

Christina Bauer
Dilek Sonntag
Ann Katrin Hellwich

Suchthilfestatistik 2005
Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten
der Suchthilfeinrichtungen des Landes Thüringen

Statistical Report 2005 of Addiction Treatment
Report on the Current Situation and the Activities
of the Addiction Treatment Facilities in Thuringia

München 2006
IFT-Berichte Bd. 159
IFT-Reports Vol. 159

IFT Institut für Therapieforschung, München

Christina Bauer
Dilek Sonntag
Ann Katrin Hellwich

Suchthilfestatistik 2005
Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten
der Suchthilfeinrichtungen des Landes Thüringen

Statistical Report 2005 of Addiction Treatment Facilities
Report on the Current Situation and the Activities
of the Addiction Treatment Facilities in Thuringia

München 2006

IFT-Berichte Bd. Nr. 159
IFT-Reports Vol. 159

Reihe IFT-Berichte
Band Nr. 159

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

In der Reihe IFT-Berichte sind zuletzt erschienen:

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.

Nöller, S. & Kufner, H. (2005) Evaluation der Suchthilfe in Erfurter Allgemeinkrankenhäusern: Jahresbericht 2004. IFT-Berichte, Bd. 156. 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 Berlin [2004 statistical report of addiction treatment. Report on the current situation and the activities of outpatient addiction treatment facilities in Berlin] (IFT-Berichte Bd. 157). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Metz, K., Kröger, C. & Bühler, A. (2006). Rauchfrei – ich?! Manual für die stationäre Tabakentwöhnung. (IFT-Berichte Bd. 158). München: IFT Institut für Therapieforschung.

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

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	6
1 Einleitung	7
2 Einrichtungen	8
3 Daten zur Klientel	9
3.1 Übersicht zur Klientel.....	9
3.2 Verteilung der Hauptdiagnosen	11
3.3 Soziodemografische Daten	13
4 Daten zu Interventionen	22
5 Trendanalyse 2000 bis 2005	34
Literatur	40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einrichtungstypen und Software (N=51)	8
Tabelle 2: Anzahl der Betreuungen 2005 (N=51)	9
Tabelle 3: Betreuungsgrund und Einrichtungstyp (N=32)	9
Tabelle 4: Primärer Hilfebedarf* und Einrichtungstyp (N=32)	10
Tabelle 5: Hauptdiagnosen, Einrichtungstyp und Geschlecht bei Klienten mit eigener Störung (N=51)	12
Tabelle 6: Altersverteilung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=33)	14
Tabelle 7: Altersverteilung bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=33)	15
Tabelle 8: Altersdurchschnitt und Einrichtungstyp (N=51)	15
Tabelle 9: Dauer der Symptomatik (Einzeldiagnosen; N=30)	17
Tabelle 10: Familienstand bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=33)	17
Tabelle 11: Familienstand bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=33)	18
Tabelle 12: Wohnsituation bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=33)	19
Tabelle 13: Wohnsituation bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=33)	19
Tabelle 14: Berufliche Integration bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=32)	21
Tabelle 15: Berufliche Integration bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=32)	21
Tabelle 16: Aufnahmegrund bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=30)	22
Tabelle 17: Aufnahmegrund bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=30)	22
Tabelle 18: Vermittlung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=31)	23
Tabelle 19: Vermittlung bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=31)	24
Tabelle 20: Anteil der Erstbehandelten bei den häufigsten Hauptdiagnosen (N=48)	24
Tabelle 21: Maßnahmen bei Klienten mit einer eigenen Problematik* (alle Einrichtungstypen, N=30)	25
Tabelle 22: Mittlere Betreuungsdauer in Wochen und Einrichtungstyp (N=48)	26
Tabelle 23: Dauer der Betreuung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2+4; N=32)	27
Tabelle 24: Dauer der Betreuung bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2+4; N=32)	27
Tabelle 25: Mittlere Kontaktzahl und Einrichtungstyp (N=36)	28
Tabelle 26: Anzahl der Kontakte bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2+4; N=32)	29
Tabelle 27: Anzahl der Kontakte bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2+4; N=32)	29
Tabelle 28: Art der Beendigung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2+4; N=30)	30

Tabelle 29: Art der Beendigung bei nichtsubstanbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2+4; N=30).....	30
Tabelle 30: Ergebnisse der Betreuung bei ausgewählten Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2+4; N=30).....	32
Tabelle 31: Ergebnisse der Betreuung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=46)	33
Tabelle 32: Anteil der Erstkonsumenten bis 14 Jahre	35
Tabelle 33: Dauer der Betreuung	37

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Klientengruppen und Geschlecht (Einrichtungstyp 1+2+4; N=25; unbek.: 4,2%)	10
Abbildung 2: Verteilung der häufigsten Hauptdiagnosen nach Einrichtungstyp bei Klienten mit eigener Störung (N=51; unbek./ohne Hauptdiagnose: 3,7%)	12
Abbildung 3: Geschlechterverteilung bei den häufigsten Hauptdiagnosen (N=51; unbek.: 0,0%)	13
Abbildung 4: Altersverteilung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=51; unbek.: 0,1%)	16
Abbildung 5: Durchschnittliches Alter beim Erstkonsum (Einzeldiagnosen; N=30; unbek.: 19,4%)	16
Abbildung 6: Familienstand und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=50; unbek.: 1,4%)	18
Abbildung 7: Wohnsituation und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=49; unbek.: 1,4%)	20
Abbildung 8: Betreuungsdauer und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=48, unbek.: 0,0%)	26
Abbildung 9: Kontaktzahl und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=36, unbek.:0,0%)	28
Abbildung 10: Art der Beendigung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=46, unbek.: 3,5%)	31
Abbildung 11: Einrichtungsbeteiligung und dokumentierte Betreuungen.....	34
Abbildung 12: Nationalität und Hauptdiagnosen.....	35
Abbildung 13: Anzahl der Kontakte pro beendete Betreuung.....	36
Abbildung 14: Planmäßige Beendigung	37
Abbildung 15: Beendigung durch Klientenabbruch.....	38
Abbildung 16: Klienten mit Abstinenz bzw. verbesserter Situation am Betreuungsende (planmäßige und unplanmäßige Beendigungen)	38

1 Einleitung

Zur Situation der Suchthilfedokumentation in Thüringen

Seit der Verabschiedung des Deutschen Kerndatensatzes Sucht (KDS) durch den Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) im Jahr 1999 beteiligen sich auch die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Thüringen an dieser standardisierten Datenerhebung. Schon seit mehr als 10 Jahren nehmen die Psychosozialen Beratungsstellen an dieser Standarddokumentation teil, seit 2001 die Einrichtungen des ambulanten und seit 2002 auch die Einrichtungen des stationären betreuten Wohnens. Zwar dokumentieren seit Anfang 2004 auch die komplementären Einrichtungen im Bereich der psychiatrischen Versorgung nach dem thüringischen Kerndatensatz Psychiatrie, der mit dem Kerndatensatz Sucht kompatibel ist, bislang konnten diese Daten aufgrund der geringen Anzahl zur Verfügung gestellter Datensätze jedoch nicht in die Landesstatistik für Thüringen integriert werden. Offenbar ist die Implementierung der entsprechenden Hard- und Software an den Einrichtungen noch in der Umsetzungsphase.

Im Jahr 2005 wurden in Thüringen die Datenerfassungssysteme Ebis, Horizont und Patfak eingesetzt, die alle kompatible Daten entsprechend der Vorgaben des Deutschen Kerndatensatzes Sucht für eine systemübergreifende standardisierte Jahresauswertung auf Bundes- und Landesebene erheben können. Das Land Thüringen unterstützt seine Suchthilfeeinrichtungen im Rahmen eines finanziellen Bonussystems für die Beteiligung an der jährlichen Statistik mit weitgehend vollständigen Daten. Der Bonusbetrag wird dabei durch den Anteil fehlender Werte in den Jahresdaten der Einrichtungen bestimmt.

Das Institut für Therapieforschung (IFT) erstellt seit 1980 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) eine jährliche Bundessuchthilfestatistik (zuletzt Sonntag et al., 2005) und stellt in diesem Zusammenhang den Bundesländern deren Daten unkommentiert in Form von standardisierten Tabellenbänden zur Verfügung. Der hier vorliegende Bericht basiert auf den Daten dieser Tabellenbände für die Jahre 2000 bis 2005 und wurde im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit erstellt.

Hinweise zum Verständnis des Berichts

Zur Erhöhung der Leserlichkeit werden in den Tabellen, die nach Einrichtungstyp unterscheiden, nicht die vollständigen Bezeichnungen der Einrichtungstypen verwendet, sondern nur die im Deutschen Kerndatensatz vorgegebenen numerischen Kodierungen, die Tabelle 1 zu entnehmen sind.

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

2 Einrichtungen

Die nachfolgend dargestellten Strukturdaten basieren auf den Datensätzen von 51 Einrichtungen. Die Datenerhebung erfolgte auf der Basis des Einrichtungsbezogenen Deutschen Kerndatensatzes (DHS, 2004).

An der Jahresauswertung 2005 des Landes Thüringen haben insgesamt 51 Einrichtungen aus dem Bereich der Suchtkrankenhilfe teilgenommen, was einer Steigerung der Beteiligung von 11% im Vergleich zu 2004 entspricht. Die Stichprobe umfasst vorwiegend ambulante Beratungsstellen: 31 Psychosoziale Beratungsstellen bzw. Ambulanzen, vier Einrichtungen des Ambulanten Betreuten Wohnens, jeweils eine niedrigschwellige Einrichtung und ein Arbeits-/Beschäftigungsprojekt, vier stationäre Rehabilitationseinrichtungen, ein(e) Krankenhaus(-abteilung), sowie neun Einrichtungen des Stationären Betreuten Wohnens (Tabelle 1). Die Zuordnung zu einem Einrichtungstyp wird durch die Einrichtungsmitarbeiter vorgenommen und ist wegen der oft gleichzeitig vorhandenen unterschiedlichen Angebote nicht immer eindeutig.

In 31 Einrichtungen wurde mit Ebis, in 19 Einrichtungen mit Horizont, und in einer Einrichtung mit Patfak dokumentiert. Das Programm Horizont (Buchner Documentation GmbH) erhebt den Deutschen Kerndatensatz Sucht (DHS, 2004), das Programm Ebis (gsda GmbH) erfasst den umfangreicheren Bundesdatensatz (Strobl & Schiessl, 2005), den das Programm Patfak (Redline Data GmbH) zwar nicht vollständig, jedoch zu großen Teilen umfasst.

Tabelle 1: Einrichtungstypen und Software (N=51)

Einrichtungstyp	Typen- Nummer*	Software/System			Gesamt 2005	Gesamt 2004
		Ebis	Horizont	Patfak		
PSB(B)/Institutsambulanz/Fachambulanz + eine niedrigschwellige Einrichtung	1+2+4	25	8		33	28
Ambulantes Betreutes Wohnen	3	0	4		4	5
Rehabilitationseinrichtung (SGB V § 107.2 / SGB VI § 9 und § 15) + ein(e) Krankenhaus(-abteilung)	6+7	4	0	1	5	4
Heim/Stationäres Betreutes Wohnen/Übergangseinrichtung	8	2	7		9	9
Gesamt		31	19	1	51	46

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

Weitere Strukturdaten werden als getrennter Strukturdaten-Bericht des Freistaates Thüringen publiziert.

3 Daten zur Klientel

In diesem Kapitel werden zentrale Angaben zur Klientel dargestellt. Die Daten beziehen sich dabei auf alle Klienten, die 2005 in Suchthilfeeinrichtungen des Landes Thüringen eine Betreuung neu aufgenommen haben (Zugänge).

3.1 Übersicht zur Klientel

In die Auswertung des Jahres 2005 gingen die Daten von insgesamt 13.514 Betreuungsfällen ein (Tabelle 2), was einem Zuwachs von 15% gegenüber dem Vorjahr entspricht. Davon wurden 5.632 Betreuungen aus dem Vorjahr weitergeführt und 7.882 Betreuungen im Jahr 2005 neu aufgenommen. Im Jahr 2004 wurden 7.656 Betreuungen beendet, die übrigen 5.858 Betreuungen wurden ins Jahr 2006 übernommen und weitergeführt.

