



Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Verbraucherschutz
des Landes Schleswig-Holstein



Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe

Jahresbericht 2001

Die Lebenssituation
der Klientinnen
und Klienten
in Stadt und Land

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

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

Satz:
Dr. Uwe Verthein,
Hamburg

Druck und Weiterverarbeitung:
Glückstädter Werkstätten

März 2003
Band 3

ISSN 0935-4379

Diese Broschüre
wurde aus
Recyclingpapier
hergestellt.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der schleswig-holsteinischen Landesregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Personen, die Wahlwerbung oder Wahlhilfe betreiben, im Wahlkampf zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf diese Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

*Die Landesregierung im Internet:
www.landesregierung.schleswig-holstein.de*

Moderne Dokumentation
in der ambulanten Suchtkrankenhilfe
(Band 3)

Jahresbericht 2001:
Die Lebenssituation der Klientinnen und Klienten
in Stadt und Land

Jens Kalke
Marcus-Sebastian Martens
Christian Schütze
Peter Raschke

unter Mitarbeit von:
Kirsten Sass
Sven Buth

Institut für interdisziplinäre
Sucht- und Drogenforschung ISD
Hamburg

Inhalt

Kapitel 1:

Zusammenfassung: Fragestellung, Datengrundlage

und Ergebnisse	5
1.1 Fragestellung und Zielsetzung.....	5
1.2 Datenkontrolle und Datenvalidität.....	7
1.3 Datengrundlage.....	8
1.4 Die Lebenssituation und Versorgung der	
Klientinnen und Klienten	9
1.5 Klientinnen und Klienten im Stadt-Land-	
Vergleich	12
1.6 Essstörungen: Klientel und Behandlung	14

Kapitel 2:

Die Lebenssituation und Versorgung der

Klientinnen und Klienten.....	16
2.1 Computergestützte Dokumentation	16
2.2 Anzahl dokumentierter Personen.....	17
2.3 Das Alter der Klienten/innen.....	19
2.4 Die Angehörigen	21
2.5 Hauptdrogentyp der Klienten/innen	22
2.6 Die Wohnsituation	26
2.7 Personenstand.....	29
2.8 Der Bildungsstand	33
2.9 Die berufliche und finanzielle Situation.....	35
2.10 Die Vermittlung in das ambulante	
Hilfesystem hinein und wieder hinaus.....	39
2.11 Die Leistungen des ambulanten	
Suchtkrankenhilfesystems	43
2.12 Niedrigschwellige Dienstleistungen	49

Kapitel 3:

Die Klientinnen und Klienten im

Stadt-Land-Vergleich	53
3.1 Einleitung	53
3.2 Basiszahlen	54
3.3 Stadt-Land-Vergleich.....	56
3.4 Vergleich von Alkohol- und	
Drogenabhängigen nach Stadt und Land.....	72

3.5 Zusammenfassung	74
Kapitel 4:	
Essstörungen: Klientel und Betreuung.....	76
4.1 Essgestörte Klienten/innen	78
4.2 Geschlechtsspezifische Betreuung essgestörter Frauen.....	85
4.3 Zusammenfassung	94
Literatur	97

Kapitel 1:

Zusammenfassung: Fragestellung, Datengrundlage und Ergebnisse

1.1 Fragestellung und Zielsetzung

- Dieser Jahresbericht 2001 setzt die regelmäßige Berichterstattung fort, die mit der Einführung der EDV-gestützten Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein begonnen wurde. Der erste Bericht schloss die Modellphase ab, in der das Dokumentationsprogramm entwickelt und in der Praxis erprobt wurde. Er enthält „Profile“ der Klientele und Tätigkeiten unterschiedlicher Typen von Einrichtungen. In dem zweiten Jahresbericht (2000) werden das Inanspruchnahmeverhalten der Klientinnen und Klienten differenziert nach Geschlecht, Alter und Hauptdroge dargestellt und Betreuungssequenzen analysiert.
- Der vorliegende dritte Bericht enthält neben einem Statusbericht – der die Lebenssituation der Klienten/-innen und ihr Inanspruchnahmeverhalten im Jahr 2001 aufzeigt –, zwei vertiefende Spezialanalysen: Einen Stadt-Land-Vergleich der Klienten/innen und eine Auswertung über essgestörte Klienten/innen, deren Behandlung für die ambulante Suchtkrankenhilfe einen zunehmenden Stellenwert besitzt.
- Die Implementierung der EDV-gestützten Dokumentation in Schleswig-Holstein wird begleitet von der Projektgruppe „Ambulante Suchtkrankenhilfe“, die sich aus Vertreterinnen und Vertretern des Sozialministeriums des Landes Schleswig-Holstein (MASGV), der Landestelle gegen die Suchtgefahren (LSSH), der freien Wohlfahrtsverbände, des Landkreistages, des Städteverbandes, des Fachausschusses Sucht und des Institutes für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) zusammensetzt. Die Aufgabe der Projektgruppe liegt neben der Verzahnung mit der

Praxis und der Festlegung der zentralen Themen der jährlichen Berichterstattung insbesondere auch in der Formulierung von aus den Ergebnissen hergeleiteten Empfehlungen und Vorschlägen. Die Themen und Inhalte des vorliegenden Berichts – Statusbericht, Stadt-Land-Vergleich, essgestörte Klientinnen – wurden gemeinsam mit der Projektgruppe festgelegt.

- Mit der Vorlage jährlicher Analysen zu den Klientelen und den von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen entsteht ein Monitoring der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein. Durch Fortschreibung und Berücksichtigung bisheriger Entwicklungen können auf einer empirischen Grundlage Diskussionen über Handlungsbedarfe und Perspektiven geführt werden. Selbstverständlich bildet das eingesetzte Dokumentationssystem weder die Lebenslage der Klienten und Klientinnen noch die Tätigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen in all ihren Nuancen vollständig ab. Die Analyse ist jedoch geeignet, einen Reflexionsprozess anzustoßen und empirisch abzusichern, um im Sinne der Qualitätssicherung auf einer einrichtungsübergreifenden Ebene weiterführende und tiefergehende Diskussionen zu ermöglichen. In diesem Sinne sind auch die drei Hauptanalysen des Jahresberichtes 2001 zu verstehen.
- In dem Statusbericht finden sich Grundinformationen zum Suchtmittelkonsum und zur soziodemografischen Situation der Klienten/innen sowie zu den nachgefragten Leistungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holstein (Kapitel 2). Das Monitoring soll jedes Jahr fortgeschrieben werden, um landesweite Trends erkennbar werden zu lassen.
- In der Fachöffentlichkeit wird häufig die Vermutung geäußert, dass sich die Lebensverhältnisse städtischer Klienten/innen anders darstellen als die der Klienten/innen auf dem Land. Hinreichende empirische Belege für diese Annahme gab es bislang aber nicht. Deshalb wird in einer vertiefenden Analyse erstmals für ein Bundesland die Situation von suchtkranken Personen in Stadt und Land miteinander

verglichen (Kapitel 3). Möglicherweise können sich aus einer solcher Auswertung wichtige versorgungsrelevante Hinweise ergeben.

- Seit einigen Jahren nimmt die Betreuung essgestörter Klienten/innen in der ambulanten Suchtkrankenhilfe zu. Unterscheidet sich dieses Klientel von den anderen Klienten/innen? Dieser Frage wird in einer Detailanalyse nachgegangen, wobei ein besonderes Augenmerk auf die geschlechtsspezifischen Behandlungen gelegt wird, weil es sich bei den essgestörten Personen überwiegend um Frauen handelt (Kapitel 4).
- Insgesamt werden mit diesen drei Auswertungen die Möglichkeiten einer differenzierten Dokumentation aufgezeigt: Soziodemografische Informationen über die Klienten/innen können mit Daten über in Anspruch genommene Leistungen verzahnt werden, um zu neuen Erkenntnissen zu gelangen bzw. vorherrschende Annahmen zu bestätigen und auf dieser Grundlage Diskussionen empiriegestützt führen zu können.

