

Christina Bauer
Anja Eichmann
Dilek Sonntag

Suchthilfestatistik 2007
Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten
der Suchthilfeinrichtungen des Landes Thüringen

Statistical Report 2007 on the treatment of substance use disorders
Report on the Current Situation and the Activities
of treatment centres in Thuringia

München 2008
IFT-Berichte Bd. 170
IFT-Reports Vol. 170

IFT Institut für Therapieforschung, München

Christina Bauer
Anja Eichmann
Dilek Sonntag

Suchthilfestatistik 2007
Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten
der Suchthilfeinrichtungen des Landes Thüringen

Statistical Report 2007 on the treatment of substance use disorders
Report on the Current Situation and the Activities
of treatment centres in Thuringia

München 2008

IFT-Berichte Bd. 170
IFT-Reports Vol. 170

Reihe IFT-Berichte
Band 170

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

In der Reihe IFT-Berichte sind zuletzt erschienen:

Bühler, A., Metz, K. & Kröger, C. (2007). Literaturlauswertung zur Wirksamkeit von Warnhinweisen auf Zigarettenpackungen (IFT-Berichte Bd. 166). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Kraus, L., Rösner, S., Baumeister, S., Pabst, A. & Steiner, S. (2007). Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin. (IFT-Berichte Bd. 167). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Hellwich, A.-K., Bauer, C. & Sonntag, D. (2007). Suchthilfestatistik 2006. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen des Landes Berlin (IFT-Berichte Bd. 168). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Hellwich, A.-K., Bauer, C. & Sonntag, D. (2007). Suchthilfestatistik 2006. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der stationären Suchthilfeeinrichtungen des Landes Berlin (IFT-Berichte Bd. 169). 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, Web-Site: <http://www.ift.de>
Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

TABELLENVERZEICHNIS	4
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	6
1 EINLEITUNG.....	7
2 ERGEBNISSE ZU DEN EINRICHTUNGEN.....	9
3 ERGEBNISSE ZUR KLIENTEL	10
3.1 Überblick zur Klientel.....	10
3.2 Verteilung der Hauptdiagnosen.....	11
3.3 Soziodemografische Daten	12
4 ERGEBNISSE ZUR BEHANDLUNG	27
5 PATHOLOGISCHE GLÜCKSSPIELER.....	43
6 TRENDANALYSE AUSGEWÄHLTER DATEN 2003 BIS 2007	49
7 DISKUSSION	55
LITERATUR	56

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: EINRICHTUNGSTYPEN UND SOFTWARE (N=46)	9
TABELLE 2: ANZAHL DER BETREUUNGEN 2007 (ANGABEN IN %; N=46).....	10
TABELLE 3: BETREUUNGSGRUND UND EINRICHTUNGSTYP (ANGABEN IN %; N=46)	11
TABELLE 4: HAUPTDIAGNOSEN, EINRICHTUNGSTYP UND GESCHLECHT BEI PATIENTEN MIT EIGENER STÖRUNG (ANGABEN IN %; N=46).....	12
TABELLE 5: ALTERSVERTEILUNG BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	13
TABELLE 6: ALTERSVERTEILUNG BEI NICHTSUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	14
TABELLE 7: ALTERSDURCHSCHNITT UND EINRICHTUNGSTYP (N=46).....	15
TABELLE 8: DAUER DER STÖRUNG (EINZELDIAGNOSEN; EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30)	17
TABELLE 9: FAMILIENSTAND BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	18
TABELLE 10: FAMILIENSTAND BEI NICHTSUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	18
TABELLE 11: WOHSITUATION BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	20
TABELLE 12: WOHSITUATION BEI NICHTSUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	20
TABELLE 13: LEBENSITUATION BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	22
TABELLE 14: LEBENSITUATION BEI NICHTSUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	22
TABELLE 15: HÖCHSTER SCHULABSCHLUSS BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	23
TABELLE 16: HÖCHSTER SCHULABSCHLUSS BEI NICHTSUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	24
TABELLE 17: BERUFLICHE INTEGRATION BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	24
TABELLE 18: BERUFLICHE INTEGRATION BEI NICHTSUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	25
TABELLE 19: PROBLEMATISCHE SCHULDEN UND EINRICHTUNGSTYP (ANGABEN IN %; N=46)	26
TABELLE 20: GERICHTLICHE AUFLAGEN BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	27
TABELLE 21: GERICHTLICHE AUFLAGEN BEI NICHT SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	27
TABELLE 22: VERMITTLUNG UND EINRICHTUNGSTYP (ANGABEN IN %; N=46)	28
TABELLE 23: VERMITTLUNG BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	29
TABELLE 24: VERMITTLUNG BEI NICHT SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	29
TABELLE 25: ANTEIL DER ERSTBEHANDELTEN UND EINRICHTUNGSTYP (ANGABEN IN %; N=46).....	30
TABELLE 26: ART DER BETREUUNG UND EINRICHTUNGSTYP (ANGABEN IN %; N=46)*	31
TABELLE 27: MITTLERE BETREUUNGSDAUER IN WOCHEN UND EINRICHTUNGSTYP (N=46)	32
TABELLE 28: DAUER DER BETREUUNG BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYP 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	34

TABELLE 29: DAUER DER BETREUUNG BEI NICHTSUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYP 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	34
TABELLE 30: MITTLERE KONTAKTZAHL UND EINRICHTUNGSTYP (AMBULANT; N=35)	35
TABELLE 31: ANZAHL DER KONTAKTE BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYP 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	36
TABELLE 32: ANZAHL DER KONTAKTE BEI NICHTSUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYP 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	36
TABELLE 33: ART DER BEENDIGUNG BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYP 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	37
TABELLE 34: ART DER BEENDIGUNG BEI NICHTSUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYP 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	38
TABELLE 35: ERGEBNISSE DER BETREUUNG BEI AUSGEWÄHLTEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYP 2+3+16; ANGABEN IN %; N=30).....	40
TABELLE 36: ERGEBNISSE DER BETREUUNG UND EINRICHTUNGSTYP IN DER GESAMTGRUPPE ALLER PATIENTEN MIT EINER HAUPTDIAGNOSE (ANGABEN IN %; N=46)	41
TABELLE 37: ERGEBNISSE DER BETREUUNG UND EINRICHTUNGSTYP BEI ALKOHOLBEZOGENER HAUPTDIAGNOSE (ANGABEN IN %; N=46)	42
TABELLE 38: DAUER DER BETREUUNG (ANGABEN IN %)	51

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: GESCHLECHTERVERTEILUNG BEI DEN HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN (N=46; UNBEK.: 0,0%)	13
ABBILDUNG 2: ALTERSVERTEILUNG UND EINRICHTUNGSTYP BEI ALKOHOLBEZOGENER HAUPTDIAGNOSE (N=46; UNBEK.: 0,0%)	15
ABBILDUNG 3: DURCHSCHNITTLICHES ALTER BEIM ERSTKONSUM (HAUPTDIAGNOSEN; N=30; UNBEK.: 3,6%)	16
ABBILDUNG 4: DURCHSCHNITTSALTER BEI STÖRUNGSBEGINN (EINZELDIAGNOSEN; N=30)*	16
ABBILDUNG 5: FAMILIENSTAND UND EINRICHTUNGSTYP BEI ALKOHOLBEZOGENER HAUPTDIAGNOSE (N=46; UNBEK.: 2,2%).....	19
ABBILDUNG 6: WOHSITUATION UND EINRICHTUNGSTYP BEI ALKOHOLBEZOGENER HAUPTDIAGNOSE (N=46; UNBEK.: 2,6%).....	21
ABBILDUNG 7: BETREUUNGSDAUER UND EINRICHTUNGSTYP BEI ALKOHOLBEZOGENER HAUPTDIAGNOSE (N=46; UNBEK.: 0,0%)	33
ABBILDUNG 8: KONTAKTZAHL UND EINRICHTUNGSTYP BEI ALKOHOLBEZOGENER HAUPTDIAGNOSE (N=35; UNBEK.: 0,0%).....	35
ABBILDUNG 9: ART DER BEENDIGUNG UND EINRICHTUNGSTYP IN DER GESAMTGRUPPE ALLER PATIENTEN MIT EINER HAUPTDIAGNOSE (N=46; UNBEK.: 4,0%).....	38
ABBILDUNG 10: ART DER BEENDIGUNG UND EINRICHTUNGSTYP BEI ALKOHOLBEZOGENER HAUPTDIAGNOSE (N=46; UNBEK.: 0,8%)	39
ABBILDUNG 11: ANZAHL DER BETREUUNGSFÄLLE MIT HAUPTDIAGNOSE PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL ZWISCHEN 2003 UND 2007 (ALLE EINRICHTUNGSTYPEN).....	43
ABBILDUNG 12: ANTEIL DER BETREUUNGSFÄLLE MIT HAUPTDIAGNOSE PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL AN ALLEN HAUPTDIAGNOSEN ZWISCHEN 2003 UND 2007 (ALLE EINRICHTUNGSTYPEN)	44
ABBILDUNG 13: GESCHLECHTERVERTEILUNG BEI PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIELERN (N=30; UNBEK.: 0,0%)	45
ABBILDUNG 14: ALTERSVERTEILUNG BEI PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIELERN (N=30; UNBEK.: 0,0%).....	45
ABBILDUNG 15: SUBSTANZBEZOGENE KOMORBIDITÄTEN BEI PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIELERN (N=30)*	46
ABBILDUNG 16: ART DER BEENDIGUNG BEI PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIELERN (N=30; UNBEK.: 0,0%).....	47
ABBILDUNG 17: ERGEBNISSE DER BETREUUNG BEI PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIELERN (N=30; UNBEK.: 7,4%)	48
ABBILDUNG 18: EINRICHTUNGSBETEILIGUNG	49
ABBILDUNG 19: DOKUMENTIERTE BETREUUNGEN.....	49
ABBILDUNG 20: STAATSANGEHÖRIGKEIT.....	50
ABBILDUNG 21: ANZAHL DER KONTAKTE PRO BEENDETE BETREUUNG.....	51
ABBILDUNG 22: PLANMÄßIGE BEENDIGUNG	52
ABBILDUNG 23: BEENDIGUNG DURCH PATIENTENABBRUCH.....	53
ABBILDUNG 24: PATIENTEN MIT POSITIVEM BETREUUNGSERGEBNIS (PLANMÄßIGE UND UNPLANMÄßIGE BEENDIGUNGEN)	54

1 Einleitung

In Thüringen wird bereits seit über 10 Jahren eine landesweite Standarddokumentation für ambulante Beratungs- und Behandlungseinrichtungen (Psychosoziale Beratungsstellen) der Suchtkrankenhilfe durchgeführt. Seit dem Jahr 1999 wurde mit der Verabschiedung der ersten Fassung des bundesweit gültigen Deutschen Kerndatensatzes Sucht (KDS) durch den Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) eine neue Grundlage für die Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe bundesweit wie auch speziell für das Land Thüringen geschaffen. Parallel zu diesem Standarddatensatz wurde von einem Teil der Einrichtungen weiterhin der ältere und umfangreichere, am IFT Institut für Therapieforschung entwickelte, Bundesdatensatz, erhoben und ausgewertet. Über die Jahre wurde die Thüringer Standarddokumentation um andere Einrichtungsarten erweitert: Seit 2001 beteiligen sich auch Einrichtungen des ambulanten und stationären betreuten Wohnens, seit 2003 einige stationäre Rehabilitationskliniken, seit 2006 einige Einrichtungen der ambulanten Beratung und Behandlung im Strafvollzug. Andere Einrichtungstypen beteiligen sich nur vereinzelt. Seit Anfang 2004 dokumentieren auch einzelne komplementäre Einrichtungen im Bereich der psychiatrischen Versorgung nach dem thüringischen Kerndatensatz Psychiatrie, der mit dem Kerndatensatz Sucht kompatibel ist. Für einen Einbezug in die Landesstatistik für Thüringen sind es jedoch bislang zu wenige.

Für die fristgerechte Beteiligung an der Thüringer Standarddokumentation mit weitgehend vollständigen Daten werden die Suchthilfeeinrichtungen von ihrer Landesregierung im Rahmen eines Bonussystems gefördert. Die Höhe des Bonusbetrages richtet sich nach dem durchschnittlichen Anteil fehlender Werte in den zur Verfügung gestellten Daten.

Der Deutsche Kerndatensatz (DHS, 2007), der inhaltliche Grundlage sowohl für die Thüringer als auch für die entsprechenden bundesweiten Standarddokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe ist, wurde in einem eineinhalbjährigen Prozess überarbeitet und ist seit Januar 2007 in einer überarbeiteten und stark erweiterten Version gültig. In die Überarbeitung gingen sowohl der bisherige Deutsche Kerndatensatz als auch der umfangreichere Bundesdatensatz (Strobl, Schiessl & Weissbach, 2008) ein, die bisher in der Suchtkrankenhilfe parallel verwendeten zwei Datensätze werden somit durch einen bundesweit gültigen Standarddatensatz abgelöst. Die Erhebung kompatibler Daten ist mit einer zertifizierten Dokumentationssoftware möglich. Derzeit sind sechs Programme für den Deutschen Kerndatensatz zertifiziert: *Bado-K* (Easy-Soft GmbH), *Clinic Control* (KC Kuschnerus Consulting GmbH), *Ebis* (gsda GmbH), *Horizont* (Buchner Documentation GmbH), *Moonlight* (Stone Datensysteme GmbH) sowie *Patfak* (Redline Data GmbH).

Die Auswertung der in den Suchthilfeeinrichtungen erhobenen Daten erfolgt seit 1980 jährlich durch das IFT Institut für Therapieforschung in der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) geförderten Deutschen Suchthilfestatistik (aktuellste Auswertung Sonntag, Bauer & Eichmann, 2008a; aktuellste Publikation Sonntag, Bauer & Hellwich, 2007; Sonntag, Hellwich & Bauer, 2007). Neben den Bundesauswertungen werden allen beteiligten Bundesländern jeweils eigene unkommentierte Auswertungen zur Verfügung gestellt. Grundlage des vorlie-

genden, vom Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit in Auftrag gegebenen, Berichts sind die Daten der Suchthilfestatistik für Thüringen für die Jahre 2003 bis 2007 (aktuellste Auswertung Sonntag, Bauer & Eichmann, 2008b). Für das aktuellste vorliegende Datenjahr 2007 erfolgte die Auswertung für Thüringen, übereinstimmend mit den bundesbezogenen Auswertungen zur Suchthilfestatistik, erstmals anhand von Daten, die nach dem neuen Deutschen Kerndatensatz erhoben wurden.

Hinweise zum Verständnis des Berichts

Für alle ambulanten Einrichtungstypen erfolgt die Auswertung soziodemografischer und diagnostischer sowie der Zugangs- und Konsumdaten über die Bezugsgruppe der Zugänge, d.h. der Betreuungsfälle, die im Bezugsjahr 2007 neu begonnen wurden. Die Auswertung der behandlungsbezogenen Daten erfolgt über die Bezugsgruppe der Beender, d.h. der Betreuungsfälle, die im Bezugsjahr 2007 beendet wurden. Für alle stationären Einrichtungstypen erfolgt die Auswertung aller Daten für die Beender.

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit werden Prozentwerte in den Tabellen ohne Prozentzeichen dargestellt. Werden Prozentwerte dargestellt, so wird dies im Tabellentitel angegeben. Zeilen bzw. Spalten, die Absolutwerte enthalten werden durch die Benennung „Gesamt“ oder „Absolut“ (Abs.) bezeichnet.

In allen Tabellen, die nach Einrichtungstyp unterscheiden, sowie zum Teil auch im Text werden zur sprachlichen Vereinfachung nicht die vollständigen Bezeichnungen der Einrichtungstypen verwendet, sondern nur die numerischen Kodierungen entsprechend dem Deutschen Kerndatensatz, die Tabelle 1 zu entnehmen sind. Zur sprachlichen Vereinfachung werden folgende Begriffe verwendet: „Beratungsstellen“ anstelle von „ambulanten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen“, „Patient“ sowohl für männliche und weibliche als auch für ambulant sowie stationär behandelte Personen, „Störung“ als Überbegriff für schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit von Substanzen sowie „Betreuung“ als Überbegriff für Beratung und/oder Behandlung.

2 Ergebnisse zu den Einrichtungen

Die im Folgenden dargestellten Daten zu den an der diesjährigen Auswertung beteiligten Thüringer Suchthilfeeinrichtungen wurden auf der Basis des neuen Deutschen Kerndatensatzes Einrichtung KDS-E erhoben (DHS, 2007). Dieser umfasst eine differenziertere Typologie von 16 statt bisher 9 unterschiedlichen Einrichtungstypen sowie im Vergleich zur früheren Version des Kerndatensatzes weiter ausdifferenzierte bzw. neue Items. Eine detaillierte Darstellung zu den Änderungen des Deutschen Kerndatensatzes geben Bauer, Sonntag & Eichmann (in Vorbereitung).

An der Suchthilfestatistik für das Bundesland Thüringen beteiligten sich im Bezugsjahr 2007 insgesamt 46 Suchthilfeeinrichtungen. Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2006 zeigt sich somit ein Beteiligungsrückgang von 13%. Die Stichprobe setzt sich wie in den Vorjahren überwiegend aus ambulanten Beratungsstellen zusammen (Tabelle 1). Im stationären Bereich haben sich vor allem Einrichtungen der stationären bzw. teilstationären Sozialtherapie beteiligt.

Die Zuordnung zu einem Einrichtungstyp erfolgt durch die Einrichtungsmitarbeiter selbst. Da viele Einrichtungen unterschiedliche Angebote vorhalten, ist häufig eine Zuordnung nach dem überwiegenden Einrichtungstyp erforderlich. Die Dokumentati-on der Daten erfolgte anhand der Programme Ebis, Horizont und Patfak.

Tabelle 1: Einrichtungstypen und Software (N=46)

Einrichtungstyp	Typen- Nummer*	Software/System			Gesamt 2007	Gesamt 2006
		Ebis	Horizont	Patfak		
Ambulante Beratungs- bzw. Behandlungseinrichtung (Typ 3) + zwei niedrigschwellige Einrichtungen (Typ 2) + eine Einrichtung der externen Beratung im Strafvollzug (Typ 16)	2+3+16	27	3	-	30	33
Ambulantes betreutes Wohnen (Typ 5)	5	4	1	-	5	5
Rehabilitationseinrichtungen (SGB V § 107.2 / SGB VI § 9 und § 15) (Typ 9) + Adaptionseinrichtungen (Typ 10)	9+10	3	-	1	4	4
Teilstationäre (Typ 11) und stationäre (Typ 12) Sozialtherapie	11+12	5	2	-	7	11
Gesamt		39	6	1	46	53

* in den weiteren Tabellen werden die Einrichtungstypen im Sinne einer besseren Lesbarkeit mit den hier angegebenen Ziffern bezeichnet. Die zwei niedrigschwelligen Einrichtungen sowie die einzelne Einrichtung der ambulanten Beratung im Strafvollzug werden zusammengefasst mit den Typ 3-Einrichtungen ausgewertet und dargestellt.

Auf eine eingehendere Darstellung der Struktur der beteiligten Einrichtungen wird an dieser Stelle verzichtet, da der Freistaat Thüringen eine detaillierte Darstellung in Form eines gesonderten Strukturdaten-Berichtes zur Verfügung stellt.

3 Ergebnisse zur Klientel

In diesem Kapitel werden die in den Thüringer Suchthilfeeinrichtungen betreuten Patienten hinsichtlich zentraler soziodemografischer und diagnostischer Merkmale beschrieben. Bei der Datendarstellung werden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Es erfolgen Vergleiche nach Einrichtungstypen sowie nach Hauptdiagnosegruppen. Ein Teil der Daten wird für die Gesamtgruppe aller betreuten Patienten dargestellt, differenziert nach den unterschiedlichen einbezogenen Einrichtungstypen. Für einen Teil der Variablen werden die Daten der fünf größten substanzbezogenen Hauptdiagnosegruppen (Diagnosen in Bezug auf Alkohol, Opiate, Cannabis, Kokain, Stimulanzien) sowie der beiden Gruppen der nicht substanzbezogenen Hauptdiagnosen, Essstörungen und Pathologisches Glücksspiel, vergleichend gegenübergestellt. Dabei konzentriert sich die Darstellung jeweils auf die Daten der ambulanten Beratungsstellen, da mit Ausnahme der alkoholbezogenen Hauptdiagnosen die Fallzahlen für die Hauptdiagnosen in den anderen Einrichtungsarten zu gering für einen Vergleich sind. Für die Gruppe der Patienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose, die in der Thüringer Suchtkrankenhilfe, entsprechend der bundesweiten Situation, den größten Anteil der Betreuten stellt, erfolgt für ausgewählte Daten eine grafische Darstellung der Daten differenziert nach Einrichtungstypen. Für die anderen Diagnosegruppen wird aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen in den unterschiedlichen Einrichtungstypen auf diese Darstellung verzichtet.