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

Tabelle 2: Anzahl der Betreuungen 2005 (N=51)

Klientengruppe	Männer	Frauen	Gesamt	
			%	Abs.
Zahl der Übernahmen nach 2005	41,6%	42,1%	41,7%	5.632
Zahl der Zugänge 2005	58,4%	57,9%	58,3%	7.882
Zahl der Beender 2005	57,3%	54,1%	56,7%	7.656
Zahl der Übernahmen nach 2006	42,7%	45,9%	43,3%	5.858
Gesamt Betreuungen 2005	10.715	2.799	100%	13.514
Gesamt %	79,3%	20,7%		100%
Unbekannt				0,0%

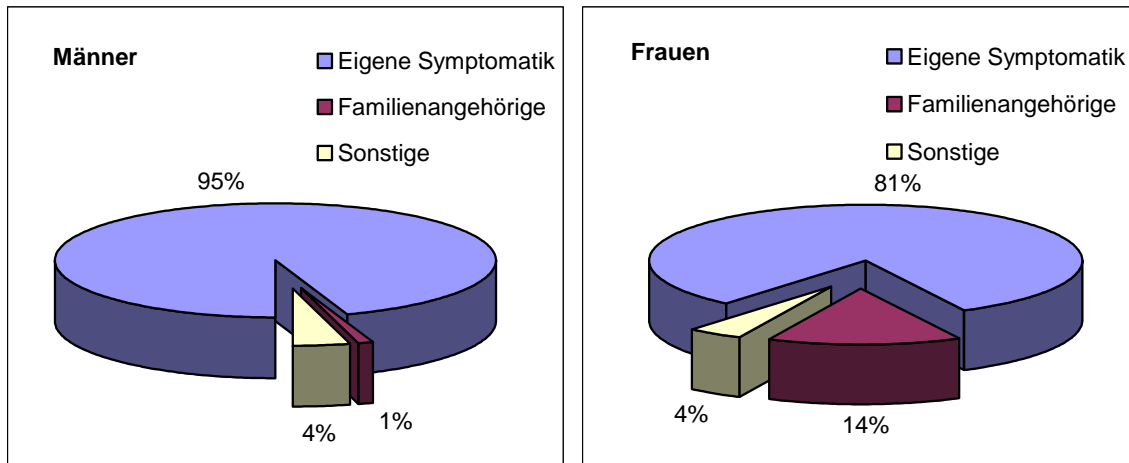
Das Geschlechterverhältnis liegt ganz ähnlich wie im Vorjahr bei 79% Männer zu 21% Frauen (Tabelle 2). Die überwiegende Mehrheit der Betreuten (93%) waren Personen mit einer eigenen Störung (Tabelle 3).

Tabelle 3: Betreuungsgrund und Einrichtungstyp (N=32)

Betreuungsgrund	Typ 1+2+4		Typ 6+7		Typ 8		Gesamt			Abs.
	M	F	M	F	M	F	M	F	M + F	
Eigene Symptomatik	94,7%	81,5%	95,5%	96,8%	100,0%	-	94,9%	84,1%	92,6%	5.320
Familienangehörige	1,1%	14,3%	1,6%	0,0%	0,0%	-	1,2%	11,8%	3,4%	198
Sonstige	4,2%	4,2%	2,9%	3,2%	0,0%	-	3,9%	4,1%	4,0%	227
Gesamt	3.511	998	1.068	218	11	0	4.537	1.208	100,0%	5.745
Unbekannt										4,0%

Männer kamen fast immer wegen einer eigenen Symptomatik in Betreuung, 12% der Frauen jedoch wegen eines Angehörigen (Abbildung 1).

Abbildung 1: Klientengruppen und Geschlecht (Einrichtungstyp 1+2+4; N=25; unbek: 4,2%)



Etwa drei Viertel aller Klienten mit einer eigenen Störung geben den Konsum legaler Substanzen als primären Hilfebedarf an (Tabelle 4). Demgegenüber kommen 23% wegen des Konsums illegaler Substanzen, 0,3% wegen Essstörungen und 1% wegen Pathologischen Spielverhaltens. Ein Vergleich zwischen den unterschiedlichen Einrichtungsarten ist bei dieser Auswertung wegen der geringen Zahl an Datensätzen nicht möglich. Angehörige, die in Beratungsstellen Rat suchen, nennen in 46% der Fälle den Konsum von legalen Substanzen als primären Hilfebereich und in 35% den Konsum illegaler Substanzen. 15,4% der Angehörigen kommen wegen Problembereichen, die nur indirekt mit einer substanzbezogenen Störung zusammenhängen: z.B. wegen Problemen im Arbeits- oder finanziellen Bereich.

Tabelle 4: Primärer Hilfebedarf* und Einrichtungstyp (N=32)

	Typ 1+2+4		Typ 6+7		Typ 8		Gesamt	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Klienten mit eigener Störung								
Legale Substanzen	3017	73,1%	613	79,3%	7	63,6%	3.602	73,6%
Illegale Substanzen	962	23,3%	147	19,0%	4	36,4%	1.129	23,1%
Essstörungen	17	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	17	0,3%
Pathologisches Spielverhalten	45	1,1%	4	0,5%	0	0,0%	49	1,0%
Andere Störungsbereiche	87	2,1%	9	1,2%	0	0,0%	96	2,0%
Gesamt	4.128	100%	773	100%	11	100%	4.893	100%
Angehörige								
Legale Substanzen	78	43,6%	12	70,6%			89	45,6%
Illegale Substanzen	65	36,3%	4	23,5%			69	35,4%
Essstörungen	3	1,7%	0	0,0%			3	1,5%
Pathologisches Spielverhalten	4	2,2%	0	0,0%			4	2,1%
Andere Störungsbereiche	29	16,2%	1	5,9%			30	15,4%
Gesamt	179	100%	17	100%			195	100%
Unbekannt								7,8%

* Keine Diagnosen, sondern Angaben der Klienten

3.2 Verteilung der Hauptdiagnosen

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

In den an der vorliegenden Auswertung teilnehmenden Einrichtungen wurde bei 7.030 der Klientenzugänge eine Hauptdiagnose vergeben. Dies entspricht 96% der geschätzten Anzahl von 7.299 Klientenzugängen, die eine eigene Störung haben. Auf diese Gruppe bezieht sich der nachfolgende Text.

Alkoholbezogene Störungen sind die häufigsten therapieleitenden Diagnosen in der Klientel der ausgewerteten Einrichtungen (Tabelle 5 und Abbildung 2): 5.278 Klienten mit eigener Symptomatik - das entspricht 75% - erhielten die Hauptdiagnose Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch von Alkohol. Bei Frauen ist der Anteil mit einer dieser Hauptdiagnosen etwas niedriger als bei den Männern (72% gegenüber 76%).

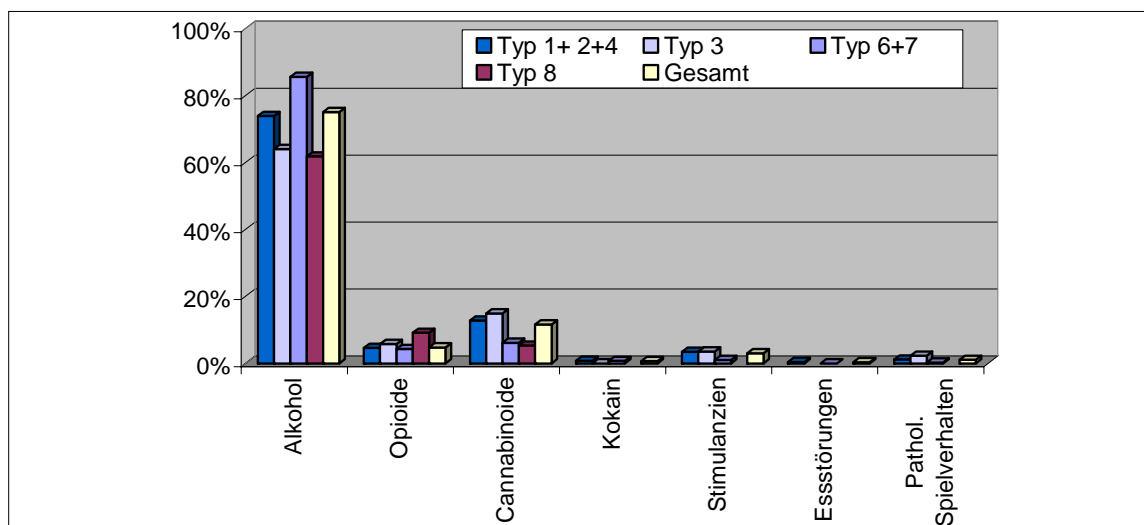
Die Verteilung in den Beratungsstellen entspricht in etwa der Gesamtverteilung: 69% der Frauen und 75% der Männer haben eine alkoholbezogene Hauptdiagnose. Auch die Einrichtungen des Stationären Betreuten Wohnens haben vorwiegend Klienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose (81 von 146 Klienten). Die zweithäufigste Hauptdiagnose sind Störungen durch Cannabis. 12% der Klienten mit eigener Symptomatik sind davon betroffen. Hier findet sich ein geringer Geschlechtsunterschied: Bei den Männern liegt der Anteil bei 12% im Gegensatz zu 8% bei den Frauen. Es zeigen sich auch einrichtungsbezogene Unterschiede: am höchsten liegt der Anteil von Cannabis-Hauptdiagnosen an allen vergebenen Hauptdiagnosen in Einrichtungen des Ambulanten Betreuten Wohnens mit 15%. In ambulanten Beratungsstellen beträgt der Anteil 13%, in den unterschiedlichen stationären Betreuungsangeboten zwischen 5% und 6%. Insgesamt über alle Einrichtungstypen hinweg haben Opiat-Hauptdiagnosen einen Anteil von 5%, Stimulanzien-Hauptdiagnosen einen Anteil von 3% und Kokain-Hauptdiagnosen einen Anteil von 1% an allen Hauptdiagnosen.

Bei den Essstörungen zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede: während 1,6% der Frauen mit eigener Symptomatik aufgrund einer Essstörung in Behandlung kommen, spielt diese Hauptdiagnose bei den Männern praktisch keine Rolle. Umgekehrt stellt die Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel einen Anteil von 1,2% aller Hauptdiagnosen bei den Männern gegenüber 0,7% bei den Frauen.

Tabelle 5: Hauptdiagnosen, Einrichtungstyp und Geschlecht bei Klienten mit eigener Störung (N=51)

Hauptdiagnose	Typ 1+2+4		Typ 3		Typ 6+7		Typ 8		Gesamt			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M+F	Abs.
Alkohol	74,9%	69,4%	62,8%	69,4%	86,1%	82,9%	60,0%	100,0%	75,8%	71,8%	75,1%	5.278
Opiode	4,1%	7,0%	5,9%	5,6%	4,2%	4,8%	9,6%	0,0%	4,4%	6,3%	4,8%	336
Cannabinoide	13,9%	8,3%	16,4%	8,3%	6,2%	5,7%	5,6%	0,0%	12,5%	7,9%	11,6%	817
Sedativa/ Hypnotika	0,3%	2,4%	0,3%	5,6%	0,8%	2,4%	0,0%	0,0%	0,4%	2,6%	0,8%	58
Kokain	0,8%	0,6%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,8%	0,0%	0,7%	0,5%	0,7%	47
Stimulanzien	2,9%	5,9%	2,5%	8,3%	0,8%	2,4%	0,0%	0,0%	2,5%	5,5%	3,0%	212
Halluzinogene	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	6
Tabak	0,6%	2,6%	0,6%	1,4%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	2,2%	0,8%	56
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0
Andere psychotrope Substanzen	1,1%	0,9%	9,0%	0,0%	0,7%	1,4%	23,2%	0,0%	1,9%	0,9%	1,7%	121
Essstörungen	0,0%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	0,3%	23
Path. Spielverhalten	1,2%	0,7%	2,5%	1,4%	0,2%	0,5%	0,8%	0,0%	1,2%	0,7%	1,1%	76
Gesamt	4.326	1.021	323	72	1.044	210	125	6	5.736	1.294	100%	7.030
Unbekannt / ohne Hauptdiagnose												3,7%

Abbildung 2: Verteilung der häufigsten Hauptdiagnosen nach Einrichtungstyp bei Klienten mit eigener Störung (N=51; unbek./ohne Hauptdiagnose: 3,7%)



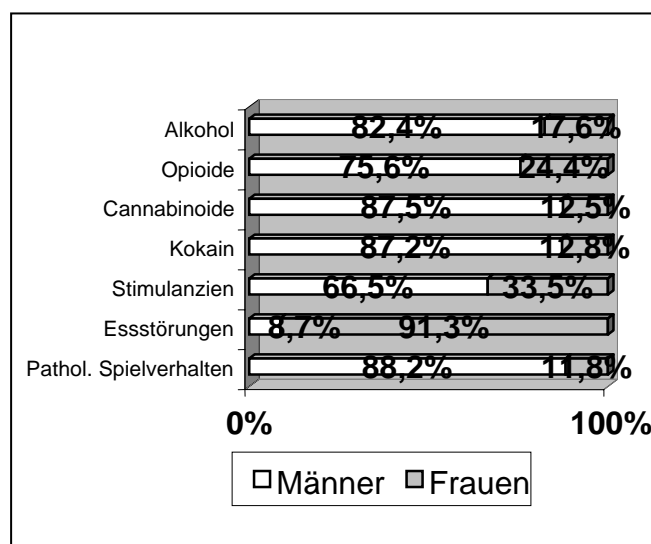
3.3 Soziodemografische Daten

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

Geschlecht

Die Mehrzahl der Klienten sind Männer: zwischen 66% (Stimulanzen) und 88% (Cannabis) bei den substanzbezogenen Störungen (Abbildung 3) und 88% bei Pathologischem Spielverhalten. Nur bei den Essstörungen ist das Geschlechterverhältnis umgedreht: 91% Frauen und 9% Männer.

Abbildung 3: Geschlechterverteilung bei den häufigsten Hauptdiagnosen (N=51; unbek.: 0,0%)



Alter bei Betreuungsbeginn

In Tabelle 6 und Tabelle 7 ist die Altersverteilung der häufigsten Hauptdiagnosen dargestellt. Diese Daten stammen nur aus den Beratungsstellen, da die Fallzahlen für die Hauptdiagnosen mit Ausnahme der alkoholbezogenen in den anderen Einrichtungstypen zu gering für einen Vergleich sind.

