

Silke Nöller  
Heinrich Kufner

Evaluation der Suchthilfe in Erfurter Allgemeinkrankenhäusern:  
Jahresbericht 2004

Evaluation of addiction services in general hospitals of Erfurt:  
Annual Report 2004



**Evaluation der Suchthilfe in Erfurter Allgemeinkrankenhäusern:  
Jahresbericht 2004<sup>1</sup>**

**Evaluation of addiction services in general hospitals of Erfurt:  
Annual Report 2004**

Silke Nöller und Heinrich Kufner

Institut für Therapieforschung, München

---

<sup>1</sup> Gefördert durch das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit

Reihe IFT-Berichte

Band Nr. 156

Herausgegeben vom IFT Institut für Therapieforschung

(Verantwortlich: Prof. Dr. Gerhard Bühringer)

In der Reihe IFT-Berichte sind zuletzt erschienen:

Rösner, S. & Küfner, 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. & Küfner, 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.

Bauer, C., Welsch, K. & Sonntag, D. (2005). *Suchthilfestatistik 2004. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der Suchthilfeeinrichtungen des Landes Thüringen* (IFT-Berichte Bd. 155). 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: 089/360804-49, E-Mail: [ift@ift.de](mailto:ift@ift.de), Web-Site: <http://www.ift.de>

Printed in Germany

Fassung vom 29.12.2005

## Vorwort

Ein Krankenhausaufenthalt stellt in der Regel eine günstige Gelegenheit dar, gesundheitliche Probleme unterschiedlichster Art festzustellen und bei Bedarf erste Schritte einer Behandlung einzuleiten. Von daher ist es nahe liegend, Hinweise auf eine Suchtproblematik aufzugreifen, diagnostisch genauer zu untersuchen und mit einer Beratung im Sinne einer Frühintervention zu verbinden. Genau dies ist Thema der hier vorgestellten Ergebnisse zur Frühintervention im Krankenhaus.

Eine wissenschaftliche Studie zur Frühintervention von Suchterkrankungen, finanziert vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS), bildete den Ausgangspunkt für das Konzept der Frühintervention in den beiden großen Klinikzentren in Erfurt. Nach Ende der Finanzierung der Frühintervention durch das BMGS hat das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit die weitere Förderung dieses erfolgreichen Projekts übernommen und damit auf die Zeit für den Übergang in die Routineversorgung vorbereitet.

Solange ein wissenschaftliches Projekt sich in der Durchführungsphase befindet und dabei Mitarbeiterstellen finanziert werden, sind Ziel und Zweck der mit einer Studie verbundenen Dokumentation, die meist auch mit einem Wirksamkeitsnachweis verbunden ist, klar definiert und in der Regel von allen Mitarbeitern akzeptiert. Kritisch ist dagegen die weiter gehende Phase, wenn die Studie zu Ende geht und ein erfolgreiches Konzept in eine Routinebehandlung übergeführt werden soll. Dokumentation und Diagnostik werden dann Teil einer permanenten Qualitätskontrolle, die sehr viel schwerer über längere Zeit durchzuhalten ist, als in der klar begrenzten Laufzeit einer Studie, insbesondere wenn die unmittelbar einsichtige Verbindung von Diagnostik und Interventionsmaßnahmen fehlt und die Auflage der Dokumentation als Voraussetzung einer Finanzierung entfällt. Im Idealfall liefert die Dokumentation als Diagnostik des Patienten einen unmittelbaren Beitrag zur Beratung. Darüber hinaus ist die Diagnostik oft bereits ein Teil der Intervention und erfolgt daher im Gesprächsverlauf. Die bloße Dokumentation von Frage und Antwort wird jedoch häufig als zunehmend bürokratische und eigentlich überflüssige Aufgabe empfunden.

Fragebogen zur Selbstbeurteilung für den Patienten und eine computergestützte Diagnostik verbessern die Systematik der Diagnostik und erleichtern die Datenerhebung und die Dokumentation als Festhalten und Speichern. Die Rückmeldung an die Patienten, entweder sofort oder bei einem nächsten Termin, ist dann in jedem Fall bereits Teil

der Intervention. Die verschiedensten diagnostischen Informationen, von der Kleidung bis zu Laborbefunden und ärztlichen Berichten zu sammeln und zu ordnen, bedeutet einen Perspektivenwechsel mit einer gewissen objektivierenden Distanzierung vom Patienten und aus dem unmittelbaren Gesprächsprozess mit dem Patienten herauszutreten. Auch die übergeordnete therapeutische Zielsetzung einer stützenden Therapeut/Patient Beziehung entfällt in diesem Moment, wenn Fragen der Prognose und der Interventionsentscheidung im Vordergrund stehen. Therapeutisch steht neben der Bewältigung eventueller Krisensituationen die zumindest vorläufige Unterbrechung des missbräuchlichen Alkohol- oder Drogenkonsums im Vordergrund, was nicht unbedingt, aber doch häufig im Falle einer Abhängigkeitsdiagnose eine Abstinenz bedeuten muss. Hinzu kommt, falls erforderlich, die Motivierungsaufgabe für eine weitergehende Behandlung, der eine Abschätzung des weiteren Behandlungsbedarfs zugrunde liegt. Besonders im Bereich der Behandlungsmotivation und Veränderungsbereitschaft gibt es noch einen erheblichen Forschungs- und Entwicklungsbedarf.

Die letzten beiden Jahre der Finanzierung der Frühintervention und der Dokumentation durch das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit sollte den Übergang zu einer permanenten Qualitätskontrolle ermöglichen. Wir hoffen, mit diesem Bericht noch einmal einen Anstoß zu geben für die Übernahme der Dokumentation in die Routine und für eine komprimierte Auswertung am Anfang des Folgejahres. Es wäre zu wünschen, dass die Frühintervention von Suchterkrankungen zwar, sofern vorhanden, Teil einer psychiatrischen Klinik bleibt, aber der Auftrag für alle Klinikbereiche weiter besteht und als Liaison-Dienst allen anderen Kliniken oder Abteilungen zur Verfügung steht.

München, Dezember 2005

Dr. Heinrich Kufner

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	3
Inhaltsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis .....	7
Kurzfassung .....	9
Summary.....	15
1 Ausgangslage und Aufgaben .....	21
1.1 Ausgangslage .....	21
1.2 Aufgaben der Dokumentation 2004 .....	23
2 Methodik.....	25
2.1 Untersuchungsansatz .....	25
2.2 Einrichtungen, Mitarbeiter und Patienten .....	25
2.3 Untersuchungsinstrument .....	26
2.4 Durchführung .....	26
2.5 Auswertung .....	27
3 Überblick und Zugänge zu den Zielgruppen 2003 und 2004 .....	29
3.1 Patientengruppen.....	29
3.2 Zugänge zu den Zielgruppen .....	30
4 Soziodemographische Merkmale .....	35
4.1 Geschlecht, Alter und Nationalität.....	35
5 Lebenssituation der Patientengruppen .....	37
6 Alkoholkonsum und Konsum anderer Drogen .....	43
7 Alkohol- bzw. drogenassoziierte Störungen und Auswirkungen .....	47
8 Erfahrungen mit der Suchtkrankenhilfe .....	51
9 Hilfebedarf, Motivation und Weitervermittlung .....	53
10 Zustand bei Entlassung aus dem Krankenhaus.....	59
11 Diskussion.....	61
11.1 Methodische Probleme .....	61
11.2 Vergleich der Patienten mit Alkohol- und mit Drogenproblemen .....	61
11.3 Vergleich von Ergebnissen im Jahr 2003 und 2004.....	62
11.4 Beurteilungskriterien .....	64
11.5 Folgerungen .....	69
12 Literatur .....	71
Anhang .....	73



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1:	Grund für die stationäre Aufnahme.....	31
Tabelle 3.2:	Erreichte Patienten und Patientinnen nach Kliniken .....	33
Tabelle 3.3:	Kontaktaufnahme bzw. -vermittlung.....	34
Tabelle 3.4:	Kontaktanzahl .....	34
Tabelle 5.1:	Familienstand.....	39
Tabelle 5.2:	Partnerbeziehungen.....	39
Tabelle 5.3:	Lebenssituation.....	40
Tabelle 5.4:	Wohnsituation .....	41
Tabelle 5.5:	Berufsausbildung .....	41
Tabelle 5.6:	Beschäftigungssituation .....	42
Tabelle 5.7:	Überwiegender Lebensunterhalt.....	43
Tabelle 5.8:	Schuldensituation.....	43
Tabelle 6.1:	Hauptdiagnose der Störungen durch Alkohol (Patienten/innen mit Alkoholproblemen) .....	45
Tabelle 6.2:	Konsumentengruppen (Männer mit Alkoholproblemen) .....	46
Tabelle 6.3:	Konsumentengruppen (Frauen mit Alkoholproblemen) .....	46
Tabelle 6.4:	In den letzten 30 Tagen konsumierte Substanzen (Mehrfachnennung).....	47
Tabelle 7.1:	Alkohol- bzw. Drogenassoziierte Störungen und Auswirkungen (Mehrfachnennung).....	49
Tabelle 7.2:	Soziale Auswirkungen (Mehrfachnennungen) .....	50
Tabelle 7.3:	Alkohol- bzw. Drogenassoziierte körperliche Erkrankungen (Mehrfachnennungen).....	51
Tabelle 7.4:	Alkohol- und Drogenassoziierte psychische Störungen (Mehrfachnennung).....	51
Tabelle 8.1:	Vorerfahrungen mit der Suchtkrankenhilfe (Mehrfachnennung) .....	54
Tabelle 9.1:	Mittlere/ extreme Problembelastung bei Patienten mit Alkoholproblemen .....	56
Tabelle 9.2:	Mittlere/extreme Problembelastung bei Patienten mit Drogenproblemen .....	56
Tabelle 9.3:	Weitervermittlung in andere suchtspezifischen Einrichtungen (Mehrfachnennung).....	57
Tabelle 9.4:	Beendigungsart.....	58
Tabelle 10.1:	Beurteilung der Alkoholproblematik zum Entlassungszeitpunkt (Patienten/innen mit Alkoholproblemen) .....	61
Tabelle 10.2:	Beurteilung der Drogenproblematik zum Entlassungszeitpunkt (Patienten/innen mit Drogenproblemen) .....	61

## Anhang

Tabelle A 9.1	Problembereiche und Beratungs- bzw. Behandlungsbedarf (Mehrfachnennung) (Patienten/innen mit Alkoholproblemen) .....	73
Tabelle A 9.2	Problembereiche und Beratungs- bzw. Behandlungsbedarf (Mehrfachnennung) (Patienten/innen mit Drogenproblemen) .....	73
Tabelle A 9.3	Frequenz-Mengen-Index (entspricht der durchschnittlichen täglichen Alkoholkonsummenge pro Tag) .....	74
Tabelle A 9.4	Körperliche Erkrankungen und Einrichtung .....	75
Tabelle A 9.5	Psychische Erkrankungen und Einrichtung .....	75
Tabelle A 9.6	Berufliche/schulische Probleme und Einrichtung .....	75
Tabelle A 9.7	Drogenprobleme und Einrichtung .....	76
Tabelle A 9.8	Rechtsprobleme und Einrichtung .....	76
Tabelle A 9.9	Beziehungsprobleme und Einrichtung .....	76
Tabelle A 9.10	Wohnsituation und Einrichtung .....	77
Tabelle A 9.11	Finanzielle Situation und Einrichtung .....	77

---

## Kurzfassung

### Ziele

In dem vorliegenden Bericht wird ein krankenhausesinternes Suchthilfeangebot zur Frühintervention evaluiert, welches aus einem Bundesmodellprojekt zur Frühintervention von Substanzstörungen hervorging. Die erhobenen Daten und die Ergebnisse der Suchtberatung werden dann an die Kliniken und die beteiligten Leistungs- und Kostenträger rückgemeldet.

Der Frühintervention im Krankenhaus liegt die Annahme zugrunde, dass die Patienten über eine stationäre Behandlung im Allgemeinkrankenhaus gut erreichbar sind und auf diese Weise für eine Behandlung motiviert werden können oder dass die Beratungsgespräche selbst in einigen Fällen eine ausreichende Grundlage für die Bewältigung der Sucht darstellen. Neben dem Behandlungserfolg am Ende der Beratung war ein weiterer Schwerpunkt die Dokumentation der Zugangswege von Patienten und Patientinnen mit substanzbezogenen Problemen in den verschiedenen Kliniken zur suchtspezifischen Beratung. Im Vordergrund der Darstellung steht ein Vergleich der Ergebnisse und Aussagen von 2003 und 2004, um Entwicklungstendenzen sichtbar zu machen und auf wesentliche Veränderungen hinzuweisen.

Folgende Fragen stehen im Mittelpunkt des Berichtes:

1. Wie viele suchtkranke Patienten werden über welche Zugangswege erreicht?
2. Die Häufigkeitsverteilung von Alkohol-, Medikamenten- und Drogen-Diagnosen hinsichtlich schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit nach ICD-10.
3. Die Beschreibung der Konsummuster: Exzessive Trinkphasen gelten beispielsweise als besonders kritisch für die Auswirkungen des Alkoholkonsums.
4. Welche Patienten werden durch die Frühintervention erreicht, welche nicht?
5. Welche Erkrankungen oder Störungen sind Anlass für die Krankenhausaufnahme?
6. Welche therapeutischen Früherfahrungen haben die Patienten? Wo und wie werden die Patienten behandelt?
7. Welche Interventionen werden angeboten und welche werden angenommen?
8. Wie viele Patienten und an welche Stellen und Therapien werden sie weiter vermittelt?

## **Methodik**

In den beiden Erfurter Krankenhäusern erheben die am Projekt beteiligten Mitarbeiter die Daten mit einem personenbezogenen Fragebogen. Für jeden erreichten Patienten/jede erreichte Patientin wird ein 10-seitiger Dokumentationsbogen mit 76 Items ausgefüllt.

Das Erhebungsinstrument umfasst folgende Bereiche:

1. Art der Krankenhausaufnahme und -entlassung
2. Soziodemographische Daten
3. Gesundheitsstatus bei Aufnahme in das Krankenhaus und Diagnose
4. Konsummuster psychotroper Substanzen vor Aufnahme ins Krankenhaus
5. Erfahrungen der Patienten und Patientinnen mit Angeboten der Suchtkrankenhilfe sowie deren Nutzung
6. Interventionen während des Krankenhausaufenthalts
7. Entlassungssituation.

In einer der beiden Kliniken wurden alle Patienten und Patientinnen, die mit substanzbezogenen Störungen in der Klinik für Psychiatrie aufgenommen wurden, vom Suchtkrankenhilfedienst angesprochen. In der zweiten Klinik wurden vorrangig die Patienten und Patientinnen mit substanzbezogenen Störungen angesprochen, die bisher wenig oder keine Kontakte zum Suchtkrankenhilfesystem hatten. Die Auswahl der Patienten/innen durch die jeweiligen Mitarbeiter hat sich im Vergleich zum Vorjahr nicht geändert. Bei Anforderungen eines Konsils aus anderen Kliniken wurden die Patienten/innen durch den Psychiater zum Suchthilfedienst vermittelt oder der Suchthilfedienst wurde direkt als Konsil angefordert. Die vorliegende Auswertung ist auf die Zielgruppe von Alkohol- und Drogenabhängigen beschränkt. Die Anzahl der dokumentierten Fälle hat im Vergleich zum Vorjahr leicht, aber nicht signifikant zugenommen (2003: n=425, 2004: n=451).

## **Ergebnisse**

Der Anteil der wegen einer Intoxikation angenommenen Patienten betrug 19,5%. Zur Entgiftung wurden 48,1% aufgenommen. Die Aufnahmegründe für die restlichen Patienten beziehen sich auf Primärerkrankungen unterschiedlichster Art. Im Jahr 2004 erfolgt ein Anstieg der Entgiftungsbehandlungen von 37,6% in 2003 auf 48,1%. Das

lässt sich nur zum Teil damit erklären, dass gleichzeitig die Anzahl der Intoxikationen abgenommen hat. Es wäre zu prüfen, ob ein verändertes Therapieangebot oder lediglich eine andere Definition von Intoxikation und Entgiftung vorliegt.

Wenn man davon ausgeht, dass die Patienten in den Kliniken der Chirurgie und der Inneren Medizin im Vergleich zu den anderen Kliniken am ehesten der Durchschnittsbevölkerung entsprechen, so wäre in diesen Kliniken eine deutlich höhere Alkoholismusrate zu erwarten, als hier durch die Suchtberatung dokumentiert wurde. Da in einer der beiden Kliniken nur eine Auswahl der Patienten/innen mit substanzbezogenen Störungen erfasst wurde, und die Gesamtzahl der Patienten/innen, die mit einer Alkohol- bzw. Drogenproblematik in dieser Klinik aufgenommen wurden, nicht bekannt ist, ist die Generalisierbarkeit der Daten problematisch.

Von den 451 Datensätzen beziehen sich 85,6% (386 Datensätze) auf Patienten/innen mit der Hauptdiagnose Alkoholmissbrauch, Alkoholabhängigkeit oder problematisches Trinken und 14,4% (65 Datensätze) auf Patienten/innen mit der Hauptdiagnose Drogenmissbrauch / Drogenabhängigkeit. Der Anteil der Frauen in der Alkoholgruppe der Erfurter Kliniken entspricht mit 19,3% weitgehend dem Anteil der Frauen in der Diagnosegruppe Alkoholismus in der Deutschen Suchthilfestatistik (Sonntag & Welsch, 2004). Auch das Durchschnittsalter ist mit 45,3 Jahren nahezu identisch, sodass man von einer gut vergleichbaren Klientel sprechen kann.

2004 wie auch 2003 wurde bei der überwiegenden Mehrheit der Alkoholpatienten eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert. Die Anzahl der Alkoholintoxikationen ist 2004 leicht angestiegen. Die Häufigkeiten psychischer und körperlicher Störungen bei den Patienten/innen mit Alkoholproblemen haben sich in 2004 kaum verändert. Die wichtigsten alkoholassoziierten körperlichen Erkrankungen bei den Alkoholpatienten in beiden Jahren waren Lebererkrankungen, Krampfanfälle sowie Polyneuropathien. Hinsichtlich der psychischen Störungen ist auffällig, dass bei Alkoholikern Entzugsdelire und Suizidversuche die größte Rolle spielen, während bei Patienten mit Drogenproblemen psychotische Störungen und Suizidversuche am häufigsten genannt wurden.