3.1 Überblick zur Klientel

Die Auswertung des Jahres 2007 basiert auf den Daten von insgesamt 12.714 dokumentierten Betreuungsfällen. Der Umfang der Patientenstichprobe ist somit etwas geringer als im Vorjahr (-7%). Die Fallzahlen für Übernahmen, Zugänge und Beender sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2: Anzahl der Betreuungen 2007 (Angaben in %; N=46)

Patientengruppe	M	F	M + F	Abs.
Zahl der Übernahmen aus 2006	46,2	47,2	46,4	5.901
Zahl der Zugänge 2007	53,8	52,8	53,6	6.813
Zahl der Beender 2007	50,8	49,3	50,5	6.415
Zahl der Übernahmen nach 2008	49,2	50,7	49,5	6.299
Gesamt Betreuungen 2007	9.969	2.745		12.714
Gesamt %	78,4	21,6		
Unbekannt				0,0

Wie in den Vorjahren stellten Männer den überwiegenden Anteil der in den Suchthilfeeinrichtungen Betreuten, mit einem Verhältnis von 4:1 (Tabelle 2). Die Betreuten kamen fast ausschließlich aufgrund eigener Störungen in die Einrichtungen (Tabelle 3). Männer suchten fast ausschließlich wegen einer eigenen Symptomatik eine ambulante Beratungsstelle auf. Unter den Frauen taten dies 16% aufgrund der Problematik eines Angehörigen.

Tabelle 3: Betreuungsgrund und Einrichtungstyp (Angaben in %; N=46)

Betreuungsgrund	Typ 2+3+16		Typ 5		Typ 9+10		Typ 11+12		Gesamt			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M + F	Abs.
Eigene Symptomatik	97,0	82,3	94,1	33,3	96,7	93,9	99,0	100,0	97,0	83,4	94,1	412
Familienangehörige	1,7	15,8	5,9	0,0	3,0	6,1	0,0	0,0	1,8	14,7	4,6	311
Sonstige	1,3	1,9	0,0	66,7	0,3	0,0	1,0	0,0	1,2	1,9	1,3	90
Gesamt	4.601	1.298	34	3	631	131	99	17	5.365	1.448	813	
Unbekannt												0,0%

3.2 Verteilung der Hauptdiagnosen

Die Diagnosestellung für die Dokumentation von substanzbezogenen Störungen, Pathologischem Glücksspiel sowie Essstörungen nach den Vorgaben des Deutschen Kerndatensatzes erfolgt nach den Vorgaben der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2008). Für die substanzbezogenen Störungen werden jedoch nur die Diagnosen „schädlicher Gebrauch“ und „Abhängigkeit“ in die Auswertung einbezogen.

Viele Patienten weisen mehrere der genannten Störungen auf, die alle als Einzeldiagnosen kodiert werden. Unter den für einen Patienten vergebenen Einzeldiagnosen kann jedoch nur eine als behandlungsleitende Diagnose, d.h. als Hauptdiagnose, angegeben werden. Ein Teil der vorliegenden Darstellung differenziert nach Hauptdiagnosen. Die Gruppe der substanzbezogenen Hauptdiagnosen, z.B. aller Hauptdiagnosen in Bezug auf Alkohol, umfasst jeweils sowohl alle Fälle mit einer Hauptdiagnose „schädlicher Gebrauch“ als auch alle mit einer Hauptdiagnose „Abhängigkeit“.

In den teilnehmenden Einrichtungen wurde für 5.816 der erfassten Patientenzugänge eine Hauptdiagnose vergeben. Für 70 Betreuungsfälle fehlt die Hauptdiagnose, wobei das im neuen KDS neu eingeführte Item „Grund, warum keine Hauptdiagnose vergeben wurde“ beantwortet wurde. Der Anteil der fehlenden Werte, d.h. der Fälle, in denen weder eine Hauptdiagnose kodiert noch einer der wählbaren Gründe dafür angegeben wurde, liegt bei 5%.

Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Verteilung der Hauptdiagnosen differenziert nach den unterschiedlichen beteiligten Einrichtungstypen. In den ambulanten Beratungsstellen (Typ 3) sowie den stationären Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen (Typ 9+10) ist die Breite der unterschiedlichen vergebenen Hauptdiagnosen höher als in den – auch in der Anzahl weniger stark beteiligten – Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens (Typ 5) und den (teil)stationären Einrichtungen der Sozialtherapie (Typ 11+12).

Den größten Anteil der insgesamt in der einbezogenen Einrichtungstichprobe dokumentierten Betreuungsfälle stellen Patienten, die primär aufgrund eines schädlichen Gebrauchs bzw. einer Abhängigkeit von Alkohol betreut werden. Dieser Anteil liegt in den stationären Einrichtungstypen noch höher als in den ambulanten, mit Ausnahme der Frauen in stationären Rehabilitationskliniken und Adaptionseinrichtungen: In dieser Gruppe liegt der Anteil mit 71% etwas niedriger als in der Gesamtstichprobe.

Die zweitgrößte Hauptdiagnosegruppe umfasst die Patienten mit cannabisbezogenen Störungen. Unter den Männern liegt der Anteil der Patienten mit dieser Hauptdiagnose höher als bei den Frauen. Mit Ausnahme der Einrichtungen vom Typ 11+12 haben im Jahr 2007 alle beteiligten Einrichtungstypen Patienten mit cannabisbezogenen Hauptdiagnosen behandelt. Essstörungen spielen – mit insgesamt wenig dokumentierten Fällen (n=23) ausschließlich bei den Frauen eine Rolle, wohingegen der Anteil Pathologischer Glücksspieler bei den Männern höher liegt.

Tabelle 4: Hauptdiagnosen, Einrichtungstyp und Geschlecht bei Patienten mit eigener Störung (Angaben in %; N=46)

Hauptdiagnose	Typ 2+3+16		Typ 5		Typ 9+10		Typ 11+12		Gesamt			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M+F	Abs.
Alkohol	75,8	75,4	74,2	100,0	78,0	71,4	93,8	93,3	76,4	75,7	76,3	4.437
Opiode	3,9	4,7	3,2	-	4,0	9,8	2,5	6,7	3,8	5,0	4,0	233
Cannabinoide	12,5	8,1	16,1	-	10,6	7,1	-	-	12,1	7,7	11,3	656
Sedativa/Hypnotika	0,2	2,0	-	-	0,5	2,7	-	-	0,3	1,9	0,6	33
Kokain	1,2	0,4	-	-	1,0	-	-	-	1,1	0,4	1,0	58
Stimulanzien	3,5	3,9	-	-	3,7	4,5	-	-	3,5	3,7	3,5	204
Halluzinogene	0,0	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	1
Tabak	0,7	1,3	-	-	0,2	-	-	-	0,6	1,2	0,7	42
Flüchtige Lösungsmittel	-	0,1	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,0	1
Andere psychotrope Substanzen	0,4	0,7	6,5	-	2,1	4,5	3,8	-	0,8	1,4	0,9	52
Essstörungen	-	2,4	-	-	-	-	-	-	-	2,1	0,4	23
Patholog. Glücksspiel	1,7	0,9	-	-	-	-	-	-	1,4	0,8	1,3	76
Gesamt	4.038	964	31	1	623	112	80	15	4.718	1.098		5.816
Unbekannt / ohne Hauptdiagnose												4,8%

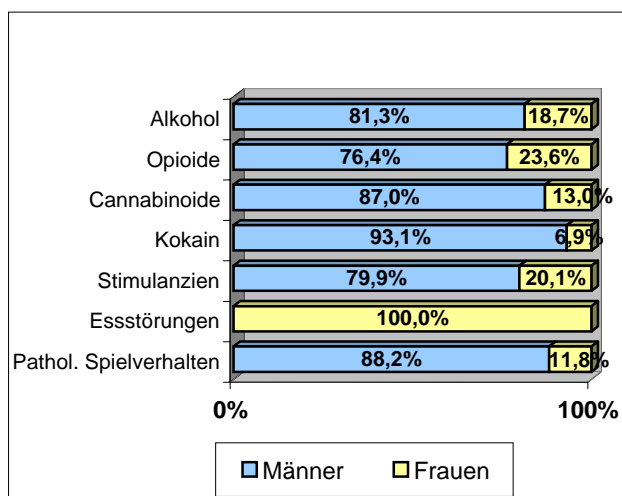
3.3 Soziodemografische Daten

Teile der folgenden Darstellung erfolgen differenziert nach den fünf größten substanzbezogenen Hauptdiagnosegruppen sowie der Gruppen der Patienten mit Essstörungen bzw. Pathologischem Glücksspiel. Dabei ist zu beachten, dass die Daten für Patienten mit einer Kokain-Hauptdiagnose (n=58) sowie für die Patienten mit Essstörungen (n=23) aufgrund der geringen Fallzahl nur unter Vorbehalt zu interpretieren sind.

Geschlecht

Männer stellen den Großteil der behandelten Klientel: Unter den Patienten mit substanzbezogenen Störungen sind zwischen 76% (Opiate) und 93% (Kokain) Männer (Abbildung 1), unter den Pathologischen Glücksspielern sind es 88%. Lediglich bei den Essstörungen ist das Geschlechterverhältnis umgekehrt, hier beziehen sich die im Jahr 2007 dokumentierten Behandlungsfälle ausschließlich auf Frauen.

Abbildung 1: Geschlechterverteilung bei den häufigsten Hauptdiagnosen (N=46; unbek.: 0,0%)



Alter bei Betreuungsbeginn

Tabelle 5 zeigt die Altersverteilung in den Gruppen mit substanzbezogenen Hauptdiagnosen in den ambulanten Beratungsstellen.

Tabelle 5: Altersverteilung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Altersgruppe	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
- 14	0,1	-	0,6	-	0,2	-	-	-	-	-
15 - 17	0,8	1,2	0,6	2,2	11,5	20,5	-	-	-	7,9
18 - 19	2,1	1,4	7,8	15,6	18,4	24,4	4,1	-	7,0	21,1
20 - 24	8,3	5,0	37,0	48,9	43,5	43,6	18,4	25,0	47,2	52,6
25 - 29	8,9	6,7	30,5	20,0	18,4	7,7	34,7	50,0	29,6	10,5
30 - 34	7,6	5,8	11,0	4,4	4,5	-	18,4	25,0	9,9	2,6
35 - 39	12,2	13,5	6,5	4,4	2,8	3,8	16,3	-	4,9	2,6
40 - 44	16,5	17,7	2,6	2,2	0,2	-	6,1	-	0,7	2,6
45 - 49	18,0	19,5	3,2	2,2	0,4	-	-	-	-	-
50 - 54	14,1	15,3	-	-	-	-	-	-	0,7	-
55 - 59	6,9	6,6	-	-	-	-	2,0	-	-	-
60 - 64	2,6	4,4	-	-	0,2	-	-	-	-	-
65 +	2,1	2,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	3.062	727	154	45	506	78	49	4	142	38
Unbekannt										4,7%

Unter den Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen ist der Großteil zwischen 35 und 54 Jahre alt. Alte Patienten über 60 Jahre und insbesondere sehr junge Patienten bis 19 Jahre sind sehr selten aufgrund einer behandlungsleitenden alkoholbezogene Diagnose in Betreuung.

Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass sich die betreuten Männer zu etwas höheren Anteilen in den jüngeren Altersgruppen bis 34 Jahre befinden, die Frauen dagegen in den älteren Altersgruppen. Die Patienten mit behandlungsleitenden Diagnosen in Bezug auf eine illegale Substanz sind überwiegend zwischen 20 und 34 Jahre alt. Es sind nur sehr wenige über 39 Jahre alt. Ein hoher Anteil sehr junger Patienten zwischen 15 und 19 Jahren findet sich bei den Patienten mit einer Abhängigkeit oder schädlichem Gebrauch von Cannabis.

In Bezug auf Essstörungen wurden nur Frauen betreut (Tabelle 6). Etwa ein Drittel unter ihnen ist zwischen 20 und 24 Jahre alt. Die Männer mit der Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel befinden sich größtenteils in der Altersgruppe zwischen 25 und 44 Jahre.

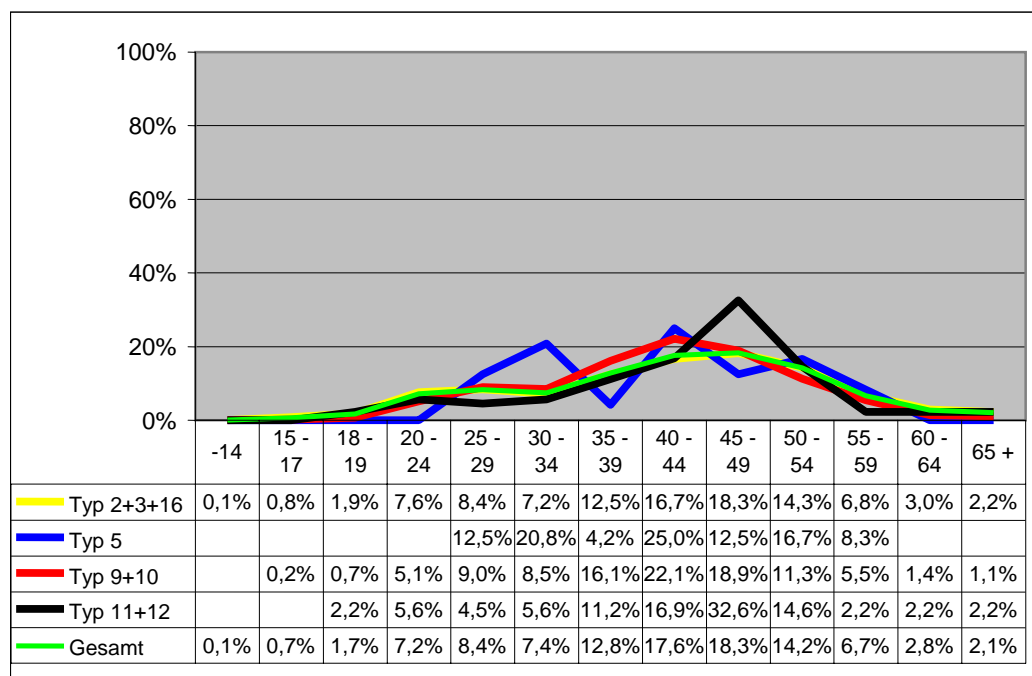
Tabelle 6: Altersverteilung bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Altersgruppe	Essstörungen		Pathol. Spielverhalten	
	M	F	M	F
- 14	-	-	-	11,1
15 - 17	-	4,3	1,5	-
18 - 19	-	17,4	3,0	-
20 - 24	-	30,4	7,5	11,1
25 - 29	-	13,0	20,9	22,2
30 - 34	-	13,0	17,9	11,1
35 - 39	-	8,7	14,9	22,2
40 - 44	-	13,0	14,9	22,2
45 - 49	-	-	6,0	-
50 - 54	-	-	7,5	-
55 - 59	-	-	4,5	-
60 - 64	-	-	1,5	-
65 +	-	-	-	-
Gesamt	0	23	67	9
Unbekannt				4,7%

Einen Überblick über das Durchschnittsalter in den unterschiedlichen Hauptdiagnosegruppen differenziert nach Einrichtungstypen gibt Tabelle 7. Die Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen weisen in den ambulanten Einrichtungstypen (Typ 2+3+16 sowie Typ 5) – jeweils ein ähnliches Durchschnittsalter auf. In den Einrichtungen vom Typ 9+10 sind sie etwas jünger, in den Einrichtungen vom Typ 11+12 liegt das Durchschnittsalter mit 43,0 Jahren am höchsten. Abbildung 2 veranschaulicht die Altersverteilung bei den Betreuungsfällen mit einer Hauptdiagnose in Bezug auf Alkohol. Für die übrigen Diagnosegruppen sind die Fallzahlen für Vergleiche zwischen den Einrichtungstypen zu gering.

Tabelle 7: Altersdurchschnitt und Einrichtungstyp (N=46)

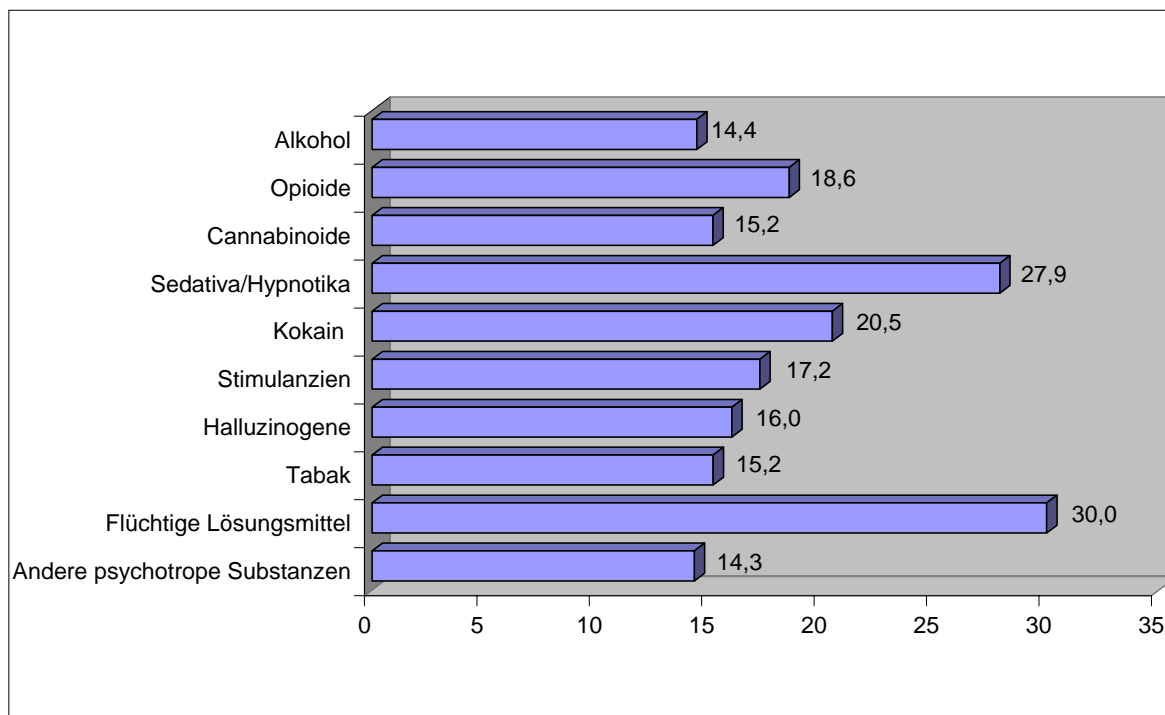
Hauptdiagnose	Typ 2+3+16		Typ 5		Typ 9+10		Typ 11+12		Gesamt	
	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N
Alkohol	41,7	3.789	41,9	24	41,2	565	43,0	89	41,8	4.418
Opioide	26,1	199	22,0	1	25,6	36	21,7	3	26,2	215
Cannabinoide	22,3	584	25,4	5	23,2	74	0,0	0	22,3	608
Kokain	29,7	53	0,0	0	32,8	6	0,0	0	30,0	55
Stimulanzien	24,7	180	0,0	0	24,2	27	0,0	0	24,6	188
Essstörungen	26,7	23	0,0	0	0,0	0	0,0	0	26,7	23
Pathologisches Spielen	35,3	76	0,0	0	0,0	0	0,0	0	35,3	76
Unbekannt										4,2%

Abbildung 2: Altersverteilung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=46; unbek.: 0,0%)

Alter bei Erstkonsum

Das jüngste Durchschnittsalter für den Erstkonsum zeigt sich bei den legalen Substanzen: Für den ersten Alkoholkonsum geben die Patienten im Durchschnitt ein Alter von 14,4 Jahren an, für das Rauchen der ersten Zigarette ein Durchschnittsalter von 15,2 Jahren (Abbildung 3). Unter den illegalen Substanzen wird Cannabis am frühesten konsumiert, mit einem durchschnittlichen Alter von 15,2 Jahren.

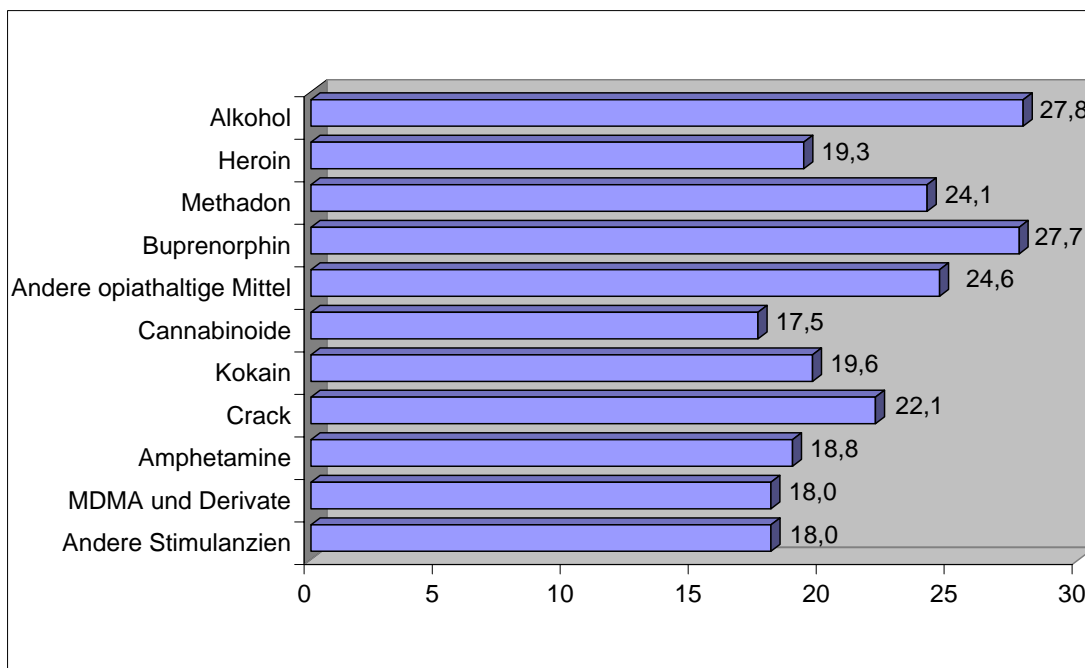
Abbildung 3: Durchschnittliches Alter beim Erstkonsum (Hauptdiagnosen; N=30; unbek.: 3,6%)



Alter bei Störungsbeginn und Störungsdauer

Abbildung 4 gibt für ausgewählte Einzeldiagnosen einen Überblick über das durchschnittliche Alter bei Störungsbeginn.