1.2 Datenkontrolle und Datenvalidität

- Die Bereitstellung der mit HORIZONT erfassten Daten geschieht über eine Datenbankexportschnittstelle („Datex“): Die Daten werden anonymisiert und durch einen HIV-Code sowie eine interne Identifikationsnummer doppelt verschlüsselt weitergegeben, so dass eine fallbezogene Analyse möglich wird, ohne die Anonymität zu gefährden.
- Die Daten wurden einer gründlichen und aufwändigen Kontrolle unterzogen, um falsche oder unplausible Angaben herauszufiltern. Darüber hinaus wurde analysiert wie ausführlich, wie vollständig und wie tief dokumentiert worden ist. Hieraus wurden „Dokumentationsprotokolle“ erstellt, die den einzelnen Einrichtungen zugesandt wurden, um eine Transparenz des Dokumentierens zu ermöglichen.
- Ferner wurden auf dieser Grundlage Workshops durchgeführt, auf denen über Begriffsbestimmungen und fallspezifische Strategien des Dokumentierens

informiert wurde. Diese einrichtungsspezifische Berichterstattung zum Einsatz des Dokumentationsprogramms – gleichsam als Selbstauskunft – wird in der folgenden Zeit ebenso wie die Workshops fortgesetzt. Damit sollen eine möglichst ähnliche und vergleichbare Form des Dokumentierens gewährleistet und interne Diskussionsprozesse initiiert werden.

- Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass generell der Datenkontrolle ein hoher Stellenwert zukommt und sie in einem reflexiven Transferprozess mit den beteiligten Einrichtungen eingebunden sein muss.

1.3 Datengrundlage

- Die in diesem Bericht dargestellten Ergebnisse können als repräsentativ für die ambulante Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein angesehen werden, da inzwischen 52 von 60 Einrichtungen mit einem einheitlichen Dokumentationskatalog arbeiten. Es sei betont, dass es sich hierbei um keine Bedarfsanalyse handelt, da in die Auswertungen ausschließlich diejenigen Klienten/innen eingeflossen sind, die eine Einrichtung der ambulanten Suchtkrankenhilfe im Jahr 2001 aufgesucht haben.
- Insgesamt wurden im Jahr 2001 Informationen über 11.581 Personen EDV-gestützt erfasst. Das unterteilt sich in 10.081 Klienten/innen und 1.500 Angehörige. Darüber hinaus konnten 4.674 anonyme Kontakte gezählt werden.
- Annähernd drei Viertel aller Klienten/innen sind Männer und bei einem Viertel handelt es sich um Frauen. Dies steht im Einklang mit repräsentativen Bevölkerungsumfragen und anderen Erhebungen zum Suchtverhalten. Bei den Angehörigen hingegen kehrt sich diese Relation um: Hier sind es zu drei Viertel die Frauen, die Kontakt mit der Hilfeinrichtung suchen. Auch dies entspricht den Erwartungen. Bei den anonymen Kontakten ist die Geschlechterverteilung sowohl bei den Klienten/innen als auch bei den Angehörigen ähnlich.

1.4 Die Lebenssituation und Versorgung der Klientinnen und Klienten

- Die namentlich bekannten Klienten sind im Durchschnitt 36,6 und die Klientinnen 37,6 Jahre alt. Die Altersspannbreite beträgt dabei mehr als 70 Jahre, Frauen verteilen sich eher in die höheren Altersgruppen (> 45 Jahre) als die Männer. Diese haben ihre stärksten Anteile in den mittleren Jahrgängen (21 - 40 Jahre).
- Die Angehörigen sind im Durchschnitt älter als die Klienten/innen: Hier sind die Frauen durchschnittlich jünger (43,8 Jahre) als die Männer (46,6 Jahre).
- Alkohol ist die häufigste Hauptdroge aller hilfesuchenden Klienten/innen (43 %). Mit weitem Abstand folgen Substitutionsmittel (13 %), Opiate (10 %) und Cannabis (7 %). Für 3 % bzw. 2 % der Klienten/innen des ambulanten Hilfesystems Schleswig-Holsteins sind Essstörungen oder pathologisches Spielen die Hauptstörungen. Kokain (2 %) sowie Amphetamine, LSD und Ecstasy (zusammen 1 %) haben als Hauptdroge kaum eine Bedeutung. Von 19 % aller hilfesuchenden Personen wurde der Hauptdrogentyp nicht dokumentiert, wobei hierunter viele Personen sind, die nur ein bis zwei Kontakte zur Einrichtung hatten.
- Während Frauen häufiger von Essstörungen und Medikamentenmissbrauch betroffen sind, werden über die grundsätzlich wesentlich stärkere Suchtbetroffenheit der Männer hinaus Opiat-, Cannabis- und Kokainkonsum ebenso wie pathologisches Spielen eher für diese zum Problem. Beim Alkohol als Hauptdroge spiegelt sich das allgemeine prozentuale Geschlechterverhältnis der Klienten/innen wider. Durchschnittlich sind Hilfesuchende des Hauptdrogentyps Alkohol am ältesten, diejenigen der Hauptdrogentypen Substitute und Opiate sind jünger als der Durchschnitt aller Klienten/innen. Am jüngsten sind die Konsumentinnen und Konsumenten der Hauptdroge Cannabis.
- Die Wohnsituation der Klienten/innen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems steht in Zusammenhang mit ihrem Alter und ihrer Hauptdroge. Cann-

- biskonsumentinnen und -konsumenten wohnen überdurchschnittlich oft bei ihren Eltern, während die Klienten/innen des Hauptdrogentyps Alkohol besonders häufig in den eigenen vier Wänden leben – ebenso wie die pathologischen Spieler/innen. Opiatabhängige befinden sich (anteilig) am häufigsten in prekären Wohnsituationen (18 %), gefolgt von den Substituierten (15 %). Klienten/innen mit Essstörungen und pathologische Spieler/innen leben überwiegend in stabilen Wohnsituationen (93 %, 92 %).
- Jede/r zweite Klient/in (50 %) ist ledig; 25 % der Hilfesuchenden sind verheiratet; allein leben 37 % aller Klienten/innen. Opiatabhängige und Substituierte leben zu etwa 10 % mit ihrem verheirateten Partner bzw. der Partnerin zusammen, bei den Alkoholiker/innen ist dies dagegen bei 34 % der Fall.
 - Zwei Drittel aller Klienten/innen des ambulanten Suchthilfesystems, die 18 Jahre oder älter sind, besitzen als höchsten Schulabschluss maximal einen Hauptschulabschluss. Das andere Drittel verfügt entweder über Mittlere Reife oder Abitur. Am höchsten qualifiziert ist die Gruppe der essgestörten Personen. Besonders unterdurchschnittlich qualifiziert sind die Gruppen der Substituierten und Opiatabhängigen.
 - Die Haupteinkommensquelle von 40 % der Klienten/innen ist die Erwerbstätigkeit. Ungefähr die gleiche Anzahl von Hilfesuchenden lebt hauptsächlich von Transferleistungen wie Arbeitslosengeld und -hilfe, Krankengeld oder Sozialhilfe (41 %). Klienten/innen des Hauptdrogentyps Substitute geben die Erwerbstätigkeit am seltensten als Haupteinkommensquelle an (18 %); sie leben am häufigsten hauptsächlich von der Sozialhilfe (41 %). Am höchsten ist der Anteil der Erwerbstätigkeit am Haupteinkommen bei den substanzungebunden Abhängigkeiten: den pathologischen Spieler/innen (57 %) und den essgestörten Klienten/innen (49 %).
 - Etwa 44 % aller Klienten/innen haben keine Schulden. Dagegen haben sich 24 % mit bis zu 10.000 DM verschuldet. Die meisten finanziellen Verpflichtungen besitzen die pathologischen Spieler/innen: Sie sind zu mehr als einem Drittel mit bis zu 50.000 DM ver-

schuldet – jede/r Fünfte dieser Gruppe übertrifft sogar noch diese Marke.