Die Altersverteilung bei den Alkohol Klienten hat ihren Höhepunkt bei den 30- bis 55-Jährigen. Von den 25-29jährigen sowie von den 55-59jährigen sind jeweils immerhin 7% von einer Alkoholstörung betroffen. Klienten unter 25 und über 59 Jahren erhalten dagegen nur selten eine alkoholbezogene Hauptdiagnose. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich einige geringe Altersunterschiede. In den jüngeren Altersgruppen zwischen 18 und 34 Jahren ist der Anteil der Alkohol-Hauptdiagnosen an der Gesamtzahl der Hauptdiagnosen bei den Männern höher als bei den Frauen. In den mittleren Altersgruppen ist der Anteil für beide Geschlechter ähnlich hoch, während er in den Klientengruppen über 45 bei den Frauen jeweils etwas höher liegt als bei den Männern.

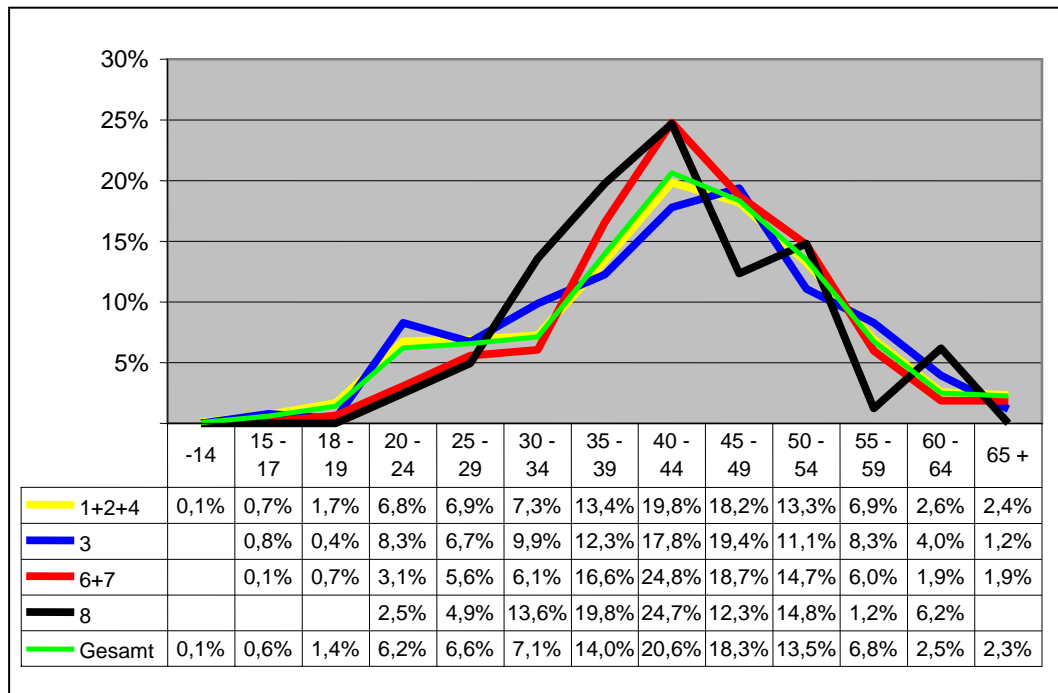
Bei Cannabis, das häufig als erste illegale Substanz konsumiert wird, liegt der Altersschwerpunkt bei den 15- bis 29-Jährigen. Nur wenige Klienten mit einer cannabisbezogenen Hauptdiagnose sind älter. Bei den Frauen sind häufiger als bei den Männern die jüngeren Altersgruppen unter 17 Jahren betroffen. Klienten mit einer Stimulanzien-Hauptdiagnose sind einige Jahre älter als Klienten mit einer cannabisbezogenen Hauptdiagnose. Der Altersschwerpunkt liegt bei 20 bis 24 Jahren, wobei Frauen etwas jünger sind als Männer. Ein Großteil der Klienten mit einer Opiat-Hauptdiagnose ist 20 bis 24 Jahre alt. Auch bei diesem Störungstyp sind Frauen etwas jünger als Männer. Der Großteil der Kokain-Klienten liegt im Altersbereich zwischen 20 und 34 Jahren. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen lässt sich aufgrund der niedrigen Fallzahl nicht interpretieren.

Tabelle 6: Altersverteilung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=33)

Altersgruppe	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
- 14	0,1%	0,3%			0,3%	3,5%				
15 - 17	0,7%	0,8%	4,0%	7,0%	14,4%	18,8%			2,4%	3,3%
18 - 19	1,7%	1,7%	5,1%	9,9%	20,5%	12,9%	5,9%	50,0%	13,7%	16,7%
20 - 24	7,6%	2,8%	44,6%	45,1%	44,7%	31,8%	26,5%	16,7%	43,5%	65,0%
25 - 29	7,5%	4,2%	28,8%	12,7%	15,2%	12,9%	29,4%		25,0%	13,3%
30 - 34	7,6%	5,8%	10,2%	9,9%	2,8%	2,4%	20,6%	16,7%	8,9%	
35 - 39	13,3%	13,7%	4,5%	2,8%	1,2%	3,5%	5,9%	16,7%	2,4%	
40 - 44	19,7%	20,3%	2,3%	2,8%	0,3%	11,8%	8,8%		0,8%	1,7%
45 - 49	17,6%	21,0%		5,6%	0,3%	1,2%			1,6%	
50 - 54	13,0%	14,5%	0,6%	1,4%	0,2%	1,2%	2,9%		0,8%	
55 - 59	6,8%	7,5%		1,4%					0,8%	
60 - 64	2,3%	3,8%								
65 +	2,1%	3,4%		1,4%						
Gesamt	3.242	708	177	71	599	85	34	6	124	60
Unbekannt										0,0%

Von Essstörungen sind fast ausschließlich Frauen betroffen. Die Altersverteilung ist hier breit gestreut und reicht von 15 bis 64 Jahren, wobei die erfasste Fallzahl sehr klein ist. Bemerkenswert ist, dass von den 23 dokumentierten Fällen 4 (19%) in die Altersgruppe unter 17 Jahren fallen. Die Fallzahlen für Pathologisches Glücksspiel sind ebenfalls klein. Wegen dieser Problematik suchen hauptsächlich Männer Behandlungseinrichtungen auf. Diese sind vorwiegend zwischen 20 und 44 Jahren alt. Auch hier zeigt sich somit eine eher breite Altersverteilung.

Abbildung 4: Altersverteilung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=51; unbek.: 0,1%)



Alter bei Erstkonsum

Alkohol, Cannabis und Stimulanzen werden im Durchschnitt mit 15 bis 17 Jahren erstmals konsumiert (Abbildung 5).

Abbildung 5: Durchschnittliches Alter beim Erstkonsum (Einzeldiagnosen; N=30; unbek.: 19,4%)

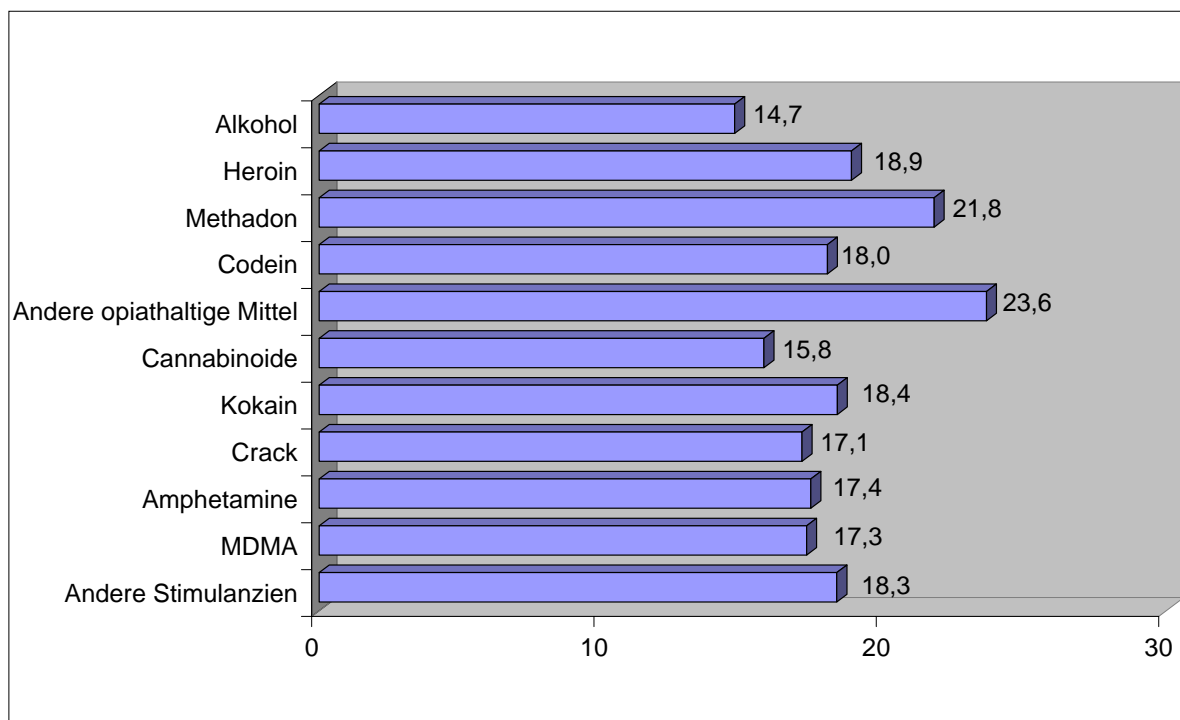
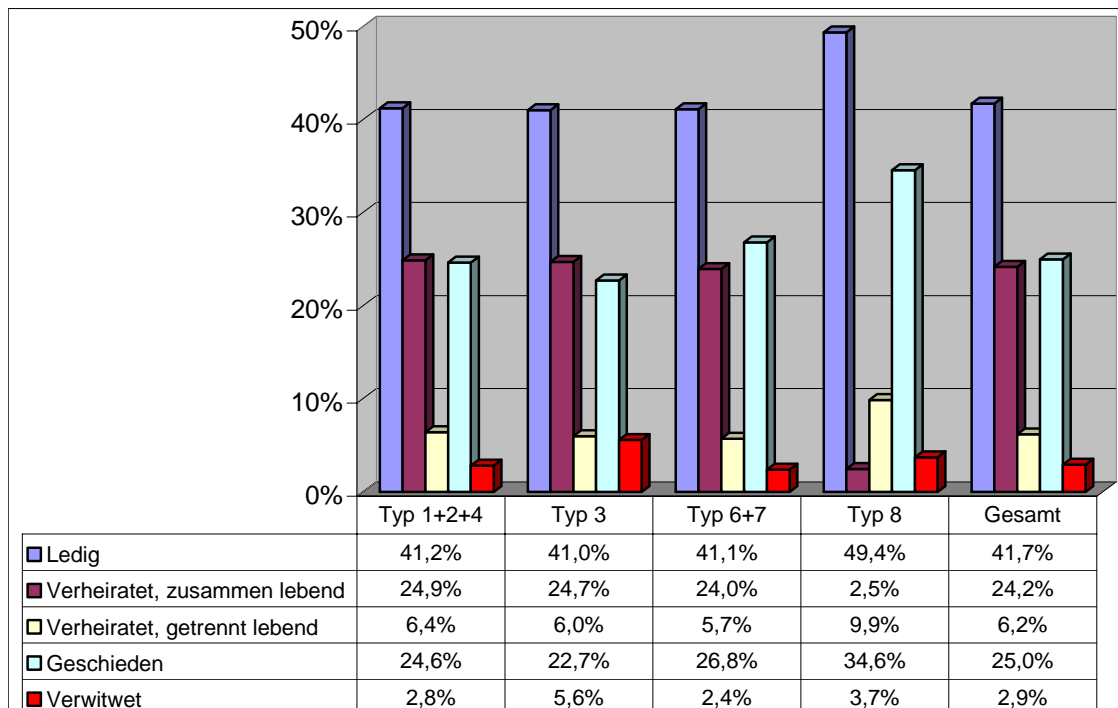


Tabelle 11: Familienstand bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=33)

Familienstand	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Ledig	50,0%	42,9%	64,8%	57,1%
Verheiratet		28,6%	20,4%	28,6%
Getrennt lebend		4,8%	3,7%	
Geschieden	50,0%	23,8%	9,3%	14,3%
Verwitwet			1,9%	
Gesamt	2	21	54	7
Unbekannt				0,0%

Klienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose unterscheiden sich in den verschiedenen Einrichtungstypen hinsichtlich ihres Familienstandes (Abbildung 6). Dabei haben Heime den höchsten Anteil an Ledigen und Geschiedenen.

