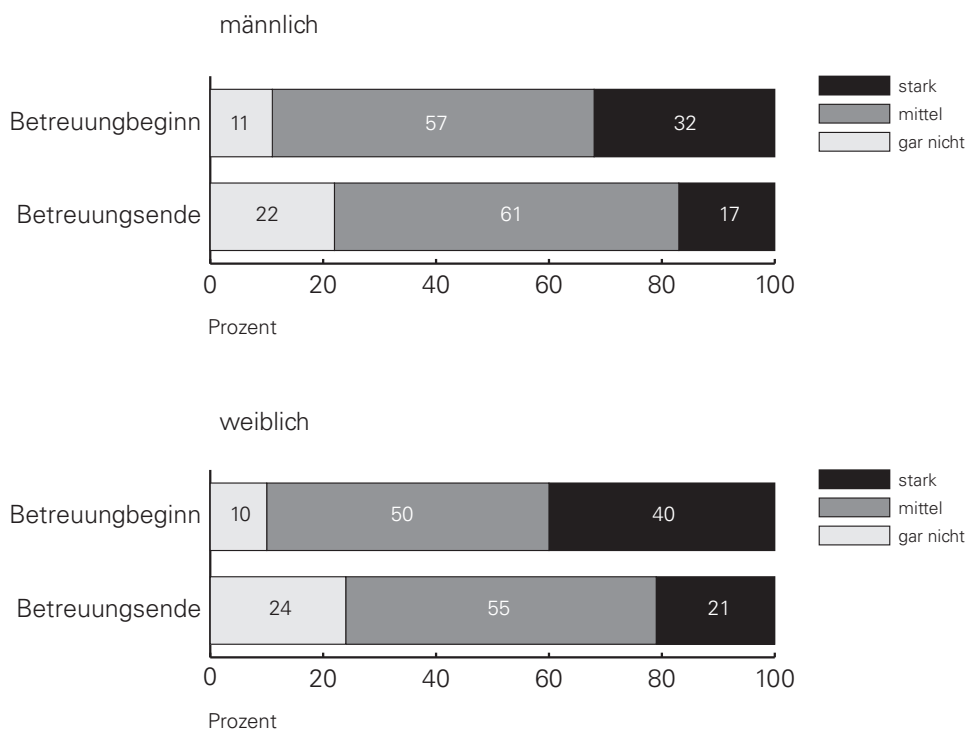


Abbildung 3.20: Psychische Belastung der namentlich erfassten Klienten/innen zu Betreuungsbeginn und -ende nach Geschlecht, 2008



## 3.5. Leistungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems

### 3.5.1. Alle Personen

Im System der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins sind im Jahr 2008 insgesamt 118.400 einzelne Leistungen mit Hilfe des elektronischen Dokumentationssystems für Klienten/innen und Angehörige festgehalten worden.

Jede zweite erbrachte Leistung ist eine Beratungsleistung gewesen (51 %, siehe Abbildung 3.21). Etwas mehr als jede dritte Leistung (36 %) war eine Betreuung.<sup>13</sup> Deutlich geringere Anteile besitzen die Kategorien Vermittlung (3 %) und andere Hilfen (5 %).

Gleichwohl spiegelt diese Verteilung nur bedingt den Alltag in den Einrichtungen wieder, denn unter zeitlichen Gesichtspunkten nimmt die Betreuung die erste Position ein: 45 Prozent der aufgewendeten Zeit wird für diese Leistungskategorie in Anspruch genommen. Vier von zehn Stunden der für Klienten/innen und Angehörige aufgewendeten Zeit werden für die Beratung verwendet.

82 Prozent der Zeit wird für Leistungen in der Einrichtung aufgewendet; aufsuchende Arbeit, Streetwork und Leistungen im Gefängnis beanspruchen 15 Prozent der Zeit, drei Prozent verteilen sich auf schriftliche und telefonische Leistungen.

Die in Anspruch genommenen Leistungen sind im Durchschnitt unterschiedlich lang: Nimmt eine Frau eine Beratungsleistung in Anspruch, dauert diese durchschnittlich 51 Minuten (siehe Abbildung 3.22), erhält ein Mann eine solche, nimmt diese durchschnittlich 46 Minuten in Anspruch. Mit Ausnahme der Vermittlungstätigkeiten sind die Leistungen für Frauen durchschnittlich immer länger als die für Männer.

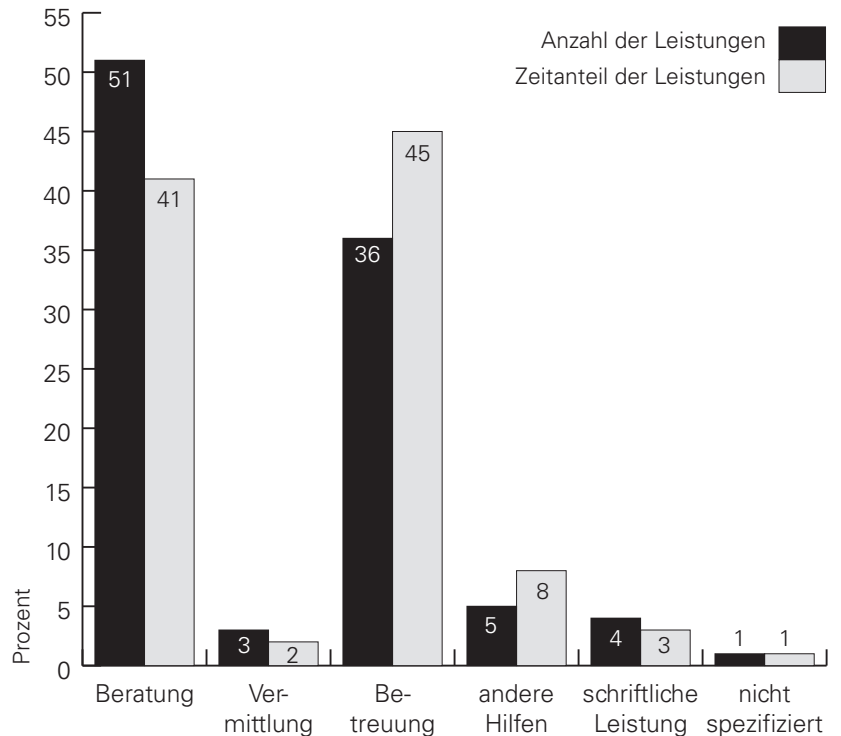


Abbildung 3.21: In Anspruch genommene Leistungen, anzahlbezogen und nach Zeitanteilen, Klienten/innen und Angehörige, namentlich erfasst und anonym, N=118.400 Leistungen, 2008

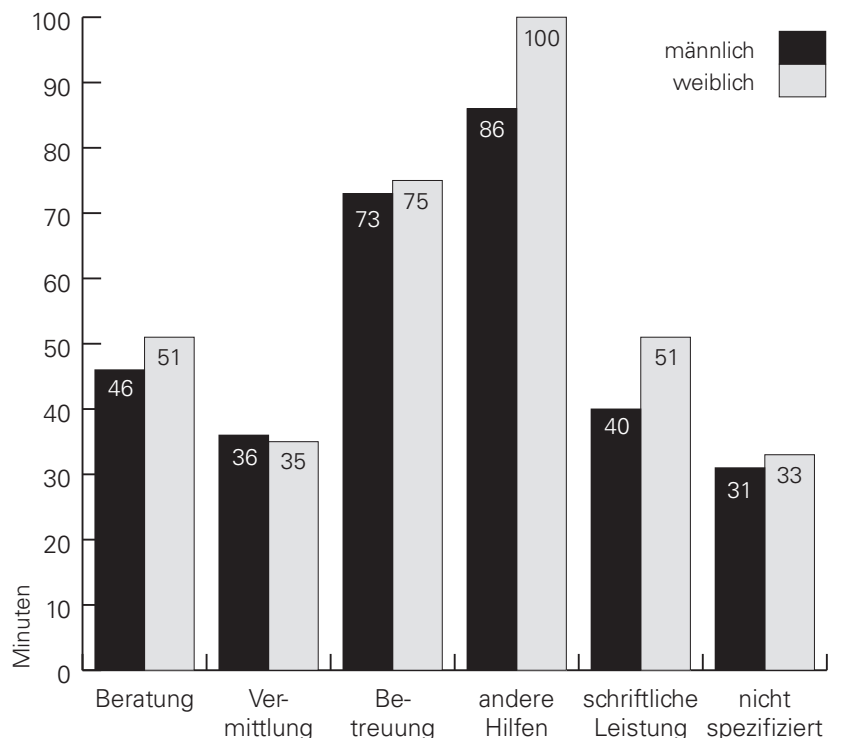


Abbildung 3.22: Durchschnittliche Dauer der in Anspruch genommenen Leistungen in Minuten, Klienten/innen und Angehörige, namentlich erfasst und anonym, N=118.400 Leistungen, 2008

<sup>13</sup> Der Begriff „Betreuung“ beschreibt ein spezifisches, geschlossenes Setting, in dem eine bestimmte Problemlage klientenzentriert über eine längere Zeit hinweg bearbeitet wird. Damit einher gehen professionelle Methoden und Zielsetzungen der Behandlung (- deshalb wird auch die psychosoziale Betreuung im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Betreuung zugeordnet).

## Erläuterung

aus dem Manual ‚Elektronische Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig Holstein‘, 2005:

### Beratung:

Professionelle Beratung in Abgrenzung zur alltäglichen Beratung ist eine wissenschaftlich fundierte konkrete Entwicklungs- und Lebenshilfe. Beratung wird als eine soziale Interaktion verstanden, in der ein/e kompetente/r Berater/in die Klienten/innen dabei unterstützt, ein aktuelles oder zukünftiges Problem zu lösen. Freiwilligkeit und Eigenverantwortlichkeit der Klientinnen sowie die Formulierung von Beratungszielen werden als charakteristische Merkmale der Beratung herausgestellt. Beratung in dieser Definition bezieht sowohl die kurzfristige informationsorientierte Beratung als auch die mittel- bis längerfristig angelegte problemorientierte Beratung mit ein. Die Aufgabe der Beraterin/des Beraters beschränkt sich dabei nicht nur auf die Vermittlung von Sachinformationen, sondern sie/er versucht auch, den Problemlöseprozess durch Reflexion der Lösungsalternativen zu strukturieren und zu steuern.

### Betreuung:

Die Leistung Betreuung schließt die verschiedenen individuell klientenbezogenen Tätigkeiten der Suchtkrankenhilfe ein, die über die reine Beratung oder Vermittlung hinausgehen und einen therapeutischen Charakter oder zumindest therapeutische Anteile besitzen.

### Vermittlung:

Die Vermittlung ist eine zentrale Tätigkeit der Suchthilfe, da diese viele Leistungen nicht selbst erbringen kann. Um auf die vielfältig differenzierten Problemlagen der Klienten/innen angemessen zu reagieren, müssen dann Dritte einbezogen werden, deren Leistungen also vermittelt werden.

### Andere Hilfen:

Leistungen, die direkt klientenbezogen sind und durch keine der übrigen Kategorien erfasst werden.

### 3.5.2. Namentlich erfasste Angehörige und Klienten/innen

Neben einem solchen Blick auf die verschiedenen Leistungsarten lässt sich auch die Dauer der durchschnittlich pro einzelner Person (Klienten/innen und Angehörige) erbrachten Leistungen beschreiben: Es bestätigt sich, dass Frauen durchschnittlich länger andauernde Leistungen erhalten (siehe Tabelle 3.16). Sie nehmen mit 8,4 Stunden pro Person etwa eineinhalb Stunden mehr Leistungen in Anspruch als die Männer (7,0 Stunden pro Person).

Insbesondere die durchschnittlich längere Betreuung führt zu der insgesamt für Frauen länger erbrachten Leistungszeit (siehe Abbildung 3.23): Wenn Frauen Leistungen aus dem Bereich Betreuung in Anspruch

nehmen, tun sie dies durchschnittlich in einer Länge von insgesamt 14,4 Stunden, während für Männer (Klient oder Angehöriger) während der gesamten Betreuungssequenz 11,9 Stunden aufgewendet werden. Beratungsleistungen – der zweite wichtige Bereich erbrachter Leistungen – werden von den Klientinnen ebenfalls intensiver nachgefragt.

### 3.5.3. Namentlich erfasste Klienten/innen

Von besonderer Bedeutung ist die Perspektive der Personen, die wegen einer eigenen Problematik Hilfe bei den ambulanten Einrichtungen suchen. Daher bieten die folgenden Tabellen und Abbildungen Informationen ausschließlich zu den namentlich erfassten Klienten/innen.

	Durchschnittliche Dauer der Leistungen in Stunden (h)	Anzahl Personen (N)
männlich	7,0	10.314
weiblich	8,4	4.550
Gesamt	7,4	14.864

Tabelle 3.16: Durchschnittliche Gesamtdauer der klientenbezogenen Leistungen pro Klient/in oder Angehöriger nach Geschlecht, 2008

	durchschnittliche Dauer der Leistungen in Stunden (h)	Anzahl Personen (N)
männlich	7,2	9.869
weiblich	10,2	3.266
Gesamt	7,9	13.135

Tabelle 3.17: Durchschnittliche Gesamtdauer der klientenbezogenen Leistungen pro Klient/in nach Geschlecht, 2008



Insgesamt nehmen Klienten/innen, wenn sie Leistungen im Rahmen einer Betreuung durch eine Einrichtung der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Anspruch nehmen, Leistungen in einer Länge von durchschnittlich 7,9 Stunden in Anspruch. Unter den namentlich erfassten Klienten/innen wird die intensivere Inanspruchnahme der Leistungen durch die Frauen bzw. das stärkere Angebot der Suchthilfe für diese besonders deutlich. Durchschnittlich nehmen Klientinnen insgesamt 10,2 Stunden Leistungen im Laufe ihrer Betreuungen in Anspruch, bei den Männern sind es drei Stunden weniger (siehe Tabelle 3.17). Für insgesamt 13.135 Klientinnen und Klienten sind Leistungen elektronisch dokumentiert.

Der genauere Blick auf die verschiedenen Leistungsarten offenbart, dass ausschließlich im Bereich der Vermittlungsleistungen mehr Zeit für Männer aufgewendet wird (siehe Tabelle 3.18). In allen anderen Leistungsbereichen wird Frauen durchschnittlich mehr Zeit eingeräumt. Insbesondere die durchschnittlich um mehr als drei Stunden längeren Betreuungsleistungen führen zu der insgesamt höheren Leistungsdauer.

An dieser Stelle zeigt sich des Weiteren, dass die Tätigkeiten, die auch therapeutische Anteile besitzen – also die Betreuungsleistungen, die Hälfte der Leistungszeit für die Klienten/innen ausmachen (49 %). Die Beratungstätigkeit beanspruchte im Jahr 2008 in den ambulanten Einrichtungen des Schleswig-Holsteinischen Suchtkrankenhilfesystems 38 Prozent der für Klienten/innen aufgewendeten Zeit.

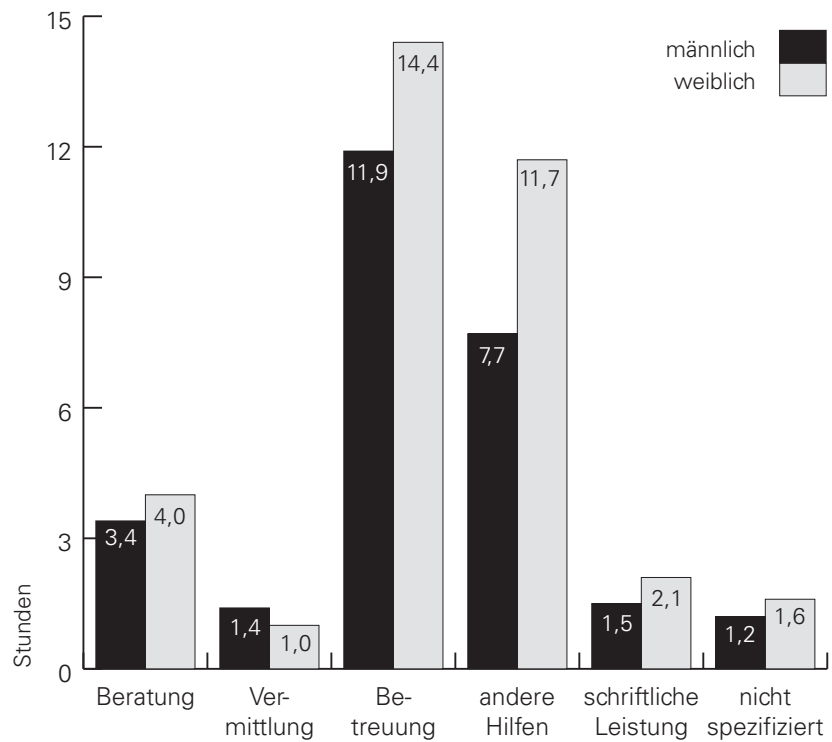


Abbildung 3.23: Durchschnittliche Gesamtleistungsdauer der verschiedenen Leistungen pro Klient/in oder Angehöriger nach Geschlecht, namentlich erfasste Klienten/innen und Angehörige, 2008

Unterschiede im Nachfrageverhalten bzw. bei den erbrachten Leistungen zeigen sich nicht nur zwischen Geschlechtern sondern auch zwischen unterschiedlichen Altersgruppen (siehe Abbildung 3.24). Bei den zeitintensiven Leistungsarten (Beratung, Betreuung, andere Hilfen) ist zu erkennen, dass grundsätzlich mit steigendem Alter des Klienten bzw. der Klientin die in Anspruch genommenen bzw. erbrachten Leistungen eine größere Dauer besitzen: Ältere Klienten/innen werden ausführlicher beraten und intensiver betreut als jüngere.

	durchschnittliche Dauer pro Klient -männlich- in Stunden (h)	durchschnittliche Dauer pro Klientin -weiblich- in Stunden (h)	durchschnittliche Dauer pro Klient/in -gesamt- in Stunden (h)	Anteil an der Gesamtleistungsdauer -gesamt- %
Beratung	3,4 h	4,3 h	3,7 h	38%
Vermittlung	1,4 h	1,1 h	1,3 h	2%
Betreuung	12,0 h	15,3 h	12,9 h	49%
Andere Hilfen	7,8 h	12,1 h	9,0 h	8%
Leistung schriftlich	1,5 h	2,1 h	1,6 h	3%
Leistungsart nicht spezifiziert	1,2 h	1,7 h	1,4 h	0,7%

Tabelle 3.18: Durchschnittliche Gesamtdauer der klientenbezogenen Leistungen pro Klient/in nach Leistungsart und Anteil am zeitlichen Gesamtaufwand, 2008

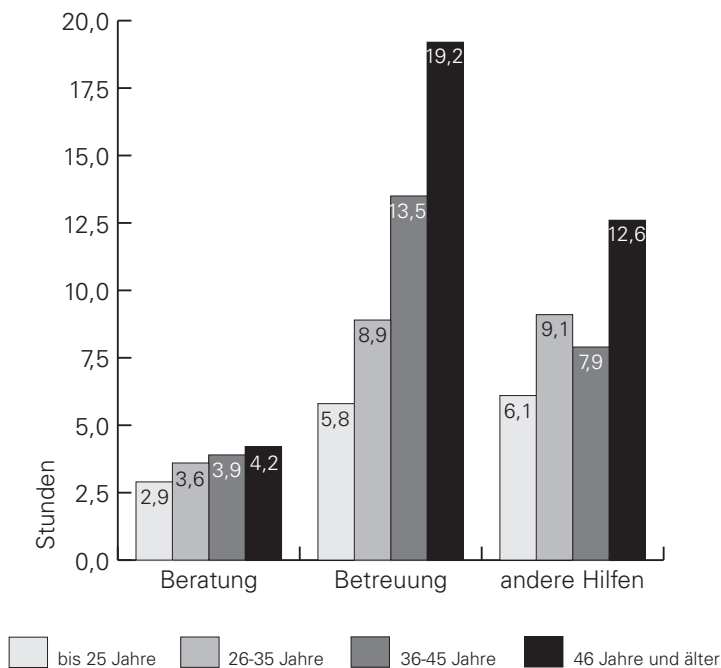


Abbildung 3.24: Durchschnittliche Dauer der pro Klient/in in Anspruch genommenen Leistungen nach Altersgruppen (nur Klienten/innen), 2008

Die Differenz zwischen der jüngsten (bis 25 Jahre) und ältesten Gruppe (älter als 45 Jahre) beträgt 1,3 Stunden (Beratung), 13,4 Stunden (Betreuung) bzw. 6,5 Stunden (andere Hilfen).