- Fast jede zweite Betreuung (45 %) wird durch die Klienten/innen abgebrochen, etwa 37 % aller Hilfesequenzen werden planmäßig zu Ende geführt. 12 % der Betreuungen enden durch Weitervermittlung oder Verlegung der Klienten/innen, nur 3 % der Betreuungssequenzen werden durch die Mitarbeiter/innen der Einrichtungen abgebrochen. Behandlungen der Substitut- und Opiatabhängigen werden seltener (23 % bzw. 29 %) planmäßig beendet als die der alkoholabhängigen Klienten/innen (41 %).
- Bei jeder/m zweiten Hilfesuchenden zeigt die Dokumentation eine Besserung des Konsumstatus – bis hin zur Abstinenz – am Ende der Behandlung (53 %). Nur 4 % der Klienten/innen wird eine Verschlechterung ihres Konsumstatus attestiert, während 39 % als unverändert beschrieben werden.
- Im Jahr 2001 wurden für die Klienten/innen – die 10.081 namentlich bekannten zusammengerechnet mit den 3.273 anonymen Kontakten – fast 100.000 Leistungen dokumentiert (ohne Leistungen für Angehörige). Hierbei handelt es sich zu 58 % um Beratungsleistungen; 25 % sind Therapie-, 11 % Informations- und 3 % reine Vermittlungsleistungen. Vom zeitlichen Umfang besitzen die Beratungsleistungen einen Anteil von 49 % und die therapeutischen Leistungen einen Anteil von 38 %. Frauen fragen mehr Beratungsleistungen nach als die Männer, während diese eher therapeutische Leistungen in Anspruch nehmen.
- Therapeutische Leistungen werden im Durchschnitt 15,3 Stunden pro Klient/in und pro Jahr in Anspruch genommen, für Beratungsleistungen liegt der entsprechende Wert bei 4,6 Stunden. Fragen Frauen therapeutische Leistungen nach, werden für diese durchschnittlich 2,4 Stunden mehr aufgewendet als für Männer.
- Die durchschnittliche Gesamtdauer der einzelnen Leistungstypen je Klient/in ist um so länger, je älter der Klient bzw. die Klientin ist. Lediglich bei der Begleitung (zu anderen Institutionen) ist der Zeitauf-

wand für Jüngere höher als für Ältere. Ein differenziertes Bild zeigt sich bei den Hauptdrogentypen. Vor allem in dem Leistungssegment „Therapie“ werden deutliche Unterschiede zwischen legalen und illegalen Abhängigkeiten sichtbar: Therapeutische Leistungen für Alkoholiker/innen benötigen im Durchschnitt insgesamt 22,2 Stunden, für pathologische Spieler/innen und Klienten/innen mit Essstörungen werden 11,2 und 12,2 Stunden investiert; für den gleichen Tätigkeitstyp werden bei Substituierten bzw. Opiat-abhängigen 6,0 bzw. 8,9 Stunden aufgewendet.

- Die niedrigschwelligen Einrichtungen (Kontaktladen, Café, etc.) verzeichneten im Jahr 2001 insgesamt 21.651 Kontakte. Es wurden mehr als 260.000 Spritzen getauscht und über 8.000 Mahlzeiten abgegeben. Die Anzahl der jeweils im Quartal dokumentierten Besucher/innen (von drei Modelleinrichtungen) bewegte sich bis zum Jahresbeginn 2000 recht gleichmäßig um die Marke von 3.700. Seitdem stieg sie fast kontinuierlich an, so dass im vierten Quartal 2001 mehr als 5.200 Kontakte zu Hilfesuchenden dokumentiert wurden. Die Dokumentation ausgegebener Einwegspritzen zur HIV- und Hepatitisprophylaxe zeigt eine tendenziell abnehmende Entwicklung der Abgabebzahlen. Die insgesamt dokumentierte Anzahl abgegebener Spritzen hatte ihren Höhepunkt im ersten Quartal 1998 (ca. 111.000) und ihr niedrigstes Niveau im vierten Quartal 2001 (ca. 52.000). Im Gegensatz dazu steigt die Anzahl der abgegebenen Essen kontinuierlich an.

1.5 Klientinnen und Klienten im Stadt-Land-Vergleich

Es gibt in Deutschland bislang keine Analysen, die die Situation von suchtkranken Personen in Stadt und Land miteinander vergleichen. Mit Hilfe der mit HORIZONT erfassten Daten aus dem Jahr 2001 konnte ein solcher Vergleich erstmals für das Land Schleswig-Holstein angestellt werden. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Auswertung sind:

- Fast alle Personen, die im Jahr 2001 von der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein be-

treten worden sind, wohnen auch in diesem Bundesland (92 %) Nur ein geringer Teil hat seinen Wohnsitz nicht in Schleswig-Holstein (2 %). Das trifft auf Klienten/innen und Angehörige in gleichem Maße zu. Von 6 % aller Klienten/innen und Angehörigen ist der Wohnsitz nicht bekannt.

- Drei von vier namentlich bekannten Klienten/innen und Angehörigen leben in einem Landkreis (74 %). Ein Viertel hat seinen Wohnsitz in einer kreisfreien Stadt (26 %).
- Neun von 10 Klienten/innen suchen eine ambulante Einrichtung in ihrem Landkreis bzw. in ihrer Stadt auf (91 %). 8 % gehen zu einem Hilfeangebot in einem angrenzenden Kreis/Stadt. Nur 1 % nehmen längere Entfernungen in Kauf, um zu ihren Einrichtungen zu gelangen.
- In den Städten ist der relative Anteil von Drogenabhängigen höher als im ländlichen Gebiet. Bei den alkoholkranken Personen verhält es sich umgekehrt. Andere Unterschiede bezüglich der Hauptdroge (bzw. Abhängigkeitsform) bestehen zwischen den Klienten/innen von Stadt und Land nicht.
- Die soziale Situation der in den Landkreisen gemeldeten Klienten/innen stellt sich günstiger dar als derjenigen, die in städtischen Bezügen leben: Ihre Wohnsituation ist besser (stabil: 89 % zu 77 %), sie sind seltener arbeitslos bzw. Sozialhilfeempfänger/-innen (38 % zu 54 %) und gehen eher einer Erwerbstätigkeit nach (41 % zu 31 %).
- Hinsichtlich der Lebenssituation der Klienten/innen, die in den Landkreisen wohnen, bestehen keine Unterschiede: Dieses betrifft sowohl den Vergleich zwischen den südlichen und nördlichen Landkreisen als auch eine separate Betrachtung des Hamburger Randgebietes.
- Das Inanspruchnahmeverhalten der Klienten/innen aus Stadt und Land ist insgesamt betrachtet ähnlich. Von beiden Klientengruppen werden überwiegend Beratungs- und Therapieleistungen in Anspruch genommen.
- Werden die Drogenabhängigen allein betrachtet, zeigt sich, dass ihre Lebenssituation in der Stadt und

auf dem Land vergleichbar ist. Offensichtlich wird ihre Lebenssituation weniger von räumlichen Kontexten als durch die (kriminalisierten) Bedingungen ihrer Drogensucht insgesamt geprägt.

- Dagegen wird bei den Alkoholabhängigen ein starker Unterschied in der Lebenssituation deutlich, wenn nach Stadt und Land unterschieden wird. Die ländlichen Klienten/innen sind älter, sie sind partnerschaftlich und familiär stärker eingebunden und befinden sich sozial in einer besseren Lage als die Klienten/innen aus der Stadt. Offensichtlich haben bei den Alkoholabhängigen räumliche Faktoren einen stärkeren Einfluss auf die Lebenssituation als bei den Drogenabhängigen.

1.6 Essstörungen: Klientel und Behandlung

Diese Analyse bietet eine genauere soziodemografische Beschreibung dieser Klientel (auch im Vergleich zu den anderen Klienten/innen) und ermöglicht Aussagen zum spezifischen Charakter der Behandlung:

- Die soziale Situation essgestörter Klienten/innen stellt sich in mehrerer Hinsicht besser dar als bei anderen Klienten/innen: Sie leben häufiger in stabilen Wohnsituationen, haben eher einen mittleren oder höheren Schulabschluss, sind nur selten auf Sozialhilfe oder ähnliche Transferleistungen angewiesen und haben nicht so häufig Schulden.
- Klienten/innen mit Essstörungen nehmen eine tendenziell intensivere Betreuung wahr als die übrigen Klienten/innen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems und brechen die Betreuung seltener von sich aus ab.
- Bei den spezifischen Arten der Essstörungen bestehen einige soziodemografische Unterschiede unter den Klientinnen: Beispielsweise leben Frauen mit Adipositas überdurchschnittlich oft in stabilen Wohnverhältnissen und sind besonders häufig verheiratet.
- Geschlechtsspezifische Betreuungen für essgestörte Frauen sind intensiver: Sie erstrecken sich – in einem ähnlichen Zeitraum wie andere Betreuungen – über mehr Einzeltermine, die jeweils eine größere Dauer

umfassen, so dass sich Beraterin und Klientin häufiger (mit geringeren Abständen) und länger sehen. Möglicherweise haben die Klientinnen mit geschlechtsspezifischer Betreuung einen erhöhten Gesprächs- und Beratungsbedarf.

