

Christina Bauer  
Dilek Sonntag  
Karin Welsch

Suchthilfestatistik 2004  
Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten  
der Suchthilfeinrichtungen des Landes Thüringen

Statistical Report 2004 of Addiction Treatment  
Report on the Current Situation and the Activities  
of the Addiction Treatment Facilities in Thuringia

München 2005  
IFT-Berichte Bd. 155  
IFT-Reports Vol. 155



IFT Institut für Therapieforschung, München

Christina Bauer  
Dilek Sonntag  
Karin Welsch

Suchthilfestatistik 2004  
Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten  
der Suchthilfeinrichtungen des Landes Thüringen  
Statistical Report 2004 of Addiction Treatment Facilities  
Report on the Current Situation and the Activities  
of the Addiction Treatment Facilities in Thuringia



Reihe IFT-Berichte  
Band Nr. 155

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

In der Reihe IFT-Berichte sind zuletzt erschienen:

Rösner, S. & Kufner, H. (2005). Jahresbericht 2003 Medikamentenmissbrauch bei Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen (Monitoring-System ebis-med, Berichtszeitraum 01.01.2003-31.12.2003). IFT-Berichte, Bd. 151. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Nöller, S. & Kufner, H. (2005) Evaluation der Suchthilfe in Erfurter Allgemeinkrankenhäusern: Jahresbericht 2003. IFT-Berichte, Bd. 152. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K. H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, S. N. (2005). Jahresstatistik 2004 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.2004 -31.12.2004. IFT-Berichte Bd. 153. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K. H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, S. N. (2005). Jahresstatistik 2004 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.2004 -31.12.2004. IFT-Berichte Bd. 154. München: IFT Institut für Therapieforschung.

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

ISSN 0937-034X

Copyright 2005 by IFT Institut für Therapieforschung, Parzivalstr. 25, 80804 München

Tel.: 089/360804-0 (Zentrale), Fax: 089/360804-69, E-mail: [ift@ift.de](mailto:ift@ift.de), Web-Site: <http://www.ift.de>

Printed in Germany

## Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	5
Abbildungsverzeichnis .....	7
1 Einleitung .....	8
2 Einrichtungen .....	9
2.1 Struktur .....	9
2.2 Finanzierung .....	13
2.3 Mitarbeiter .....	14
3 Daten zur Klientel .....	15
3.1 Übersicht zur Klientel .....	15
3.2 Verteilung der Hauptdiagnosen .....	17
3.3 Soziodemografische Daten .....	19
4 Daten zu Interventionen .....	28
5 Trendanalyse 2000 bis 2004 .....	40
Literatur .....	46

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einrichtungstypen und Software (N=46) .....	9
Tabelle 2: Einrichtungsträger und Einrichtungstyp* (N=46) .....	10
Tabelle 3: Einrichtungsbestandteile (Angebote) und Einrichtungstypen* (N=46) .....	10
Tabelle 4: Pflichtversorgungsauftrag und Einrichtungstypen (N=46) .....	11
Tabelle 5: Qualitätsmanagementsystem und Einrichtungstypen* (N=46) .....	12
Tabelle 6: Dokumentation und Einrichtungstypen* (N=46) .....	13
Tabelle 7: Erreichbarkeit und Einrichtungstypen* (N=46) .....	13
Tabelle 8: Budget der Einrichtungseinheit (Einrichtungstyp 1+2; N=13) .....	13
Tabelle 9: Durchschnittliche Anzahl der Mitarbeiter nach Berufsgruppen und Einrichtungstyp (N=46) .....	14
Tabelle 10: Anzahl der Betreuungen 2004 (N=46) .....	15
Tabelle 11: Betreuungsgrund und Einrichtungstyp (N=28) .....	15
Tabelle 12: Primärer Hilfebedarf* und Einrichtungstyp (N=28) .....	16
Tabelle 13: Hauptdiagnosen, Einrichtungstyp und Geschlecht bei Klienten mit eigener Störung (N=46) .....	18
Tabelle 14: Altersverteilung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=28) .....	20
Tabelle 15: Altersverteilung bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=28) .....	21
Tabelle 16: Altersdurchschnitt und Einrichtungstyp (N=46) .....	21
Tabelle 17: Dauer der Symptomatik (Einzeldiagnosen; N=28) .....	23
Tabelle 18: Familienstand bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=28) .....	23
Tabelle 19: Familienstand bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=28) .....	24
Tabelle 20: Wohnsituation bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=28) .....	25
Tabelle 21: Wohnsituation bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=28) .....	25
Tabelle 22: Berufliche Integration bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=26) .....	27
Tabelle 23: Berufliche Integration bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=26) .....	27
Tabelle 24: Aufnahmegrund bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=19) .....	28
Tabelle 25: Aufnahmegrund bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=19) .....	28
Tabelle 26: Vermittlung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=25) .....	29
Tabelle 27: Vermittlung bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=25) .....	30
Tabelle 28: Anteil der Erstbehandelten bei den häufigsten Hauptdiagnosen (N=25)	30
Tabelle 29: Maßnahmen bei Klienten mit einer eigenen Problematik* (alle Einrichtungstypen, N=28) .....	31
Tabelle 30: Mittlere Betreuungsdauer in Wochen und Einrichtungstyp (N=46) .....	32
Tabelle 31: Dauer der Betreuung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2; N=28) .....	33

Tabelle 32: Dauer der Betreuung bei nichtsubstanbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2; N=28).....	33
Tabelle 33: Mittlere Kontaktzahl und Einrichtungstyp (N=32) .....	34
Tabelle 34: Anzahl der Kontakte bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2; N=27).....	35
Tabelle 35: Anzahl der Kontakte bei nichtsubstanbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2; N=27).....	35
Tabelle 36: Art der Beendigung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2; N=28).....	36
Tabelle 37: Art der Beendigung bei nichtsubstanbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2; N=28).....	36
Tabelle 38: Ergebnisse der Betreuung bei ausgewählten Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2; N=28).....	38
Tabelle 39: Ergebnisse der Betreuung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=43) .....	39
Tabelle 40: Anteil der Erstkonsumenten bis 14 Jahre .....	41
Tabelle 41: Dauer der Betreuung .....	43

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einwohnerzahl am Sitz der Einrichtung und Einrichtungstyp (N=46) ...	11
Abbildung 2: Größe der Versorgungsregion und Einrichtungstyp (N=33).....	11
Abbildung 3: Klientengruppen und Geschlecht (Einrichtungstyp 1+2; N=20; unbek.: 3,9%) .....	16
Abbildung 4: Verteilung der häufigsten Hauptdiagnosen nach Einrichtungstyp bei Klienten mit eigener Störung (N=46; unbek./ohne Hauptdiagnose: 11,0%) .....	18
Abbildung 5: Geschlechterverteilung bei den häufigsten Hauptdiagnosen (N=46; unbek.: 0,0%) .....	19
Abbildung 6: Altersverteilung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=46; unbek.: 0,1%) .....	22
Abbildung 7: Durchschnittliches Alter beim Erstkonsum (Einzeldiagnosen; N=28; unbek.: 0,0%) .....	22
Abbildung 8: Familienstand und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=45; unbek.: 1,3%) .....	24
Abbildung 9: Wohnsituation und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=45; unbek.: 2,0%) .....	26
Abbildung 10: Betreuungsdauer und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=46, unbek.: 0,0%) .....	32
Abbildung 11: Kontaktzahl und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=32, unbek.: 2,9%) .....	34
Abbildung 12: Art der Beendigung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=46, unbek.: 1,9%) .....	37
Abbildung 13: Einrichtungs-beteiligung und dokumentierte Betreuungen.....	40
Abbildung 14: Nationalität und Hauptdiagnosen.....	41
Abbildung 15: Anzahl der Kontakte pro beendete Betreuung .....	42
Abbildung 16: Planmäßige Beendigung .....	43
Abbildung 17: Beendigung durch Klientenabbruch.....	44
Abbildung 18: Klienten mit Abstinenz bzw. verbesserter Situation am Betreuungsende (planmäßige und unplanmäßige Beendigungen) .....	44

# 1 Einleitung

## Zur Situation der Suchthilfedokumentation in Thüringen

Seit der Verabschiedung des Deutschen Kerndatensatzes Sucht (KDS) durch den Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) im Jahr 1999 beteiligen sich auch die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Thüringen an dieser standardisierten Datenerhebung. Schon seit mehr als 10 Jahren nehmen die Psychosozialen Beratungsstellen an dieser Standarddokumentation teil, seit 2001 die Einrichtungen des ambulanten und seit 2002 auch die Einrichtungen des stationären betreuten Wohnens. Seit Anfang 2004 dokumentieren auch die komplementären Einrichtungen im Bereich der psychiatrischen Versorgung nach dem thüringischen Kerndatensatz Psychiatrie, der mit dem Kerndatensatz Sucht kompatibel ist. Eine Integration dieser Daten in die Thüringische Suchthilfestatistik war bereits für die Jahresauswertung 2004 vorgesehen. Für 2004 lag jedoch nur von einer einzigen Einrichtung ein Datensatz vor, so dass man davon ausgehen muss, dass sich die Ausstattung der Einrichtungen mit Hard- und Software verzögert hat und so erst für die Auswertung 2005 mit einer nennenswerten Beteiligung der Einrichtungen aus dem komplementären Bereich zu rechnen ist.

Bisher wird in Thüringen die Software EBIS sowie Horizont eingesetzt, die beide den o.g. Deutschen Kerndatensatz Sucht unterstützen und kompatible Daten für eine systemübergreifende standardisierte Jahresauswertung auf Bundes- und Landesebene zur Verfügung stellen können. Das Land Thüringen unterstützt seine Suchthilfeeinrichtungen im Rahmen eines finanziellen Bonussystems für die termingerechte Beteiligung an dieser jährlichen Auswertung, wobei die Höhe des Bonus von der Qualität der erhobenen Daten abhängt.

Das Institut für Therapieforschung (IFT) erstellt seit 1980 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) eine jährliche Bundessuchthilfestatistik (zuletzt Sonntag, Welsch & Bauer, 2005) und stellt in diesem Zusammenhang den Bundesländern deren Daten unkommentiert in Form von standardisierten Tabellen zur Verfügung. Der hier vorliegende Bericht basiert auf den Daten dieser umfassenden Tabellenbände für die Jahre 2000 bis 2004 und wurde im Auftrag des Thüringischen Sozialministeriums erstellt.

## Hinweise zum Verständnis des Berichts

Zur besseren Lesbarkeit wird in den Tabellen, die nach Einrichtungstyp unterscheiden, nicht die vollständige Bezeichnung eines Einrichtungstyps verwendet, sondern nur die im Deutschen Kerndatensatz vorgegebene Typennummer, die Tabelle 1 zu entnehmen ist.

Zur sprachlichen Vereinfachung werden im vorliegenden Bericht folgende Begriffe verwendet: „Beratungsstellen“ anstelle von „ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen“, „Klient“ als neutraler Begriff für männliche und weibliche Personen sowie „Betreuung“ als Überbegriff für Beratung und/oder Behandlung.

## 2 Einrichtungen

Die nachfolgend dargestellten Strukturdaten basieren auf den Datensätzen von 46 Einrichtungen. Die Datenerhebung fand auf der Basis des Einrichtungsbezogenen Deutschen Kerndatensatzes (DHS, 2001) statt.

### 2.1 Struktur

An der Jahresauswertung 2004 des Landes Thüringen haben insgesamt 46 Einrichtungen aus dem Bereich der Suchtkrankenhilfe teilgenommen. Dabei handelt es sich vorwiegend um ambulante Beratungsstellen: 27 Psychosoziale Beratungsstellen bzw. Ambulanzen, eine niedrigschwellige Einrichtung, fünf Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens, vier stationäre Rehabilitationseinrichtungen, ein(e) Krankenhaus(-abteilung) sowie neun Einrichtungen des stationären betreuten Wohnens (Tabelle 1). Die Zuordnung der Stellen zu einem Einrichtungstyp wurde durch die jeweilige Einrichtung selbst vorgenommen und ist wegen der oft parallel vorhandenen unterschiedlichen Angebote nicht immer eindeutig.

In 28 Einrichtungen wurde mit EBIS und in 18 Stellen mit HORIZONT dokumentiert. Das EBIS-System umfasst den Bundesdatensatz für die Suchtkrankenhilfe (Strobl & Türk, 2000), die Software HORIZONT der Firma Buchner den Deutschen Kerndatensatz Sucht (DHS, 2001).

**Tabelle 1: Einrichtungstypen und Software (N=46)**

Einrichtungstyp	Typen- Nummer*	Software/System		Gesamt 2004	Gesamt 2003
		EBIS	HORIZONT		
PSB(B)/Institutsambulanz/Fachambulanz + eine niedrigschwellige Einrichtung	1+2	20	8	28	29
Ambulantes betreutes Wohnen	3	0	5	5	6
Rehabilitationseinrichtung (SGB V § 107.2 / SGB VI § 9 und § 15) + ein(e) Krankenhaus(-abteilung)	6+7	4	0	4	3
Heim/stationäres betreutes Wohnen/Übergangseinrichtung	8	4	5	9	10
<b>Gesamt</b>		<b>28</b>	<b>18</b>	<b>46</b>	<b>48</b>

\* in den weiteren Tabellen werden die Einrichtungstypen zur besseren Lesbarkeit mit den hier angegebenen Nummern bezeichnet. Die einzelne niedrigschwellige Einrichtung wird zusammengefasst mit den Typ 2-Einrichtungen dargestellt, die einzelne Krankenhaus/-abteilung zusammen mit den Typ 7-Einrichtungen.

Einrichtungsträger ist in 98% der Fälle eine Organisation der freien Wohlfahrtspflege oder ein sonstiger gemeinnütziger Träger (e.V.) (Tabelle 2).

**Tabelle 2: Einrichtungsträger und Einrichtungstyp\* (N=46)**

	Typ 1+2		Typ 3		Typ 6+7		Typ 8		Gesamt	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Öffentlich-rechtlicher Träger	1	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,2%
Freie Wohlfahrtspflege/ gemeinnütziger Träger	28	100,0%	5	100,0%	3	75,0%	9	100,0%	45	97,8%
Privatwirtschaftlicher Träger	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%	1	2,2%
<b>Gesamt</b>	<b>28</b>	<b>100,0%</b>	<b>5</b>	<b>100,0%</b>	<b>4</b>	<b>100,0%</b>	<b>9</b>	<b>100,0%</b>	<b>46</b>	<b>100,0%</b>
Unbekannt									0	

\* Mehrfachnennungen möglich

Viele Einrichtungen verfügen in ihrer Organisationsstruktur über ein breites Spektrum an Angeboten. So geben insgesamt 24 Stellen an, niedrigschwellige Angebote vorzuhalten, obwohl nur eine Stelle diesen Einrichtungstyp als Hauptklassifizierung gewählt hat. 40 Stellen geben an, in ihrer Gesamteinrichtung die Dienste einer Psychosozialen Beratungsstelle, 27 ein ambulantes betreutes Wohnen und 17 ein stationäres betreutes Wohnen anzubieten (Tabelle 3). Dies verdeutlicht die ausgeprägte Angebotsvielfalt der thüringischen Einrichtungen.