Die Inanspruchnahme von Leistungen ist sehr unterschiedlich auf die einzelnen Hauptsubstanzgruppen verteilt (siehe Abbildung 3.25): So beanspruchen die Leistungen für die Alkoholiker/innen 61 Prozent der insgesamt für namentlich erfasste Klienten/innen aufge-

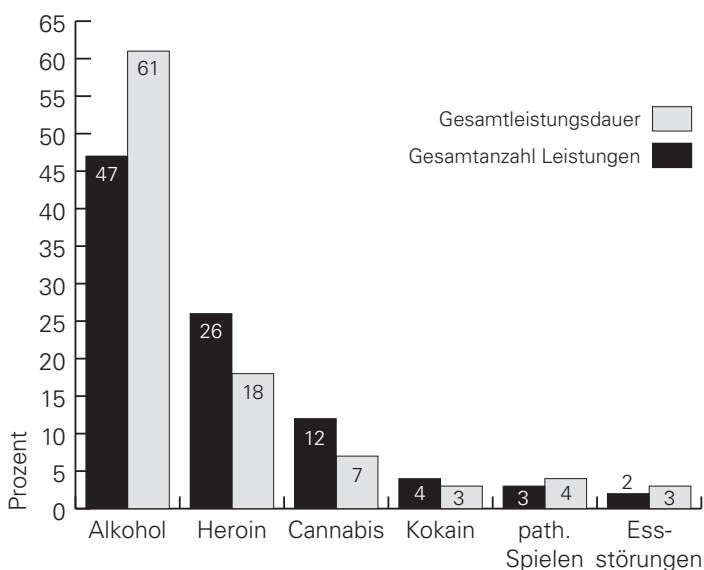


Abbildung 3.25: Gesamtleistungsdauer und Gesamtanzahl der erbrachten Leistungen namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz (nur Klienten/innen), 2008

wendeten Zeit, obwohl ihr Anteil an allen Klienten/innen bei nur 47 Prozent liegt (vgl. Abbildung 3.2), genau wie ihr Anteil an allen Leistungen; dagegen beträgt der Anteil aller Heroin-Klienten/innen 26 Prozent, dem entspricht ihr Anteil an allen Leistungen: Sie nehmen aber nur 18 Prozent der insgesamt aufgewendeten Zeit in Anspruch. Eine ähnliche Diskrepanz zeigt sich bei den Cannabis-Klienten/innen: 13 Prozent der Klienten/innen stehen zwar 12 Prozent der Leistungen aber nur sieben Prozent der aufgewendeten Zeit gegenüber.

Ob die Struktur oder die Art der Angebote, die spezifische Nachfrage dieser Klientengruppen oder Besonderheiten der jeweiligen Suchterkrankungen für diese Unterschiede verantwortlich sind, muss hier dahin gestellt bleiben. Das Ergebnis der Betrachtung jedoch gilt: Für Alkoholiker/innen wird im ambulanten Suchtkrankenhilfesystem – absolut und auch relativ betrachtet – wesentlich mehr Zeit aufgewendet als für Heroinabhängige und Klienten/innen mit problematischem Cannabiskonsum.

Pro Klient/in summieren sich alle in Anspruch genommenen Leistungen bei den Alkoholiker/innen auf eine Gesamtzeit von durchschnittlich 10,3 Stunden (siehe Abbildung 3.26). Vergleichbar viel Zeit wird aufgewendet für pathologische Spieler/innen (9,9 Stunden). Personen mit Essstörungen werden intensiver betreut: Ihre Gesamtleistungszeit beträgt fast 12 Stunden (11,7 Stunden). Dagegen dauern alle Leistungen für Cannabis-Klienten/innen zusammen durchschnittlich nur 4,8 Stunden pro Kopf, die der Heroin-Klienten/innen nur etwa ½ Stunde länger: 5,3 Stunden insgesamt. Grundsätzlich wird für Klienten/innen mit Problemen durch legale Suchtmittel oder andere suchtmittelungebundene Störungen also etwa doppelt so viel Zeit aufgewendet wie für diejenigen, die im Umgang mit verbotenen Suchtmitteln Schwierigkeiten haben.

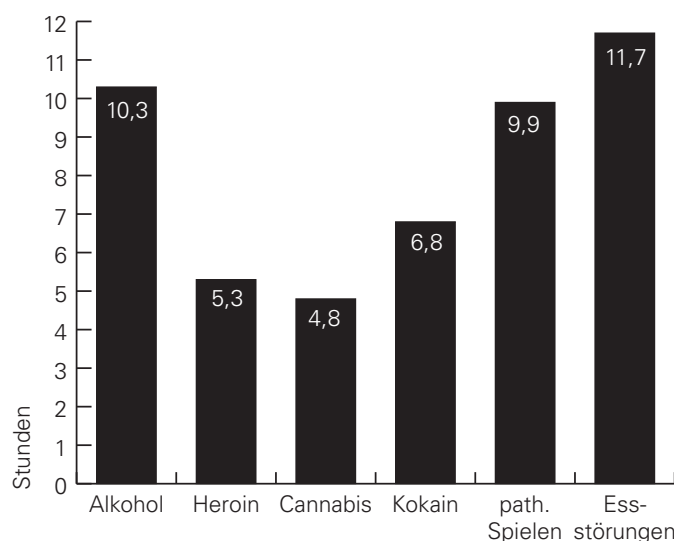


Abbildung 3.26: Gesamtleistungsdauer (in Stunden) der erbrachten Leistungen namentlich erfasster Klienten/innen pro Kopf nach Hauptsubstanz (nur Klienten/innen), 2008

Die Übersicht in Tabelle 3.19 differenziert dieses Bild: Werden Alkoholiker/innen beraten, geschieht dies ausführlicher als bei Heroinabhängigen (4,1 bzw. 3,0 Stunden). Werden sie hingegen betreut, nimmt dies individuell mehr als viermal so viel Zeit in Anspruch wie die Betreuung der Heroinabhängigen (durchschnittlich 21,9 Stunden für 1.624 Personen bzw. durchschnittlich 4,7 Stunden für 1.656 Personen). Hervorzuheben ist die – im Vergleich zu den anderen Klientengruppen – ausgesprochen lange Leistungsdauer „Betreuung“ der 97 pathologischen Spieler in Schleswig-Holstein, die solche Leistungen erhielten: Diese betrug durchschnittlich 28,2 Stunden pro Person.

Bemerkenswert sind außerdem die Personen mit Essstörungen: Für die dokumentierten 54 Klienten/innen mit „Andere Hilfen“ wurden pro Kopf 28,6 Stunden Leistungen dieses Typs festgehalten, aber nur durchschnittlich 3,5 Stunden für Betreuungsleistungen gegenüber Klienten/innen dieser Gruppe.

Aus der Tabelle 3.19 ist des Weiteren zu erkennen, dass der weit überwiegende Teil aller Klienten/innen Beratungsleistungen nachgefragt hat (10.946 verschiedene Klienten/innen) und etwa jede/r Vierte Betreuungsleistungen erhielt. Für etwa jede/n Zehnten wurden Vermittlungsleistungen festgehalten.

## 3.6. Die Struktur der ambulanten Suchtkrankenhilfe

### 3.6.1. Einleitende Bemerkungen

Wurden in den vorangegangenen Abschnitten die demografische und biografische Situation Klienten/innen, sowie deren Inanspruchnahmeverhalten in Bezug auf Betreuungen und Leistungen detailliert dargelegt, so richtet sich in den nachfolgenden Ausführungen der Fokus auf die Einrichtungen, in welchen die von Suchtproblemen betroffenen Personen um Hilfe nachsuchen. Vorrangiges Ziel dieser besonderen Form der Auswertung ist die Analyse der aktuellen Angebotsstruktur des nördlichsten Bundeslandes, um daraus einige empirisch gestützte Grundaussagen zur Strukturqualität der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein ableiten zu können. Damit soll, wie in den Jahren zuvor, die Grundlage für fachliche Diskussionen über die Weiterentwicklung des ambulanten Suchthilfesystems geschaffen werden. Denn trotz des vorwiegenden deskriptiven Charakters der folgenden Auswertungen, die ferner auf einer begrenzten Anzahl von strukturellen Informationen aus den Einrichtungen beruhen, lassen sich an einigen Stellen erste Hinweise auf mögliche Handlungsoptionen für das ambulante Suchtkrankenhilfesystem ableiten. Mit diesen soll gezielt der Einstieg in eine fachliche Diskussion angeregt werden.

		Beratung (h)	Vermittlung (h)	Betreuung (h)	Andere Hilfen (h)	Schriftliche Leistungen (h)	nicht spezifizierte Leistungen (h)	Dauer aller Leistungstypen (h)
Alkohol	Ø	4,1 h	1,3 h	21,9 h	9,0 h	2,7 h	0,8 h	10,3 h
	N	5.365	515	1.624	379	609	230	6.122
Heroin	Ø	3,0 h	1,2 h	4,7 h	6,9 h	1,1 h	2,0 h	5,3 h
	N	2.437	473	1.656	227	581	223	3.444
Cannabis	Ø	3,1 h	1,5 h	9,7 h	4,2 h	1,1 h	0,9 h	4,8 h
	N	1.438	190	246	77	286	40	1.607
Kokain	Ø	3,0 h	2,4 h	12,1 h	6,8 h	1,1 h	1,1 h	6,8 h
	N	418	94	107	39	119	28	476
path. Spielen	Ø	3,4 h	0,9 h	28,2 h	8,2 h	1,1 h	0,6 h	9,9 h
	N	399	68	97	25	29	15	443
Essstörung	Ø	6,4 h	0,8 h	3,5 h	28,6 h	1,1 h	0,3 h	11,7 h
	N	258	8	77	54	16	1	299
Gesamt (alle Hauptsubstanzen)	Ø	3,7 h	1,3 h	12,9 h	9,0 h	1,6 h	1,4 h	7,9 h
	N	10.946	1.420	3.963	876	1.748	571	13.135

\*: alle Hauptsubstanzen

\*\* : mit dieser Leistungsart

Tabelle 3.19: Durchschnittliche Dauer der pro Klient/in in Anspruch genommenen Leistungen nach Hauptsubstanz (nur Klienten/innen), 2008

Inhaltlich ist das folgende Kapitel in zwei Abschnitte unterteilt. Der erste Abschnitt beinhaltet ausschließlich einrichtungsbezogene Auswertungen wie z.B. den Einrichtungstyp, die zentralen Tätigkeiten, die Zielgruppen und die Mitarbeiterstruktur. In der zweiten Analyse werden diese Strukturdaten der Einrichtungen mit den Informationen über Klienten/innen und für sie erbrachte Leistungen verknüpft.

### 3.6.2. Datengrundlage

Es wurden, wie schon im letzten Jahr, alle Einrichtungen der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe angeschrieben.<sup>14</sup> Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. 47 ausgefüllte Fragebögen sind an das auswertende Institut zurückgesandt worden. Die darin enthaltenen Informationen beziehen sich auf insgesamt 62 Einrichtungen (inkl. Neben- und Außenstellen).<sup>15</sup> Bei insgesamt 65 Beratungsstellen in Schleswig-Holsteins, die an der Basisdatendokumentation teilnehmen, entspricht dies einer Rücklaufquote von 95 %.

Die Darstellung der Ergebnisse ist in zwei Abschnitte untergliedert. Im ersten Abschnitt wird die Struktur der Einrichtungen untersucht. Grundlage dieser Auswertungen sind die oben erwähnten 47 Erhebungsbögen, welche von den Einrichtungen ausgefüllt wurden. Im zweiten Abschnitt werden die Strukturdaten mit den Klientendaten verknüpft. Im Jahre 2008 betreuten sie 12.781 Klienten/innen und Angehörige und erbrachten 96.982 klientenbezogene Leistungen.

### 3.6.3. Analyse der Strukturdaten

Von den 47 Einrichtungen,<sup>16</sup> die im Jahre 2008 den Strukturfragebogen ausgefüllt haben, ist die überwiegende Mehrheit (32 Einrichtungen) dem Einrichtungstyp „legale und illegale Substanzen“ zuzuordnen (siehe Tabelle 3.20). 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. Des Weiteren bestehen fünf Einrichtungen, die sich auf Klienten/innen legaler Drogen spezialisiert haben und weitere 10 Einrichtungen, die vornehmlich Angebote für illegale Drogenkonsumenten/innen bereithalten.

14 Der Erhebungsbogen ist durch das zuständige Ministerium in Kiel verschickt worden. Die Gesundheitsämter (bzw. Sozialpsychiatrischen Dienste) haben an der Erhebung nicht teilgenommen. Sie spielen aber 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 bleiben, ohne die Aussagekraft der folgenden Ausführungen zu beeinträchtigen.

15 Der Unterschied in der Anzahl der Fragebögen und dahinter stehenden Einrichtungen liegt zum einen darin begründet, dass einige Einrichtungen personell mit weniger als einer Vollzeitstelle besetzt sind und somit keinen eigenen Erhebungsbogen abgeben. Deren Daten fließen dann in den Erhebungsbogen der jeweiligen Gesamteinrichtung ein. Zum anderen sahen sich einige wenige „Einrichtungsverbände“ nicht in der Lage, die notwendigen Angaben des Fragebogens auf die einzelnen Einrichtungen zu beziehen.

16 Der Begriff „Einrichtung“ bezieht sich im Folgenden immer auf die Beratungsstellen bzw. Teilstellen, deren Strukturdaten innerhalb eines Fragebogens abgebildet worden sind.

	Anzahl	davon niedrigschwellige Einrichtungen
Legale und Illegale Drogen	32	1
Legale Drogen	5	0
Illegale Drogen	10	3

Tabelle 3.20: Einrichtungstyp der an der Strukturanalyse beteiligten Suchtberatungsstellen (N=47), 2008

Drei der acht Einrichtungen des Typs „illegale Drogen“ halten niedrigschwellige Angebote mit Notschlafstellen, Konsumräumen, Straßensozialarbeit und ähnlichem vor. Eine Einrichtung des gemischten Typs „legale und illegale Substanzen“ bietet dies ebenfalls an. 61 Prozent der Einrichtungen geben an, Hilfemaßnahme speziell für Frauen/Mädchen bzw. Männer/Jungen anzubieten. Der Anteil dieser Beratungsstellen ist somit gegenüber den Vorjahren weiter gestiegen (2007: 51 %; 2006: 39 %). Als konkrete Inhalte wurde ein Spektrum von geschlechtsspezifischen Einzelgesprächen über Mutter-Kind-Gruppen bis hin zu speziellen Präventionsprojekten genannt.

Die Tabelle 3.21 gibt die Verteilung der Einrichtungstypen nach ihrer regionalen Zugehörigkeit wieder. Wie schon in den zurückliegenden Jahren wird auch in diesem Berichtsjahr auf die bewährte Einteilung Schleswig-Holsteins in die Regionen „kreisfreie Städte“, „Landkreise“ und „Hamburger Randgebiet“ zurückgegriffen.<sup>17</sup> In den kreisfreien Städten überwiegen, wie schon in den Jahren

	Kreisfreie Städte	Hamburger Randgebiet	Landkreise
Legale und Illegale Drogen	4	9	19
Legale Drogen	3	2	0
Illegale Drogen	6	1	3
Anzahl Einrichtungen	13	12	22

Tabelle 3.21: Einrichtungstyp getrennt nach kreisfreien Städten, Hamburger Rand und Landkreise (N=47), 2008

17 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“ (siehe hierzu Kalke et al. 2002).

zuvor, die Einrichtungen, welche sich auf die Betreuung von speziellen Substanzproblemen spezialisiert haben. Mit abnehmendem Urbanisierungsgrad fällt dieser Anteil deutlich. So richtet sich im Hamburger Umland noch ein Viertel der Einrichtungen an eine spezielle Klientel und in den Landkreisen sind es nur noch drei von 22 Einrichtungen. In der letztgenannten Region ist dementsprechend die weit überwiegende Zahl aller Suchtberatungsstellen dem integrativen Einrichtungstyp zuzuordnen.

Geschlechtsspezifische Angebote finden sich im Jahre 2008 überdurchschnittlich häufig in den Einrichtungen des Hamburger Randgebietes (82 %). In den Landkreisen und den kreisfreien Städten kann ca. jede zweite Einrichtung auf ein solches Hilfeangebot verweisen. In der Tabelle 3.22 sind die zentralen Hilfen bzw. Tätigkeiten der Einrichtungen wiedergegeben. Die Beratung von Klienten/innen und Angehörigen wird erwartungsgemäß in nahezu allen Suchtberatungsstellen angeboten. Auch die anonyme Beratung ist in mehr als vier von fünf Einrichtungen ein zentrales Hilfeangebot. Etwa jede siebte Einrichtung hält Beratungsangebote für Personen mit Suchtproblemen vor, die sich in einem Gefängnis aufhalten. In der Beratung liegt somit ein klarer Schwerpunkt der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Das ist suchtpolitisch so gewollt und schlägt sich in den Angaben der Einrichtungen nieder. Die psychosoziale Begleitung von Substituierten wird in mehr als jeder zweiten Suchtberatungsstelle angeboten und 36 Prozent der Einrichtungen ermöglichen eine Inanspruchnahme ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen. Niedrigschwellige Hilfe zählt bei der Hälfte aller Einrichtungen zu den zentralen Tätigkeiten; aufsuchende Arbeit bei etwa jeder Dritten. Straßensozial-

arbeit wird in etwa jeder achten Einrichtung durchgeführt und betreutes Wohnen ist in etwa jeder sechsten Einrichtung möglich. Der hohe Anteil von Einrichtungen, die als eine zentrale Tätigkeit die Durchführung von Suchtpräventionsmaßnahmen angeben (79 %) macht deutlich, dass in Schleswig-Holstein die beiden Säulen „Prävention“ und „Hilfe“ auf der Einrichtungsebene schon häufig strukturell miteinander verzahnt sind. Durch die Bündelung dieser beiden Aufgabenbereiche kann die Suchtkrankenhilfe auf Trends im Drogengebrauch, die sich aus der beratenden Tätigkeit abzeichnen, sehr zeitnah und flexibel (präventiv) reagieren.