Abbildung 4: Durchschnittsalter bei Störungsbeginn (Einzeldiagnosen; N=30)*



*Mehrfachnennungen möglich

Für den Beginn alkoholbezogener Störungen wird von den Patienten ein durchschnittliches Alter von 27,8 Jahren angegeben. Das durchschnittliche Alter bei Beginn eines schädlichen Gebrauchs bzw. einer Abhängigkeit von einer illegalen Substanz liegt deutlich niedriger – mit Ausnahme der für die Substitution Opiatabhängiger eingesetzten Substanzen Methadon und Buprenorphin sowie anderer opiathaltiger Mittel. Den frühesten Störungsbeginn in einem Alter von durchschnittlich 17,5 Jahren geben Patienten mit cannabisbezogenen Einzeldiagnosen an.

Im Vergleich ausgewählter Einzeldiagnosen ist die Dauer der Störung, d.h. der Zeitraum zwischen Störungsbeginn und der Aufnahme der aktuellen Behandlung, für den schädlichen Gebrauch bzw. die Abhängigkeit von Alkohol mit durchschnittlich 12,9 Jahren am längsten (Tabelle 8). Die unterschiedlichen erfassten Störungen in Bezug auf illegale Drogen weisen alle eine ähnliche Störungsdauer zwischen 6 und 7 Jahren auf, mit Ausnahme der Substitute Methadon und Buprenorphin sowie anderer opiathaltiger Mittel.

Tabelle 8: Dauer der Störung (Einzeldiagnosen; Einrichtungstypen 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Einzeldiagnose	≤1 Jahr	≤2 Jahre	≤3 Jahre	≤5 Jahre	≤10 Jahre	≥10 Jahre	Mittelwert (Jahre)	Gesamt
Alkohol	8,4	4,5	4,3	9,6	22,7	50,5	12,9	3.254
Heroin	11,5	9,2	7,8	20,3	32,7	18,4	6,8	217
Methadon	42,5	7,5	17,5	15,0	10,0	7,5	4,5	40
Buprenorphin	33,3	33,3		33,3			2,3	3
Andere opiathaltige Mittel	50,0	16,7	11,1	16,7	2,8	2,8	3,0	36
Cannabis	12,5	7,3	9,2	18,3	32,2	20,6	7,1	826
Kokain	13,9	7,9	13,9	19,8	25,7	18,8	6,3	101
Crack	15,0	10,0	20,0	15,0	25,0	15,0	5,9	20
Amphetamine	14,4	10,1	11,5	21,1	27,9	15,1	6,2	445
MDMA und verwandte Substanzen	10,6	7,5	9,1	20,1	37,4	15,4	6,7	254
Andere Stimulanzien	14,5	5,8	15,9	21,7	31,9	10,1	6,0	69
Unbekannt								- *

*keine fehlenden Werte, da Mehrfachnennungen möglich

Familienstand

Unter den Patienten mit einer Hauptdiagnose in Bezug auf Alkohol ist etwa ein Viertel der Männer sowie ein Drittel der Frauen verheiratet (Tabelle 9). Sowohl bei den Männern als auch den Frauen ist jeweils ein Viertel der Patienten geschieden. Dagegen sind die Patienten in den Gruppen mit Hauptdiagnosen in Bezug auf illegale Substanzen zum Großteil ledig. Dies ist zumindest teilweise mit dem geringeren Durchschnittsalter dieser Patienten in Zusammenhang zu bringen.

Tabelle 9: Familienstand bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Familienstand	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Ledig	48,2	27,5	91,7	90,9	96,6	98,7	67,3	75,0	97,2	100,0
Verheiratet	23,6	32,2	6,4	2,3	2,0	-	14,3	25,0	1,4	-
Getrennt lebend	4,9	6,6	0,6	2,3	0,4	1,3	4,1	-	0,7	-
Geschieden	21,8	26,6	1,3	4,5	1,0	-	14,3	-	0,7	-
Verwitwet	1,5	7,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	2.934	684	156	44	504	76	49	4	141	38
Unbekannt										4,9%

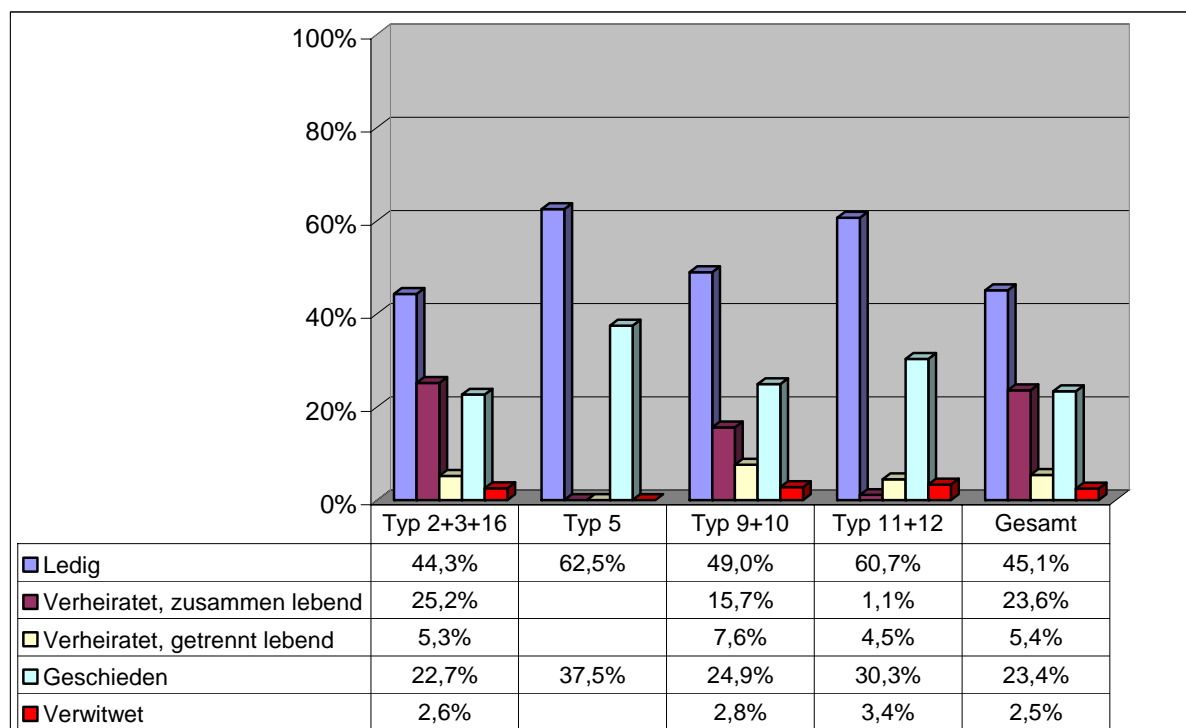
Auch in den Patientengruppen mit behandlungsleitenden Diagnosen aufgrund von Essstörungen oder Pathologischem Glücksspielverhalten sind die meisten Patienten ledig (Tabelle 10). Diese Daten sind jedoch aufgrund der geringen Fallzahlen unter Vorbehalt zu interpretieren.

Tabelle 10: Familienstand bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Familienstand	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Ledig	-	73,9	58,2	66,7
Verheiratet	-	13,0	23,9	-
Getrennt lebend	-	-	1,5	-
Geschieden	-	13,0	16,4	33,3
Verwitwet	-	-	-	-
Gesamt	0	23	67	9
Unbekannt				4,9%

Bei den Patienten mit behandlungsleitenden Diagnosen in Bezug auf Alkohol zeigen sich zwischen den Einrichtungstypen Unterschiede im Familienstand (Abbildung 5). Der höchste Anteil Verheirateter zeigt sich in den ambulanten Beratungsstellen (Typ 3). In den Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens (Typ 5) sowie in den (teil-)stationären Einrichtungen der Sozialtherapie (Typ 11+12) liegen sowohl der Anteil der Ledigen als auch der Anteil der Geschiedenen unter den Patienten höher als in den anderen Einrichtungstypen.

Abbildung 5: Familienstand und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=46; unbek.: 2,2%)



Wohnsituation bei Betreuungsbeginn

Zwischen den unterschiedlichen in den ambulanten Beratungsstellen (Typ 3) behandelten Patientengruppen zeigen sich Unterschiede hinsichtlich ihrer überwiegenden Wohnsituation in den sechs Monaten vor Aufnahme der aktuellen Betreuung (Tabelle 11). Die Patienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose, insbesondere die Frauen, wohnen zum Großteil selbständig, d.h. durch einen Mietvertrag oder Wohneigentum abgesichert. Unter den Männern wohnt jeder zehnte bei anderen Personen, etwa bei der Lebenspartnerin oder bei Familienangehörigen. Unter den Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf illegale Substanzen wohnen deutlich mehr bei anderen Personen als unter denjenigen mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen. In der Gruppe mit cannabisbezogenen Hauptdiagnosen liegt dieser Anteil sowohl bei Männern als auch bei Frauen ebenso hoch wie der Prozentsatz der selbständig Wohnenden. In den Gruppen mit Hauptdiagnosen in Bezug auf illegale Drogen befinden sich unter den männlichen Patienten viele in Haft. Dies trifft insbesondere auf die Männer mit einem schädlichen Gebrauch oder einer Abhängigkeit von Kokain zu, von denen nahezu die Hälfte inhaftiert ist.

Tabelle 11: Wohnsituation bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Wohnsituation	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Selbstständiges Wohnen	78,0	90,8	39,1	62,8	41,0	46,1	38,8	75,0	48,9	63,2
Bei anderen Personen	10,2	4,8	26,9	27,9	41,9	46,1	8,2	-	22,0	26,3
Ambulant betreutes Wohnen	1,3	0,4	-	-	0,8	1,3	-	-	-	5,3
(Fach-)Klinik/stationäre Rehabilitationseinrichtung	1,1	1,0	1,3	7,0	0,8	1,3	2,0	25,0	0,7	2,6
Wohnheim/Übergangswohnheim	1,3	1,5	2,6	2,3	2,2	2,6	4,1	-	-	-
JVA/Maßregelvollzug/Sicherheitsverwahrung	6,2	0,3	25,6	-	12,1	1,3	46,9	-	27,7	2,6
Notunterkunft/Übernachtungsstelle	1,2	0,6	3,2	-	0,2	-	-	-	-	-
Ohne Wohnung	0,5	0,4	0,6	-	0,8	-	-	-	-	-
Sonstiges	0,2	0,1	0,6	-	0,2	1,3	-	-	0,7	-
Gesamt	2.919	682	156	43	503	76	49	4	141	38
Unbekannt										5,4%

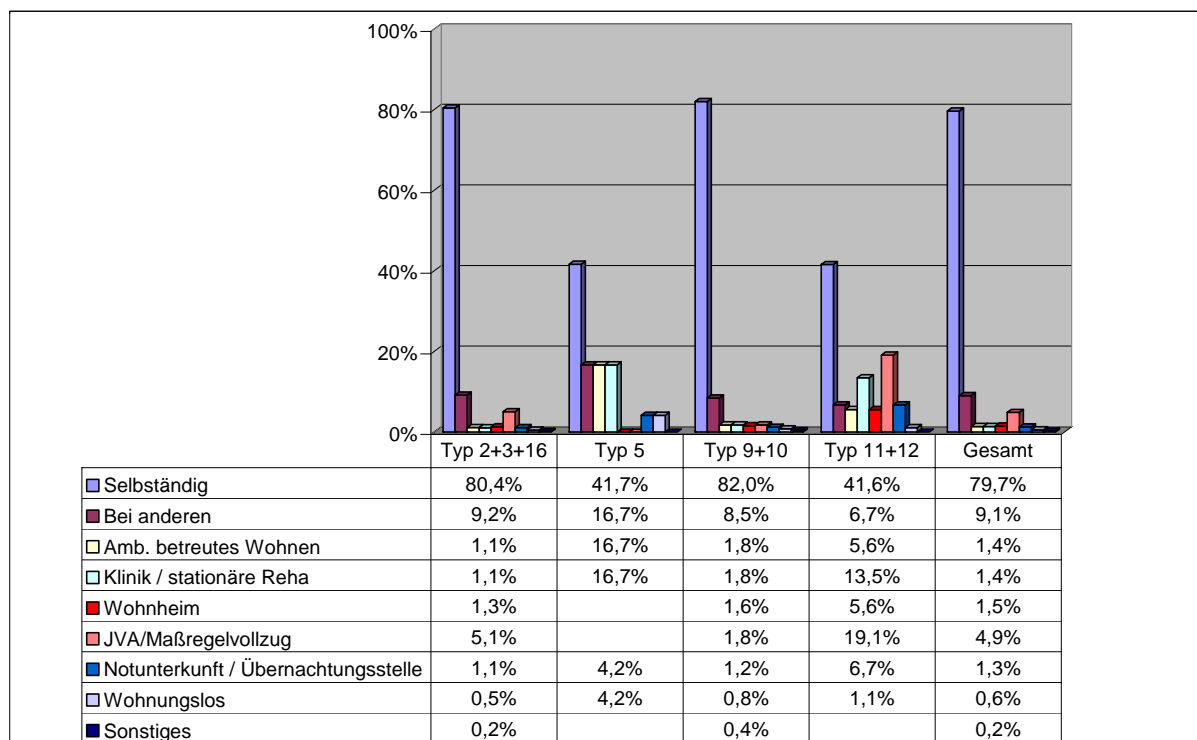
Unter den Frauen mit Essstörungen sowie den Patienten mit einer Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel wohnen jeweils etwa drei Viertel selbständig (Tabelle 12).

Tabelle 12: Wohnsituation bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Wohnsituation	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Selbstständiges Wohnen	-	73,9	71,6	77,8
Bei anderen Personen	-	13,0	16,4	11,1
Ambulant betreutes Wohnen	-	4,3	1,5	-
(Fach-)Klinik/stationäre Rehabilitationseinrichtung	-	4,3	-	11,1
Wohnheim/Übergangswohnheim	-	4,3	1,5	-
JVA/Maßregelvollzug/Sicherheitsverwahrung	-	-	6,0	-
Notunterkunft/Übernachtungsstelle	-	-	1,5	-
Ohne Wohnung	-	-	1,5	-
Sonstiges	-	-	-	-
Gesamt	0	23	67	9
Unbekannt				5,4%

Einen Überblick über die Wohnsituation von Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen gibt Abbildung 6. In den Einrichtungen vom Typ 3 sowie den Einrichtungen vom Typ 9+10 wohnen jeweils vier von fünf Patienten selbständig. In den Einrichtungen vom Typ 5 sowie vom Typ 11+12 ist der Anteil jeweils nur etwa halb so groß. Die Patienten in (teil)stationären Einrichtungen der Sozialtherapie (Typ 11+12) weisen häufiger eine schwierige Wohnsituation in den sechs Monaten vor Beginn der aktuellen Betreuung auf als diejenigen in anderen Einrichtungsarten: Jeder fünfte war überwiegend in Haft, weitere 7% waren überwiegend in Notunterkünften untergebracht.

Abbildung 6: Wohnsituation und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=46; unbek.: 2,6%)



Lebenssituation

In allen betrachteten Gruppen mit substanzbezogenen Hauptdiagnosen lebt der Großteil der Patienten mit anderen Personen zusammen (Tabelle 13). In allen Diagnosegruppen liegt dieser Anteil zudem für die Frauen höher als für die Männer. Unter den Patienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose, die mit anderen zusammenleben, leben über die Hälfte der Männer sowie etwa zwei Drittel mit ihrem Lebenspartner. Dieser Anteil liegt für die Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf illegale Substanzen niedriger. Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen leben zudem häufiger mit Kindern: Etwa die Hälfte der Frauen sowie ein Viertel der Männer lebt mit mindestens einem Kind im Haushalt. Bei den Patienten mit cannabisbezogenen Hauptdiagnosen ist dieser Anteil am niedrigsten. Zudem leben in dieser Patientengruppe mit einem Anteil von etwa zwei Drittel besonders viele bei ihren Eltern bzw. einem Elternteil. Die Ergebnisse für die Patienten mit cannabisbezogenen Störungen sind zumindest teilweise mit dem niedrigen Durchschnittsalter in Zusammenhang zu bringen.

Tabelle 13: Lebenssituation bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Lebenssituation	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzen	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Alleinlebend	42,8	28,7	37,2	13,6	27,6	25,0	44,9	25,0	29,1	26,3
Nicht alleinlebend	57,2	71,3	62,8	86,4	72,4	75,0	55,1	75,0	70,9	73,7
Von den nicht Alleinlebenden leben:*										
Partner/in	56,7	64,5	28,6	31,6	12,6	19,3	29,6	33,3	26,0	32,1
Kind(ern)	24,9	47,6	11,2	42,1	5,5	5,3	11,1	66,7	8,0	25,0
Eltern(teil)	20,4	6,4	41,8	28,9	62,2	68,4	11,1	33,3	28,0	32,1
Sonstiger/n Bezugsperson/en	3,2	3,1	4,1	5,3	5,2	7,0	3,7	-	4,0	7,1
Sonstiger/n Person/en	14,9	5,1	25,5	7,9	21,6	8,8	55,6	-	43,0	21,4
Gesamt	2.932	683	156	44	504	76	49	4	141	38
Unbekannt										5,0%

* Mehrfachnennungen möglich

Die meisten der 23 Patientinnen mit Essstörungen leben nicht allein, sondern mit mindestens einer andere Personen zusammen im Haushalt (Tabelle 14). Davon leben 40% mit einem oder mehreren Kindern. Unter den Männern mit Pathologischem Glücksspielverhalten lebt jeder Vierte allein. Unter den nicht Alleinlebenden zeigt sich insbesondere ein großer Anteil von Patienten, die mit ihrem Lebenspartner bzw. ihrer Lebenspartnerin zusammenleben.

Tabelle 14: Lebenssituation bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Lebenssituation	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Alleinlebend	-	13,0	23,9	33,3
Nicht alleinlebend	-	87,0	76,1	66,7
Von den nicht Alleinlebenden leben:*				
Partner/in	-	25,0	60,8	16,7
Kind(ern)	-	40,0	29,4	83,3
Eltern(teil)	-	15,0	21,6	16,7
Sonstiger/n Bezugsperson/en	-	10,0	2,0	16,7
Sonstiger/n Person/en	-	15,0	13,7	-
Gesamt	0	23	67	9
Unbekannt				5,0%

* Mehrfachnennungen möglich

Schulausbildung

Unter den Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen haben die meisten einen Abschluss an einer Realschule bzw. Polytechnischen Oberschule (Tabelle 15). Insgesamt überwiegen neben dieser Abschlussart in den Gruppen mit substanzbezogenen Hauptdiagnosen die Abschlüsse an Realschulen bzw. Polytechnischen Oberschulen. In den Patientengruppen mit Hauptdiagnosen in Bezug auf illegale Substanzen befinden sich auch viele Betroffene ohne Schulabschluss. Am höchsten liegt dieser Anteil in der Gruppe der Patienten mit opiatbezogenen Hauptdiagnosen mit etwa einem Fünftel der betroffenen Frauen und Männer. Insbesondere in der Gruppe der Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf Cannabis befindet sich ein Teil der Betreuten noch in Schulausbildung (Männer: 7%; Frauen: 13%).

Tabelle 15: Höchster Schulabschluss bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Schulabschluss	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Derzeit in Schulausbildung	0,6	0,6	3,2	7,0	7,4	13,2	-	-	0,7	5,3
Ohne Schulabschluss abgegangen	5,9	4,4	23,1	27,9	15,9	7,9	14,3	-	12,1	18,4
Sonderschulabschluss	3,2	2,2	1,9	-	2,6	-	2,0	-	1,4	-
Haupt-/Volksschulabschluss	33,7	25,9	41,7	30,2	36,6	39,5	34,7	25,0	44,0	31,6
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	49,7	57,1	25,0	25,6	33,0	36,8	40,8	50,0	34,0	34,2
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	6,6	9,7	3,8	9,3	4,4	2,6	8,2	25,0	7,8	10,5
Anderer Schulabschluss	0,4	0,1	1,3	-	0,2	-	-	-	-	-
Gesamt	2.907	680	156	43	503	76	49	4	141	38
Unbekannt										5,6%

Sowohl unter den Frauen mit Essstörungen als auch unter den Pathologischen Glücksspielern stellen Betroffene mit einem Realschulabschluss bzw. einem Abschluss an einer Polytechnischen Oberschule den größten Anteil (Tabelle 16). Jede fünfte der Frauen mit Essstörungen und jeder zehnte der Männer mit Pathologischem Glücksspiel verfügt über die (Fach)Hochschulreife.

In der Gruppe mit opiatbezogenen Hauptdiagnosen liegt dieser Anteil mit mehr als der Hälfte der Patienten am höchsten. Die Patienten mit substanzbezogenen Diagnosen, die über einen Arbeitsplatz verfügen, sind größtenteils als Arbeiter, Angestellte bzw. Beamte beschäftigt. Der Anteil dieser Gruppe ist bei den Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen mit einem Viertel der Männer und knapp einem Drittel der Frauen am höchsten. In der jüngeren Gruppe der Patienten mit behandlungsleitenden Diagnosen in Bezug auf Cannabis ist jeder fünfte männliche Patient und nahezu jede dritte Patientin in einer Berufsausbildung. Auch der Anteil der Schüler und Studenten liegt in dieser Diagnosegruppe im Vergleich zu den anderen Gruppen mit substanzbezogenen Diagnosen höher.