- Geschlechtsspezifische Betreuungen bei essgestörten Klientinnen weisen darüber hinaus einen überraschend größeren zeitlichen Anteil „umfassender Beratung“ auf; zudem werden spezielle Beratungsinhalte häufiger als bei anderen Beratungen zum Thema.
- Ein soziodemographisches Kriterium, das die Entscheidung über eine geschlechtsspezifische Betreuung leitete, ist nicht eindeutig erkennbar. Lediglich das (höhere) Alter scheint in einem Zusammenhang mit einer positiven Entscheidung über eine geschlechtsspezifische Betreuung zu stehen.
- Eine geschlechtsspezifische Betreuung steht in allen drei Diagnosegruppen (Adipositas etc.) im Zusammenhang mit dem Alter: Je älter die Klientinnen sind, um so eher werden sie geschlechtsspezifisch behandelt.

Kapitel 2:

Die Lebenssituation und Versorgung der Klientinnen und Klienten

2.1 Computergestützte Dokumentation

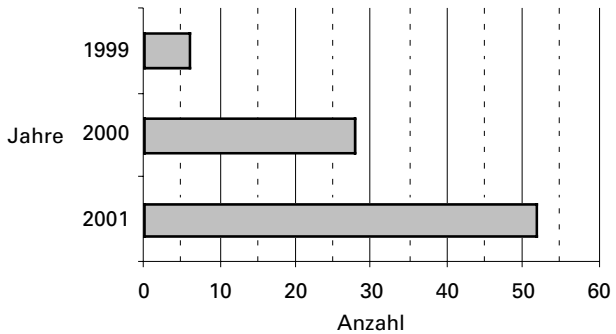
Die Leistungen der Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein und die Informationen über ihre einzelnen Klienten/innen werden mit einem Computerdokumentationsprogramm erfasst. Eine solche systematische, computergestützte Dokumentation ermöglicht differenzierte und valide Analysen zur Situation der Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchtkrankenhilfe und Aussagen über die Formen und den Umfang der von ihnen nachgefragten Leistungen in den Einrichtungen.¹ Selbstverständlich umfassen die Tätigkeiten der Mitarbeiter/innen der Einrichtungen mehr als die Arbeiten mit ihren Klienten/innen. Auch können nicht alle Leistungen personenbezogen dokumentiert werden (z. B. Spritzen-tausch). Ein wesentlicher Teil der Tätigkeiten besteht jedoch aus einer individuellen, personenbezogenen dokumentierbaren Betreuung. Dadurch sind Aussagen über die Lebenssituation und Versorgung des größten Teils der Klienten/innen der ambulanten Suchthilfe möglich. Diese Erkenntnisse können in diesem Bericht als repräsentativ für Schleswig-Holstein angesehen werden, da inzwischen 52 von 60 Einrichtungen mit einem einheitlichen Dokumentationskatalog arbeiten.² Nachdem im Jahr 1997 in sechs Modelleinrichtungen die elektronische Dokumentation eingeführt wurde, arbeiteten im Jahr 2000 weitere 22 Einrichtungen damit.

¹ Wenn in den folgenden Auswertungsteilen von Unterschieden die Rede ist, wurden die entsprechenden statistischen Signifikanztests durchgeführt.

² Klienten/innen sind Hilfesuchende mit Suchtproblemen, die den Weg in das Hilfesystem bereits gefunden haben. Die folgenden Analysen treffen also Aussagen zu Personen *im* Hilfesystem.

Im Jahr 2001 nutzten insgesamt 52 von 60 Einrichtungen des ambulanten Hilfesystems in Schleswig-Holstein diese Software und stellten dem ISD ihre Daten zur statistischen Auswertung bereit (Abbildung 2.1).

*Abbildung 2.1:
Anzahl der Einrichtungen des ambulanten Suchthilfesystems, die ihre Daten in anonymisierter Form an das ISD weitergeleitet haben*



Die Bereitstellung der Daten zur Analyse geschieht über eine Datenbankexportschnittstelle („Datex“):³ Die Daten werden anonymisiert und durch den HIV-Code sowie eine interne Identifikationsnummer doppelt verschlüsselt weitergegeben, so dass eine fallbezogene Analyse möglich wird, ohne die Anonymität zu gefährden.

2.2 Anzahl dokumentierter Personen

Die Auswertung für das Jahr 2001 umfasst etwa doppelt so viele Einrichtungen wie für den Auswertungsbericht 2000. Es ist daher nicht überraschend, wenn den Analysen in dem jetzigen Bericht auch etwa doppelt so viele Klienten/innen zugrunde liegen. Ein Vergleich der Jahre 2000 und 2001 in Hinblick auf die Anzahl der Klienten/innen und der erbrachten Leistungen hat daher nur einen nachrichtlichen Wert. Ein Ansteigen der Nachfrage kann daraus nicht geschlossen werden. Solche Vergleiche können aber in den folgenden Jahren angestellt werden, wenn weiterhin flächendeckend in Schleswig-Holstein mit demselben Klassifikationskatalog gearbeitet wird.

³ Diese Vorgehensweise ist mit dem schleswig-holsteinischen Datenschutz abgestimmt.

Im Jahr 2000 lagen über 5.863 Personen (Klienten/innen und Angehörige) Informationen vor und wurden 1.761 Kontakte anonym registriert – ohne namentliche Zuordnung. Im Jahr 2001 waren es 11.581 Personen sowie 4.674 anonyme Kontakte (siehe Tabelle 2.1).⁴ Die Kontakte können danach unterschieden werden, ob sie direkt mit den Klienten/innen erfolgten oder ob Angehörige betreut wurden. In beiden Fällen können die Kontakte personenbezogen oder anonym in einer „Sammelakte“ dokumentiert werden.

Tabelle 2.1: Anzahl hilfeschender Personen in den Jahren 2000 und 2001

		2001 ^a			2000 ^b		
		N	m %	w %	N	m %	w %
Klienten	namentlich	10.081	73 %	27 %	5.010	75 %	25 %
	anonyme Kontakte	3.273	72 %	28 %	1.247	65 %	35 %
Angehörige	namentlich	1.500	25 %	75 %	853	28 %	72 %
	anonyme Kontakte	1.401	22 %	78 %	514	28 %	72 %

m = männlich, w = weiblich

^a 52 elektronisch dokumentierende Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe.

^b 28 elektronisch dokumentierende Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe.

Auch in dieser Differenzierung haben die Angaben für die Jahre 2000 und 2001 nur nachrichtlichen Wert. Wird jedoch der prozentuale Anteil von männlichen und weiblichen Personen betrachtet, so bleibt dieser in beiden Jahren in etwa gleich.

Wie bereits im Vorjahr sind annähernd drei Viertel aller Klienten/innen Männer und ein Viertel Frauen. Dies steht im Einklang mit repräsentativen Bevölkerungsumfragen (IFT, 2001) und anderen Erhebungen zum Suchtverhalten. Bei den Angehörigen hingegen kehrt sich diese Relation um: Hier sind es zu drei Viertel die Frauen, die Kontakt mit der Hilfeinrichtung suchen. Auch dies entspricht den Erwartungen.

Bei den Klienten/innen überwiegen die namentlich bekannten gegenüber den anonymen Kontakten deutlich, selbst wenn unterstellt würde, dass alle anonymen

⁴ Anonyme Kontakte können Mehrfachkontakte mit derselben Person beinhalten.

Kontakte von jeweils verschiedenen Klienten/innen wahrgenommen worden sind. Drei von vier Klienten/-innen wurden namentlich erfasst. Anders ist es bei den Angehörigen: Hier ist nur jede/r zweite namentlich bekannt.

Bei einem Blick auf die Einrichtungen, die sowohl im Jahr 2001 als auch im Jahr 2000 mit der elektronischen Akte arbeiteten, lässt sich feststellen, dass 58 % ihrer Klienten/innen keine Klienten/innen aus dem Vorjahr waren (siehe Tabelle 2.2). 42 % der namentlich erfassten Personen dieser Einrichtungen suchten dort bereits im Jahr 2000 Hilfe.

Tabelle 2.2: Klienten/innen des Jahres 2001, die bereits in 2000 als Klienten/innen erfasst worden sind^a

	N	%	m %	w %
kein/e Klient/in aus dem Vorjahr (2000)	3.764	58 %	77 %	23 %
Klient/in aus dem Vorjahr	2.780	42 %	74 %	26 %
Gesamt	6.544	100 %		

^a Nur solche Einrichtungen, die in den Jahren 2001 und 2000 mit der Erfassungssoftware dokumentierten (Gesamtzahl in diesen Einrichtungen namentlich erfasster Klienten/innen: N=6.544).