Die Hilfsangebote, die in den jeweiligen Einrichtungstypen zur Verfügung stehen, korrespondieren wie erwartet mit den Anforderungen der jeweiligen Klientele. So wird in 70 Prozent der Einrichtungen des Typs „illegale Drogen“ psychosoziale Betreuung für Substituierte durchgeführt; die Hälfte bietet niedrigschwellige Hilfen an. Straßensozialarbeit und Prävention werden jeweils in vier von zehn Einrichtungen geleistet.

In Einrichtungen, die sich an Konsumenten/innen legaler Substanzen richten, sind Beratungsangebote am häufigsten vertreten. In allen Einrichtungen dieses Typs kann eine allgemeine Beratung, eine anonyme Beratung und die Beratung Angehöriger in Anspruch genommen werden. Auch Präventionsmaßnahmen werden in allen Einrichtungen für legale Substanzen angeboten, ambulante Rehabilitation zu 80 Prozent. Von niedrigschwelligen Hilfen berichten drei der fünf Einrichtungen dieses Typs. Allgemeine Beratung, Beratung von Angehörigen und anonyme Beratung werden in Einrichtungen des Typs „legale und illegale Drogen“ ebenfalls nahezu durchgängig angeboten. Einen ähnlich hohen Stellenwert hat die Präventionsarbeit, die in gut 90 Prozent der suchtmittelübergreifenden Einrichtungen geleistet wird. Fast zwei Drittel der Einrichtungen dieses Typs bieten psychosoziale Betreuung für Substituierte (63 %) an, 38 Prozent ermöglichen eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme.

Die regionale Verteilung der zentralen Hilfsangebote weist wenige Besonderheiten auf. Die Beratungsangebote (allgemein, anonym, Angehörige) sind in allen Regionen stark vertreten. Eine Ausnahme bildet die externe Beratung im Gefängnis. Diese wird von etwa der Hälfte der Einrichtungen kreisfreier Städte geleistet, in den Landkreisen bietet diese Hilfe nur eine von 22 Einrichtungen an, im Hamburger Umland gar keine. Allerdings ist diese Art der Hilfe auch nur dort sinnvoll, wo Strafvollzugsanstalten angesiedelt sind. Hinsichtlich der Bereitstellung und Durchführung von Präventionsmaßnahmen ist in den kreisfreien Städten ein weiterer Zuwachs zu verzeichnen. Im Jahr 2005 wurden in 28 Prozent der Einrichtungen in den Städten Präventionsangebote gemacht, im Jahr 2006 lag der Anteil bei 44 Prozent und im Jahr 2007 bei 64 Prozent. Im laufenden Berichtsjahr ist dieser Anteil nochmals auf 73 Prozent gestiegen. Damit nähert sich die Versorgung dem Niveau der beiden anderen Regionen an (Hamburger Umland 2008: 92 %; Landkreise 2008: 77 %).

	prozentualer Anteil
Beratung	94 %
Beratung Angehörige	81 %
Anonyme Beratung	85 %
Externe Beratung JVA	15 %
PSB für Substituierte	57 %
Ambulante Rehabilitation	36 %
Niedrigschwellige Hilfen	49 %
Aufsuchende Arbeit	36 %
Streetwork	13 %
Betreutes Wohnen	17 %
Prävention	79 %
Anzahl Einrichtungen (N)	47

Tabelle 3.22: Zentrale Hilfen/Tätigkeiten der Einrichtungen (Mehrfachnennungen möglich), 2008

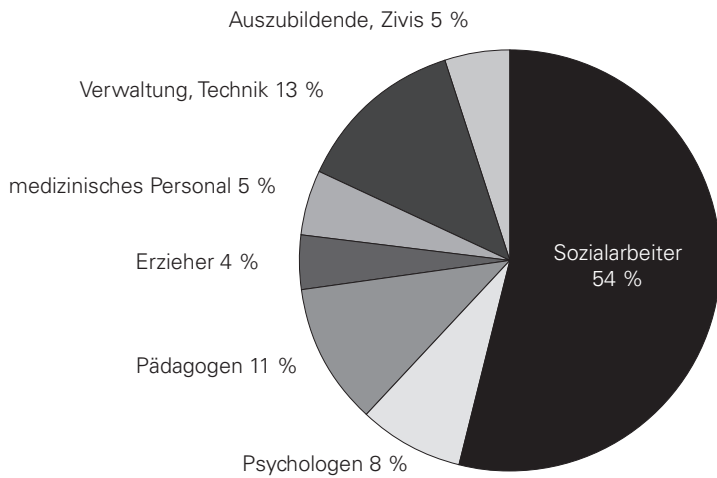


Abbildung 3.27: Anteil der einzelnen Berufsgruppen in den Einrichtungen, gemessen an der gesamten wöchentlichen Arbeitszeit, 2008 (Gesamt = 6.587 Stunden)

Werden die Einrichtungen hinsichtlich der von ihnen genannten Zielgruppen unterschieden, so wird deutlich, dass sich deren Angebote – wie es zu erwarten war – vor allem an alkoholabhängige bzw. -gefährdete Personen und Konsumenten/innen illegaler Drogen sowie Medikamentenabhängige richten. Jeweils zwischen 80 Prozent und 90 Prozent der Einrichtungen bieten Hilfe für Personen mit Alkoholproblemen (79 %) an, nennen die Klienten/innen illegaler Substanzen als Zielgruppe (89 %) bzw. haben spezielle Angebote für Personen, die aufgrund des missbräuchlichen Konsums von Medikamenten um Hilfe nachsuchen (87 %). Auch pathologische Spieler (79%), Nikotinabhängige (70 %) und essgestörte Personen (62 %) finden in der überwiegenden Mehrzahl der Einrichtungen entsprechende Hilfe.

In Abbildung 3.27 sind die Anteile der in den Einrichtungen tätigen Berufsgruppen – gemessen an der gesamten wöchentlichen Arbeitszeit – wiedergegeben. Der weit überwiegende Teil der pro Woche geleisteten Arbeitsstunden wird von Sozialarbeitern/innen erbracht (54 %). Auf Pädagogen/innen und Erzieher/innen entfallen 15 Prozent und auf das für die Technik und Verwaltung zuständige Personal 13 Prozent. Ebenfalls nahezu jede achte Arbeits-

stunde wird von Psychologen/innen (8 %) oder medizinischem Personal (5 %) geleistet. Der Anteil der Auszubildenden und Zivildienstleistenden an der gesamten wöchentlichen Arbeitszeit beträgt 5 Prozent.

### 3.6.4. 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 Klienten/innendaten 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.

Insgesamt wurden die Angaben von 12.781 Klienten/innen in die Strukturdatenanalyse einbezogen, d. h. 89 Prozent aller im Jahre 2008 in Schleswig-Holstein namentlich erfassten Klienten und Klientinnen. 63 Prozent dieses Personenkreises werden in integrativen Suchtberatungsstellen betreut. Etwa jede/r vierte Klient/in (27 %) suchte um Hilfe in einer Einrichtung für illegale Substanzen nach. Die Einrichtungen für legale Substanzen können 10 Prozent der gesamten Klientel auf sich vereinigen. Die Betreuung der insgesamt 1.721 Angehörigen findet vornehmlich in den integrativen Suchtberatungsstellen statt (86 %). Weitere 12 Prozent wurden in Beratungsstellen für legale Substanzen betreut. In den auf illegale Drogen spezialisierten Einrichtungen spielen Angehörige nur eine geringe Rolle (2 %). Von den 4.836 anonymen Kontakten, welche von den hier einbezogenen Einrichtungen dokumentiert worden sind, entfallen 66 Prozent auf integrierte Suchtberatungsstellen. Drei von zehn Kontakten namentlich nicht erfasster Personen sind dem Einrichtungstyp „illegale Substanzen“ zuzu-

ordnen. In den Einrichtungen für legale Substanzen sind lediglich 4 Prozent aller anonymen Kontakte dokumentiert worden.

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit die in den Strukturfragebögen angegebenen Zielgruppen und Einrichtungstypen auch der tatsächlichen Suchtproblematik der Klientel dieser Einrichtungen entsprechen. Hierzu ist in Abbildung 3.28 das Kon-

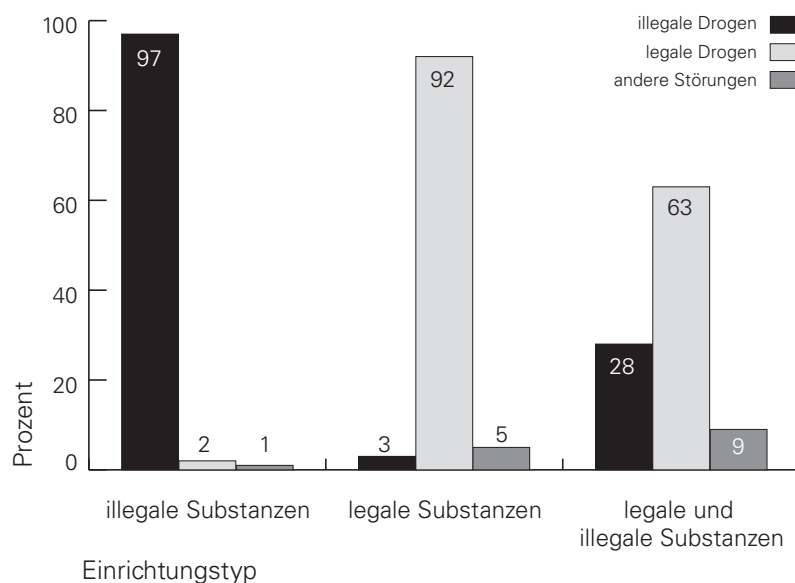


Abbildung 3.28: Konsumproblem („Hauptsubstanz“) der namentlich erfassten Klienten/innen nach Einrichtungstyp (N=12.781)



sumproblem<sup>18</sup> der Klienten/innen in Abhängigkeit vom Einrichtungstyp, in welchem diese betreut wurden, dargestellt. Der Grafik ist zu entnehmen, dass 97 Prozent der Personen, die eine Einrichtung für illegale Substanzen aufsuchen, auch ein Problem mit illegalen Drogen haben. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Suchtberatungsstellen, die sich auf legale Substanzen spezialisiert haben. 92 Prozent ihrer Kli-

entel haben ein Problem mit legalen Drogen, weitere 5 Prozent mit anderen Störungen wie Essproblemen oder pathologischem Spielverhalten. Lediglich 3 Prozent sind Konsumenten/innen illegaler Rauschmittel. Wie zu erwarten, werden in den integrativen Einrichtungen Klienten/innen jeglicher Suchtproblematik betreut. Der Anteil der Konsumenten/innen legaler Substanzen liegt mit 63 Prozent aber deutlich über dem der Personen, die Probleme mit illegalen Drogen aufweisen (28 %). Zusammenfassend 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.

Werden die Konsumprobleme der Klienten/innen nach der Region unterschieden, in welcher die Einrichtungen ansässig sind, so zeigt sich der bekannte Stadt-Land-Gegensatz (siehe Abbildung 3.29). Zwei Drittel der Klienten/innen, welche um Hilfe in Einrichtungen der kreisfreien Städte nachsuchen, haben ein Problem mit illegalen Drogen. Eine besondere Stellung nimmt in diesem Zusammenhang die Hauptsubstanz Heroin ein. Nahezu jede/r zweite in einer städtischen Einrichtung betreute/r Klient/in hat ein solches Suchtproblem (47 %). Der Anteil der Personen mit Problemen aufgrund des Cannabiskonsums liegt bei 13 Prozent, und 5 Prozent der Klientel der Suchtberatungsstellen in den kreisfreien Städten sind

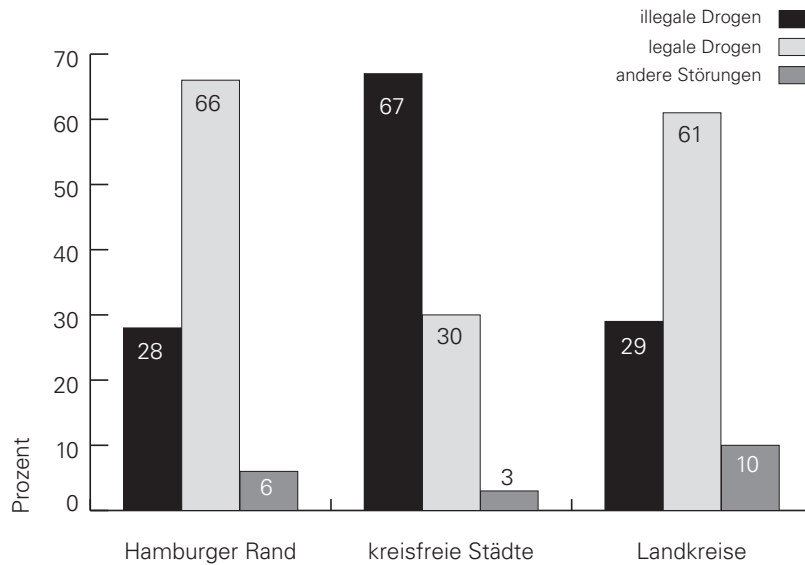


Abbildung 3.29: Anteil der namentlich erfassten Klienten/innen einer Region nach Konsumproblem („Hauptschubstanz“) (N=12.781)

wegen des problematischen Gebrauchs von Kokain in Betreuung. Alkohol spielt im Vergleich zum Heroin in den Einrichtungen der Städte mit einem Anteil von 29 Prozent eine weniger bedeutsame Rolle. In den Beratungsstellen der Landkreise und des Hamburger Randgebietes verhält es sich hingegen genau umgekehrt. Zwei Drittel ihrer Klientel sind Personen, die aufgrund eines problemati-

schens Konsums legaler Substanzen (vornehmlich Alkohol) eine Einrichtung aufsuchen. Nur jeweils etwas mehr als ein Viertel sind Konsumenten/innen illegaler Drogen. So stellen die Opiatabhängigen in den Einrichtungen der Landkreise 15 Prozent und im Hamburger Rand 9 Prozent aller Klienten/innen in diesen Regionen. Der Anteil der Cannabisklienten/innen liegt auf ähnlich hohem Niveau wie in den kreisfreien Städten. Abschließend ist noch anzumerken, dass sich Personen mit Essstörungen (0,2 %) bzw. Tabakproblemen (0,3 %) in den kreisfreien Städten nur in sehr seltenen Fällen in eine Suchtberatungsstelle begeben. Womöglich findet dieser Personenkreis in anderen städtischen Einrichtungen, die nicht Teil der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins sind, problemspezifischere Hilfe.

### 3.6.5. Klientenbezogene Leistungen

Zum Abschluss dieses Kapitels sollen die klientenbezogenen Leistungen einer genaueren Betrachtung unterzogen werden. Abbildung 3.30 zeigt, dass die Bedeutung der einzelnen Leistungstypen je nach Einrichtungstyp erheblich variiert.<sup>19</sup>

In den Einrichtungen für illegale Substanzen haben die Beratungsleistungen eine herausragende Bedeutung. Etwas mehr als jede zweite erbrachte Leistung ist dieser Tätigkeit zuzuordnen. Betreuungsleistungen – hierunter fallen vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter und die ambulante Rehabilitation – spielen mit einem Anteil von 21 Prozent eine deutlich geringere Rolle. 6 Prozent der Leistungen beinhalten entweder Vermittlungstätigkeiten oder andere Hilfen. Sonstige Formen der Leistungserbringung haben einen Anteil von 12 Prozent. Davon entfallen 8 Prozent auf schriftliche Leistungen, bei

18 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/Halluzinogene, Ecstasy, Cannabis, Kokain, Crack, Bio-Drogen und Heroin gehören. Die zweite Gruppe „legale Drogen“ umfasst die Substanzen Alkohol, Medikamente, Schnüffelstoffe und Nikotin. Klienten/innen mit einer Essstörung, pathologischer Spielsucht oder nicht näher bezeichneten Störungen wurden der Gruppe „andere Störungen“ zugeordnet. Klienten/innen, denen kein Hauptdrogentyp zugeordnet werden konnte, sind in die Analysen zum Konsumproblem nicht einbezogen worden.

19 Im Sinne einer anschaulicheren Darstellung sind in der Abbildung 3.30 die Leistungsarten „schriftliche Leistungen“ sowie Leistungen, die nicht spezifiziert wurden, in die Kategorie „sonstige“ zusammengeführt worden.



weiteren 4 Prozent ist die Leistungsart nicht spezifiziert worden.

Während in den Einrichtungen für illegale Substanzen die Beratungsleistungen dominieren, liegt der Tätigkeitsschwerpunkt der Suchtberatungsstellen für legale Substanzen auf der Betreuung. Die Hälfte der Leistungseinträge dieses Einrichtungstyps bezieht sich auf diese Leistungsart. Die Beratung betrifft etwas weniger als vier von zehn aller erbrachten Leistungen. Vermittlungsleistungen sind in den Beratungsstellen für legale Substanzen nur von marginaler Bedeutung. Jede zehnte erbrachte Leistung ist der Leistungsart „andere Hilfen“ zuzuordnen. Schriftliche Leistungen sind hingegen in den Einrichtungen für legale Substanzen kaum dokumentiert worden (0,4 %).

In den integrativen Einrichtungen nehmen die Beratungs- und Betreuungsleistungen jeweils eine herausragende Stellung ein. 92 Prozent aller Tätigkeitseinträge betreffen entweder den erstgenannten Leistungstyp oder beziehen sich auf Maßnahmen zur Betreuung der Klienten/innen. Mit einem Anteil von 1 Prozent an allen geleisteten Tätigkeiten spielen Vermittlungsleistungen nur eine sehr geringe Rolle. Auch die „anderen Hilfen“ und die schriftlichen Leistungen haben in der täglichen Arbeit der integrativen ambulanten Suchtberatungsstellen Schleswig-Holsteins nur eine vergleichsweise geringe Bedeutung (4 % bzw. 2 %).

### 3.7. Trends 2001 - 2008

Bezogen sich alle bisher berichteten Daten und Analysen auf die Klient/innen, welche im Jahre 2008 um Hilfe in Einrichtungen der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe nachfragten, so sollen im folgenden Abschnitt Aussagen zu Entwicklungen (Trends) von ausgesuchten biografischen, demografischen oder behandlungsrelevanten Merkmalen im Zeitraum der Jahre 2001 bis 2008 getroffen werden. Die Auswahl der zu untersuchenden Sachverhalte orientierte sich an den Vorgaben des schleswig-holsteinischen Datensatzes, der unter anderem festlegt, welche Informationen zu den Klienten/innen aufgrund ihrer inhaltlichen Relevanz immer dokumentiert werden müssen. Diese so genannten „Muss-Items“ bilden zum überwiegenden Teil die inhaltliche Grundlage dieses Kapitels.