**Tabelle 3: Einrichtungsbestandteile (Angebote) und Einrichtungstypen\* (N=46)**

	Typ 2		Typ 3		Typ 7		Typ 8		Gesamt	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Niedrigschwellige Einrichtung	15	53,6%	3	60,0%	1	25,0%	5	55,6%	24	52,2%
PSB(B)/Institutsambulanz/ Fachambulanz	28	100,0%	5	100,0%	2	50,0%	5	55,6%	40	87,0%
Ambulantes betreutes Wohnen	16	57,1%	5	100,0%	1	25,0%	5	55,6%	27	58,7%
Arbeits-/Beschäftigungsprojekt	6	21,4%	0	0,0%	1	25,0%	2	22,2%	9	19,6%
Arzt/Psychotherapeutische Praxis	2	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	11,1%	3	6,5%
Krankenhaus/-abteilung	1	3,6%	0	0,0%	2	50,0%	1	11,1%	4	8,7%
Rehabilitationseinrichtung	3	10,7%	0	0,0%	3	75,0%	1	11,1%	7	15,2%
Heim/stationäres betreutes Wohnen/Übergangseinrichtung	6	21,4%	2	40,0%	1	25,0%	8	88,9%	17	37,0%
Beratung/Behandlung im Strafvollzug	5	17,9%	0	0,0%	1	25,0%	2	22,2%	8	17,4%
<b>Gesamt</b>	<b>28</b>	<b>100,0%</b>	<b>5</b>	<b>100,0%</b>	<b>4</b>	<b>100,0%</b>	<b>9</b>	<b>100,0%</b>	<b>46</b>	<b>100,0%</b>
Unbekannt									0	

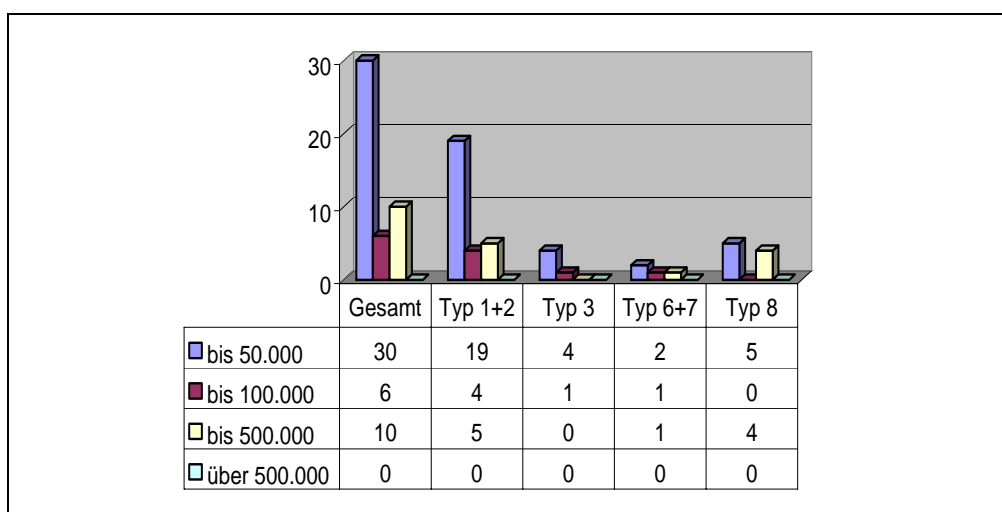
\* Mehrfachnennungen möglich

Einen Pflichtversorgungsauftrag geben 25 Einrichtungen an: 19 Beratungsstellen, drei Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens, zwei Rehabilitations-einrichtungen und ein Heim (Tabelle 4).

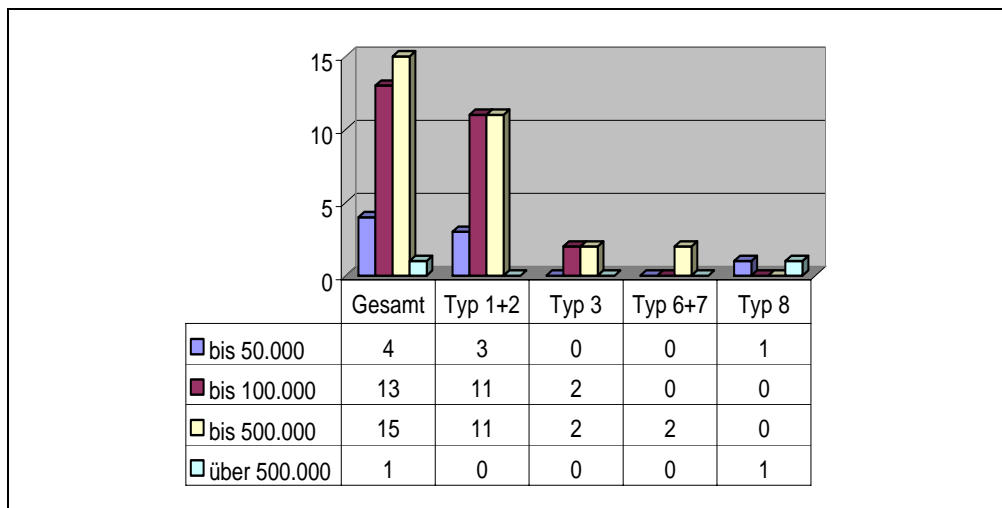
**Tabelle 4: Pflichtversorgungsauftrag und Einrichtungstypen (N=46)**

	Typ 1+2		Typ 3		Typ 6+7		Typ 8		Gesamt	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Ja	19	67,9%	3	60,0%	2	50,0%	1	11,1%	25	54,3%
Nein	9	32,1%	2	40,0%	2	50,0%	8	88,9%	21	45,7%
<b>Gesamt</b>	<b>28</b>	<b>100,0%</b>	<b>5</b>	<b>100,0%</b>	<b>4</b>	<b>100,0%</b>	<b>9</b>	<b>100,0%</b>	<b>46</b>	<b>100,0%</b>
Unbekannt									0	

Die erfassten Institutionen sind überwiegend in kleineren Orten angesiedelt: Die meisten liegen in Gemeinden mit bis zu 50.000 Einwohnern, nur ein Drittel der Einrichtungen befindet sich in Städten mit über 100.000 Einwohnern (Abbildung 1).

**Abbildung 1: Einwohnerzahl am Sitz der Einrichtung und Einrichtungstyp (N=46)**

Umgekehrt verhält es sich mit der Größe der Versorgungsregion: Hier liegt die Mehrheit (16 Einrichtungen) in der Kategorie über 100.000 Einwohner, 13 Einrichtungen haben eine Versorgungsregion mit 50.000-100.000 Einwohnern und nur vier Einrichtungen haben eine Versorgungsregionen von bis 50.000 Einwohnern (Abbildung 2). Zwischen den Einrichtungstypen können aufgrund der kleinen Stichprobe keine deutlichen Unterschiede festgestellt werden.

**Abbildung 2: Größe der Versorgungsregion und Einrichtungstyp (N=33)**

Von 46 Einrichtungen liegen Angaben zum Einsatz eines Qualitätsmanagementsystems vor (Tabelle 5). In 14 Einrichtungen wird das Qualitätssicherungsprogramm der Sozialversicherungsträger eingesetzt. Die meisten Stellen (n=30) geben an, sonstige Qualitätsmanagementsysteme zu verwenden. An den Standards entsprechend ISO 9000 ff. (International Standardisation Organization) orientieren sich lediglich zwei Beratungsstellen, das EFQM-Modell (European Foundation for Quality Management) wird in keiner Einrichtung eingesetzt. 13 Einrichtungen verfügen über kein Qualitätsmanagementsystem.

**Tabelle 5: Qualitätsmanagementsystem und Einrichtungstypen\* (N=46)**

	Typ 1+2		Typ 3		Typ 6+7		Typ 8		Gesamt	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Kein System	11	39,3%	1	20,0%	0	0,0%	1	11,1%	13	28,3%
EFQM	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
ISO 9000 ff.	1	3,6%	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%	2	4,3%
Sonstige	14	50,0%	5	100,0%	3	75,0%	8	88,9%	30	65,2%
Qualitätssicherungsprogramm der Sozialversicherungsträger	5	17,9%	5	100,0%	2	50,0%	2	22,2%	14	30,4%
<b>Gesamt</b>	<b>28</b>	<b>100,0%</b>	<b>5</b>	<b>100,0%</b>	<b>4</b>	<b>100,0%</b>	<b>9</b>	<b>100,0%</b>	<b>46</b>	<b>100,0%</b>

\* Mehrfachnennungen möglich

Eine zentrale Voraussetzung für die Qualitätssicherung ist die Dokumentation. Diesbezüglich ist zu verzeichnen, dass etwa zwei Drittel aller Einrichtungen (n=30) nach eigenen Angaben eine formalisierte Eingangsdagnostik durchführen (Tabelle 6). Eine systematische Therapie- und Hilfeplanung findet in 27 Einrichtungen statt. Der Betreuungsverlauf wird in 28 Einrichtungen regelmäßig dokumentiert, in 31 Einrichtungen erfolgt eine regelmäßige Abschlussdokumentation. Eine Therapieevaluation und Katamnese wird in 22 Einrichtungen durchgeführt.

**Tabelle 6: Dokumentation und Einrichtungstypen\* (N=46)**

	Typ 1+2		Typ 3		Typ 6+7		Typ 8		Gesamt	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Formalisierte Eingangsdiagnostik	20	71,4%	2	40,0%	4	100,0%	4	44,4%	30	65,2%
Regelmäßiger Therapie-/Hilfeplan	17	60,7%	1	20,0%	4	100,0%	5	55,6%	27	58,7%
Regelmäßige Verlaufsdokumentation	19	67,9%	0	0,0%	4	100,0%	5	55,6%	28	60,9%
Regelmäßige Abschlussdokumentation	20	71,4%	3	60,0%	4	100,0%	4	44,4%	31	67,4%
Evaluation und Katamnestik	9	32,1%	5	100,0%	2	50,0%	6	66,7%	22	47,8%
<b>Gesamt N</b>	<b>28</b>	<b>100,0%</b>	<b>5</b>	<b>100,0%</b>	<b>4</b>	<b>100,0%</b>	<b>9</b>	<b>100,0%</b>	<b>46</b>	<b>100,0%</b>
Unbekannt									0	

\* Mehrfachnennungen möglich

Eine Abendsprechstunde gibt es in 10 Beratungsstellen und in drei Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens. An einem Krisenwochenenddienst beteiligen sich zudem neben 11 Beratungsstellen auch fünf Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens (Tabelle 7). Die durchschnittliche Öffnungszeit dieser beiden Angebotsarten beträgt in Thüringen 58 Wochenstunden.

**Tabelle 7: Erreichbarkeit und Einrichtungstypen\* (N=46)**

	Typ 1+2		Typ 3		Gesamt	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Abendsprechstunde vorhanden	10	35,7%	3	60,0%	21	45,7%
Beteiligung am Krisen- Wochenenddienst	11	39,3%	5	100,0%	25	54,3%
<b>Gesamt N</b>	<b>28</b>		<b>5</b>		<b>46</b>	
Durchschnittliche Öffnungszeit (Stunden pro Woche)	43,5		26,6		57,8	

\* Mehrfachnennungen möglich (nur ambulante Einrichtungen)

## 2.2 Finanzierung

Zur Finanzierung haben insgesamt lediglich 17 Einrichtungen verwertbare Angaben gemacht (Tabelle 8). Im Folgenden sind die Daten der 13 Beratungsstellen dargestellt. Sie erhielten alle kommunale Mittel in einer Höhe von durchschnittlich etwa 126.800 Euro je Einrichtung. Landesmittel standen ebenfalls allen 13 Einrichtungen zur Verfügung (durchschnittlich rund 30.200 Euro). Den dritten großen Haushaltsanteil stellen sonstige Mittel mit durchschnittlich rund 35.500 Euro bei 12 Einrichtungen. Insgesamt ergibt sich für die 13 Einrichtungen ein durchschnittliches Budget von etwa 196.700 Euro, was etwa 71% des Bundesdurchschnitts entspricht aber etwa 19.000 Euro über dem Durchschnitt aller neuen Bundesländer liegt.

**Tabelle 8: Budget der Einrichtungseinheit (Einrichtungstyp 1+2; N=13)**

Art der Mittel	Thüringen		Bund	
	Durchschnittliche Höhe (EUR)	Stellen	Durchschnittliche Höhe (EUR)	Stellen

Kommunale Mittel	126.848 EUR	13	151.299 EUR	298
Landesmittel	30.219 EUR	13	74.829 EUR	292
Mittel der Rentenversicherungsträger	12.240 EUR	5	34.596 EUR	173
Mittel der Krankenkassen	0 EUR	0	33.580 EUR	43
Bundesmittel	3.200 EUR	1	21.858 EUR	6
Erstattung durch Klienten/Patienten	0 EUR	0	8.759 EUR	103
Mittel der Arbeitsverwaltung	25.000 EUR	1	47.420 EUR	19
Sonstige Mittel	35.523 EUR	12	67.105 EUR	208
<b>Gesamt</b>	<b>196.734 EUR</b>	<b>13</b>	<b>276.866 EUR</b>	<b>326</b>

## 2.3 Mitarbeiter

Beratungsstellen in Thüringen haben im Durchschnitt 4,9 Vollzeitstellen (Bund: 5,1; Ost: 4,6). Von diesen dienen 4 Stellen der Beratung bzw. Behandlung, 0,9 beziehen sich auf Verwaltungsaufgaben. Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens haben im Durchschnitt 0,9 Vollzeitstellen für die Beratung bzw. Behandlung, Rehabilitationseinrichtungen 13,9 und Heime 12,4 (Tabelle 9).

**Tabelle 9: Durchschnittliche Anzahl der Mitarbeiter nach Berufsgruppen und Einrichtungstyp (N=46)**

Berufsgruppe	Typ 1+2		Typ 3		Typ 6+7		Typ 8		Gesamt	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Arzt	0,0	0,5%	0,0	1,1%	2,0	10,6%	0,0	0,0%	0,2	2,6%
Psychologe	0,4	8,4%	0,0	0,0%	1,4	7,6%	0,3	2,1%	0,4	5,8%
Pädagoge/ Sozialwissenschaftler	0,4	8,8%	0,2	21,8%	0,0	0,0%	0,6	4,0%	0,4	5,2%
Sozialarbeiter/-pädagog	2,4	49,5%	0,5	55,4%	3,5	18,2%	2,8	19,1%	2,3	31,5%
Erzieher	0,4	8,4%	0,2	21,8%	0,0	0,0%	2,7	18,2%	0,7	10,0%
Krankenschwester/ -pfleger(-helfer/in)	0,0	0,0%	0,0	0,0%	4,2	22,1%	1,3	8,9%	0,6	8,0%
Ergo-/Arbeitstherapeut	0,0	0,7%	0,0	0,0%	1,8	9,6%	1,9	13,0%	0,5	6,9%
Kunst-/Musiktherapeut	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,1	0,3%	0,0	0,0%	0,0	0,1%
Sport-/Bewegungstherapeut	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,2	1,2%	0,1	0,9%	0,0	0,6%
Physiotherapeut	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,6	3,1%	0,0	0,0%	0,1	0,7%
Sonstige in Beratung/Therapie Tätige	0,2	5,0%	0,0	0,0%	0,0	0,1%	2,7	18,4%	0,6	8,4%
<b>Gesamt Beratung/Therapie</b>	<b>4,0</b>	<b>81,2%</b>	<b>0,9</b>	<b>100,0%</b>	<b>13,9</b>	<b>72,7%</b>	<b>12,4</b>	<b>84,7%</b>	<b>5,9</b>	<b>79,8%</b>
Ökonom/Betriebswirt	0,0	0,6%	0,0	0,0%	0,6	3,3%	0,1	0,9%	0,1	1,3%
Büro-/Verwaltungspersonal	0,6	12,6%	0,0	0,0%	1,8	9,3%	0,9	6,0%	0,7	9,2%
technisches Personal/Wirtschaftsbereich	0,0	0,3%	0,0	0,0%	2,0	10,3%	0,9	5,9%	0,3	4,5%
Jahrespraktikanten/Azubi	0,2	4,6%	0,0	0,0%	0,6	3,0%	0,0	0,0%	0,2	2,5%
Zivildienstleistende	0,0	0,7%	0,0	0,0%	0,3	1,4%	0,9	6,0%	0,2	2,7%
<b>Gesamt N</b>	<b>4,9</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,9</b>	<b>100,0%</b>	<b>19,1</b>	<b>100,0%</b>	<b>14,7</b>	<b>100,0%</b>	<b>7,4</b>	<b>100,0%</b>
N	28		5		4		9		46	

### 3 Daten zur Klientel

In diesem Kapitel werden zentrale Angaben zur Klientel dargestellt. Die Daten beziehen sich dabei auf alle Klienten, die 2004 in Suchthilfeeinrichtungen des Landes Thüringen eine Betreuung begonnen haben (Zugänge).

#### 3.1 Übersicht zur Klientel

In die Auswertung des Jahres 2004 gingen die Daten von insgesamt 11.786 Betreuungen ein (Tabelle 10). Davon wurden 5.113 Betreuungen aus dem Vorjahr weitergeführt und 6.673 Betreuungen im Jahr 2004 neu begonnen. Im Jahr 2004 wurden 5.933 Betreuungen beendet, die übrigen 5.853 Betreuungen wurden ins Jahr 2005 übernommen und weitergeführt.

In diesem Kapitel ist nur die Gruppe der „Zugänge“ beschreiben, da sich hier aktuelle Trends besser erkennen lassen als in der Gesamtstichprobe aller Betreuungen, in der auch die aus dem Vorjahr übernommenen Klienten enthalten sind, deren soziodemografische und Konsumdaten bereits über ein Jahr alt sind.