Bei den Patienten mit Alkoholproblemen wurde hinsichtlich der Vorbehandlung am häufigsten eine stationäre Entgiftung angegeben sowie eine Suchtberatung. Außerdem erwähnt die Hälfte der Patienten eine stationäre Entwöhnungsbehandlung. Im Vergleich zu 2003 zeigte sich eine größere Häufigkeit der stationären Entgiftung und der Suchtberatung.

2004 wie auch 2003 wurden die Alkoholpatienten/innen am häufigsten in eine Suchtberatungsstelle vermittelt.

Bei den Patienten mit Drogenproblemen wurde 2004 ein häufigerer Konsum von multiplen Substanzen angegeben. Darin zeigt sich die größere Erfahrung der Drogenabhängigen mit verschiedenartigen Drogen im Verlauf ihrer Suchtkarriere. Patienten mit Drogenproblemen haben zu über einem Drittel auch Probleme mit dem Alkoholkonsum, während umgekehrt Patienten mit primärem Alkoholproblem nur selten auch Drogenprobleme angeben. Auffällig ist zunächst, dass Patienten mit Drogenproblemen deutlich weniger körperliche Folgeerkrankungen aufweisen als Patienten mit Alkoholproblemen. Dabei muss aber der deutliche Altersunterschied zwischen Patienten mit Alkohol- und Drogenproblemen berücksichtigt werden, so dass damit wahrscheinlich die Unterschiede der Folgestörungen weitgehend erklärt werden können. Die Häufigkeit von Vorbehandlungen ist sowohl bei den Patienten mit Alkoholproblemen, als auch bei jenen mit Drogenproblemen deutlich angestiegen. Dies könnte zumindest bei den Drogenabhängigen mit dem gestiegenen Alter und damit einer längeren Suchtkarriere oder mit einem umfassenden Hilfeangebot (mehr bei den Patienten mit Alkoholproblemen) in Zusammenhang stehen. Wahrscheinlich tragen beide Faktoren zur Erklärung dieser Veränderungen bei.

Bei den Patienten mit Drogenproblemen wurde ein Anstieg der Verschuldung um etwa 8,5 Prozentpunkte ermittelt, während der Anteil der Patienten mit Schulden bei den Alkoholpatienten weitgehend gleich geblieben ist. Die größere Häufigkeit abgebrochener Ausbildungen bei den Drogenabhängigen weist auf die fortgesetzte Suchtkarriere hin. Mit gut 60% ist die Zahl der Erwerbslosen nach wie vor erschreckend hoch.

Die Beurteilung der Behandlungseinsicht wird bei Alkoholabhängigen größer eingeschätzt, als bei Patienten mit Drogenproblemen. Dabei ist wiederum das unterschiedliche Alter zu berücksichtigen. Insgesamt sind die Therapeuten hinsichtlich der Motivation ihrer Suchtpatienten z. B. bezüglich der Nutzung des Suchthilfeangebots optimistischer als 2003. Ob dies tatsächliche Änderungen oder lediglich eine veränderte positiv-optimistische Grundhaltung der Therapeuten widerspiegelt, ist eine mit den vorliegenden Daten nicht zu entscheidende Frage. Die Zahl der als gebessert eingeschätzten Patienten ist 2004 sowohl bei den Patienten und Patientinnen mit Alkoholproblemen, als auch bei denen mit Drogenproblemen doppelt so hoch.

Die Aufgabe einer krankenhausesinternen Suchthilfe ist, möglichst viele Patienten/innen mit substanzbezogenen Störungen zu erreichen und sie zu motivieren, nach der Soforthilfe im Krankenhaus andere Behandlungsstellen aufzusuchen. Es konnten nur 4,6% der Patienten/innen mit einer Alkoholdiagnose in den beiden Kliniken in die Dokumentation einbezogen werden. Das könnte durch eine geringe Nachfrage nach dem Suchthilfedienst oder durch die sehr begrenzte Mitarbeiterkapazität begründet sein. Etwas mehr als 20% der erfassten Patienten/innen hatten keine Vorerfahrungen in der Suchtkrankenhilfe und gehören in jedem Fall zur Zielgruppe einer krankenhausesinternen Frühintervention.

Aus der Diskussion ergibt sich eine Reihe von Folgerungen:

1. Die soziale Situation der Patienten/innen mit Drogenproblemen hat sich weiter verschlechtert. Ausgehend von der extrem hohen Erwerbslosenquote für beide Hauptdiagnosegruppen und der beruflichen Problembelastung wird ein erheblicher Bedarf an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen festgestellt.
2. Die Beratung der Patienten mit Suchtproblemen ist erfolgreich. Belegt wird das durch die Haltequote und die Zahl der als abstinent bzw. gebessert entlassenen Patienten.
3. Für die Erfolgsbeurteilung einer krankenhausesinternen Suchthilfe ist die Erreichungsquote der Zielgruppe neben den oben erwähnten direkten Erfolgskriterien von zentraler Bedeutung. Diese Quote ist sehr niedrig, auch wenn dies nur für die Alkoholismusgruppe berechnet werden konnte.
4. 20-25% der behandelten Patienten hatten keine Vorerfahrungen im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Sie entsprechen der Zielgruppe einer Frühintervention im Krankenhaus.
5. Aus den psychiatrischen Kliniken kamen über 80% der dokumentierten Fälle. Der Anteil der Patienten aus den anderen Kliniken ist im Verhältnis zu deren Gesamtpatientenzahl und den dort zu erwartenden Suchtpatienten zu gering.
6. Im Verhältnis zur geschätzten Zielgruppe in den beiden Kliniken ist die personelle Stellenausstattung der internen Suchthilfe in den beiden Klinikzentren deutlich zu niedrig angesetzt.
7. Die Nachfrage nach Suchthilfe aus den nicht-psychiatrischen Kliniken muss aktiviert und das Angebot der Suchthilfe muss stärker offeriert werden, um mehr Suchtpatienten zu erreichen.
8. Die dokumentierte Gruppe von Suchtpatienten bezieht sich fast ausschließlich auf Patienten mit Alkohol- und Drogenproblemen. Patienten mit Medikamentenproblemen werden nicht einbezogen.

9. Wegen der hohen Prävalenz von Tabakmissbrauch sollte dafür ein eigenes Behandlungsangebot entwickelt werden.

---

## Summary

### Aims

In the present report a hospital internal addiction aid service for early intervention is evaluated which has been emanated from a federal model project for early intervention of substance use disorders in general hospitals. The collected data and the results of the addiction counselling will be reported to the participating hospitals, as well as to the participating funding agencies.

The basis of early intervention in hospital forms the assumption that patients are well reachable during in-patient treatment in a general hospital and thus they can be motivated for treatment or even the counselling can mark a sufficient intervention for coping with addiction. Besides of evaluating the treatment success by the end of counselling another main focus was the documentation of access paths of the patients with substance related problems to the addiction help service. In the foreground of the description is a comparison of results and propositions of 2003 and 2004, in order to make tendencies apparent and to point out significant changes.

The following questions are investigated:

1. How many addicts are reached via which access paths?
2. The distribution of frequencies is concerning alcohol-, prescription drug- and drug diagnoses concerning detrimental use and addiction according to ICD-10.
3. The description of patterns of consumption: Excessive drinking phases for instance are regarded to be especially critical concerning their impact on alcoholism.
4. What patients are reached by early intervention, what patients are not reached?
5. What diseases or disorders are the causes for hospital admission?
6. What early therapeutic experiences have the patients made? Where and how are patients treated?
7. What interventions are offered and which of them are accepted?
8. How many patients are there and to which institutions and therapies are they further conveyed?

## Method

In both hospitals in Erfurt addiction counsellors who participate on the project collect data with personal questionnaires. For each patient who is admitted in the addiction a 10-pages documentation sheet with 76 items is completed.

The survey instrument comprises the following areas:

1. The type of hospital admission and discharge
2. Sociodemographic data
3. Health status at hospital admission and diagnosis
4. Pattern of consumption of psychotropic substances before hospital admission
5. Experiences of patients with addiction treatment as well as their usage
6. Interventions during the hospital stay
7. Situation at discharge.

In one of the hospitals the patients who were admitted with substance related disorders to the psychiatric clinic have been addressed by the addiction aid service. In the second hospital only those patients with substance related disorders have been addressed who had only little or no contact to the addiction aid service yet. The selection of patients by the respective counsellors has not changed in comparison to the previous year. If other hospitals requested a consil, the patients had been conveyed to the addiction aid service by a psychiatrist or the addiction aid service had been directly requested as consil. The present analysis is limited to the target group of alcohol- and drug addicts. The number of documented cases increased slightly, but not significantly (2003: n=425, 2004: n=451).

## Results

The proportion of patients who have been admitted due to intoxication was 19,5%. For detoxification 48,1% had been admitted. The reasons for admission of the remaining patients refer to different kinds of primary diseases.

In the year 2004, an increase of detoxification treatments from 37,6% in 2003 to 48,1% took place. This can be explained only partially by the fact that the number of intoxications has decreased at the same time. It has to be analysed whether a changed therapy supply or simply a different definition of intoxication and detoxification is on hand.

Assuming that the patients of the other hospitals besides the psychiatric hospitals e.g. those of surgery and internal medicine are most likely to represent the average population in comparison to other hospitals, a higher rate of alcoholism than the one that has been documented here by the addiction aid service would have to be expected in these hospitals. Since in one of the participating hospitals only a selection of patients with substance related disorders had been included and the total number of patients with alcohol- or drug problems who had been admitted in this hospital is not known, it is difficult to generalize the data. Only for alcoholism an estimation of the alcoholics in the total sample of patients besides those in psychiatric clinics was calculated based a.) on the prevalence rate of alcoholism in Germany and b.) on studies about the prevalence of alcoholism in general hospitals.

85,6% (386 data sets) of the 451 data sets refer to patients with the main diagnosis alcohol abuse, alcohol addiction or problematic drinking and 14,4% (65 data sets) refer to patients with the main diagnosis drug abuse / drug addiction. The proportion of women in the alcohol group of the hospitals in Erfurt is with 19,3% to a large extent in accordance with the women in the diagnosis group alcoholism in the German addiction aid statistics (Sonntag & Welsch, 2004). Even the average age is with 45,3 years nearly identical, thus one can assume the clientele to be comparable.

In 2004, as well as in 2003, the vast majority of alcohol patients have been diagnosed with alcohol addiction. The number of alcohol intoxications has slightly increased in 2004. The frequencies of psychological and physical disorders in patients with alcohol problems have hardly changed in 2004. The most important physical diseases that have been associated with alcohol were in both years liver diseases, seizures, as well as polyneuropathies. Concerning the psychological disorders alcoholics have most frequently withdrawal deliriums and suicide attempts, whereas patients with drug problems most frequently named psychotic disorders and suicide attempts.

Concerning pre-treatment an inpatient detoxification as well as addiction counselling had been most frequently stated by patients with drug problems. Additionally, half of the patients mentioned an in-patient withdrawal treatment. In comparison to 2003 a higher frequency of in-patient detoxification and addiction counselling appeared. In 2004, as well as in 2003, patients with alcohol problems had been most frequently conveyed to an addiction counselling centre.

In 2004 a more frequent consumption of multiple substances had been stated by patients with drug problems. Therein, the bigger experience of drug addicts with different kinds of drugs throughout the course of their addiction career is shown. More than one third of the patients with drug problems also have problems with alcohol consumption, whereas vice versa patients with a primary alcohol problem rarely state drug problems in addition. Initially, it is striking that patients with drug problems have clearly less drug associated physical diseases than patients with alcohol problems. Thereby, the age difference between patients with alcohol- and drug problems has to be considered, so that the differences in drug associated disorders can be partly explained. The frequency of pre-treatment increased with patients with alcohol problems as well as with patients with drug problems. At least with the drug addicts this could be associated with the increased age and thus with a longer addiction career or a comprising aid supply (more than with patients with alcohol problems). Probably both factors contribute to an explanation for these changes.

An increased frequency of patients with debts of about 8,5 percent points had been found for the patients with drug problems, whereas the proportion of patients with debts in the alcohol patient group stayed largely the same. The higher frequency of discontinued apprenticeships with drug addicts points toward a continued addiction career. The number of unemployed people is with 60% still alarmingly high.

Treatment motivation is estimated higher with alcohol addicts than with drug addicts. Again the different mean ages have to be considered here. Overall, the therapists are more optimistic concerning the motivation of their addiction patients than in 2003, e.g. with respect to the usage of the addiction aid service. Whether this mirrors actual changes or simply a changed positively optimistic attitude of the therapists is a question that cannot be decided on the basis of the present data. The number of patients estimated as ameliorated in 2004 has doubled, both with the patients with alcohol problems and with the patients with drug problems.

The following conclusions were drawn after discussing the results:

1. The social situation of the patients with drug problems was worse than in the previous year. Based on this and on the extremely high unemployment rate in both main diagnostic groups more occupational rehabilitation programs are needed.
2. The Counselling service of patients with addiction problems within the two clinic centres is successful proved by the high retention rate and by the rate of patients estimated as abstinent or improved at the end of the treatment in the hospital.

3. Beside these direct success criteria, the rate of patients with addiction problems in the clinics reached by the addiction aid service is an additional success criteria. This rate of reached addicted patients seems to be very low although this could be estimated only for the alcohol group.
4. 20-25% of the patients had no addiction oriented pre-treatment experiences. This subgroup is the target group of early intervention.
5. More than 80% of the cases belonged to the psychiatric clinics. The quote of the patients in other clinics is too low compared to the number of patients in those non psychiatric clinics.
6. Compared to the estimated target groups of alcoholics in general hospitals the staff is too small for carrying out the task of counselling.
7. The demand for addiction aid service should be activated and the offer of addiction service should be more promoted in the different clinics besides psychiatry.
8. The assessed group of patients consist almost totally of patients with alcohol and drug problems. The big group of patients with prescribed drugs is not regarded in this approach.
9. The high rate of nicotine misuse should be regarded, too, although a special intervention program has to be developed for that purposes.



# 1 Ausgangslage und Aufgaben

## 1.1 Ausgangslage

Spätestens seit Wienberg (1992) ist deutlich geworden, dass nur ein kleiner Teil der Suchtkranken pro Jahr im suchtspezifischen Hilfesystem behandelt wird, aber ein Großteil im Verlauf eines Jahres den Hausarzt aufsucht oder in einem Allgemeinkrankenhaus stationär behandelt wird. Die Folgerung liegt nahe, die Suchtkranken dort abzuholen, wo sie am häufigsten und möglichst in einem frühen Stadium der Suchtentwicklung anzutreffen sind, um möglichst frühzeitig Behandlungsmaßnahmen einleiten zu können. Die Annahme dabei ist, dass die Patienten über eine stationäre Behandlung, das heißt im Allgemeinkrankenhaus, gut erreichbar und ansprechbar sind. Auf diesem Hintergrund wurden in den 90er Jahren verschiedene Projekte mit dem Ziel durchgeführt, über Allgemeinkrankenhäuser einen Zugang zu alkoholabhängigen und anderen Suchtkranken zu erschließen. Verschiedene Studien in Deutschland haben den Erfolg dieses Ansatzes nachgewiesen (John, Hapke, Rumpf, Hill & Dilling, 1996; Kremer, Wienberg, Dormann, Pörksen & Wessel, 1999; Arnold, Schmid, & Simmedinger, 1999; Arnold, Schmid & Simmedinger, 2000).

Untersuchungen über die Häufigkeit von Alkoholabhängigen in Allgemeinkrankenhäusern ergeben Prävalenzraten zwischen 11 und 14% (John et al., 1996). Der Mittelwert von 13% dürfte der beste Schätzwert für die Prävalenzrate im Allgemeinkrankenhaus sein. Die Häufigkeiten von Alkoholmissbrauch schwanken zwischen 4% und 5%. Über die Prävalenz von Drogen- und Medikamentenabhängigen im Krankenhaus ist wenig bekannt. In den einzelnen Abteilungen oder Kliniken ist mit einigen Unterschieden in den Prävalenzen von Suchtdiagnosen zu rechnen, jedoch sind die Ergebnisse hierzu weniger zuverlässig. Spezielle Abteilungen oder Stationen zur Entgiftung oder Entzugsbehandlung sind dabei extra zu betrachten.

Zwischen 1994 und 1998 wurde in 11 Städten in Deutschland das Bundesmodellprogramm Suchthilfe im Krankenhaus des BMGS durchgeführt. Ziel dieses Programms war eine Frühintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen, primär um eine Vermittlung in suchtspezifische Hilfeinrichtungen zu verbessern, sekundär auch, um das aktuelle Alkoholproblem und dessen Auswirkungen zu minimalisieren. Am Ende des Bundesmodellprojektes stellte sich die schwierige Frage der Weiterführung des bewährten Ansatzes im Behandlungsalltag. Es gab zunächst eine Projektförderung des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit für die Jahre 1999 bis

2000, mit dem Ziel den bisher erprobten Arbeitsansatz weiter zu vertiefen und zu überprüfen (Arnold & Simmedinger, 2001). Als organisatorische Besonderheit des Projekts in Erfurt wurde herausgestellt, dass als gemeinsamer Träger ein Allgemeinkrankenhaus und ein Suchthilfeträger miteinander kooperierten sowie die Einbindung in die Klinik für Psychiatrie in Erfurt. Ab 2001 sollte dieses Angebot für Suchtkranke zum Regelangebot werden. Der Suchthilfeträger konnte aber keine personalen Ressourcen zur Verfügung stellen. Deshalb wurde das Projekt Ende 2000 vorläufig eingestellt. Aufgrund einer Initiative des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit gelang es, diesen Ansatz ohne Mitwirkung des Suchthilfeträgers weiter zu führen. Neben dem HELIOS Klinikum Erfurt wurde ein weiteres großes Allgemeinkrankenhaus, das Katholische Krankenhaus St. Nepomuk, in die Studie aufgenommen. Für die Versorgung Suchtkranker in den beiden Krankenhäusern kommt neben dem hier untersuchten suchtspezifischen Beratungsangebot dem psychiatrischen Konsil, das vorwiegend diagnostischen Aufgaben dient und die Frage nach weiteren Behandlungsmaßnahmen beantworten soll, eine wichtige Aufgabe zu und stellt neben dem direkten Zugang einen zweiten wichtigen Zugangsweg zu der Suchtberatung dar.