Abbildung 6: Familienstand und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=50; unbek.: 1,4%)



Wohnsituation bei Betreuungsbeginn

Auch bezüglich der Wohnsituation bei Betreuungsbeginn zeigen sich zwischen den Einrichtungstypen bei den Klientengruppen deutliche Unterschiede (Tabelle 12). 78% der Männer und 87% der Frauen mit Alkohol-Hauptdiagnose wohnen selbständig, also mit eigenem Mietvertrag oder in einer eigenen Eigentumswohnung bzw. einem eigenen Haus. 12% der Männer und 6% der Frauen wohnen „bei anderen Personen“ in der Wohnung oder im Haus, z.B. beim Partner oder bei Freunden etc., ohne rechtliche Absicherung im Sinne eines Mietvertrages bzw. durch entsprechende Eigentumsverhältnisse. Zudem befinden sich 4% der Männer und 2% der Frauen in

einer JVA. Andere Wohnformen kommen bei Alkohol-Klienten nur selten vor. Unter den Cannabis-Klienten wohnen nur 44% der Männer und 52% der Frauen selbständig. Bei anderen, meist bei den Eltern, wohnen 42% der Männer und 40% der Frauen. Von den Männern mit Stimulanzien-Hauptdiagnose wohnen 60%, von den Frauen 63% selbständig. Bei anderen Personen, ebenfalls meist bei den Eltern, wohnen 28% der männlichen und 30% der weiblichen Klienten. Personen mit einer Opiat-Problematik wohnen in rund 49% (Männer) bzw. 70% (Frauen) der Fälle selbständig, 33% bzw. 21% bei anderen Personen und 9% bzw. 4% befinden sich in einer Justizvollzugsanstalt. Auch unter den Klienten mit einer Kokain-Hauptdiagnose wohnen die meisten selbständig, etwa ein Fünftel dieser Klientel ist zudem in Haft.

Tabelle 12: Wohnsituation bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=33)

Wohnsituation	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Selbständiges Wohnen	77,5%	86,7%	48,6%	70,4%	44,4%	51,8%	44,1%	33,3%	60,2%	63,3%
Bei anderen Personen	11,5%	5,9%	32,8%	21,1%	41,6%	39,8%	29,4%	50,0%	28,3%	30,0%
Betreutes Wohnen	2,7%	2,1%	1,7%		3,0%					1,7%
Heim/Klinik	1,8%	1,6%	0,6%		2,1%	4,8%	5,9%			
JVA	4,1%	2,1%	9,0%	4,2%	6,9%	1,2%	20,6%	16,7%	10,6%	5,0%
Ohne Wohnung	0,6%	0,1%	2,8%	1,4%	0,7%	1,2%			0,9%	
Sonstiges	1,7%	1,4%	4,5%	2,8%	1,2%	1,2%				
Gesamt	3.100	698	177	71	563	83	34	6	113	60
Unbekannt										1,5%

Die Wohnsituation der Klienten mit den Hauptdiagnosen Essstörung und Pathologisches Spielverhalten kann man aufgrund der niedrigen Fallzahl nur zurückhaltend interpretieren. Die Hälfte der Klientinnen mit Essstörung, sowie drei Viertel der Männer mit Pathologischem Spielverhalten und fast alle erfassten Frauen mit Pathologischem Spielverhalten wohnen selbständig (Tabelle 13).

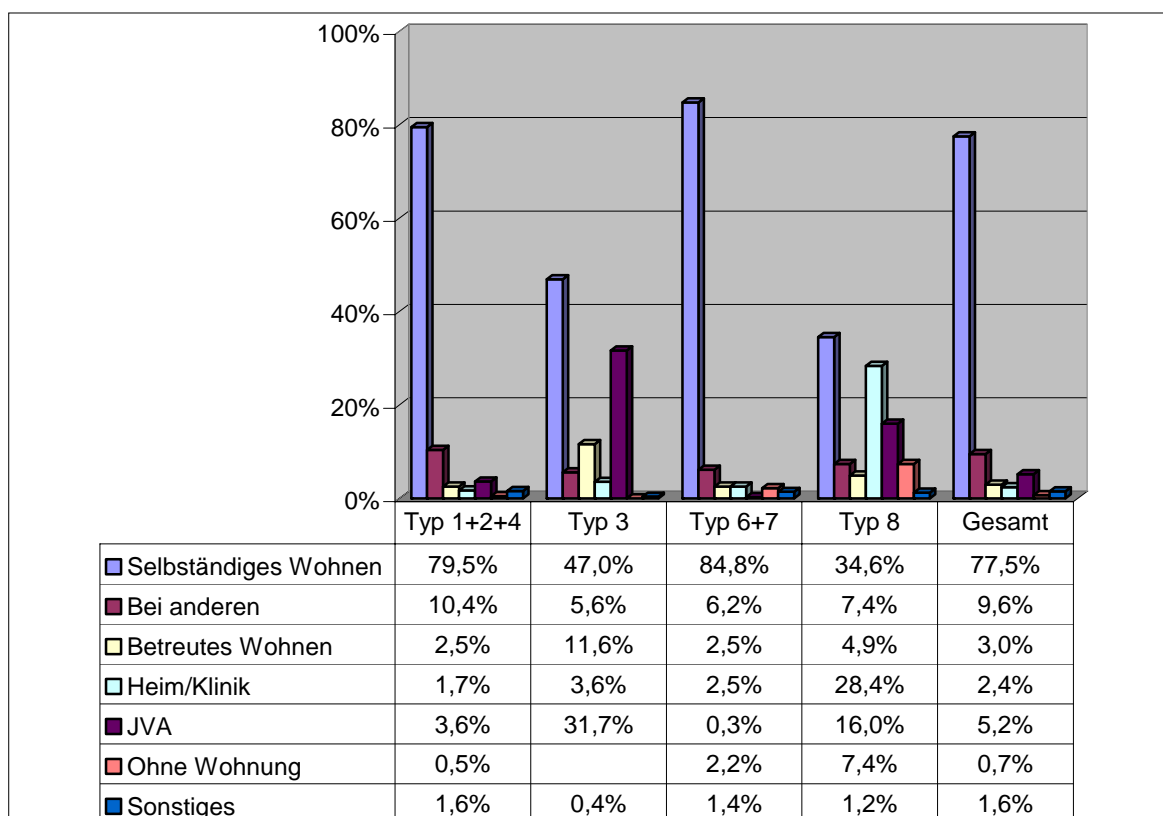
Tabelle 13: Wohnsituation bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=33)

Wohnsituation	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Selbständiges Wohnen	50,0%	75,0%	72,9%	85,7%
Bei anderen	50,0%	20,0%	14,6%	
Betreutes Wohnen			2,1%	
Heim/Klinik			2,1%	14,3%
JVA		5,0%	6,3%	
Ohne Wohnung				
Sonstiges			2,1%	
Gesamt	2	20	48	7
Unbekannt				1,2%

Wegen der niedrigen Fallzahl lassen sich bezüglich der Wohnsituation der Alkohol-Klienten nur tendenzielle Unterschiede bei den verschiedenen Einrichtungstypen beobachten (Abbildung 7). Selbständiges Wohnen ist in allen Einrichtungsarten die

häufigste Wohnform vor der Aufnahme. In die Einrichtungen des stationären betreuten Wohnens kommen 28% aus anderen Heimen oder Kliniken, in Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens kommen 32% der Klienten aus einer JVA. Allerdings handelt es sich hier um sehr kleine Fallzahlen, so dass diese Zahlen nicht als repräsentativ angesehen werden können.

Abbildung 7: Wohnsituation und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=49; unbek.: 1,4%)



Berufliche Integration

Die folgenden Tabellen verdeutlichen die Notwendigkeit spezieller beruflicher Integrationshilfen und Fördermaßnahmen. Über ein Viertel der Männer und ein Fünftel der Frauen mit der Hauptdiagnose alkoholbezogene Störung sind arbeitslos gemeldet (Tabelle 14). Etwa die Hälfte hat einen Arbeitsplatz, wobei es sich dabei in der Mehrzahl um (Fach-) Arbeiter handelt. Bei den Cannabis-Klienten ist der Anteil an Auszubildenden und Schülern bzw. Studenten entsprechend der Altersgruppe sehr hoch: 13% der Frauen und ein Viertel der Männer sind Auszubildende, 10% der Männer und 22% der Frauen sind Schüler oder Studenten. Arbeits- oder Erwerbslose finden sich dementsprechend in dieser Klientengruppe etwas seltener als bei anderen Klientengruppen. Unter den Personen mit einer stimulanzenbezogenen Hauptdiagnose sind 49% der Männer und 24% der Frauen (Fach-)Arbeiter, 14% der Männer und 22% der Frauen Auszubildende, und 16% bzw. 22% arbeitslos. Unter den Opiat-Konsumenten sind über ein Drittel der Männer und 23% der Frauen (Fach-)Arbeiter, 29% bzw. 28% sind arbeitslos. Von den 40 Personen, die wegen ihres Kokainkonsums behandelt werden, sind 15 (Fach-) Arbeiter und 7 arbeitslos.

Tabelle 14: Berufliche Integration bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=32)

Berufsstatus	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Auszubildender	3,1%	2,0%	9,0%	8,5%	24,6%	13,3%	11,8%	50,0%	14,3%	22,4%
(Fach-) Arbeiter	38,7%	28,7%	35,6%	22,5%	24,8%	32,5%	38,2%	33,3%	49,1%	24,1%
Angestellter, Beamter	5,9%	18,4%	2,8%	8,5%	2,5%	4,8%	2,9%		1,8%	5,2%
Selbständig, Freiberufler	3,1%	3,6%		1,4%	1,2%		2,9%		3,6%	1,7%
Mithelfende Familienangehörige	0,1%	0,3%								
Berufliche Rehabilitation	0,5%	1,0%			1,4%	1,2%			0,9%	1,7%
Arbeitslos	27,6%	20,6%	28,8%	28,2%	19,4%	19,3%	20,6%		16,1%	22,4%
Schüler, Student	1,1%	2,0%	6,2%	2,8%	10,0%	21,7%	2,9%	16,7%	1,8%	13,8%
Hausfrau / Hausmann	0,0%	1,3%		1,4%	0,4%					1,7%
Rentner	8,2%	10,7%		5,6%	1,1%		2,9%		0,9%	
Sonstige Erwerbslose	3,2%	4,8%	14,1%	15,5%	6,4%	7,2%	11,8%		7,1%	1,7%
Sonstige	8,5%	6,6%	3,4%	5,6%	8,2%		5,9%		4,5%	5,2%
Gesamt	3.091	694	177	71	561	83	34	6	112	58
Unbekannt										1,9%

Von den 21 wegen einer Essstörung behandelten Personen haben 7 einen Arbeitsplatz, 5 sind Schülerinnen bzw. Studentinnen (Tabelle 15). Unter den Spielern haben insgesamt 60% der Männer einen Arbeitsplatz, ebenso 4 der insgesamt 7 betroffenen Frauen.

Tabelle 15: Berufliche Integration bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=32)

Berufsstatus	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Auszubildender	50,0%		6,4%	
(Fach-) Arbeiter		10,5%	38,3%	28,6%
Angestellter, Beamter		21,1%	21,3%	28,6%
Selbständig, Freiberufler	50,0%			
Mithelfende Familienangehörige				
Berufliche Rehabilitation				
Arbeitslos		21,1%	21,3%	14,3%
Schüler, Student		26,3%		
Hausfrau / Hausmann				
Rentner		15,8%	4,3%	14,3%
Sonstige Erwerbslose		5,3%		
Sonstige			8,5%	14,3%
Gesamt	2	19	47	7
Unbekannt				3,6%

4 Daten zu Interventionen

Die nachfolgende Darstellung der Interventionen und Behandlungsverläufe basiert auf den Daten jener 7.656 Klienten, die ihre Betreuung 2005 abgeschlossen haben („Beender“). Wie bei der Beschreibung der Klientenmerkmale erfolgt zudem eine Beschränkung auf die häufigsten Hauptdiagnosen: alkohol-, opiat-, cannabis-, kokain- und stimulanzenbezogene Störungen, sowie Essstörungen und Pathologisches Spielverhalten.

Aufnahme

Die Aufnahme der Klienten erfolgt in allen Klientengruppen meist freiwillig, d.h. ohne rechtliche oder sonstige Auflagen (Tabelle 16). Ebenfalls unabhängig von der Hauptdiagnose beginnen Frauen häufiger freiwillig eine Betreuung als Männer, während Männer öfter straf- und zivilrechtliche Behandlungsauflagen haben. Der höchste Anteil freiwilliger Behandlungen findet sich bei den Alkohol Klienten, der niedrigste – und zugleich der höchste Anteil an Klienten, die aufgrund rechtlicher Auflagen in Behandlung kommen – ist bei den Klienten mit stimulanzenbezogener Hauptdiagnose zu finden. Mit „rechtlichen Auflagen“ sind Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz, sonstige strafrechtliche Gründe sowie zivilrechtliche Gründe (Führerscheinverlust, Auflagen vom Arbeitsamt oder vom Arbeitgeber) gemeint.

Tabelle 16: Aufnahmegrund bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=30)

Aufnahmegrund	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzen	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Freiwillige Behandlung	87,7%	94,0%	77,1%	85,1%	70,0%	83,1%	70,6%	83,3%	65,8%	80,0%
§§ 35 - 38 BtmG	0,2%	0,2%	10,9%	9,0%	13,1%	9,1%	14,7%	16,7%	8,1%	3,6%
Andere strafrechtliche Grundlage	6,0%	1,2%	6,9%	0,0%	10,5%	3,9%	14,7%	0,0%	17,1%	3,6%
Zivilrechtliche Grundlage	4,5%	2,1%	2,9%	0,0%	4,6%	3,9%	0,0%	0,0%	8,1%	10,9%
Unterbringung (Psych-KG, LUG)	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sonstige Gründe	1,4%	2,4%	2,3%	6,0%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	1,8%
Gesamt	3.042	655	175	67	543	77	34	6	111	55
Unbekannt										1,1%

Alle Klienten mit Essstörungen und fast alle mit Pathologischem Spielverhalten kommen freiwillig in die Betreuung (Tabelle 17).