**Tabelle 10: Anzahl der Betreuungen 2004 (N=46)**

	Männer	Frauen	Gesamt	
Klientengruppe			%	Abs.
Zahl der Übernahmen nach 2004	42,9%	45,4%	43,4%	5.113
Zahl der Zugänge 2004	57,1%	54,6%	56,6%	6.673
Zahl der Beender 2004	50,6%	49,5%	50,3%	5.933
Zahl der Übernahmen nach 2005	49,4%	50,5%	49,7%	5.853
<b>Gesamt Betreuungen 2004</b>	<b>9.365</b>	<b>2.421</b>	<b>100,0%</b>	<b>11.786</b>
<b>Gesamt %</b>	<b>79,5%</b>	<b>20,5%</b>		<b>100,0%</b>
Unbekannt				0,0%

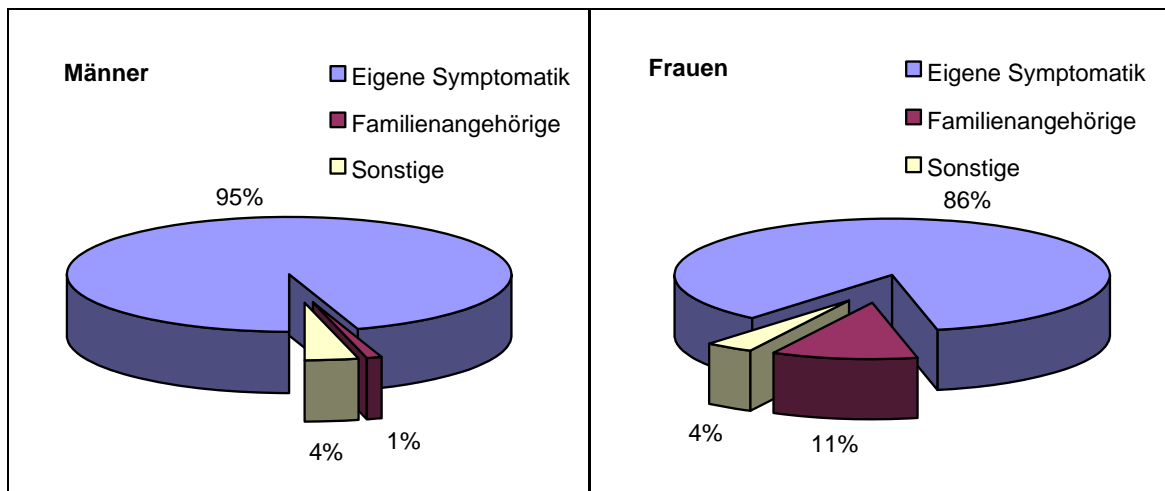
Das Geschlechterverhältnis liegt bei knapp 80% Männer zu gut 20% Frauen (Tabelle 10). Die überwiegende Mehrheit der Betreuten (94%) waren Personen mit einer eigenen Störung (Tabelle 11).

**Tabelle 11: Betreuungsgrund und Einrichtungstyp (N=28)**

Betreuungsgrund	Typ 1+2		Typ 6+7		Typ 8		Gesamt			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M + F	Abs.
Eigene Symptomatik	95,1%	85,6%	96,1%	96,0%	100,0%	100,0%	95,2%	87,0%	93,6%	4.476
Familienangehörige	0,9%	10,7%	0,6%	0,8%	0,0%	0,0%	0,9%	9,4%	2,6%	126
Sonstige	4,0%	3,6%	3,3%	3,2%	0,0%	0,0%	3,9%	3,6%	3,8%	182
<b>Gesamt</b>	<b>3.246</b>	<b>850</b>	<b>517</b>	<b>125</b>	<b>45</b>	<b>5</b>	<b>3.809</b>	<b>975</b>	<b>100,0%</b>	<b>4.784</b>
Unbekannt										3,8%

Männer kamen fast immer wegen einer eigenen Symptomatik in Betreuung, über 9% der Frauen jedoch wegen eines Familienangehörigen (Abbildung 3).

**Abbildung 3: Klientengruppen und Geschlecht (Einrichtungstyp 1+2; N=20; unbek: 3,9%)**



Über drei Viertel aller Klienten mit einer eigenen Störung geben den Konsum legaler Substanzen als primären Hilfebedarf an (Tabelle 12). Demgegenüber kommen 20% wegen des Konsums illegaler Substanzen, 1% wegen Essstörungen und 2% wegen ihres pathologischen Spielverhaltens. Ein Vergleich zwischen den unterschiedlichen Einrichtungsarten ist bei dieser Auswertung wegen der geringen Zahl an Datensätzen nicht möglich. Angehörige, die in Beratungsstellen Rat suchen, nennen in 58% der Fälle den Konsum von legalen Substanzen als primären Hilfebereich und in 34% den Konsum illegaler Substanzen. 6,5% der Angehörigen kommen wegen Problembereichen, die nur indirekt mit einer substanzbezogenen Störung zusammenhängen: z.B. wegen Problemen im Arbeits- oder finanziellen Bereich.

**Tabelle 12: Primärer Hilfebedarf\* und Einrichtungstyp (N=28)**

	Typ 1+2		Typ 6+7		Typ 8		Gesamt	
	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.
<b>Klienten mit eigener Störung</b>								
Legale Substanzen	74,8%	2.847	82,1%	505	82,0%	41	75,7%	3.382
Illegale Substanzen	20,7%	787	17,1%	105	18,0%	9	20,3%	905
Essstörungen	0,9%	33	0,0%	0	0,0%	0	0,7%	33
Pathologisches Spielverhalten	1,3%	48	0,0%	0	0,0%	0	1,1%	48
Andere Störungsbereiche	2,4%	92	0,8%	5	0,0%	0	2,2%	98
<b>Gesamt</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.807</b>	<b>100,0%</b>	<b>615</b>	<b>100,0%</b>	<b>50</b>	<b>100,0%</b>	<b>4.466</b>
<b>Angehörige</b>								
Legale Substanzen	58,0%	69	50,0%	2			58,1%	72
Illegale Substanzen	33,6%	40	50,0%	2			33,9%	42
Essstörungen	1,7%	2	0,0%	0			1,6%	2
Pathologisches Spielverhalten	0,0%	0	0,0%	0			0,0%	0
Andere Störungsbereiche	6,7%	8	0,0%	0			6,5%	8
<b>Gesamt</b>	<b>100,0%</b>	<b>119</b>	<b>100,0%</b>	<b>4</b>			<b>100,0%</b>	<b>124</b>
Unbekannt								0,3%

\* Keine Diagnosen, sondern Angaben der Klienten

### 3.2 Verteilung der Hauptdiagnosen

Im Bundesdatensatz, und damit auch im deutschen Kerndatensatz, werden Störungen durch psychoaktive Substanzen, Pathologisches Spielverhalten und Essstörungen nach der ICD, dem internationalen Diagnoseschema der WHO, in der aktuellen Fassung 10 erfasst (WHO, 2005). Bei den substanzbezogenen Störungen werden jedoch nur die Bereiche „schädlicher Gebrauch“ und „Abhängigkeitssyndrom“ in die Auswertung einbezogen. Für jede einzelne schädlich oder abhängig konsumierte Substanz wird vom Behandler/Berater gemäß ICD-10 eine entsprechende spezifische Diagnose vergeben. Viele Klienten konsumieren mehrere Substanzen gleichzeitig, für diese Personen ergeben sich dann entsprechend mehrere „Einzeldiagnosen“. Die für die Therapie/Behandlung/Beratung im Vordergrund stehende Diagnose, z.B. eine Abhängigkeit von Opiaten, wird durch den Mitarbeiter zusätzlich als „Hauptdiagnose“ kodiert. Im Gegensatz zu den Einzeldiagnosen kann somit jeder Klient nur eine einzige Hauptdiagnose haben. In der Auswertung wird bei den Hauptdiagnosen nicht mehr zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit unterschieden.

In den an der vorliegenden Auswertung teilnehmenden Einrichtungen wurde bei 95% (5.938) der 6.243 Zugänge mit einer eigenen Störung eine Hauptdiagnose vergeben. Auf diese Gruppe bezieht sich der nachfolgende Text.

Alkoholbezogene Störungen sind die häufigsten therapieleitenden Diagnosen in der Klientel der ausgewerteten Einrichtungen (Tabelle 13 und Abbildung 4): 4.553 Klienten mit eigener Symptomatik - das entspricht 77% - erhielten die Hauptdiagnose „Störungen durch Alkohol“. Bei Frauen ist der Anteil mit Hauptdiagnose „Alkohol“ etwas niedriger als bei den Männern (72% gegenüber 78%).

Die Verteilung in den Beratungsstellen entspricht der Gesamtverteilung: 72% der Frauen und 77% der Männer haben eine Alkohol-Hauptdiagnose. Auch die Einrichtungen des stationären betreuten Wohnens haben vorwiegend Klienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose (109 von 120 Klienten).

Die zweithäufigste Hauptdiagnose sind Störungen durch Cannabis. 10% der Klienten mit eigener Symptomatik sind davon betroffen. Hier findet sich ein geringer Geschlechtsunterschied: Bei den Männern liegt der Anteil bei 11% und bei den Frauen bei 7%. Einrichtungsbezogene Unterschiede zeigen sich insofern, als in den Beratungsstellen der Anteil der Cannabisklienten bei 10% und in Rehabilitationseinrichtungen bei 6% liegt, während Cannabis als Hauptdiagnose in den Einrichtungen des ambulanten und stationären betreuten Wohnens keine Rolle spielt. Eine opiatbezogene Hauptdiagnose haben insgesamt 5% der Klienten mit eigener Symptomatik, 3% haben eine stimulantienbezogene und 1% eine Kokain-Hauptdiagnose.

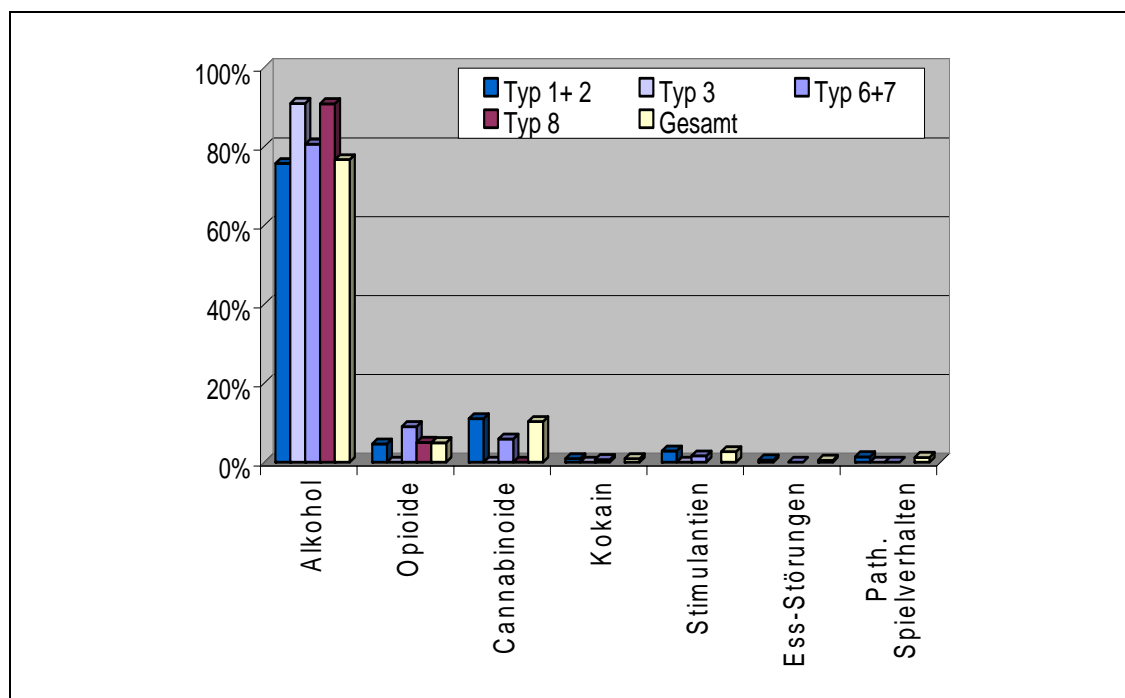
Bei den „Essstörungen“ zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede: während 3% der Frauen mit eigener Symptomatik aufgrund einer Essstörung in Behandlung kommen, spielt diese Hauptdiagnose bei den Männern praktisch keine Rolle. In den meisten Auswertungen zeigt sich umgekehrt, dass die Hauptdiagnose Pathologisches Spielverhalten häufiger bei Männern vergeben wird. In der diesjährigen Statistik für Thüringen wird jedoch kein solcher Unterschied

deutlich, pathologisches Spielverhalten wurde sowohl bei Frauen als auch bei Männern in 1% der Fälle als Hauptdiagnose genannt.

**Tabelle 13: Hauptdiagnosen, Einrichtungstyp und Geschlecht bei Klienten mit eigener Störung (N=46)**

Hauptdiagnose	Typ 1+2		Typ 3		Typ 6+7		Typ 8		Gesamt			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M+F	Abs.
Alkohol	76,6%	71,5%	90,0%	100,0%	81,9%	74,8%	90,3%	100,0%	77,6%	72,4%	76,7%	4.553
Opioide	3,9%	8,0%	0,0%	0,0%	8,4%	11,8%	5,3%	0,0%	4,2%	8,3%	4,9%	291
Cannabinoide	11,8%	7,0%	0,0%	0,0%	6,0%	5,0%	0,0%	0,0%	11,0%	6,7%	10,3%	612
Sedativa/ Hypnotika	0,6%	2,6%	0,0%	0,0%	1,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,6%	2,9%	1,0%	58
Kokain	0,8%	0,9%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,8%	0,8%	50
Stimulantien	2,6%	3,9%	0,0%	0,0%	1,4%	2,5%	0,9%	0,0%	2,4%	3,6%	2,6%	156
Halluzinogene	0,1%	0,2%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,1%	0,2%	0,2%	9
Tabak	0,3%	0,8%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,7%	0,4%	22
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1
Andere psychotrope Substanzen	1,7%	0,8%	0,0%	0,0%	0,4%	0,8%	1,8%	0,0%	1,6%	0,8%	1,5%	88
Essstörungen	0,0%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	0,5%	28
Path. Spielverhalten	1,4%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	1,2%	1,1%	1,2%	70
<b>Gesamt</b>	<b>4.295</b>	<b>874</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>514</b>	<b>119</b>	<b>113</b>	<b>7</b>	<b>4.936</b>	<b>1.002</b>	<b>100,0%</b>	<b>5.938</b>
Unbekannt / ohne Hauptdiagnose												11,0%

**Abbildung 4: Verteilung der häufigsten Hauptdiagnosen nach Einrichtungstyp bei Klienten mit eigener Störung (N=46; unbek./ohne Hauptdiagnose: 11,0%)**



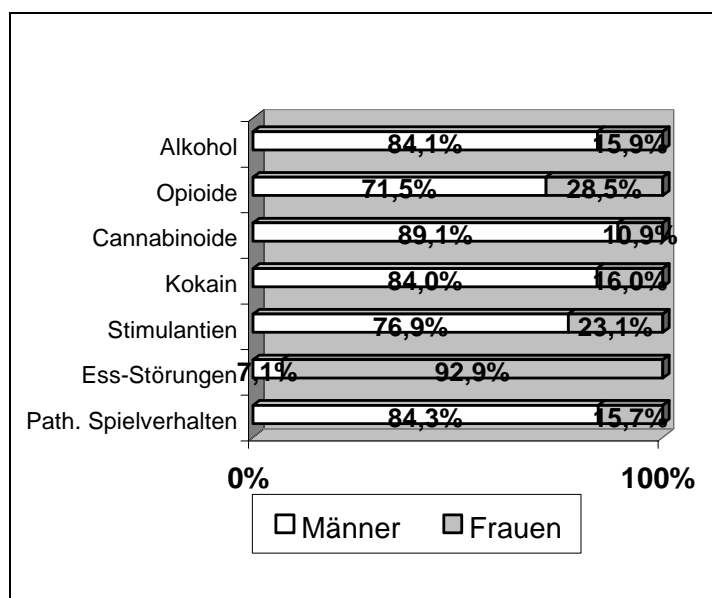
### 3.3 Soziodemografische Daten

Die soziodemografischen Daten werden lediglich für die Gruppen mit den häufigsten Hauptdiagnosen dargestellt. Dies sind alkohol-, opiat-, cannabis-, kokain- und stimulantienbezogene Störungen, sowie Essstörungen und Pathologisches Spielen. Ein Vergleich zwischen den einzelnen Einrichtungstypen erfolgt zumeist nur für Klienten mit alkoholbezogener Störung, da zu wenig Klienten mit anderen Hauptdiagnosen erfasst wurden.