Aus methodischen Gründen sind in den folgenden Analysen nur diejenigen Einrichtungen einbezogen worden, die über die Jahre 2001 bis 2008 durchgängig an der Ba-

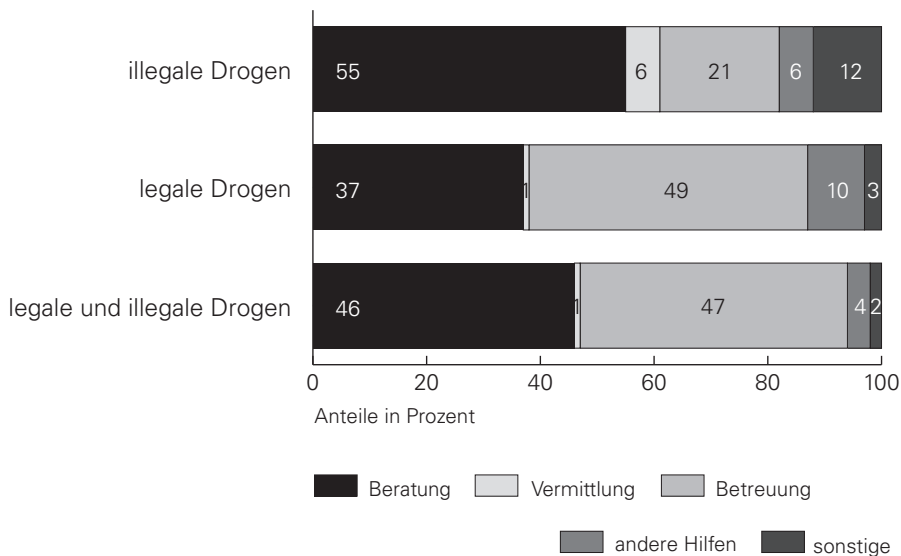


Abbildung 3.30: Anteil der einzelnen Leistungstypen an der Gesamtzahl klientenbezogener Leistungen von namentlich erfassten Klienten/innen nach Einrichtungstyp, 2008 (N, Leistungen= 96.982)

sisdatendokumentation teilgenommen<sup>20</sup> und jeweils ausreichend viele Betreuungen von Klienten/innen dokumentiert haben.<sup>21</sup> Des Weiteren ist der Fokus der zeitlichen Betrachtung verlagert worden: Bildet der Statusbericht die zum Zeitpunkt der Beendigung einer Betreuung bzw. zum Ende des jeweiligen Berichtsjahres gültigen Informationen ab (z. B. die letzte dokumentierte Wohnsituation), so wird im Folgenden auf die Situation zu Beginn der Betreuung Bezug genommen.<sup>22</sup> Auf diese Weise können Veränderungen der Klientelstruktur (demografisch und biografisch), des Konsumverhaltens oder betreuungsbezogener Inhalte auf einer klar definierten Ausgangsbasis analysiert und beurteilt werden. Ferner wird es der ambulanten Suchtkrankenhilfe so ermöglicht, zeitnah auf neue Entwicklungen ihrer Klientel zu reagieren. Insgesamt konnten bei einer derart konzipierten Trendanalyse 47 Einrichtungen einbezogen werden. Gemessen an der Datenlage im Jahr 2008 vereinigen sie 76 Prozent (N=8.065) aller begonnenen Betreuungen auf sich.

20 In der Regel werden bei einem Vergleich über mehrere Jahre jeweils die Ergebnisse der verschiedenen Berichtsjahre entlang einer Zeitachse dargestellt und hinsichtlich möglicher Veränderungen bewertet. Diese Form der Darstellung von Trends ist jedoch nur dann zulässig, wenn die Datenbasis sich über die Jahre nicht im relevanten Maße verändert. In Schleswig-Holstein sind erst seit dem Jahre 2005 nahezu alle Suchtkrankenhilfeeinrichtungen in der Basisdatendokumentation vertreten. Insbesondere die erstmalige Teilnahme dreier vergleichsweise großer Einrichtungen ist hierbei positiv hervorzuheben. Durch die Einbeziehung der Klienten/innen dieser Einrichtungen hat sich jedoch im Vergleich zu den Jahren zuvor die Datenbasis in relevantem Maße verändert. Somit wäre nicht auszuschließen, dass Entwicklungen, die sich aus dem Vergleich der Ergebnisse der Statusberichte der früheren Jahre mit denen aus den Jahren 2005 bis 2008 ergeben, letztendlich ein „Artefakt“ ungleicher Datengrundlagen sind.

21 Die Basis der folgenden Analysen bilden die Einrichtungen, die in den Jahren 2001 bis 2008 pro Jahr mindestens 10 neu begonnene Betreuungen namentlich erfasster Klienten/innen in ihrer Einrichtung dokumentierten.

22 Bei der Beschreibung der Trends zur Art der Beendigung einer Betreuung bzw. zum Konsumstatus zum Zeitpunkt der Beendigung der Betreuung beziehen sich die gemachten Angaben notwendiger Weise auf die Betreuungen, die im jeweiligen Jahr beendet wurden.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Männer	73%	73%	75%	73%	74%	76%	74%	73%
Frauen	27%	27%	25%	27%	26%	24%	26%	27%
Betreuungen (N)	6.151	6.342	6.939	7.211	7.308	7.485	7.780	8.065

Tabelle 3.23: Trends 2001 bis 2008: Neu begonnene Betreuungen namentlich erfasster Klienten/innen nach Geschlecht

### 3.7.1. Demografische Entwicklungen

Die Verteilung der Betreuungen, die jeweils von männlichen bzw. weiblichen Klienten/innen begonnen wurden, ist in Tabelle 3.23 wiedergegeben. Jeweils drei Viertel der in den Jahren 2001 bis 2008 begonnenen Betreuungen sind demnach von Männern in Anspruch genommen worden. Die Anteile variieren zwischen den einzelnen Erhebungsjahren nur geringfügig.

In Abbildung 3.31 ist das Durchschnittsalter der Klientel zu Betreuungsbeginn wiedergegeben. Innerhalb des hier betrachteten Zeitraumes von 2001 bis 2008 ist das mittlere Alter der Klienten/innen, die eine Betreuung begonnen haben, um durchschnittlich 2,2 Jahre gestiegen; bei den Frauen mit 3,5 Jahren deutlich stärker als bei den männlichen Klienten (1,8 Jahre). Die Abbildung 3.28 macht jedoch auch deutlich, dass das Durchschnittsalter über die Jahre nicht stetig zugenommen hat. So zeigen sich zwischen den Jahren 2003 bis 2005 bei den neu begonnenen Betreuungen der weiblichen Klienten keine nennenswerten Veränderungen des Lebensalters, und bei den männlichen Klienten nimmt dieses zwischen den Jahren 2003 und 2004 sogar leicht ab. Vom Jahre 2005 bis zum Jahr 2007 ist jedoch, unabhängig vom Geschlecht, eine stetige Zunahme des Durchschnittsalters der Klienten/innen zu erkennen. Dieser Trend hat sich je-

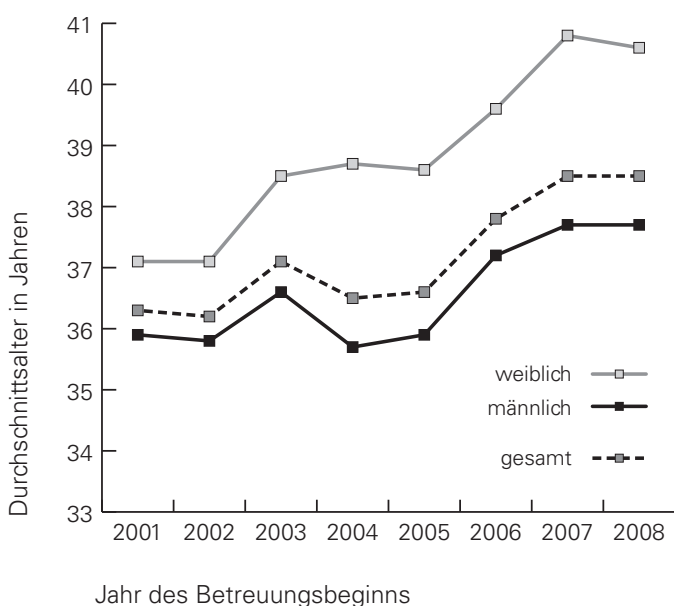


Abbildung 3.31: Trends 2001 bis 2008: Durchschnittsalter namentlich erfasster Klienten/innen nach Geschlecht

doch im Laufe des zurückliegenden Berichtsjahres nicht fortgesetzt. Das Durchschnittsalter der weiblichen wie männlichen Klienten stagniert im Jahre 2008 jeweils auf dem Niveau des Vorjahres.

### 3.7.2. Substanzbezogene Trends

Die Hauptsubstanz eines Klienten wird erst seit der Revision des schleswig-holsteinischen Datensatzes im Jahre 2004 explizit erhoben. In den Jahren davor erfolgte die Dokumentation des Substanzproblems in den Einrichtungen auf sehr unterschiedliche Weise. Neben der Möglichkeit, entsprechende ICD-10-Diagnosen zu dokumentieren, wurden vor allem die sogenannten „freien Felder“ auf der Stammdatenmaske des Horizont-Dokumentationsprogramms für solche Einträge genutzt. Da die früheren Datenbankexporte der Einrichtungen jeweils alle diese Informationen beinhalteten, konnten Sie für die Bestimmung des Substanzproblems eines Klienten herangezogen werden. Seit der Einführung des neuen schleswig-holsteinischen Datensatzes mit Beginn des Jahres 2008 und der damit einhergehenden neuen Exportschnittstelle, werden die Inhalte der freien Felder beim Datenexport jedoch nicht mehr übermittelt. Dies hat zur Folge, dass sich insbesondere für Klienten/innen, die in den Jahren vor 2004 eine Betreuung in Anspruch genommen haben, häufig die Hauptsubstanz nicht ermitteln lässt. Die entsprechenden Anteile schwanken für die Jahre 2001 bis 2003 zwischen 17 Prozent und 10 Prozent. Inwieweit es hierdurch zu Verschiebungen in den Anteilen der einzelnen Hauptsubstanzen kommt und somit die tatsächliche Verteilung der Hauptsubstanzen verzerrt abgebildet wird, lässt sich nur schwer abschätzen. Noch schwieriger dürfte sich der Versuch einer nachträglichen Korrektur solcher Verzerrungen gestalten. Aus diesem Grund werden bei den im Folgenden dargestellten substanzbezogenen Trendanalysen nur die neu begonnenen Betreuungen der Jahre 2004 bis 2008 herangezogen. Auf Basis dieser Daten lassen sich valide und, wie sich zeigen wird, interessante Trends in der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins darstellen. Die substanzbezogenen Ergebnisse des Statusteils machten bereits deutlich, dass für die Mehrheit der Klienten/innen ein Alkoholproblem die Ursache für die Inanspruchnahme von Leistungen in den Beratungsstellen ist. Innerhalb des Zeitraums von 2005 bis 2008 hat sich die Bedeutung dieses Suchtproblems sogar noch etwas verstärkt. Der entsprechende Anteil stieg von 53 Prozent im

		2004	2005	2006	2007	2008
Alkohol	(%)	54%	53%	56%	58%	59%
	N	3.743	3.878	4.205	4.543	4.733
Heroin	(%)	20%	19%	17%	15%	14%
	N	1.386	1.378	1.249	1.138	1.097
Cannabis	(%)	13%	14%	13%	12%	13%
	N	899	1.041	995	935	1.015
Kokain	(%)	2%	3%	2%	2%	3%
	N	165	188	153	180	212
path. Spielen	(%)	3%	4%	4%	4%	4%
	N	222	267	264	323	339
Essstörung	(%)	3%	2%	2%	2%	2%
	N	187	154	132	159	186
Betreuungen*	N	6.982	7.268	7.459	7.767	8.019

\*Betreuungen aller Hauptsubstanzen, außer „ohne Drogentyp“

Tabelle 3.24: Trends 2001 bis 2008: Begonnene Betreuungen namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz

Jahre 2005 auf 58 Prozent bzw. 59 Prozent in den Jahren 2007 und 2008 (siehe Tabelle 3.24).

Der Anteil der Betreuungen, die aufgrund eines Problems mit Cannabis begonnen wurden, variiert hingegen im Verlauf der zurückliegenden fünf Jahre nur geringfügig.

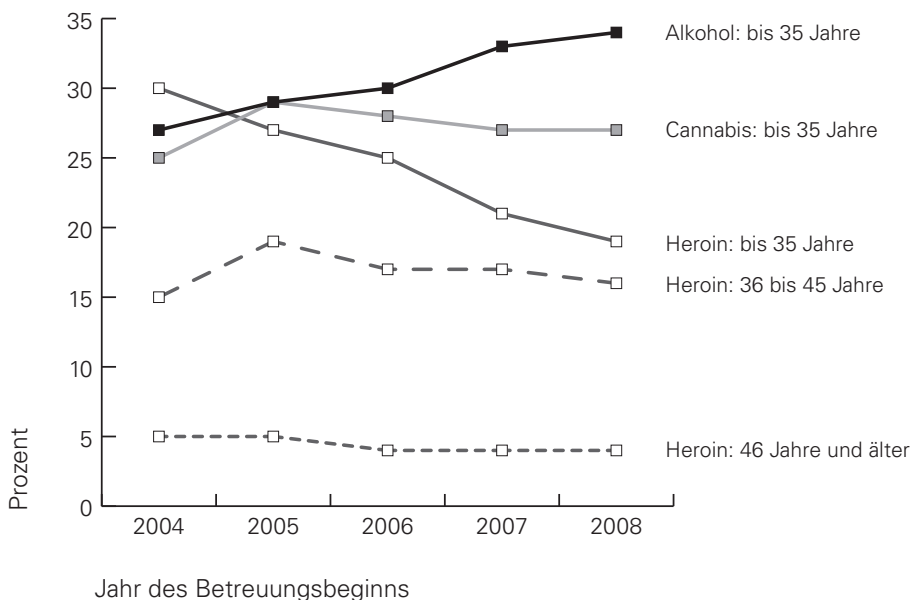


Abbildung 3.32: Trends 2001 bis 2008: Begonnene Betreuungen namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz und Altersgruppen

Bei den Opiaten setzte sich der Trend einer Abnahme des Anteils dieser Klientel weiter fort. Entfiel im Jahre 2004 noch ein Fünftel aller neu begonnenen Betreuungen auf Heroinkonsumenten/innen, so ist dieser Anteil in den Folgejahren kontinuierlich auf zuletzt 14 Prozent im Jahre 2008 gesunken. Auch bei Betrachtung der absoluten Zahl der begonnenen Betreuungen bestätigt sich der Rückgang. Wurden im Jahre 2004 in den in die Trendanalyse eingeschlossenen Einrichtungen noch 1.386 Betreuungen für diesen Personenkreis begonnen, so waren es fünf Jahre später ca. 300 Betreuungen weniger.

Ausgehend von einem ohnehin geringem Ausgangsniveau (2004: 3 %), hat sich der Anteil der Essgestörten im Laufe der zurückliegenden fünf Jahre um einen weiteren Prozentpunkt verringert. Auch beim Kokain sind nur marginale Veränderungen festzustellen, die zudem keinen klaren Trend erkennen lassen.

Ähnlich sieht es in Bezug auf die Anteile für die pathologischen Glücksspieler aus. Auch hier sind beachtenswerte Trends nicht festzustellen. Wird hingegen die absolute Anzahl der neu begonnenen Betreuungen dieser Klientel betrachtet, so zeigt sich eine Zunahme um über 100 Betreuungen im Laufe der zurückliegenden fünf Jahre.

Aus Tabelle 3.24 wurde deutlich, dass sich in den zurückliegenden Jahren insbesondere bei den Hauptsubstanzen Alkohol und Heroin bedeutsame Trends vollzogen haben. Diese Entwicklungen sind, so zeigt eine genauere

Analyse, zu großen Teilen auf Entwicklungen in der jüngsten Klienten/innen-gruppe der bis 35-Jährigen zurückzuführen. Während beispielsweise im Jahre 2004 noch nahezu jede dritte neu begonnene Betreuung von Personen dieser Altersgruppe eine/n Opiatklienten/in betraf (30 %), hat diese Klientel im Jahre 2008 nur noch einen Anteil von 19 Prozent (siehe Abbildung 3.32). Hingegen ist der Anteil der Betreuungen von Personen mit Alkoholproblemen innerhalb dieses Zeitraumes von 27 Prozent im Jahre 2004 auf 34 Prozent in 2008 gestiegen. Beim Cannabis zeigen sich bzgl. dieser Altersgruppe keine nennenswerten Trends. Der entsprechende Anteil ist seit 2005 um lediglich zwei Prozentpunkte gesunken.

In Abbildung 3.32 ist des Weiteren der Anteil der Opiatklienten/innen an allen neu begonnenen Betreuungen in der Altersgruppe der 36 bis 45-Jährigen im Verlauf der zurückliegenden fünf Jahre wiedergegeben. Es wird deutlich, dass

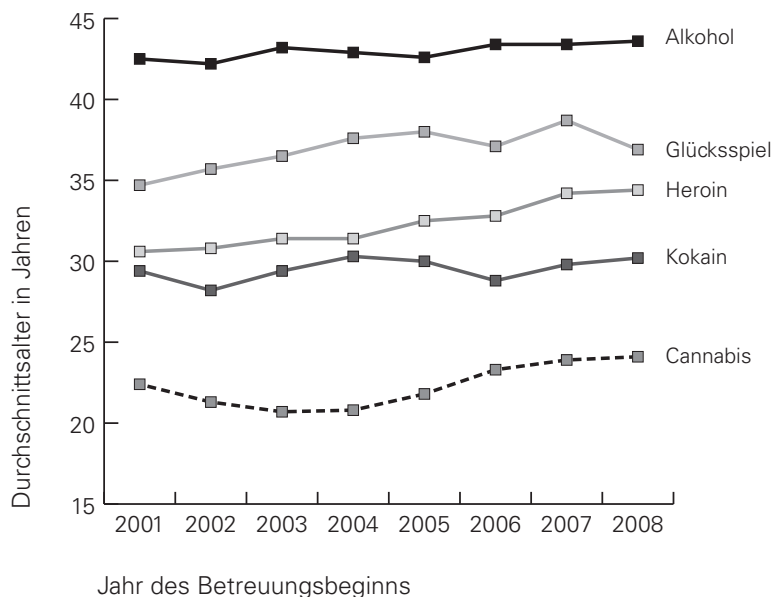


Abbildung 3.33: Trends 2001 bis 2008: Durchschnittsalter zu Betreuungsbeginn namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz

kein einheitlicher Trend. Die entsprechenden Mittelwerte schwanken zwischen 42,2 und 43,6 Jahren. Eine ähnliche Entwicklung findet sich bei den Kokainkonsumenten/innen, deren mittleres Alter mit Ausnahme des Jahres 2002 (28,2 Jahre) zwischen 29 und 30 Jahre beträgt. Eine interessante Entwicklung zeigt sich hingegen bei den Klienten/innen mit Cannabisproblemen. Während das Durchschnittsalter in den Jahren 2001 bis 2003 stetig abnahm und im Jahre 2004 stagnierte, ist seit dem darauf folgenden Jahr ein stetiger Anstieg des mittleren Alters dieses Personenkreises festzustellen. Zwischen den Jahren 2003 und 2008 betrug dieser Zuwachs ca. 3,5 Jahre. Bei den pathologischen Spielern sind keine eindeutigen Trends erkennbar. Zeiträume mit leichten Zuwächsen, so zwischen 2001 (34,7 Jahre) und 2005 (38,0 Jahre), stehen Phasen einer Verringerung des Durchschnittsalters gegenüber.

die Opiatklientel in dieser Altersgruppe nur wenig an Bedeutung verloren hat. Dies gilt sowohl hinsichtlich des Anteils an allen Betreuungen, der zwischen 2005 und 2008 um lediglich drei Prozentpunkte abnahm, als auch absolut (2005: 402; 2008: 350). Für die Klienten mit einem Alter über 45 Jahre, hat die absolute Zahl der begonnenen Betreuungen aufgrund eines Opiatproblems innerhalb der zurückliegenden Jahre sogar kontinuierlich zugenommen (2004: N=74; 2008: N=101).