Jede Vierte der 18 Patientinnen mit Essstörungen ist arbeitslos (Tabelle 18). Unter den Männern mit Pathologischem Glücksspiel verfügt jeder Zweite über einen Arbeitsplatz als Arbeiter, Angestellter bzw. Beamter. Nahezu jeder Zehnte ist freiberuflich tätig.

Tabelle 18: Berufliche Integration bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Berufsstatus	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Auszubildender	-	11,1	1,7	11,1
Arbeiter/Angestellter/ Beamter	-	16,7	46,7	11,1
Selbstständig/Freiberufler	-	-	8,3	-
Sonstige Erwerbs-person (z.B. Wehrdienst/Elternzeit)	-	-	5,0	-
In beruflicher Rehabilitation	-	11,1	-	-
Arbeitslos nach SGB III (ALG I)	-	-	5,0	11,1
Arbeitslos nach SGB II (ALG II)	-	27,8	15,0	33,3
Schüler/Student	-	16,7	3,3	11,1
Hausfrau/Hausmann	-	5,6	-	11,1
Rentner/Pensionär	-	-	10,0	-
Sonstige Nichterwebsperson (z.B. SGB XII)	-	11,1	5,0	11,1
Gesamt	0	18	60	9
Unbekannt				5,1%

4 Ergebnisse zur Behandlung

Der folgende Abschnitt beschreibt Daten zum Zugang zur Betreuung sowie zu Art, Abschluss und Ergebnissen der Betreuung. Die eingesetzten Formen der Datendarstellung – differenziert nach Einrichtungstypen für die Gesamtgruppe der betreuten Patienten und gesondert für die Gruppe der Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen sowie nur für die Daten der ambulanten Beratungsstellen differenziert nach sieben ausgewählten Hauptdiagnosen – stimmen mit Kapitel 3 überein.

Gerichtliche Auflagen

In allen betrachteten Patientengruppen mit substanzbezogenen Hauptdiagnosen beginnen die meisten Betroffenen die Betreuung ohne gerichtliche Auflagen (Tabelle 20). Betreuungsaufnahmen aufgrund von Auflagen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz kommen in den Gruppen mit behandlungsleitenden Diagnosen in Bezug auf illegale Drogen bei etwa einem Fünftel bis zu einem Drittel der Patienten vor, dabei jeweils häufiger bei den Männern als bei den Frauen. Bei etwa jedem zehnten männlichen Patienten der fünf betrachteten Diagnosegruppen steht die Behandlungsaufnahme mit einer anderen strafrechtlichen Grundlage in Zusammenhang, etwa Verurteilungen aufgrund von Raub- oder Gewaltdelikten.

Tabelle 20: Gerichtliche Auflagen bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Aufnahmegrund	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Keine gerichtlichen Auflagen	88,0	97,4	68,4	79,5	69,1	81,6	53,1	100,0	67,1	73,7
§§ 35 - 38 BtmG	1,3	0,3	24,3	18,2	21,4	13,2	30,6	-	21,4	18,4
Psych-KG/ Landesunterbringungsgesetz	0,2	-	-	-	-	1,3	-	-	-	-
Andere strafrechtliche Grundlagen	10,5	2,4	7,2	2,3	9,4	3,9	16,3	-	11,4	7,9
Gesamt	2.971	720	152	44	499	76	49	4	140	38
Unbekannt										5,4%

Nahezu alle Patientinnen mit Essstörungen sowie alle Pathologischen Glücksspieler beginnen die Betreuung ohne gerichtliche Auflagen (Tabelle 21).

Tabelle 21: Gerichtliche Auflagen bei nicht substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Aufnahmegrund	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Keine gerichtlichen Auflagen	-	100,0	95,5	100,0
§§ 35 - 38 BtmG	-	-	-	-
Psych-KG/ Landesunterbringungsgesetz	-	-	-	-
Andere strafrechtliche Grundlagen	-	-	4,5	-
Gesamt	0	23	66	9
Unbekannt				5,4%

Vermittlung

In den ambulanten Beratungsstellen (Typ 3) kommen ein Viertel der männlichen Patienten und knapp ein Drittel der Frauen ohne Vermittlung direkt in die Betreuung (Tabelle 22). In die Betreuung an anderen Einrichtungstypen werden nahezu alle Patienten durch eine andere Institution vermittelt. Zwei Drittel der Patienten der Einrichtungen vom Typ 9+10 werden durch ambulante Beratungsstellen vermittelt. Die Vermittlung durch Justizbehörden bzw. Bewährungshilfe spielt insbesondere in den Einrichtungen vom Typ 11+12 eine Rolle.

Tabelle 22: Vermittlung und Einrichtungstyp (Angaben in %; N=46)

Vermittlung durch	Typ 2+3+16		Typ 3		Typ 9+10		Typ 11+12		Gesamt			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	%	Abs.
Keine/Selbstmelder	25,7	30,8	12,9	-	0,2	-	-	-	22,3	27,7	22,7	1.279
Familie	11,6	15,4	6,5	-	0,3	-	3,8	-	10,1	13,9	12,0	674
Arbeitgeber/Betrieb/ Schule	2,0	2,4	-	-	0,3	-	-	-	1,8	2,2	2,0	111
Abstinenz-/ Selbsthilfe- gruppe	0,2	0,2	-	-	-	-	-	-	0,2	0,2	0,2	11
Ärztliche/ psychothera- peutische Praxis	4,7	8,0	-	-	0,3	1,0	-	-	4,1	7,2	5,0	280
Suchtberatungs-/ behandlungsstelle	1,0	1,6	-	-	65,4	69,8	7,6	-	-	7,5	7,8	437
Anderer ambulante Suchthilfeinrichtungen	1,4	0,6	3,2	-	0,7	1,0	7,6	6,7	1,4	0,8	1,2	69
Krankenhaus(abteilung)	12,1	16,3	3,2	-	19,4	15,6	15,2	13,3	13,3	16,3	13,7	773
Anderer stationäre Suchthilfeinrichtungen	3,1	5,0	51,6	100,0	8,5	9,4	13,9	20,0	4,3	5,6	4,5	254
Anderer Beratungsdien- ste	6,1	2,7	12,9	-	1,6	-	10,1	26,7	5,7	2,7	5,0	284
Justizbehörde/ Bewäh- rungshilfe	12,2	2,5	-	-	1,0	1,0	22,8	13,3	11,0	2,5	9,1	513
Soziale Verwaltung	0,4	0,6	3,2	-	-	-	1,3	-	0,4	0,6	0,4	23
Straßenverkehrsbehör- de/Führerscheinstelle	3,7	1,0	-	-	0,2	-	-	-	3,2	0,9	2,7	152
Sonstige	15,9	12,8	6,5	-	2,1	2,1	17,7	20,0	14,3	12,1	13,6	768
Gesamt	3.812	947	31	1	578	96	79	15	4.431	1.056		5.628
Unbekannt												6,5%

In allen substanzbezogenen Diagnosegruppen nehmen Frauen die Betreuung an einer ambulanten Beratungsstelle häufiger als Männer ohne Vermittlung auf (Tabelle 23). Unter den Männern wird jeweils ein höherer Anteil durch Justizbehörden bzw. Bewährungshelfer vermittelt als bei den Frauen. Dieser Anteil liegt insbesondere bei den Männern mit kokain- und stimulanzenbezogenen Hauptdiagnosen hoch. Die Vermittlung durch Familienangehörige betrifft vor allem Patienten mit behandlungsleitenden Diagnosen in Bezug auf Cannabis bzw. Opiate. Über ärztliche bzw. psychotherapeutische Praxen kommen hauptsächlich Patienten mit opiatbezogenen Hauptdiagnosen in die Betreuung, über Krankenhäuser bzw. Krankenhausabteilungen nahezu ausschließlich Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen.

Tabelle 23: Vermittlung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Vermittlung durch	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzen	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Keine/Selbstmelder	26,2	29,7	29,7	31,8	23,4	33,3	20,8	50,0	13,4	39,5
Familie	10,1	13,9	17,6	18,2	17,7	26,9	2,1	25,0	10,6	15,8
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	2,0	1,5	0,7	2,3	2,5	3,8	-	-	2,1	5,3
Abstinenz-/Selbsthilfegruppe	0,2	0,3	-	-	0,2	-	-	-	-	-
Ärztliche/psychotherapeutische Praxis	4,6	8,6	11,5	15,9	2,7	2,6	2,1	-	4,9	-
Suchtberatungs-/behandlungsstelle	1,1	1,7	-	2,3	1,0	2,6	-	-	-	-
Andere ambulante Suchthilfeeinrichtungen	1,5	0,8	2,0	-	1,3	-	-	-	-	-
Krankenhaus(abteilung)	15,2	19,8	2,0	4,5	1,9	3,8	-	-	2,8	-
Andere stationäre Suchthilfeeinrichtungen	3,6	5,6	0,7	6,8	1,9	1,3	4,2	25,0	0,7	-
Andere Beratungsdienste	4,6	2,7	18,2	-	5,4	1,3	22,9	-	19,0	7,9
Justizbehörde/Bewährungshilfe	9,2	1,0	14,9	9,1	22,3	10,3	41,7	-	28,9	13,2
Soziale Verwaltung	0,4	0,4	-	-	0,2	1,3	-	-	-	-
Straßenverkehrsbehörde/ Führerscheinstelle	3,7	0,8	-	-	4,8	1,3	2,1	-	8,5	2,6
Sonstige	17,5	13,2	2,7	9,1	14,6	11,5	4,2	-	9,2	15,8
Gesamt	2.889	713	148	44	479	78	48	4	142	38
Unbekannt										5,0%

Tabelle 24: Vermittlung bei nicht substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Vermittlung durch	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Keine/Selbstmelder	-	39,1	41,3	55,6
Familie	-	26,1	27,0	11,1
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	-	8,7	-	-
Abstinenz-/Selbsthilfegruppe	-	-	3,2	-
ärztliche/psychotherapeutische Praxis	-	13,0	4,8	-
Suchtberatungs-/behandlungsstelle	-	-	-	-
Andere ambulante Suchthilfeeinrichtungen	-	-	-	-
Krankenhaus(abteilung)	-	-	3,2	-
Andere stationäre Suchthilfeeinrichtungen	-	-	3,2	11,1
Andere Beratungsdienste	-	13,0	6,3	-
Justizbehörde/Bewährungshilfe	-	-	4,8	-
Soziale Verwaltung	-	-	-	11,1
Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle	-	-	-	-
Sonstige	-	-	6,3	11,1
Gesamt	0	23	63	9
Unbekannt				5,0%

Unter den Patientinnen mit Essstörungen sowie unter den Patienten mit Pathologischem Glücksspiel stellen diejenigen, die ohne Vermittlung eine Betreuung aufnehmen, jeweils den größten Anteil (Tabelle 24). Jeder vierte Betroffene in diesen beiden Patientengruppen wird zudem durch Familienangehörige vermittelt.

Anteil der Erstbehandelten

In den ambulanten Beratungsstellen sind etwa ein Drittel der Frauen und Männer mit behandlungsleitenden Diagnosen in Bezug auf Alkohol erstmalig in Behandlung (Tabelle 25). Den höchsten Anteil Erstbehandelter weist die im Durchschnitt eher junge Gruppe der in den ambulanten Beratungsstellen Betreuten mit cannabisbezogenen Hauptdiagnosen auf (53%), der geringste Anteil zeigt sich bei den Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf Opiate (14%). In den anderen Einrichtungstypen, in denen ganz überwiegend Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen betreut wurden, ist der überwiegende Anteil der Betreuten bereits zum wiederholten Mal in Behandlung.

Tabelle 25: Anteil der Erstbehandelten und Einrichtungstyp (Angaben in %; N=46)

Hauptdiagnose	Typ 2+3+16		Typ 5		Typ 9+10		Typ 11+12		Gesamt			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	%	Abs.
Alkohol	38,6	33,7	16,7	-	9,7	9,0	22,0	17,0	34,5	31,4	33,9	3.719
Opioide	16,8	12,8	-	-	-	-	-	-	14,5	10,9	13,7	211
Cannabinoide	58,4	69,4	-	-	3,0	-	-	-	51,5	63,3	53,1	572
Kokain	38,8	75,0	-	-	-	-	-	-	35,8	75,0	38,6	57
Stimulanzen	48,2	57,9	-	-	4,3	-	-	-	42,5	53,7	44,8	201
Essstörungen	-	66,7	-	-	-	-	-	-	-	66,7	66,7	18
Pathol. Spielen	56,1	77,8	-	-	-	-	-	-	56,1	77,8	59,1	66
Unbekannt												5,6%

Art der Betreuung

Tabelle 26 gibt einen Überblick über die Art der Betreuung in den unterschiedlichen Einrichtungstypen. Die vorwiegend umgesetzte Art der Betreuung entspricht den Einrichtungstypen: Während in ambulanten Beratungsstellen nahezu alle Patienten eine ambulante Beratung erhalten, nimmt der Großteil der Patienten der Rehabilitationskliniken und Adaptionseinrichtungen eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in Anspruch. An den genannten Einrichtungsarten werden jedoch auch andere Betreuungsangebote genutzt: Unter den Patienten der ambulanten Beratungsstellen nimmt jeder zehnte Patient an einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung teil. An den Einrichtungen vom Typ 9+10 erhalten jeweils 5% der Frauen und Männer eine ambulante Entwöhnung. In diesen Einrichtungen nimmt zudem jeder fünfte eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch. In den anderen Einrichtungstypen spielt diese Betreuungsform nahezu keine Rolle.

Tabelle 26: Art der Betreuung und Einrichtungstyp (Angaben in %; N=46)*

Maßnahme	Typ 2+3+16		Typ 5		Typ 9+10		Typ 11+12		Gesamt			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	%	Abs.
Medizinische Notfallhilfe	0,1		19,0				1,6		0,2		0,2	9
Substitutionsbehandlung	0,4	0,7							0,4	0,6	0,4	22
Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution	1,5	1,5	4,8						1,3	1,3	1,3	67
Sonstige medizinische Maßnahmen	0,1	0,1	19,0		9,8	9,8			1,6	1,2	1,5	81
Entzug/ Entgiftung	0,9	1,4	19,0		1,0				1,0	1,2	1,1	56
Ambulante Suchtberatung	89,2	92,7	52,4	75,0	0,2	0,9	1,6		74,8	81,1	76,0	4.020
Ambulante Entwöhnung	9,3	11,5			4,8	4,5	1,6		8,5	10,5	8,9	469
Teilstationäre Entwöhnung	0,0						1,6		0,0		0,0	2
Stationäre Entwöhnung	0,3	0,6	4,8		75,6	67,9	1,6		11,2	8,0	10,6	562
Kombinationstherapie		0,1								0,1	0,0	1
Adaptionsbehandlung					7,2	6,3			1,0	0,7	1,0	52
Ambulante Sozialtherapie	2,1	1,6	38,1	25,0	0,2				2,0	1,5	1,9	99
Teilstationäre Sozialtherapie	0,1	0,1			0,2		31,7	57,1	0,6	0,9	0,6	33
Stationäre Sozialtherapie	0,5	0,6			5,6	6,3	65,1	35,7	2,2	1,7	2,1	111
Psychiatrische Behandlung	0,1	0,3	9,5	25,0	2,9	3,6			0,6	0,8	0,6	32
Psychotherapeutische Behandlung	0,3	0,7	4,8		19,3	20,5	3,2		3,1	2,9	3,1	162
Sonstige Maßnahmen	5,7	4,4	23,8		2,6	1,8	12,7		5,4	4,0	5,1	272
Gesamt	3.581	871	21	4	623	112	63	14	4.288	1.000		5.288

* Mehrfachnennungen möglich

Dauer der Betreuung

In ambulanten Beratungsstellen zeigt sich für die Patienten mit opiatbezogenen Hauptdiagnosen im Vergleich zu den übrigen betrachteten substanzbezogenen Diagnosegruppen eine besonders lange durchschnittliche Betreuungsdauer von 69 Wochen (Tabelle 27). Die eher jungen Gruppen mit Diagnosen in Bezug auf Cannabis bzw. Stimulanzen befinden sich im Durchschnitt nur halb so lang in Betreuung. Eine noch kürzere mittlere Betreuungsdauer weisen die Pathologischen Glücksspieler auf. Ein anderes Bild zeigt sich in den Rehabilitations- und Adaptionseinrichtungen: Hier ist die durchschnittliche Betreuungsdauer mit 16 Wochen für die Patienten mit cannabisbezogenen sowie stimulanzenbezogenen Hauptdiagnosen mit 16 bzw.

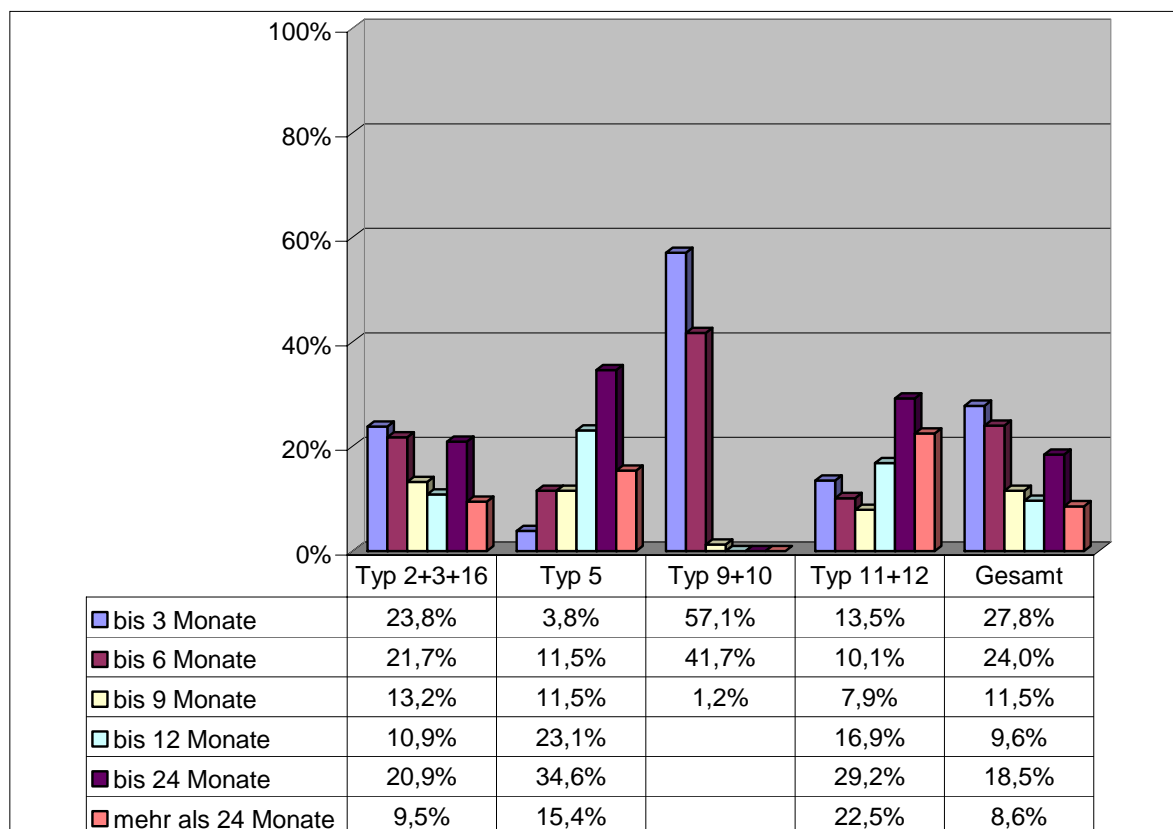
18 Wochen höher als für die Patienten mit opiat- bzw. alkoholbezogenen Hauptdiagnosen. Die höchste Betreuungsdauer in dieser Einrichtungsart weisen die Patienten mit einer kokainbezogenen Hauptdiagnose auf, hier liegen jedoch nur sechs dokumentierte Betreuungsfälle vor. Für die Patienten mit behandlungsleitenden Diagnosen in Bezug auf Alkohol ist ein Vergleich zwischen den Einrichtungsarten möglich. In den Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens (Typ 5) und den (teil)stationären sozialtherapeutischen Einrichtungen zeigt sich eine sehr lange mittlere Betreuungsdauer. Die Betreuung an den Rehabilitationseinrichtungen bzw. Adaptionseinrichtungen dauert dagegen im Durchschnitt nur etwa 12 Wochen. Die Betreuungsdauer an den ambulanten Beratungsstellen bewegt sich somit mit 47 Wochen im mittleren Bereich zwischen den anderen Einrichtungsarten.