Für die Projektaufgaben stand auch in 2004 jeweils eine halbe Stelle eines Sozialarbeiters zur Verfügung. Das Aufgabenspektrum orientierte sich an dem früheren Aufgabenkonzept: Zunächst ging es um die Kontaktaufnahme mit den Patienten, die alkohol- oder drogenspezifische Störungen aufwiesen. Neben einer Krisenintervention war die Abklärung des Behandlungsbedarfs, Motivierung für die Bewältigung des Suchtproblems sowie für eine weitergehende suchtspezifische Hilfe, soweit erforderlich, das Hauptziel. Als entscheidenden Unterschied zu den vorhergehenden Projekten zur Suchthilfe im Krankenhaus wurde herausgestellt, dass nun aus personellen Gründen auf die Komponente der nachgehenden Sozialarbeit verzichtet werden musste. Gemeinsame Aufgabe von ärztlichen und sozialarbeiterischen Mitarbeitern war die Vermittlung von Beratung und Therapie außerhalb der Klinik.

## 1.2 Aufgaben der Dokumentation 2004

Im Einzelnen bleiben die früheren Fragestellungen auch für die Auswertung 2004 bestehen.

Folgende Fragen werden untersucht:

1. Wie viele suchtkranke Patienten werden über welche Zugangswege erreicht?
2. Die Häufigkeitsverteilung von Alkohol-, Medikamenten- und Drogen-Diagnosen hinsichtlich schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit nach ICD-10.
3. Die Beschreibung der Konsummuster: Exzessive Trinkphasen gelten beispielsweise als besonders kritisch für die Auswirkungen des Alkoholkonsums.
4. Welche Patienten werden durch die Frühintervention erreicht, welche nicht?
5. Welche Erkrankungen oder Störungen sind Anlass für die Krankenhausaufnahme?
6. Welche therapeutischen Früherfahrungen haben die Patienten? Wo und wie werden die Patienten behandelt?
7. Welche Interventionen werden angeboten und welche werden angenommen?
8. Wie viele Patienten und an welche Stellen und Therapien werden sie weiter vermittelt?

Eine weitere Aufgabe dieses Berichts ist der Vergleich der Zahlen und Aussagen aus 2003 und 2004, um Entwicklungstendenzen sichtbar zu machen und auf wesentliche Veränderungen hinzuweisen.



---

## **2 Methodik**

### **2.1 Untersuchungsansatz**

Es handelt sich um eine jährlich wiederholte Auswertung einer Dokumentation von Patienten mit Suchtmittelstörungen, die im Rahmen einer stationären Behandlung im Krankenhaus an den Suchthilfedienst vermittelt wurden. Wie bei einem Monitoring-System wird sowohl eine Querschnittsanalyse als auch eine längsschnitorientierte Analyse im Vergleich der Jahrgänge 2004 und 2003 durchgeführt.

### **2.2 Einrichtungen, Mitarbeiter und Patienten**

An dem Projekt nehmen zwei große Kliniken in Erfurt teil. Mit 1.270 Betten ist das HELIOS Klinikum Erfurt das größte Krankenhaus der Region und für die medizinische Versorgung der Bürger der Thüringer Landeshauptstadt und weit darüber hinaus verantwortlich. Das HELIOS Klinikum Erfurt ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung und Akademisches Lehrkrankenhaus der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Nahezu alle Fachdisziplinen der hoch spezialisierten Medizin stehen am HELIOS Klinikum Erfurt in 23 Kliniken zur Verfügung: z. B. Klinik für Augenheilkunde, Klinik für Dermatologie, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinik für Geriatrie, HNO, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie u. a.

Neben dem HELIOS Klinikum wurde ein weiteres großes Allgemeinkrankenhaus in Erfurt, das Katholische Krankenhaus „St. Nepomuk“ (KKH) mit 400 Betten in das Projekt einbezogen. Es umfasst folgende Kliniken: Innere Medizin; Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik; Allgemein- und Viszeralchirurgie; Unfall- und Wiederherstellungschirurgie; Urologie und Kinderurologie; Gynäkologie/Geburtshilfe und Anästhesiologie und Intensivmedizin. In beiden Krankenhäusern war und ist das Projekt in die Psychiatrische Klinik eingebunden. Im HELIOS Klinikum und im Katholischen Krankenhaus werden jeweils eine halbe Stelle für eine Sozialarbeiterin/einen Sozialarbeiter im Suchthilfedienst durch das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit finanziert.

## 2.3 Untersuchungsinstrument

In den beiden Erfurter Krankenhäusern erheben die am Projekt beteiligten Mitarbeiter die Daten mit einem personenbezogenen Fragebogen. Für jeden erreichten Patienten/jede erreichte Patientin wird ein 10-seitiger Fragebogen mit 76 Items ausgefüllt.

Das Erhebungsinstrument umfasst folgende Bereiche:

1. Art der Krankenhausaufnahme und -entlassung
2. Soziodemographische Daten
3. Gesundheitsstatus bei Aufnahme in das Krankenhaus und Diagnose
4. Konsummuster psychotroper Substanzen vor Aufnahme ins Krankenhaus
5. Erfahrungen der Patienten und Patientinnen mit Angeboten der Suchtkrankenhilfe sowie deren Nutzung
6. Interventionen während des Krankenhausaufenthalts
7. Entlassungssituation.

## 2.4 Durchführung

In einer der beiden Kliniken wurden alle Patienten und Patientinnen, die mit substanzbezogenen Störungen in die Klinik für Psychiatrie aufgenommen wurden, vom Suchtkrankenhilfedienst angesprochen. In der zweiten Klinik wurden vorrangig die Patienten und Patientinnen mit substanzbezogenen Störungen angesprochen, die bisher wenig oder keine Kontakte zum Suchtkrankenhilfesystem hatten. Die Auswahl der Patienten/innen durch den Suchtberater hat sich im Vergleich zum Vorjahr nicht geändert. Bei Konsil Anforderungen aus anderen Kliniken wurden die Patienten/innen entweder durch den Psychiater zum Suchthilfedienst vermittelt oder der Suchthilfedienst wurde direkt als Konsil angefordert.

Die Aufgaben des Suchthilfedienstes bestehen in der Kontaktaufnahme zu Patienten und Patientinnen, die mit alkohol- und drogenbezogenen Störungen in einem der beiden Krankenhäuser aufgenommen werden, deren Motivierung, wenn erforderlich Krisenintervention und gegebenenfalls Weitervermittlung an suchtspezifische Hilfeangebote.

## 2.5 Auswertung

Die erfassten Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS ausgewertet. Im Vordergrund steht eine Querschnittsanalyse aller im Rahmen der Dokumentation erfassten Patienten mit suchtbewogenen Störungen. Dabei werden Alkohol- und Drogenpatienten getrennt analysiert. 451 Datensätze (Aufnahmen) wurden in die Auswertung einbezogen. Die statistische Auswertung erfolgt ausschließlich deskriptiv. Dazu werden die Vergleichsdaten 2003 herangezogen. Mehrfachaufnahmen in einem Patientenjahrgang und wiederholte Aufnahmen in den beiden Jahrgängen erfordern bei statistischen Tests eine entsprechende Bereinigung der Stichprobe und hätten den Rahmen dieser Auswertung überschritten. Deswegen wird auf statistische Tests zur Überprüfung von Unterschieden verzichtet. Prozentuale Unterschiede von 10% und mehr haben erfahrungsgemäß eine praktische Bedeutung und werden in den Tabellen durch Fettdruck herausgestellt. Differenzen ab etwa 5% im Jahresvergleich werden als leichte oder geringfügige Veränderungen angesehen.



### 3 Überblick und Zugänge zu den Zielgruppen 2003 und 2004

#### 3.1 Patientengruppen

Von den im Jahr 2004 bereitgestellten 451 Datensätzen beziehen sich 386 (85,6%) auf Patienten/innen mit der Hauptdiagnose Alkoholmissbrauch, Alkoholabhängigkeit oder problematisches Trinken. Die 65 Datensätze (14,4%) mit der Hauptdiagnose Drogenmissbrauch / Drogenabhängigkeit gliedern sich wie folgt: 13 Patienten (2,9%) mit der Hauptdiagnose Heroin, 22 Patienten (4,9%) mit der Hauptdiagnose Cannabis und weitere 22 Patienten (4,9%) mit multiplem Substanzgebrauch; ein Patient (0,2%) gebrauchte andere Stimulanzien und sieben Patienten (1,5%) hatten Probleme mit der Einnahme von Sedativa/Hypnotika. Im Vergleich zu den Hauptdiagnosegruppen im Jahr 2003 zeigt sich ein leichter Anstieg der Alkoholdiagnosen und ein leichter Rückgang von Patienten mit der Hauptdiagnose Heroin (von 4,5% auf 2,9%). Diese Unterschiede liegen aber wahrscheinlich noch im Bereich von Zufallsschwankungen und werden deshalb nicht weiter interpretiert.

2004 wurden 209 Datensätze (46,3%) vom Helios-Klinikum und 242 Datensätze (53,7%) vom Katholischen Krankenhaus „St. Nepomuk“ für die Auswertung zur Verfügung gestellt. Die entsprechenden Angaben zum Jahr 2003 weisen nur geringfügige Unterschiede auf (siehe Bericht 2003, Nöller & Kufner, 2004) und werden daher als unverändert betrachtet.

Tabelle 3.1: Grund für die stationäre Aufnahme

Grund für die stationäre Aufnahme	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Intoxikation	109	31,3	84	22,2	5	6,9	4	6,0
Entgiftung	<b>128</b>	<b>36,8</b>	<b>190</b>	<b>50,1</b>	32	44,4	27	40,3
Stationäre Krankenbehandlung	51	14,7	50	13,2	14	19,4	13	19,4
Sonstiges	60	17,2	51	13,5	21	27,6	21	31,3
Gesamt	348	100,0	375	100,0	72	100,0	65	100,0

Die Gründe für die Krankenhausaufnahme sind in Tabelle 3.1 zusammenfassend dargestellt. Die Zahl der Alkoholpatienten/innen, die zur Entgiftung aufgenommen worden sind, ist von 37% auf 50% angestiegen. Gleichzeitig ist aber der Anteil der Intoxikatio-

nen von 31,3% im Jahr 2003 auf 22,2% im Jahr 2004 zurückgegangen. Bei Drogenabhängigen zeigt sich dieser Trend jedoch nicht. Hinsichtlich der anderen Aufnahme-gründe hat sich zahlenmäßig in den beiden Jahren wenig verändert.

2004 wurden in 37 Fällen Patienten zwei Mal aufgenommen, in 5 Fällen erfolgte die Aufnahme drei Mal und ein Patient/eine Patientin wurde vier Mal aufgenommen.

#### **Interpretation, Folgerung**

Der Anstieg der Entgiftungsbehandlungen bei Alkoholabhängigen im Jahr 2004 lässt sich nur zum Teil damit erklären, dass gleichzeitig die Anzahl der Intoxikationen abgenommen hat (in dem einen Klinikum kamen 2004 19 Patienten/innen mehr zur Entgiftung als 2003 und im anderen 41 Patienten/innen). Wahrscheinlich erfolgte in den Psychiatrischen Kliniken ein stärkerer Ausbau der Entzugsbehandlung (in einem Klinikzentrum wurde durch Umzug in ein neues Gebäude die Strukturqualität erheblich verbessert, z. B. Belegung der Zimmer nur noch mit zwei Patienten/innen). Kaum zu überprüfen ist die Frage, ob in einigen Fällen lediglich eine andere Definition von Intoxikation und Entgiftung vorliegt und eine Alkoholintoxikation als Entgiftung deklariert wurde, was therapeutisch durchaus Sinn machen würde.

### **3.2 Zugänge zu den Zielgruppen**

#### **Patienten mit Alkoholdiagnosen**

Die erreichten Patienten mit einer Alkoholdiagnose kamen 2004 zu 82,2% (n=310) aus der Klinik für Psychiatrie, zu 11,9% aus den Kliniken der inneren Medizin, zu 0,8% aus den Kliniken der Chirurgie sowie zu 0,3% aus der Notaufnahme. Der Anteil der Alkoholpatienten/innen, die in Kliniken der Inneren Medizin behandelt wurden, ist im Vergleich der beiden Jahre etwa gleich groß, ebenso die Anzahl der Patienten/innen, die in die Neurologie und in die Chirurgie aufgenommen wurden. In der Notaufnahme wurden 2003 sieben Patienten/innen mit Alkoholproblemen behandelt und 2004 nur einer (Tabelle 3.2). Die Unterschiede im Vergleich 2003 und 2004 sind relativ gering (unter 5%) und werden deshalb nicht weiter interpretiert.

Tabelle 3.2: Erreichte Patienten und Patientinnen nach Kliniken

Kliniken	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Psychiatrie	278	79,9	310	82,2	67	88,2	58	87,9
Innere Medizin	49	14,1	45	11,9	7	9,2	3	4,5
Chirurgie	2	0,6	3	0,8	-	-	2	3,0
Neurologie	10	2,8	10	2,6	-	-	-	-
Notaufnahme	7	2,0	1	0,3	-	-	2	3,0
Sonstiges	3	0,8	8	2,1	2	2,6	1	1,5
Gesamt	349	100,0	377	100,0	76	100,0	66	100,0

### Patienten mit Drogendiagnosen

87,9% (n=58) der Drogenpatienten und -patientinnen wurden 2004 in den Psychiatrischen Kliniken der beiden Häuser stationär behandelt, 2003 war der Anteil mit 88,2% (n=67) praktisch gleich. Insgesamt wurden, wie aufgrund der geringen Prävalenzzahlen für Drogenmissbrauch auch zu erwarten, nur sehr wenige Patienten/innen mit Drogenproblemen in anderen als den psychiatrischen Kliniken behandelt. 2004 wurden 4,5% (n=3) der Patienten mit Drogenproblemen in den Kliniken der Inneren Medizin stationär behandelt, 2003 waren es noch 9,2% (n=7). Allerdings gab es zusätzlich 2004 noch je zwei Patienten/innen mit Drogenproblemen in der Chirurgie bzw. in der Notaufnahme. Aus den sonstigen Kliniken kamen in den beiden Jahren jeweils drei weitere Patienten/innen mit Drogenproblemen.

### Interpretation, Folgerung

Wenn man davon ausgeht, dass die Patienten in den nicht-psychiatrischen Kliniken entweder mit den Patienten eines üblichen Allgemeinkrankenhauses in den alten Bundesländern vergleichbar sind (vgl. John et al., 1996), oder hinsichtlich der Alkoholismusrate der Allgemeinbevölkerung entsprechen, so wäre in diesen Kliniken eine deutlich höhere Alkoholismusrate zu erwarten, als hier durch die Suchtberatung dokumentiert wurde. In dem Kapitel Diskussion (11.4) wird dieser Gedanke noch einmal aufgegriffen und anhand von Prävalenzberechnungen konkretisiert.

### Kontaktaufnahme bzw. -vermittlung

Die Kontaktaufnahme zu den Patienten und Patientinnen erfolgte bei beiden Substanzgruppen und in den beiden Jahren in der überwiegenden Mehrheit durch die Suchtberater (Tabelle 3.3).

Tabelle 3.3: Kontaktaufnahme bzw. -vermittlung

Kontaktaufnahme durch:	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Suchtberater	251	71,9	264	69,7	55	72,4	50	74,6
Klinikärzte	59	16,9	71	18,7	17	22,4	12	19,4
Patient selbst	25	7,2	22	5,8	3	3,9	3	4,5
Klinikpersonal	6	1,7	14	3,7	-		1	1,5
Sonstige	3	0,9	7	1,8	-		-	
Gesamt	344	100,0	378	100,0	75	100,0	66	100,0

Die Patienten/innen mit Alkoholproblemen wurden 2004 in 14 Fällen vom jeweiligen Klinikpersonal in das Projekt Frühintervention vermittelt, während dies 2003 nur sechs Mal der Fall war. In den anderen Gruppen weist der Vergleich mit dem Vorjahr keine bedeutsamen Veränderungen auf. Bemerkenswert ist auch, dass immerhin etwa 6% bis 7% der Patienten von sich aus den Kontakt mit der Suchtberatung aufgenommen haben.

Tabelle 3.4: Kontaktanzahl

Anzahl der Kontakte	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1-mal	<b>115</b>	<b>33,0</b>	<b>84</b>	<b>22,2</b>	<b>27</b>	<b>35,5</b>	<b>15</b>	<b>23,1</b>
2- bis 5-mal	<b>189</b>	<b>54,2</b>	<b>261</b>	<b>69,0</b>	<b>32</b>	<b>42,1</b>	<b>41</b>	<b>63,1</b>
6- bis 10-mal	36	10,3	31	8,2	12	15,8	5	7,7
11- bis unter 30-mal	5	1,4	2	0,5	3	3,9	4	6,2
30-mal und mehr	-		-		1	1,3	-	
Gesamt	344	100,0	378	100,0	75	100,0	65	100,0

Sowohl bei den Patienten/innen mit Alkoholproblemen als auch bei denen mit Drogenproblemen zeigten sich 2004 Änderungen in der Häufigkeit von Kontakten mit der Suchtberatung (Tabelle 3.4): Die Anzahl der einmaligen Kontakte verringerte sich von

2003 zu 2004 um 11 bzw. 12 Prozentpunkte. Dagegen stieg die Anzahl der 2- bis 5-maligen Kontakte um 15 bzw. 21 Prozentpunkte an. Allerdings kam es auch zu einer geringeren Häufigkeit in der Kategorie zwischen 6-10 Kontakten.

**Interpretation, Folgerung**

Bemerkenswert ist, dass eine kleine Anzahl von Patienten von sich aus den Kontakt zur Suchtberatung gesucht hat. Dieser Zugangsweg sollte vielleicht noch stärker publik gemacht werden, um die weitgehend versteckten Suchtprobleme noch besser zu erfassen.

Erfreulich ist, dass die Zahl der Einmalkontakte in beiden Diagnosegruppen abgenommen hat. Gleichzeitig hat aber die Häufigkeit der Kontakte in der Kategorie 6- bis 10-mal leicht abgenommen. Zumindest in der Alkoholgruppe ergibt sich insgesamt dennoch eine Zunahme der Kontakte und damit der Wahrscheinlichkeit eines positiven Effekts.



## **4 Soziodemographische Merkmale**

### **4.1 Geschlecht, Alter und Nationalität**

#### **Patienten mit Alkoholdiagnosen**

Der Anteil der Frauen unter den Patienten mit Alkoholproblemen betrug 2004 19,3% und ist damit gegenüber 2003 mit 19,8% praktisch unverändert.