2.3 Das Alter der Klienten/innen⁵

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten schleswig-holsteinischen Suchthilfesystems betreuen eine Klientel mit sehr großer Altersspanne: Der jüngste Klient hat seinen zehnten Geburtstag noch nicht erreicht, die älteste Klientin ihren achtzigsten bereits gefeiert (siehe Tabelle 2.3). Mehr als 70 Jahre beträgt damit die Altersspannbreite. Hinsichtlich des Durchschnittsalters unterscheiden sich Männer und Frauen kaum: Frauen sind im Mittel 37,6 Jahre alt und damit durchschnittlich ein Jahr älter als die Männer.

⁵ Namentlich erfasste Klienten/innen ohne Angehörige.

Tabelle 2.3: Lebensalter der Klienten/innen, differenziert nach Geschlecht⁶

Klient/in	Alter in Jahren				gültiges N
	Mittelwert	St.abw.	Min	Max	
männlich	36,6	12,2	9,5	79,6	7.191
Weiblich	37,6	13,2	10,0	80,3	2.589
Gesamt	36,9	12,5	9,5	80,3	9.780

Diese Differenz lässt sich in Abbildung 2.2 erkennen:
Sowohl in den jüngeren als auch in den älteren Alters-

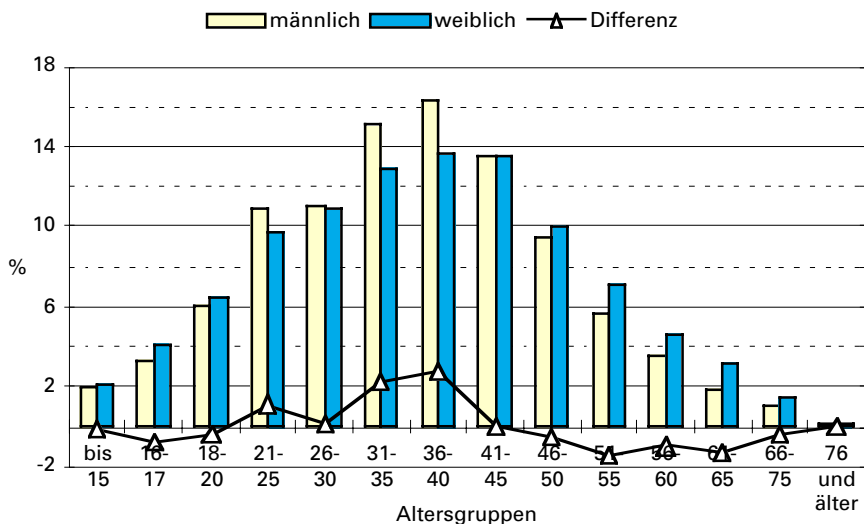


Abbildung 2.2: Altersverteilung namentlich erfasster Klienten/innen nach Geschlecht (N=9.780)

Lesebeispiel: In der Altersgruppe 36-40 Jahre befinden sich 16,3 % aller Männer und 13,6 % aller Frauen – dies wird durch die Säulen dargestellt. Die Differenz dieser Anteile beträgt hier 2,7 Prozentpunkte (zugunsten der Männer), sie wird durch das Dreieck der Kurve repräsentiert, die sich um die x-Achse – den Nullpunkt der senkrechten Skala – bewegt. In der Altersgruppe 51-55 Jahre überwiegt der weibliche Anteil um 1,5 Prozentpunkte. Folglich liegt der Kurvenpunkt an dieser Stelle bei -1,5 %.

⁶ Das Alter ist ein Pflichtfeld der Stammdatenmaske. In einigen Fällen wurden beim Alter aber nicht plausible Einträge vorgenommen, so dass diese Fälle hier ausgeschlossen wurden. Deshalb unterscheiden sich die gültigen N dieser Tabelle von denen der Tabelle 2.1. Die ausgeschlossenen Fälle berühren aber das prozentuale Verhältnis zwischen gültigen männlichen und weiblichen N nicht.

gruppen überwiegt der weibliche Anteil. Die Männer sind hingegen in den mittleren, auch stärker besetzten Gruppen in der Überzahl. Beide Faktoren führen zu den erläuterten Unterschieden beim Durchschnittsalter. Werden alle Klienten/innen in vier größere Altersgruppen⁷ eingeteilt, ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 2.4: Namentlich erfasste Klienten/innen nach Altersgruppen

	N	%	m %	w %
bis 25 Jahre	2.192	22 %	73 %	27 %
26 bis 35 Jahre	2.489	26 %	75 %	25 %
36 bis 45 Jahre	2.845	29 %	75 %	25 %
älter als 46 Jahre	2.254	23 %	69 %	31 %
gesamt	9.780	100 %		

2.4 Die Angehörigen⁸

Etwa 13 %⁹ aller in den ambulanten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe erfassten Personen sind Angehörige einer Klientin oder eines Klienten. Sie sind mit durchschnittlich 44,4 Jahren (siehe Tabelle 2.5) deutlich älter als die Klienten/innen – 64 % von ihnen sind älter als 40 Jahre (bei den Klienten/innen sind dies nur 37 %).

Das prozentuale Geschlechterverhältnis verkehrt sich in der Gruppe der Angehörigen: Im Gegensatz zu den Klienten/innen überwiegen hier die Frauen: 75 % von ihnen stehen 25 % Männern gegenüber. Auch sind die Frauen in dieser Gruppe jünger als die Männer – im Durchschnitt um etwa drei Jahre –, bei den Klienten/innen sind sie durchschnittlich ein Jahr älter als die Männer.

⁷ Hier werden die namentlich erfassten Klienten/innen, die einen gültigen Alterswert besitzen (s. Fußnote 6) erfasst. Dies dient der Vorbereitung folgender Analysen (vgl. Tabelle 2.16) und bildet Gruppen der Jüngeren, Älteren sowie zweier mittlerer Gruppen ab. Im Gegensatz dazu gründen die Gruppen der Altersverteilung der Abbildung 2.2 zunächst auf juristischen Argumenten (Geschäftsfähigkeit, Strafmündigkeit, Wahlrechte, Jugendstrafrecht) und werden dann in regelmäßigen Schritten fortgeschrieben.

⁸ Namentlich erfasste Personen.

⁹ N=1.500, vgl. Kapitel 2.2.

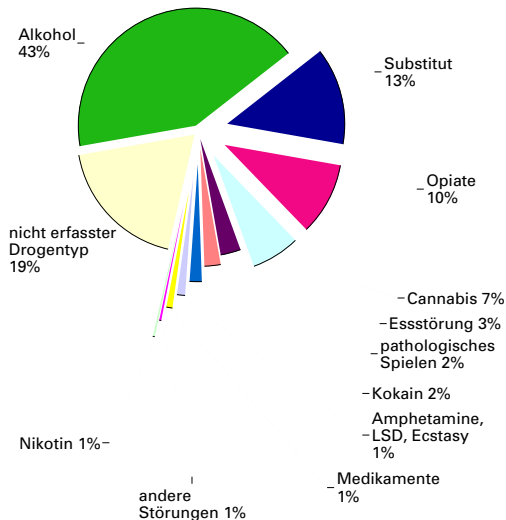
Tabelle 2.5: Lebensalter der namentlich erfassten Angehörigen, differenziert nach Geschlecht

Angehörige	Alter in Jahren				gültige N
	Mittelwert	St.abw.	Min	Max	
männlich	46,6	12,6	10,4	81,7	334
weiblich	43,8	11,7	11,6	77,9	1.022
Gesamt	44,4	12,0	10,4	81,7	1.356

2.5 Hauptdrogentyp¹⁰ der Klienten/innen

Viele Klienten/innen¹¹ suchen Hilfe wegen Problemen mit ihrer Hauptdroge,¹² auch wenn sie zusätzlich noch andere Drogen konsumieren.

Abbildung 2.3:
Hauptdrogentyp,
namentlich erfasste
Klienten/innen
(N=10.081)



¹⁰ Mit diesem Begriff werden in diesem Bericht auch Essstörungen und das pathologische Spielen mit erfasst.

¹¹ Alle in den folgenden vorgestellten Analysen soziodemographischer Aspekte beziehen sich ausschließlich auf namentlich erfasste Klienten/innen und nicht auf Angehörige.