Tabelle 27: Mittlere Betreuungsdauer in Wochen und Einrichtungstyp (N=46)

Hauptdiagnose	Typ 2+3+16		Typ 5		Typ 9+10		Typ 11+12		Gesamt	
	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N
Alkohol	46,6	3.705	96,5	26	12,1	566	74,4	89	43,1	4.385
Opioide	69,2	210	69,6	1	14,7	36	15,5	3	60,7	250
Cannabinoide	35,4	584	46,6	2	16,2	74			33,3	660
Kokain	43,8	56			24,3	6			41,9	62
Stimulanzien	32,5	196			17,7	28			30,6	224
Essstörungen	53,0	25							53,0	25
Pathologisches Spielen	30,3	69							30,3	69
Unbekannt										3,7%

Abbildung 7 veranschaulicht die durchschnittliche Betreuungsdauer für die Gruppe der Patienten mit behandlungsleitenden Diagnosen in Bezug auf Alkohol im Vergleich der Einrichtungstypen. Die kürzesten Betreuungsdauern zeigen sich in den Einrichtungen vom Typ 9+10: Über die Hälfte bleibt bis zu 3 Monate in Betreuung, der Großteil der übrigen Patienten bis zu maximal einem halben Jahr. In den Einrichtungen vom Typ 5 und vom Typ 11+12 bleiben die Patienten, der Angebotsform entsprechend, zum überwiegenden Teil über ein Jahr in Betreuung. Auch an den ambulanten Beratungsstellen (Typ 3) nimmt nahezu jeder dritte Patient eine Langzeitbetreuung von über einem Jahr in Anspruch.

Abbildung 7: Betreuungsdauer und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=46; unbek.: 0,0%)



Wie Tabelle 28 zeigt, unterscheidet sich die Verteilung der Betreuungsdauer für die in den ambulanten Beratungsstellen betreuten Patientengruppen mit substanzbezogenen Hauptdiagnosen. Bei den Patienten mit einer Hauptdiagnosen in Bezug auf Alkohol sowie bei den 51 Männern mit kokainbezogenen Hauptdiagnosen zeigt sich ein breiter besetztes Spektrum unterschiedlicher Betreuungsdauern. Bei den Patienten mit behandlungsleitenden Diagnosen in Bezug auf Cannabis bzw. Stimulanzen liegen überwiegend kurze Betreuungsdauern von bis zu drei bzw. bis zu sechs Monaten vor. Dies kann sehr unterschiedliche Gründe haben, etwa schnelle Behandlungserfolge oder frühzeitige Behandlungsabbrüche durch den Patienten. Die höchsten Anteile sehr langer Betreuungszeiten zeigen sich bei der Gruppe der Patienten mit behandlungsleitenden Diagnosen in Bezug auf Opiate: Etwa ein Viertel der Patientinnen und Patienten sind zwischen einem und zwei Jahren in Betreuung. Jeder fünfte Patient sowie jede vierte Patientin wird länger als zwei Jahre betreut. Ein Vergleich der Geschlechter zeigt, dass sehr kurze Betreuungsdauern von bis zu drei Monaten in allen Patientengruppen mit substanzbezogenen Diagnosen – mit Ausnahme der Gruppe mit opiatbezogener Diagnosen – bei den Frauen häufiger vorkommen.

Tabelle 28: Dauer der Betreuung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Betreuungsdauer	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Bis 3 Monate	23,1	27,8	13,0	11,1	29,3	42,7	17,6	20,0	26,0	35,7
Bis 6 Monate	22,0	20,6	15,4	13,3	21,6	23,2	21,6	-	29,9	11,9
Bis 9 Monate	13,5	11,7	12,3	15,6	14,0	13,4	15,7	20,0	13,0	19,0
Bis 12 Monate	11,1	9,9	13,0	11,1	8,8	7,3	17,6	20,0	11,7	9,5
Bis 24 Monate	21,1	20,3	25,9	24,4	20,8	12,2	19,6	40,0	16,2	19,0
Mehr als 24 Monate	9,3	9,8	20,4	24,4	5,4	1,2	7,8	-	3,2	4,8
Gesamt	3.009	676	162	45	499	82	51	5	154	42
Unbekannt										4,1%

Drei von vier der Patienten, die primär aufgrund von Essstörungen betreut werden, weisen kurze Betreuungsdauern von bis zu drei bzw. bis zu sechs Monaten auf (Tabelle 29). Dies trifft auch auf mehr als die Hälfte der Pathologischen Glücksspieler zu.

Tabelle 29: Dauer der Betreuung bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Betreuungsdauer	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Bis 3 Monate	25,0	38,1	25,4	30,0
Bis 6 Monate	-	38,1	27,1	40,0
Bis 9 Monate	50,0	9,5	15,3	10,0
Bis 12 Monate	-	-	11,9	-
Bis 24 Monate	-	4,8	18,6	20,0
Mehr als 24 Monate	25,0	9,5	1,7	-
Gesamt	4	21	59	10
Unbekannt				4,1%

Anzahl der Kontakte

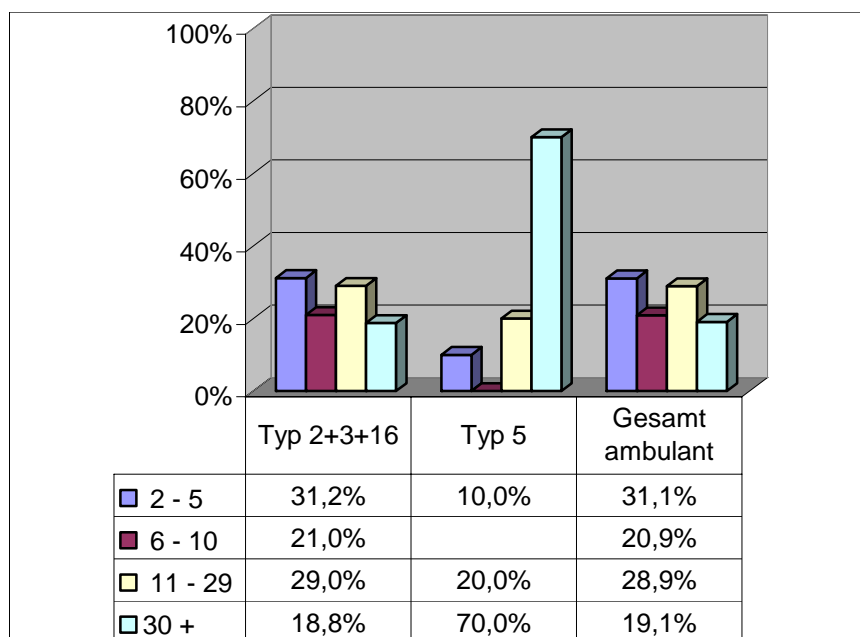
Durchschnittliche Kontaktzahlen werden nur für die ambulanten Einrichtungstypen dokumentiert und dargestellt, da eine stationäre Betreuung einen kontinuierlichen Kontakt darstellt und eine Angabe über Einzelkontakte daher nicht sinnvoll ist (Tabelle 30). Die Daten der ambulanten Beratungsstellen ermöglichen einen Vergleich der unterschiedlichen Diagnosegruppen: Die höchste durchschnittliche Kontaktzahl weisen die Patienten mit alkohol- und opiatbezogenen Hauptdiagnosen auf. Die Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf Cannabis, Kokain oder Stimulanzien nehmen eine deutlich geringere Anzahl von Kontakten in Anspruch. Einen noch niedrigeren Wert weisen die Patientinnen mit Essstörungen sowie die Pathologischen Glücksspieler auf.

Tabelle 30: Mittlere Kontaktzahl und Einrichtungstyp (ambulant; N=35)

Hauptdiagnose	Typ 2+3+16		Typ 5		Gesamt ambulant	
	Ø	N	Ø	N	Ø	N
Alkohol	21,5	1.866	128,9	10	22,0	1.876
Opioide	19,2	137	-	-	19,2	137
Cannabinoide	8,9	309	-	-	8,9	309
Kokain	10,5	26	-	-	10,5	26
Stimulanzen	11,6	81	-	-	11,6	81
Essstörungen	8,4	9	-	-	8,4	9
Pathologisches Spielverhalten	8,3	35	-	-	8,3	35
Unbekannt						1,8%

Die Verteilung der Kontaktzahlen in den ambulanten Einrichtungstypen für die Gruppe der Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen veranschaulicht Abbildung 8.

Abbildung 8: Kontaktzahl und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=35; unbek.: 0,0%)



In allen Patientengruppen mit substanzbezogenen Diagnosegruppen zeigt sich ein hoher Anteil an Betroffenen, die nur zwei bis fünf Kontakte in Anspruch nehmen (Tabelle 31). Dies kann, ebenso wie eine kurze durchschnittliche Betreuungsdauer, mit sehr unterschiedlichen Gründen, etwa einem schnell erreichten Beratungs- bzw. Behandlungserfolg oder einem frühzeitigen Abbruch der Betreuung, in Zusammenhang stehen. Die höchsten Anteile von Patienten mit einer sehr geringen Kontaktzahl zeigen sich in den Gruppen mit cannabis-, kokain- und stimulanzenbezogenen Hauptdiagnosen. Eine hohe Anzahl von 30 oder mehr wahrgenommenen Kontakten

weisen etwa jeder fünfte Mann sowie etwa jeder vierte Frau auf, die aufgrund einer behandlungsleitenden Diagnosen in Bezug auf Alkohol bzw. Opiate betreut wird.

Tabelle 31: Anzahl der Kontakte bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Kontaktzahlen	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzen	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
2 bis 5	30,3	30,3	28,8	25,6	47,1	51,7	50,0	50,0	40,6	50,0
6 bis 10	21,3	21,1	31,7	12,8	27,8	24,1	22,7	-	20,3	20,0
11 bis 29	30,6	25,6	22,1	33,3	22,4	17,2	18,2	25,0	32,8	25,0
30 und mehr	17,8	23,0	17,3	28,2	2,7	6,9	9,1	25,0	6,3	5,0
Gesamt	1.632	465	104	39	259	58	22	4	64	20
Unbekannt										1,8%

Kurze Betreuungen mit zwei bis fünf Kontakten überwiegen sowohl bei den Patientinnen mit Essstörungen als auch bei den Pathologischen Glücksspielern (Tabelle 32). Hohe Zahlen von 30 oder mehr wahrgenommenen Kontakten sind in beiden Gruppen die Ausnahme.

Tabelle 32: Anzahl der Kontakte bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Kontaktzahlen	Essstörungen		Pathologisches Spielverhalten	
	M	F	M	F
2 bis 5	-	56,3	45,5	57,1
6 bis 10	-	18,8	21,2	14,3
11 bis 29	-	18,8	27,3	28,6
30 und mehr	-	6,3	6,1	-
Gesamt	0	16	33	7
Unbekannt				1,8%

Art der Beendigung

In den Patientengruppen mit behandlungsleitenden Diagnosen in Bezug auf Alkohol, Cannabis oder Stimulanzen schließen jeweils zwischen 40% und 43% der Männer die Betreuung regulär ab (Tabelle 33). Bei den Frauen liegt dieser Anteil mit 33% bis 38% niedriger. Bei Patienten mit opiatbezogenen Hauptdiagnosen beendet nur etwa jeder fünfte Patient bzw. jede fünfte Patientin die Betreuung regulär. Für Männer mit kokainbezogener Hauptdiagnose zeigt sich mit 56% ein besonders hoher Anteil regulärer Behandlungsabschlüsse. Ein Vergleich mit den Frauen ist aufgrund der geringen Fallzahl dieser Gruppe (n=5) nicht möglich. Abbrüche von Seiten der Patienten sind in allen Diagnosegruppen häufig. Insbesondere in der Gruppe mit opiatbezogenen Hauptdiagnosen bricht jeder zweite Patient die Betreuung ab, mit einem etwas höheren Anteil bei den Männern. In allen anderen Gruppen mit substanzbezogenen Diagnosen liegt der Anteil der abgebrochenen Betreuungen bei den Patientinnen

höher als bei den männlichen Patienten. Die wenigsten Abbrüche weisen Männer mit kokainbezogenen Hauptdiagnosen auf (20%).

Tabelle 33: Art der Beendigung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 2+3+16; Angaben in %; N=30)

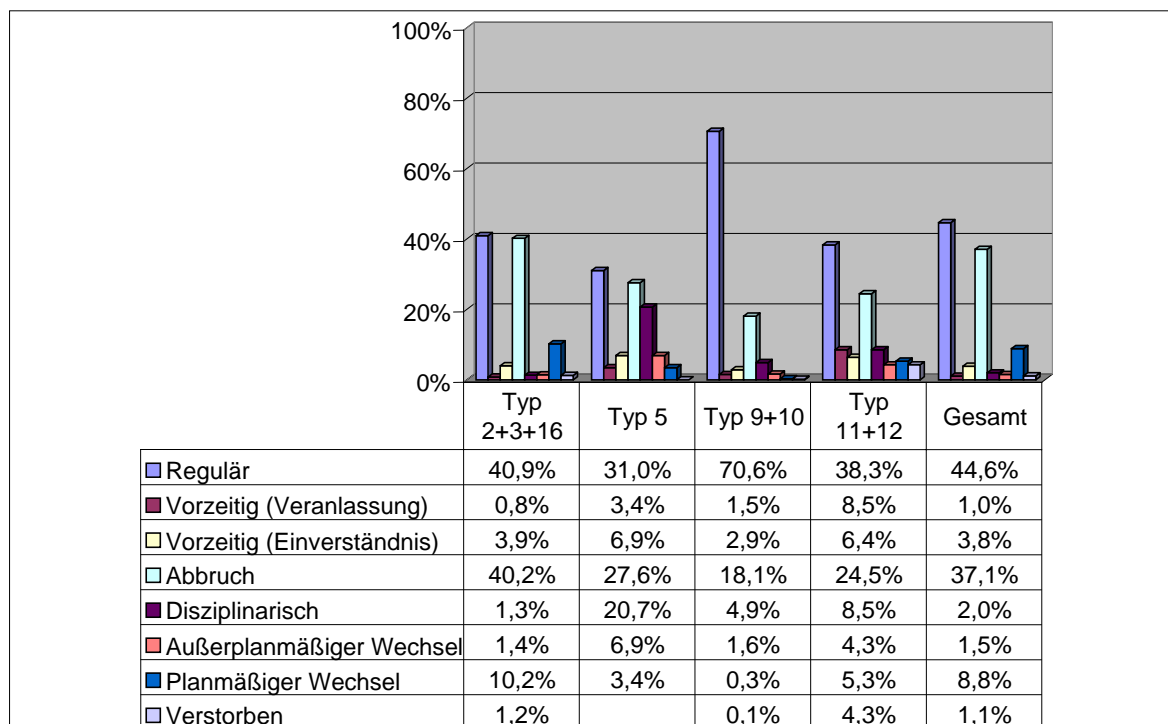
Art der Beendigung	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzen	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Regulär nach Beratungs-/Behandlungsplan	43,0	38,4	18,9	20,0	43,2	32,9	56,9	60,0	39,6	33,3
Vorzeitig auf therapeutische Veranlassung	0,7	1,8	1,9	-	0,2	1,2	-	-	-	-
Vorzeitig mit therapeutischen Einverständnis	3,9	5,0	1,9	4,4	3,4	4,9	7,8	-	1,9	7,1
Vorzeitig, Abbruch durch Patient	38,0	41,9	52,8	51,1	43,8	48,8	19,6	40,0	42,2	52,4
Disziplinarisch	1,2	0,9	3,1	-	1,8		3,9	-	1,3	-
Außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	1,2	0,6	4,4	4,4	1,0	1,2	2,0	-	5,8	2,4
Planmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	10,5	10,2	15,7	15,6	6,5	11,0	9,8	-	7,8	4,8
Verstorben	1,5	1,2	1,3	4,4	-	-	-	-	1,3	-
Gesamt	2.951	664	159	45	495	82	51	5	154	42
Unbekannt										4,4%

Unter den Pathologischen Glücksspielern zeigt sich ein sehr hoher Anteil von Abbrechern, der noch über dem Wert für die Patienten mit opiatbezogenen Hauptdiagnosen liegt (Tabelle 34). Bei den Patientinnen mit Essstörungen beenden 43% die Betreuung regulär.

Tabelle 34: Art der Beendigung bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Art der Beendigung	Essstörungen		Pathologisches Spielverhalten	
	M	F	M	F
Regulär nach Beratungs-/Behandlungsplan	75,0	42,9	32,8	10,0
Vorzeitig auf therapeutische Veranlassung	-	4,8	-	-
Vorzeitig mit therapeutischen Einverständnis	25,0	-	1,7	10,0
Vorzeitig, Abbruch durch Patient	-	33,3	55,2	60,0
Disziplinarisch	-	-	-	-
Außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	-	-	1,7	-
Planmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	-	19,0	8,6	20,0
Verstorben	-	-	-	-
Gesamt	4	21	58	10
Unbekannt				4,4%

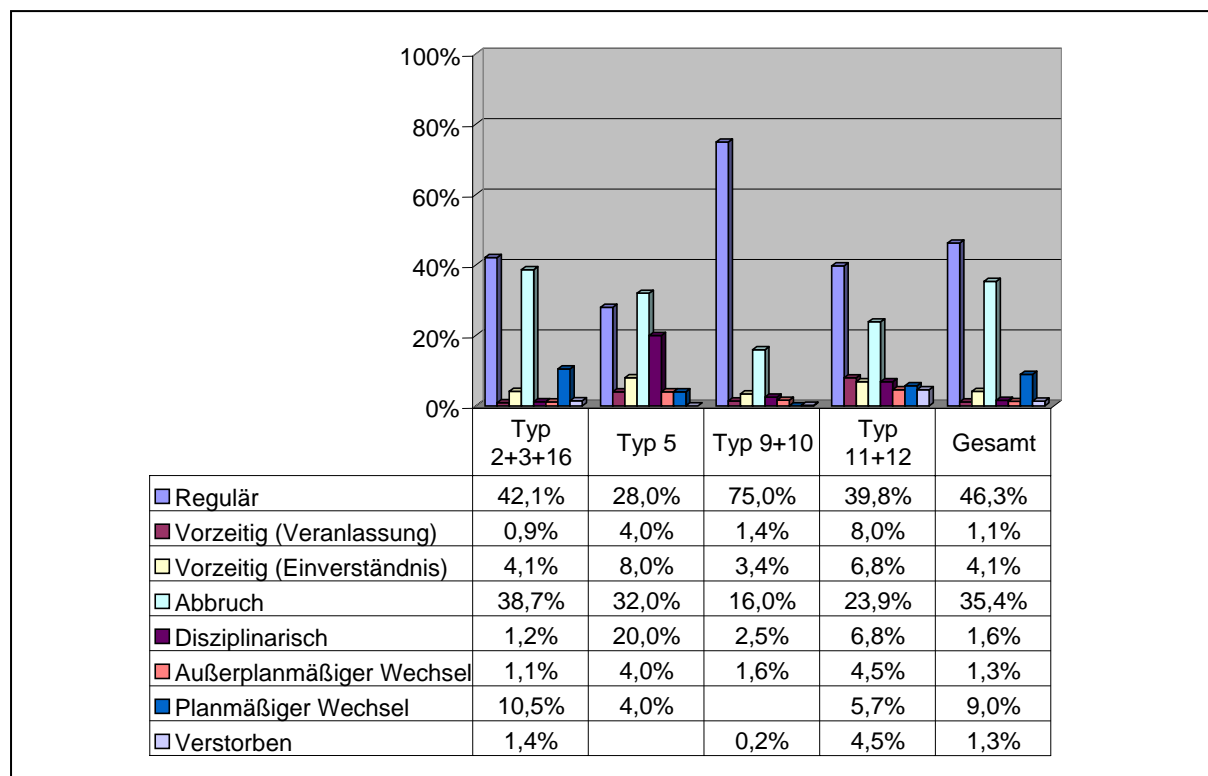
Abbildung 9: Art der Beendigung und Einrichtungstyp in der Gesamtgruppe aller Patienten mit einer Hauptdiagnose (N=46; unbek.: 4,0%)



Im Vergleich der unterschiedlichen Einrichtungstypen für die Gesamtgruppe der Patienten mit einer der durch den Deutschen Kerndatensatz erfassten Hauptdiagnosen weisen die Rehabilitationskliniken und Adaptionseinrichtungen (Typ 9+10) den höchsten Anteil regulärer Behandlungsabschlüsse auf (71%; Abbildung 9). In den ambulanten Beratungsstellen (Typ 3) beenden 41% der Patienten die Betreuung regulär, in den Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens (Typ 5) sowie den (teil)stationären Einrichtungen der Sozialtherapie (Typ 11+12) trifft dies jeweils auf etwa ein Drittel der Patienten zu. Abbrüche von Seiten der Patienten spielen vor allem in den Einrichtungen vom Typ 3 eine Rolle (40%), betreffen jedoch auch ein Viertel der Patienten der Einrichtungen vom Typ 5 und vom Typ 11+12 sowie jeden fünften Patienten der Einrichtungen vom Typ 9+10.

Für die Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen zeigen sich zwischen den Einrichtungsarten Unterschiede in der Art der Beendigung (Abbildung 10). In den Einrichtungen vom Typ 9+10 schließen drei von vier Patienten die Betreuung reguläre ab. In den Einrichtungen vom Typ 3 sowie vom Typ 11+12 sind es jeweils etwa halb so viele. Besonders wenige reguläre Betreuungsabschlüsse zeigen sich in Einrichtungen vom Typ 5, in denen zudem jeder fünfte Betreute aus disziplinarischen Gründen entlassen wird. Abbrüche von Seiten der Patienten sind insbesondere in den ambulanten Beratungsstellen (Typ 3) häufig (39%). Den geringsten Anteil an durch den Patienten abgebrochenen Betreuungen weisen die Einrichtungen vom Typ 9+10 auf (16%).