Die Alkoholpatienten und -patientinnen waren 2004 mit durchschnittlich 45,3 Jahren älter als 2003 mit durchschnittlich 44,3 Jahren. Während 2003 die Altersklasse der 35- bis 39-Jährigen (24,1%) am häufigsten vertreten ist, sind im Jahr 2004 die 45- bis 49-Jährigen (23,2%) am häufigsten vertreten gefolgt von den 40- bis 44-Jährigen (21,4%). 69,7% (264 von 379) der Patienten/innen mit Alkoholproblemen wurden in die mittlere Altersklasse zwischen 35 und 54 Jahren zusammengefasst.

Der oder die jüngste Alkoholpatient/in war 2003 unter 14 Jahren und 2004 in der Altersklasse 20-24 (2004: Minimum 21 Jahre, Maximum 77 Jahre). Das Durchschnittsalter der Frauen mit Alkoholproblemen im Jahr 2004 betrug 44,4 Jahre im Vergleich zu 43,3 Jahre im Jahr 2003. Die Männer mit Alkoholproblemen waren mit durchschnittlich 45,5 Jahren im Jahr 2004 praktisch unverändert gegenüber dem Vorjahr. Ähnliche Ergebnisse zum Durchschnittsalter der Gruppe mit der Hauptdiagnose Alkohol zeigten sich in der Auswertung der Deutschen Suchthilfestatistik 2002 (Welsch & Sonntag, 2003). Jeweils vier Patient/innen hatten in den beiden Vergleichsjahren (1,2%; 1,0%) eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit. Der Ausländeranteil in Erfurt betrug 2004 3,1% und in Thüringen 2,0% (Thüringer Landesamt für Statistik, 2004).

#### **Patienten mit Drogendiagnosen**

Die Zahl der männlichen Drogenabhängigen ist 2004 mit 76,1% (n=51) deutlich höher als 2003 mit 66,6% (n=48). Mehr als zwei Drittel der Patienten und Patientinnen mit Drogenproblemen, nämlich 69% (n=49) waren 2003 zwischen 17 und 29 Jahre alt. 2004 waren ebenfalls mehr als zwei Drittel aber 20 bis 29 Jahre alt.

Das Durchschnittsalter der Drogenkonsumenten und -konsumentinnen lag 2004 wie auch 2003 bei 29,2 Jahren. Wie zu erwarten, sind die Drogenpatienten/innen deutlich jünger (16 Jahre) als die Alkoholpatienten. Der Vergleich mit den Ergebnissen des Bundesmodells (vgl. Arnold et al., 1999) zeigt, dass die Männer mit 29,1 Jahren unter

dem Durchschnittsalter von 31 Jahren und die Frauen mit 29,6 Jahren über dem dortigen Durchschnittsalter (28 Jahre) liegen.

Ein/e Patienten/in mit Drogenproblemen hat im Jahr 2004 eine andere Staatsangehörigkeit. 2003 hatten alle Patienten/innen mit einer Drogendiagnose die deutsche Staatsangehörigkeit.

#### **Interpretation, Folgerung**

Der Anteil der Frauen in der Alkoholgruppe der Erfurter Kliniken entspricht weitgehend dem Anteil der Frauen in der Diagnosegruppe Alkoholismus in der Deutschen Suchthilfestatistik (Sonntag & Welsch, 2004). Auch das Durchschnittsalter ist nahezu identisch, so dass man von einer gut vergleichbaren Klientel sprechen kann.

Erwartungsgemäß sind Patienten mit Drogenproblemen im Durchschnitt deutlich jünger als Patienten mit Alkoholproblemen. Der Anteil männlicher Patienten mit Drogenproblemen ist angestiegen und entspricht nun stärker der Geschlechtsverteilung in anderen Studien. Das niedrigere Durchschnittsalter der männlichen Patienten mit Drogenproblemen ist zwar bemerkenswert im Vergleich zu den Frauen mit Drogenproblemen und im Vergleich zu anderen Stichproben, lässt sich aber nicht weiter schlüssig interpretieren.

Wenn man die Anzahl von Patienten, die nicht deutsche Staatsangehörige sind, mit dem Ausländeranteil von 3,1% für Erfurt und 2,0% für Thüringen (Internet Landesstatistik Thüringen 2004) vergleicht, dann erscheinen Ausländer in der Auswertungstichprobe unterrepräsentiert.

## 5 Lebenssituation der Patientengruppen

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen mit Alkoholproblemen sind 2004 ein gutes Drittel der Patienten geschieden und ein Drittel ledig (Tabelle 5.1). Im Vergleich zu 2003 ist die Zahl der Ledigen leicht angestiegen und der Anteil Geschiedener leicht gesunken. Bei den Drogenpatienten/innen sind in beiden Jahren etwa 80% ledig. Die Unterschiede in den beiden Vergleichsjahren sind nur gering.

Tabelle 5.1: Familienstand

Familienstand	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ledig	109	31,5	139	36,9	59	81,9	53	80,3
Verheiratet, zusammenlebend	60	17,3	61	16,2	5	6,9	1	1,5
Verheiratet, getrennt lebend	23	6,6	31	8,2	4	5,6	3	4,5
Verwitwet	15	4,3	7	1,9	-	-	-	-
Geschieden	139	40,2	139	36,9	4	5,6	9	13,6
Gesamt	346	100,0	377	100,0	72	100,0	66	100,0

Tabelle 5.2 zeigt, dass bei den Patienten/innen mit Alkoholproblemen fast zwei Drittel allein lebte. Im Jahr 2004 ist gegenüber 2003 ein geringfügiger Anstieg zu verzeichnen. Patienten/innen mit einer festen Beziehung gibt es 2003 etwas weniger und mit zeitweiliger Beziehung etwas mehr als 2003.

Tabelle 5.2: Partnerbeziehungen

Partnerbeziehung	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Allein lebend	205	62,5	227	65,0	50	67,6	46	69,7
Zeitweilige Beziehung	13	4,0	18	5,2	2	2,7	3	4,5
Feste Beziehung	109	33,2	104	29,8	22	29,7	17	25,8
Gesamt	328	100,0	349	100,0	74	100,0	66	100,0

Drogenpatienten/innen lebten ebenfalls in den meisten Fällen allein, wobei im Vergleich zum Vorjahr die Zahl der allein Lebenden um mehr als 10 Prozentpunkte zunahm. Gleichzeitig nahm die Zahl der Drogenpatienten/innen mit einer festen Beziehung leicht ab.

Dieser Trend zeigte sich auch bei der Auswertung der Lebenssituation, die in Tabelle 5.3 dargestellt ist. Etwa die Hälfte der Alkoholpatienten/innen der beiden Jahrgänge lebten allein, gefolgt von den Patienten/innen, die mit einem Partner zusammen lebten (2004: 31,7% vs. 2003: 29,0%). Bei den Drogenpatienten/innen fällt auf, dass 2004 deutlich weniger Patienten/innen bei Eltern/Angehörigen (27,3%) wohnen als 2003 und entsprechend mehr allein (48,5%) leben.

Tabelle 5.3: Lebenssituation

Lebenssituation	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Allein lebend	189	54,9	186	49,2	23	32,6	32	48,5
Eltern/Angehörigen	22	6,4	21	5,6	27	38,6	18	27,3
Kind(ern)	18	5,2	16	4,2	2	2,9	2	3,0
sonstigen Personen	10	2,9	27	7,1	4	5,7	2	3,0
Partner/in	51	14,8	78	20,6	8	11,4	5	7,6
Partner/in und Kind(ern)	49	14,2	42	11,1	3	4,3	3	4,5
Bekannte/Freunde	5	1,5	8	2,1	3	4,3	4	6,1
Gesamt	328	100,0	349	100,0	70	100,0	66	100,0

Analog zu den Veränderungen in der Lebenssituation ist auch der Anteil der selbständig Wohnenden im Vergleich 2003/2004 bei den Drogenpatienten/innen angestiegen und entsprechend weniger leben bei Eltern/Angehörigen (Tabelle 5.4). Drogenpatienten/innen ohne Wohnung gab es 2004 keine, 2003 waren es vier Patienten. Bei den Alkoholpatienten/innen ist der Anteil der selbständig Wohnenden etwa gleich geblieben. Das betreute Wohnen wird 2004 bei den Patienten/innen mit Alkoholproblemen doppelt so häufig angegeben als noch 2003. Die Zahl der wohnungslosen Alkoholpatienten/innen hat sich in den beiden Jahren nicht verändert (1,6% bzw. 1,7%).

Tabelle 5.4: Wohnsituation

Wohnsituation	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Selbst. Wohnen	290	83,8	308	81,3	<b>34</b>	<b>47,2</b>	<b>41</b>	<b>62,1</b>
Bei Eltern/Angehörige	23	6,6	21	5,5	25	34,7	18	27,3
Bei Bekannten	9	2,6	13	3,4	2	2,8	4	6,1
Ohne Wohnung	6	1,7	6	1,6	4	5,6	-	
Betreutes Wohnen	7	2,0	18	4,7	2	2,8	3	4,5
Heim/Klinik	6	1,7	3	0,8	-		-	
Sonstiges	5	1,4	10	2,6	4	5,7	-	
Gesamt	346	100,0	379	100,0	72	100,0	66	100,0

### Schule und berufliche Bildung

Tabelle 5.5 zeigt, dass die weit überwiegende Mehrheit (über 90%) der Männer und Frauen mit Alkoholproblemen über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügt. Insgesamt sind die Zahlen 2004 und 2003 weitgehend unverändert.

Tabelle 5.5: Berufsausbildung

Berufsausbildung	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
In Berufsausbildung / Studium / Umschulung	3	0,9	1	0,3	15	21,7	8	12,1
Abgeschloss. Berufsausbildung	312	91,0	345	91,0	33	47,8	25	37,9
Abgebrochenen Berufsausbildung	22	6,4	29	7,7	<b>16</b>	<b>23,2</b>	<b>25</b>	<b>37,9</b>
Nie eine Ausbildung / Studium begonnen	6	1,7	4	1,1	5	7,2	7	10,6
Gesamt	343	100,0	375	100,0	69	100,0	66	100,0

In der Patientengruppe mit Drogenproblemen ist der Anteil der Männer und Frauen, die über keine Berufsausbildung verfügten, mit 48,5% im Jahr 2004 deutlich größer als im Vorjahr mit 30,4%. Dabei ist besonders die Zahl derer, die eine Ausbildung abgebrochen haben (23,2%; 37,9%) angestiegen, während die Zahl derer, die nie eine Ausbildung begonnen haben, nur leicht angestiegen ist (7,2%; 10,6%). Dementsprechend

haben 2004 weniger Drogenpatienten/innen eine abgeschlossene Berufsausbildung. Zudem befinden sich auch weniger in Ausbildung als im Jahr 2003.

### Erwerbstätigkeit und Einkommen

Wie zu erwarten, ist die Mehrheit der Patienten und Patientinnen sowohl in der Gruppe mit Alkohol- als auch mit Drogenproblemen arbeitslos und der Anteil ist 2004 noch jeweils etwas größer geworden (Tabelle 5.6). Bei den Patienten/innen mit Alkoholproblemen kommt an 2. Stelle die Gruppe der Rentner/innen. Die Zahl ist 2004 etwas niedriger als 2003. Bei den Drogenpatienten/innen folgen an zweiter Stelle die Auszubildenden. Auch das sind 2004 etwas weniger als 2003.

Tabelle 5.6: Beschäftigungssituation

Beschäftigungssituation	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Auszubildende/r	4	1,2	2	0,5	12	16,7	8	12,3
Angest./Beamte/r	29	8,5	39	10,3	3	4,2	1	1,5
Facharbeiter/in	26	7,6	27	7,2	3	4,2	3	4,6
Arbeits-/Erwerbslose/r	197	57,8	231	61,3	38	52,8	40	61,5
Schüler/in, Student/in	2	0,6	-		4	5,6	2	3,1
Rentner/in	49	14,4	41	10,9	2	2,8	1	1,5
Mithilfe Familienangehörige	-		-		1	1,4	1	1,5
Qualifizierung / Berufsförd.	7	2,1	4	1,1	-		3	4,6
Selbstständig, Freiberufler	11	3,2	9	2,4	2	2,8	-	
Hausfrau/-mann	1	0,3	2	0,5	-		-	
Sonstige Erwerbslose	3	0,9	-		2	2,8	1	1,5
Sonstige	6	2,2	19	5,0	4	5,6	-	
Gesamt	335	100,0	374	100,0	72	100,0	60	100,0

In beiden Berichtsjahren lebt die größte Gruppe der Patienten/innen von Arbeitslosengeld und -hilfe. Das waren 2004 43,6% und 2003 39,8%, die ihren Lebensunterhalt durch Arbeitslosengeld bzw. -hilfe bestritten haben. Die Veränderung zwischen 2003 und 2004 sind insgesamt nur gering, so dass keine weitergehende Darstellung folgt (siehe Tabelle 5.7).

Tabelle 5.7: Überwiegender Lebensunterhalt

Überwiegender Lebensunterhalt	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Erwerbstätigkeit	60	17,5	80	21,2	9	12,9	4	6,1
Krankengeld	10	2,9	10	2,6	2	2,9	1	1,5
Übergangsgeld	5	1,5	1	0,3	1	1,4	1	1,5
Arbeitslosengeld	38	11,1	34	9,0	<b>10</b>	<b>14,3</b>	<b>2</b>	<b>3,0</b>
Arbeitslosenhilfe	98	28,7	121	32,0	<b>13</b>	<b>18,6</b>	<b>19</b>	<b>28,8</b>
Rente / Pension	53	15,5	44	11,6	3	4,3	2	3,0
Ausbildungsbeihilfe	4	1,2	2	0,5	7	10,0	12	18,2
Sozialhilfe	60	17,5	57	15,1	<b>7</b>	<b>10,0</b>	<b>16</b>	<b>24,2</b>
Angehörige	4	1,2	2	0,5	7	10,0	6	9,1
Sonstiges	9	2,6	27	7,1	10	14,3	3	4,5
Gesamt	342	100,0	378	100,0	69	100,0	66	100,0

Bei den Patienten/innen mit Drogenproblemen ist der Anteil Patienten/innen, die von Arbeitslosenhilfe leben 2004 um knapp 10% gestiegen und der Anteil der Arbeitslosengeldempfänger/innen um 11% gesunken. Um mehr als 10% ist der Anteil der Drogenpatienten/innen angestiegen, die ihren Lebensunterhalt von Sozialhilfe bestreiten müssen. Die Zahl der Erwerbstätigen unter den Drogenpatienten/innen ging dagegen zurück (siehe Tabelle 5.8).

Tabelle 5.8: Schuldensituation

Schuldensituation	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Keine Schulden	243	70,8	258	68,6	45	65,2	38	56,7
Bis 5000 €	28	8,2	38	10,1	7	10,1	13	19,4
5001 bis 10.000 €	15	4,4	6	1,6	3	4,3	3	4,5
10.001 bis 50.000 €	7	2,0	15	4,0	7	10,1	1	1,5
Mehr als 50.000 €	10	2,9	8	2,1	-	-	-	-
Höhe unbekannt	40	11,7	60	16,0	7	10,1	12	17,9
Gesamt	343	100,0	376	100,0	69	100,0	67	100,0

Etwa 70% der Patienten/innen mit Alkoholproblemen in beiden Jahrgängen haben keine Schulden, d.h. umgekehrt, dass 30% durch Rückzahlungsverpflichtungen belastet sind (Tabelle 5.8).

Bei den Drogenpatienten/innen ist der Anteil schuldenfreier Männer und Frauen in 2004 etwas niedriger (8,5%) als 2003. Umgekehrt haben 43,3% der Drogenpatienten/innen mehr oder weniger große Schulden, im Jahr 2003 waren es noch 35%.

**Interpretation, Folgerung**

Die Zahl der Erwerbslosen ist mit gut 60% nach wie vor erschreckend hoch und im Vergleich zum Vorjahr noch etwas angestiegen. Die Veränderungen im Bereich des Lebensunterhalts bezüglich Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe sind wahrscheinlich zum größten Teil auf eine Umstellung von Arbeitslosengeld auf Arbeitslosenhilfe zurückzuführen. Der Anteil der Patienten mit Schulden ist bei den Alkoholpatienten weitgehend gleich geblieben, während es bei den Patienten mit Drogenproblemen zu einem Anstieg der Verschuldung um etwa 8,5 Prozentpunkte kam. Die größere Häufigkeit abgebrochener Ausbildungen bei den Drogenabhängigen weist im Vergleich zum Vorjahr auf eine stärker fortgeschrittene Suchtkarriere hin.

Gemessen an der Arbeits- und Unterhaltssituation hat sich die soziale Lage der Patienten mit Suchtproblemen noch etwas verschlechtert.

## 6 Alkoholkonsum und Konsum anderer Drogen

2004 wie auch 2003 wurde bei der überwiegenden Mehrheit der Alkoholpatienten und -patientinnen eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert (Tabelle 6.1). 2004 waren es etwa 3% mehr als im Vorjahr. Die Zahl der Patienten/innen mit einer Alkoholintoxikation ist ebenfalls 2004 leicht angestiegen (siehe Tabelle 6.1).

Unter dem Begriff „Andere alkoholbezogene Diagnosen“ wurden das „Alkoholentzugssyndrom“, „Entzugssyndrome mit Delir“ oder „andere“ psychotische Störungen zusammengefasst. Insgesamt sind die Veränderungen im Vergleich der beiden Jahre nur gering und wahrscheinlich als Zufallsschwankungen nicht weiter interpretierbar.

Tabelle 6.1: Hauptdiagnose der Störungen durch Alkohol (Patienten/innen mit Alkoholproblemen)

Hauptdiagnose der Störungen	Alkohol 2003		Alkohol 2004	
	n	%	n	%
Alkoholintoxikation	7	2,0	13	3,4
Alkoholmissbrauch	18	5,2	17	4,4
Alkoholabhängigkeit	304	87,6	350	90,7
Andere alkoholbezogene Diagnosen	18	5,2	6	1,6
Gesamt	347	100,0	386	100,0

Während der letzten 30 Tage vor Aufnahme in eine der beiden Kliniken haben ca. drei Viertel der Alkoholpatienten/innen (76%) täglich Alkohol getrunken und etwa 16% geben an, mehrmals pro Woche (2- bis 6-mal) getrunken zu haben. Bedeutsame Veränderungen in den beiden Jahren sind nicht beobachtbar (Tabelle 6.2).