#### Geschlecht

Die Mehrzahl der Klienten sind Männer: zwischen 73% (Opiate) und 88% (Cannabis) bei den substanzbezogenen Störungen (Abbildung 5) und 91% bei Pathologischem Spielverhalten. Nur bei den Essstörungen ist das Geschlechterverhältnis umgedreht: 86% Frauen und 14% Männer.

**Abbildung 5: Geschlechterverteilung bei den häufigsten Hauptdiagnosen (N=46; unbek.: 0,0%)**



#### Alter bei Betreuungsbeginn

In Tabelle 14 und Tabelle 15 ist die Altersverteilung der häufigsten Hauptdiagnosen dargestellt. Diese Daten stammen nur aus den Beratungsstellen, da die Fallzahlen für die Hauptdiagnosen mit Ausnahme der alkoholbezogenen in den anderen Einrichtungstypen zu gering für einen Vergleich sind.

Die Altersverteilung bei den Alkohol Klienten hat ihren Höhepunkt bei den 30- bis 55-Jährigen. Von den 25-29jährigen sind immerhin 7% von einer Alkoholstörung betroffen. Klienten unter 25 und über 55 Jahren erhalten dagegen nur selten eine alkoholbezogene Hauptdiagnose. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich nur geringe Unterschiede. In den jüngeren Altersgruppen zwischen 18 und 29 Jahren ist der Anteil der Alkohol-Hauptdiagnosen an der Gesamtzahl der Hauptdiagnosen bei den Männern höher als bei den Frauen. In den übrigen Altersgruppen ist der Anteil meist für beide Geschlechter ähnlich hoch, während er in der Gruppe der über 60jährigen bei den Frauen höher ist als bei den Männern.

Bei Cannabis, das häufig als erste illegale Substanz konsumiert wird, liegt der Altersschwerpunkt bei den 15- bis 24-Jährigen. Nur wenige Klienten mit einer cannabisbezogenen Hauptdiagnose sind älter. Bei den Frauen sind häufiger als bei den Männern die jüngeren Altersgruppen betroffen. Klienten mit einer Stimulantien-Hauptdiagnose sind einige Jahre älter als Klienten mit einer cannabisbezogenen Hauptdiagnose. Der Altersschwerpunkt liegt bei 20 bis 24 Jahren, wobei Frauen etwas jünger sind als Männer. Etwa die Hälfte der Klienten mit einer Opiat-Hauptdiagnose ist 20 bis 24 Jahre alt. Auch bei diesem Störungstyp sind Frauen etwas jünger als Männer. Der Altersschwerpunkt der Kokain-Klienten liegt ebenfalls bei 20 bis 24 Jahren. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen lässt sich aufgrund der niedrigen Fallzahl nicht interpretieren.

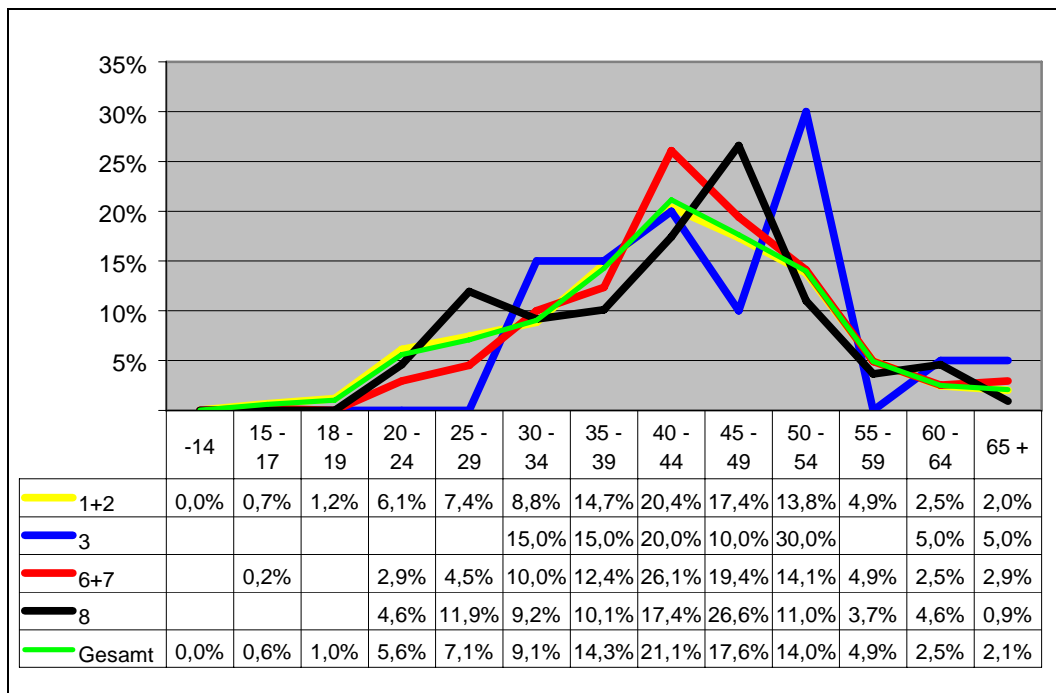
**Tabelle 14: Altersverteilung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=28)**

Altersgruppe	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulantien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
- 14		0,2%		1,4%	1,0%	6,6%				
15 - 17	0,6%	0,8%	0,6%	8,6%	13,4%	26,2%	2,8%	12,5%	8,0%	8,8%
18 - 19	1,4%	0,2%	7,1%	12,9%	22,0%	24,6%	2,8%		12,4%	14,7%
20 - 24	6,7%	3,4%	47,0%	52,9%	45,9%	29,5%	36,1%	50,0%	51,3%	55,9%
25 - 29	8,0%	4,3%	28,0%	14,3%	12,4%	4,9%	41,7%	12,5%	16,8%	20,6%
30 - 34	8,6%	9,9%	10,1%	5,7%	3,3%	3,3%	13,9%	12,5%	8,8%	
35 - 39	14,4%	16,5%	1,8%	1,4%	1,6%	3,3%	2,8%	12,5%	2,7%	
40 - 44	20,3%	21,0%	2,4%	1,4%	0,2%	1,6%				
45 - 49	16,9%	20,0%	1,2%		0,2%					
50 - 54	14,1%	12,0%	1,8%							
55 - 59	5,1%	3,8%								
60 - 64	2,0%	5,0%								
65 +	1,8%	3,0%		1,4%						
<b>Gesamt</b>	<b>3.285</b>	<b>625</b>	<b>168</b>	<b>70</b>	<b>508</b>	<b>61</b>	<b>36</b>	<b>8</b>	<b>113</b>	<b>34</b>
Unbekannt										0,1%

Von Essstörungen sind fast ausschließlich Frauen betroffen. Die Altersverteilung ist hier breit gestreut und reicht von 15 bis 44 Jahren, mit einem Schwerpunkt bei 20 bis 29 Jahren. Bemerkenswert ist zudem der Anteil der von dieser Hauptdiagnose betroffenen 15-17jährigen, der 15% der Mädchen dieser Altersgruppe ausmacht. Wegen Pathologischem Spielen suchen hauptsächlich Männer Behandlungseinrichtungen auf. Diese sind vorwiegend zwischen 20 und 44 Jahren alt. Auch hier zeigt sich somit eine sehr breite Altersverteilung.



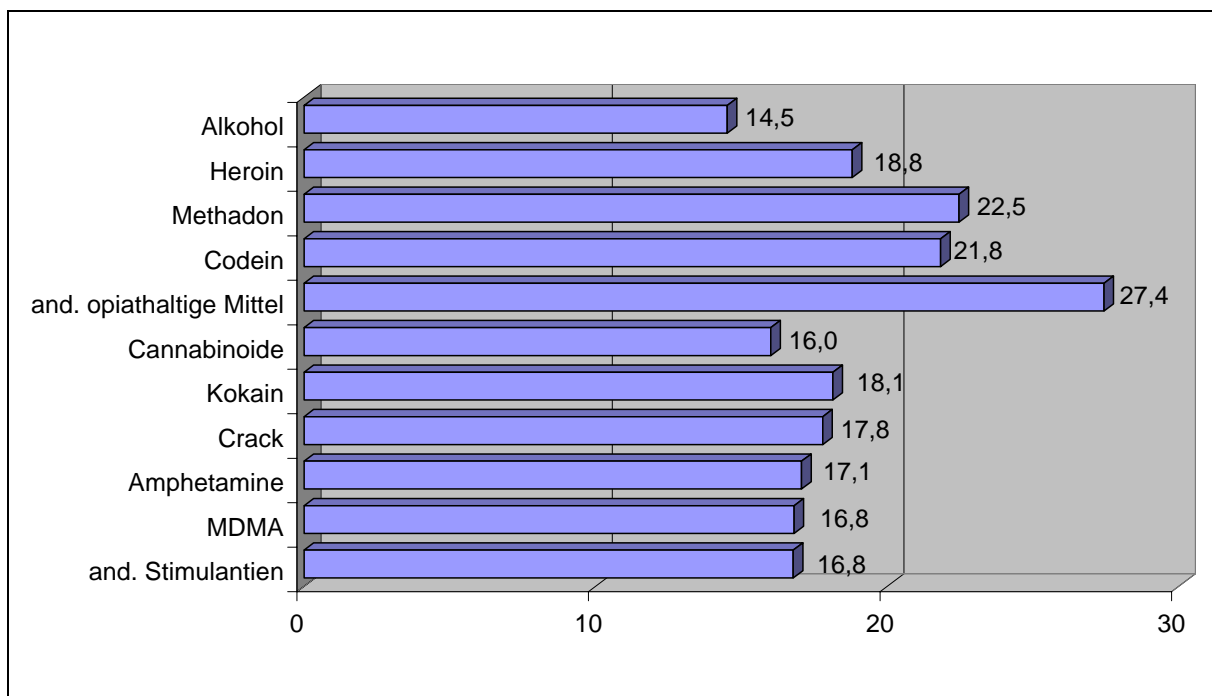
**Abbildung 6: Altersverteilung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=46; unbek.: 0,1%)**



### Alter bei Erstkonsum

Alkohol, Cannabis und Stimulantien werden im Durchschnitt mit 15 bis 17 Jahren erstmals konsumiert (Abbildung 7). Laut einem Bericht von Kraus, Bauernfeind und Herbst (1998) liegt das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum von illegalen Drogen in der Gesamtbevölkerung schon seit Jahren unverändert bei etwa 18 Jahren.

**Abbildung 7: Durchschnittliches Alter beim Erstkonsum (Einzeldiagnosen; N=28; unbek.: 0,0%)**



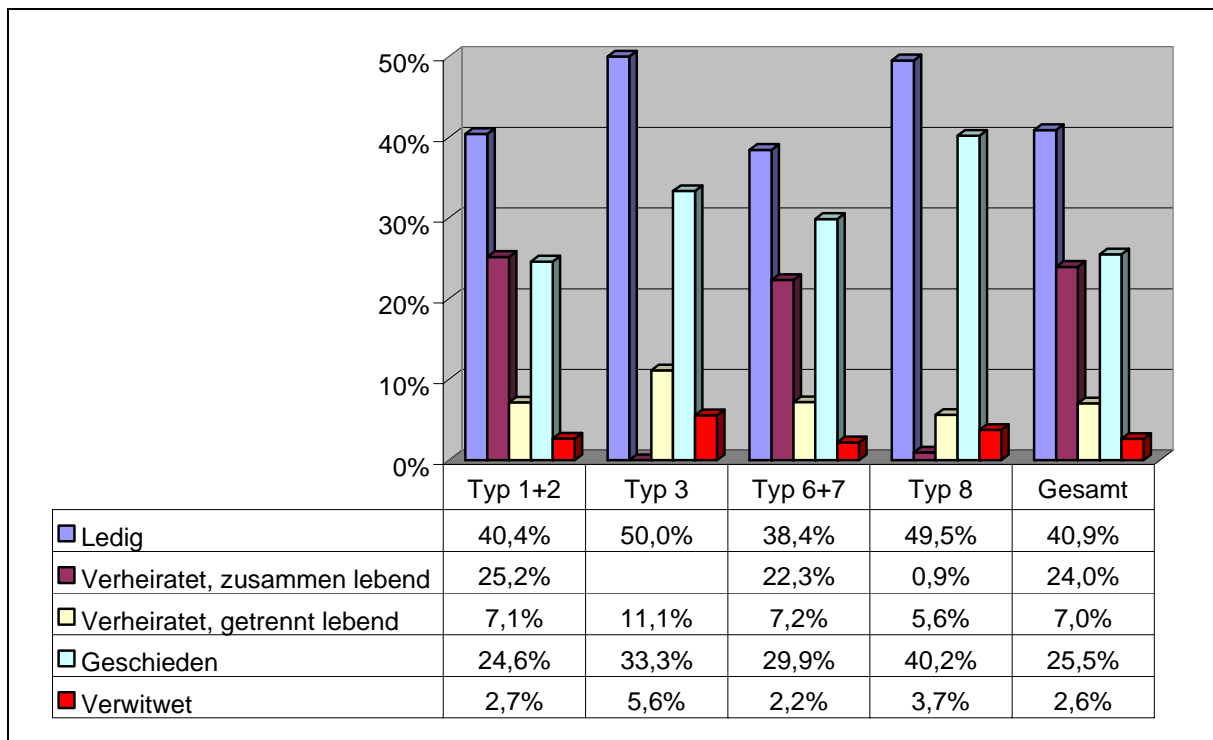


**Tabelle 19: Familienstand bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=28)**

Familienstand	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Ledig	100,0%	96,2%	64,4%	20,0%
Verheiratet		3,8%	22,0%	40,0%
Getrennt lebend				20,0%
Geschieden			13,6%	20,0%
Verwitwet				
<b>Gesamt</b>	<b>2</b>	<b>26</b>	<b>59</b>	<b>10</b>
Unbekannt				0,0%

Klienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose unterscheiden sich in den verschiedenen Einrichtungstypen deutlich hinsichtlich ihres Familienstandes (Abbildung 8): Einrichtungen des ambulanten Betreuten Wohnens und die Heime haben den höchsten Anteil an Ledigen und Geschiedenen.

**Abbildung 8: Familienstand und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=45; unbek.: 1,3%)**



### Wohnsituation bei Betreuungsbeginn

Auch bezüglich der Wohnsituation bei Betreuungsbeginn zeigen sich zwischen den Einrichtungstypen bei den Klientengruppen deutliche Unterschiede (Tabelle 20). 73% der Männer und 84% der Frauen mit Alkohol-Hauptdiagnose wohnen selbständig, also mit eigenem Mietvertrag oder in einer eigenen Eigentumswohnung/Haus. 11% der Männer und 6% der Frauen wohnen „bei anderen Personen“ in der Wohnung oder im Haus, z.B. beim Partner oder bei Freunden etc., ohne rechtliche Absicherung im Sinne eines Mietvertrages bzw. durch entsprechende Eigentumsverhältnisse.

Zudem befinden sich 9% der Männer und 7% der Frauen in einer JVA. Andere Wohnformen kommen bei Alkohol-Klienten nur selten vor. Unter den Cannabis-Klienten wohnen nur 42% der Männer und 47% der Frauen selbständig. Bei anderen, meist bei den Eltern, wohnen 40% der Männer und 33% der Frauen. Von den Männern mit Stimulantien-Hauptdiagnose wohnen 45%, von den Frauen 52% selbständig. Bei anderen Personen, ebenfalls meist bei den Eltern, wohnen 33% der männlichen und 30% der weiblichen Klienten. Personen mit einer Opiat-Problematik wohnen in rund 42% (Männer) bzw. 60% (Frauen) der Fälle selbständig, 33% bzw. 31% bei anderen Personen und 20% bzw. 4% befinden sich in einer Justizvollzugsanstalt. Interessant bei den Klienten mit einer kokainbezogenen Störung ist der große Anteil an Insassen einer JVA: 19 von 44 Klienten geben „JVA“ als überwiegende Wohnsituation in den letzten 6 Monaten vor Betreuungsbeginn an, davon sind 18 Männer.