Abbildung 10: Art der Beendigung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (N=46; unbek.: 0,8%)



Ergebnisse der Betreuung

Tabelle 35 stellt die Daten der ambulanten Beratungsstellen zu den Betreuungsergebnissen differenziert nach Hauptdiagnosen sowie nach planmäßiger und unplanmäßiger Beendigung dar. Ein „planmäßiges Behandlungsende“ liegt vor, wenn die jeweiligen Ziele der Betreuung erreicht wurden oder ein Einverständnis zwischen Therapeut und Patient bezüglich der Beendigung vorliegt. Eine planmäßige Behandlungsbeendigung geht also nicht unbedingt mit einem erfolgreichen Ergebnis im Sinne der Behebung der vorliegenden Problematik einher. Möglich ist auch die Vereinbarung von Teilzielen. Eine unplanmäßige Behandlungsbeendigung liegt vor, wenn die Behandlung von Seiten des Patienten oder der Einrichtung abgebrochen wird, wenn ein unplanmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung erfolgt – hierzu zählt auch eine Inhaftierung – oder wenn der Patient überraschend stirbt. Die Einschätzung des Behandlungserfolgs erfolgt durch den Berater bzw. Therapeuten: Die Problematik wird zum Zeitpunkt der Behandlungsbeendigung als behoben, gebessert, unverändert oder verschlechtert eingestuft.

Tabelle 35: Ergebnisse der Betreuung bei ausgewählten Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 2+3+16; Angaben in %; N=30)

Planmäßig beendet	Alkohol	Opiate	Cannabis	Kokain	Stimulanzien	Essstörungen	Pathologisches Spielverhalten
Behoben/abstinent	41,4	20,5	37,0	15,0	50,6	11,8	44,0
Gebessert	43,3	51,3	41,9	47,5	29,9	64,7	48,0
Unverändert	14,8	26,9	20,4	37,5	19,5	23,5	8,0
Verschlechtert	0,5	1,3	0,7	-	-	-	-
Gesamt	2.009	78	289	40	87	17	25
Unplanmäßig beendet	Alkohol	Opiate	Cannabis	Kokain	Stimulanzien	Essstörungen	Pathologisches Spielverhalten
Behoben/abstinent	4,3	8,8	4,1	6,7	3,0	-	-
Gebessert	28,5	27,2	33,9	20,0	21,2	14,3	43,6
Unverändert	58,4	59,2	59,4	66,7	72,7	85,7	51,3
Verschlechtert	8,9	4,8	2,6	6,7	3,0	-	5,1
Gesamt	1.518	125	271	15	99	7	39
Unbekannt							7,5%

Bei planmäßigem Abschluss der Betreuung wird für die Hälfte der Patienten mit stimulantienbezogenen Hauptdiagnosen, 44% der Pathologischen Glücksspieler sowie 41% der Patienten mit einer Hauptdiagnosen in Bezug auf Alkohol die Betreuung als erfolgreich beurteilt (Tabelle 35). Bei Patienten mit cannabisbezogenen Hauptdiagnosen liegt dieser Anteil bei einem Drittel. Unter den Patienten mit opiatbezogenen Hauptdiagnosen ist nur bei jedem Fünften die Problematik behoben. In allen betrachteten Patientengruppen weist ein Großteil der Patienten bei planmäßigem Behandlungsabschluss eine Besserung seines Zustandes auf. Insbesondere in den Patientengruppen mit Diagnosen aufgrund illegaler Substanzen verbleiben jedoch auch viele Patienten, deren Zustand sich durch die Betreuung trotz des planmäßigen Durchlaufens nicht verändert hat: Jeder fünfte Patient mit Hauptdiagnosen in Bezug auf Cannabis oder Stimulanzien, jeder vierte Patient mit opiatbezogener Hauptdiagnose und jeder Dritte der Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf Kokain ist be-

troffen. Sehr seltene Ausnahmen sind jedoch Betreuungsfälle, in denen nach planmäßiger Beendigung eine Verschlechterung der Problematik festgestellt wird.

Wird die Betreuung unplanmäßig beendet ist die Problematik nur bei einem geringen Teil der Patienten behoben. Bei einem Fünftel (Stimulanzien, Kokain) bis zu einem Drittel (Cannabis) der Patienten mit substanzbezogenen Hauptdiagnosen zeigt sich jedoch zumindest eine Besserung der Problematik. Dies trifft auch auf 44% der Pathologischen Glücksspieler zu. Ganz überwiegend geht eine unplanmäßige Behandlungsbeendigung jedoch in allen Diagnosegruppen mit einem unveränderten Zustand einher. Bei einigen Patienten hat sich die Problematik noch verschlechtert: Unter den Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen ist es jeder Zehnte.

Tabelle 36: Ergebnisse der Betreuung und Einrichtungstyp in der Gesamtgruppe aller Patienten mit einer Hauptdiagnose (Angaben in %; N=46)

Planmäßig beendet	Typ 2+3+16	Typ 5	Typ 9+10	Typ 11+12	Gesamt
Behoben/ abstinert	40,1	58,3	31,8	52,9	39,2
Gebessert	43,2	33,3	57,3	23,5	44,9
Unverändert	16,2	8,3	10,8	23,5	15,5
Verschlechtert	0,5	-	-	-	0,4
Gesamt	2.602	12	443	51	3.107
Unplanmäßig beendet	Typ 2+3+16	Typ 5	Typ 9+10	Typ 11+12	Gesamt
Behoben/ abstinert	4,6	6,3	-	10,5	4,5
Gebessert	29,1	-	20,8	23,7	28,4
Unverändert	59,0	62,5	74,0	52,6	59,6
Verschlechtert	7,3	31,3	5,2	13,2	7,5
Gesamt	2.117	16	96	38	2.267
Unbekannt					7,0%

Tabelle 36 zeigt die Beratungs- bzw. Behandlungsergebnisse für die Gesamtgruppe aller Patienten mit Hauptdiagnosen differenziert nach Einrichtungsarten und nach planmäßiger vs. unplanmäßiger Beendigung. Bei planmäßigem Abschluss der Betreuung ist in allen Einrichtungsarten für einen Großteil der Betreuungsfälle ein positives Ergebnis im Sinne einer Behebung oder Besserung der Problematik zu verzeichnen. Die Beurteilung der Problematik als behoben erfolgt dabei in den Einrichtungen vom Typ 9+10 bei jedem dritten Patienten. Dieser Anteil liegt in den Einrichtungen vom Typ 3 sowie insbesondere in den Einrichtungen vom Typ 5 und von Typ 11+12 höher. Umgekehrt weisen die Einrichtungen vom Typ 9+10 einen höheren Anteil von Patienten mit gebesselter Problematik auf als die übrigen Einrichtungstypen. Bei jedem zehnten Patienten der Einrichtungen vom Typ 5 sowie vom Typ 9+10 besteht die Problematik unverändert fort. Dies trifft in den ambulanten Beratungsstellen (Typ 3) auf 16% der Patienten zu, in den Einrichtungen vom Typ 11+12 auf jeden Vierten.

Bei unplanmäßiger Beendigung der Betreuung wird in allen Einrichtungsarten bei einem Großteil der Patienten ein unveränderter Zustand festgestellt (Tabelle 36). Einige Betroffene zeigen auch eine Verschlechterung ihrer Problematik. Eine Besserung trotz des unplanmäßigen Betreuungsendes kann für jeden fünften Patienten stationärer Rehabilitationskliniken und Adaptionseinrichtungen, für jeden vierten Patienten einer (teil)stationären Einrichtung der Sozialtherapie sowie 29% der Patienten ambulanter Beratungsstellen verzeichnet werden.

Tabelle 37: Ergebnisse der Betreuung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose (Angaben in %; N=46)

Planmäßig beendet	Typ 2+3+16	Typ 5	Typ 9+10	Typ 11+12	Gesamt
Behoben/ abstinent	41,4	50,0	34,6	51,0	40,7
Gebessert	43,3	40,0	56,9	24,5	44,8
Unverändert	14,8	10,0	8,6	24,5	14,1
Verschlechtert	0,5	-	-	-	0,4
Gesamt	2.009	10	350	49	2.417
Unplanmäßig beendet	Typ 2+3+16	Typ 5	Typ 9+10	Typ 11+12	Gesamt
Behoben/ abstinent	4,3	7,1	-	11,8	4,4
Gebessert	28,5	-	30,2	20,6	28,1
Unverändert	58,4	64,3	60,5	55,9	58,4
Verschlechtert	8,9	28,6	9,3	11,8	9,1
Gesamt	1.518	14	43	34	1.609
Unbekannt					3,5%

Die Patienten die primär aufgrund einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Alkohol in einer Suchthilfeeinrichtung betreut werden weisen je nach Einrichtungstyp sehr unterschiedliche Ergebnisse auf (Tabelle 37). Bei planmäßigem Abschluss der Betreuung weisen mehr als vier von fünf Patienten der ambulanten Beratungsstellen ein positives Betreuungsergebnis im Sinne einer Behebung oder Besserung der Problematik auf. In den Rehabilitations- und Adaptionseinrichtungen liegt der Anteil der Patienten mit behobener Problematik im Vergleich niedriger (35%), der Anteil der Patienten mit gebessertem Zustand dagegen deutlich höher (57%). Insgesamt ist der Anteil positiver Betreuungsergebnisse in diesen Einrichtungen somit höher als in den ambulanten Beratungsstellen. In den anderen Einrichtungstypen gilt die Problematik bei jedem zweiten bei Ende der Betreuung als behoben.

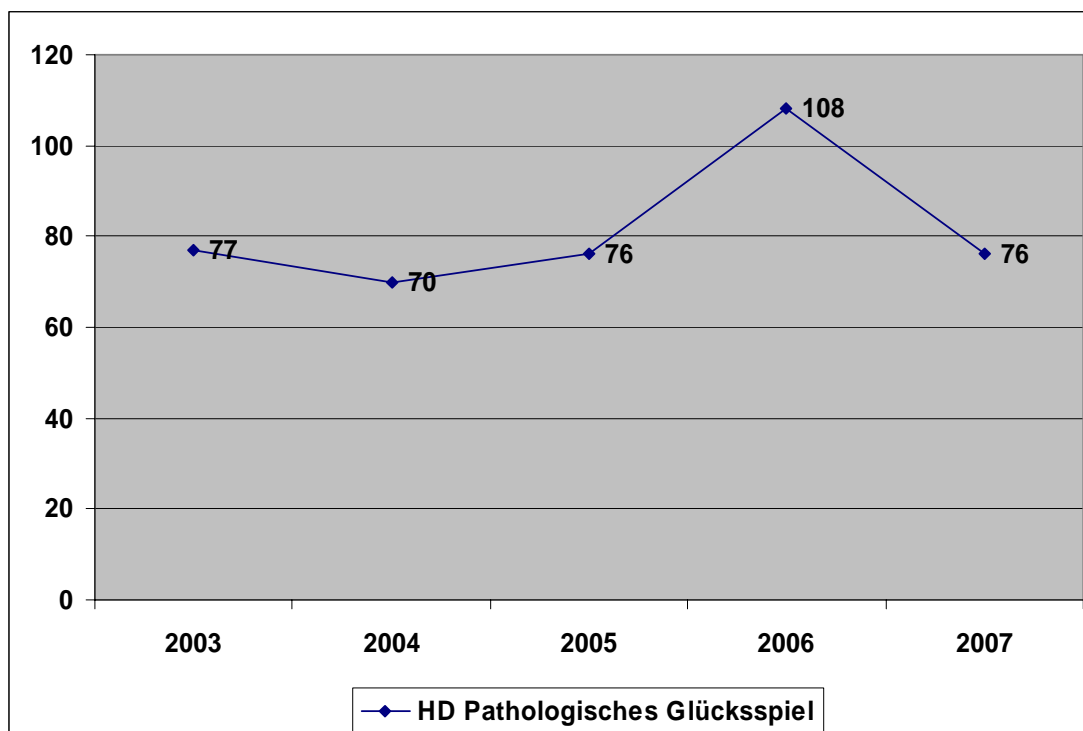
Bei unplanmäßiger Beendigung der Beratung bzw. Behandlung weist etwa jeder vierte der Patienten der ambulanten Beratungsstellen sowie jeder Dritte der Patienten der Rehabilitationskliniken und Adaptionseinrichtungen eine Besserung der Problematik auf. In allen Einrichtungsarten zeigt sich jedoch bei mehr als der Hälfte bis zu zwei Drittel der Betreuten ein unveränderter Zustand bei Betreuungsende. Etwa jeder zehnte Patient weist einen verschlechterten Zustand auf. Unter den 14 Patienten der Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens trifft dies auf jeden vierten Betroffenen zu.

5 Pathologische Glücksspieler

Im folgenden Abschnitt werden ausgewählte Daten zu den Patienten beschrieben, die aufgrund einer ICD-10-Diagnose Pathologisches Glücksspiel (F63.0) in einer Thüringer Suchthilfeeinrichtung betreut wurden. Die Hauptdiagnosezahlen werden im Längsschnitt für die Jahre 2003 bis 2007 dargestellt. Hierfür werden jeweils die Daten der jeweiligen vollständigen Stichprobe aller Einrichtungstypen verwendet. Im aktuellen Erhebungsjahr 2007 wurden jedoch nur in den beteiligten ambulanten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen (Typ 3) Patienten mit der Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel betreut. Die Darstellung ausgewählter Daten zu Pathologischen Glücksspielern in der Thüringer Suchthilfestatistik 2007 bezieht daher ausschließlich Daten aus der Auswertung über diesen Einrichtungstyp ein.

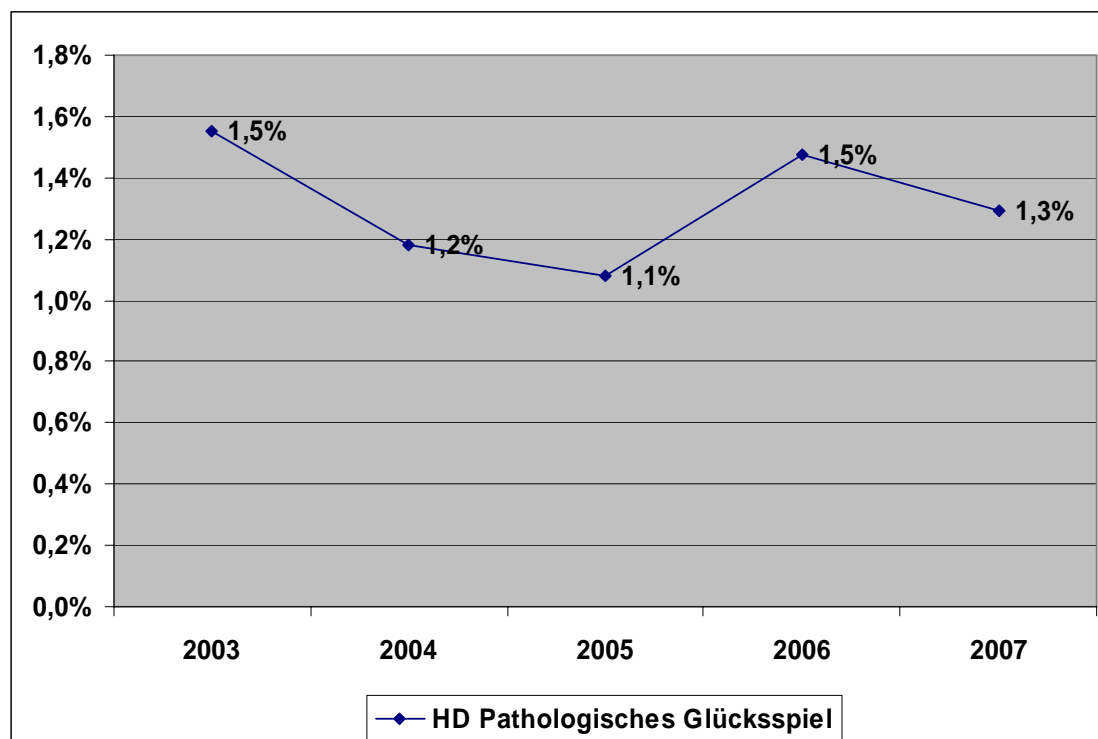
Ein Vergleich von Haupt- und Einzeldiagnosen in Bezug auf Pathologisches Glücksspiel zeigt, dass in nahezu jedem Fall, in dem ein Patient eine spielbezogene Diagnose erhält diese auch die behandlungsleitende Diagnose ist. So wurde im Jahr 2007 für 79 Betreuungsfälle eine Einzeldiagnose Pathologisches Glücksspiel nach der ICD-10 dokumentiert, in 76 dieser Fälle war dies zugleich die Hauptdiagnose. Die folgende Darstellung konzentriert sich auf diese Gruppe, es erfolgt keine gesonderte Darstellung der Einzeldiagnosen für Pathologisches Glücksspiel.

Abbildung 11: Anzahl der Betreuungsfälle mit Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel zwischen 2003 und 2007 (Alle Einrichtungstypen)



Einen Überblick über die Entwicklung der Anzahl der Betreuungsfälle mit Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel in den letzten fünf Jahren zeigt Abbildung 11. Die Anzahl ist weitgehend konstant, lediglich im Jahr 2006 wurden deutlich mehr Patienten mit dieser Hauptdiagnose dokumentiert. In diesem Jahr zeigte sich zwar auch die bislang höchste Beteiligung an der Thüringer Suchthilfestatistik mit 53 Einrichtungen, sowie die höchste Gesamtzahl dokumentierter Betreuungen (13.608). Der Unterschied zum Jahr 2005 war jedoch gering, so dass darin nicht die alleinige Erklärung für den großen Unterschied in der Anzahl dokumentierter Glücksspieler zu sehen ist.

Abbildung 12: Anteil der Betreuungsfälle mit Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel an allen Hauptdiagnosen zwischen 2003 und 2007 (Alle Einrichtungstypen)



Der Anteil der Patienten mit einer Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel an der Gesamtgruppe der in den Thüringer Einrichtung betreuten Patienten mit einer Hauptdiagnose verringerte sich zwischen 2003 und 2005 und zeigte 2006 – dem Jahr, in dem die höchste Absolutzahl Pathologischer Glücksspieler dokumentiert wurde – einen Anstieg auf den Wert von 2003 (Abbildung 12). Im aktuellen Bezugsjahr 2007 liegt der Anteil mit 1,3% in der Mitte der Werte der vorangegangenen Jahre.

Abbildung 13: Geschlechterverteilung bei Pathologischen Glücksspielern (N=30; unbek.: 0,0%)

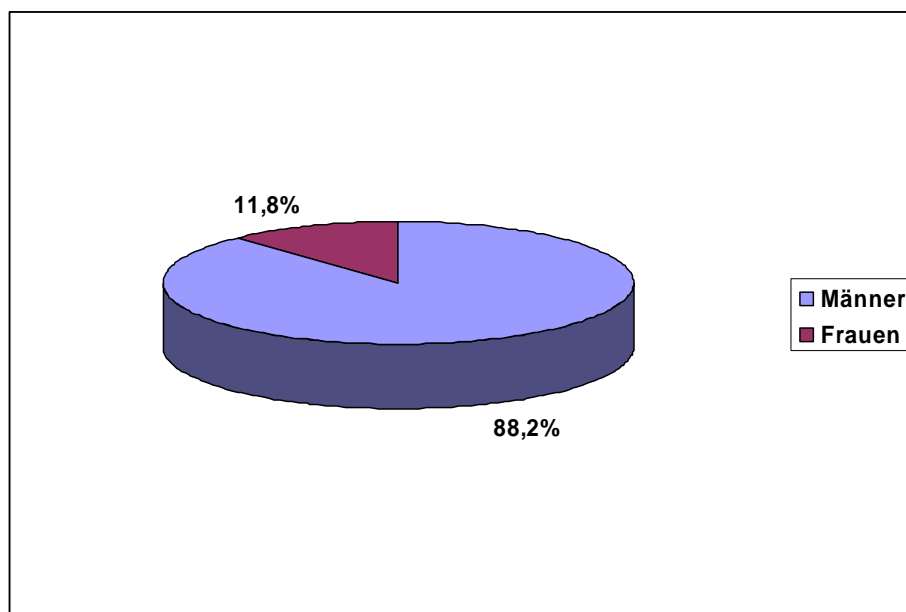


Abbildung 13 veranschaulicht die Geschlechterverteilung der im Auswertungsjahr 2007 in den ambulanten Beratungsstellen betreuten Pathologischen Glücksspieler. Es sind deutlich mehr Männer mit dieser Hauptdiagnose in Betreuung, bei einem Verhältnis von nahezu 9:1.