Zur Einteilung in Risikogruppen über die täglich getrunkene Alkoholmenge in den letzten 30 Tagen ist die Berechnung eines Frequenz-Mengen-Index erforderlich. Dieser wurde so definiert, dass dessen Ergebnis gleich zu setzen ist mit der gewünschten täglichen Alkoholmenge in Gramm. Dazu wurden die bereits vorhandenen durchschnittlichen Trinkmengen pro Trinktag je nach Konsumhäufigkeit mit Faktor 1 bei täglichem Konsum, dem Faktor 0,55 für die Frequenz 2- bis 6-mal pro Woche, 0,15 für die Frequenz bis 7-mal pro Monat und 0,033 für einmal pro Monat oder seltener (aber nicht null) (siehe Anhang). Für die Einteilung in Risikogruppen ist die unterschiedliche Definition bei Männern und Frauen berücksichtigt worden (vgl. Bühringer et al., 2000). Ein

weiterer Grund für einen Frequenz-Mengen-Index ist die niedrige Korrelation (Rangkorrelation) von  $r=.331$  zwischen der Alkoholmenge pro Trinktag und der Konsumfrequenz.

Tabelle 6.2: Konsumentengruppen (Männer mit Alkoholproblemen)

Konsumenten- tengruppe	Risikoarmer Konsum <sup>1</sup>		Riskanter Konsum <sup>2</sup>		Gefährlicher Konsum <sup>3</sup>		Hoch- Konsum <sup>4</sup>		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Männer 2003	15	5,9	12	4,6	60	21,6	181	69,9	268	100,0
Männer 2004	46	14,0	17	5,4	50	15,5	206	63,8	319	100,0

<sup>1</sup> bis 40 g für Männer und bis 20 g für Frauen

<sup>2</sup> 41-60 g für Männer und 21-40 g für Frauen

<sup>3</sup> 61-120 g für Männer und 41-80 g für Frauen

<sup>4</sup> >120 g für Männer und >80 g für Frauen

Mit mehr als 60% gehört die Mehrzahl der männlichen Patienten mit Alkoholproblemen in beiden Jahren zu der Konsumentengruppe mit Hochkonsum (siehe Tabelle 6.2). Der Anteil ist 2004 leicht gesunken (69,9% versus 63,8%). Gefährlicher Konsum liegt 2003 bei 21,6% der Männer mit Alkoholproblemen vor und 2004 bei 15,5%. Auch bei den Frauen mit Alkoholproblemen gehören die meisten in die Gruppe der Hochkonsumenten, wobei 2004 der Anteil etwas niedriger liegt als 2003. Dagegen sank der Anteil der Frauen mit gefährlichem Konsum von 25,2% auf 15,4% und der Anteil mit einem risikoarmen Konsum nahm deutlich zu (Tabelle 6.3).

Tabelle 6.3: Konsumentengruppen (Frauen mit Alkoholproblemen)

Konsumenten- gruppe	Risikoarmer Konsum <sup>1</sup>		Riskanter Konsum <sup>2</sup>		Gefährlicher Konsum <sup>3</sup>		Hoch- Konsum <sup>4</sup>		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frauen 2003	2	3,2	6	9,6	16	25,2	40	63,6	64	100,0
Frauen 2004	10	14,0	7	9,8	11	15,4	44	61,4	72	100,0

<sup>1</sup> bis 40 g für Männer und bis 20 g für Frauen

<sup>2</sup> 41-60 g für Männer und 21-40 g für Frauen

<sup>3</sup> 61-120 g für Männer und 41-80 g für Frauen

<sup>4</sup> >120 g für Männer und >80 g für Frauen

**Interpretation, Folgerung**

Hinsichtlich des Alkoholkonsums ist die Unterscheidung wichtig zwischen einer Alkoholkonsummenge pro Trinktag und der Alkoholmenge pro Tag in einem definierten Zeitraum als täglicher Alkoholkonsum, auch dann, wenn jemand nicht täglich trinkt. Bemerkenswert ist der Anstieg eines risikoarmen Konsums, insbesondere in der Frauengruppe um über 10 Prozentpunkte, allerdings bei einer sehr kleinen Fallzahl, so dass diese Änderung in den beiden Jahrgängen nicht weiter interpretiert werden sollte.

In den letzten 30 Tagen vor Aufnahme wurden in der Alkoholgruppe weitere psychotrope Substanzen konsumiert. Weit an der Spitze steht Tabak mit 70%. Nur vereinzelt gebrauchten Patienten dieser Gruppe auch Cannabis, Kokain oder Benzodiazepine (Tabelle 6.4). Bei den Männern und Frauen mit Drogenproblemen wurden neben den illegalen Substanzen am häufigsten Tabak und Alkohol konsumiert (jeweils 70%). Auffällig ist vor allem, dass der Anteil des Alkoholkonsums von 50% 2003 auf fast 70% in 2004 gestiegen ist. Beim Konsum von Heroin, Ecstasy, Kokain und Amphetaminen gab es im Vergleich der beiden Jahre ebenfalls einen Anstieg, wenn auch nicht so ausgeprägt (Tabelle 6.4).

Tabelle 6.4: In den letzten 30 Tagen konsumierte Substanzen (Mehrfachnennung)

Zusätzlich konsumierte Substanzen:	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tabak	246	71,1	272	71,8	45	62,5	47	70,1
Cannabis	4	1,2	10	2,6	<b>40</b>	<b>55,6</b>	<b>45</b>	<b>67,2</b>
Kokain	4	1,2	3	0,8	19	26,4	19	28,4
Benzodiazepine	2	0,6	3	0,8	9	12,5	4	6,0
Alkohol	-	-	-	-	<b>37</b>	<b>51,4</b>	<b>46</b>	<b>68,7</b>
Heroin	-	-	-	-	22	30,6	25	37,3
Ecstasy	-	-	-	-	19	26,4	22	32,8
Halluzinogene	-	-	-	-	1	1,4	4	6,0
Amphetamine	-	-	-	-	17	23,6	20	29,8
Methadon	-	-	-	-	2	2,8	3	4,5

**Interpretation, Folgerung**

Während Patienten mit Alkoholproblemen ausschließlich auf den Missbrauch von Alkohol beschränkt sind und keine bemerkenswerten Veränderungen in den letzten beiden Jahren zeigten, wurden bei den Patienten mit Drogenproblemen 2004 ein häufigerer Konsum von multiplen Substanzen angegeben. Darin zeigt sich die größere Erfahrung der Drogenabhängigen mit verschiedenartigen Drogen im Verlauf ihrer Suchtkarriere. Auch der Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen wurde 2004 deutlich häufiger genannt als 2003. Wenn man von Erhebungsfehlern absieht, könnten diese Ergebnisse auf eine Ausweitung der Sucht hinweisen, wozu auch die früher angesprochenen Veränderungen bei den Patienten mit Drogenproblemen passen.

## 7 Alkohol- bzw. drogenassoziierte Störungen und Auswirkungen

Bei der Mehrzahl der Patienten und Patientinnen mit Alkoholproblemen kommt es in beiden Jahren zu alkoholassoziierten psychischen und körperlichen Störungen sowie zu sozialen Auswirkungen. Die Häufigkeiten sind 2004 bei allen Störungsgruppen leicht angestiegen. Im Jahr 2004 gaben 65,3% der Alkoholpatienten und -patientinnen soziale Auswirkungen an (wie z. B. Führerscheinentzug oder schwerwiegende Konflikte mit der Familie wegen Alkohol). Die Häufigkeit psychischer und körperlicher Störungen mit 64,9% bzw. 62,7% 2004 haben sich dagegen kaum verändert. Im vorausgegangenen Bericht wurde bereits eine leichte Steigerung der Zahlen im Vergleich zum Vorjahr beschrieben.

Tabelle 7.1: Alkohol- bzw. Drogenassoziierte Störungen und Auswirkungen (Mehrfachnennung)

Störungen und Auswirkungen	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Soziale Auswirkungen	208	60,8	246	65,3	47	66,2	54	81,8
Psychische Störungen	217	64,2	242	64,9	42	59,2	42	63,6
Körperliche Störungen	203	60,2	232	62,7	19	27,5	20	30,8

Bei der Patientengruppe mit Drogenproblemen wurde 2004 im Vergleich zu jenen mit Alkoholproblemen nur bei etwa halb so vielen (30,8%) angegeben, dass körperliche Störungen als Folge des Drogenkonsums aufgetreten sind (Tabelle 7.1). Damit ist die Hypothese angesprochen, dass illegale Drogen zu weniger körperlichen Folgeerkrankungen beitragen als Alkoholmissbrauch (siehe Interpretation, Folgerung).

Psychische Probleme wurden zwar noch etwas häufiger bei Patienten/innen mit Alkoholproblemen genannt, aber der Anteil bei Patienten/innen mit Drogenproblemen ist 2004 fast gleich hoch. 81,8% dieser Patientengruppe gaben 2004 soziale Auswirkungen des Drogenkonsums an, im Jahr 2003 waren es nur 66,2%. Unter sozialen Auswirkungen werden Partner- und Eheprobleme, Arbeitsplatzverlust, Führerscheinverlust und andere Probleme mit der Justiz verstanden.

Tabelle 7.2: Soziale Auswirkungen (Mehrfachnennungen)

Soziale Auswirkungen	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Partner-/Eheprobleme	156	73,9	153	40,4	17	22,4	16	24,2
Arbeitsplatzverlust	56	26,5	76	20,1	20	26,0	34	51,5
Führerscheinverlust	68	32,2	85	22,4	4	5,4	7	10,6
Probleme mit Justiz	42	19,9	51	13,5	18	23,7	24	36,4

Bei den Patienten mit Alkoholproblemen ist ein Vergleich der Angaben in den beiden Jahrgängen problematisch, da im Jahr 2003 nur bei 211 Alkoholpatienten/innen Angaben zu diesen Fragen vorgelegen haben, während 2004 379 Patienten/innen diese Fragen beantwortet haben. Wegen der sehr unterschiedlichen Gesamtgröße lassen sich die zum Teil sehr unterschiedlichen Prozentangaben nicht vergleichen (Tabelle 7.2). Bei den Patienten mit Drogenproblem zeigte sich 2004 häufiger ein Arbeitsplatzverlust sowie häufiger Probleme mit der Justiz.

### **Alkohol- bzw. drogenassoziierte somatische und psychische Erkrankungen**

Die wichtigsten alkoholassoziierten körperlichen Erkrankungen bei den Alkoholpatienten in beiden Jahren waren Lebererkrankungen bei etwa einem Drittel, Krampfanfälle bei einem Viertel, Polyneuropathien bei knapp 20% und Magenbeschwerden bei etwas über 10% der Patienten. Im Jahre 2003 waren Krampfanfälle und Polyneuropathien mit jeweils 20% gleich häufig.

Bei den Drogenpatienten/innen traten, wie vorher schon festgestellt, somatische Erkrankungen weniger häufig auf als bei den Alkoholpatienten/innen. Bei einigen Erkrankungen (Lebererkrankung, Pankreaserkrankung, Polyneuropathie und Magenprobleme) ist 2004 ein leichter Anstieg zu erkennen. Auch bei der Restkategorie Andere körperliche Erkrankungen gaben Männer wie Frauen mit Drogenproblemen 2004 größere Häufigkeiten an als 2003 (Tabelle 7.3).

Tabelle 7.3: Alkohol- bzw. Drogenassoziierte körperliche Erkrankungen (Mehrfachnennungen)

Körperliche Erkrankungen	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lebererkrankung	117	33,5	123	32,5	6	8,3	9	13,6
Pankreaserkrankung	35	10,0	39	10,3	1	1,4	6	9,1
Krampfanfälle	69	19,8	99	26,1	5	6,9	3	4,5
Polyneuropathie	72	20,6	71	18,7	2	2,7	5	7,6
Magenprobleme	27	7,7	48	12,7	3	4,2	6	9,1
Phlegmone / Abszesse	1	0,3	4	1,1	4	5,5	2	3,0
Andere körperliche Erkrankungen	9	2,6	19	5,0	3	4,2	9	13,6

Von den mit Alkohol assoziierten psychischen Erkrankungen wurde 2004 am häufigsten ein Entzugsdelir (25,6%) genannt. Danach folgen mit ähnlichen Häufigkeiten Störungen des Selbstwertgefühls, Suizidversuche, Gedächtnisstörungen und andere psychische Störungen mit knapp 20%. Im Jahr 2003 waren die häufigsten psychischen Störungen Suizidversuche und Entzugsdelirien mit etwa 25%. Am stärksten fällt hier der Rückgang der Suizidversuche um 8% auf.

Tabelle 7.4: Alkohol- und Drogenassoziierte psychische Störungen (Mehrfachnennung)

Psychische Störungen	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Depressive Störungen	50	14,3	45	11,9	14	19,4	13	19,7
Störungen des Selbstwertgefühls	39	11,2	68	18,0	7	9,7	10	15,2
Suizidversuche	88	25,2	65	17,2	13	18,1	14	21,2
Mnestische Störungen	66	18,9	67	17,7	4	5,5	2	3,0
Psychotische Störungen	12	3,4	10	2,6	16	22,2	20	30,3
Pathologische Räusche	39	11,2	38	10,0	1	1,4	4	6,1
Entzugsdelir	84	24,1	97	25,6	3	4,2	4	6,1
Andere psychische Störungen	39	11,2	70	18,5	7	9,7	5	7,6

Bei Drogenpatienten/innen wurden 2004 am häufigsten psychotische Störungen (30,3%) genannt, fast 8 Prozentpunkte häufiger als 2003. Danach folgen Suizidversuche (21,2%), Störungen des Selbstwertgefühls (15,2%) und depressive Störungen (9,7%). Im Vergleich zu 2003 ist noch der Anstieg von Störungen des Selbstwertgefühls mit 5,5 Prozentpunkten zu erwähnen.

#### **Interpretation, Folgerung**

Bemerkenswert ist zunächst, dass Patienten mit Drogenproblemen deutlich weniger körperliche Folgeerkrankungen aufweisen als Patienten mit Alkoholproblemen. Dabei muss aber der deutliche Altersunterschied zwischen Patienten mit Alkohol- und Drogenproblemen berücksichtigt werden, so dass damit ein Teil der Unterschiede der Folgestörungen erklärt werden kann. Eine weitere Erklärung liegt darin, dass die Droge Alkohol häufiger direkt zu mehr Lebererkrankungen, Krampfanfällen und Polyneuropathien führt als andere psychoaktive Substanzen.

Bei den Patienten mit Drogenproblemen kam es 2004 zu einem deutlichen Anstieg sozialer Probleme am Arbeitsplatz und im rechtlichen Bereich. Vermutlich hängt dies wiederum mit der anhaltenden bzw. sich ausweitenden Suchtkarriere der Patienten mit Drogenproblemen zusammen.

Hinsichtlich der psychischen Störungen ist auffällig, dass bei Alkoholikern Entzugsdelire und Suizidversuche die größte Rolle spielen, während bei Patienten mit Drogenproblemen psychotische Störungen und Suizidversuche am häufigsten genannt werden.

## 8 Erfahrungen mit der Suchtkrankenhilfe

Bei den Patienten mit Alkoholproblemen wurde hinsichtlich der Vorbehandlung bei weiten am häufigsten, nämlich von ca. drei Viertel (76,3%), die stationäre Entgiftung genannt sowie eine Suchtberatung von zwei Drittel der Patienten (67,5%). Außerdem wurde von der Hälfte der Patienten (50,3%) eine stationäre Entwöhnungsbehandlung angegeben. Etwa ein Viertel hatte auch Kontakt mit einer ambulanten psychiatrischen Einrichtung sowie mit Selbsthilfegruppen. Im Vergleich zu 2003 zeigte sich eine größere Häufigkeit einer stationären Entgiftung um 10 Prozentpunkte und der Suchtberatung um 11,5 Prozentpunkte. Irgendeine Form therapeutischer Vorerfahrung hatten 2004 72,5% im Vergleich zu 69% im Vorjahr.

Bei den Patienten mit Drogenproblemen standen an der Spitze der Vorerfahrungen eine Suchtberatung (63,0%) und stationäre Entgiftung (58,9%). Danach folgen in deutlichem Abstand eine ambulante psychiatrische Behandlung (38,7%), stationäre Entwöhnungsbehandlungen (28,6%) und stationäre psychiatrische Behandlungen (24,2%). Insgesamt betrachtet hatten 74,2% dieser Patientengruppe mindestens eine Vorbehandlung, 2003 waren es nur 59,2%. Am stärksten angestiegen ist die Vorerfahrung mit stationärer Entgiftung (21,4 Prozentpunkte), mit stationären Entwöhnungsbehandlungen (11,7 Prozentpunkte), mit ambulanter psychiatrischer Behandlung (10,9%) und mit sozialpsychiatrischen Diensten (11,1%) (siehe Tabelle 8.1).

Weitaus die meisten Patienten und Patientinnen hatten, wie auch schon in den Vorjahren, bereits vor dem Krankenhausaufenthalt Kontakt zu Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Keinerlei Erfahrung mit professioneller Suchthilfe hatten 22,7% der Patienten mit Alkoholproblemen und 23,6% der Patienten mit Drogenproblemen.

Tabelle 8.1: Vorerfahrungen mit der Suchtkrankenhilfe (Mehrfachnennung)

Erfahrungen mit der Suchtkrankenhilfe	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Stationäre Entgiftung	217	63,3	244	76,3	27	37,5	33	58,9
Suchtberatung	192	56,0	216	67,5	n	50,7	34	63,0
Ambulante psychiatrische Behandlung	79	22,9	95	25,7	20	27,8	24	38,7
Stationäre Entwöhnungsbehandlung	140	40,9	161	50,2	12	16,9	16	28,6
Selbsthilfegruppe	84	24,4	85	26,6	5	7,0	6	10,7
Stationäre psychiatrische Behandlung	41	11,9	32	8,5	12	16,9	16	24,2
Betreutes Wohnen	37	10,9	48	15,0	5	6,9	8	14,3
Sozialpsychiatrischer Dienst	17	5,0	20	6,3	1	1,4	7	12,5
Tagesstätte	-		8	2,6	1	1,4	1	1,8
Ambulante Entwöhnungsbehandlung	10	2,9	12	3,8	1	1,4	-	
Substitution	-		-		8	11,6	8	14,3

### Interpretation, Folgerung

Insgesamt ist die Häufigkeit von Vorbehandlungen sowohl bei den Patienten mit Alkoholproblemen, als auch bei jenen mit Drogenproblemen deutlich angestiegen. Dies könnte zumindest bei den Drogenabhängigen mit dem gestiegenen Alter und damit einer längeren Suchtkarriere oder auch mit dem umfassenden Suchthilfeangebot (mehr bei den Patienten mit Alkoholproblemen) in Zusammenhang stehen. Wahrscheinlich tragen beide Faktoren zur Erklärung dieser Veränderungen bei.