Der stetig geringer werdende Anteil der Opiatklientel an den neu begonnenen Betreuungen der bis 35-Jährigen findet auch in der Darstellung der Entwicklung des Alters der verschiedenen Hauptsubstanzgruppen seinen Widerhall. Im Laufe der zurückliegenden acht Jahre hat das Durchschnittsalter der wegen eines Opiatproblems betreuten Personen um nahezu 4 Jahre zugenommen (siehe Abbildung 3.33). Beim Alkohol zeigt sich hingegen

### 3.7.3. Biografische Trends

In der Tabelle 3.25 ist die Wohnsituation der Klienten/innen, welche in den Jahren 2001 bis 2008 eine ambulante Betreuung begonnen haben, dargestellt. Ihr ist zu entnehmen, dass es bei den Wohnverhältnissen der betreuten Personen nur geringe Veränderungen gegeben hat. Nahezu drei Viertel aller neu begonnenen Betreuungen betreffen Personen, die in einer eigenen Wohnung bzw. im eigenen Haus leben. Bezüglich dieser Wohnsituation kam es im Laufe der hier betrachteten sieben Jahre zu einer leichten Verbesserung um drei Prozentpunkte. Etwa jede/r siebte Klient/in wohnt zum Zeitpunkt des Beginns der Betreuung noch bei den Eltern. Alle anderen Formen des Wohnens haben eine vergleichsweise geringe Bedeutung und sind hinsichtlich ihrer Anteile im Laufe der Jahre nur marginalen Änderungen unterworfen.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
in eigener/gemieteter Wohnung/Haus	75%	73%	75%	73%	73%	75%	78%	78%
Eltern/Angehörige	14%	14%	13%	14%	15%	14%	13%	14%
betreutes Wohnen / Suchthilfeeinrichtung	4%	5%	5%	5%	5%	4%	3%	4%
bei Freunden/Bekanntem	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Haft	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
andere Wohnsituation	5%	4%	4%	5%	4%	4%	4%	3%
Betreuungen (N)	3.766	4.114	4.197	4.608	5.155	5.315	5.689	6.287

Tabelle 3.25: Trends 2001 bis 2008: Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen

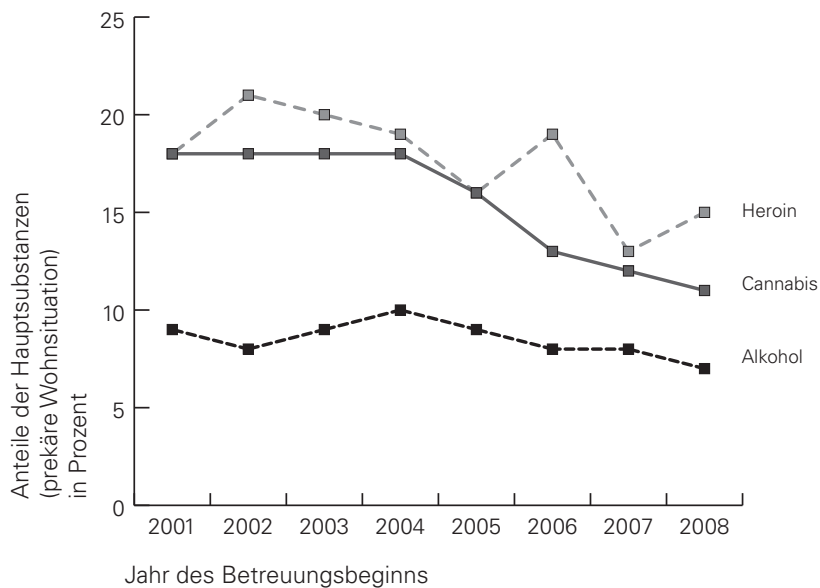


Abbildung 3.34: Trends 2001 bis 2008: Prekäre Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz

In der Abbildung 3.34 sind die Anteile der Klienten/innen, die in prekären Wohnverhältnissen leben,<sup>23</sup> differenziert nach den Hauptsubstanzen Alkohol, Heroin und Cannabis für die Jahre 2001 bis 2008 wiedergegeben. Auffällig ist der vergleichsweise geringe Anteil von Alkoholkonsumenten/innen mit einer prekären Wohnsituation, der zudem seit 2004 von 10 Prozent auf 7 Prozent vier Jahre später gefallen ist. Auch bei den Cannabisklienten/innen setzt sich der Trend der Abnahme prekärer Wohnsituationen weiter fort. Waren im Jahre 2004 noch 18 Prozent dieser Klientel von solchen problematischen Wohnverhältnissen betroffen, so ist dieser Anteil im Laufe der dar-

auf folgenden vier Jahre auf 11 Prozent gesunken. Bei den Opiatkonsumenten/innen zeigt sich ebenfalls, bezogen auf den gesamten hier betrachteten Zeitraum ein (wenn auch nicht immer einheitlicher) Trend abnehmender prekärer Wohnverhältnisse. Während der Anteil einer solchen Wohnsituation in den Jahren 2001 bis 2004 nur geringen Schwankungen unterworfen war, ist er in dem darauf folgenden Jahr um bemerkenswerte drei Prozentpunkte gesunken. Jedoch hat sich im Jahre 2006 diese Entwicklung wieder umgekehrt, und der Anteil problematischer Wohnverhältnisse lag mit 19 Prozent auf dem Niveau der ersten vier Berichtsjahre. Zwischen den Jahren 2006 und 2007 ist es dann aber zu einer deutlichen Reduktion des Anteils der prekären Wohnsituation um sechs Prozentpunkte gekommen. Im Laufe des aktuellen Berichtsjahres waren dann wieder mehr Opiatklienten von prekären Wohnsituationen betroffen.

Dem Statusbericht für das Jahr 2008 lässt sich entnehmen, dass Personen in prekären Wohnverhältnissen im Mittel einige Jahre jünger sind als die Klienten/innen, welche in einer eigenen Wohnung bzw. bei den Eltern oder Angehörigen leben. In Abbildung 3.35 findet sich dieses Ergebnis bestätigt. So lag im Jahre 2008 der Anteil prekärer Wohnverhältnisse in der jüngsten Altersgruppe mit 12 Prozent vier Prozentpunkte über dem der 36 bis 45-Jährigen und sieben Prozentpunkte über dem der ältesten Klienten/innengruppe. Bemerkenswert sind

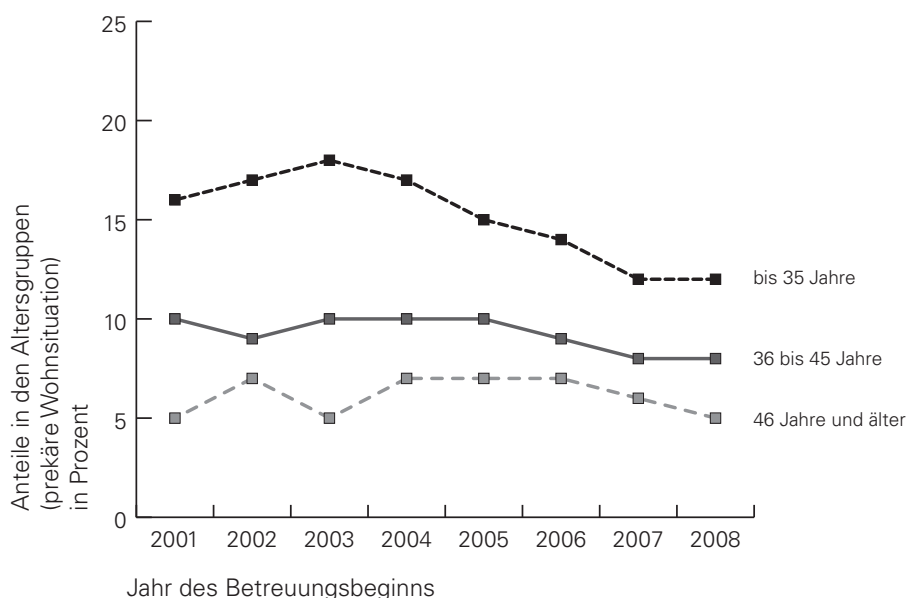


Abbildung 3.35: Trends 2001 bis 2008: Prekäre Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen nach Alter

die Entwicklungen, die sich in den zurückliegenden Jahren vollzogen haben. So sind die Anteile prekärer Wohnbedingungen bei den bis 35-Jährigen zwischen den Jahren 2003 und 2007 stetig um insgesamt sechs Prozentpunkte gesunken. Im letzten Berichtsjahr hat sich dieser Trend jedoch nicht fortgesetzt. Auch bei den älteren Klienten/innengruppen zeigt sich eine Abnahme des Anteils prekärer Wohnverhältnisse im Laufe der zurückliegenden fünf Jahre. Diese ist jedoch deutlich schwächer ausgeprägt als bei den jüngsten Klienten/innen.

In Tabelle 3.26 ist die Haupteinkommensquelle der Klienten/innen zu Beginn ihrer Betreuung für den Zeitraum der Jahre 2001 bis 2008 dargestellt.<sup>24</sup> Ihr ist zu

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

24 Nicht alle Einrichtungen konnten in die diesjährige Trendanalyse zur Haupteinkommensquelle einbezogen werden, da es dort offensichtlich zu Problemen bei der Um-



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Erwerbstätigkeit	41%	41%	35%	38%	37%	34%	35%	35%
Arbeitslosengeld*	9%	9%	11%	11%				
ALG I*					10%	10%	8%	6%
Arbeitslosenhilfe*	10%	11%	13%	13%				
ALG II*					24%	26%	30%	34%
Erziehungs-, Kranken-, Übergangsgeld	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Sozialhilfe	18%	20%	21%	20%	13%	12%	10%	8%
Rente, Pension	7%	7%	7%	6%	6%	8%	6%	6%
Angehörige	12%	10%	10%	11%	9%	9%	10%	9%
anderes	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Betreuungen (N)	1.863	1.922	1.926	2.402	2.890	3.204	3.299	4.069

\* Die Kategorien Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe sind seit der Einführung des neuen schleswig-holsteinischen Datensatzes nicht mehr gültig und wurden durch die inhaltlich nicht deckungsgleichen Begriffe ALG I und ALG II ersetzt.

Tabelle 3.26: Trends 2001 bis 2008: Haupteinkommensquelle namentlich erfasster Klienten/innen

entnehmen, dass die Anteile einiger Kategorien im Zeitraum der Jahre 2004 bis 2005 erheblichen Veränderungen unterworfen waren. Diese sind jedoch vor allem Ausdruck der im Zuge der Hartz-IV-Gesetzgebung vorgenommenen Veränderungen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Viele der früheren Sozialhilfeempfänger/innen sind, da sie als erwerbsfähig eingestuft wurden, zu Beziehern des Arbeitslosengeldes II (ALG II) geworden.

Dieser Umstand dürfte den rapiden Rückgang des Anteils der Sozialhilfe (SGB XII) zwischen den Jahren 2004 und 2005 um sieben Prozentpunkte sowie den gleichzeitigen Anstieg des Anteils von ALG-II-Empfängern/innen von elf Prozentpunkten innerhalb dieses einen Jahres erklären. In den drei darauf folgenden Jahren haben die Anteile dieser letztgenannten Haupteinkommensquelle nochmals deutlich um weitere zehn Prozentpunkte zugenommen.

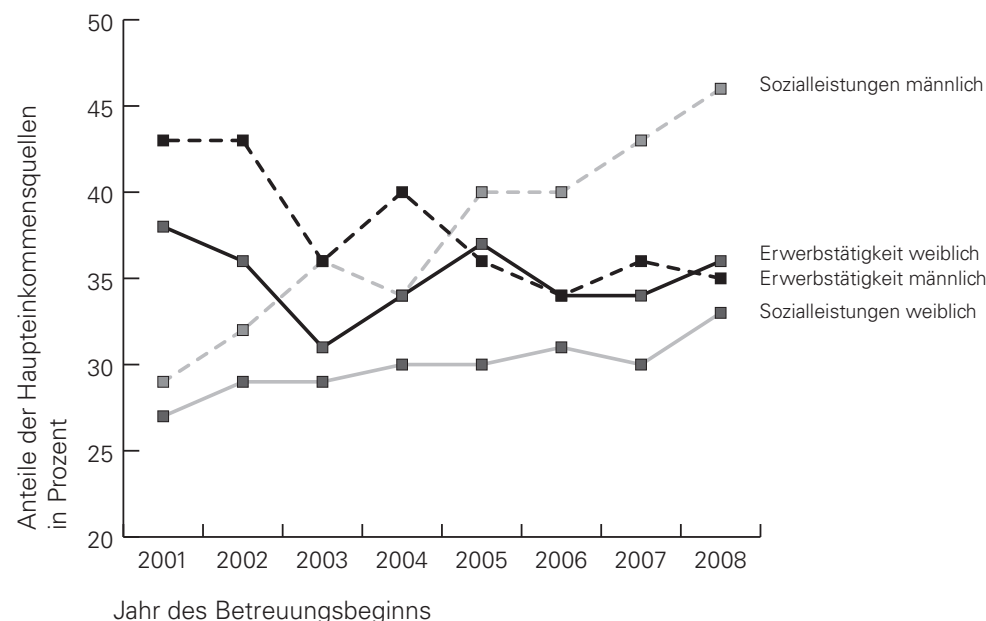


Abbildung 3.36: Trends 2001 bis 2008: Erwerbstätige namentlich erfasste Klienten/innen nach Hauptsatzung

Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit ist es zwischen den Jahren 2002 und 2003 zu einer beachtenswerten Abnahme des Anteils um sechs Prozentpunkte gekommen. In den darauf folgenden Jahren hat es dann nur noch marginale Veränderungen gegeben. Die Möglichkeiten der von Suchtproblemen betroffenen Personen, ihren Lebensunterhalt selbst zu verdienen, haben sich somit im Laufe der zurückliegenden fünf Jahre nicht verbessert.

Wird die Haupteinkommensquelle hinsichtlich des Geschlechts analysiert, so zeigen sich einige interessante Entwicklungen. Zwischen den Jahren 2001 und 2004 gingen,

stellung auf den neuen schleswig-holsteinischen Datensatz gekommen ist, welche vorrangig die Informationen aus den früheren Jahren zu diesem Item betreffen.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
alleinstehend	43%	44%	46%	45%	47%	49%	49%	51%
zeitweilige Beziehung(en)	9%	9%	8%	8%	8%	7%	7%	6%
feste Beziehung, zusammenlebend	36%	35%	35%	36%	35%	34%	34%	33%
feste Beziehung, getrennt lebend	12%	11%	10%	11%	10%	10%	11%	9%
Betreuungen (N)	3.379	3.558	3.821	4.397	5.233	5.394	5.796	6.290

Tabelle 3.27: Trends 2001 bis 2008: Partnersituation namentlich erfasster Klienten/innen

bezogen auf die Anteile, immer mehr Männer als Frauen einer Erwerbstätigkeit nach. In beiden Geschlechtergruppen ist innerhalb dieses Zeitraumes der Anteil um drei bis vier Prozentpunkte gesunken. In den darauf folgenden Jahren sind die Anteile erwerbstätiger männlicher Klienten nochmals um sechs Prozentpunkte gefallen und stagnieren seitdem auf diesem Niveau. Bei den weiblichen Klienten zeigen sich hingegen seit dem Jahre 2004 keine nennenswerten Veränderungen bzgl. der Erwerbstätigkeit. In der Folge dieser sehr unterschiedlichen Entwicklung von männlichen und weiblichen Klienten, ist es zu einer Angleichung der Anteile von erwerbstätigen Personen gekommen.

Die Abnahme des Anteils der Erwerbstätigen unter den Männern ist verbunden mit einer bemerkenswerten Steigerung des Anteils der Klienten, die das Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe beziehen. Zwischen den Jahren 2001 und 2008 beträgt dieser Zuwachs 17 Prozentpunkte. Bei den Frauen fällt diese Zunahme erheblich geringer aus, so dass es zu einer deutlichen Spreizung in den Anteilen der beiden Klientengruppen im Verlauf der Jahre gekommen ist.

Die Tabelle 3.27 zeigt die Entwicklung der Partnersituation der Klienten/innen. In den zurückliegenden acht Jahren hat der Anteil der Alleinstehenden um acht Prozentpunkte zugenommen. Alle anderen Formen der Partnersituation haben hingegen innerhalb dieses Zeitraumes zwei bis drei Prozentpunkte verloren. Gleiches gilt, wenn hier eine Differenzierung nach Geschlecht vorgenommen wird. Wird die Entwicklung der Partnersituation nach der Hauptsubstanz unterschieden, so wird deutlich, dass der oben berichtete Trend zu großen Teilen auf die Personen mit Alkoholproblemen zurückzuführen ist. Der Anteil der Alleinstehenden hat sich hier um zehn Prozentpunkte zwischen den Jahren 2001 (38 %) und 2008 (48 %) erhöht. Bei den Heroin- und Cannabisklienten/innen beträgt der Zuwachs dieser Kategorie der Partnersituation im Laufe der hier betrachteten acht Jahre jeweils nur vier Prozentpunkte.