Tabelle 17: Aufnahmegrund bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=30)

Aufnahmegrund	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Freiwillige Behandlung	100,0%	100,0%	97,7%	100,0%
Andere strafrechtliche Grundlage			2,3%	
Gesamt	2	15	44	7
Unbekannt				0,0%

Vermittlung

Am häufigsten kommen bei den Frauen die Opiat- und Stimulanzien-Klientinnen ohne Vermittlung in die Beratungsstellen (36% und 32%), bei den Männern die Kokain- (30%) und Alkohol-Klienten (23%) (Tabelle 18). Der hohe Werte bei den Kokain-Klientinnen ist aufgrund der geringen Fallzahl (n=5) nicht interpretierbar. In allen Störungsgruppen kommen Frauen häufiger ohne Vermittlung als Männer, lediglich bei den Cannabis-Klienten ist der Anteil der Klienten ohne Vermittlung unter den Männern höher. Bei Klienten mit alkoholbezogenen Störungen findet sich ein breites Vermittlungsspektrum. Demgegenüber kommen Klienten mit Störungen durch illegale Substanzen gehäuft über Angehörige, Freunde oder Bekannte sowie die Justiz- und Sozialbehörden. Zwischen 8% und 13% werden durch nicht-suchtspezifische Beratungsstellen vermittelt. Über Behörden kommen bis zu 43% der Männer (Kokain), aber nur wenige Frauen.

Tabelle 18: Vermittlung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 1+2+4; N=31)

Vermittlung durch	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Ohne Vermittlung	22,9%	24,9%	20,0%	35,9%	16,9%	13,4%	30,4%	40,0%	20,4%	32,1%
Angehörige / Freunde / Bekannte	13,4%	14,2%	21,2%	23,4%	19,6%	34,3%	13,0%	20,0%	26,2%	28,3%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	2,3%	2,8%	3,0%	1,6%	4,3%	4,5%	4,3%	20,0%	3,9%	9,4%
Ärztliche Praxis/Psychotherapeut	9,1%	13,0%	16,4%	12,5%	5,8%	10,4%	8,7%	20,0%	2,9%	3,8%
Krankenhaus	11,7%	14,7%	6,7%	4,7%	1,9%	6,0%			3,9%	1,9%
Stationäre Suchteinrichtung	7,0%	8,4%	1,2%	6,3%	2,5%	3,0%				3,8%
Suchtberatung	0,7%	0,7%	2,4%	1,6%	0,6%				1,0%	
Andere Beratungsdienste	9,5%	10,7%	9,1%	6,3%	13,4%	13,4%			10,7%	9,4%
Justizbehörde / Soziale Verwaltung	14,1%	2,8%	15,8%	4,7%	30,1%	13,4%	43,5%		29,1%	9,4%
Abstinenz- / Selbsthilfegruppe	0,2%	0,5%								
Kosten- / Leistungsträger	7,2%	5,4%	0,6%	1,6%	2,9%					1,9%
Sonstiges	1,7%	1,8%	3,6%	1,6%	2,1%	1,5%			1,9%	
Gesamt	2.832	598	165	64	485	67	23	5	103	53
Unbekannt										2,3%

In Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens kommen 39% der Klienten durch die Vermittlung von Angehörigen bzw. Freunden, weitere 17% über Ärzte bzw. niedergelassene Psychotherapeuten. In Rehabilitationseinrichtungen werden ein Viertel der Klienten durch Suchtberatungsstellen vermittelt, über ein Fünftel kommt ohne Vermittlung. Von den Klienten in Heimen kommt ein Drittel ohne Vermittlung, ein Fünftel über Suchtberatungsstellen. Klienten mit Essstörungen oder Pathologischem Spielverhalten kommen überwiegend ohne Vermittlung oder über Angehörige, Freunde oder Bekannte in die ambulanten Beratungsstellen (Tabelle 19).

Maßnahmen

Die Daten zu den durchgeführten Maßnahmen sind nicht Bestandteil des Deutschen Kerndatensatzes Suchthilfe. Sie beziehen sich auf 31 Einrichtungen (davon 25 Beratungsstellen), die mit Ebis dokumentieren. Für diese Auswertung fand keine Unterscheidung nach Hauptdiagnosen statt (Tabelle 21).

Die am häufigsten durchgeführte Maßnahme in Suchthilfeeinrichtungen ist die Einzelberatung, die 78% der Klienten erhalten. An einer Gruppenberatung oder einer Partner- bzw. Familienberatung nehmen demgegenüber jeweils nur etwa 18% der Klienten teil. Therapien werden seltener durchgeführt als Beratungen: In Einzeltherapie sind 21%, in Gruppentherapie 20% der Klienten. Partner- und Familientherapie wird sehr selten eingesetzt. Eine Krisenintervention erfolgt bei 29% der Klienten. Die Patienten erhalten zudem verschiedene Hilfeangebote, insbesondere beim Umgang mit Behörden (26%) und im Bereich soziale Beziehungen (21%). Weitervermittlungen erfolgen vor allem in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung (18%).

Tabelle 21: Maßnahmen bei Klienten mit einer eigenen Problematik* (alle Einrichtungstypen, N=30)

Maßnahmen	Männer	Frauen	Gesamt	
	M	F	%	Abs.
Einzelberatung	77,7%	80,6%	78,2%	3.875
Gruppenberatung	17,6%	18,7%	17,8%	881
Partner-/Familienberatung	16,9%	22,5%	17,9%	889
Psych./med./soz. Untersuchung (Diagnostik)	34,5%	34,5%	34,5%	1.710
Krisenintervention	28,4%	33,9%	29,4%	1.458
Einzeltherapie	20,5%	21,2%	20,6%	1.020
Gruppentherapie	20,0%	20,3%	20,0%	993
Partner-/Familientherapie	1,4%	1,9%	1,5%	74
Aufsuchende Betreuung	5,5%	6,5%	5,7%	281
Seelsorge/Sterbebegleitung	0,3%	1,3%	0,5%	26
Beistand vor Gericht/Polizei	4,3%	2,5%	4,0%	198
Hilfen beim Umgang mit Behörden	25,8%	25,2%	25,7%	1.273
Hilfen im Bereich Wohnen	8,3%	7,1%	8,1%	401
Hilfen im Bereich Arbeit/Schule	8,8%	8,9%	8,9%	439
Hilfen im Bereich soz. Beziehungen	20,6%	22,2%	20,9%	1.034
Hilfen im Bereich Finanzen	7,6%	6,7%	7,5%	369
Vermittlung in Entzug	11,8%	14,9%	12,3%	611
Vermittlung in ambulante Beratung	10,6%	12,9%	11,1%	548
Vermittlung in stationäre Therapie (Entwöhnung)	17,6%	18,4%	17,7%	879
Vorbereitung/Durchführung Kombitherapie	0,2%	0,4%	0,2%	11
Sonstige Hilfsmaßnahmen	6,4%	5,5%	6,3%	310
Gesamt	4.047	906	100%	4.953

* Mehrfachnennungen möglich

Dauer der Betreuung

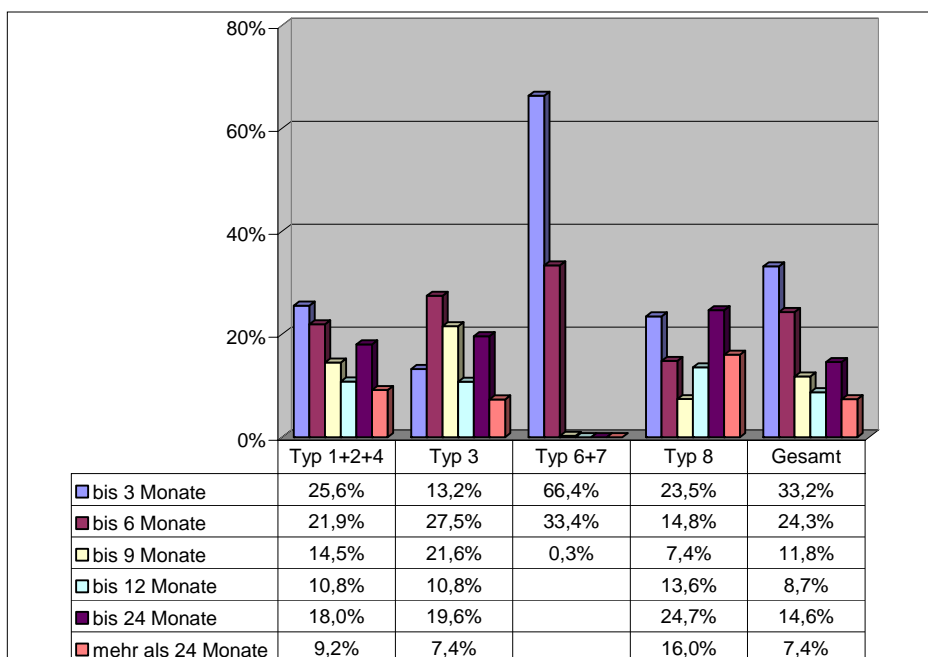
In Tabelle 22 ist ein Vergleich der durchschnittlichen Behandlungsdauer bei den unterschiedlichen Störungen in verschiedenen Einrichtungstypen dargestellt. In den Beratungsstellen sind Klienten mit einer Opiatdiagnose am längsten in Betreuung (im Durchschnitt 60 Wochen), gefolgt von Alkohol- (44 Wochen) und Kokain-Klienten (35 Wochen). Die kürzeste Behandlungsdauer haben Klienten mit cannabisbezogenen Störungen (30 Wochen). In Rehabilitationseinrichtungen ist die durchschnittliche Betreuungsdauer bei Klienten aller Störungsgruppen deutlich kürzer als in den Beratungsstellen. Opiat-Klienten werden dort im Durchschnitt 9, Alkohol-Klienten 9 Wochen betreut. Im stationären betreuten Wohnen bleiben Alkohol-Klienten mit durchschnittlich 66 Wochen länger als alle anderen Klienten, im ambulanten betreuten Wohnen beträgt ihre durchschnittliche Verweildauer 45 Wochen.

Abbildung 8 zeigt die Verteilung der Behandlungsdauer für alkoholbezogene Störungen in verschiedenen Einrichtungstypen.

Tabelle 22: Mittlere Betreuungsdauer in Wochen und Einrichtungstyp (N=48)

Hauptdiagnose	Typ 1+2+4		Typ 3		Typ 6+7		Typ 8		Gesamt	
	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N
Alkohol	44,2	4.034	45,8	204	8,8	1.073	65,6	81	37,5	5.392
Opioide	59,5	253	38,3	20	8,6	54	8,3	12	48,4	339
Cannabinoide	29,9	649	32,7	46	11,2	77	21,0	7	28,1	779
Kokain	35,5	38	98,1	1	12,8	9	12,0	1	32,1	49
Stimulanzien	35,1	198	29,0	7	7,8	13	0	0	33,3	218
Essstörungen	39,7	21		0		0		0	39,7	21
Pathologisches Spielen	34,3	66	27,6	8	15,2	3	14,0	1	32,7	78
Unbekannt									0,0%	

Abbildung 8: Betreuungsdauer und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=48, unbek.: 0,0%)



Kurze Betreuungen bis zu drei Monaten haben in Beratungsstellen vor allem Cannabis- (33% der Männer und 38% der Frauen) und Stimulanzien-Klienten (31% der Männer und 46% der Frauen) (Tabelle 23). In den meisten Klientengruppen ist der Anteil der Behandlungen bis zu drei Monaten am größten. Dies kann jedoch durch ganz unterschiedliche Gründe bedingt sein, etwa fehlende Finanzierung der Betreuung, schnelle Behandlungserfolge oder Abbrüche. Im Vergleich zu alkoholbezogenen Störungen dauert die Behandlung bei Opiat-Störungen länger. Über 60% der Cannabis-Behandlungen sind nach spätestens einem halben Jahr beendet. Bei den Stimulanzien-Klienten dauert ein Fünftel der Behandlungen zwischen sechs bis neun Monaten.

Tabelle 23: Dauer der Betreuung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2+4; N=32)

Betreuungsdauer	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Bis 3 Monate	26,4%	21,3%	20,8%	17,1%	33,2%	38,4%	29,0%		31,0%	45,7%
Bis 6 Monate	21,8%	22,8%	15,3%	10,0%	25,5%	32,9%	35,5%	14,3%	17,0%	11,4%
Bis 9 Monate	14,3%	15,5%	16,9%	14,3%	15,3%	15,1%	6,5%	14,3%	20,0%	20,0%
Bis 12 Monate	10,7%	11,7%	14,2%	14,3%	10,2%	5,5%	9,7%	28,6%	10,0%	
Bis 24 Monate	18,1%	17,8%	18,6%	21,4%	10,9%	6,8%	19,4%	14,3%	17,0%	14,3%
Mehr als 24 Monate	8,8%	11,0%	14,2%	22,9%	4,9%	1,4%		28,6%	5,0%	8,6%
Gesamt	3.331	703	183	70	576	73	31	7	100	35
Unbekannt										0,0%

Klientinnen mit einer Essstörung sind zu etwa 35% weniger als drei Monate in Betreuung, 12% zwischen drei und sechs Monaten (Tabelle 24). 29% der männlichen Klienten mit Pathologischem Spielverhalten beenden die Betreuung spätestens nach drei Monaten, über ein Fünftel bleibt bis zu sechs Monaten in Betreuung.