**Tabelle 20: Wohnsituation bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=28)**

Wohnsituation	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulantien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Selbständiges Wohnen	72,8%	84,1%	42,0%	59,7%	42,5%	47,3%	26,5%	50,0%	45,5%	51,5%
Bei anderen Personen	11,1%	5,5%	32,7%	31,3%	40,5%	32,7%	17,6%	37,5%	32,7%	30,3%
Betreutes Wohnen	3,0%	1,6%	0,6%		4,0%	5,5%	2,9%		0,9%	
Heim/Klinik	1,7%	0,9%	1,9%	1,5%	2,2%	7,3%			0,9%	
JVA	9,4%	6,6%	19,8%	4,5%	8,4%	7,3%	52,9%	12,5%	18,2%	18,2%
Ohne Wohnung	0,2%	0,4%	1,9%		1,0%				1,8%	
Sonstiges	1,7%	0,9%	1,2%	3,0%	1,4%					
<b>Gesamt</b>	<b>3.219</b>	<b>561</b>	<b>162</b>	<b>67</b>	<b>499</b>	<b>55</b>	<b>34</b>	<b>8</b>	<b>110</b>	<b>33</b>
Unbekannt										2,2%

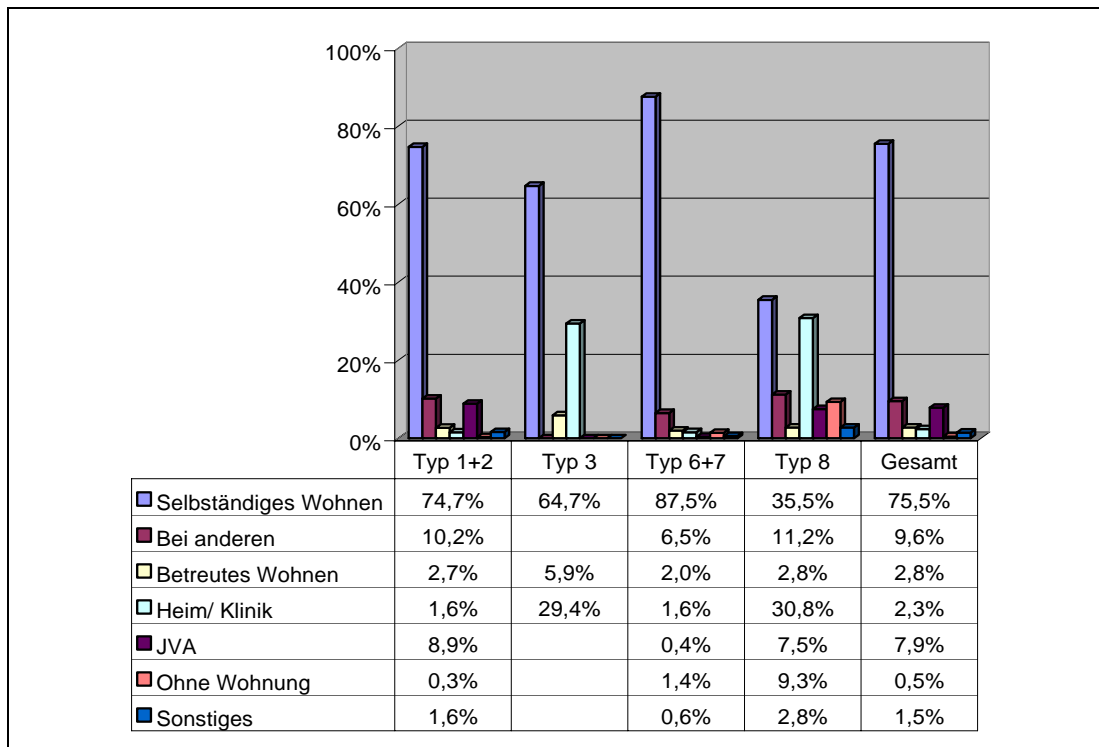
Die Wohnsituation der Klienten mit den Hauptdiagnosen Essstörung und Pathologisches Spielverhalten kann man aufgrund der niedrigen Fallzahl nur zurückhaltend interpretieren. Über die Hälfte der Klientinnen mit Essstörung, sowie zwei Drittel der Männer mit pathologischem Spielverhalten und fast alle erfassten Frauen mit pathologischem Spielverhalten wohnen selbständig (Tabelle 21).

**Tabelle 21: Wohnsituation bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=28)**

Wohnsituation	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Selbständiges Wohnen		54,2%	66,1%	90,0%
Bei anderen	50,0%	37,5%	16,9%	
Betreutes Wohnen		4,2%	5,1%	
Heim/Klinik	50,0%			10,0%
JVA		4,2%	11,9%	
Ohne Wohnung				
Sonstiges				
<b>Gesamt</b>	<b>2</b>	<b>24</b>	<b>59</b>	<b>10</b>
Unbekannt				2,0%

Wegen der niedrigen Fallzahl lassen sich bezüglich der Wohnsituation der Alkohol-Klienten nur tendenzielle Unterschiede bei den verschiedenen Einrichtungstypen beobachten (Abbildung 9). Selbständiges Wohnen ist in allen Einrichtungstypen die häufigste Wohnform vor der Aufnahme. In die Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens kommen 29% aus anderen Heimen oder Kliniken, in Heimen sind es 31%. Allerdings handelt es sich hier um sehr kleine Fallzahlen, so dass diese Zahlen nicht als repräsentativ angesehen werden können.

**Abbildung 9: Wohnsituation und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=45; unbek.: 2,0%)**



### Berufliche Integration

Die folgenden Tabellen verdeutlichen die Notwendigkeit spezieller beruflicher Integrationshilfen und Fördermaßnahmen. Über ein Viertel der Männer und Frauen mit der Hauptdiagnose alkoholbezogene Störung ist arbeitslos gemeldet (Tabelle 22). Knapp die Hälfte hat einen Arbeitsplatz, wobei es sich dabei in der Mehrzahl um (Fach-) Arbeiter handelt. Bei den Cannabis-Klienten ist der Anteil an Auszubildenden und Schülern/Studenten entsprechend der Altersgruppe sehr hoch: ein Fünftel der Frauen und ein Viertel der Männer sind Auszubildende, 17% der Männer und 30% der Frauen sind Schüler oder Studenten. Arbeits- oder Erwerbslose finden sich dementsprechend in dieser Klientengruppe seltener als bei anderen Klientengruppen. Unter den Personen mit einer stimulantienbezogenen Hauptdiagnose sind 21% der Männer und 24% der Frauen Auszubildende, 26% bzw. 24% (Fach-)Arbeiter und 22% bzw. 18% arbeitslos. Unter den Opiat-Konsumenten sind über ein Drittel der Männer und 14% der Frauen (Fach-)Arbeiter, 28% bzw. 29% sind arbeitslos. Von den 42 Personen, die wegen ihres Kokainkonsums behandelt werden, sind 14 (Fach-) Arbeiter und 9 arbeitslos.

**Tabelle 22: Berufliche Integration bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=26)**

Berufsstatus	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulantien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Auszubildender	2,8%	1,2%	14,4%	18,2%	25,0%	20,4%	8,8%	12,5%	21,3%	24,2%
(Fach-) Arbeiter	38,8%	31,9%	34,4%	13,6%	23,8%	9,3%	35,3%	25,0%	25,9%	24,2%
Angestellter, Beamter	6,5%	15,3%	1,3%	6,1%	0,8%	3,7%	2,9%		3,7%	15,2%
Selbständig, Freiberufler	2,3%	2,3%	1,3%		1,3%				1,9%	
Mithelfende Familienangehörige		0,4%								
Berufliche Rehabilitation	0,6%	0,7%		1,5%	1,9%	1,9%				
Arbeitslos	27,6%	27,6%	27,5%	28,8%	14,2%	11,1%	17,6%	37,5%	22,2%	18,2%
Schüler, Student	0,7%	1,6%	1,9%	12,1%	16,9%	29,6%	2,9%	12,5%	13,0%	9,1%
Hausfrau / Hausmann	0,0%	0,7%			0,2%	1,9%	2,9%			
Rentner	6,4%	11,1%	0,6%	1,5%	0,4%					
Sonstige Erwerbslose	7,7%	5,5%	16,3%	18,2%	13,5%	20,4%	17,6%	12,5%	8,3%	6,1%
Sonstige	6,5%	1,6%	2,5%		2,1%	1,9%	11,8%		3,7%	3,0%
<b>Gesamt</b>	<b>3.137</b>	<b>561</b>	<b>160</b>	<b>66</b>	<b>480</b>	<b>54</b>	<b>34</b>	<b>8</b>	<b>108</b>	<b>33</b>
Unbekannt										1,9%

Von den 27 wegen einer Essstörung behandelten Personen hat über ein Drittel einen Arbeitsplatz, jeweils ein Fünftel ist in Ausbildung bzw. Schüler oder Student (Tabelle 23). Unter den Spielern haben insgesamt 66% der Männer und 40% der Frauen einen Arbeitsplatz.

**Tabelle 23: Berufliche Integration bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=26)**

Berufsstatus	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Auszubildender	100,0%	24,0%		
(Fach-) Arbeiter		20,0%	57,6%	30,0%
Angestellter, Beamter		12,0%	5,1%	10,0%
Selbständig, Freiberufler		4,0%	3,4%	
Mithelfende Familienangehörige				
Berufliche Rehabilitation				10,0%
Arbeitslos		12,0%	18,6%	30,0%
Schüler, Student		20,0%	3,4%	
Hausfrau / Hausmann				
Rentner		4,0%	3,4%	20,0%
Sonstige Erwerbslose		4,0%	3,4%	
Sonstige			5,1%	
<b>Gesamt</b>	<b>2</b>	<b>25</b>	<b>59</b>	<b>10</b>
Unbekannt				1,0%

## 4 Daten zu Interventionen

Die nachfolgende Darstellung der Interventionen und Behandlungsverläufe basiert auf den Daten jener 5.933 Klienten, die ihre Betreuung 2004 abgeschlossen haben („Beender“). Wie bei der Beschreibung der Klientenmerkmale erfolgt zudem eine Beschränkung auf die häufigsten Hauptdiagnosen: alkohol-, opiat-, cannabis-, kokain- und stimulantienbezogene Störungen, sowie Essstörungen und pathologisches Spielverhalten.

### Aufnahme

Die Aufnahme der Klienten erfolgt meist freiwillig, d.h. ohne rechtliche oder sonstige Auflagen, unabhängig von der Hauptdiagnose (Tabelle 24). Ebenfalls unabhängig von der Hauptdiagnose beginnen Frauen häufiger freiwillig eine Betreuung als Männer, während Männer öfter straf- und zivilrechtliche Behandlungsauflagen haben. Der höchste Anteil freiwilliger Behandlungen findet sich bei den Alkohol Klienten, der niedrigste – und damit der höchste Anteil mit rechtlichen Gründen – ist bei den Klienten mit stimulantienbezogener Hauptdiagnose zu finden. Mit „rechtlichen Gründen“ sind Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz, sonstige strafrechtliche Gründe sowie zivilrechtliche Gründe (Führerscheinverlust, Auflagen vom Arbeitsamt oder vom Arbeitgeber) gemeint.

**Tabelle 24: Aufnahmegrund bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=19)**

Aufnahmegrund	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulantien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Freiwillige Behandlung	85,1%	92,1%	86,3%	88,5%	79,0%	93,2%	72,2%	100,0%	72,6%	85,7%
§§ 35 - 38 BtmG	0,2%	0,0%	6,8%	4,9%	6,2%	4,5%	11,1%	0,0%	3,2%	4,8%
Andere strafrechtliche Grundlage	4,5%	1,1%	5,1%	0,0%	8,2%	0,0%	16,7%	0,0%	9,7%	0,0%
Zivilrechtliche Grundlage	8,0%	4,2%	0,9%	1,6%	4,8%	2,3%	0,0%	0,0%	14,5%	9,5%
Unterbringung (Psych-KG, LUG)	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sonstige Gründe	2,1%	2,6%	0,9%	4,9%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Gesamt</b>	<b>2.220</b>	<b>457</b>	<b>117</b>	<b>61</b>	<b>353</b>	<b>44</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>62</b>	<b>21</b>
Unbekannt										0,6%

Alle Klienten mit Pathologischem Spielverhalten und fast alle mit einer Essstörung kommen freiwillig in die Betreuung (Tabelle 25).

**Tabelle 25: Aufnahmegrund bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=19)**

Aufnahmegrund	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Freiwillige Behandlung	100,0%	95,8%	100,0%	100,0%
Sonstige Gründe		4,2%		
<b>Gesamt</b>	<b>2</b>	<b>24</b>	<b>44</b>	<b>9</b>
Unbekannt				1,3%

## Vermittlung

Am häufigsten kommen bei den Frauen die Stimulantien-Klientinnen ohne Vermittlung in die Beratungsstellen (35%), bei den Männern die Alkohol-Klienten (23%) (Tabelle 26). Am seltensten beginnen Kokain-Klienten und -klientinnen ohne Vermittlung eine Behandlung, wobei die Fallzahl hier zu gering für eine Interpretation ist. In allen Störungsgruppen kommen Frauen häufiger ohne Vermittlung als Männer. Bei Klienten mit alkoholbezogenen Störungen findet sich ein breites Vermittlungsspektrum. Demgegenüber kommen Klienten mit Störungen durch illegale Substanzen gehäuft über Angehörige, Freunde oder Bekannte. Zwischen 5% und 19% werden durch nicht-suchtspezifische Beratungsstellen vermittelt. Über Behörden kommen zwischen 15% und 50% der Männer, aber nur wenige Frauen.

**Tabelle 26: Vermittlung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2; N=25)**

Vermittlung durch	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulantien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Ohne Vermittlung	22,6%	23,2%	21,6%	29,0%	16,3%	27,1%	13,6%		17,6%	34,6%
Angehörige / Freunde / Bekannte	13,8%	18,1%	30,2%	30,6%	23,9%	25,0%	13,6%	50,0%	22,1%	30,8%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	2,8%	3,5%		1,6%	3,3%	4,2%	4,5%	16,7%	2,9%	7,7%
Ärztliche Praxis/Psychotherapeut	9,9%	15,4%	10,1%	19,4%	5,3%	10,4%			7,4%	3,8%
Krankenhaus	11,0%	11,8%	2,2%	1,6%	3,3%	4,2%		16,7%	1,5%	
Stationäre Suchteinrichtung	6,1%	5,1%	4,3%	4,8%	1,7%	2,1%			5,9%	7,7%
Suchtberatung	0,6%	1,2%	1,4%	1,6%	0,3%					
Andere Beratungsdienste	8,8%	11,6%	5,0%	4,8%	15,3%	18,8%	13,6%		5,9%	7,7%
Justizbehörde / Soziale Verwaltung	15,4%	4,7%	20,1%	1,6%	25,6%	6,3%	50,0%		35,3%	7,7%
Abstinenz- / Selbsthilfegruppe	0,3%	0,2%			0,7%					
Kosten- / Leistungsträger	7,1%	4,9%	1,4%	1,6%	1,3%		4,5%		1,5%	
Sonstiges	1,7%	0,2%	3,6%	3,2%	3,0%	2,1%		16,7%		
<b>Gesamt</b>	<b>2.364</b>	<b>508</b>	<b>139</b>	<b>62</b>	<b>301</b>	<b>48</b>	<b>22</b>	<b>6</b>	<b>68</b>	<b>26</b>
Unbekannt										3,0%

In Rehabilitationseinrichtungen werden ein Viertel der Klienten durch Suchtberatungsstellen vermittelt, ein Fünftel kommt ohne Vermittlung. Von den Klienten in Heimen kommt knapp ein Drittel über eine stationäre Suchteinrichtung, 23% kommen über Suchtberatungsstellen. Klienten mit Essstörungen oder pathologischem Spielverhalten kommen überwiegend ohne Vermittlung oder über Angehörige, Freunde oder Bekannte in die ambulanten Beratungsstellen (Tabelle 27).



## Maßnahmen

Die Daten zu den durchgeführten Maßnahmen sind nicht Bestandteil des Deutschen Kerndatensatzes Suchhilfe. Sie beziehen sich auf 28 Einrichtungen (davon 20 Beratungsstellen), die mit EBIS dokumentieren. Für diese Auswertung fand keine Unterscheidung nach Hauptdiagnosen statt (Tabelle 29).

Die am häufigsten durchgeführte Maßnahme in Suchthilfeeinrichtungen ist die Einzelberatung, die 92% der Klienten erhalten. An einer Gruppenberatung nehmen demgegenüber nur etwa 29% der Klienten teil. Therapien werden seltener durchgeführt als Beratungen: In Einzeltherapie sind 23%, in Gruppentherapie 24% der Klienten. Partner- und Familientherapie wird sehr selten eingesetzt. Eine Krisenintervention erfolgt bei 32% der Klienten. Die Patienten erhalten zudem verschiedene Hilfeangebote, insbesondere beim Umgang mit Behörden (31%) und im Bereich soziale Beziehungen (23%). Weitervermittlungen erfolgen vor allem in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung (19%).