### 3.7.4. Betreuungsbezogene Trends

Die Klienten/innen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins finden auf sehr unterschiedliche Art

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ohne Vermittlung/Selbstmelder	24%	27%	27%	26%	29%	29%	29%	30%
Familie / Freunde	19%	17%	16%	17%	13%	10%	10%	11%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	6%	6%	5%	6%	6%	4%	4%	5%
Niedergelassene Arzt / Psychotherapeut	12%	12%	13%	13%	12%	10%	9%	10%
Krankenhaus/ Institutsambulanz	13%	10%	11%	11%	10%	8%	7%	9%
Stationäre Einrichtung	8%	8%	10%	8%	8%	10%	9%	7%
Stationäre Suchteinrichtung	3%	3%	3%	3%	2%	3%	4%	5%
Andere Beratungsdienste	3%	4%	4%	4%	6%	6%	7%	6%
Justizbehörden/Bewährungshilfe	4%	4%	4%	5%	6%	10%	9%	7%
Sonstiges	7%	8%	7%	9%	8%	10%	12%	11%
Betreuungen (N)	4.001	4.188	4.515	5.019	5.547	5.535	5.957	5.436

Tabelle 3.28: Trends 2001 bis 2008: Vermittlung in die Betreuung namentlich erfasster Klienten/innen



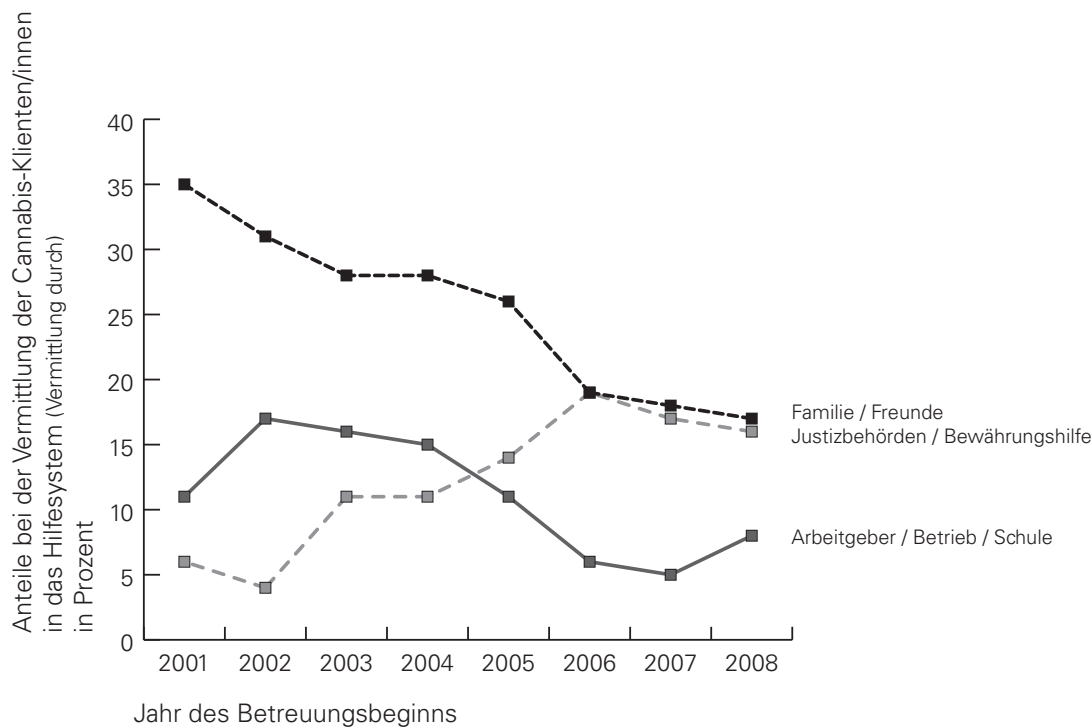


Abbildung 3.37: Trends 2001 bis 2008: Vermittelnde Instanz von namentlich erfassten Cannabis-Klienten/innen

und Weise den Weg in die Einrichtungen (siehe Tabelle 3.28).<sup>25</sup> Im Laufe der zurückliegenden acht Jahre zeigen sich hinsichtlich der Bedeutung der einzelnen Zugangsmöglichkeiten einige interessante Entwicklungen. So hat sich innerhalb dieses Zeitraums der Anteil der Betreuungen, die auf Wunsch bzw. Rat von Familienangehörigen begonnen wurden, nahezu halbiert. Ebenfalls abgenommen, wenn auch weniger stark, haben die Anteile von Betreuungen der Klienten/innen, die von niedergelassenen Ärzten oder Krankenhäusern bzw. Fachambulanzen vermittelt wurden. Eine zunehmende Bedeutung für die Vermittlung in eine Betreuung hingegen erfuhr insbesondere zwischen den Jahren 2003 bis 2006 die Justizbehörde bzw. die Bewährungshilfe. Der diesbezügliche Anteil hat sich innerhalb dieser vier Jahre von 4 Prozent auf 10 Prozent erhöht. In den letzten beiden Berichtsjahren ist er jedoch wieder um drei Prozentpunkte gesunken.

Die für die gesamte Klientel beschriebenen Entwicklungen bzgl. der Vermittlung in eine Betreuung zeigen sich bei den Betreuungen von Personen mit Cannabisproblemen besonders deutlich (siehe Abbildung 3.37). So hat die Familie oder der Freundeskreis als vermittelnde Instanz zwischen den Jahren 2001 und 2008 erheblich an Bedeutung verloren. Die entsprechenden Anteile halbierten sich im Lauf der Jahre. Eine nahezu parallele Entwicklung zeigt sich hinsichtlich der Vermittlung durch die Schule oder die Arbeitsstelle des/r Klienten/in. Wurde im

Jahre 2002 noch für 17 Prozent der Cannabisklientel eine solche Form der Vermittlung in die Betreuung dokumentiert, so sind es im Jahre 2007 gerade einmal noch 5 Prozent. Im laufenden Berichtsjahr ist dieser Anteil jedoch wieder leicht angestiegen. Erheblich zugenommen hat jedoch innerhalb des hier betrachteten Zeitraums der Anteil der Betreuungen, bei denen als vermittelnde Instanz die Justizbehörde bzw. die Bewährungshilfe dokumentiert wurde. Der entsprechende Anteil ist zwischen den Jahren 2002 und 2006 um das Fünffache gestiegen, ist seitdem aber wieder leicht rückläufig.

Die Art der Beendigung einer Behandlung lässt eine erste Aussage bezüglich des Erfolgs der mit den Klienten/innen durchgeführten Maßnahmen zu. Es zeigt sich hier im Verlauf der zurückliegenden sechs Jahre ein positiver Trend: Während dieses Zeitraumes hat sich das Verhältnis von planmäßig abgeschlossenen und vorzeitig abgebrochenen Betreuungen nahezu umgekehrt (siehe Abbildung 3.38). Wurde im Jahre 2001 noch nahezu jede zweite Betreuung vorzeitig abgebrochen, so wird im Jahre 2008 nur noch für ca. jede dritte Betreuung eine solche Beendigungsart dokumentiert. Ein gegensätzlicher Trend zeigt sich hingegen in Bezug auf die planmäßige Beendigung von abgeschlossenen Betreuungen. Hier stieg der diesbezügliche Anteil zwischen den Jahren 2001 und 2004 von 37 Prozent auf 44 Prozent, um in den darauf folgenden drei Jahren auf etwa diesem Niveau zu stagnieren. Im Laufe des letzten Berichtsjahres ist es dann zu einer nochmaligen Steigerung um drei Prozentpunkte gekommen.

Bemerkenswert zugenommen hat zwischen 2001 und 2006 die (planmäßige) Weitervermittlung in andere Betreuungen. Wurden im Jahre 2004 lediglich 15 Prozent

<sup>25</sup> In den Trendanalysen der vergangenen Jahre ist auch immer die Verteilung der Betreuungstypen dargestellt worden. Mit der Einführung des neuen schleswig-holsteinischen Datensatzes hat sich jedoch der Erhebungsmodus dieser Variable verändert. Konnte früher für eine Betreuung nur jeweils eine Betreuungsart angegeben werden, so besteht mit Beginn des Jahres 2008 die Möglichkeit, mehrere Betreuungsarten zu dokumentieren. Somit ist ein Vergleich der Angaben des aktuellen Berichtsjahres zu dieser Variable mit denen der zurückliegenden Jahre nicht mehr möglich.

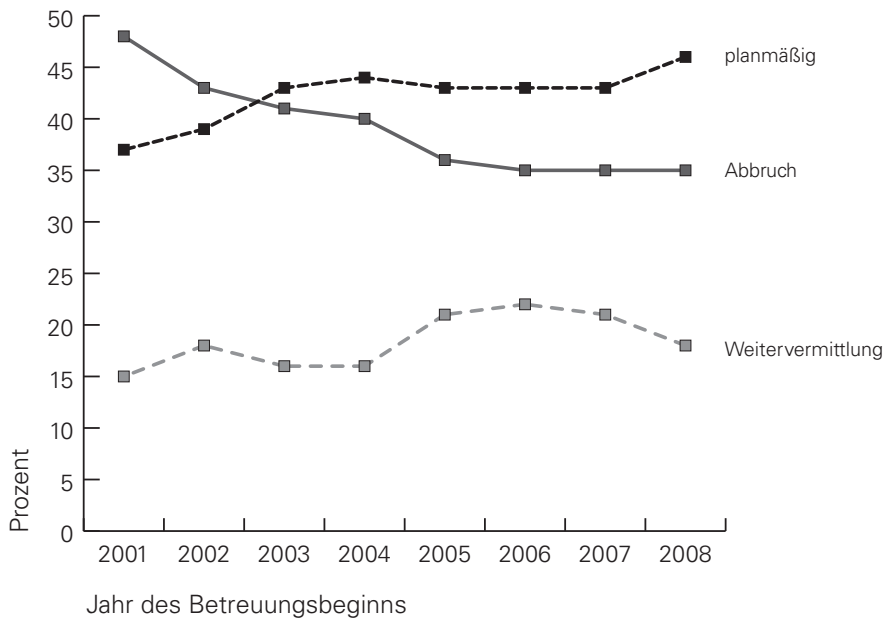


Abbildung 3.38: Trends 2001 bis 2008: Art der Beendigung der Betreuung von namentlich erfassten Klienten/innen

aller beendeten Betreuungen weitervermittelt, so ist dieser Anteil bis zum Jahre 2006 auf 22 Prozent gestiegen. Seitdem sinken die entsprechenden Anteile jedoch wieder auf zuletzt 18 Prozent im aktuellen Berichtsjahr. Werden die planmäßig vermittelten wie abgeschlossenen Betreuungen zusammengeführt, so lässt sich für das aktuelle Berichtsjahr 2008 festhalten, dass nahezu zwei Drittel (64 %) der Betreuungen erfolgreich zu Ende geführt werden konnten. Im Vergleich zum Jahre 2001 (52 %) stellt dies eine herauszustellende Verbesserung der dokumentierten Betreuungsabschlüsse dar.

Werden die Anteile der planmäßig beendeten oder vermittelten Betreuungen zusammengeführt und nach der Hauptsubstanz unterschieden, so zeigen sich mit Blick auf die zurückliegenden acht Jahre unterschiedliche Entwicklungen (siehe Abbildung 3.39). So hat es in Bezug auf die beendeten Betreuungen von Alkohol Klienten/innen zwischen den Jahren 2001 und 2005 eine nahezu lineare Steigerung der Anteile planmäßiger Beendigungen bzw. Weitervermittlungen um insgesamt zwölf Prozentpunkte gegeben. Seitdem stagniert dieser Wert auf dem hohen Niveau von 68 Prozent bis 69 Prozent. In Bezug auf die beendeten Betreuungen der Cannabisklientel zeigt sich hingegen ein uneinheitliches Bild. War in den Jahren 2001 bis 2004 eine sehr deutliche Verbesserung der Art der Beendigung zu verzeichnen – insbesondere von 2001 zu 2002 um 14 Prozentpunkte – so sind ab dem Jahre 2005 die Anteile leicht gesunken. Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich bei den beendeten Betreuungen der pathologischen Spieler. Insbesondere zwischen den Jahren 2001 und 2005 hat es einen sehr starken Zuwachs erfolgreich abgeschlossener Betreuungen um insgesamt 29 Prozentpunkte gegeben. In den beiden darauf folgenden Jahren fiel der Anteil jedoch um vier Prozentpunkte und stagnierte im laufenden Berichtsjahr bei (immer noch bemerkenswerten) 66 Prozent. Bei den Heroinklienten/innen zeigen sich hingegen nur vergleichsweise geringe Veränderungen in den Anteilen planmäßig beendeter oder weitervermittelter Betreuungen. Wurde im Jahre 2001 für 45 Prozent aller Betreuungen dieser Klientel eine solche Art der Beendigung dokumentiert, so sind es im Jahre 2008 49 Prozent.

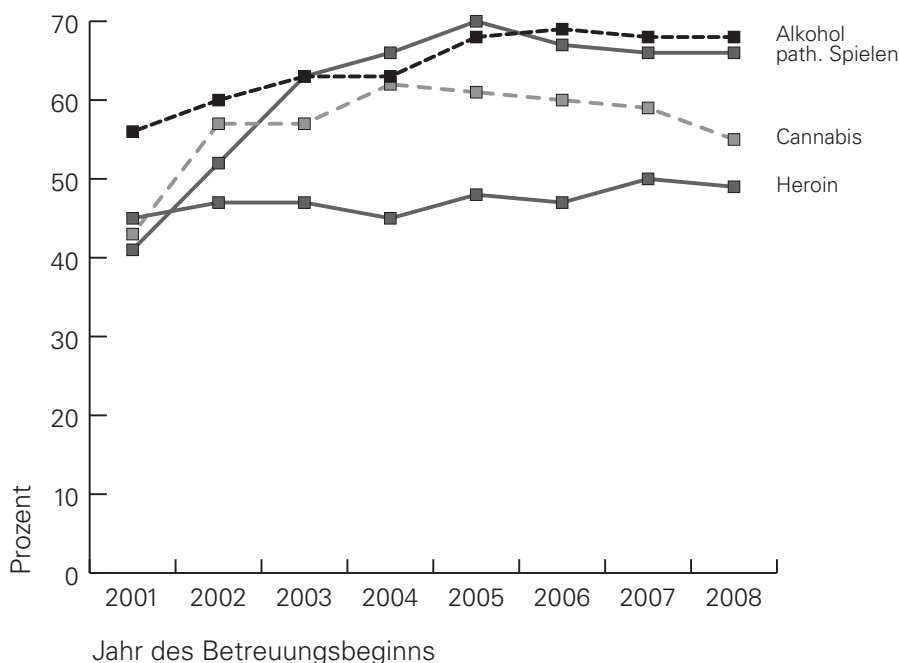


Abbildung 3.39: Trends 2001 bis 2008: Planmäßige Beendigung oder Weitervermittlung der Betreuung von namentlich erfassten Klienten/innen nach Hauptsubstanz

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 als die Konsumreduktion (Abstinenz) im Vordergrund stehen können, wie

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Erfolgreich	33%	34%	36%	36%	38%	38%	35%	34%
Gebessert	24%	23%	22%	24%	24%	22%	26%	30%
Unverändert	39%	38%	37%	35%	33%	36%	35%	33%
Verschlechtert	4%	5%	5%	5%	4%	4%	3%	3%
Betreuungen (N)	3.366	3.697	4.173	4.721	4.844	4.685	4.845	4.530

Tabelle 3.29: Trends 2001 bis 2008: Problematik am Tag des Betreuungsendes

z. B. die gesundheitliche Genesung oder die soziale Integration.

Der Tabelle 3.29 ist zu entnehmen, dass der Anteil der Betreuungen, welche erfolgreich durchgeführt wurden, von 33 Prozent im Jahre 2001 auf 38 Prozent im Jahre 2005 gestiegen ist. Lag dieser Anteil im Jahre 2006 auf ähnlich hohem Niveau, so ist seitdem eine Abnahme der erfolgreich beendeten Betreuungen festzustellen. Gleichzeitig haben sich innerhalb des letztgenannten Zeitraums aber die Anteile der Betreuungen, in denen eine Verbesserung des Konsumproblems dokumentiert wurde deutlich erhöht. Werden die Anteile der Kategorien „erfolgreich“ und „gebessert“ zusammengeführt, so hat es im letzten Berichtsjahr sogar eine Steigerung positiver Veränderungen des Konsumverhaltens gegeben.

Der Anteil der beendeten Betreuungen, zu deren Ende sich eine unveränderte Problematik zeigte, ging innerhalb des Zeitraumes 2001 bis 2005 um sechs Prozentpunkte zurück (2001: 39 %; 2005: 33 %), um im Jahre 2006 wieder auf 36 Prozent anzusteigen. In den beiden darauf folgenden Jahren ist dieser Anteil jedoch wieder leicht gesunken. Bezüglich eines sich verschlechternden Konsumstatus' zeigt sich seit dem Jahre 2004 eine leichte Abnahme um zwei Prozentpunkte. Somit lässt sich festhalten, dass es der Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein im Laufe der zurückliegenden acht Jahre immer besser gelungen ist, die Konsumproblematik der betreuten Klienten entweder zu verbessern oder zumindest zu stabilisieren.

# Kapitel 4: Pathologische Glücksspieler in der ambulanten Suchtkrankenhilfe

## 4.1. Einleitung

In dieser erstmalig für Schleswig-Holstein durchgeführten Analyse werden die dokumentierten Daten über betreute pathologische Glücksspieler/innen (PGS) ausgewertet. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass das Thema Glücksspielsucht in den letzten Jahren eine zunehmende Bedeutung in der fachöffentlichen Diskussion erfahren und sich die Politik in einem neuen länderübergreifenden Staatsvertrag verpflichtet hat, verstärkt Prävention, Hilfe und Forschung im Glücksspielbereich zu fördern.

Mit dieser Analyse wird das Ziel verfolgt, auf der Grundlage der Daten, die im Rahmen der Basisdatendokumentation gewonnen werden, die Glücksspiel-Klientel zu beschreiben und dabei mögliche Besonderheiten zu identifizieren. Diese empirischen Informationen können dann für Diskussionen über die Weiterentwicklung von Beratungs- und Behandlungskonzepten sowie eine bedarfsorientierte Angebotsstruktur genutzt werden.

Die Analyse ist folgendermaßen aufgebaut:

- Im ersten Teil werden Grundinformationen über die PGS dargestellt, u. a. ihr Spielverhalten und ihre soziale Situation beschrieben (Analyse I).
- Im zweiten Teil werden die zuvor gebrachten Grunddaten über die PGS den entsprechenden Informationen über die Alkoholklientel gegenübergestellt (Analyse II).<sup>26</sup> Um Verzerrungen der Ergebnisse aufgrund des unterschiedlichen Durchschnittsalters dieser beiden Klientengruppen auszuschließen, findet der Vergleich jeweils innerhalb von drei Altersgruppen („unter 30 Jahre“, „30 bis 44 Jahre“ und „über 44 Jahre“) statt. Des Weiteren sind in diesem zweiten Teil der Analyse nur die männlichen Klienten einbezogen worden.

Die Analyse I basiert auf den Angaben zu 487 PGS. Die zweite Analyse beinhaltet die Informationen von 420 männlichen PGS und 4.859 männlichen Personen mit Alkoholproblemen. Alle Daten beziehen sich auf Klienten/innen, die im Jahr 2008 in den ambulanten Suchtberatungsstellen um Hilfe nachfragten. Bei den betreuungsbezogenen Auswertungen ist jeweils die letzte Betreuung eines Klienten im Jahre 2008 einbezogen worden. Zusätzlich zu den im Haupttext dargestellten Inhalten finden sich im Anhang eine Reihe weiterer Ergebnisse in tabellarischer Form.

Es sei angemerkt, dass sich der Begriff der pathologischen Glücksspieler/innen (PGS) auf diejenigen Personen bezieht, bei denen das „Glücksspiel“ als Hauptproblem dokumentiert worden ist. Hierbei kann es sich um Personen handeln, die ein problematisches oder ein patho-

logisches Glücksspielverhalten aufweisen. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde sich dazu entschlossen, dass in dieser Analyse zur Kennzeichnung der betreuten Glücksspiel-Klientel der Begriff PGS benutzt wird. Dieses ist bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen.

## 4.2. Analyse I: Grundausswertungen zu den pathologischen Glücksspielern

### 4.2.1. Soziodemografische Situation

Bei den betreuten pathologischen Glücksspielern/innen (PGS) handelt es sich zu 89% um Männer. Der Frauenanteil beträgt dementsprechend 11%. Eine solche Geschlechterverteilung ist auch aus anderen Betreuungsstatistiken über PGS bekannt (IFT 2009, Kalke et al. 2008). Das Durchschnittsalter der männlichen Klienten liegt bei 37,5 Jahren; die Frauen sind im Mittel fünf Jahre älter (42,6 Jahre). Die weit überwiegende Mehrheit der PGS besitzt die deutsche (96 %) und weitere 3 Prozent die türkische Staatsangehörigkeit. Eine Aussage über den Anteil derjenigen Personen, die einen Migrationshintergrund haben, ist auf der Basis der im Jahr 2008 erhobenen Daten nicht möglich.

	Anteil
Automatenspiele*	70%
Großes Spiel (Casinospiele)	1%
Lotterien	2%
Sportwetten	3%
andere Glücksspielarten	24%
Gesamt (N)	148

\* Geldspielautomaten in den Spielhallen/gastronomischen Betrieben und Glücksspielautomaten in den Spielbanken zusammengefasst.