Tabelle 24: Dauer der Betreuung bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2+4; N=32)

Betreuungsdauer	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Bis 3 Monate	50,0%	35,3%	29,1%	54,5%
Bis 6 Monate		11,8%	21,8%	9,1%
Bis 9 Monate		11,8%	14,5%	18,2%
Bis 12 Monate		11,8%	14,5%	
Bis 24 Monate	25,0%	23,5%	16,4%	18,2%
Mehr als 24 Monate	25,0%	5,9%	3,6%	
Gesamt	4	17	55	11
Unbekannt				0,0%

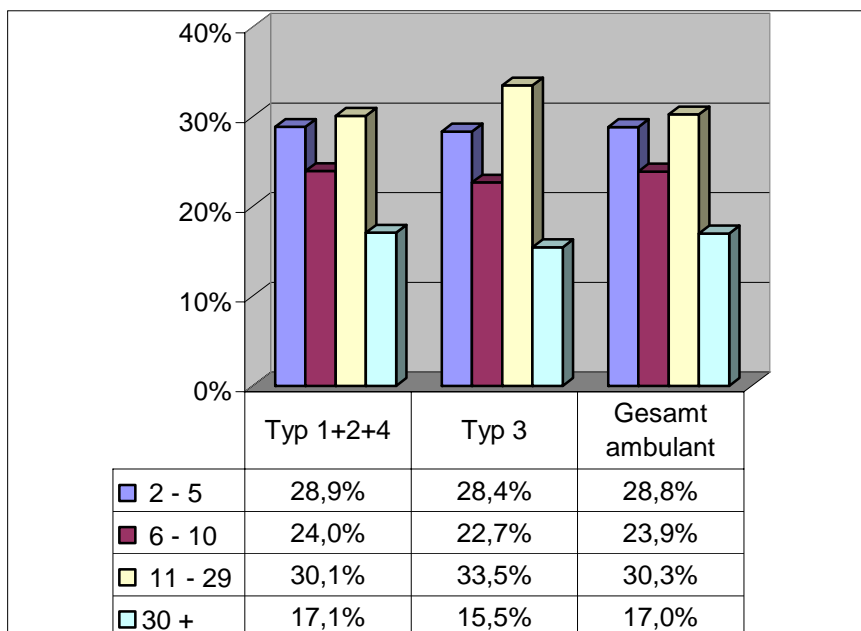
Anzahl der Kontakte

Die Angabe der Kontaktzahl ist nur für ambulante Einrichtungen sinnvoll, da eine stationäre Betreuung einen kontinuierlichen Kontakt darstellt und daher keine einzelnen Kontakte kodiert werden müssen. Daher werden in Tabelle 25 nur die Kontaktzahlen für ambulante Einrichtungen dargestellt. Abbildung 9 zeigt die Verteilung der Kontaktzahlen bei Alkohol Klienten in den ambulanten Einrichtungstypen. In den ambulanten Einrichtungen haben Alkohol-Klienten die meisten Kontakte, Cannabis-Klienten die wenigsten.

Tabelle 25: Mittlere Kontaktzahl und Einrichtungstyp (N=36)

Hauptdiagnose	Typ 1+2+4		Typ 3		Gesamt ambulant	
	Ø	N	Ø	N	Ø	N
Alkohol	19,4	3983	26,3	194	19,7	4.177
Opioide	15,5	250	15,7	20	15,5	270
Cannabinoide	9,8	638	9,6	44	9,8	682
Kokain	9,9	38	18,0	1	10,2	39
Stimulanzien	10,6	193	8,9	7	10,5	200
Essstörungen	12,4	21		0	12,4	21
Pathologisches Spielen	14,4	66	5,1	7	13,5	73
Unbekannt						1,5%

Abbildung 9: Kontaktzahl und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=36, unbek.:0,0%)



Kurzkontakte (2 - 5 Kontakte) stellen einen großen Anteil an der Gesamtzahl der Kontakte in den ambulanten Beratungsstellen (Tabelle 26). Dies entspricht der großen Anzahl an Kurzberatungen und Abbrüchen. Unter den Cannabis-Behandlungen finden sich die meisten (43% der Männer, 51% der Frauen), unter den Alkohol- und Opiat-Behandlungen (jeweils 29% der Männer und 28% der Frauen) die

wenigsten Kurzkontakte. 30 und mehr Kontakte kommen eher selten zustande, lediglich bei den Alkohol- Klienten liegt der Anteil bei etwa einem Fünftel.

Tabelle 26: Anzahl der Kontakte bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2+4; N=32)

Kontaktzahlen	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzen	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
2 bis 5	29,1%	27,9%	29,3%	27,5%	43,2%	50,7%	38,7%	28,6%	29,5%	29,5%
6 bis 10	24,1%	23,0%	25,4%	23,2%	28,1%	32,9%	41,9%	28,6%	34,1%	39,3%
11 bis 29	30,4%	28,6%	35,4%	33,3%	23,2%	13,7%	19,4%	28,6%	31,8%	27,9%
30 und mehr	16,4%	20,4%	9,9%	15,9%	5,5%	2,7%		14,3%	4,5%	3,3%
Gesamt	3.288	695	181	69	565	73	31	7	132	61
Unbekannt										1,4%

Unter den 21 Klienten mit der Hauptdiagnose Essstörungen haben 9 bis zu fünf Kontakte, 6 zwischen 11 und 29 Kontakte. Von den Klienten mit Pathologischem Spielverhalten hat der Großteil bis zu fünf, nur wenige haben 30 oder mehr Kontakte (Tabelle 27).

Tabelle 27: Anzahl der Kontakte bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2+4; N=32)

Kontaktzahlen	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
2 bis 5	50,0%	41,2%	30,9%	45,5%
6 bis 10		23,5%	27,3%	36,4%
11 bis 29	50,0%	23,5%	32,7%	18,2%
30 und mehr		11,8%	9,1%	
Gesamt	4	17	55	11
Unbekannt				0,0%

Art der Beendigung

Die häufigste Art der Beendigung von Männern mit Hauptdiagnose Alkohol in Beratungsstellen ist der planmäßige Abschluss (48%; Tabelle 28). Ein erheblicher Anteil an Klienten (38%) bricht allerdings die Behandlung ab. Die meisten Klientenabbrüche finden sich bei Cannabis-, die wenigsten bei Kokain-Klienten. Eine Weitervermittlung erfolgt vor allem bei Opiat- (18% der Männer, 26% der Frauen) und Kokain-Klienten (27% der Männer, 17% der Frauen). Abbrüche von Seiten der Einrichtung sind relativ selten. Der hohe Wert bei weiblichen Kokain-Klienten kann aufgrund der geringen Fallzahl nicht interpretiert werden.

Tabelle 28: Art der Beendigung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2+4; N=30)

Art der Beendigung	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Planmäßig	47,9%	47,1%	19,9%	18,2%	41,1%	43,5%	33,3%	50,0%	35,0%	31,6%
Weitervermittlung	11,1%	10,9%	18,2%	25,8%	13,2%	2,9%	26,7%	16,7%	11,7%	22,8%
Abbruch Einrichtung	1,3%	1,2%	2,3%	4,5%	0,8%		3,3%	16,7%	0,8%	
Abbruch Klient	37,8%	39,4%	51,1%	42,4%	43,5%	53,6%	36,7%	16,7%	50,0%	43,9%
Strafvollzug	0,7%		7,4%	9,1%	1,4%				2,5%	1,8%
Verstorben	1,2%	1,4%	1,1%							
Gesamt	3.078	645	176	66	508	69	30	6	120	57
Unbekannt										2,9%

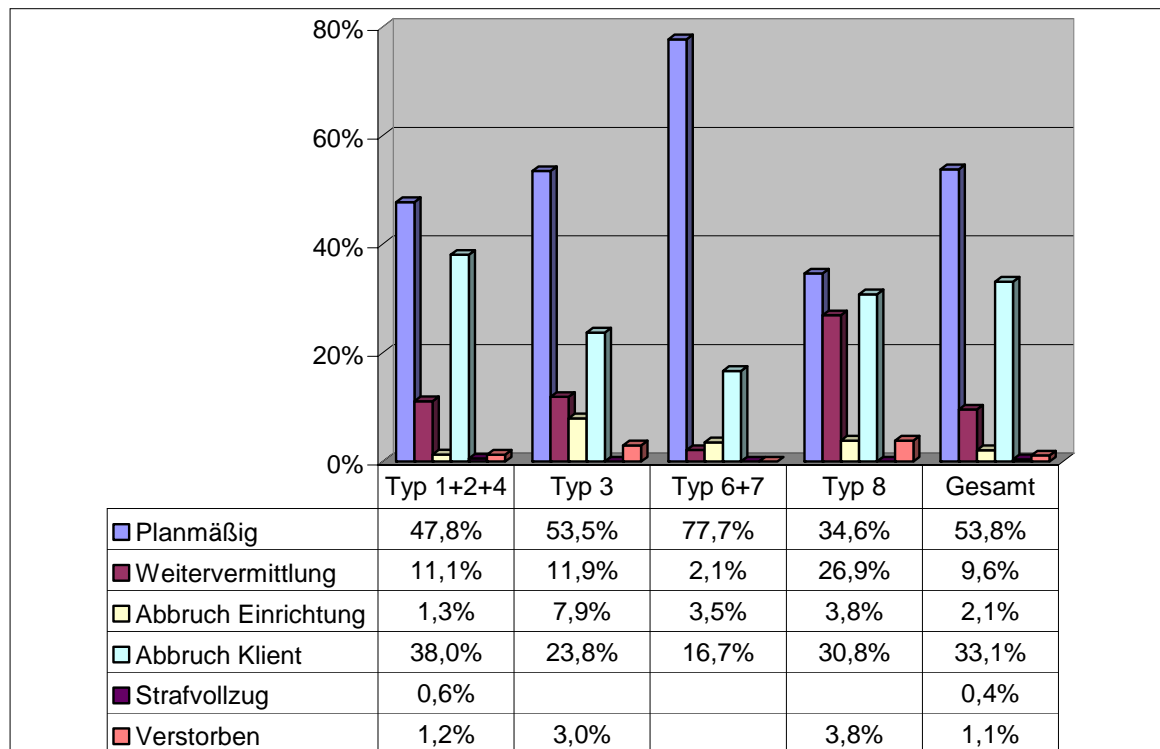
Auch Klienten mit Essstörungen und Pathologischem Spielverhalten brechen in Beratungsstellen häufig die Betreuung ab (Tabelle 29). In der Gruppe mit Essstörungen werden darüber hinaus etwa gleich viele Behandlungen planmäßig bzw. durch Weitervermittlung beendet. Von den Spielern erzielen mehr Personen ein planmäßiges Behandlungsende als weitervermittelt werden.

Tabelle 29: Art der Beendigung bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2+4; N=30)

Art der Beendigung	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Planmäßig	50,0%	25,0%	45,8%	54,5%
Weitervermittlung		25,0%	2,1%	9,1%
Abbruch Einrichtung				
Abbruch Klient	50,0%	50,0%	47,9%	36,4%
Strafvollzug			2,1%	
Verstorben			2,1%	
Gesamt	4	12	48	11
Unbekannt				1,3%

In Abbildung 10 ist ein Vergleich der Einrichtungstypen hinsichtlich der Art des Betreuungsendes von Alkohol-Klienten dargestellt. In allen Einrichtungstypen beendet der größte Teil der Klienten die Betreuung planmäßig. Der Abbruch durch den Klienten ist die zweithäufigste Beendigungsart, er kommt vor allem in den Beratungsstellen, jedoch auch in Einrichtungen des stationären betreuten Wohnens vor. Der Abbruch von Seiten der Einrichtung ist eher selten, er spielt vor allem in Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens eine Rolle. In Heimen wird über ein Viertel der Betreuungen durch Weitervermittlung beendet.

Abbildung 10: Art der Beendigung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=46, unbek.: 3,5%)



Ergebnisse der Betreuung

Tabelle 30 zeigt die in der ambulanten Betreuung erzielten Ergebnisse gesondert für planmäßige und vorzeitige Beendigungen. „Planmäßiges Ende“ bedeutet, dass die jeweiligen Ziele der Betreuung erreicht wurden oder ein Einverständnis zwischen Therapeut und Klient über die reguläre Beendigung vorliegt. Ein erfolgreiches Ergebnis im Sinn der Beendigung der Störung ist also nicht unbedingt Voraussetzung für eine planmäßige Beendigung der Betreuung. Möglich ist auch, dass nur ein Teilziel vereinbart wurde. Mit vorzeitiger Beendigung sind Abbrüche gemeint, sowohl durch den Klienten als auch durch die Einrichtung. Die Einschätzung des Behandlungsergebnisses erfolgt durch den Berater bzw. Therapeuten.