¹² Der Hauptdrogentyp wurde durch das ISD in detaillierter Analyse aller Klientendatensätze, die Angaben zu konsumierten Substanzen oder substanzungebundenen Abhängigkeiten bzw. Störungen enthielten, zugewiesen. So wurde eine eindeutige begründete Zuordnung des Großteils aller namentlich erfassten Klienten/innen zu einem Hauptdrogentyp möglich (siehe auch Fußnote 10).

Alkohol ist die mit Abstand häufigste Hauptdroge aller hilfeschuchenden Klienten/innen (43 % – siehe Tabelle 2.6). Sein Anteil an den Hauptdrogen ist fast doppelt so groß wie der Anteil derjenigen Personen, deren Hauptdrogen Substitute (Methadon, Polamidon) oder andere Opiate sind (insgesamt 23 %). Zusammen schließen diese drei Gruppen annähernd zwei Drittel aller Klienten/innen ein. Alle weiteren Gruppen verfügen über keinen größeren Umfang als 3 % – lediglich Cannabis als Hauptdroge erreicht 7 %.

Tabelle 2.6: Hauptdroge namentlich erfasster Klienten/innen

	gesamt	Frauen %	Männer %	Differenz ^a (%-Punkte)
Alkohol	43 %	26 %	74 %	+ 1
Substitut	13 %	25 %	75 %	+ 2
Opiat	10 %	20 %	80 %	+ 7
Cannabis	7 %	15 %	85 %	+ 12
Essstörung	3 %	91 %	9 %	- 64
pathologisches Spielen	2 %	8 %	92 %	+ 19
Kokain	2 %	18 %	82 %	+ 9
Amphetamine, LSD, Ecstasy	1 %	29 %	71 %	- 2
Medikamente	1 %	66 %	34 %	- 39
andere Störungen	1 %	33 %	67 %	- 6
Nikotin	1 %	11 %	89 %	+ 16
nicht erfasster Drogentyp	19 %	29 %	71 %	- 2
Gesamt N	10.081	2679	7402	

^a Differenz zum allgemeinen prozentualen Geschlechterverhältnis aller namentlich erfassten Klienten/innen in Prozentpunkten, Bezugspunkt: Männer.

Lesebeispiel: 7 % der namentlich erfassten Klienten/innen konsumieren hauptsächlich Cannabis. Diese 7 % teilen sich auf in 15 % Frauen und 85 % Männer. Die allgemeine prozentuale Verteilung beträgt 73 % Männer zu 27 % Frauen (s. Tabelle 2.1). Deshalb haben die Männer beim Hauptdrogentyp Cannabis einen Mehranteil von 12 Prozentpunkten im Vergleich zum allgemeinen Geschlechterverhältnis (Spalte: Differenz).

Etwa jede/r Fünfte (19 %) aller Klienten/innen konnte keinem Hauptdrogentyp zugeordnet werden („nicht erfasst“). Bei diesen Personen handelt es sich zu 31 % um solche, die nur einen einzigen Kontakt zur ambulanten Einrichtung hatten. Das Fehlen von Informatio-

nen zum Hauptdrogentyp dürfte damit zusammenhängen, dass es im Jahr 2001 Programmumstellungen bei der Dokumentation des Drogenkonsums gab.¹³ Die abgebildeten Drogen- und Abhängigkeitstypen zeigen geschlechtsspezifische Unterschiede: Mit Ausnahme des Alkohols als Hauptdroge unterscheidet sich das Verhältnis von Männern und Frauen in den einzelnen Untergruppen von dem im Gesamtklientel. Über die grundsätzlich wesentlich stärkere Suchtbetroffenheit der Männer hinaus werden Opiat-, Cannabis- und Kokainkonsum ebenso wie pathologisches Spielen eher für sie zum Problem, während Frauen häufiger von Essstörungen und Medikamentenmissbrauch betroffen sind (91 % bzw. 66 % betroffene Frauen).

Tabelle 2.7: Namentlich erfasste Klienten/innen nach Hauptdrogentyp und Alter, geschlechtsbezogen

Hauptdrogentyp	Alter in Jahren	
	Frauen	Männer
Alkohol	44,8	42,4
Substitut	33,4	33,7
Opiate	28,3	30,6
Cannabis	20,7	20,7
pathologisches Spielen	39,2	34,5
Kokain	25,8	28,3
Amphetamine, LSD, Ecstasy	22,0	22,4
Medikamente	41,5	39,1
Essstörung	28,7	24,5
unbekannter Drogentyp	37,7	37,4
gesamt (N=9.780)	37,6	36,6

Es fehlen die Hauptdrogentypen „Nikotin“ und „andere Störungen“ auf Grund zu geringer Fallzahlen.

Ein Blick auf das durchschnittliche Alter der Klienten/innen bestätigt die bereits im Jahresbericht 2000 er-

¹³ Vielen Einrichtungen wurde die Möglichkeit, die „30-Tage-Prävalenz“ im Bewertungsmodul zu dokumentieren, erst im Herbst 2001 bekannt. So kann vermutet werden, dass der Anteil nicht erfasster Hauptdrogentypen im nächsten Jahr sinkt, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit den neuen Dokumentationsmöglichkeiten eine größere Sicherheit gewonnen haben.

mittelten, z. T. deutlichen Differenzen zwischen den einzelnen Gruppen und Geschlechtern (siehe Tabelle 2.7).

Bezogen auf die unterschiedlichen Hauptdrogentypen kann festgestellt werden (siehe Abbildung 2.4): Alkoholkonsumenten sind deutlich älter (42,4 Jahre) als der Durchschnitt aller Klienten/innen, Alkoholkonsumentinnen übertreffen sie nochmals um mehr als zwei Jahre (44,8 Jahre). Personen, die primär Substitute konsumieren, sind etwas jünger (ca. 33,5 Jahre) als die durchschnittlichen Hilfesuchenden, aber um etwa die gleiche Anzahl von Jahren älter als die Konsumenten von anderen Opiaten (30,6 Jahre). Die Opiatkonsumentinnen sind nochmals jünger (28,3 Jahre): Hier zeigt sich geschlechtsbezogen ein umgekehrtes Verhältnis wie beim Alkohol. Cannabiskonsumentinnen und -kon-

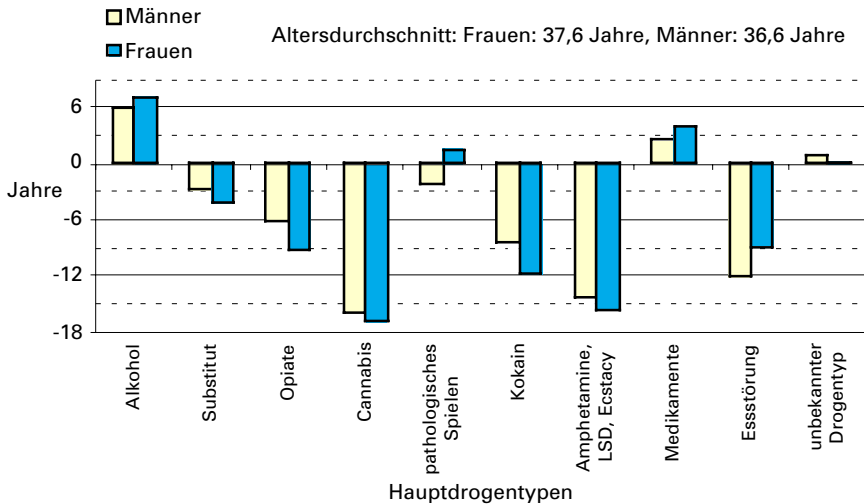


Abbildung 2.4: Unterschiede des durchschnittlichen Alters der Hauptdrogentypen zum durchschnittlichen Alter aller Klienten/innen nach Geschlecht

Es fehlen die Hauptdrogentypen „Nikotin“ und „andere Störungen“ auf Grund zu geringer Fallzahlen.

Lesebeispiel: Männer des Hauptdrogentyps Alkohol sind durchschnittlich 5,8 Jahre älter als alle männlichen Klienten (42,4 zu 36,6 Jahre). Frauen des Hauptdrogentyps Alkohol sind durchschnittlich 7,2 Jahre älter als alle weiblichen Klientinnen (44,8 zu 37,6 Jahre).

sumenten stehen erst am Beginn ihres dritten Lebensjahrzehnts (20,7 Jahre), während Kokainkonsum durchschnittlich mit einem Lebensalter von etwa 25 bis 28 Jahren einhergeht.