Tabelle 4.1: Bevorzugte Glücksspielart der pathologischen Glücksspieler (Hauptdiagnose, nur spezifizierte Spielarten)

<sup>26</sup> Die Alkoholklientel wurde gewählt, weil es sich bei der Problemsubstanz um eine legale Droge handelt.

	Anteil
0 Tage	15%
1 bis 10 Tage	40%
11 bis 20 Tage	24%
21 bis 30 Tage	21%
Gesamt (N)	168

Tabelle 4.2: Spielhäufigkeit der pathologischen Glücksspieler (30 Tage vor Betreuungsbeginn)

### Spielverhalten

Bei 31 Prozent der PGS liegen Angaben zur bevorzugten Glücksspielart vor. An erster Stelle stehen hier – mit einem Anteil von 70 Prozent und weitem Vorsprung – die Automaten Spiele (siehe Tabelle 4.1). Die anderen Glücksspielarten, wie Casinospiele, Lotterien oder Sportwetten, spielen dagegen nur eine untergeordnete Rolle. Auch andere Veröffentlichungen zeigen, dass die Spielautomaten – insbesondere die Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten – die Hauptproblemspielart des größten Teils behandelter PGS darstellen (siehe hierzu die Übersichten in Meyer & Hayer 2005, Kalke et al. 2008). Dies entspricht Befunden aus der epidemiologischen Forschung, welche den Spielautomaten das größte Gefährdungspotential unter allen legal angebotenen Spielarten zuweist (Buth & Stöver 2008).

Das Spielverhalten der PGS stellt sich wie folgt dar, wobei sich diese Angaben auf die letzten 30 Tage vor Betreuungsbeginn beziehen: 15 Prozent der PGS haben in diesem Zeitraum gar nicht mehr gespielt, 40 Prozent an 1 bis 10 Tagen im Monat (siehe Tabelle 4.2). Häufig bis täglich ist dies bei 45 Prozent der dokumentierten Personen der Fall gewesen.

Knapp ein Viertel der PGS entwickelte ein problematisches Spielverhalten schon als Minderjährige (23%) (siehe Tabelle 4.3). Bei gut einem Drittel lässt sich der Störungsbeginn auf die Altersspanne 18 bis 21 Jahre datieren; nur jeder Fünfte war 28 Jahre oder älter. Es kann also festgehalten werden, dass ein großer Teil der PGS

	Anteil
bis 17 Jahre	23%
18 bis 21 Jahre	36%
22 bis 27 Jahre	20%
28 Jahre und älter	21%
Gesamt (N)	112

Tabelle 4.3: Alter des Störungsbeginns bei den pathologischen Glücksspielern

	Anteil
alleinlebend	35%
Partner/in	49%
Kind(er)	15%
Eltern(-teil)	10%
sonstiger/n Bezugsperson/en	1%
sonstiger/n Person/en	4%
Gesamt (N)	316

Tabelle 4.4: Lebenssituation der pathologischen Glücksspieler (mehrere Angaben möglich)

schon in einer recht frühen Lebensphase ein problematisches oder pathologisches Glücksspielverhalten aufwies. In diesem Zusammenhang sei noch einmal in Erinnerung gerufen, dass das Durchschnittsalter der PGS 38 Jahre beträgt, so dass zwischen dem Störungsbeginn und der ambulanten Betreuung bei vielen eine lange Zeitspanne liegt.

### Soziale und gesundheitliche Situation

Ungefähr die Hälfte der PGS lebt mit dem/r Partner/in zusammen (siehe Tabelle 4.4). Von Kindern im eigenen Haushalt berichten 15 Prozent der betreuten Personen. Ein gutes Drittel der PGS ist alleinlebend. Jede/r Zehnte lebt (noch) bei den Eltern.

Die Wohnsituation der PGS ist dadurch gekennzeichnet, dass drei Viertel von ihnen in einer eigenen oder gemieteten Wohnung bzw. Haus leben (76%) (siehe Tabelle 4.5). Entsprechend den Angaben zur Lebenssituation (siehe oben) wohnt jede/r Zehnte (noch) bei den Eltern. 7 Prozent der betreuten Glücksspiel-Klienten/innen befinden sich aktuell in Haft.

Etwas mehr als 60 Prozent der PGS sind erwerbstätig und als Arbeiter, Angestellter, Beamter oder Selbstständiger tätig (siehe Tabelle 4.6). Jede/r Sechste ist arbeits-

	Anteil
eigene / gemietete Wohnung / Haus	76%
bei den Eltern	11%
Haft	7%
andere Wohnsituation	5%
Gesamt (N)	424

Tabelle 4.5: Wohnsituation der pathologischen Glücksspieler

	Anteil
Auszubildender	3%
Arbeiter/Angestellter/Beamte	53%
Selbstständiger/Freiberufler	10%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	6%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	10%
Schüler/Student	4%
Rentner/Pensionär	7%
Sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)	4%
Anderes	3%
Gesamt (N)	299

Tabelle 4.6: Erwerbssituation der pathologischen Glücksspieler

los und bezieht entweder das Arbeitslosengeld I oder II. Sozialhilfe (SGB XII) erhalten 4 Prozent.

Diese im Vergleich zur Gesamtklientel der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins günstige Erwerbssituation der PGS dürfte auch mit deren überdurchschnittlich hoher Schulbildung (im Vergleich zu allen betreuten Klienten) zusammenhängen. 45 Prozent besitzen einen Hauptschulabschluss, jede/r Dritte hat die mittlere Reife gemacht und ein Zehntel die Schule mit Abitur abgeschlossen (anderes: 5%, ohne Abschluss: 5%).

Es ist aus Untersuchungen bekannt, dass PGS in der Regel hoch verschuldet sind. Dieses zeigen auch die Daten aus Schleswig-Holstein. Danach sind nur 19 Prozent der PGS nicht verschuldet (siehe Tabelle 4.7). Die Höhe der Schulden der Klienten/innen stellt sich vielfältig dar: Ein Sechstel der Klientel berichtet von Schulden in einer Höhe unter 2.500 €. Bei 25 Prozent betragen die Schulden zwischen 10.000 bis 25.000 €. Von darüber hinaus-

	Anteil
keine Schulden	19%
Schulden < 2.5000 Euro	16%
Schulden > 2.500 bis 10.000 Euro	13%
Schulden > 10.000 bis 25.000 Euro	25%
Schulden > 25.000 bis 50.000 Euro	12%
Schulden > 50.000 Euro	7%
Schulden in unbekannter Höhe	8%
Gesamt (N)	196

Tabelle 4.7: Schuldensituation der pathologischen Glücksspieler

	somatisch	psychisch
gar nicht	76%	6%
mittel	19%	67%
stark	5%	27%
Gesamt (N)	182	181

Tabelle 4.8: Allgemeine somatische und psychische Beeinträchtigung der pathologischen Glücksspieler (Einschätzung der Betreuer)

gehenden finanziellen Verbindlichkeiten ist etwa ein weiteres Fünftel betroffen. Nur von wenigen Klienten/innen liegen zur Schuldenhöhe keine Angaben vor (8%).

Anders als zur Schuldensituation lagen bezüglich der gesundheitlichen Situation von PGS im Rahmen von ambulanten Suchthilfestatistiken bisher kaum Informationen vor. Da mit der Einführung des neuen Datensatzes in Schleswig-Holstein auch Einschätzungen von den Betreuern/innen zum allgemeinen somatischen und psychischen Zustand der Klienten/innen vorgenommen werden, können hierzu erstmals Aussagen getroffen werden. Danach stellt sich der Grad der Beeinträchtigung der körperlichen und seelischen Gesundheit der PGS gänzlich unterschiedlich dar. Während somatische Beeinträchtigungen – „mittel“ oder „starke“ – nur bei 24 Prozent der Klienten/innen angegeben werden, gilt dies im psychischen Bereich für fast alle Personen (mittel: 67%; stark: 27%) (siehe Tabelle 4.8).

	Anteil
ohne Vermittlung/Selbstmelder	42%
Familie / Freunde	21%
Niedergelassene Arzt / Psychotherapeut	4%
Krankenhaus/ Institutsambulanz	3%
stationäre Einrichtung	5%
andere Beratungsdienste	7%
Sozialdienst JVA / Maßregelvollzug	2%
Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)	3%
Justizbehörden/Bewährungshilfe	5%
sonstiges	9%
Gesamt (N)	386

Tabelle 4.9: Vermittelnde Instanz der pathologischen Glücksspieler



	Anteil
Erfolgreich	34%
Gebessert	31%
Unverändert	34%
Verschlechtert	1%
Gesamt (N)	238

Tabelle 4.10: Glücksspielverhalten (Konsumstatus) der pathologischen Glücksspieler am Ende der Betreuung (abgeschlossene Betreuungen)

#### 4.2.2. Betreuungen

Fast 60 Prozent der PGS haben vor der Betreuung in ihrer ambulanten Einrichtung schon mindestens einmal eine andere suchtspezifische Hilfe in Anspruch genommen. Die Mehrheit der Klienten/innen ist somit Behandlungsvorerfahren, wenn sie eine Betreuung beginnt. Über welchen Weg sind die PGS in die ambulante Suchthilfeeinrichtung gekommen? Bei 42 Prozent der Klienten/innen findet sich hierzu die Angabe, dass sie aus eigener Motivation, ohne Vermittlung das Hilfeangebot aufgesucht haben (siehe Tabelle 4.9). Etwa jede fünfte Person ist auf Veranlassung der Familie oder von Freunden gekommen (21%). Bei den restlichen PGS zeigt sich eine Vielfalt vermittelnder Instanzen: von öffentlichen Ämtern über niedergelassene Ärzte bis hin zu stationären Einrichtungen. Bei 47 Prozent der PGS konnte die Betreuung planmäßig beendet werden. Darüber hinaus ist es bei 18% zu einer planmäßigen Weitervermittlung gekommen. 35% der Glücksspiel-Klienten/innen haben dagegen vorzeitig die Betreuung abgebrochen.<sup>27</sup> Wenn eine Weitervermittlung stattgefunden hat – und zwar unabhängig davon, ob planmäßig oder nicht – wurden 62 Prozent der PGS an eine Selbsthilfegruppe, 21 Prozent an eine ambulante Beratungs-/Behandlungsstelle und 22 Prozent an sonstige Institutionen verwiesen (Mehrfachantworten waren möglich). Die Entwicklung der Glücksspielproblematik am Ende der Betreuung wird bei fast zwei Drittel der PGS positiv als „erfolgreich“ (34%) oder „gebessert“ (31%) eingestuft (siehe Tabelle 4.10). Dagegen stellt sich bei gut einem

	Anteil
Beratung	46%
Vermittlung	3%
Betreuung	45%
andere Hilfen	4%
Leistung schriftlich	3%
Gesamt (N)	2.777

Tabelle 4.11: In Anspruch genommene Leistungstypen der pathologischen Glücksspieler (abgeschlossene Betreuungen)

Drittel der Klienten/innen das Glücksspielverhalten unverändert dar.

#### 4.2.3. In Anspruch genommene Leistungen

Im Durchschnitt nehmen die PGS 9,5 Stunden Leistungen in Anspruch. Wird die prozentuale Verteilung der absoluten Anzahl von Leistungen für PGS betrachtet, zeigt sich, dass die Beratungs- und Betreuungsleistungen (z. B. Ambulante Rehabilitation) mit Anteilen von 46 Prozent bzw. 45 Prozent beinahe gleichauf liegen (siehe Tabelle 4.11). Die Leistungssegmente „Vermittlung“ und „andere Hilfen“ spielen nur eine untergeordnete Rolle.

### 4.3. Analyse II: Pathologische Glücksspieler und Alkoholklienten im Vergleich

In dieser Analyse II wird ein Vergleich der pathologischen Glücksspieler (PGS) mit den Alkoholklienten/innen (ALK) durchgeführt. Dabei wird sich an der Auswertungsstruktur der Analyse I orientiert.

Da bei den beiden Klientelen erhebliche Unterschiede in der Geschlechterverteilung (Frauenanteil: 11% zu 27%) sowie beim Durchschnittsalter (38,1 zu 43,5 Jahre) vorhanden sind, die bei einem Vergleich zu verzerrenden

		Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
		ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
Alter	Ø	23,4	23,7	39,0	38,2	53,3	52,9
Anzahl	N	925	116	1.719	209	2.215	95

Tabelle 4.12: Gruppenbildung: Durchschnittsalter der männlichen pathologischen Glücksspieler und männlichen Alkoholklienten

<sup>27</sup> Basis dieser und der folgenden Auswertungen sind die abgeschlossenen Betreuungen des Jahres 2008.



	Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
	ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
alleinlebend	35%	28%	53%	30%	51%	47%
Partner/in	12%	39%	34%	56%	40%	47%
Kind(ern)	4%	6%	13%	20%	13%	14%
Eltern(-teil)	33%	31%	5%	7%	2%	2%
sonstiger/n Bezugsperson/en	3%	0%	1%	2%	1%	0%
sonstiger/n Person/en	17%	4%	6%	3%	4%	3%
Gesamt (N)	443	72	1.015	145	1.246	66

Tabelle 4.13: Lebenssituation der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (mehrere Angaben möglich, ausschließlich Männer)

Ergebnisse führen könnten, werden im Folgenden ausschließlich die männlichen Klienten unterteilt nach Altersklassen betrachtet. Entsprechend dieser Methodik wurden für diesen Vergleich die drei Altersklassen „bis 29 Jahre“, „30 bis 44 Jahre“ und „45 Jahre und älter“ gebildet. Sie sind so gruppiert, dass ein vergleichbares Durchschnittsalter gewährleistet ist (siehe Tabelle 4.12).

#### 4.3.1. Soziale und gesundheitliche Situation

Werden zunächst einige soziodemografische Kriterien untersucht, zeigt sich bei der Lebenssituation, dass die PGS wesentlich häufiger mit einem/r Partner/in zusammenleben als die ALK (siehe Tabelle 4.13). Das trifft ebenfalls für das Zusammenleben mit Kindern zu. Umgekehrt ist der Anteil der Alleinlebenden bei den ALK höher. Das gilt für alle drei Altersklassen, wobei die Unterschiede bei den älteren Männern (45 J. und älter) nicht mehr ganz so gravierend sind.

Bei der Wohnsituation stellt sich die Lage differenzierter dar: Während es bei den jüngeren Klienten deutliche Abweichungen zwischen den PGS und ALK gibt – so ist bei

der erst genannten Gruppe der Anteil derjenigen, die in einer eigenen/gemieteten Wohnung/Haus leben, deutlich höher (52% zu 38%) –, zeigen sich bei den beiden anderen Altersgruppen kaum Unterschiede. Hier lebt der weit überwiegende Teil in einer gesicherten Wohnsituation.

Ein Vergleich der Schulabschlüsse beider Klientele fällt in der jüngsten Altersgruppe (bis 29 J.) eindeutig zugunsten der PGS aus. So liegen hier die Anteile für die „mittlere Reife“ und das Abitur bei 29 Prozent bzw. 19 Prozent (siehe Tabelle 4.15). Die entsprechenden Werte der ALK betragen 16 Prozent bzw. 6 Prozent. In der mittleren Altersgruppe (30 bis 44 J.) ist dieser Unterschiede noch in abgeschwächter Form vorhanden, in der ältesten Gruppe (45 J. und älter) verschwindet er bzw. verkehrt sich sogar leicht zugunsten der ALK.

Ein nicht in allen Punkten mit den Schulabschlüssen übereinstimmendes Bild ergibt sich bei der Erwerbssituation. Hier ist in allen drei Altersgruppen der Anteil der Erwerbstätigen – Auszubildende, Arbeiter, Angestellte, Beamte und Selbstständige zusammengerechnet – bei den PGS höher als bei den ALK. Dabei ist die Abweichung bei der mittleren Altersgruppe am größten (76% zu

	Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
	ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
alleinlebend	38%	52%	77%	82%	90%	84%
Partner/in	27%	33%	5%	6%	2%	1%
Kind(ern)	25%	8%	8%	7%	2%	9%
Eltern(-teil)	9%	7%	10%	5%	6%	6%
Gesamt (N)	748	103	1.493	187	1.915	86

Tabelle 4.14: Wohnsituation der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten, ausschließlich Männer

	Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
	ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
ohne Schulabschluss abgegangen	21%	8%	10%	3%	4%	4%
Förder- / Sonderschulabschluss	7%	5%	6%	1%	3%	6%
Hauptschul- / Volksschulabschluss	47%	33%	48%	48%	52%	55%
Realschulabschluss / Polytechnischer Oberschulabschluss (Fach-)abitur	16%	29%	27%	39%	28%	27%
anderes	6%	19%	9%	8%	13%	8%
	4%	6%	1%	1%	0%	0%
Gesamt (N)	306	63	759	117	935	51

Tabelle 4.15: Schulabschluss der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer)

49%) und in der ältesten Gruppe am geringsten (50% zu 48%) (siehe Tabelle 4.16). Entsprechend stellen sich die Anteile arbeitsloser bzw. nicht erwerbsfähiger Personen (SGB II, III & XII) dar: Sie fallen in allen drei Altersgruppen bei den ALK deutlich höher aus als bei den PGS.

Die Schuldensituation ist eines der wenigen sozialen Kriterien, bei welchem sich die Alkoholklientel als weniger belastet als die PGS zeigt. In allen drei Altersgruppen ist ihr Anteil nicht verschuldeter Personen größer, die Unterschiede sind teilweise sehr deutlich. So ist bei den älteren Männern mehr als jeder zweite ALK nicht verschuldet, während bei den PGS nur ca. ein Viertel hiervon berichtet (siehe Tabelle 4.17). In der jüngsten Altersklasse

ist der diesbezügliche Unterschied von fünf Prozentpunkten noch am geringsten. Von Schulden, die einen Betrag von 25.000 Euro übersteigen, sind nahezu ein Viertel der 30- bis 44-jährigen und 27 Prozent der mindestens 45-jährigen PGS betroffen. Diese Anteile liegen somit zwei bzw. drei Mal höher als bei der Alkoholklientel.

Abschließend wird ein vergleichender Blick auf die gesundheitliche Situation der beiden Klientele geworfen. Bei der allgemeinen somatischen Situation schneiden die ALK erwartungsgemäß – aufgrund der körperlichen Nebenwirkungen eines langjährigen Alkoholkonsums – deutlich schlechter ab als die PGS. Dabei steigt der Anteil „mittel“ oder „stark“ körperlich beeinträchtigter Perso-

	Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
	ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
Auszubildender	8%	12%	0%	1%	0%	0%
Arbeiter/Angestellter/Beamte	23%	40%	44%	65%	42%	37%
Selbstständiger/Freiberufler	0%	1%	5%	10%	6%	22%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	7%	8%	12%	6%	9%	7%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	20%	18%	29%	9%	26%	3%
Schüler/Student	15%	11%	0%	1%	0%	0%
Rentner/Pensionär	0%	0%	2%	1%	14%	25%
Sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)	21%	8%	6%	4%	2%	3%
anderes	5%	1%	2%	3%	1%	3%
Gesamt (N)	472	73	1027	139	1281	60

Tabelle 4.16: Erwerbssituation der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer)

	Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
	ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
keine Schulden	34%	29%	33%	9%	54%	26%
Schulden < 2.5000 €	18%	17%	13%	21%	11%	0%
Schulden > 2.500 bis 10.000 €	17%	17%	10%	14%	7%	9%
Schulden > 10.000 bis 25.000 €	17%	27%	17%	24%	7%	26%
Schulden > 25.000 bis 50.000 €	4%	4%	6%	15%	4%	18%
Schulden > 50.000 €	1%	2%	6%	8%	5%	9%
Schulden in unbekannter Höhe	9%	4%	15%	9%	11%	12%
Gesamt (N)	224	48	402	91	498	34

Tabelle 4.17: Schuldensituation der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer)

nen mit dem Alter an: In der jüngeren Altersklasse beträgt der addierte Wert 36 Prozent, bei der ältesten Gruppe liegt er schon bei 69 Prozent (siehe Tabelle 4.18). Bei den PGS ein solch starker altersgruppenbezogener Unterschied nicht zu beobachten; die leichte Zunahme dürfte eher den normalen Gesundheitsentwicklungen im Alter zuzuschreiben sein.