Durch die krankenhausinterne Suchthilfe werden immerhin 22,8% angesprochen, die vorher noch nicht in Kontakt mit dem suchtspezifischen Hilfesystem waren.

Die Erwartung, dass mit der Frühintervention Personen mit Suchtproblemen erreicht werden, die bislang noch nie im spezifischen Suchthilfesystem aufgetaucht sind, lässt sich damit grundsätzlich bestätigen. Allerdings lässt sich allein daraus nicht ableiten, sondern nur vermuten, dass diese Patienten ansonsten nicht oder nur deutlich später eine Suchthilfe in Anspruch genommen hätten.

## 9 Hilfebedarf, Motivation und Weitervermittlung

Um die vermuteten Auswirkungen unterschiedlicher Selektionsstrategien der beiden Suchthilfedienste in den beiden Klinikzentren zu überprüfen, wurden bei der Auswertung von Problembelastungen die Patientengruppen der beiden Klinikzentren miteinander verglichen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind in den folgenden Tabellen (Tabelle 9.1 und Tabelle 9.2) die Alkoholpatienten und -patientinnen und die Drogenpatienten/innen getrennt dargestellt. In diesen Tabellen wurde nur jeweils die Anzahl der Patienten angegeben mit mittleren bis extremen Problembelastungen im Vergleich der beiden Klinikzentren. Die Stärke der Problemeurteilung wurde zusätzlich durch eine Mittelwertsberechnung der ursprünglichen Ratings ermittelt.

Wie zu erwarten, wurde von der Patientengruppe mit Alkoholproblemen 2004 am häufigsten Alkoholprobleme (72,1%) mit mittlerer bis extremer Belastung genannt. Zusätzlich haben 24% ein leichtes Problem angegeben. (Die Angaben zur Anzahl der Patienten/innen, die keine bzw. leichte Probleme in den verschiedenen Bereichen angaben, sind im Anhang in den Tabellen A 9.1 und A 9.2 zu finden.) Danach folgten berufliche und schulische Probleme mit einem Anteil belasteter Patienten von 37,9%, körperliche Erkrankungen mit 18,4% sowie psychische Erkrankungen mit 18,4%. Hinzu kamen finanzielle Probleme bei 18,3% und Beziehungsprobleme bei 13,8% (siehe Tabelle 9.1). Deutlich seltener angegeben wurden 2004 eine mittlere/extreme Belastung durch Alkoholprobleme (9,4 Prozentpunkte weniger).

In Klinik B haben doppelt so viele Patienten/innen eine mittlere bis extreme Belastung mit Alkoholproblemen. Die Anzahl der Patienten/innen mit mittlerer bis extremer Belastung im Bereich der beruflichen Probleme liegt in Klinik B wesentlich höher als in Klinik A. Insgesamt betrachtet haben in fast allen Bereichen mehr Alkoholpatienten/innen der Klinik B eine mittlere bis extreme Problembelastung.

Tabelle 9.1 Mtlere/ extreme Problembelastung bei Patienten mit Alkoholproblemen

Behandlungs-/Beratungsbedarf	Klinik A		Klinik B		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Körperliche Erkrankung	31	18,2	38	18,5	69	18,4
Psychische Erkrankung	31	18,2	38	18,5	69	18,4
Berufliche Probleme	7	4,0	136	66,6	143	37,9
Alkoholprobleme	76	43,9	193	96,5	269	72,1
Drogenprobleme	2	1,2	4	2,0	6	1,6
Rechtsprobleme	3	1,7	31	15,2	34	9,1
Beziehungsprobleme	13	7,5	39	19,1	52	13,8
Wohnsituation	10	5,8	33	16,0	43	11,4
Finanzielle Situation	14	8,1	55	26,8	69	18,3

Bei den Patienten mit Drogenproblemen zeigte sich Folgendes: Die am häufigsten genannten Bereiche mit mittlerer bis hoher Problembelastung waren, wie in dieser Gruppe zu erwarten, Drogenprobleme (59,1%), gefolgt von beruflichen/schulischen Problemen (39,4%), Beziehungsproblemen (16,9%), der finanziellen Situation (15,9%), psychischen Störungen (11,3%) und Rechtsproblemen (8,6%). Eine größere Häufigkeit von Problembelastungen ergab sich im Vergleich zum Vorjahr bei beruflichen/schulischen Problemen (16,6 Prozentpunkte) und psychischen Erkrankungen (14,8 Prozentpunkte)).

Tabelle 9.2 Mittlere/extreme Problembelastung bei Patienten mit Drogenproblemen

Behandlungs-/Beratungsbedarf	Klinik A		Klinik B		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Körperliche Erkrankung	3	8,3	5	14,3	8	11,3
Psychische Erkrankung	3	8,3	5	14,3	8	11,3
Berufliche Probleme	6	16,6	22	62,8	28	39,4
Alkoholprobleme	3	8,3	7	20,0	10	14,1
Drogenprobleme	19	52,7	23	65,7	42	59,1
Rechtsprobleme	2	5,7	4	11,4	6	8,6
Beziehungsprobleme	4	11,1	8	22,8	12	16,9
Wohnsituation	2	5,5	9	25,7	11	15,5
Finanzielle Situation	5	14,7	6	17,2	11	15,9

Insgesamt weisen in fast allen Bereichen mehr Drogenpatienten der Klinik B eine mittlere bis extreme Problembelastung auf als in Klinik A, am deutlichsten ist der Unterschied im Bereich der beruflichen Probleme.

Nach Beurteilung der Suchtberater wurden 2004 78,7% der Patienten mit Alkoholproblemen als krankheitseinsichtig eingeschätzt, 2003 waren es 73,7%. Von den Drogenpatienten wurden 2004 (68,2%) und 2003 73% als krankheitseinsichtig angesehen. 79% der Alkoholpatienten/innen waren wiederum nach Einschätzung der Suchtberater 2004 motiviert, den Alkoholkonsum zu verändern, dies waren fast 10% mehr als 2003. Auch bei den Drogenpatienten/innen waren nach Einschätzung der Suchtberater 2004 über 10% mehr motiviert, ihren Drogenkonsum zu verändern als 2003. Allerdings stieg die Anzahl der Drogenkonsumenten und -konsumentinnen, bei denen eine Änderungsmotivation nicht eindeutig zu erkennen ist, 2004 um mehr als 10% an.

Nach Entlassung aus der Klinik würden nach Einschätzung der Suchtberater 63,8% der Alkoholpatienten und -patientinnen suchtspezifische Hilfen nutzen, 2003 waren es 57%. Bei den Patienten/innen mit Drogenkonsum ist die Anzahl derer, die aus Sicht der Suchtberater nach ihrer Entlassung aus der Klinik suchtspezifische Hilfen nutzen würden, von 40,8% in 2003 auf 51,5% in 2004 angestiegen.

Tabelle 9.3: Weitervermittlung in andere suchtspezifischen Einrichtungen (Mehrfachnennung)

Weitervermittlung in:	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Notschlafstelle	1	0,3	-		-		-	
Suchtberatung	202	57,9	188	48,7	37	51,4	28	42,4
Stationäre Entwöhnung	48	13,8	46	11,9	10	13,8	8	12,1
Selbsthilfegruppe	8	2,3	16	4,1	1	1,4	-	
Betreutes Wohnen	14	4,0	15	3,8	2	2,7	2	3,0
Krankenhaus	4	1,1	5	1,3	1	1,4	1	1,5
Niedergel. Arzt/Ärztin	2	0,6	-		3	4,2	2	3,0
Ausbildungs-/Arbeitspl.	2	0,6	-		-		-	
Ambulante Entwöhnung	1	0,3	2	0,5	-		-	
Hospiz/Pflegeeinrichtung	-		1	0,3	-		-	
Sonstige Vermittlungen	42	12,0	40	10,6	1	1,4	5	7,6
Keine Vermittlungen	-		118	31,1	-		35	48,6

Die Mehrzahl der Alkohol- und der Drogenpatienten wurden nach der Krankenhausbehandlung in weiterführende, meist suchtspezifische Hilfeangebote vermittelt (Tabelle 9.3). 2004 wie auch 2003 wurden die Alkoholpatienten/innen am häufigsten in eine Suchtberatungsstelle vermittelt, wenn auch etwa 9% seltener als 2003. Der Anteil, der

in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung vermittelt wurde, ist weitgehend gleich geblieben, ebenso die Vermittlungsrate in die Einrichtungen des betreuten Wohnens und sonstige Vermittlungen. In Selbsthilfegruppen wurden 2004 doppelt so viele Alkoholpatienten/innen empfohlen als 2003. Bemerkenswert ist, dass zur ambulanten Entwöhnungsbehandlung 2004 nur zwei Patienten, 2003 nur einer vermittelt wurde.

Von den Patienten mit Drogenproblemen wurde ebenfalls der größte Teil in eine Drogenberatung vermittelt, aber 2004 waren es mit 42,2% wesentlich weniger als 2003 mit 51,4%. Die Vermittlungsquote von Drogenpatienten/innen in stationäre Einrichtungen war in 2004 auch deutlich geringer als 2003. Die Substitutionsbehandlung als häufigste Form der Behandlung Drogenabhängiger wurde hier nicht explizit als Antwortkategorie vorgegeben.

Tabelle 9.4: Beendigungsart

Beendigungsart	Alkohol 2003		Alkohol 2004		Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Weitervermittlung <sup>1</sup>	27	7,8	36	9,5	5	6,9	10	14,9
Abbruch durch Patient	27	7,8	33	8,7	20	27,8	13	19,4
Planmäßige Beendigung	289	83,0	303	79,9	41	56,9	42	62,7
Verstorben	2	0,6	-		-		-	
Abbruch durch Krankenhaus	3	0,9	3	0,8	6	8,3	1	1,5
Gesamt	348	100,0	379	100,0	72	100,0	66	100,0

<sup>1</sup> wurde als Beendigungsart nur dann angegeben, wenn Patienten/innen unmittelbar nach der Krankenhausbehandlung in eine Einrichtung der stationären Suchtkrankenhilfe vermittelt worden sind.

In beiden Jahren dominierte bei den Alkoholpatienten mit ca. 80% und bei den Drogenpatienten und -patientinnen mit ca. 60% die Zahl derer, die die Krankenhausbehandlung bzw. Entgiftung planmäßig beendet haben (Tabelle 9.4). Weitervermittelt wurden 2004 etwas mehr Patienten und Patientinnen mit Alkoholproblemen als 2003. Bei den Drogenpatienten wurden 2004 doppelt so viele Drogenpatienten/innen als 2003 weitervermittelt. Patienten mit Drogenproblemen brechen ihre Behandlung häufiger ab als Patienten mit Alkoholproblemen. Ein leichter Rückgang der Patientenabbrüche zeigt sich bei den Patienten mit Drogenproblemen, bei einigen wenigen Patienten wurde die Behandlung durch das Krankenhaus vorzeitig beendet. Die Quoten der planmäßigen Beendigung waren 2003 und 2004 fast gleich. Verstorben ist 2004 keiner der Patient/innen.

**Interpretation, Folgerung**

Etwa ein Fünftel der Patienten haben vorher keine suchtspezifische Hilfe in Anspruch genommen. Das entspricht dem Anspruch der Frühintervention, möglichst Patienten zu erfassen, die noch nicht in das Hilfesystem integriert sind. Ob das den tatsächlichen Anteil von Patienten in einem frühen Stadium der Abhängigkeitsentwicklung entspricht, kann nicht beurteilt werden.

Hinsichtlich des Hilfebedarfs erwartet man, dass fast alle Patienten mit Alkohol- oder Drogenproblemen auch ein entsprechendes Problem angeben. Dies war jedoch weder in der Alkohol- noch in der Drogengruppe der Fall.

Patienten mit Drogenproblemen haben zu über einem Drittel auch Probleme mit dem Alkoholkonsum, während umgekehrt Patienten mit primärem Alkoholproblem nur selten auch Drogenprobleme angeben. Probleme zu haben ist nicht gleichbedeutend mit einem Hilfebedarf, so dass hierbei zumindest noch die Problemeinschätzung berücksichtigt werden muss.

Wenn man nur die beiden höchsten Problemeinschätzungen berücksichtigt, dann ist zwischen 21,6% (berufliche/schulische Probleme) und 4,9% (körperliche Erkrankungen) ein weitergehender Hilfebedarf erforderlich. Die Problembelastung durch Arbeitsprobleme wird am stärksten eingestuft. Die Beurteilung der Behandlungseinsicht erscheint bei Alkoholabhängigen größer als bei Patienten mit Drogenproblemen. Dabei ist wiederum das unterschiedliche Alter zu berücksichtigen.

Therapieabbrüche durch die Patienten selbst und durch das Krankenhaus sind 2004 seltener aufgetreten als 2003. Dies weist auf eine bessere Anpassung der Beratung an die Erfordernisse von Patienten mit Drogenproblemen hin.

Insgesamt sind die Therapeuten hinsichtlich der Motivation ihrer Suchtpatienten z. B. bezüglich der Nutzung des Suchthilfeangebots optimistischer als 2003. Ob dies tatsächliche Änderungen oder lediglich eine veränderte positiv-optimistische Grundhaltung der Therapeuten widerspiegelt, ist eine mit den vorliegenden Daten nicht zu entscheidende Frage.

Erstaunlich ist bei den Patienten mit Drogenproblemen der Anteil von fast 50%, bei denen keine Vermittlung angegeben wird. Möglicherweise liegt dies an dem hohen Anteil von Patienten mit Cannabisproblemen, für die es wenig Angebote gibt und die ihrerseits seltener zu einer weiterführenden Behandlung bereit sind. Bei den Patienten mit Alkoholproblemen ist der Prozentsatz mit fast einem Drittel ebenfalls hoch. Möglicherweise hängt dies damit zusammen, dass diese Patienten bereits anderswo eingebunden sind und deshalb keine weitere Vermittlung brauchen.

Selten wird an eine ambulante Rehabilitation vermittelt, was natürlich auch einfach damit zusammenhängen könnte, dass die Berater stattdessen die Vermittlung an eine ambulante Suchtberatung angegeben haben, die ja eine ambulante Entwöhnung mit einschließt.



## 10 Zustand bei Entlassung aus dem Krankenhaus

Zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus hat sich nach Einschätzung der Suchtberater bei der Mehrzahl die Alkoholproblematik verbessert (Tabelle 10.1). 2003 wurden bei ihrer Entlassung 89,6% der Patienten/innen als abstinent eingeschätzt, 2004 waren es etwas weniger, nämlich 82%. Gebessert hat sich die Alkoholproblematik 2003 bei 5,8% und 2004 bei 10% der Alkoholpatienten/innen. Die Zahl derer, bei denen zum Entlassungszeitpunkt das Alkoholproblem als unverändert eingeschätzt wurde, ist 2004 um fast 5% angestiegen.

Tabelle 10.1: Beurteilung der Alkoholproblematik zum Entlassungszeitpunkt (Patienten/innen mit Alkoholproblemen)

Alkoholproblematik zum Entlassungszeitpunkt	Alkohol 2003		Alkohol 2004	
	n	%	n	%
Abstinent	311	89,6	309	82,0
Gebessert	20	5,8	38	10,1
Unverändert	4	1,2	21	5,6
Verschlechtert	-		-	
Kein Problem seit Betreuungsbeginn	12	3,5	9	2,4
Gesamt	347	100,0	377	100,0

Bei den Drogenpatienten/innen wurden zum Entlassungszeitpunkt 2004 65,2% und 2003 74,6% als abstinent eingeschätzt. Gebessert hat sich die Drogenproblematik 2004 bei doppelt so vielen Patienten/innen als 2003 (Tabelle 10.2)

Tabelle 10.2: Beurteilung der Drogenproblematik zum Entlassungszeitpunkt (Patienten/innen mit Drogenproblemen)

Drogenproblematik zum Entlassungszeitpunkt	Drogen 2003		Drogen 2004	
	n	%	n	%
Abstinent	53	74,6	43	65,2
Gebessert	<b>8</b>	<b>11,3</b>	<b>16</b>	<b>24,2</b>
Unverändert	7	9,9	5	7,6
Verschlechtert	-		-	
Kein Problem seit Betreuungsbeginn	2	2,8	2	3,0
Gesamt	70	100,0	66	100,0

**Interpretation, Folgerung**

Zum Entlassungszeitpunkt wurde ein sehr hoher Prozentsatz der Patienten in einem hohen Maß als abstinent eingestuft. Unverändert oder verschlechtert waren dagegen nur wenige. Die Beurteilung der Alkoholpatienten als nur gebessert bzw. unverändert bedeutet wahrscheinlich, dass diese Patienten während ihres Klinikaufenthaltes Alkohol konsumiert haben. Bei den Drogenpatienten ist dies weniger klar zu interpretieren. Während die Anzahl der als abstinent eingeschätzten zurückgegangen ist, ist die Zahl der als gebessert eingeschätzten Patienten 2004 deutlich angestiegen. Klarer wäre die Anzahl der Rückfälligen anzugeben. Insgesamt ist eine solche Beurteilung am Ende der Behandlung sehr subjektiv und sollte in Zukunft stärker operationalisiert werden.

## **11 Diskussion**

### **11.1 Methodische Probleme**

Methodische Probleme betreffen im Wesentlichen die Patientenselektion und die Datenqualität. Eine unterschiedliche Patientenselektion ist von vielen Faktoren abhängig. Am wichtigsten erscheinen 1.) eine Auswahl aufgrund begrenzter personeller Kapazitäten, 2.) eine mehr durch die Art der Störung bedingte Auswahl, wenn z. B. Patienten mit der Hauptdiagnose Drogenprobleme weniger häufig aufgenommen werden und 3.) unterschiedliche Zugangswege der einzelnen Kliniken, die eventuellen Suchtproblemen der Patienten eine unterschiedliche Wichtigkeit beimessen und deshalb unterschiedlich häufig die klinikinterne Suchthilfe in Anspruch nehmen.