Abbildung 14: Altersverteilung bei Pathologischen Glücksspielern (N=30; unbek.: 0,0%)

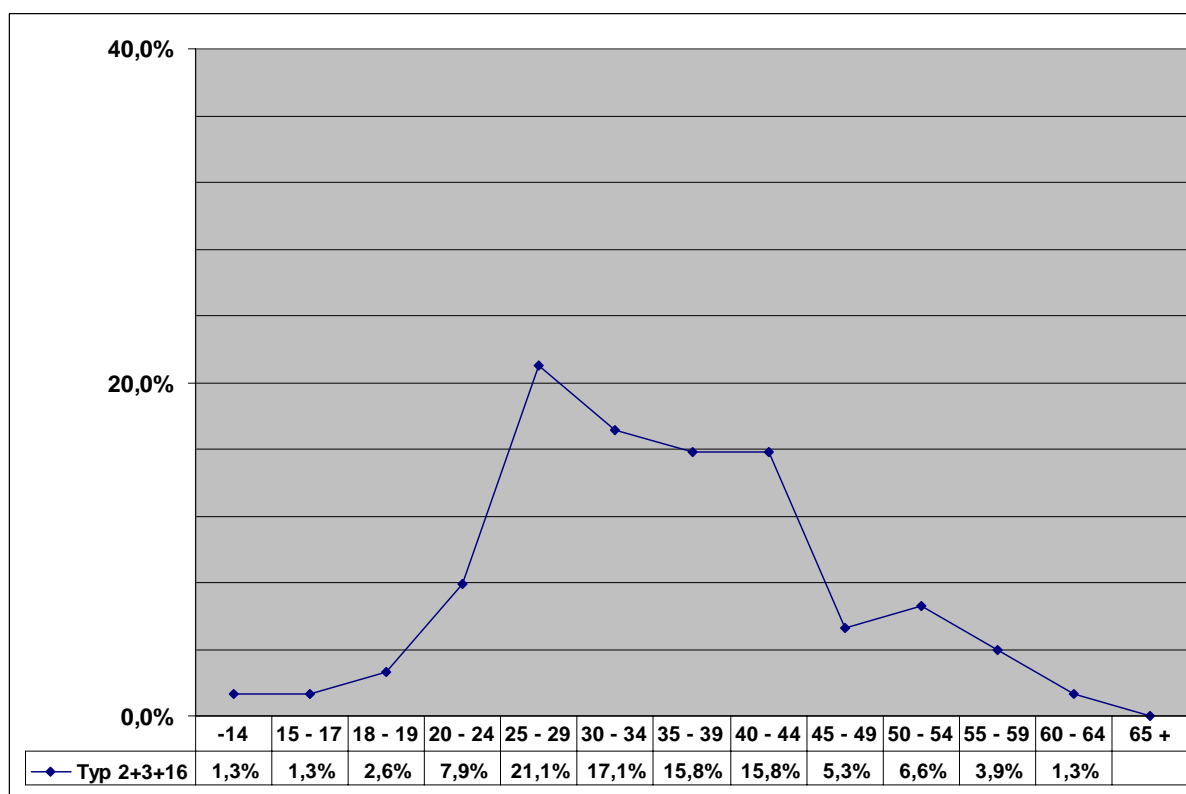
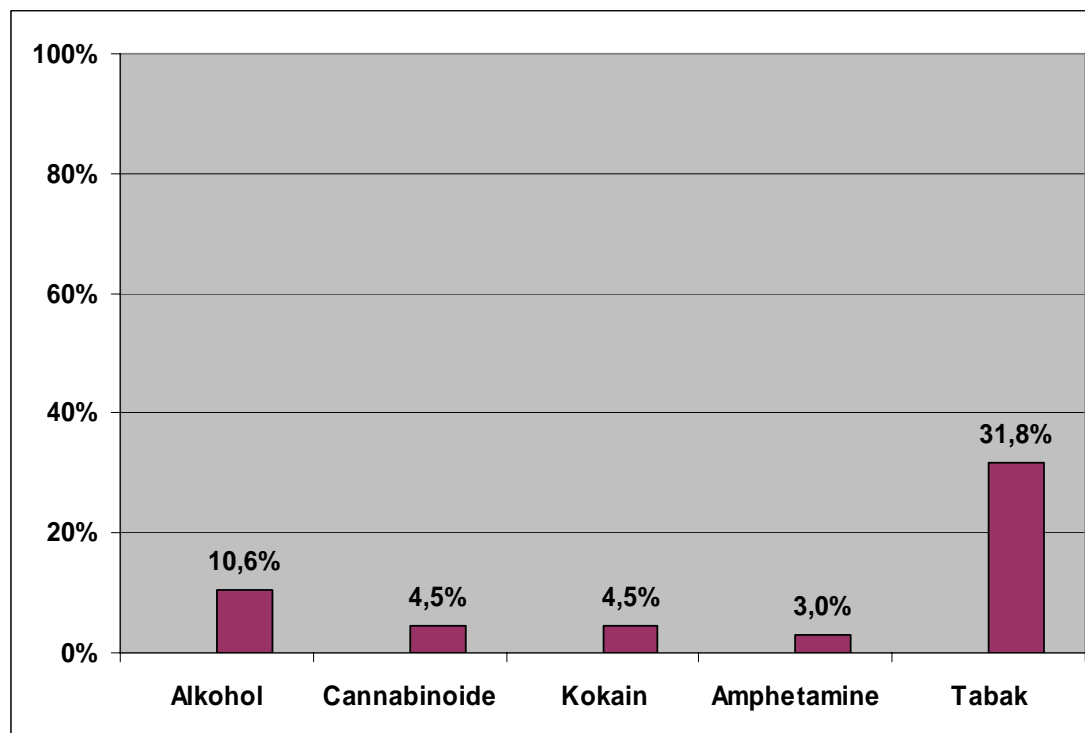


Abbildung 14 zeigt die Altersverteilung der im Auswertungsjahr 2007 in den ambulanten Beratungsstellen betreuten Pathologischen Glücksspieler. Der Großteil unter ihnen ist zwischen 25 und 44 Jahre alt. Sehr junge Patienten von unter 19 Jahren oder ältere Patienten im Alter von 55 Jahren oder älter stellen eine seltene Ausnahme dar.

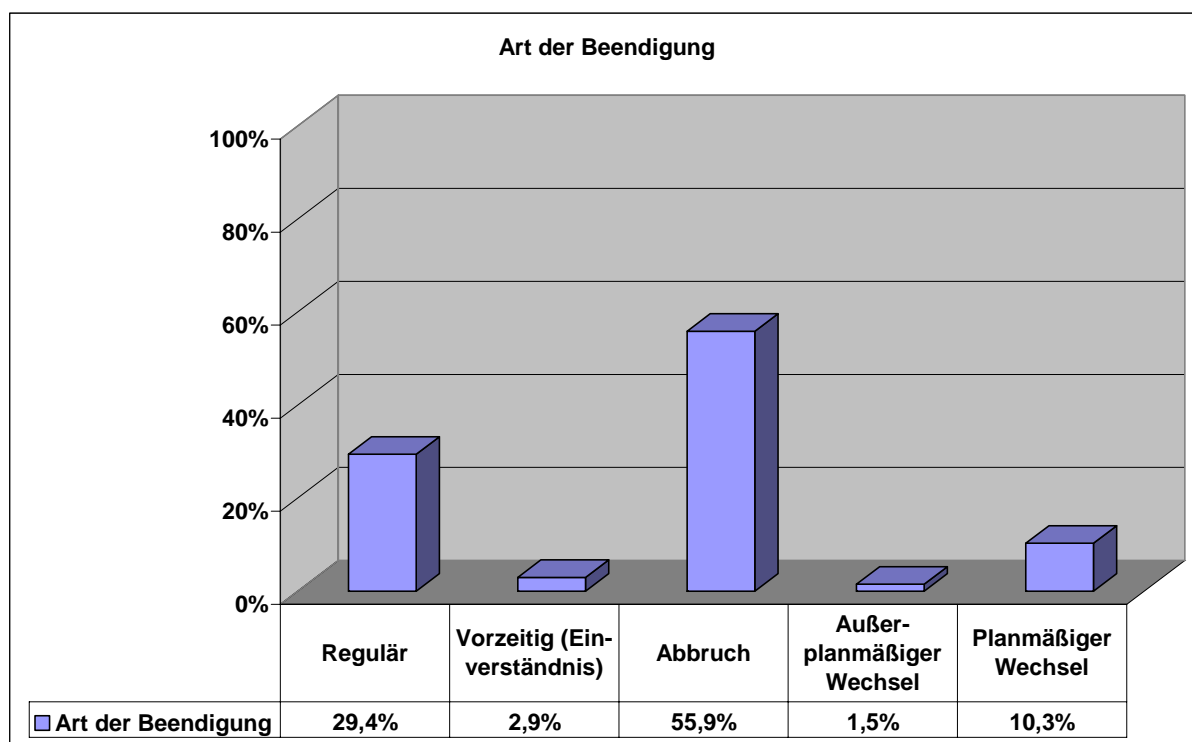
Abbildung 15: Substanzbezogene Komorbiditäten bei Pathologischen Glücksspielern (N=30)*



*Mehrfachnennungen möglich

In Abbildung 15 sind die substanzbezogenen Komorbiditäten der Pathologischen Glücksspieler dargestellt. Bei 31,8% der Patienten wird eine zusätzliche tabakbezogene Diagnose kodiert. Es ist jedoch möglich, dass hier eine Unterschätzung aufgrund einer Unterdiagnostizierung von – in Relation zu anderen substanzbezogenen sowie nicht stoffgebundenen Problemen von manchen als weniger relevant eingestufte bzw. nicht erfragten – tabakbezogenen Störungen vorliegt. Jeder zehnte Pathologische Glücksspieler weist eine komorbide Abhängigkeit bzw. einen schädlichen Gebrauch von Alkohol auf. Komorbide Diagnosen in Bezug auf illegale Substanzen liegen deutlich seltener vor.

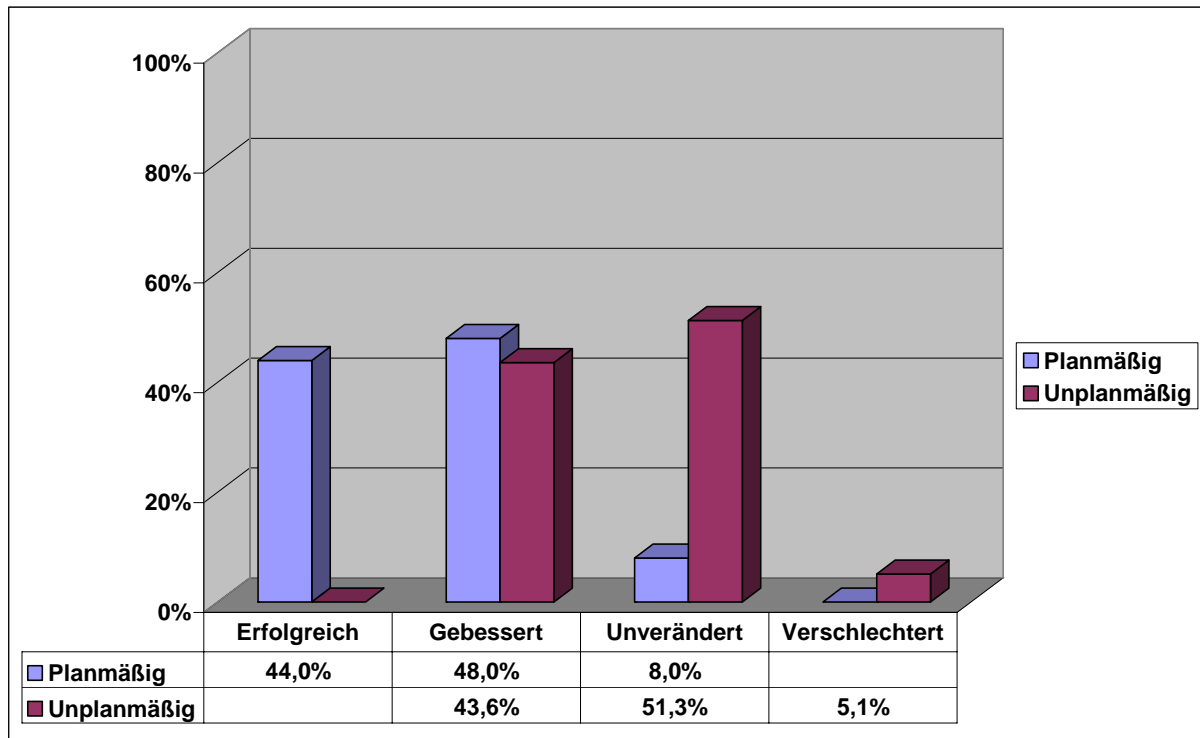
Abbildung 16: Art der Beendigung bei Pathologischen Glücksspielern (N=30; unbek.: 0,0%)



Die Art der Beendigung der Patienten mit Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel wird durch Abbildung 16 veranschaulicht. Mehr als jeder zweite Betroffene bricht die Betreuung ab. Einen regulären Behandlungsabschluss erreicht jeder vierte Patient. 10% werden – nach Durchlaufen der Betreuung wie im Beratungs- bzw. Behandlungsplan vorgesehen - planmäßig in eine andere Einrichtung verlegt.

Bei planmäßiger Beendigung wird die Betreuung für 44% der Patienten als erfolgreich bzw. die Problematik als behoben beurteilt (Abbildung 17). Jeder zweite weist zudem eine gebesserte Problematik auf. Demgegenüber besteht die Problematik bei jedem zweiten Patienten, der die Betreuung unplanmäßig beendet, unverändert fort. Für 44% ist zumindest eine Besserung der Problematik zu verzeichnen, jedoch in keinem der dokumentierten Betreuungsfälle eine Behebung.

Abbildung 17: Ergebnisse der Betreuung bei Pathologischen Glücksspielern (N=30; unbek.: 7,4%)



6 Trendanalyse ausgewählter Daten 2003 bis 2007

Im folgenden Abschnitt werden ausgewählte Patienten- und Behandlungsdaten in ihrer Entwicklung seit 2003 dargestellt. Abbildung 18 gibt einen Überblick über die Einrichtungsbeteiligung. Seit 2004 zeigte sich ein Anstieg auf den bisherigen Beteiligungshöchststand von 53 Einrichtungen im Jahr 2006. Im Bezugsjahr 2007 ging die Zahl der Einrichtungen auf den Wert von 2004 zurück.

Abbildung 18: Einrichtungsbeteiligung

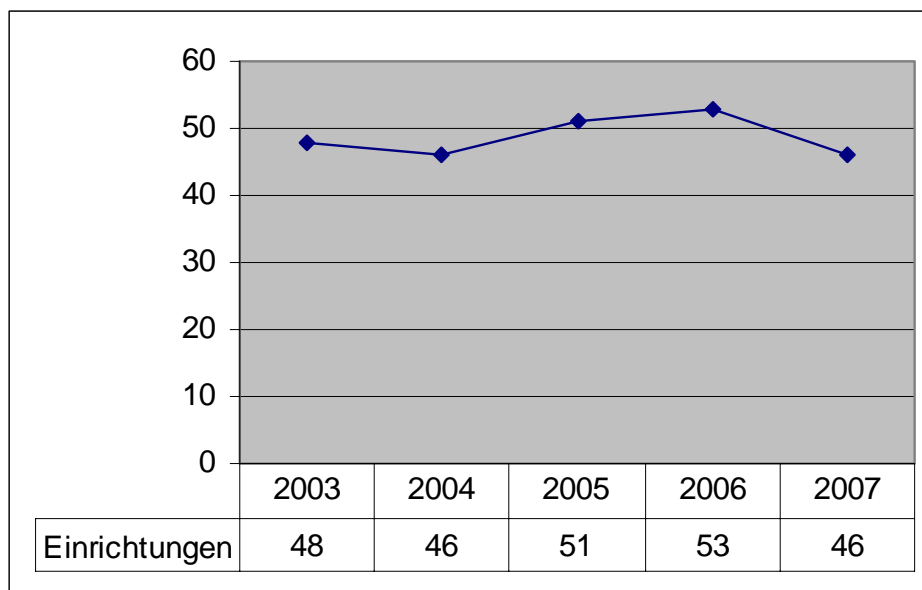
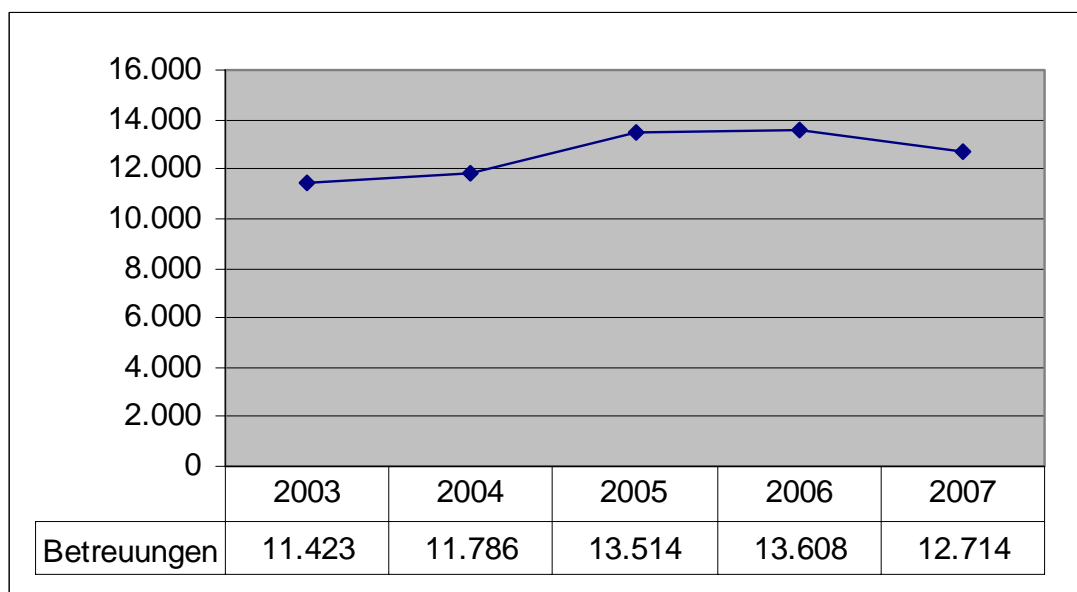


Abbildung 19: Dokumentierte Betreuungen



Die Anzahl der dokumentierten Betreuungsfälle zeigt seit 2003 einen Anstieg bis zum Höchststand im Jahr 2006, im Jahr 2007 – in Zusammenhang mit der verringerten Einrichtungsbeteiligung - einen Rückgang (Abbildung 19).

Abbildung 20 veranschaulicht die Entwicklung der Anteile deutscher und ausländischer Patienten. Insgesamt werden in den Thüringer Einrichtungen nur wenige Patienten mit einer anderen als der deutschen Staatsangehörigkeit betreut. Dabei zeigt sich in allen Erhebungsjahren unter den Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf illegale Substanzen (Opiate, Cannabis, Kokain, Stimulanzen) ein doppelt so hoher Prozentsatz von Patienten ausländischer Staatsangehörigkeit als unter den Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen. Über die Jahre zeigt sich bei den Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen ein Anstieg bis zu einem Höchststand von 3,7% im Jahr 2006. Im Jahr 2007 liegt der Anteil mit 1% deutlich niedriger. Auch bei den Patienten mit behandlungsleitenden Diagnosen in Bezug auf illegale Substanzen zeigt sich ein Anstieg des Anteils der ausländischen Patienten bis zu einem Höchststand von 7% im Jahr 2006, gefolgt von einem Absinken des Wertes auf 2,4% im Jahr 2007. Möglicherweise steht der starke Rückgang im Jahr 2007 in Zusammenhang mit der geringeren bzw. veränderten Einrichtungsstichprobe: Einrichtungen mit einem höheren Anteil ausländischer Patienten haben in diesem Bezugsjahr möglicherweise keine Daten zur Verfügung gestellt. Die ausländischen Patienten, die in den Suchthilfeeinrichtungen betreut werden, stammen nahezu ausschließlich aus Ländern außerhalb der Europäischen Union.

Abbildung 20: Staatsangehörigkeit

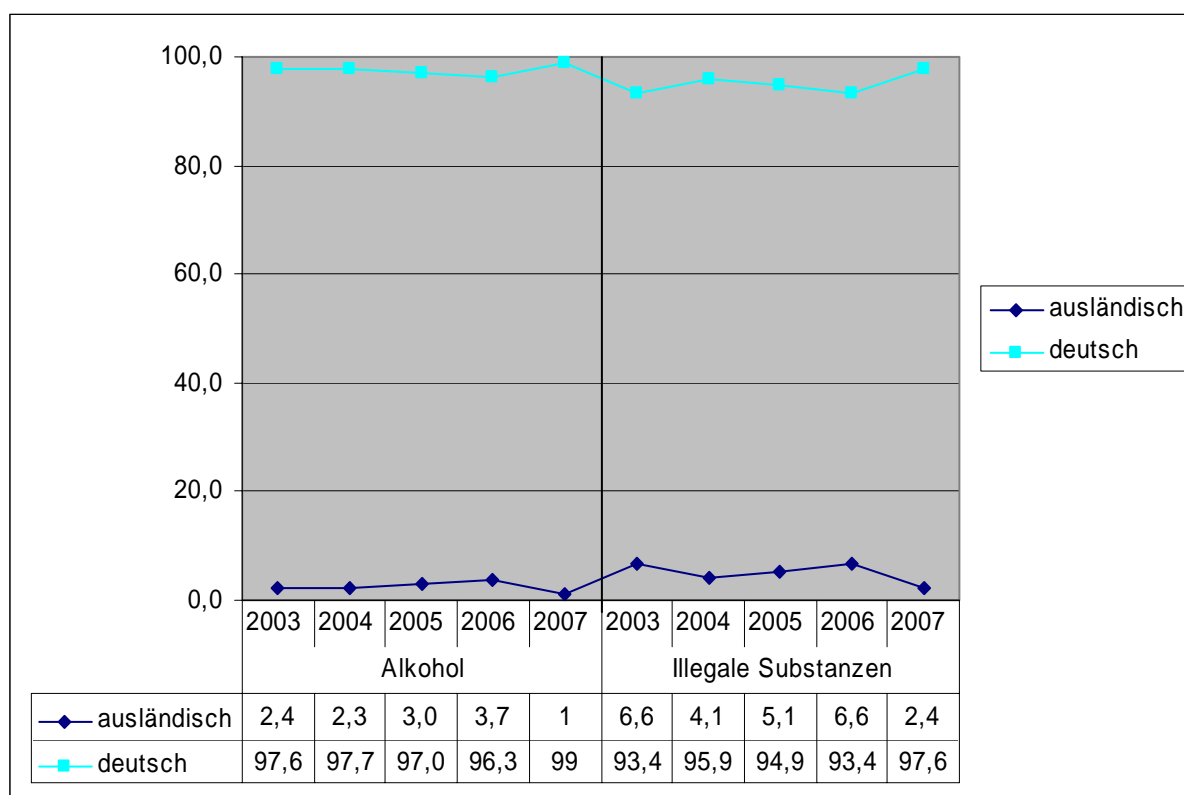


Abbildung 21 gibt einen Überblick über die Entwicklung der durchschnittlichen Kontaktzahl der in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen durchgeführten Betreuungen in den letzten fünf Jahren. Es zeigt sich eine Schwankung zwischen durchschnittlich 19 bis 20 wahrgenommenen Kontakten in den Jahren 2003, 2005 und wieder in 2007 und einem geringeren Wert von 16 Kontakten in den Jahren 2004 und 2006.