Ein anderes Bild zeigt sich bei der psychischen Situation (siehe Tabelle 4.19). Diese stellt sich bei den ALK leicht besser dar als bei den PGS, auch wenn bei beiden Klienten der Anteil der „mittel“ oder „stark“ beeinträchtigten Personen (sehr) deutlich überwiegt. Der Anteil der in seelischer Hinsicht „gar nicht“ beeinträchtigten Klienten ist jedoch bei der PGS in allen drei Altersklassen wesentlich geringer als bei den ALK.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die soziale Situation der PGS besser darstellt als diejenige der ALK. Auch bei der allgemeinen somatischen Situation fällt das Ergebnis für die PGS positiver aus. Hinsichtlich der psychischen Gesundheit zeigt sich jedoch die Glücksspielklientel etwas stärker beeinträchtigt.

### 4.3.2. Betreuungen

Wurden in die bisherige Vergleichsbetrachtung demografische und biografische Inhalte einbezogen, so sollen im Folgenden betreuungsbezogene Ergebnisse dargestellt werden. Zunächst zeigt sich, dass der Anteil derjenigen Klienten/innen, die vor der Betreuung in ihrer ambulanten Einrichtung schon mindestens einmal eine andere suchtspezifische Hilfe in Anspruch genommen haben, bei den ALK größer ist als bei den PGS. Das gilt für alle drei Altersgruppen. Den diesbezüglichen höchsten Anteil mit 88 Prozent weisen die älteren ALK auf, den niedrigsten mit 40 Prozent die jüngeren PGS (siehe Tabelle 4.20).

Bei der Frage nach der vermittelnden Instanz ergeben sich die größten Unterschiede zum einen beim Anteil derjenigen Personen, die ohne Vermittlung die ambulante Einrichtung aufgesucht haben. Hier kommen in allen drei Altersklassen die PGS auf größere Anteile, teilweise liegen diese nahezu 20 Prozentpunkte höher als bei den ALK (siehe Tabelle 4.21). Zum anderen werden PGS viel häufiger über die Familie oder Freunde an eine Einrichtung vermittelt als die ALK. Dagegen findet die zuletzt

	Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
	ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
gar nicht	64%	78%	47%	83%	32%	71%
mittel	33%	10%	40%	15%	47%	19%
stark	3%	12%	14%	2%	22%	10%
Gesamt (N)	152	41	354	87	399	31

Tabelle 4.18: Allgemeine somatische Beeinträchtigung (nach Einschätzung der Betreuer) der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer)

	Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
	ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
gar nicht	25%	5%	14%	7%	14%	10%
mittel	53%	69%	60%	66%	56%	61%
stark	22%	26%	26%	27%	31%	29%
Gesamt (N)	152	42	353	85	400	31

Tabelle 4.19: Allgemeine psychische Beeinträchtigung (nach Einschätzung der Betreuer) der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer)

	Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
	ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
ja	68%	40%	80%	68%	88%	58%
nein	32%	60%	20%	32%	12%	42%
Gesamt (N)	261	52	706	98	864	48

Tabelle 4.20: Jemals zuvor beanspruchte suchtspezifische Hilfe der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer)

	Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
	ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
ohne Vermittlung/Selbstmelder	16%	25%	30%	46%	27%	46%
Familie / Freunde	7%	35%	6%	19%	7%	15%
Niedergelassene Arzt / Psychotherapeut	4%	1%	4%	3%	4%	5%
Krankenhaus/ Institutsambulanz	3%	0%	9%	4%	16%	6%
stationäre Einrichtung	3%	5%	10%	4%	10%	6%
andere Beratungsdienste	5%	9%	5%	7%	6%	10%
Sozialdienst JVA / Maßregelvollzug	8%	2%	2%	2%	1%	1%
Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)	6%	3%	3%	2%	1%	2%
Justizbehörden/Bewährungshilfe	33%	10%	9%	3%	4%	5%
sonstiges	14%	10%	21%	10%	23%	4%
Gesamt (N)	614	92	1.277	169	1.562	84

Tabelle 4.21: Vermittelnde Instanz der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer)

	Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
	ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
planmäßig	54%	41%	48%	47%	55%	54%
Abbruch	36%	47%	36%	32%	29%	26%
Weitervermittlung	10%	12%	16%	21%	15%	20%
Gesamt (N)	616	83	1.128	135	1.399	69

Tabelle 4.22: Art der Beendigung der Betreuung bei pathologischen Glücksspielern und Alkoholklienten (abgeschlossene Betreuungen, ausschließlich Männer)

genannte Klientel häufiger über stationäre Institutionen den Weg in die Einrichtung.

Bei der Art der Beendigung der Betreuung sind die Erfolgsquoten der PGS und ALK im Großen und Ganzen ähnlich, wenn die Anteile für eine planmäßige Beendigung bzw. planmäßige Weitervermittlung zusammen betrachtet werden. Es fällt aber auf, dass in beiden Klientengruppen der Anteil positiver Beender mit zunehmendem Alter ansteigt. So beträgt diese Quote der planmäßigen Beendigung/Weitervermittlung bei den älteren PGS 74 Prozent und bei den älteren ALK 70 Prozent (siehe Tabelle 4.22). Hervorzuheben ist noch der überdurchschnittlich hohe Anteil von vorzeitigen Abbrechern in der Gruppe der jüngeren PGS (47%).

Die Inanspruchnahme von Hilfe eines Klienten endet oftmals nicht mit der Beendigung der laufenden ambulanten Betreuung. Es findet dann anschließend eine Versorgung in anderen Bereichen des Hilfesystems statt, meist vermittelt über die betreuende Beratungsstelle. Werden diese Weitervermittlungen näher untersucht, wird deutlich, dass die PGS viel häufiger als die ALK an

eine Selbsthilfegruppe weitervermittelt werden. Die Diskrepanz ist bei den jüngeren Klienten am größten – 74 Prozent zu 33 Prozent – und bei den älteren Klienten am kleinsten – 57 Prozent zu 46 Prozent (siehe Tabelle 4.23). Ferner ist der deutlich höhere Anteil von ALK, die an eine stationäre Institution (stationär/Krankenhaus) weitergeleitet werden, bemerkenswert. Dieser Anteil nimmt darüber hinaus mit zunehmenden Alter ab.

Bezüglich der Einschätzung der Entwicklung der Suchtproblematik am Ende einer Betreuung zeigen sich (jeweils im Binnenvergleich) zwischen den beiden Klientengruppen keine gravierenden Unterschiede (siehe Tabelle 4.24). So weicht der Anteil der positiven Nennungen – das sind die Kategorien „erfolgreich“ und „gebessert“ zusammengenommen – innerhalb der drei Altersklassen um maximal acht Prozentpunkte voneinander ab. Deutlich wird aber, dass sowohl bei den PGS als auch bei den ALK der Anteil der erfolgreichen Beender mit zunehmendem Alter ansteigt.

	Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
	ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
Selbsthilfegruppe	33%	74%	45%	63%	46%	57%
Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz	19%	19%	19%	22%	23%	27%
Krankenhaus / Krankenhausabteilung: Entgiftung (qualifiziert)	21%	3%	12%	0%	6%	0%
Stationäre Rehabilitationseinrichtung	20%	10%	17%	8%	12%	11%
Sonstige	11%	0%	17%	10%	20%	16%
Gesamt (N)	84	31	327	73	474	37

Tabelle 4.23: Weitervermittlung der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten nach beendeter Betreuung (mehrere Antworten möglich, ausschließlich Männer)

	Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
	ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
Erfolgreich	17%	24%	34%	42%	42%	35%
Gebessert	39%	24%	29%	31%	27%	39%
Unverändert	41%	51%	35%	26%	28%	27%
Verschlechtert	3%	2%	2%	1%	3%	0%
Gesamt (N)	347	63	763	100	948	49

Tabelle 4.24: Glücksspielverhalten (Konsumstatus) der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten am Ende der Betreuung (abgeschlossene Betreuungen, ausschließlich Männer)

In der Zusammenschau lässt sich festhalten, dass sich die Art des Beendens einer Betreuung und die Entwicklung der Suchtproblematik bei PGS und ALK ähnlich darstellen, während die Vermittlung in und aus der Einrichtung durch deutliche Unterschiede zwischen den beiden Klientengruppen gekennzeichnet ist.

#### 4.3.3. In Anspruch genommene Leistungen

Abschließend sollen kurz einige Daten zu den in Anspruch genommenen Leistungen präsentiert werden. Es zeigen sich hier uneinheitliche Ergebnisse. Bei der durchschnittlichen Dauer der nachgefragten Leistungen gibt es zwar noch mit Werten von 4,9 Stunden (ALK) und 4,4 Stunden (PGS) in der Gruppe der Klienten bis 29 Jahre ein ähnliches Inanspruchnahmeverhalten (siehe Tabel-

le 4.25). Werden jedoch die beiden anderen Altersgruppen hinzugezogen, zeigt sich sowohl im Binnenvergleich (PGS vs. ALK) als auch im Vergleich zwischen den Altersgruppen kein erkennbares Muster der Inanspruchnahme.

Dieses setzt sich bei der Auswertung nach dem Leistungstyp zumindest bei den PGS fort: So findet sich beim Leistungstyp „Betreuung“ (z. B. ambulante Rehabilitation) ein Höchstwert von 58 Prozent in der Gruppe der PGS zwischen 30 und 44 Jahren (siehe Tabelle 4.26). In der jüngeren Gruppe der PGS beträgt dieser dagegen nur 15 Prozent, in der ältesten Gruppe ist er mit 20 Prozent auch nicht wesentlich höher. Bei den ALK ist dagegen ein Inanspruchnahmeverhalten erkennbar, welches bei zunehmenden Alter durch einen abnehmenden Anteil von Beratungsleistungen und einen steigenden Anteil von Betreuungsleistungen gekennzeichnet ist.

		Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
		ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
Dauer pro Klient in Std.	Ø	4,9	4,4	9,8	12,9	11,7	7,1
Klienten (N)		611	83	1.127	142	1.427	70

Tabelle 4.25: Durchschnittliche Dauer aller in Anspruch genommenen Leistungen durch die pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (abgeschlossene Betreuungen, ausschließlich Männer)

	Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
	ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
Beratung	66%	76%	45%	39%	40%	52%
Vermittlung	3%	4%	2%	2%	2%	5%
Betreuung	19%	15%	47%	58%	52%	20%
Andere Hilfen	7%	4%	2%	1%	3%	15%
Leistung schriftlich	5%	2%	3%	1%	3%	8%
Gesamt (N)	3.515	390	10.763	1.509	14.827	510

Tabelle 4.26: In Anspruch genommene Leistungstypen durch die pathologischen Glücksspieler und die Alkoholklienten (abgeschlossene Betreuungen, ausschließlich Männer)

## Anhang I: Weitere Auswertungen zu den pathologischen Glücksspielern

	Anteil
ledig, nie verheiratet gewesen	51%
verheiratet, zusammen lebend	26%
verheiratet, getrennt lebend	4%
geschieden	17%
verwitwet	2%
Gesamt (N)	348

Tabelle 4.A1: Familienstand der pathologischen Glücksspieler

	Anteil
Geldstrafe	5%
Haftstrafe	20%
andere Verurteilungen	4%
bisher keine Verurteilungen	71%
Gesamt (N)	112

Tabelle 4.A3: Verurteilungssituation der pathologischen Glücksspieler (Führerscheinentzug nicht einbezogen)

	Anteil
alleinstehend	42%
zeitweilige Beziehung(en)	4%
feste Beziehung, zusammenlebend	42%
feste Beziehung, getrennt lebend	12%
sonstige	0%
Gesamt (N)	435

Tabelle 4.A2: Partnerbeziehung der pathologischen Glücksspieler

	Anteil
Keine gerichtlichen Auflagen	94%
Andere strafrechtliche Grundlage	6%
Gesamt (N)	367

Tabelle 4.A4: Gesetzliche Grundlage der Betreuung der pathologischen Glücksspieler



	Anteil
Lohn, Gehalt, Einkünfte aus freiberuflicher/selbständiger Tätigkeit	49%
Ausbildungsbeihilfe, Unterhalt	2%
Alters-Rente, Pension	5%
Arbeitslosengeld I (SGB III 117)	8%
Arbeitslosengeld II (SGB II 19) / Sozialgeld (SGB II 28)	16%
Sozialhilfe (u.a. staatliche Leistungen, z.B. AsylbLG, Wohngeld)	6%
Eltern/Angehörige	6%
Sonstiges	7%
Gesamt (N)	392

Tabelle 4.A5: Haupteinkommensquelle der pathologischen Glücksspieler

	Anteil
1-30 Tage	35%
31-90 Tage	26%
91-180 Tage	18%
181-365 Tage	12%
>1 Jahr	9%
Gesamt (N)	345

Tabelle 4.A6: Betreuungsdauer der pathologischen Glücksspieler (Klassen)

	Ø	N
Beratung	3,4	304
Vermittlung	0,8	49
Betreuung	35,1	53
Andere Hilfen	10,5	13
Leistung schriftlich	1,6	22

Tabelle 4.A7: Durchschnittliche Dauer des in Anspruch genommenen Leistungstyps bei den pathologischen Glücksspielern (in Stunden, abgeschlossene Betreuungen)

## Anhang II: Weitere Auswertungen pathologische Glücksspieler und Alkoholklienten im Vergleich

	Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
	ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
ledig, nie verheiratet gewesen	94%	88%	54%	43%	25%	28%
verheiratet, zusammen lebend	3%	9%	21%	37%	33%	31%
verheiratet, getrennt lebend	2%	0%	7%	4%	10%	7%
geschieden	1%	2%	17%	15%	27%	32%
verwitwet	0%	0%	0%	1%	4%	3%
Gesamt (N)	574	85	1.163	156	1398	72

Tabelle 4.A8: Familienstand der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer)

	Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
	ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
alleinstehend	58%	58%	49%	30%	45%	47%
zeitweilige Beziehung(en)	8%	5%	5%	5%	3%	1%
feste Beziehung, zusammenlebend	17%	25%	32%	53%	41%	43%
feste Beziehung, getrennt lebend	17%	12%	14%	13%	11%	9%
sonstige	0%	1%	0%	0%	0%	0%
Gesamt (N)	751	104	1496	195	1928	87

Tabelle 4.A9: Partnerbeziehung der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer)

	Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
	ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
Lohn, Gehalt, Einkünfte aus freiberuflicher/selbständiger Tätigkeit	21%	34%	38%	59%	37%	53%
Ausbildungsbeihilfe, Unterhalt	7%	6%	0%	2%	0%	0%
Alters-Rente, Pension	0%	0%	2%	1%	14%	14%
Arbeitslosengeld I (SGB III 117)	4%	6%	8%	12%	7%	5%
Arbeitslosengeld II (SGB II 19) / Sozialgeld (SGB II 28)	24%	21%	38%	15%	29%	16%
Sozialhilfe (u.a. staatliche Leistungen, z.B. AsylbLG, Wohngeld)	14%	8%	8%	5%	5%	5%
Eltern/Angehörige	14%	20%	0%	0%	0%	0%
sonstiges	17%	7%	7%	8%	7%	8%
Gesamt (N)	691	101	1.340	172	1.770	77

Tabelle 4.A10: Haupteinkommensquelle der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer)

	Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
	ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
Geldstrafe	10%	14%	9%	0%	9%	5%
Maßregeln	12%	0%	2%	0%	1%	0%
Therapieauflage (nach BtMG)	1%	0%	2%	0%	0%	0%
Haftstrafe	50%	31%	59%	15%	31%	26%
andere Verurteilungen	17%	3%	5%	9%	3%	0%
bisher keine Verurteilungen	11%	52%	23%	77%	56%	68%
Gesamt (N)	152	29	182	47	141	19

Tabelle 4.A11: Verurteilungssituation der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (Führerscheinentzug nicht einbezogen, ausschließlich Männer)

	Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
	ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
keine gerichtlichen Auflagen	60%	88%	92%	96%	97%	95%
andere strafrechtliche Grundlage	40%	12%	8%	4%	3%	5%
Gesamt (N)	621	82	1.204	163	1.513	81

Tabelle 4.A12: Gesetzliche Grundlage der Betreuung der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer)

	Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
	ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
1-30 Tage	33%	42%	31%	23%	29%	45%
31-90 Tage	24%	26%	26%	28%	26%	19%
91-180 Tage	20%	17%	19%	23%	19%	15%
181-365 Tage	16%	11%	15%	14%	15%	12%
>1 Jahr	7%	3%	10%	11%	12%	8%
Gesamt (N)	650	88	1199	145	1505	73

Tabelle 4.A13: Betreuungsdauer der pathologischen Glücksspieler und Alkoholklienten (ausschließlich Männer)

		Männer bis 29 Jahre		Männer 30 bis 44 Jahre		Männer 45 Jahre und älter	
		ALK	PGS	ALK	PGS	ALK	PGS
Beratung	Dauer Ø	3,0	3,0	3,8	4,2	4,1	3,1
	Anzahl Klienten N	585	80	1.004	124	1.235	69
Vermittlung	Dauer Ø	1,4	0,4	1,2	0,9	1,5	0,9
	Anzahl Klienten N	46	10	109	18	123	17
Betreuung	Dauer Ø	11,6	9,6	25,0	39,7	29,1	19,4
	Anzahl Klienten N	68	9	259	32	358	8
Andere Hilfen	Dauer Ø	5,5	4,3	5,7	7,5	7,9	19,2
	Anzahl Klienten N	44	6	50	2	87	5
Leistung schriftlich	Dauer Ø	1,9	1,5	2,6	1,0	3,0	2,4
	Anzahl Klienten N	67	3	131	11	136	7

Tabelle 4.A14: Durchschnittliche Dauer der in Anspruch genommenen Leistungstypen bei den pathologischen Glücksspielern und den Alkoholklienten (in Stunden, abgeschlossene Betreuungen, ausschließlich Männer)

## Literatur

Buth S. & Stöver H. (2008). Glücksspielteilnahme und Glücksspielprobleme in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. in: Suchttherapie (9), S. 1-9.

IFT, Institut für Therapieforschung (2009). Tabellenbände 2008, [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de).

Kalke J., Rosenkranz M., Hiller P., Neumann E., Raschke P. & Werse B. (2008). Landesauswertung 2007 der computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen. Grunddaten, Band 1, Frankfurt a./M.

Kalke J., Meyer G., Haasen C. & Hayer T. (2008). Glücksspielsucht-Forschung in Deutschland. Stand und Perspektiven, in: Konturen. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen, Heft 1/2008, S. 20-24.

Meyer G. & Hayer T. (2005). Das Gefährdungspotenzial von Lotterien und Sportwetten. Eine Untersuchung von Spielern aus Versorgungseinrichtungen. Abschlussbericht an das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und an die Westdeutsche Lotterie GmbH. Universität Bremen.