Bei mehr als der Hälfte der Klienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose ist die Problematik nach einem planmäßigen Behandlungsende behoben (Tabelle 30). Weitere 33% berichten von einer Besserung der Situation. Bei den Klienten mit Cannabis-Hauptdiagnose ist die Problematik bei jeweils 38% nach einem planmäßigen Behandlungsende behoben bzw. gebessert, bei 23% ist die Situation dagegen unverändert. Bei den Opiatfällen ist die Problematik deutlich seltener behoben (37%), dafür befindet sich die Hälfte der Klienten in der Gruppe mit gebesserter Problematik. Bei weiteren 12% ist die Situation unverändert. Bei Kokain gilt die Problematik am Betreuungsende bei 43% der Klienten als behoben, bei 38% gebessert und bei einem Fünftel als unverändert, wobei die Zahl der Betroffenen mit 21 sehr gering ist. Knapp die Hälfte der Stimulanzien-Klienten schließt die Behandlung erfolgreich ab, 39% als gebessert. Insgesamt liegt damit in 76%

(Cannabis) bis 88% (Opiate) der planmäßig beendeten Fälle ein positives Behandlungsergebnis vor.

Erwartungsgemäß fallen die Ergebnisse bei einer vorzeitigen Beendigung deutlich schlechter aus. 55% der Alkohol-Klienten zeigen ein unverändertes Konsumverhalten, bei den Opiat-Klienten sind es 60%. Der Anteil bei den Konsumenten anderer Drogen liegt zwischen diesen Werten. Der hohe Wert bei den Kokain-Klienten ist aufgrund der geringen Fallzahl nicht interpretierbar. Eine Besserung ist bei immerhin einem Viertel bis zu einem Drittel der Klienten mit substanzbezogenen Hauptdiagnosen zu verzeichnen. Abstinenter ist jedoch nur etwa jeder zehnte der Klienten, die ihre Behandlung vorzeitig beendet haben.

Tabelle 30: Ergebnisse der Betreuung bei ausgewählten Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1+2+4; N=30)

Planmäßig beendet	Alkohol	Opiate	Cannabis	Kokain	Stimulanzien	Essstörungen	Pathol. Spielen
Behoben/abstinent	52,7%	37,4%	38,0%	42,9%	46,4%		38,7%
Gebessert	33,4%	50,5%	37,6%	38,1%	39,3%	70,0%	48,4%
Unverändert	13,3%	12,1%	23,4%	19,0%	14,3%	30,0%	12,9%
Verschlechtert	0,6%		1,0%				
Gesamt	2.079	91	295	21	84	10	31
Vorzeitig beendet	Alkohol	Opiate	Cannabis	Kokain	Stimulanzien	Essstörungen	Pathol. Spielen
Behoben/abstinent	10,9%	6,9%	10,5%		9,2%		10,3%
Gebessert	26,5%	26,9%	31,0%	33,3%	35,6%	12,5%	37,9%
Unverändert	55,4%	60,0%	54,2%	66,7%	47,1%	75,0%	41,4%
Verschlechtert	7,2%	6,2%	4,3%		8,0%	12,5%	10,3%
Gesamt	1.519	145	277	12	87	8	29
Unbekannt					4,0%		3,7%

Bezüglich Essstörungen und Pathologischem Spielverhalten lassen sich nur Tendenzen darstellen. 7 der 10 essgestörten Personen mit planmäßigem Behandlungsende werden als gebessert, 3 als unverändert eingestuft (Tabelle 30). In der Gruppe der vorzeitigen Beender besteht die Problematik bei 6 der 8 Betroffenen unverändert fort. Unter den Personen mit Pathologischem Spielverhalten gilt fast die Hälfte nach einer planmäßig beendeten Behandlung als gebessert, bei über einem Drittel ist die Problematik behoben. Das Ergebnis bei unplanmäßigen Beendigungen ist deutlich schlechter, die Problematik ist aber bei immerhin 38% gebessert.

Tabelle 31 gibt einen Überblick über die Behandlungsergebnisse in verschiedenen Einrichtungstypen bei Klienten mit alkoholbedingter Hauptdiagnose. In den Beratungsstellen wird die Alkoholproblematik nach einem planmäßigen Behandlungsende bei über der Hälfte der Klienten als behoben eingestuft, bei einem Drittel als gebessert. In Heimen gilt bei fast 9 von 10 Alkohol-Patienten die Problematik bei Behandlungsabschluss als behoben, in Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens sind es fast zwei Drittel. In den Rehabilitationseinrichtungen hat sich bei fast allen Klienten die Problematik gebessert. Bei vorzeitigem Behandlungsende ist der Anteil abstinenten Klienten in den Heimen am größten (25%). Verschlechterungen sind relativ selten und zeigen

sich vor allem bei unplanmäßigem Behandlungsabschluss in ambulanten und stationären Einrichtungen des betreuten Wohnens.

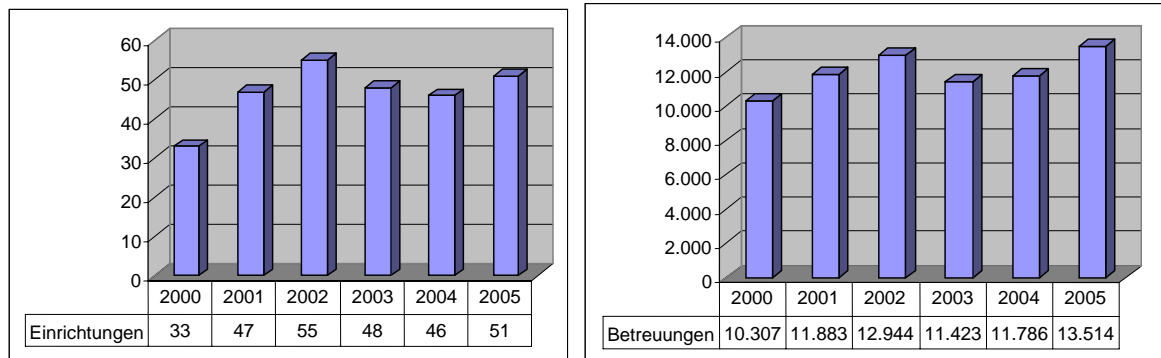
Tabelle 31: Ergebnisse der Betreuung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=46)

Planmäßig beendet	Typ 1+2+4	Typ 3	Typ 6+7	Typ 8	Gesamt
Behoben/ abstinent	52,7%	60,5%	1,3%	87,5%	45,2%
Gebessert	33,4%	29,5%	94,4%	10,4%	42,8%
Unverändert	13,3%	7,0%	4,3%	2,1%	11,3%
Verschlechtert	0,6%	3,1%			0,6%
Gesamt	2.079	129	445	48	2.701
Vorzeitig beendet	Typ 1+2+4	Typ 3	Typ 6+7	Typ 8	Gesamt
Behoben/ abstinent	10,9%	6,6%		25,0%	10,1%
Gebessert	26,5%	16,4%	41,5%	25,0%	27,3%
Unverändert	55,4%	67,2%	52,8%	39,3%	55,4%
Verschlechtert	7,2%	9,8%	5,6%	10,7%	7,3%
Gesamt	1.519	61	142	28	1.750
Unbekannt					3,8%

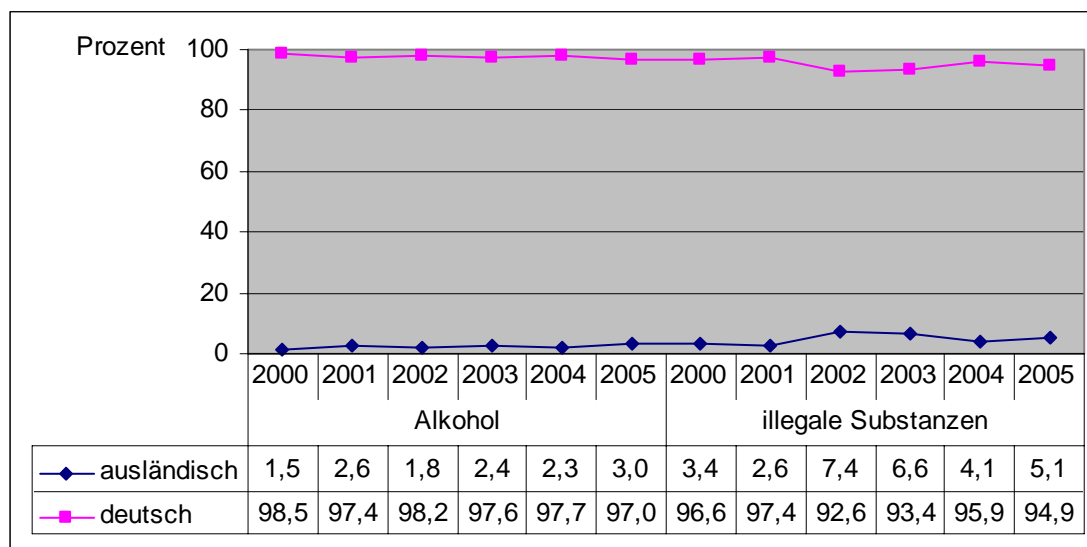
5 Trendanalyse 2000 bis 2005

In diesem Kapitel werden anhand ausgewählter Informationen die Entwicklungen im thüringischen Suchthilfesystem seit 2000 dargestellt. Im Vergleich zum Vorjahr ist erstmals seit 2002 die Zahl der beteiligten Einrichtungen wieder gestiegen, ebenso die Anzahl der dokumentierten Klienten (Abbildung 11).

Abbildung 11: Einrichtungsbeteiligung und dokumentierte Betreuungen
a) in Prozent **b) in Absolutzahlen**



Im Folgenden wird bei einigen zentralen Klienten- und Betreuungsmerkmalen der Trend über die letzten sechs Erhebungsjahre dargestellt. Zunächst wird die Entwicklung der Anteile von deutschen und ausländischen Klienten an verschiedenen Hauptdiagnosegruppen unter den Klientenneuzugängen dargestellt (Abbildung 12). In der Klientengruppe mit der Hauptdiagnose Alkohol schwankt der Anteil der ausländischen Klienten in den letzten Jahren um die 2%. Im Datenjahr 2005 ist er gegenüber dem Vorjahr auf einen neuen Höchststand von 3% angestiegen. In der Klientengruppe mit einer Hauptdiagnose wegen illegaler Substanzen (Opiate, Cannabis, Kokain und Stimulanzien) liegt der Anteil ausländischer Betroffener höher als bei den Alkoholklienten. Nach einem Höchststand im Jahr 2002 nahmen die Werte in den beiden Folgejahren zunächst ab. 2005 zeigt sich im Vergleich zu 2004 ein neuerlicher Anstieg des Anteils um einen Prozentpunkt. Dabei stammen die meisten der ausländischen Klienten aus Ländern außerhalb der Europäischen Union (Abbildung 12).

Abbildung 12: Nationalität und Hauptdiagnosen

Als nächstes soll die Entwicklung des Alters beim Erstkonsum über die letzten sechs Jahre dargestellt werden. Für das Jahr 2000 stand hier noch kein entsprechender Mittelwert zur Verfügung, so dass der Vergleich hier auf den gemittelten Werten der entsprechenden Altersgruppen beruht (Tabelle 32).

Tabelle 32: Anteil der Erstkonsumenten bis 14 Jahre

Einzeldiagnose	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Heroin	11,6%	5,6%	4,8%	14,9%	10,0%	11,9%
Kokain	13,5%	11,3%	9,1%	14,6%	12,5%	9,8%
Amphetamine	14,8%	11,6%	16,4%	19,3%	17,4%	15,6%
MDMA	15,9%	16,9%	14,1%	22,1%	17,7%	15,9%
Cannabinoide	31,9%	33,3%	38,9%	42,5%	40,1%	39,8%
Alkohol	44,0%	48,9%	59,6%	64,7%	64,7%	59,5%
Tabak	54,7%	58,8%	57,9%	61,2%	60,9%	54,9%

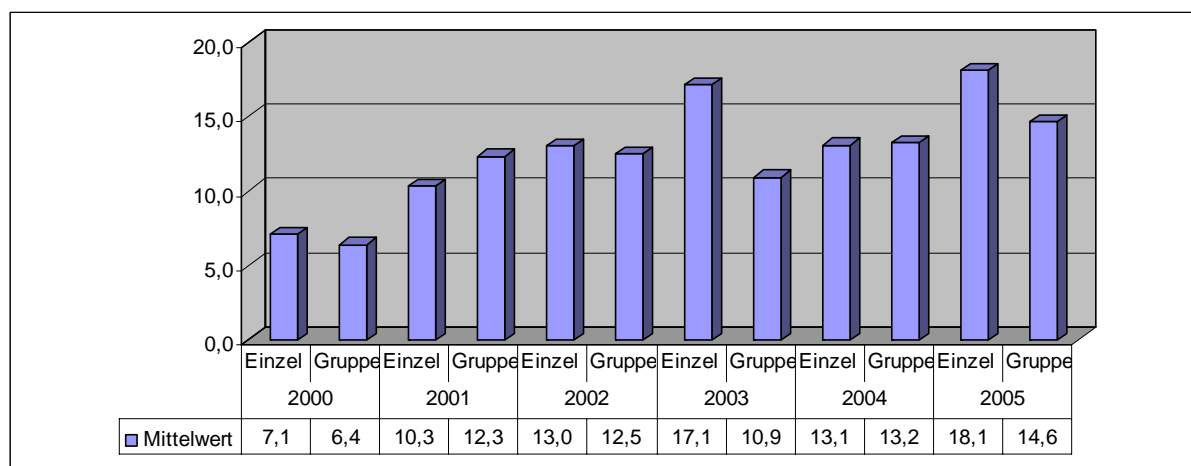
Bei den Kokainkunden ist wie bereits von 2003 auf 2004 der Anteil der Klienten mit einem Erstkonsumalter von 14 Jahren oder jünger nochmals zurückgegangen und liegt somit 2005 nur noch etwas höher als im Jahr 2002. Unter den Heroinkunden findet sich nach einem Rückgang im Jahr 2004 ein neuerlicher Anstieg dieses Anteils auf 12% im Jahr 2005. Bei Amphetaminen allgemein sowie MDMA findet sich wie bereits 2004 ein weiterer Rückgang des Anteils von Klienten, die bereits mit 14 Jahren oder früher diese Substanzen erstmals konsumiert haben. Besonders unter den Tabak- und Alkoholkunden hat sich der Anteil unter 15jähriger Erstkonsumenten im Jahr 2005 deutlich verringert. Insgesamt betrachtet findet sich in allen Klientengruppen nach einem starken Anstieg des Anteils junger Erstkonsumenten zwischen 2002 und 2003 eher eine Tendenz zu einer Verringerung dieses Anteils seit 2003.