**Tabelle 29: Maßnahmen bei Klienten mit einer eigenen Problematik\* (alle Einrichtungstypen, N=28)**

Maßnahmen	Männer	Frauen	Gesamt	
	M	F	%	Abs.
Einzelberatung	91,7%	93,6%	92,0%	3.703
Gruppenberatung	28,9%	30,5%	29,2%	1.173
Partner-/Familienberatung	21,4%	26,6%	22,4%	900
Psych./med./soz. Untersuchung (Diagnostik)	45,3%	42,4%	44,7%	1.800
Krisenintervention	30,5%	37,2%	31,7%	1.277
Einzeltherapie	22,3%	24,0%	22,6%	911
Gruppentherapie	24,2%	25,6%	24,5%	984
Partner-/Familientherapie	1,3%	1,1%	1,3%	51
Aufsuchende Betreuung	7,5%	6,8%	7,4%	296
Seelsorge/Sterbebegleitung	0,8%	0,8%	0,8%	33
Beistand vor Gericht/Polizei	5,5%	3,9%	5,2%	210
Hilfen beim Umgang mit Behörden	31,5%	28,3%	30,9%	1.243
Hilfen im Bereich Wohnen	10,2%	9,9%	10,1%	407
Hilfen im Bereich Arbeit/Schule	10,6%	11,7%	10,8%	433
Hilfen im Bereich soz. Beziehungen	23,3%	23,5%	23,4%	940
Hilfen im Bereich Finanzen	8,9%	9,1%	9,0%	361
Vermittlung in Entzug	14,0%	14,8%	14,1%	569
Vermittlung in ambulante Beratung	11,1%	11,3%	11,1%	448
Vermittlung in stationäre Therapie (Entwöhnung)	18,5%	20,7%	18,9%	759
Vorbereitung/Durchführung Kombitherapie	0,2%	0,3%	0,2%	7
Sonstige Hilfsmaßnahmen	10,3%	5,4%	9,4%	379
<b>Gesamt</b>	<b>3.278</b>	<b>745</b>	<b>100,0%</b>	<b>4.023</b>

\* Mehrfachnennungen möglich

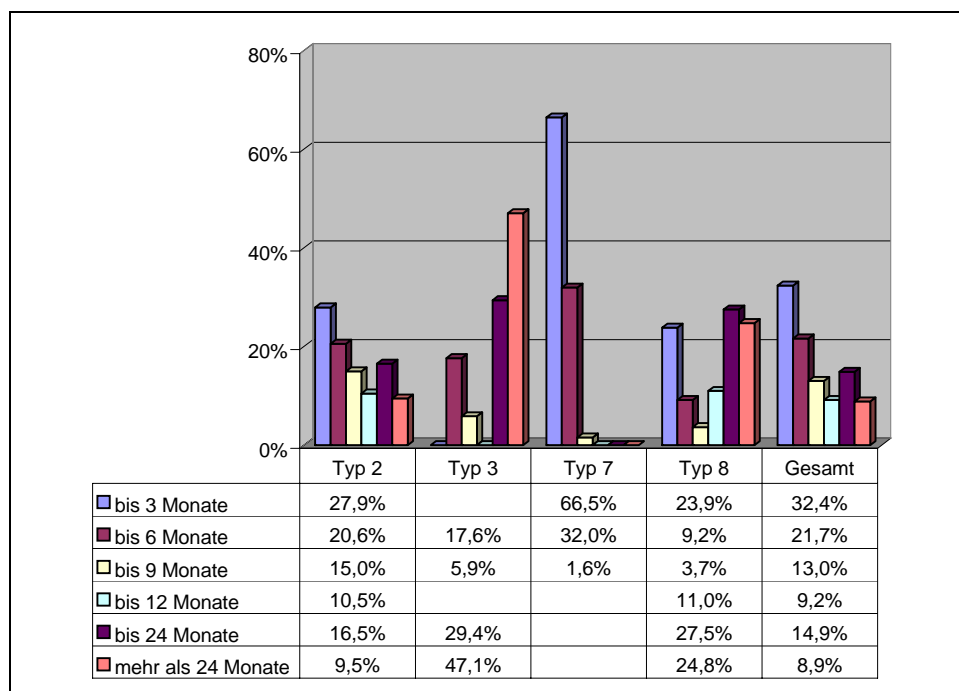
## Dauer der Betreuung

In Tabelle 30 ist ein Vergleich der durchschnittlichen Behandlungsdauer bei den unterschiedlichen Störungen in verschiedenen Einrichtungstypen dargestellt. In den Beratungsstellen sind Klienten mit einer Opiatdiagnose am längsten in Betreuung (im Durchschnitt 54 Wochen), gefolgt von Alkohol- (45 Wochen) und Kokain-Klienten (39 Wochen). Die kürzeste Behandlungsdauer haben Klienten mit cannabisbezogenen Störungen (27 Wochen). In Rehabilitationseinrichtungen ist die durchschnittliche Betreuungsdauer bei Klienten aller Störungsgruppen deutlich kürzer als in den Beratungsstellen. Opiat-Klienten werden dort im Durchschnitt 14, Alkohol-Klienten 7 Wochen betreut. Im stationären betreuten Wohnen bleiben Alkohol-Klienten mit durchschnittlich einem Jahr und sieben Monaten länger als alle anderen Klienten, im ambulanten betreuten Wohnen beträgt ihre durchschnittliche Verweildauer zwei Jahre und fünf Monate. Abbildung 10 zeigt die Verteilung der Behandlungsdauer für alkoholbezogene Störungen in verschiedenen Einrichtungstypen.

**Tabelle 30: Mittlere Betreuungsdauer in Wochen und Einrichtungstyp (N=46)**

Hauptdiagnose	Typ 1+2		Typ 3		Typ 6+7		Typ 8		Gesamt	
	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N
Alkohol	45,2	3.580	124,8	17	7,1	510	79,3	109	41,8	4.216
Opioide	54,3	232			14,2	57	28,6	6	46,0	295
Cannabinoide	27,2	440			8,6	37			25,8	477
Kokain	39,0	42			16,8	4			37,1	46
Stimulantien	37,3	135			12,0	10	35,9	1	35,5	146
Essstörungen	32,4	25							32,4	25
Pathologisches Spielen	38,2	66					27,7	1	38,0	67
Unbekannt										0,0%

**Abbildung 10: Betreuungsdauer und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=46, unbek.: 0,0%)**



Kurze Betreuungen bis zu drei Monaten haben in Beratungsstellen vor allem Cannabis- (37% der Männer und 44% der Frauen) und Stimulantien-Klienten (31% der Männer und 46% der Frauen) (Tabelle 31). Der hohe Anteil an Kurzbehandlungen bei weiblichen Kokain-Klienten ist wegen der geringen Fallzahl nicht interpretierbar. Abgesehen von der Gruppe mit Opiat-Störungen ist die Gruppe der Behandlungen bis zu drei Monaten bei allen Störungen am größten. Dies kann jedoch sowohl wegen fehlender Finanzierung der Betreuung, als auch durch schnelle Behandlungserfolge oder durch Abbrüche zustande kommen. Im Vergleich zu alkoholbezogenen Störungen dauert die Behandlung bei Opiat-Störungen länger. Über 60% der Cannabis-Behandlungen sind nach spätestens einem halben Jahr beendet. Bei den Stimulantien-Klienten dauert ein Fünftel der Behandlungen zwischen sechs bis neun Monaten.

**Tabelle 31: Dauer der Betreuung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2; N=28)**

Betreuungsdauer	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulantien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Bis 3 Monate	28,3%	26,2%	19,4%	16,4%	36,9%	43,6%	33,3%	66,7%	31,0%	45,7%
Bis 6 Monate	20,5%	21,1%	21,2%	23,9%	26,5%	18,2%	16,7%		17,0%	11,4%
Bis 9 Monate	15,2%	13,9%	13,3%	7,5%	15,6%	3,6%	8,3%	16,7%	20,0%	20,0%
Bis 12 Monate	10,4%	10,6%	8,5%	11,9%	8,3%	10,9%	11,1%		10,0%	
Bis 24 Monate	16,5%	16,6%	22,4%	29,9%	10,1%	16,4%	19,4%	16,7%	17,0%	14,3%
Mehr als 24 Monate	9,1%	11,5%	15,2%	10,4%	2,6%	7,3%	11,1%		5,0%	8,6%
<b>Gesamt</b>	<b>2.997</b>	<b>583</b>	<b>165</b>	<b>67</b>	<b>385</b>	<b>55</b>	<b>36</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>35</b>
Unbekannt										0,0%

Klienten mit einer Essstörung sind zu etwa 38% weniger als drei Monate in Betreuung, 29% der betroffenen Frauen zwischen drei und sechs Monaten (Tabelle 32). 30% der Klienten mit pathologischem Spielverhalten beenden die Betreuung spätestens nach drei Monaten, jeweils ein Viertel bleibt bis zu sechs Monaten bzw. über ein Jahr in Betreuung.

**Tabelle 32: Dauer der Betreuung bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2; N=28)**

Betreuungsdauer	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Bis 3 Monate	25,0%	38,1%	30,0%	
Bis 6 Monate	75,0%	28,6%	25,0%	16,7%
Bis 9 Monate		9,5%	13,3%	
Bis 12 Monate			6,7%	50,0%
Bis 24 Monate		14,3%	18,3%	33,3%
Mehr als 24 Monate		9,5%	6,7%	
<b>Gesamt</b>	<b>4</b>	<b>21</b>	<b>60</b>	<b>6</b>
Unbekannt				0,0%

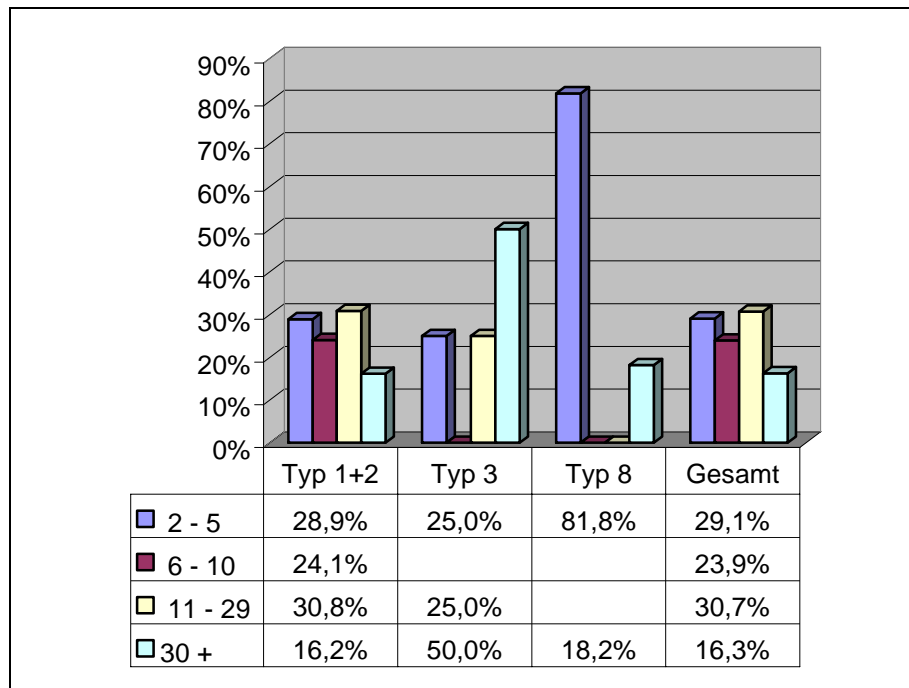
## Anzahl der Kontakte

Ein Vergleich der durchschnittlichen Behandlungsdauer gemessen an der Anzahl der Kontakte in Beratungsstellen (Typ 2), Reha-Einrichtungen (Typ 7) und Heimen (Typ 8) ist in Tabelle 33 und in Abbildung 11 dargestellt. Auch hier lässt sich aufgrund der niedrigen Fallzahlen in den Reha-Einrichtungen und Heimen nur für Alkohol eine Tendenz beobachten. In den Rehabilitationseinrichtungen liegt die durchschnittliche Kontaktzahl mit 60 Kontakten pro Betreuung deutlich höher als in Heimen (26 Kontakte) und Beratungsstellen (18 Kontakte). In den Beratungsstellen haben die Alkohol-Klienten im Durchschnitt die meisten Kontakte (durchschnittlich 18), bei den anderen Störungsgruppen kommen zwischen neun und zwölf Kontakte zustande.

**Tabelle 33: Mittlere Kontaktzahl und Einrichtungstyp (N=32)**

Hauptdiagnose	Typ 1+2		Typ 6+7		Typ 8		Gesamt	
	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N
Alkohol	17,7	3.248	59,4	8	26,2	11	17,8	3.267
Opioide	10,7	218					10,7	218
Cannabinoide	9,5	412					9,5	412
Kokain	12,1	40					12,1	40
Stimulantien	9,8	125					9,8	125
Essstörungen	8,6	25					8,6	25
Pathologisches Spielen	11,2	66					11,2	66
Unbekannt								2,9%

**Abbildung 11: Kontaktzahl und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=32, unbek.: 2,9%)**



Insgesamt stellen Kurzkontakte (2 - 5 Kontakte) in den ambulanten Beratungsstellen den höchsten Anteil an der Gesamtzahl der Kontakte (Tabelle 34). Dies entspricht der großen Anzahl an Kurzberatungen und Abbrüchen. Unter den Cannabis-Behandlungen finden sich die meisten (47% der Männer, 44% der Frauen), unter den Alkohol-Behandlungen (28% der Männer, 33% der Frauen) die wenigsten Kurzkontakte. 30 und mehr Kontakte kommen eher selten zustande, lediglich bei Alkohol- und Kokain-Klientinnen liegt der Anteil bei etwa einem Fünftel.

**Tabelle 34: Anzahl der Kontakte bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2; N=27)**

Kontaktzahlen	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulantien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
2 bis 5	28,1%	33,1%	37,8%	25,8%	47,0%	44,0%	45,7%	20,0%	37,6%	40,6%
6 bis 10	24,6%	21,3%	31,4%	29,0%	27,1%	20,0%	28,6%	40,0%	35,5%	25,0%
11 bis 29	31,6%	27,3%	24,4%	43,5%	22,9%	26,0%	20,0%	20,0%	23,7%	28,1%
30 und mehr	15,7%	18,3%	6,4%	1,6%	3,0%	10,0%	5,7%	20,0%	3,2%	6,3%
<b>Gesamt</b>	<b>2.713</b>	<b>535</b>	<b>156</b>	<b>62</b>	<b>362</b>	<b>50</b>	<b>35</b>	<b>5</b>	<b>93</b>	<b>32</b>
Unbekannt										2,9%

Unter den Klienten mit der Hauptdiagnose Essstörungen hat die Hälfte bis zu fünf Kontakte, über ein Viertel hat zwischen sechs und zehn Kontakte (Tabelle 35). Von den Klienten mit pathologischem Spielverhalten hat ebenfalls über die Hälfte bis zu fünf, nur wenige haben 30 oder mehr Kontakte.

**Tabelle 35: Anzahl der Kontakte bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2; N=27)**

Kontaktzahlen	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
2 bis 5	75,0%	52,4%	55,0%	33,3%
6 bis 10		28,6%	16,7%	
11 bis 29	25,0%	14,3%	21,7%	50,0%
30 und mehr		4,8%	6,7%	16,7%
<b>Gesamt</b>	<b>4</b>	<b>21</b>	<b>60</b>	<b>6</b>
Unbekannt				0,0%

### Art der Beendigung

Die häufigste Art der Beendigung von Männern mit Hauptdiagnose Alkohol in Beratungsstellen ist der planmäßige Abschluss (45%; Tabelle 36). Fast genauso viele Klienten (41%) brechen allerdings die Behandlung ab. Bei den weiblichen Alkohol-Klienten gibt es sogar mehr Abbrüche (47%) als planmäßige Beendigungen (40%). Mit Ausnahme der männlichen Kokain-Klienten befinden sich die Personen mit anderen substanzbezogenen Störungen mit etwa der Hälfte bis zu zwei Dritteln überwiegend in der Gruppe der Abbrecher. Eine Weitervermittlung erfolgt vor allem bei Opiat-Klienten (22% der Männer, 32% der Frauen) am Ende der ambulanten Betreuung, meist in stationäre Einrichtungen.