Die Einzelprobleme eventuell unterschiedlicher Patientenselektion werden in Abschnitt 11.3 besprochen. Soweit die Ergebnisse abhängig sind von der Störungsgruppe wurde dieser Einfluss durch eine getrennte Auswertung für Patienten mit Alkohol- und Drogenproblemen weitgehend ausgeschaltet.

Probleme der Datenqualität können durch die vorliegende Studie nicht weiter bewertet werden. Sicherlich ist die Erfassung der Komorbidität mit dem vorliegenden Untersuchungsinstrument nicht ausreichend möglich und stellt einen Mangel dar, der sich entweder durch ein entsprechendes Diagnostiktraining des Suchtberaters oder durch Einbeziehung eines psychiatrischen Konzils lösen lässt.

### **11.2 Vergleich der Patienten mit Alkohol- und mit Drogenproblemen**

Die generelle Annahme, dass Patienten mit Drogenproblemen stärker sozial integriert sind, wird im Wesentlichen durch die verschiedenen Einzelergebnisse bestätigt. Wie zu erwarten, sind Patienten mit Drogenproblemen deutlich jünger als jene mit Alkoholproblemen. Auch das Geschlechterverhältnis entspricht weitgehend den Erwartungen mit einem Verhältnis von 1:3 bzw. 1:4 zugunsten der Männer.

Erstaunlich ist, dass jeweils etwa die Hälfte der Patienten allein lebt, obwohl der Familienstand, durch das Alter bedingt, deutliche Unterschiede aufweist: Beispielsweise sind Alkoholabhängige sehr viel häufiger geschieden als Drogenabhängige.

Fast alle Alkoholabhängigen, nämlich ca. 90%, haben eine abgeschlossene Berufsausbildung, während Drogenabhängige zu gut einem Drittel eine abgebrochene Berufsausbildung aufweisen und lediglich ein weiteres Drittel eine abgeschlossene Berufsausbildung aufweist. Die Erwerbslosenquote, die in hohem Maße auch von der gesamtwirtschaftlichen Situation in der jeweiligen Region abhängt, ist mit jeweils ca.

60% praktisch gleich. Bei der Finanzierung des Unterhalts fällt auf, dass Alkoholabhängige noch zu 21% erwerbstätig sind, während Patienten mit Drogenproblemen nur in 6,1% der Fälle einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

Hinsichtlich der suchtassoziierten Auswirkungen zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen: bei den Drogenabhängigen dominieren die sozialen Auswirkungen, wie z. B. Arbeitsplatzverlust, mit insgesamt 81,8% im Vergleich zu 65,3% bei den Alkoholabhängigen. Psychische Störungen treten dagegen etwa gleich häufig in knapp zwei Drittel der Fälle auf. Der hauptsächliche Unterschied besteht darin, dass bei Drogenabhängigen häufiger psychotische Störungen dokumentiert werden. Körperliche Störungen kommen dagegen deutlich häufiger vor bei Patienten mit Alkoholproblemen (in ca. 63% der Fälle), im Vergleich zu 30,8% bei den Drogenabhängigen. Spezifische alkoholbedingte Erkrankungen sind die Lebererkrankungen, Krampfanfälle und Polyneuropathien. Die Unterschiede gehen vermutlich nur zum Teil auf das unterschiedliche Alter und die Dauer des Missbrauchs zurück, sondern sind wahrscheinlich Folgen der substanzspezifischen Wirkung von Alkohol (siehe Singer & Teysen, 2005).

Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn man jeweils die Patientenanteile ohne Problembelastung betrachtet. Jeweils drei Viertel der Patienten geben an, keine Probleme im Bereich körperlicher Störungen, in rechtlichen Fragen, in Beziehungsproblemen und bezüglich der Wohnung zu haben. Patienten mit Alkoholproblemen geben an, dass sie überwiegend keine Probleme haben im rechtlichen Bereich, in ihren sozialen Beziehungen, hinsichtlich der Wohnung und im finanziellen Bereich. Bemerkenswert ist, dass im Beziehungsbereich über 70% in beiden Patientengruppen keine Problembelastung angeben. Vermutlich hängt dies mit der hohen Quote der allein lebenden zusammen.

### **11.3 Vergleich von Ergebnissen im Jahr 2003 und 2004**

Von den Veränderungen in den beiden Jahrgängen, die für Patienten mit Alkohol- und Drogenproblemen getrennt ausgewertet wurden, werden jeweils Unterschiede von 10% und mehr aufgegriffen und diskutiert.

Auffällig ist zunächst der Anstieg der Entgiftungsbehandlungen bei Patienten mit Alkoholproblemen im Jahr 2004, der möglicherweise in Zusammenhang steht mit der Neueröffnung eines Gebäudes in der Psychiatrie einer der beiden Klinikzentren.

Bei den Patienten mit Alkoholproblemen (nur bei den Frauen) erhöhte sich das Durchschnittsalter um ein Jahr, ohne dass dafür eine Erklärung gefunden wurde. Bei den Patienten mit Drogenproblemen ist die Zahl der Alleinlebenden deutlich angestiegen und entsprechend auch die Häufigkeit von Personen, die in einer eigenen Wohnung leben. Gleichzeitig hat die Zahl der Patienten mit abgebrochener Schulausbildung zugenommen. Ebenfalls angestiegen ist die Zahl der Patienten mit Arbeitslosen- und Sozialhilfe in dieser Diagnosegruppe. Gleichzeitig zeigt sich auch eine deutlich höhere Quote mit abgebrochener Berufsausbildung als im Jahr 2003. Insgesamt lässt sich daraus folgern, dass sich die soziale Lage der Patienten, vor allem derer mit Drogenproblemen, verschlechtert hat.

Bei den Patienten mit Alkoholproblemen ist bemerkenswert, dass die Anzahl von Patienten mit betreutem Wohnen angestiegen ist, allerdings stellen sie insgesamt nur eine sehr kleine Teilgruppe dar.

Der Anteil der Ausländer in der Gruppe der Patienten mit Alkohol- und Drogenabhängigen erscheint relativ niedrig, kann aber wegen der insgesamt geringen Häufigkeit nicht ausreichend valide beurteilt werden.

Hinsichtlich der therapeutischen Vorerfahrung ergab sich ein Anstieg früherer stationärer Entgiftungen und Beratungen in beiden Patientengruppen, dagegen kam es nur bei den Patienten mit Drogenproblemen auch zu einem Anstieg der ambulanten psychiatrischen Behandlung in der Vorgeschichte.

Hinsichtlich des Substanzkonsums zeigte sich in der Gruppe mit Drogenproblemen ein Anstieg des Cannabiskonsums im Jahr 2004 von 55,6 im Jahr 2003 auf 67,2%. Auch der Konsum von Alkohol stieg gleichzeitig an von 51,4 auf 68,7%. In der Gruppe der Patienten mit Alkoholproblemen ergaben sich keine Veränderungen.

In der Gruppe der Patienten mit Drogenproblemen ist vor allem ein Anstieg der negativen sozialen Auswirkungen des Drogenkonsums bemerkenswert. Dazu tragen im Wesentlichen der vorher schon erwähnte Anstieg der Häufigkeit eines drogenbedingten Arbeitsplatzverlustes sowie ein Anstieg der Probleme mit der Justiz bei. In der Gruppe mit Alkoholproblemen kam es bis auf eine Reduzierung der Partner- und Eheprobleme zu keinen bedeutsamen Veränderungen im Vergleich der beiden Jahrgänge. In der Gruppe der Patienten mit Drogenproblemen zeigte sich eine Reduzierung der Vermittlung in eine Suchtberatung sowie auch eine Reduzierung der Vermittlungen in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung. Über eine entsprechend häufigere Vermittlung zum Beispiel zur Substitution wurde nicht berichtet.

Zum Zeitpunkt der Entlassung ist die Zahl der als abstinent eingeschätzten Patienten mit Drogenproblemen zurückgegangen und gleichzeitig die Zahl der Gebesserten deutlich angestiegen.

Die Anzahl der Einmalkontakte hat abgenommen, erfreulicherweise zugunsten einer größeren Häufigkeit der zwei- bis fünf-mal Kontakte in beiden Diagnosegruppen. Die Zahl der Abbrüche ist dagegen in etwa konstant geblieben. Eine krankenhauserne Suchthilfe ist im Ansatz auf eine Kurzzeitintervention ausgerichtet, sodass auch einige wenige Kontakte eine ausreichende Intervention darstellen können (siehe Bien, Miller & Tonigan, 1993, Kufner, 2000).

#### **11.4 Beurteilungskriterien**

Es ist generell Aufgabe einer krankenhausernen Suchthilfe, möglichst viele Patienten mit Suchtproblemen zu erreichen, eine Soforthilfe zu leisten und bei entsprechendem Behandlungsbedarf an andere Behandlungsstellen weiter zu vermitteln.

Das primäre Ziel der Frühintervention im Suchtbereich besteht darin, dass möglichst viele Patienten angesprochen werden, die in einem Frühstadium der Abhängigkeit sind und noch nicht in das Suchthilfesystem eingebunden sind. Dabei stellt sich die Aufgabe, die Patienten für eine Behandlung zu motivieren und, falls ein entsprechender Behandlungsbedarf vorliegt, sie an eine suchtspezifische Behandlungsstelle zu vermitteln. Daneben geht es um aktuelle Krisensituationen, die eine Soforthilfe erfordern. Eine Beratung kann in einigen Fällen auch bereits eine ausreichende Suchthilfe darstellen. In den beiden Kliniken in Erfurt wurden die Selektionskriterien durch die Suchthilfe zumindest für die hier vorliegende Dokumentation unterschiedlich festgelegt, so dass eine einheitliche Bewertung der Gesamtgruppe erschwert wird und u. U. für manche Fragestellungen eine getrennte Bewertung für die beiden Klinikzentren erforderlich ist. Ein Vergleich der Patientengruppe der beiden Klinikzentren ergab keine Unterschiede hinsichtlich der suchtspezifischen Vorbehandlung, aber Unterschiede hinsichtlich der Problembelastung. Entsprechend der Selektion in einem Klinikum gab es dort auch mehr Patienten mit einer größeren Problembelastung, was man, wenn auch mit Vorbehalt, auch als größeren Behandlungsbedarf interpretieren kann.

Ein erstes Kriterium für den Behandlungserfolg ist die Erreichungsquote bezüglich der Zielgruppe. Das würde erfordern, dass die Zielgruppe bekannt ist. Die umfassende Zielgruppe sind alle Patienten mit einer Suchtdiagnose im Krankenhaus, aber auch solche, bei denen aufgrund von Missbrauchsproblemen eine diagnostische Abklärung erforderlich ist, ohne dass die Kriterien einer Suchtdiagnose erreicht werden. Diese Zielgruppe ist aber im Sinne einer Fallidentifikation nicht bekannt, sie lässt sich bestenfalls in ihrer Größenordnung schätzen. Eine Annäherung kann dadurch erreicht

werden, dass man aufgrund von Studien die Anzahl der Alkohol- bzw. Drogenabhängigen in den beteiligten Kliniken schätzt (siehe Kapitel 1) und diese Schätzungen mit der tatsächlich vorhandenen Größe der Patientenstichprobe vergleicht.

Ein zweites Kriterium ergibt sich aus dem Anspruch der Frühintervention, möglichst solche Patienten zu erreichen, die noch nicht in das Suchthilfesystem eingebunden sind. Das zeigt sich darin, wie hoch der Anteil der Patienten ist, die noch keine Vorerfahrung im Suchthilfesystem aufweisen.

Ein drittes Kriterium wäre das Erreichen solcher Patienten, die zwar Kontakte mit dem Suchthilfesystem hatten oder haben, aber dort nicht ausreichend und erfolgreich versorgt waren oder sind. Über diese Gruppe ist bislang kaum gesprochen worden. Es handelt sich also um rückfällige Patienten mit einer entsprechenden Vorbehandlung.

Entscheidend ist die Bestimmung des Behandlungsbedarfs, der hier nicht explizit als Behandlungsbedarf, sondern als Problemausprägung (vom kleinen bis extremen Problem) erfasst wird. Von der Problembewertung lässt sich allerdings nur bedingt auf den Behandlungsbedarf schließen.

### **Wurde die Zielgruppe für eine interne Suchthilfe im Krankenhaus erreicht?**

Hauptzielgruppen einer krankenhauses-internen Suchthilfe sind zunächst Patienten mit Alkohol- und Drogenproblemen. Darüber hinaus sollte auch an die beiden epidemiologisch bislang unterschätzten Gruppen von Nikotinabhängigen und Medikamentenabhängigen gedacht werden. Die Folgeschäden des Rauchens sind volkswirtschaftlich gesehen größer als die des Alkoholismus und die Zahl von medikamentenabhängigen Personen wird neuerdings als mindestens gleich hoch wie die der alkoholabhängigen Personen eingeschätzt (vgl. Soyka, Queri, Kufner & Rösner, 2005). Im Folgenden stehen aber Patienten mit Alkoholproblemen im Vordergrund.

#### **a) Vergleich mit den Gesamtaufnahmen**

Zur Berechnung der Erreichungsquote beschränken wir uns auf Patienten mit Alkoholproblemen, da nur für diese Diagnosegruppe ausreichende Untersuchungsergebnisse zur Prävalenzschätzung vorliegen. Bezugsgröße ist die Zahl der stationären Aufnahmen in den beiden Klinikzentren unter Ausklammerung der Psychiatrie, der Intensivstationen sowie der verschiedenen Kinderabteilungen. Die Psychiatrische Klinik wurde deshalb ausgeklammert, weil sie einen deutlich erhöhten Anteil von Suchtpatienten aufweist und dieser je nach Stellenwert der Suchtbehandlung bzw. der speziellen Abteilungen für Suchtkranke sehr unterschiedlich sein kann. Patienten der Intensivstationen wurden in Studien zur Prävalenz von Alkoholismus im Allgemeinkrankenhaus

nicht erfasst. In den beiden Klinikzentren werden daher nur Aufnahmezahlen unter Ausklammerung der Psychiatrie, der Intensivstationen und der Kinderstationen gezählt. Die Bezugsgröße der Krankenhausaufnahmen beträgt insgesamt in beiden Klinikzentren 54.315. Die Anzahl von Patienten auf Intensivstationen war nur in einem Klinikzentrum bekannt und wurde deshalb als gleicher Anteil für das andere Klinikzentrum geschätzt und aus der Stichprobe entfernt. Die Anzahl der Kinderpatienten (4.417) wurde ebenfalls herausgenommen.

Zur Schätzung der Patientenquote mit Alkoholdiagnosen können zum einen Ergebnisse aus epidemiologischen Untersuchungen im Allgemeinkrankenhaus (siehe z. B. John et al., 1996) oder Repräsentativerhebungen zum Alkoholismus in der Gesamtbevölkerung verwendet werden. In der schon etwas älteren Studie von John et al., 1996 wurde eine Alkoholismusquote (Missbrauch + Abhängigkeit) von 17,5% für die letzten 12 Monate ermittelt (ohne Intensivstationen). Danach ergäbe sich für die beiden Erfurter Kliniken eine Zahl von 9.505 Patienten mit Alkoholdiagnosen. Eine genaue Überprüfung der unterschiedlichen Kliniken mit eventuell unterschiedlichen Alkoholismusquoten wurde dabei nicht vorgenommen.

Aus einem Überblick über Prävalenzangaben für Alkoholismus in der Allgemeinbevölkerung (Kufner & Kraus, 2005) werden als niedrigste Prävalenzzahlen die aus der TACOS-Studie mit einer Prävalenz für die letzten 12 Monate von 1,4% für Alkoholabhängige und 1,1% für die Diagnose Missbrauch (schädlicher Gebrauch) angegeben. Andere Schätzzahlen gehen von insgesamt 6,4% für Alkoholismus aus (Bundesdrogenstudie Kraus & Augustin, 2005, Hochrechnung siehe Kufner & Kraus, 2005). Wenn man die Quote von 2,5% als niedrigste Prävalenzschätzung für Alkoholismus auf die Bezugsgröße der Aufnahmen in den beiden Kliniken anwendet, kommt man auf eine Zahl von 1.358 Patientenaufnahmen mit einer Alkoholdiagnose. In der Dokumentation erfasst wurden 377 Patienten mit Alkoholproblemen, von denen jedoch 310 sich in der Psychiatrie befanden, so dass nur 67 Patienten mit Alkoholproblemen aus den restlichen Kliniken kommen. Das bedeutet, dass im besten Fall nur 4,9% der Patienten mit einer Alkoholdiagnose in den beiden Klinikzentren (ohne Psychiatrie) in die Dokumentation einbezogen werden konnten. Die Erreichungsquote ist noch deutlich geringer, wenn höhere Prävalenzzahlen für Alkoholismus im Krankenhaus als in der Allgemeinbevölkerung angenommen werden. Unter der Annahme einer Alkoholismusprävalenz von 17,5% (siehe oben) ergibt sich ein Prozentsatz von 0,07%, der durch die interne Suchthilfe erfasst wurde. Gründe dafür können sich einmal auf eine geringe Nachfrage nach Suchthilfediensten beziehen und zum anderen ist das

Hilfeangebot durch die sehr begrenzte Mitarbeiterkapazität erheblich beschränkt. Sicher spielt die geringe Mitarbeiterkapazität eine entsprechende Rolle, da mit jeweils einer halben Stelle eine qualifizierte Suchtberatung für die mindestens 1.358 Patienten mit Alkoholdiagnose nicht durchgeführt werden kann. Nicht berücksichtigt wurde der psychiatrische Konsiliardienst, der auch Fälle von Suchtpatienten umfasst und zum Teil auch Patienten an die interne Suchthilfe weitervermittelt hat. Wie viele Patienten mit Alkoholproblemen durch den psychiatrischen Konsiliardienst gesehen wurden, ist den Autoren nicht bekannt (keine Angaben dazu im Qualitätsbericht 2004 des HELIOS Klinikums Erfurt). Es dürften aber kaum mehr Fälle sein, als durch den Suchthilfedienst gesehen wurden, so dass sich dadurch an den grundsätzlichen Aussagen über einen erheblichen nicht abgedeckten Beratungs- und Behandlungsbedarf nichts ändert.