Abbildung 21: Anzahl der Kontakte pro beendete Betreuung

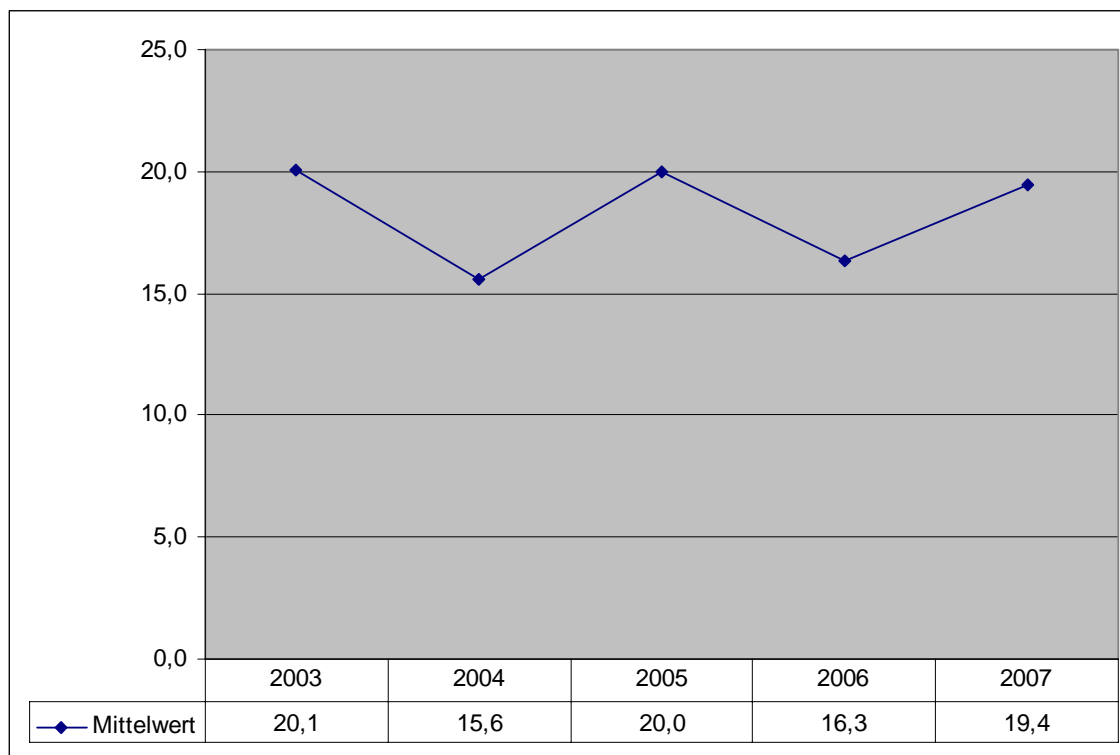
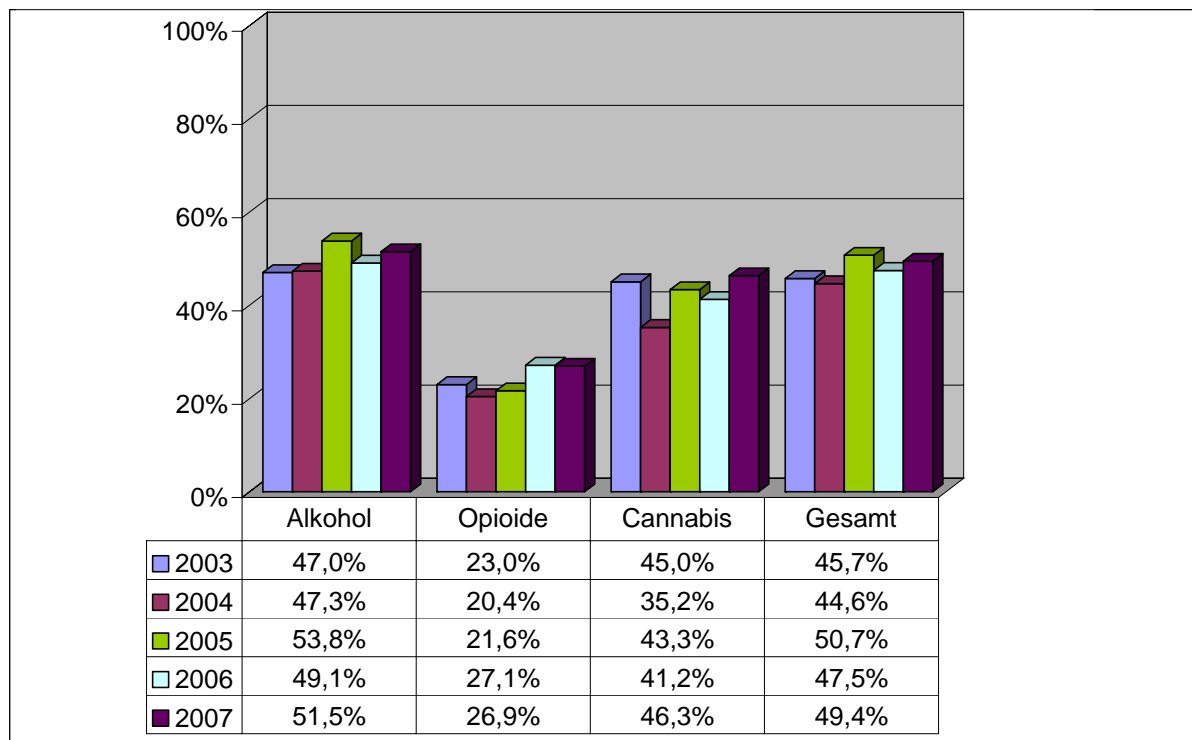


Tabelle 38: Dauer der Betreuung (Angaben in %)

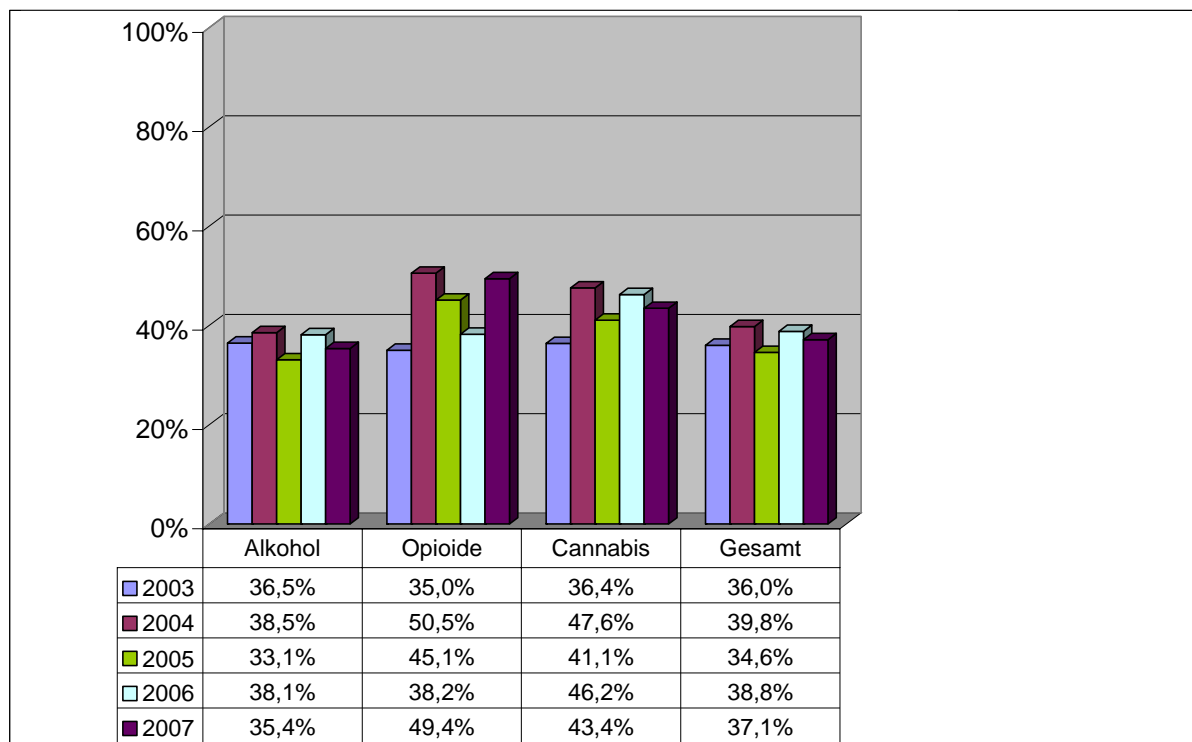
Dauer der Betreuung	2003	2004	2005	2006	2007
bis 4 Wochen	10,0	16,8	14,7	15,9	8,7
bis 8 Wochen	8,5	8,3	9,2	8,9	8,1
bis 12 Wochen	8,0	8,2	9,9	10,2	11,1
bis 6 Monate	23,1	22,4	23,6	23,5	24,1
bis 9 Monate	13,7	13,0	12,7	13,2	12,2
bis 12 Monate	10,6	8,8	9,1	8,1	9,5
bis 24 Monate	17,0	14,4	13,9	14,1	18,2
mehr als 24 Monate	9,1	8,1	6,9	6,0	8,1
Mittelwert in Wochen	42,4	39,5	36,5	34,8	41,6
Gesamt	5.988	5.931	7.656	6.708	5.849

In Tabelle 38 sind die Angaben zur Dauer der Betreuung dargestellt. Der Anteil sehr langer Betreuungen von über einem Jahr verringerte sich seit 2003 bis zu einem Tiefststand im Jahr 2006. Im aktuellen Bezugsjahr 2007 zeigt sich erstmals wieder eine Zunahme dieses Anteils. Demgegenüber liegt der Anteil sehr kurzer Betreuungen mit einer Dauer von vier Wochen oder weniger im Jahr 2007 nur etwa halb so hoch wie im Vorjahr. Die Daten zu den Kategorien der mittleren – weder sehr kurzen noch sehr langen – Betreuungsdauern weisen über die Jahre eine deutlich höhere Konstanz auf als die Anteile der extremen Kategorien.

Abbildung 22: Planmäßige Beendigung



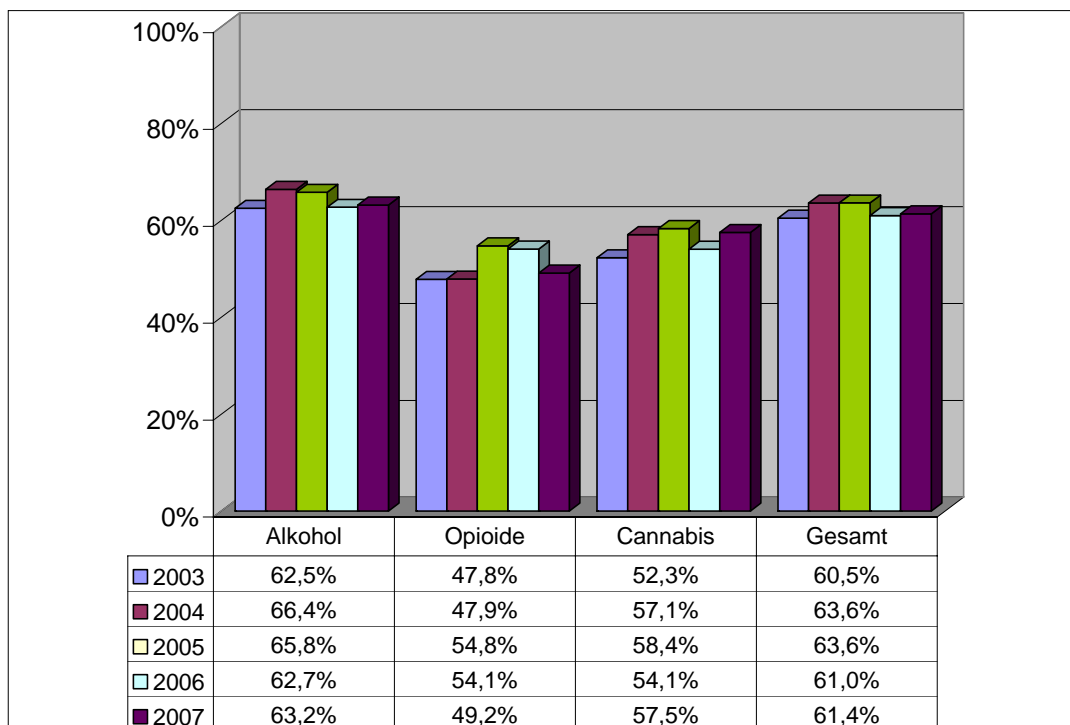
Für die Patienten mit alkohol- und cannabisbezogenen Hauptdiagnosen zeigt sich im Jahr 2007 ein höherer Anteil planmäßiger Betreuungsabschlüsse als im Vorjahr (Abbildung 22). Der Anteil bei den Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf Opiate ist stabil. Die zuvor dargestellten gestiegenen Anteile längerer Betreuungsdauern dürften zumindest teilweise mit diesem Ergebnis in Zusammenhang stehen. Betrachtet man die Entwicklung des Anteils planmäßiger Beendigungen über die Jahre hinweg, so zeigt sich bei den Patienten mit alkoholbezogenen Diagnosen zunächst eine Zunahme bis 2005, gefolgt von einem Absinken um fünf Prozentpunkte im Jahr 2006 und von einem neuerlichen Anstieg auf den aktuellen Wert von 52%. Bei den Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf Opiate zeigt sich zwischen 2003 und 2004 zunächst eine Verringerung mit einem anschließenden Anstieg über die darauf folgenden Jahre, besonders auffällig zwischen 2005 und 2006. Die stärksten Schwankungen zeigen sich bei den Patienten mit cannabisbezogenen Hauptdiagnosen: Einem Absinken in einem Jahr folgt jeweils ein Anstieg im darauf folgenden. Im Jahr 2007 wird nahezu der Wert des Jahres 2003 erreicht. Die Relation zwischen den drei betrachteten Diagnosegruppen ist über die Jahre gleich bleibend: Die höchsten Anteile planmäßiger Beendigungen weisen die Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen auf, die geringsten diejenigen mit opiatbezogenen.

Abbildung 23: Beendigung durch Patientenabbruch

Der Anteil der Betreuungsabbrüche von Seiten der Patienten weist in allen drei betrachteten Diagnosegruppen starke Schwankungen über die Jahre auf (Abbildung 23). Die stärksten Schwankungen zeigen sich dabei in der Gruppe der Patienten mit opiatbezogenen Hauptdiagnosen, die geringsten bei den Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf Alkohol. Im aktuellen Bezugsjahr 2007 brach jeder zweite Patienten mit opiatbezogener Hauptdiagnose die Betreuung ab. Mit 43% lag dieser Wert für die Klientel mit cannabisbezogenen Störungen niedriger, den geringsten Wert wiesen die Patienten mit einem schädlichen Gebrauch oder einer Abhängigkeit von Alkohol auf.

Abbildung 24 veranschaulicht die Entwicklung des Anteils positiver Behandlungsergebnisse im Sinne einer Behebung oder Besserung der Problematik bei Patienten mit einer behandlungsleitenden Diagnose in Bezug auf Alkohol, Opiate oder Cannabis. Zwischen 2003 und 2005 ist in allen drei betrachteten Diagnosegruppen eine Steigerung des Anteils positiver Betreuungsergebnisse festzustellen, gefolgt von einem Rückgang in den Gruppen mit alkohol- und cannabisbezogenen Hauptdiagnosen im Jahr 2006. Bei den Patienten mit opiatbezogenen Hauptdiagnosen stagnierte der Wert. Im aktuellen Erhebungsjahr zeigt sich ein weitgehend gleich bleibender Anteil von 63% positiven Betreuungsergebnissen für die Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen, ein Rückgang des Anteils bei den Patienten mit opiatbezogenen Diagnosen um fünf Prozentpunkte auf 49% sowie ein Anstieg bei den Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf Cannabis auf den aktuellen Wert von 58%.

Abbildung 24: Patienten mit positivem Betreuungsergebnis (planmäßige und unplanmäßige Beendigungen)



7 Diskussion

Die diesjährige Darstellung zur Suchthilfestatistik für das Bundesland Thüringen weist einige Neuerungen gegenüber den Vorjahren auf. Die Beschreibung der Soziodemografie der Patienten wurde erweitert um Daten zur Lebenssituation sowie zur Belastung durch Problematische Schulden. Ein neuer Schwerpunkt liegt auf der Gruppe der Pathologischen Glücksspieler, die in Forschung und Praxis derzeit besondere Aufmerksamkeit erfahren. Über die Darstellung der Soziodemografie sowie behandlungsbezogener Daten hinaus, die wie in den Vorjahren im Rahmen des Kapitels zu den Klientendaten zusammen mit den übrigen ausgewerteten Hauptdiagnosegruppen erfolgte, befasst sich erstmals ein eigener Abschnitt mit der Entwicklung der Diagnosezahlen für Pathologisches Glücksspiel in den Thüringer Suchthilfeeinrichtungen in den letzten fünf Jahren sowie mit ausgewählten soziodemografischen und behandlungsbezogenen Daten für die im Auswertungsjahr 2007 dokumentierten Pathologischen Glücksspieler.

Für die Auswertung zur diesjährigen Suchthilfestatistik für Thüringen sind, entsprechend der Suchthilfestatistik für Deutschland (vgl. Bauer et al., in Vorbereitung), einige methodische Diskussionspunkte zu beachten. Die Datenerhebung erfolgte zum ersten Mal auf der Grundlage des seit Januar 2007 implementierten neuen Deutschen Kerndatensatzes. Die Umstellung auf den neuen Kerndatensatz wurde in den einzelnen Bundesländern und in den für die Erhebung des Kerndatensatzes geeigneten Dokumentationsprogrammen unterschiedlich schnell realisiert. In Thüringen gelang die Implementation sehr gut. Nahezu alle der 2007 beteiligten Einrichtungen stellten bereits nach dem neuen Deutschen Kerndatensatz erhobene Daten zur Verfügung. Dies zeigt sich an der hohen Beantwortungsrate der neuen Items des Deutschen Kerndatensatzes, z. B. des Items „Problematische Schulden“ (n=39). Die nach dem neuen Kerndatensatz erhobenen Angaben und die Daten der wenigen Einrichtungen, die noch nach den Vorgaben des alten Kerndatensatzes dokumentierten, wurden in der diesjährigen Auswertung zusammengeführt.

Trotz der insgesamt guten Umsetzung des neuen Kerndatensatzes war auch die diesjährige Suchthilfestatistik für Thüringen von den Schwierigkeiten betroffen, mit denen die Umstellung auf den neuen Deutschen Kerndatensatz in einigen Dokumentationsprogrammen behaftet war. Es ist davon auszugehen, dass die im Vergleich zu 2006 geringere Einrichtungsbeteiligung mit diesen Problemen zumindest teilweise in Zusammenhang steht. Da bis Anfang 2008 die Implementation des neuen Deutschen Kerndatensatzes in allen in Thüringen verwendeten Dokumentationsprogrammen vollständig erfolgt ist, kann für die Suchthilfestatistik 2008 für Thüringen eine höhere Beteiligung erwartet werden.

Literatur

Bauer, Sonntag & Eichmann (in Vorbereitung). Monitoring zur Suchtkrankenhilfe in Deutschland (Suchthilfestatistik 2007): Methodik. Sucht, 54, Sonderheft 2.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen DHS (2007). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Hamm: DHS.

Dilling, H., Mombour, W. und Schmidt, M. (Hrsg.) (2008). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien (5. Auflage). Bern: Huber.

Sonntag, D., Bauer, C. & Eichmann, A. (2008a). Deutsche Suchthilfestatistik 2007. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe: Alle Betreuungen ohne Einmalkontakte. München: Institut für Therapieforschung.

Sonntag, D., Bauer, C. & Eichmann, A. (2008b). Deutsche Suchthilfestatistik 2007. Bundesland Thüringen. Tabellenband für alle Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. München: Institut für Therapieforschung.

Sonntag, D., Bauer, C. & Hellwich, A.K. (2007). Deutsche Suchthilfestatistik 2006 für ambulante Einrichtungen. SUCHT, 53, Sonderheft 1.

Sonntag, D., Hellwich, A.K. & Bauer, C. (2007). Deutsche Suchthilfestatistik 2006 für stationäre Einrichtungen. SUCHT, 52/3 Sonderheft 1.

Strobl, M., Schiessl, A. & Weissbach, S. (2008). Einrichtungsbezogenes Informationssystem. Manual für die Suchtkrankenhilfe (EBIS-A/S) und Sozialpsychiatrische Dienste (EBIS-SPD). Erläuterungen zu den Erhebungsbogen und zum PC-Programm. Höhenkirchen: GSDA.