**Tabelle 36: Art der Beendigung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2; N=28)**

Art der Beendigung	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulantien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Planmäßig	44,5%	40,0%	14,3%	10,8%	33,5%	34,5%	32,4%	16,7%	38,4%	23,5%
Weitervermittlung	9,5%	8,8%	22,4%	32,3%	14,8%	10,9%	32,4%	16,7%	9,1%	8,8%
Abbruch Einrichtung	2,6%	1,6%	1,2%		1,6%		5,9%			2,9%
Abbruch Klient	41,0%	47,3%	57,1%	53,8%	48,8%	52,7%	29,4%	66,7%	51,5%	64,7%
Strafvollzug	0,9%	0,2%	5,0%	3,1%	1,3%	1,8%			1,0%	
Verstorben	1,5%	2,1%								
<b>Gesamt</b>	<b>2.937</b>	<b>577</b>	<b>161</b>	<b>65</b>	<b>379</b>	<b>55</b>	<b>34</b>	<b>6</b>	<b>99</b>	<b>34</b>
Unbekannt										1,9%

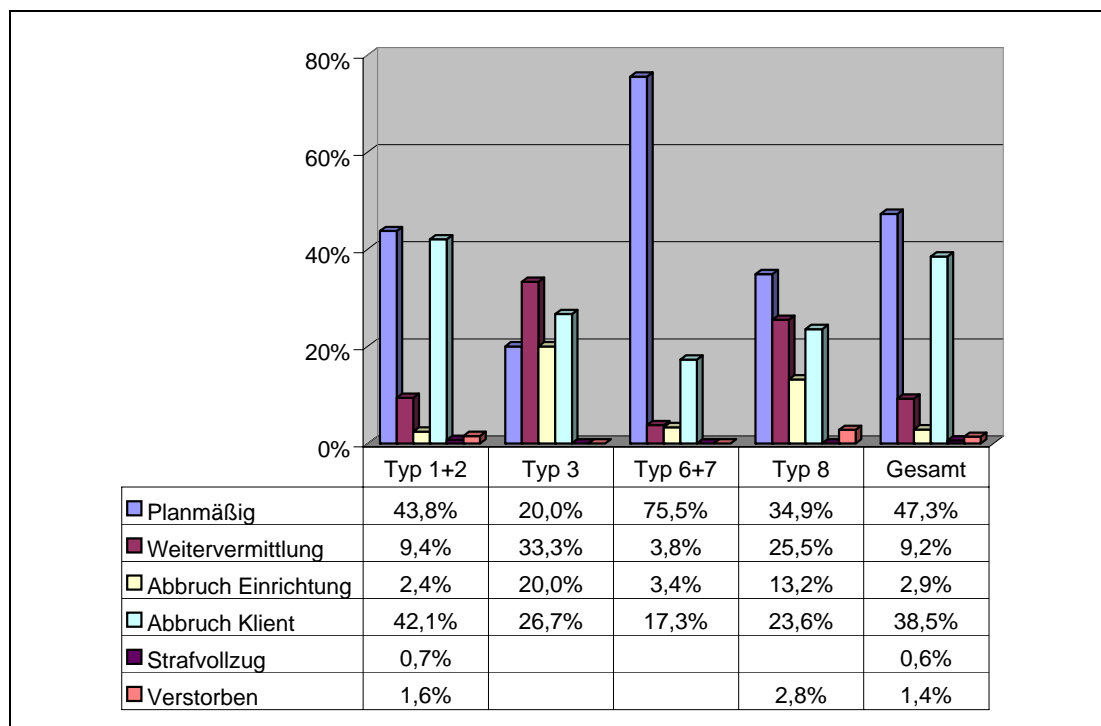
Auch Klienten mit Essstörungen und pathologischem Spielverhalten brechen in Beratungsstellen häufig die Betreuung ab (Tabelle 37). In der Gruppe mit Essstörungen werden darüber hinaus etwa gleich viele Behandlungen planmäßig bzw. durch Weitervermittlung beendet. Von den Spielern erzielen etwas mehr Personen ein planmäßiges Behandlungsende als weitervermittelt werden.

**Tabelle 37: Art der Beendigung bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2; N=28)**

Art der Beendigung	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Planmäßig	25,0%	9,5%	15,0%	66,7%
Weitervermittlung	50,0%	9,5%	10,0%	
Abbruch Einrichtung			5,0%	
Abbruch Klient	25,0%	81,0%	70,0%	33,3%
Strafvollzug				
Verstorben				
<b>Gesamt</b>	<b>4</b>	<b>21</b>	<b>60</b>	<b>6</b>
Unbekannt				0,0%

In Abbildung 12 ist ein Vergleich der Einrichtungstypen hinsichtlich der Art des Betreuungsendes von Alkohol-Klienten dargestellt. In den meisten Einrichtungstypen beendet der größte Teil der Klienten die Betreuung planmäßig. Lediglich im ambulanten betreuten Wohnen ist die Weitervermittlung das häufigste Behandlungsende. Der Abbruch durch den Klienten kommt vor allem in den Beratungsstellen vor und ist dort fast so häufig wie ein planmäßiges Behandlungsende. Er ist auch in Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens und in Rehabilitationszentren die zweithäufigste Beendigungsart. Lediglich in Heimen ist die zweithäufigste Beendigungsweise die Weitervermittlung. Abbrüche von Seiten der Einrichtung kommen fast nur in Einrichtungen des ambulanten und stationären betreuten Wohnens, dort aber immerhin in 20% bzw. 13% der Fälle vor.

**Abbildung 12: Art der Beendigung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=46, unbek.: 1,9%)**



## Ergebnisse der Betreuung

Tabelle 38 zeigt die in der ambulanten Betreuung erzielten Ergebnisse gesondert für planmäßige und vorzeitige Beendigungen. „Planmäßiges Ende“ bedeutet, dass die jeweiligen Ziele der Betreuung erreicht wurden oder ein Einverständnis zwischen Therapeut und Klient über die reguläre Beendigung vorliegt. Ein erfolgreiches Ergebnis im Sinn der Beendigung der Störung ist also nicht unbedingt Voraussetzung für eine planmäßige Beendigung der Betreuung. Möglich ist auch, dass nur ein Teilziel vereinbart wurde. Mit vorzeitiger Beendigung sind Abbrüche gemeint, sowohl durch den Klienten als auch durch die Einrichtung. Die Einschätzung des Behandlungsergebnisses erfolgt durch den Berater/Therapeuten.

Bei mehr als der Hälfte der Klienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose ist die Problematik nach einem planmäßigen Behandlungsende behoben (Tabelle 38). Weitere 34% berichten von einer Besserung der Situation. Bei den Klienten mit Cannabis-Hauptdiagnose ist die Problematik bei jeweils 42% nach einem planmäßigen Behandlungsende behoben bzw. gebessert, bei 16% ist die Situation dagegen unverändert. Bei den Opiatfällen ist die Problematik deutlich seltener behoben (35%), dafür befinden sich 48% der Personen in der Gruppe mit gebesserter Problematik. Bei weiteren 17% ist die Situation unverändert. Bei Kokain gilt die Problematik am Betreuungsende bei jeweils etwa einem Drittel der Klienten als behoben, gebessert oder unverändert, wobei die Zahl der Betroffenen mit 23 sehr gering ist. Die Stimulantien-Klienten schließen die Behandlung zu 61% erfolgreich, zu 30% gebessert ab. Insgesamt liegt damit in 70% (Kokain) bis 91% (Stimulantien) der planmäßig beendeten Fälle ein positives Behandlungsergebnis vor.

Erwartungsgemäß fallen die Ergebnisse bei einer vorzeitigen Beendigung deutlich schlechter aus. 53% der Alkohol-Klienten zeigen ein unverändertes Konsumverhalten, bei den Opiat-Klienten sind es 71%. Der Anteil bei den Konsumenten anderer Drogen liegt zwischen diesen Werten. Eine Besserung ist bei 17% (Opiate) bis 28% (Cannabis) zu verzeichnen. Abstinenter sind jedoch nur zwischen 4% (Stimulantien) und 13% (Kokain).

**Tabelle 38: Ergebnisse der Betreuung bei ausgewählten Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2; N=28)**

<b>Planmäßig beendet</b>	<b>Alkohol</b>	<b>Opiate</b>	<b>Cannabis</b>	<b>Kokain</b>	<b>Stimulantien</b>	<b>Essstörungen</b>	<b>Pathol. Spielen</b>
Behoben/abstinent	55,8%	34,9%	41,6%	30,4%	61,1%		36,8%
Gebessert	34,3%	48,2%	41,6%	39,1%	29,6%	57,1%	47,4%
Unverändert	9,0%	16,9%	16,2%	30,4%	9,3%	42,9%	15,8%
Verschlechtert	0,9%		0,5%				
<b>Gesamt</b>	<b>1.768</b>	<b>83</b>	<b>197</b>	<b>23</b>	<b>54</b>	<b>7</b>	<b>19</b>
<b>Vorzeitig beendet</b>	<b>Alkohol</b>	<b>Opiate</b>	<b>Cannabis</b>	<b>Kokain</b>	<b>Stimulantien</b>	<b>Essstörungen</b>	<b>Pathol. Spielen</b>
Behoben/abstinent	11,2%	5,0%	5,4%	12,5%	4,2%	5,6%	11,1%
Gebessert	26,6%	17,3%	28,4%	18,8%	26,4%	50,0%	37,8%
Unverändert	52,6%	70,5%	62,6%	68,8%	68,1%	38,9%	48,9%
Verschlechtert	9,6%	7,2%	3,6%		1,4%	5,6%	2,2%
<b>Gesamt</b>	<b>1.592</b>	<b>139</b>	<b>222</b>	<b>16</b>	<b>72</b>	<b>18</b>	<b>45</b>
Unbekannt					4,1%		2,2%

Bezüglich Essstörungen und pathologischem Spielverhalten lassen sich nur Tendenzen darstellen. Vier der sieben essgestörten Personen mit planmäßigem Behandlungsende werden als gebessert, drei als unverändert eingestuft (Tabelle 38). In der Gruppe der vorzeitigen Beender hat sich bei neun von 18 Betroffenen die Situation gebessert, bei sieben blieb sie unverändert. Unter den Personen mit pathologischem Spielverhalten gilt fast die Hälfte nach einer planmäßig beendeten Behandlung als gebessert, über ein Drittel als abstinent. Das Ergebnis bei unplanmäßigen Beendigungen ist deutlich schlechter, die Problematik ist aber bei immerhin 38% gebessert.

Tabelle 39 gibt einen Überblick über die unterschiedlichen Behandlungsergebnisse in verschiedenen Einrichtungstypen bei Klienten mit alkoholbedingter Hauptdiagnose. Insgesamt zeigt sich die Tendenz, dass in den Rehabilitationseinrichtungen mehr Personen die Behandlung positiv (Problematik behoben oder gebessert) abschließen (97% bei planmäßiger, 68% bei unplanmäßiger Beendigung) als in anderen Einrichtungen. Bei planmäßiger Beendigung ist der Anteil an Personen, deren Problematik als behoben gilt, mit 62% in den Einrichtungen des stationären betreuten Wohnens am größten. Bei vorzeitigem Behandlungsende ist der Anteil abstinenter Klienten in den Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens am größten (29%). Die meisten Verschlechterungen zeigen sich sowohl für planmäßige als auch unplanmäßige Behandlungsabschlüsse für das ambulante betreute Wohnen (14% bzw. 29%).

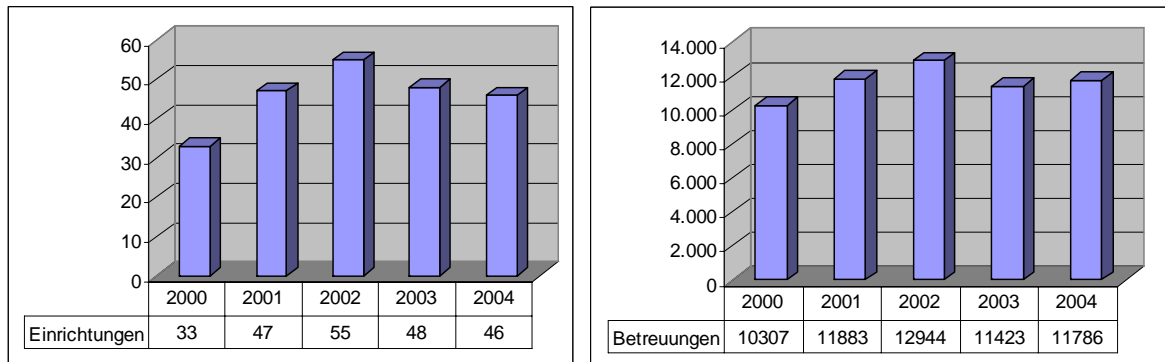
**Tabelle 39: Ergebnisse der Betreuung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=43)**

<b>Planmäßig beendet</b>	<b>Typ 1+2</b>	<b>Typ 3</b>	<b>Typ 6+7</b>	<b>Typ 8</b>	<b>Gesamt</b>
Behoben/ abstinert	55,8%	42,9%	4,9%	61,9%	47,5%
Gebessert	34,3%	14,3%	92,1%	31,7%	43,7%
Unverändert	9,0%	28,6%	3,0%	6,3%	8,0%
Verschlechtert	0,9%	14,3%			0,8%
<b>Gesamt</b>	<b>1.768</b>	<b>7</b>	<b>366</b>	<b>63</b>	<b>2.204</b>
<b>Vorzeitig beendet</b>	<b>Typ 1+2</b>	<b>Typ 3</b>	<b>Typ 6+7</b>	<b>Typ 8</b>	<b>Gesamt</b>
Behoben/ abstinert	11,2%	28,6%	4,0%	19,5%	11,0%
Gebessert	26,6%	14,3%	64,4%	34,1%	28,9%
Unverändert	52,6%	28,6%	30,7%	41,5%	51,0%
Verschlechtert	9,6%	28,6%	1,0%	4,9%	9,1%
<b>Gesamt</b>	<b>1.592</b>	<b>7</b>	<b>101</b>	<b>41</b>	<b>1.741</b>
Unbekannt					4,1%

## 5 Trendanalyse 2000 bis 2004

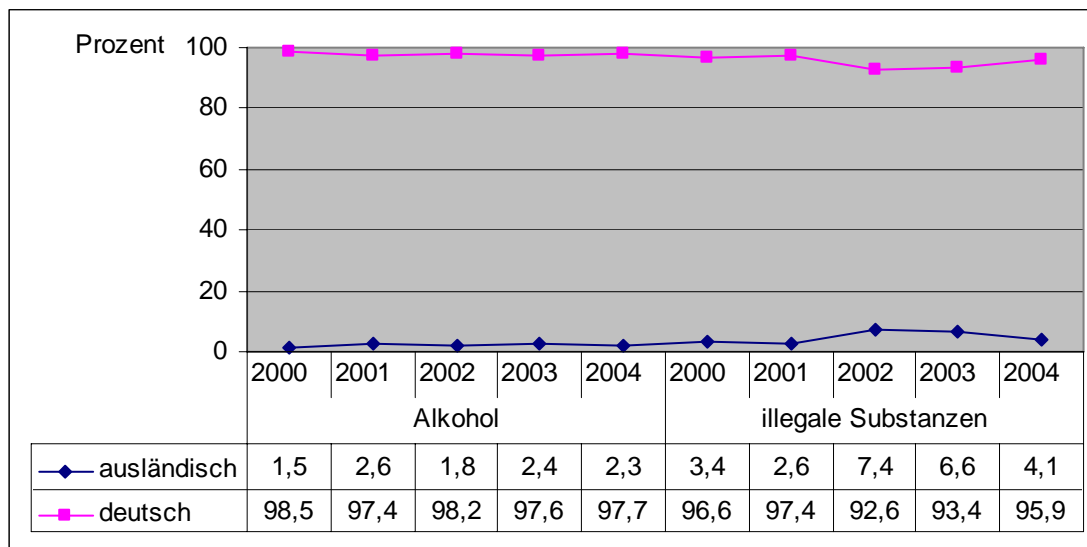
In diesem Kapitel werden anhand ausgewählter Informationen die Entwicklungen der letzten fünf Jahre im thüringischen Suchthilfesystem dargestellt. Zunächst einmal lässt sich feststellen, dass sich der Rückgang bei der Einrichtungsbeteiligung 2004 fortgesetzt hat. Die Zahl der dokumentierten Klienten ist dagegen wieder etwas angestiegen (Abbildung 13).