### **b) Patienten ohne spezifische Vorbehandlung**

Insgesamt wurde doch ein beträchtlicher Anteil von Patienten (ca. 22%) ohne suchtspezifische Behandlung erfasst. Auch wenn der Anteil von Erstbehandlungen in Suchtberatungsstellen mit 42,0% höher ist ([www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de)) ist entscheidend, ob diese neu erfassten Patienten überhaupt ohne vorhergehende Motivierung in Suchtberatungsstellen auftauchen würden. Die Annahme ist, dass es sich hierbei um eine andere Patientengruppe handelt. Die hier erfasste Patientengruppe entspricht in jedem Fall der Zielgruppe einer krankenhausesinternen Frühintervention. Entsprechend der unterschiedlichen Patientenselektion in den beiden Kliniken wäre zu erwarten, dass bei den hinsichtlich des Behandlungsbedarfs ausgewählten Patienten ein größerer Prozentsatz ohne Therapievorerfahrung vorhanden wäre. Dies ist jedoch nicht der Fall.

### **c) Unterschiede bezüglich des Behandlungsbedarfs**

In Folge der Selektion in einem Klinikzentrum ist offenbar der Behandlungsbedarf, hier definiert durch die Problemausprägung, auch tatsächlich höher als in dem anderen Klinikzentrum. Das bedeutet, die Auswahl der in die Dokumentation einbezogenen Patienten hat sich vorwiegend an der Problembelastung der Patienten orientiert.

### **War die Beratung erfolgreich?**

80% der Patienten mit Alkoholproblemen haben die Suchtberatung regulär abgeschlossen. Das entspricht in etwa der Haltequote im Jahr 2003. Bei den Patienten mit Drogenproblemen haben 62,7% die Beratung regulär abgeschlossen. Gegenüber 2003 ergibt sich damit ein Anstieg um fast 6 Prozentpunkte. Dementsprechend ging der Prozentsatz von Patienten mit Drogenproblemen, die von sich aus die Beratung ab-

gebrochen haben um 8,4 Prozentpunkte zurück. Das könnte bedeuten, dass die Suchtberatung mit Drogenabhängigen im Jahr 2004 etwas besser zurechtgekommen ist als im Jahr 2003. Möglicherweise spielt auch eine Rolle, dass die Patienten mit Drogenproblemen etwas älter geworden sind und vielleicht auch mit etwas mehr Vorerfahrung in die jetzige Beratung gekommen sind als früher.

Zum Entlassungszeitpunkt wurden 82% der Patienten mit Alkoholproblemen als abstinent eingeschätzt, was gegenüber dem Vorjahr eine leichte Verschlechterung um 7,6 Prozentpunkte bedeutet. Dagegen wurden 2004 etwas mehr Patienten als gebessert eingeschätzt, so dass auf diese Weise wahrscheinlich die geringere Abstinenzquote erklärt werden kann. Ein weiterer Grund kann darin liegen, dass im letzten Jahr häufiger als früher bei Patienten mit Alkoholproblemen auch an ein kontrolliertes Trinken gedacht wird und diese Patienten dann nicht mehr als abstinent beurteilt werden.

Bei den Patienten mit Drogenproblemen sinkt die Quote der Abstinenten um fast 10 Prozentpunkte ab. Gleichzeitig verdoppelt sich aber die Quote der Gebesserten. Die Anzahl der Patienten, die als krankheitseinsichtig eingeschätzt werden, ist sowohl in der Gruppe mit Alkoholproblemen als auch in der Gruppe mit Drogenpatienten leicht angestiegen.

Auch ist die Zahl derjenigen, die nach Einschätzung der Suchtberater motiviert sind, ihren Alkoholkonsum zu verändern, um fast 10% im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Der gleiche Trend zeigt sich auch bei den Drogenpatienten.

Bei der Frage, ob die Suchtberater glauben, dass die Patienten tatsächlich nach der Beratung suchtspezifische Hilfen in Anspruch nehmen würden, zeigte sich 2004 ebenfalls ein leichter Anstieg positiver Einschätzungen, sowohl für die Patienten mit Alkoholproblemen als auch für die Patienten mit Drogenproblemen.

### **Wohin wurden die Patienten vermittelt?**

Speziell bei den Patienten mit Drogenproblemen ist es zu einer leichten Zunahme von Vermittlungen direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt in eine weiterführende Behandlungseinrichtung gekommen. Bei den Patienten mit Alkoholproblemen zeigte sich dagegen nur eine leichte Abnahme.

## 11.5 Folgerungen

1. Im Vergleich der Jahrgänge 2003 und 2004 hat sich die soziale Situation in der Patientengruppe mit Drogenproblemen vor allem im Bereich der Arbeitssituation noch verschlechtert. Dies unterstreicht den bereits im Bericht 2003 festgestellten Bedarf an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen.
2. Gemessen an der Haltequote und der Einschätzung des Suchtmittelkonsums erscheint die Beratung der Patienten mit Suchtproblemen erfolgreich. Der Erfolg hinsichtlich der Vermittlung von Patienten in eine weiterführende Behandlung kann nur durch entsprechende Katamnesen überprüft werden.
3. Für die Erfolgsbeurteilung einer krankenhauses-internen Suchthilfe ist die Erreichungsquote der Zielgruppen neben den oben erwähnten direkten Erfolgskriterien von zentraler Bedeutung.
4. Von den dokumentierten Fällen wurde ein Anteil von 20-25% vorher noch nicht wegen ihrer Suchtprobleme beraten oder behandelt. Diese Patientengruppe entspricht der Zielgruppe einer Frühintervention im Krankenhaus.
5. Über 80% der dokumentierten Fälle kamen aus den psychiatrischen Kliniken. Der Anteil der Patienten aus den anderen Kliniken ist im Verhältnis zu deren Gesamtpatientenzahl und den dort zu erwartenden Suchtpatienten bei weitem zu niedrig. Auch die Berücksichtigung eines möglicherweise unterschiedlichen Behandlungsbedarfs im Vergleich zu den Suchtpatienten in der Psychiatrie wird daran wenig ändern.
6. Im Verhältnis zur geschätzten Zielgruppe in den beiden Kliniken ist die personelle Stellenausschreibung der internen Suchthilfe deutlich zu niedrig angesetzt.
7. Ob die Nachfrage nach Suchthilfe in den nicht-psychiatrischen Kliniken aktiviert werden soll oder lediglich das Angebot der Suchthilfe verstärkt werden muss, um die Erreichungsquote zu erhöhen kann aufgrund der vorliegenden Daten nicht ausreichend beurteilt werden. Vermutlich ist jedoch beides erforderlich.
8. Die dokumentierte Gruppe von Suchtpatienten bezieht sich fast ausschließlich auf Patienten mit Alkohol- und Drogenproblemen. Die Einbeziehung von Patienten mit Medikamentenproblemen ist eine offene Frage, die unter Umständen auch eine andere Lösung als die bisherige Suchthilfe erfordert.
9. Wegen der insgesamt schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen und der hohen Prävalenz von Tabakmissbrauch sollte dafür ein eigenes Beratungsangebot entwickelt werden, da Angebot und Interventionen sich doch deutlich von dem Vorgehen bei den anderen großen Suchtgruppen unterscheiden.



## 12 Literatur

- Arnold, T. & Simmedinger, R. (2001). *Suchthilfe im Klinikum Erfurt. Endbericht. ISS-Referat 3/2001*. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik
- Arnold, T., Schmid, M. & Simmedinger, R. (1999). Suchthilfe im Krankenhaus. Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodells „Drogennotfallprophylaxe/Nachgehende Sozialarbeit“ (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 120). Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Arnold, T., Schmid, M. & Simmedinger, R. (2000). *Suchthilfe im Krankenhaus. Ergebnisse einer Nachbefragung. ISS-Referat 5/2000*. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik.
- Bien, T. H., Miller, W. R. & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315-336.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Mersert-Diete, C., Rumpf, H.-J., Simon, R. & Töppich, J. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 128). Baden-Baden: Nomos.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A. & Dilling, H. (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Baden-Baden: Nomos.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2005). Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. *Sucht*, 51 (Sonderheft 1), S4-S57.
- Kremer, G.; Wienberg, G., Dormann S.; Pörksen, N. & Wessel, T. (1999). Evaluation von Kurzinterventionen bei PatientInnen mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus. *Sucht*, 45 (2), 80-88.
- Küfner, H. (2000). Ergebnisse von Kurzinterventionen und Kurztherapien bei Alkoholismus - ein Überblick. *Suchtmedizin*, 2 (48), 181-192.
- Küfner, H. & Kraus, L. (2005). Epidemiologische und ökonomische Aspekte. In R. Tölle & E. Doppelfeld (Eds.), *Alkoholismus* (pp. 23-41). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Nöller, S., Küfner, H. (2004). *Evaluation der Suchthilfe in Erfurter Allgemeinkrankenhäusern: Jahresbericht 2003* (IFT-Bericht Bd. 152). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Singer, M. V. & Teyssen, S. (Hrsg.) (2005). *Alkohol und Alkoholfolkrankheiten*. Berlin: Springer.
- Sonntag, D. & Welsch, K. (2004). Deutsche Suchthilfestatistik 2003 für stationäre Einrichtungen. *Sucht*, 50 (Sonderheft 1), 32-53.

Soyka, M., Queri, S., Kufner, H. & Rösner, S. (2005). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? *Nervenarzt*, 76 (1), 72-77.

Thüringer Landesamt für Statistik (2004) Ausländische Bevölkerung in Thüringen. [http://www.statistikportal.de/Statistik-Portal/de\\_jb01\\_jahrtab2.asp](http://www.statistikportal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab2.asp)

Welsch, K. & Sonntag, D. (2003). Jahresstatistik 2002 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. *Sucht*, 49 (Sonderheft 1), 42-62.

Wienberg, G. (Hrsg.) (1992). Die vergessene Mehrheit: zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

## Anhang

Tabelle A 9.1 Problembereiche und Beratungs- bzw. Behandlungsbedarf (Mehrfachnennung) (Patienten/innen mit Alkoholproblemen)

Problembereiche der Alkoholpatienten/ innen	kein Problem		leichtes Problem		mittleres Problem		beträchtliches Problem		extremes Problem		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Körperl. Erkrankung	195	51,5	112	29,6	51	13,5	15	4,0	2	0,5	375	98,9
Psych. Erkrankung	225	59,4	89	23,5	53	14,0	9	2,4	-	-	376	99,2
Berufl./schul. Probleme	202	53,3	32	8,4	64	16,9	65	17,2	14	3,7	377	99,5
Alkoholprobleme	12	3,2	91	24,0	145	38,3	105	27,7	20	5,3	374	98,7
Drogenprobleme	375	94,2	13	3,4	4	1,1	2	0,5	-	-	376	99,2
Rechtsprobleme	318	83,9	24	6,3	25	6,6	9	2,4	-	-	376	99,2
Beziehungsprobleme	272	71,8	52	13,7	33	8,7	20	5,3	-	-	377	99,5
Wohnsituation	310	81,8	23	6,1	22	5,8	15	4,0	8	2,1	378	99,7
Finanzielle Situation	237	65,5	71	18,7	48	12,7	17	4,5	4	1,1	377	99,5

Tabelle A 9.2 Problembereiche und Beratungs- bzw. Behandlungsbedarf (Mehrfachnennung) (Patienten/innen mit Drogenproblemen)

Problem-bereiche der Drogenpatienten/innen	kein Problem		leichtes Problem		mittleres Problem		beträchtliches Problem		extremes Problem		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Körperliche Erkrankung	47	71,2	12	18,2	4	6,1	3	4,5	-	-	66	100,0
Psychische Erkrankung	25	37,9	14	21,2	16	24,2	11	16,7	-	-	66	100,0
Berufl./schul. Probleme	18	27,3	20	30,3	10	15,2	14	21,2	4	6,1	66	100,0
Alkoholprobleme	38	57,6	19	28,8	5	7,6	4	6,1	-	-	66	100,0
Drogenprobleme	10	15,2	16	24,2	26	39,4	14	21,2	-	-	66	100,0
Rechtsprobleme	48	73,8	11	16,9	5	7,7	1	1,5	-	-	66	100,0
Beziehungsprobleme	51	77,3	5	7,6	6	9,1	4	6,1	-	-	66	100,0
Wohnsituation	52	78,8	5	7,6	6	9,1	3	4,5	-	-	66	100,0
Finanzielle Situation	32	50,0	21	32,8	7	10,9	4	6,3	-	-	66	100,0

Tabelle A 9.3 Frequenz-Mengen-Index (entspricht der durchschnittlichen täglichen Alkoholkonsummenge pro Tag)

Frequenz-Mengen-Index (g Alkohol)			Kumulierte Prozente	Frequenz-Mengen-Index (g Alkohol)			Kumulierte Prozente
n	%			n	%		
0-10	24	6,1		311-320	9	2,3	83,5
11-20	12	3,1	9,2	321-330	4	1,0	84,5
21-30	13	3,3	12,5	331-340	2	0,5	85,0
31-40	14	3,6	16,1	341-350	17	4,3	89,3
41-50	10	2,5	18,6	351-360	2	0,5	89,8
51-60	14	3,6	22,2	361-370	1	0,3	90,1
61-70	9	2,3	24,5	371-380	4	1,0	91,1
71-80	7	1,8	26,3	381-390	3	0,7	91,8
81-90	13	3,3	29,6	391-400	4	1,0	92,8
91-100	15	3,8	33,4	401-410	3	0,7	93,5
101-110	4	1,0	34,4	411-420	1	0,3	93,8
111-120	21	5,4	39,8	421-430	1	0,3	94,1
121-130	15	3,8	43,6	431-440	1	0,3	94,4
131-140	12	3,1	46,7	441-450	3	0,7	95,1
141-150	5	1,3	48,0	451-460	-		
151-160	9	2,3	50,3	461-470	-		
161-170	3	0,7	51,0	471-480	2	0,5	95,6
171-180	25	6,4	57,4	481-490	-		
181-190	1	0,3	57,7	491-500	4	1,0	96,6
191-200	22	5,6	63,3	501-510	1	0,3	96,9
201-210	3	0,7	64,0	511-520	-		
211-220	6	1,5	65,5	521-530	4	1,0	97,9
221-230	2	0,5	66,0	531-540	-		
231-240	9	2,3	68,3	541-550	2	0,5	98,4
241-250	14	3,6	71,9	551-560	-		
251-260	9	2,3	74,2	561-570	-		
261-270	5	1,3	75,5	571-580	1	0,3	98,7
271-280	10	2,5	78,0	581-590	-		
281-290	3	0,7	78,7	.....			
291-300	7	1,8	80,5	601-700	1	0,3	99,0
301-310	3	0,7	81,2	....			
				821-830	1	0,3	99,3
				....			
				841-850	1	0,3	99,6

Tabelle A 9.4 Körperliche Erkrankungen und Einrichtung

Problem Rating	Klinik A		Klinik B		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Kein Problem	136	66,0	108	45,0	244	54,7
Leichtes Problem	36	17,5	89	37,1	125	28,0
Mittleres Problem	22	10,7	33	13,8	55	12,3
Beträchtliches Problem	11	5,3	9	3,8	20	4,5
Extremes Problem	1	0,5	1	0,4	2	0,4
Gesamt	206	100,0	240	100,0	446	100,0

Tabelle A 9.5 Psychische Erkrankungen und Einrichtung

Problem Rating	Klinik A		Klinik B		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Kein Problem	130	62,8	123	51,3	253	56,6
Leichtes Problem	33	15,9	71	29,6	104	23,3
Mittleres Problem	34	16,4	35	14,6	69	15,4
Beträchtl. Problem	10	4,8	11	4,6	21	4,7
Gesamt	207	100,0	240	100,0	447	100,0

Tabelle A 9.6 Berufliche/schulische Probleme und Einrichtung

Problem Rating	Klinik A		Klinik B		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Kein Problem	164	78,5	61	25,5	225	50,2
Leichtes Problem	32	15,3	20	8,4	52	11,6
Mittleres Problem	12	5,7	62	25,9	74	16,5
Beträchtl. Problem	1	0,5	78	32,6	79	17,6
Extremes Problem	-	-	18	7,5	18	4,0
Gesamt	209	100,0	239	100,0	448	100,0

Tabelle A 9.7 Drogenprobleme und Einrichtung

Problem Rating	Klinik A		Klinik B		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Kein Problem	172	82,3	195	81,9	367	82,1
Leichtes Problem	16	7,7	16	6,7	32	7,2
Mittleres Problem	12	5,7	19	8,0	31	6,9
Beträchtl. Problem	9	4,3	8	3,4	17	3,8
Gesamt	209	100,0	238	100,0	447	100,0

Tabelle A 9.8 Rechtsprobleme und Einrichtung

Problem Rating	Klinik A		Klinik B		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Kein Problem	190	91,8	181	75,7	371	83,2
Leichtes Problem	12	5,8	23	9,6	35	7,8
Mittleres Problem	4	1,9	26	10,9	30	6,7
Beträchtl. Problem	1	0,5	9	3,8	10	2,2
Gesamt	207	100,0	239	100,0	446	100,0

Tabelle A 9.9 Beziehungsprobleme und Einrichtung

Problem Rating	Klinik A		Klinik B		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Kein Problem	170	81,3	157	65,7	327	73,0
Leichtes Problem	22	10,5	35	14,6	57	12,7
Mittleres Problem	11	5,3	29	12,1	40	8,9
Beträchtl. Problem	6	2,9	18	7,5	24	5,4
Gesamt	209	100,0	239	100,0	448	100,0

Tabelle A 9.10 Wohnsituation und Einrichtung

Problem Rating	Klinik A		Klinik B		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Kein Problem	183	88,0	184	76,3	367	81,7
Leichtes Problem	13	6,3	15	6,2	28	6,2
Mittleres Problem	5	2,4	23	9,5	28	6,2
Beträchtl. Problem	5	2,4	10	4,1	15	3,3
Extremes Problem	2	1,0	9	3,7	11	2,4
Gesamt	208	100,0	241	100,0	448	100,0

Tabelle A 9.11 Finanzielle Situation und Einrichtung

Problem Rating	Klinik A		Klinik B		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Kein Problem	165	80,1	109	45,4	274	61,4
Leichtes Problem	22	10,7	70	29,2	92	20,6
Mittleres Problem	15	7,3	40	16,7	55	12,3
Beträchtl. Problem	4	1,9	17	7,1	21	4,7
Extremes Problem	-	-	4	1,7	4	0,9
Gesamt	206	100,0	240	100,0	446	100,0