2.6 Die Wohnsituation

In Abhängigkeit vom hauptsächlichen Drogentyp und dem Alter¹⁴ unterscheidet sich die Wohnsituation der Klienten/innen erheblich (siehe Abbildung 2.5). Konsumenten und Konsumentinnen des Drogentyps Cannabis leben in der Mehrzahl bei ihren Eltern: Dies steht

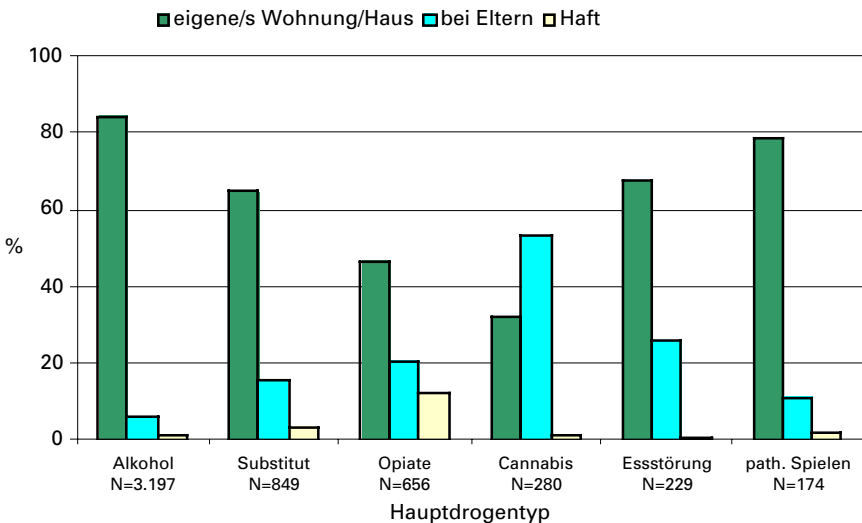


Abbildung 2.5: Wohnsituation der Klienten/innen nach Hauptdrogentyp

im Zusammenhang mit ihrem Alter; sie bilden die jüngste Gruppe. Personen der Gruppe Drogentyp Alkohol bilden den Gegenpol: Sie wohnen zu 84 % in den eigenen vier Wänden (Miete oder Eigentum), gleichzeitig bilden sie auch die älteste Gruppe. Im Vergleich der Gruppen Substitut und Opiate zeigt sich, dass erstere in stabileren Wohnverhältnissen leben als letztere

¹⁴ Vgl. Tabelle 2.7.

(65 % in eigener Wohnung gegenüber 47 %). Dies deutet darauf hin, dass mit dem Wechsel vom illegalen Opiatkonsum zur Substitutionsbehandlung eine soziale Stabilisierung einher geht, auch wenn ein Teil dieses Wandels mit dem gestiegenen Alter der Substituierten in Zusammenhang steht. Getragen wird diese Überlegung auch durch den Anteil derjenigen, die sich in Untersuchungs- oder Straftat befanden: Während dies beim Drogentyp Opiate insgesamt 12 % sind, betrifft dies bei den Substituierten nur 4 %.¹⁵ Alle anderen Suchttypen sind von Haft praktisch nicht berührt. Über fast alle Hauptdrogentypen hinweg leben Frauen häufiger in einer eigenen Wohnung als Männer; letztere leben ebenso öfter bei den eigenen Eltern als die Frauen. Nur beim Hauptdrogentyp Opiate ist es so, dass Männer und Frauen zu annähernd gleichen Anteilen in der eigenen Wohnung leben (46 % bzw. 49 %). Es könnte sein, dass die Illegalität als „Begleitumstand“ der Sucht nach Opiaten einen starken Einfluss besitzt, der geschlechtsspezifische Einflüsse und solche des Alters zurückdrängt.

Leben die Gruppen der unterschiedlichen Drogentypen tendenziell in eher prekären¹⁶ oder stabilen Wohnsituationen? Die Antwort ist eindeutig und entspricht den Erwartungen. Opiatabhängige leben mit Abstand am häufigsten in prekären Wohnsituationen (32 % – siehe Abbildung 2.6).

Auch diese Ergebnisse deuten auf den Einfluss von Illegalität und Verfolgungsdruck, die mit der Abhängigkeit von Opiaten verbunden sind. Unterstützt wird diese These durch die Ausprägungen der Gruppe der Substituierten: Von ihnen ist der Druck illegaler und krimineller Handlungen genommen. Sie leben zu 82 % in stabilen Wohnverhältnissen. Zu dem legalen Rauschmittel Alkohol ist ihre Nähe damit größer als zu

¹⁵ Selbstverständlich ist dieser Anteil auch abhängig von der Anzahl der überhaupt in Haft substituierten und dabei dokumentierten Opiatabhängigen.

¹⁶ Jemand lebt in einer prekären Wohnsituation, wenn er nicht in eigener Wohnung bzw. eigenem Haus, bei den Eltern, anderen Angehörigen oder in einer anderen Wohnung bzw. anderem Haus lebt.

den illegalen Opiaten. Cannabiskonsum, der ebenfalls illegal, aber nicht mit einem dem Opiatkonsum vergleichbaren Verfolgungsdruck belegt ist, geht mit einer stabilen Wohnsituation zu über 85 % einher, liegt also zwischen den legalen Süchten und den Substituierten. Klienten/innen mit Essstörungen und pathologische Spieler/innen leben weit überwiegend in stabilen Wohnverhältnissen (93 %, 92 %).

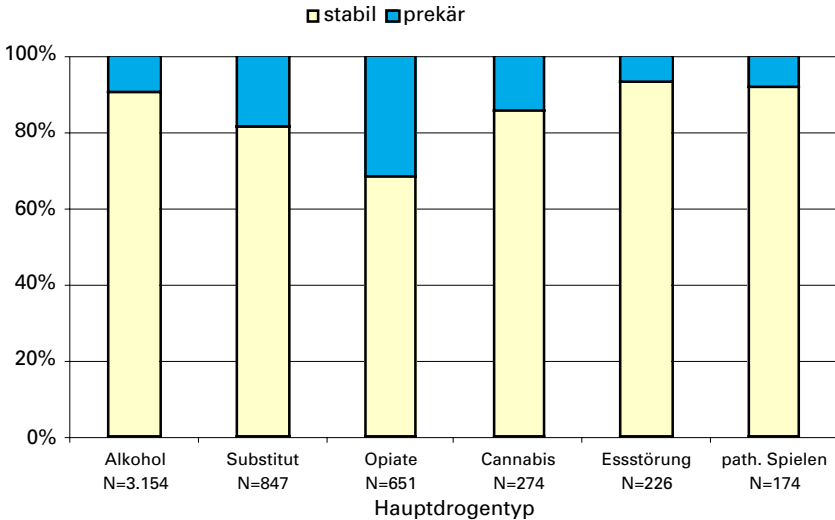


Abbildung 2.6: Wohnsituation der Klienten/innen nach Hauptdrogentyp

Alkoholabhängige in einer prekären Wohnsituation sind durchschnittlich 5,8 Jahre jünger als solche in stabilen Wohnverhältnissen (siehe Tabelle 2.8). Entsprechend deutliche Unterschiede existieren bei den anderen Drogentypen nicht, lediglich die pathologischen Spielerinnen und Spieler zeigen ein ähnliches Muster in der Verteilung.

Stabile Wohnsituationen dauern in allen Fällen länger an als prekäre:¹⁷ bei Alkoholabhängigen über zehn Jahre, bei Substituierten und Opiatabhängigen mehr

¹⁷ Die erheblich niedrigere Anzahl gültiger Fälle muss zu vorsichtigeren Aussagen zur durchschnittlichen Dauer der prekären bzw. stabilen Wohnsituation führen, denn nur ein Teil der biographischen Angaben wurde mit Datumseinträgen versehen.

als sechs Jahre. Prekäre Wohnsituationen dauern bei Alkoholabhängigen und Substituierten etwa gleich lang (ca. 3,5 Jahre), während sie bei Opiatabhängigen etwas kürzer sind.