Das durchschnittliche Einstiegsalter bei Klienten mit einer Alkoholdiagnose ist in Thüringen von 18,6 Jahren in 2001 auf 14,7 Jahre in 2005 gesunken. Auch auf Bundesebene (von 17,1 auf 16,2 Jahre) ist ein solcher Effekt beobachtbar,

wenngleich er dort nicht so ausgeprägt ist. Demgegenüber hat sich das Durchschnittsalter der in 2005 neu aufgenommenen Klienten mit einer Alkoholdiagnose gegenüber dem Vorjahr praktisch nicht geändert (41,4 Jahre in 2001 und 42,2 in 2005). Wenngleich sich aus diesen Daten kein direkter Rückschluss auf Veränderungen im Konsumverhalten der Bevölkerung ziehen lässt, so wird hier doch deutlich, dass eine Verstärkung von präventiven Maßnahmen gerade für junge Altersgruppen notwendig wäre.

Die Anzahl der Kontakte lag im Erhebungsjahr 2005 sowohl für Einzel- als auch für Gruppenkontakte höher als 2004 (Abbildung 13). Im Gegensatz zum Vorjahr lag zudem die durchschnittliche Anzahl von Einzelkontakten, wie bereits im Jahr 2003, deutlich höher als die Anzahl der Gruppenkontakte.

Abbildung 13: Anzahl der Kontakte pro beendete Betreuung



Die Daten zur Dauer der Betreuung zeigen, dass der Anteil sehr langer Betreuungen von über einem Jahr seit 2003 sinkt (Tabelle 33). Bei den Kurzzeitbehandlungen bis 4 Wochen zeigt sich nach einem Anstieg des Anteils zwischen 2002 und 2004 im aktuellen Datenjahr wieder eine Abnahme. Im Vergleich zum Vorjahr ist zudem der Anteil von Behandlungen, die zwischen einem und 6 Monaten dauern, angestiegen.

Tabelle 33: Dauer der Betreuung

Dauer der Betreuung	2000	2001	2002	2003	2004	2005
bis 4 Wochen	10,1%	14,3%	9,6%	10,0%	16,8%	14,7%
bis 8 Wochen	9,9%	10,5%	8,6%	8,5%	8,3%	9,2%
bis 12 Wochen	9,8%	9,1%	8,1%	8,0%	8,2%	9,9%
bis 6 Monate	24,2%	22,7%	24,1%	23,1%	22,4%	23,6%
bis 9 Monate	14,5%	13,6%	13,2%	13,7%	13,0%	12,7%
bis 12 Monate	10,9%	8,6%	10,7%	10,6%	8,8%	9,1%
bis 24 Monate	13,9%	15,8%	16,2%	17,0%	14,4%	13,9%
mehr als 24 Monate	6,7%	5,4%	9,5%	9,1%	8,1%	6,9%
Mittelwert in Wochen *		34,9	42,1	42,4	39,5	36,5
Gesamt	5.184	5.775	6.345	5.988	5.931	7.656

* in 2000 nicht verfügbar

Man könnte annehmen, dass sich der Rückgang langer Betreuungen in einer leichten Verschlechterung der Ergebnisse der Arbeit niederschlägt. Die Daten des Jahres 2004 sprachen für diese Interpretation. Im aktuellen Datenjahr zeigt sich jedoch gegenüber 2004 ein deutlicher Anstieg planmäßig beendeter Beendigungen in den drei größten Klientengruppen sowie der Gesamtgruppe (Abbildung 14), sowie ein geringerer Anteil von Klientenabbrüchen (Abbildung 15), obwohl der Anteil langer Behandlungen weiter zurückgegangen ist.

Abbildung 14: Planmäßige Beendigung

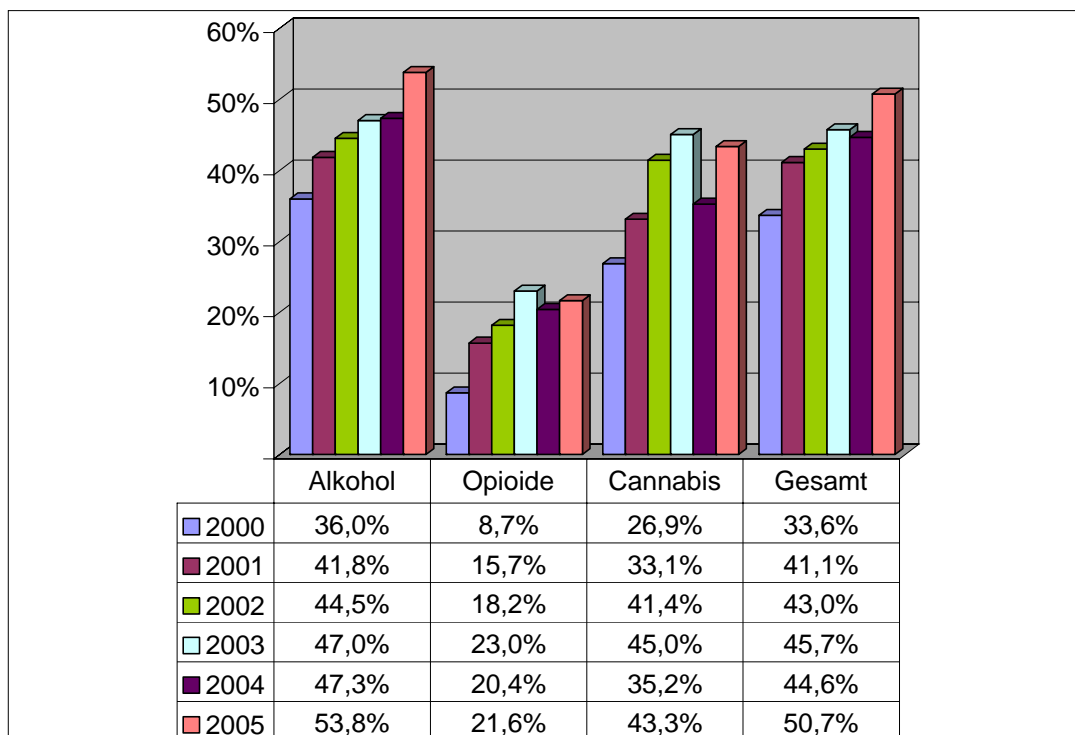
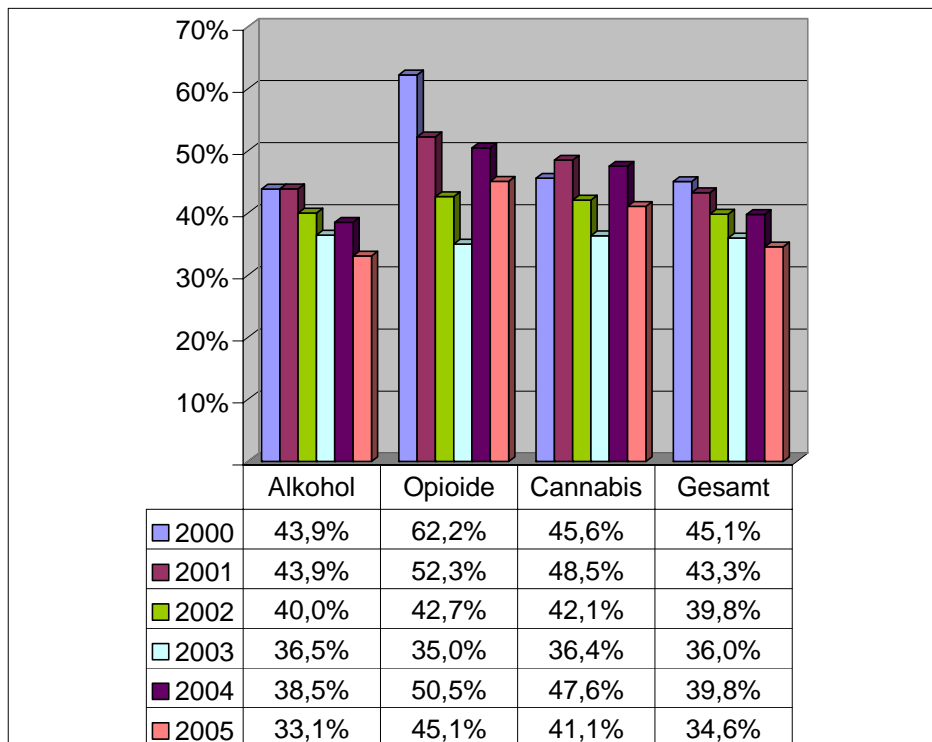
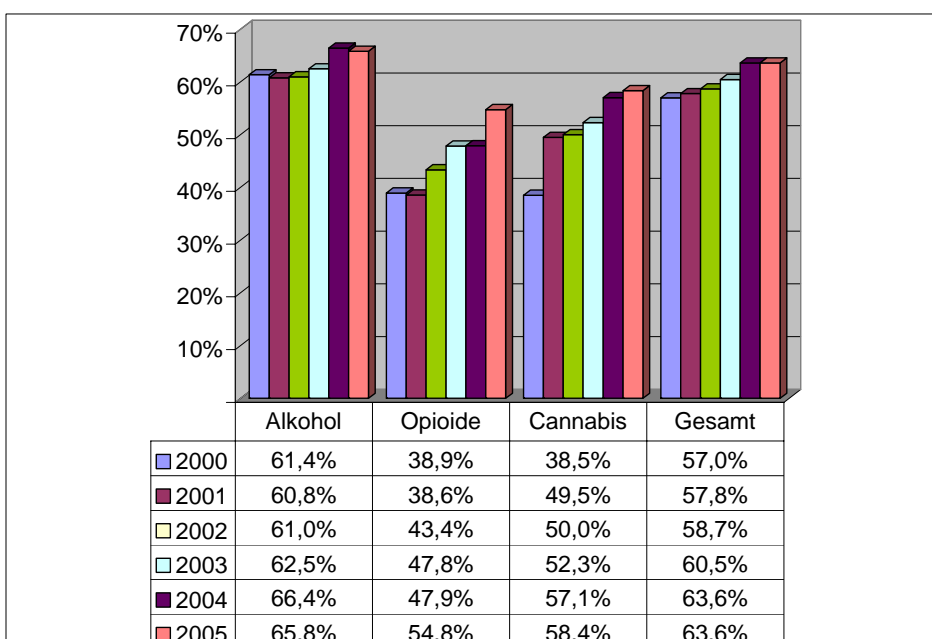


Abbildung 15: Beendigung durch Klientenabbruch

Als letzter Aspekt soll in dieser Trendanalyse die Situation der Klienten am Betreuungsende dargestellt werden. Aus Tabelle 30 und Tabelle 31 geht hervor, dass die Abstinenzquote bzw. der Verbesserungsgrad bei planmäßig abgeschlossenen Betreuungen signifikant höher ist als bei abgebrochenen Betreuungen. Trotz der leichten Verschlechterung bei der Haltequote hat sich die Einschätzung der Situation am Betreuungsende gebessert (Abbildung 16).

Abbildung 16: Klienten mit Abstinenz bzw. verbesserter Situation am Betreuungsende (planmäßige und unplanmäßige Beendigungen)

Wie Abbildung 16 zeigt, setzt sich der Trend zu einem höheren Anteil positiver Behandlungsergebnisse (behobene bzw. gebesserte Problematik), der bereits seit 2000 zu beobachten ist, auch im Jahr 2005 fort. Während sich der Anteil bei den Alkohol-Klienten zwischen 2004 und 2005 nicht verändert hat, zeigt sich sowohl bei Opiat- als auch Cannabis-Klienten nochmals ein Anstieg im Vergleich zum Vorjahr. Auch diese Angaben sprechen dafür, dass weniger lange Behandlungszeiten sich nicht notwendigerweise in schlechteren Behandlungsergebnissen niederschlagen.

Literatur

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen DHS (2004). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Hamm: DHS.

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

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

Klapper, J., Strobl, M. & Pelzel, K.-H. (2006). Suchthilfestatistik 2005 für Deutschland. Tabellenband für ambulante und stationäre Einrichtungen in Thüringen. Berichtszeitraum 1.1.2005 -31.12.2005. München: IFT.

Strobl, M., & Schiessl, A. (2005). Einrichtungsbezogenes Informationssystem. Manual für die Suchtkrankenhilfe (EBIS-A/S) und Sozialpsychiatrische Dienste (EBIS-SPD). Erläuterungen zu den Erhebungsbogen und zum PC-Programm. Höhenkirchen: GSDA.

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