**Abbildung 13: Einrichtungsbeteiligung und dokumentierte Betreuungen**



Im Folgenden wird bei einigen zentralen Klienten- und Betreuungsmerkmalen der Trend über die letzten fünf Jahre dargestellt. Zunächst soll die Entwicklung bezüglich des Zusammenhangs zwischen Staatsangehörigkeit und Hauptdiagnose bei den jeweiligen Neuzugängen des Jahres verfolgt werden (Abbildung 14).

Während bei Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol der Anteil der ausländischen Betreuten in den letzten vier Jahren um die 2% schwankt, ist der Anteil der (ganz überwiegend aus Nicht-EU-Ländern stammenden) Ausländer mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich der illegalen Drogen (Opiate, Cannabis, Kokain und Stimulantien) nicht nur höher, sondern hatte insbesondere im vorletzten Jahr einen deutlichen Zuwachs genommen. 2004 ist der Anteil nicht-deutscher Klienten mit einer Hauptdiagnose im Bereich illegaler Drogen nochmals leicht gesunken, liegt aber mit 4,1% immer noch deutlich über dem Anteil der ausländischer Alkohol-Klienten (Abbildung 14).

**Abbildung 14: Nationalität und Hauptdiagnosen**

Als nächstes soll die Entwicklung des Alters beim Erstkonsum über die letzten vier Jahre dargestellt werden. Für das Jahr 2000 stand hier noch kein entsprechender Mittelwert zur Verfügung, so dass der Vergleich hier auf den gemittelten Werten der entsprechenden Altersgruppen beruht (Tabelle 40).

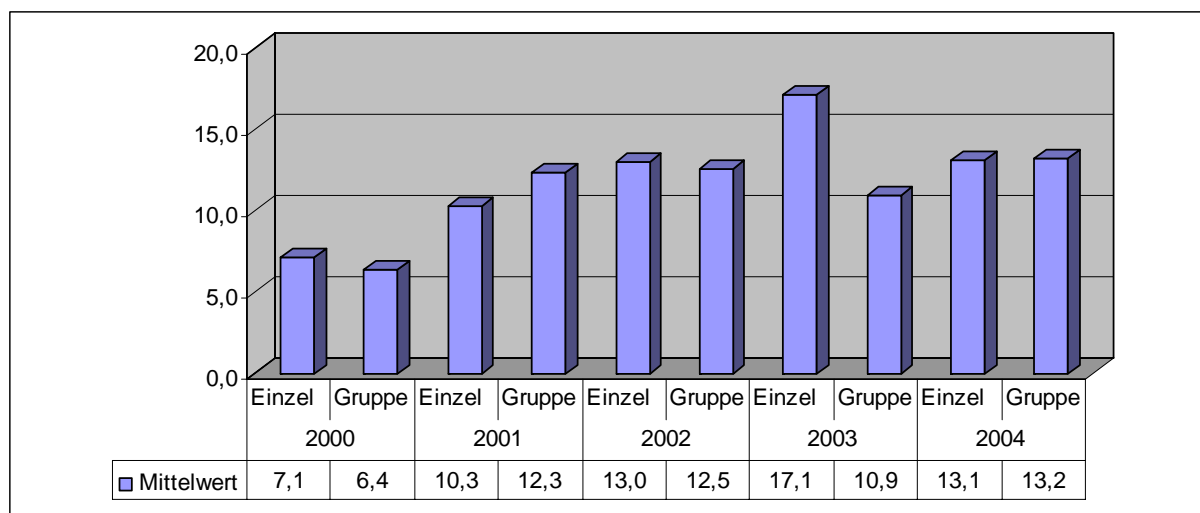
**Tabelle 40: Anteil der Erstkonsumenten bis 14 Jahre**

<b>Einzeldiagnose</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
Heroin	11,6%	5,6%	4,8%	14,9%	10,0%
Kokain	13,5%	11,3%	9,1%	14,6%	12,5%
Amphetamine	14,8%	11,6%	16,4%	19,3%	17,4%
MDMA	15,9%	16,9%	14,1%	22,1%	17,7%
Cannabinoide	31,9%	33,3%	38,9%	42,5%	40,1%
Alkohol	44,0%	48,9%	59,6%	64,7%	64,7%
Tabak	54,7%	58,8%	57,9%	61,2%	60,9%

Während bei Heroin und Kokain der Anteil der Klienten mit einem Einstiegsalter unter 15 Jahren bis 2002 zurückgegangen ist, bei Amphetaminen und MDMA-Substanzen in etwa gleich geblieben ist, war 2003 bei allen Substanzen jeweils ein Anstieg zu verzeichnen, der sich bei Cannabis, Tabak und insbesondere beim Alkohol - auf bereits hohem Niveau - fortsetzt. In 2004 kam es bei allen Substanzen außer Alkohol und Tabak zu einem Rückgang, jedoch nicht unter die Werte von 2002. Das durchschnittliche Einstiegsalter bei Klienten mit einer Alkoholdiagnose ist in Thüringen von 18,6 Jahren in 2001 auf 14,5 Jahre in 2004 gesunken. Auch auf Bundesebene (von 17,1 auf 15,4 Jahre) und auf der Ebene aller neuen Bundesländer (von 16,1 auf 14,8 Jahre) ist ein solcher Effekt beobachtbar, wenngleich er dort jeweils nicht so ausgeprägt ist. Demgegenüber hat sich das Durchschnittsalter der in 2004 neu zugegangenen Klienten mit einer Alkoholdiagnose gegenüber dem Vorjahr praktisch nicht geändert (41,4 Jahre in 2001 und 41,8 in 2004). Wenngleich sich aus diesen Daten kein direkter Rückschluss auf Veränderungen im Konsumverhalten der Bevölkerung ziehen lässt, so wird hier doch deutlich, dass eine Verstärkung von präventiven Maßnahmen gerade für diese Altersgruppe notwendig wäre.

Eine Analyse der Betreuungsintensität – nach Anzahl der Kontakte und nach Dauer der Betreuung – ergibt, dass diese sich nach einer deutlichen Steigerung im Vorjahr nun knapp über dem Niveau früherer Jahre stabilisiert hat (Abbildung 15). So stieg die durchschnittliche Kontaktzahl pro beendeter Betreuung bis 2003 stetig an, kehrte 2004 aber wieder auf durchschnittlich 13 Einzel- und 13 Gruppenkontakte zurück. Damit ist auch das Verhältnis von Gruppen- zu Einzelkontakten wieder ausgeglichen.

**Abbildung 15: Anzahl der Kontakte pro beendete Betreuung**



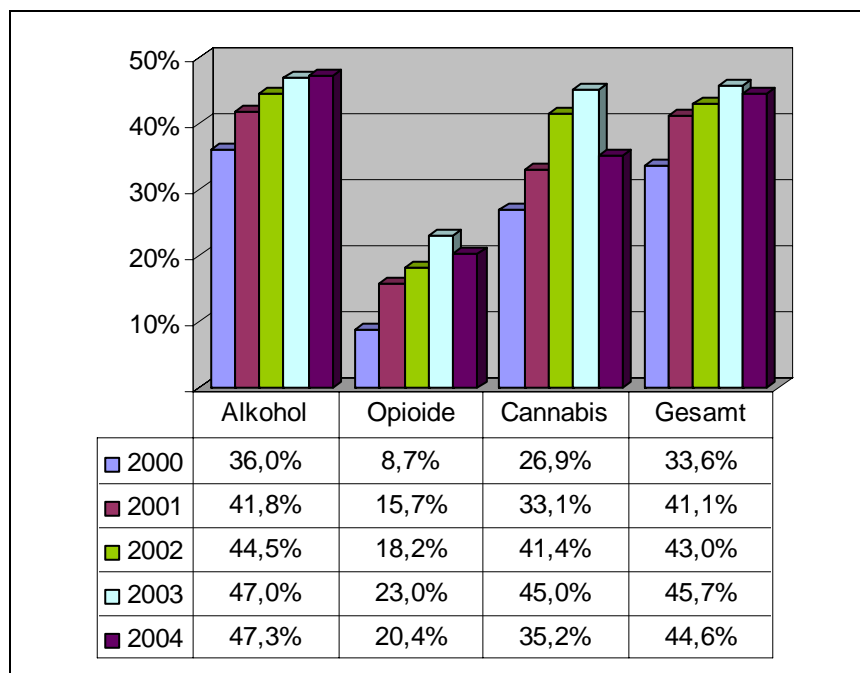
Auch bei der Dauer der Betreuung ist dieser Trend sichtbar. Nach einer Zunahme der Betreuungen, die über ein Jahr dauern kam es 2004 zu einem Rückgang dieses Anteils und zu einer erheblichen Zunahme der Betreuungen mit einer Dauer von bis zu 4 Wochen (Tabelle 41). Ihr Anteil ist von 10,0% in 2003 auf 16,8% in 2004 gestiegen.

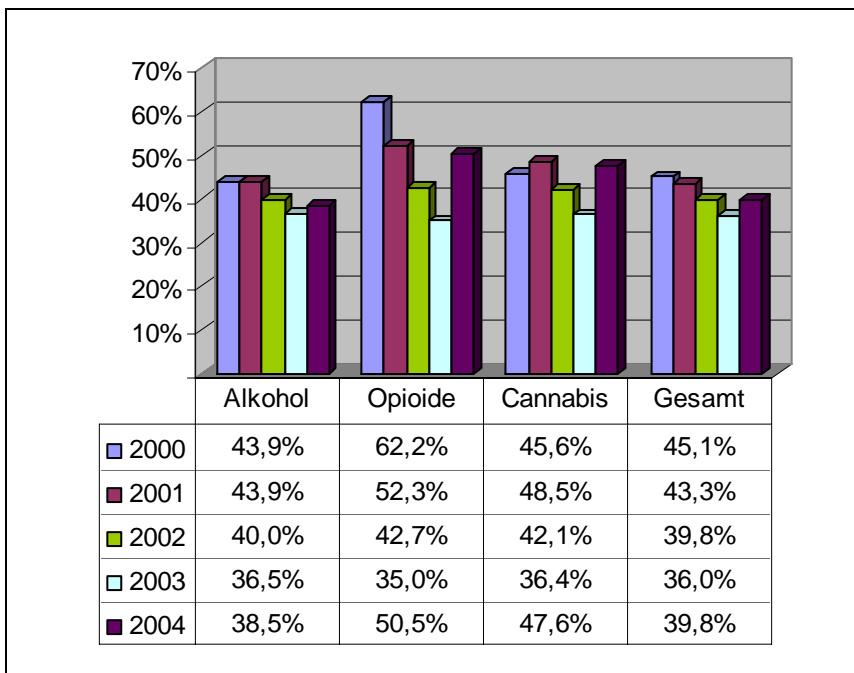
**Tabelle 41: Dauer der Betreuung**

Dauer der Betreuung	2000	2001	2002	2003	2004
bis 4 Wochen	10,1%	14,3%	9,6%	10,0%	16,8%
bis 8 Wochen	9,9%	10,5%	8,6%	8,5%	8,3%
bis 12 Wochen	9,8%	9,1%	8,1%	8,0%	8,2%
bis 6 Monate	24,2%	22,7%	24,1%	23,1%	22,4%
bis 9 Monate	14,5%	13,6%	13,2%	13,7%	13,0%
bis 12 Monate	10,9%	8,6%	10,7%	10,6%	8,8%
bis 24 Monate	13,9%	15,8%	16,2%	17,0%	14,4%
mehr als 24 Monate	6,7%	5,4%	9,5%	9,1%	8,1%
Mittelwert in Wochen *		34,9	42,1	42,4	39,5
<b>Gesamt</b>	<b>5.184</b>	<b>5.775</b>	<b>6.345</b>	<b>5.988</b>	<b>5.931</b>

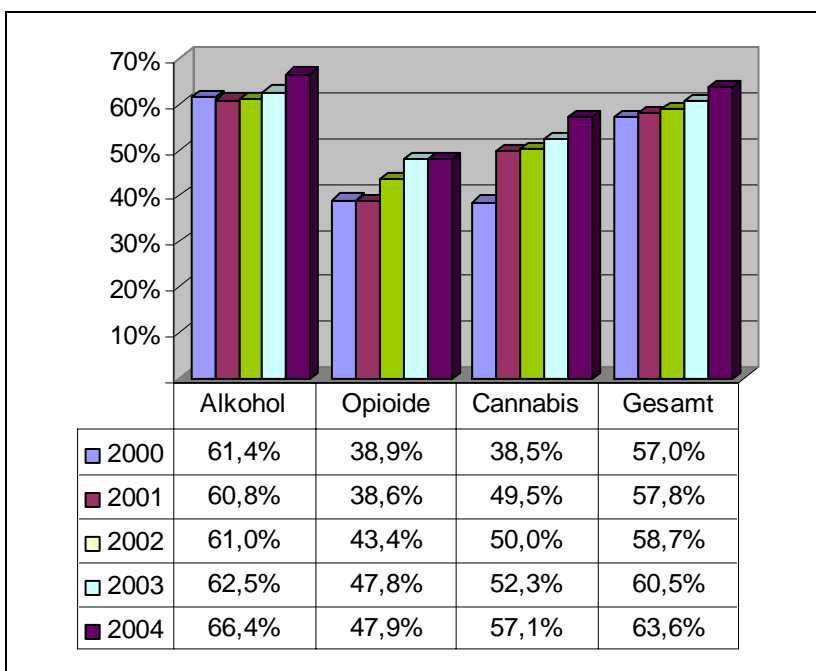
\* in 2000 nicht verfügbar

Dass sich der Rückgang der Intensivierung der Betreuung auch in einer leichten Verschlechterung der Ergebnisse der Arbeit niederschlägt wird durch die Analyse zur Art der Beendigung und zur Einschätzung der Situation der Klienten am Ende der Betreuung deutlich. In Abbildung 16 und Abbildung 17 ist die Entwicklung der planmäßigen Beendigung und des Abbruchs der Betreuung durch den Klienten für alle Klienten (Gesamt) und für Klienten mit bestimmten Hauptdiagnosegruppen gegenübergestellt. Dabei wird deutlich, dass sich gegenüber 2003 der Anteil der planmäßig beendeten Betreuungen (ohne Vermittlungen) insgesamt um bis zu 10 Prozentpunkte verringert hat und der Anteil der durch Klienten abgebrochenen Betreuungen um zwei bis 16 Prozentpunkte gestiegen ist.

**Abbildung 16: Planmäßige Beendigung**

**Abbildung 17: Beendigung durch Klientenabbruch**

Als letztes Kriterium dieser Trendanalyse soll schließlich noch die Situation der Klienten am Betreuungsende dargestellt werden. Aus Tabelle 38 und Tabelle 39 geht hervor, dass die Abstinenzquote bzw. der Verbesserungsgrad bei planmäßig abgeschlossenen Betreuungen signifikant höher ist als bei abgebrochenen Betreuungen. Trotz der leichten Verschlechterung bei der Haltequote hat sich die Einschätzung der Situation am Betreuungsende gebessert (Abbildung 18).

**Abbildung 18: Klienten mit Abstinenz bzw. verbesserter Situation am Betreuungsende (planmäßige und unplanmäßige Beendigungen)**

Aus Abbildung 18 wird deutlich, dass bei der Beurteilung der Situation am Betreuungsende eine Verbesserung in den letzten vier Jahren erzielt wurde. Diese ist umso beachtlicher angesichts der Einbußen bei der Betreuungsintensität. Eine sehr positive Entwicklung zeichnet sich bei Klienten mit den Hauptdiagnosen Cannabis und Alkohol ab.

## Literatur

DHS (2001). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Hamm: DHS.

Kraus, L., Bauernfeind, R. & Herbst, K. (1998). Hat sich das Alter des Erstkonsums illegaler Drogen verschoben? Survivalanalyse retrospektiver Querschnittsdaten 1980-1995. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 27 (1), 20-29.

Sonntag, D., Welsch, K. & Bauer, C. (2005). Deutsche Suchthilfestatistik 2004 für ambulante Einrichtungen. SUCHT, 51, Sonderheft 1.

Sonntag, D., Welsch, K. & Bauer, C. (2005). Deutsche Suchthilfestatistik 2004 für stationäre Einrichtungen. SUCHT, 51, Sonderheft 1.

Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K. H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, S. N. (2005). Suchthilfestatistik 2004 für Deutschland. Tabellenband der ambulanten und stationären Einrichtungen in Thüringen. Berichtszeitraum 1.1.2004 -31.12.2004. München: IFT

Strobl, M. & Welsch, K. (2003). Manual EBIS 2001. Erläuterungen zu den Erhebungsbogen und zum PC-Programm für Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe. IFT-Manuale Bd. 36. München: IFT.

Weltgesundheitsorganisation (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.