Tabelle 2.8: Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen

Drogentyp			Wohnsituation		N
			stabil	prekär	
Alkohol	Anteil	%	90 %	10 %	3.154
	Alter	Jahre, Ø	43,6	37,8	3.154
	Dauer	Jahre, Ø	10,1	3,5	733
Substitut	Anteil	%	82 %	18 %	847
	Alter	Jahre, Ø	33,9	34,0	847
	Dauer	Jahre, Ø	6,7	3,4	260
Opiat	Anteil	%	68 %	32 %	651
	Alter	Jahre, Ø	31,0	29,7	651
	Dauer	Jahre, Ø	6,2	2,6	232
Cannabis	Anteil	%	85 %	15 %	274
	Alter	Jahre, Ø	21,2	20,0	274
	Dauer	Jahre, Ø	12,9	°	70
Essstörung	Anteil	%	93 %	7 %	226
	Alter	Jahre, Ø	28,7	28,6	226
	Dauer	Jahre, Ø	7,8	°	45
path. Spielen	Anteil	%	92 %	8 %	174
	Alter	Jahre, Ø	35,0	°	174
	Dauer	Jahre, Ø	9,6	°	38
alle Klienten und Klientinnen	Anteil	%	86 %	14 %	5.915

° = N < 15

Die Hauptdrogentypen „Kokain“, „Amphetamine, LSD, Ecstasy“, „Medikamente“, „Nikotin“ und „andere Störungen“ fehlen auf Grund zu geringer Fallzahlen.

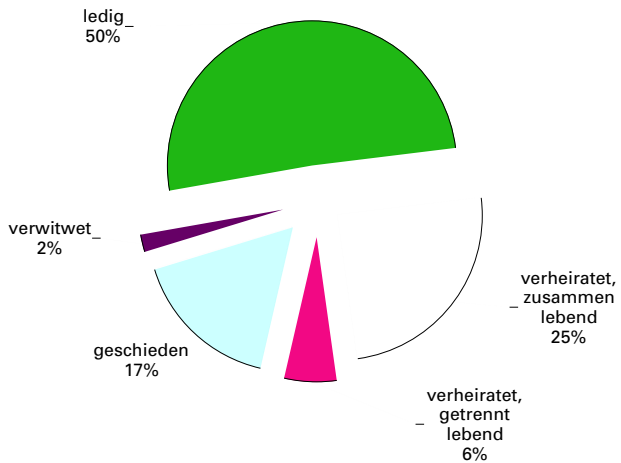
Lesebeispiel: Von allen Klienten/innen, die dem Drogentyp Alkohol zugeordnet sind, leben 90 % in stabilen Wohnverhältnissen. Diese sind im Durchschnitt 43,6 Jahre alt und leben seit durchschnittlich 10,1 Jahren in diesen Verhältnissen.

2.7 Personenstand

Der Blick auf den formalen rechtlichen Familienstand zeigt, dass jede/r vierte Klient/in mit seinem verheirate-

ten Partner zusammenlebt (siehe Abbildung 2.7). Alle anderen sind entweder ledig bzw. verwitwet oder aber leben getrennt bzw. sind geschieden.

Abbildung 2.7:
formaler Familienstand, namentlich erfasste Klienten/-innen (N=5.652)



Auch hier zeigen sich Unterschiede in Abhängigkeit vom Suchtmittel. Jede/r dritte Alkoholiker/in ist verheiratet und lebt mit dem Gatten bzw. der Gattin zusammen (siehe Tabelle 2.9). Bei den Personen, die pathologisch spielen, sind es geringfügig weniger; von denen mit Essstörungen ist es ca. jede/r fünfte. Sind die Hilfesuchenden aber opiatabhängig oder werden substituiert, ist nur noch etwa jede/r zehnte verheiratet und lebt mit dem Ehepartner zusammen. Opiatabhängige und Substituierte waren in der Regel nie verheiratet (75 % bzw. 72 %), Alkoholiker/innen hingegen nur zu 34 %. Der landesweite Durchschnitt der Ledigen unter der Wohnbevölkerung Schleswig-Holsteins liegt bei 38 % (siehe Tabelle 2.9). Hilfesuchende mit Cannabiskonsum sind fast alle ledig (94 %), was in hohem Maße mit ihrem jungen Alter zusammenhängt. Ein genauerer, vergleichender Blick belegt, dass die Illegalität sich auch auf die Dauer partnerschaftlicher Bindungen auswirkt. Die Frauen der Gruppen Essstörungen und Opiate sind annähernd gleich alt (28,7 Jahre zu 28,3 Jahre), und haben sich etwa gleich häufig

verheiratet (33 % zu 29 %). Die Ehe der Frauen mit Essstörungen hat aber häufiger gehalten – Scheidungsrate 11 % – als die der opiatabhängigen Frauen – Scheidungsrate 27 %.

Tabelle 2.9: formaler Familienstand namentlich erfasster Klienten/innen

Suchttyp	Familienstand						N
	ledig	verheiratet, zusammen lebend	verheiratet, getrennt lebend	geschieden	verwitwet		
Alkohol	Anteil %	34 %	34 %	8 %	22 %	3 %	3.094
	Alter Jahre, Ø	35,2	47,7	43,8	46,1	56,8	3.053
	Dauer Jahre, Ø		17,5	4,1	9,1	6,8	947
Substitut	Anteil %	72 %	10 %	4 %	13 %	° 1 %	790
	Alter Jahre, Ø	32,5	34,8	36,1	40,3	°	789
	Dauer Jahre, Ø		7,7	°	9,0	°	101
Opiat	Anteil %	75 %	8 %	4 %	12 %	° 1 %	612
	Alter Jahre, Ø	27,9	37,7	39,0	39,6	°	608
	Dauer Jahre, Ø		6,2	°	8,0	°	75
Cannabis	Anteil %	94 %	° 4 %	° 1 %	° 1 %	-	246
	Alter Jahre, Ø	20,3	°	°	°	-	241
	Dauer Jahre, Ø		°	°	°	-	4
Essstörung	Anteil %	67 %	23 %	° 1 %	10 %	-	240
	Alter Jahre, Ø	23,4	37,6	°	42,8	-	237
	Dauer Jahre, Ø		8,9	°	°	-	34
path. Spielen	Anteil %	56 %	31 %	° 6 %	° 8 %	-	170
	Alter Jahre, Ø	31,6	36,9	°	°	-	170
	Dauer Jahre, Ø		6,9	°	°	-	29
alle Klientinnen und Klienten	%	51 %	25 %	6 %	17 %	2 %	5.652
Wohnbevölkerung S-H ^a	%	38 %	48 %		6 %	8 %	

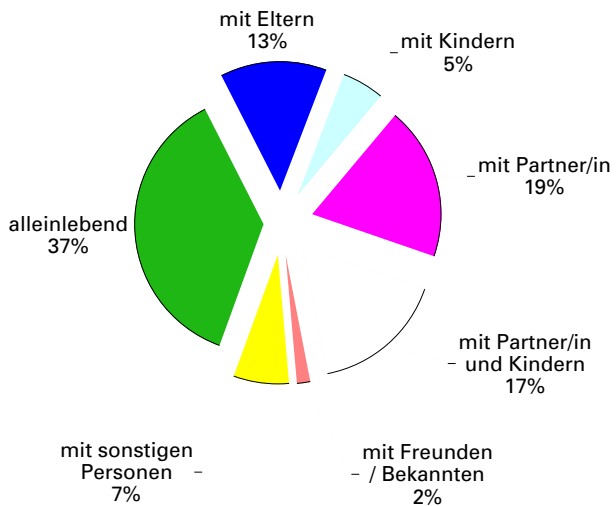
° = N < 15

Die Hauptdrogentypen „Kokain“, „Amphetamine, LSD, Ecstasy“, „Medikamente“, „Nikotin“ und „andere Störungen“ fehlen auf Grund zu geringer Fallzahlen.

^a April 2001 (Statistisches Landesamt SH, 2002 a). Die amtliche Statistik gibt selbstverständlich keine Auskunft darüber, ob die verheirateten Personen faktisch zusammen oder getrennt leben.

Die rechtlichen Kategorien (Ehe, ledig) fangen die Lebenswirklichkeit der Klienten/innen nur zum Teil ein. Der Blick auf die tatsächliche Familienkonstellation ergänzt diese Perspektive (siehe Abbildung 2.8): So zeigt sich, dass – im Gegensatz zum Blickwinkel des formalen Familienstandes – tatsächlich „nur“ 37 % der Klienten/innen alleine leben. Annähernd zwei Drittel aller Klienten/innen leben, in verschiedenen Formen, mit anderen Menschen zusammen.

Abbildung 2.8:
Familienstand,
namentlich erfasste
Klienten/innen
(N=4.879)



Am häufigsten leben Alkoholabhängige allein (siehe Tabelle 2.10). Gleichzeitig leben aber nur die pathologischen Spieler/innen häufiger als sie in einer klassischen Familienkonstellation (mit Partner/in oder mit Partner/in und Kindern: 50 % bzw. 42 %). Alle anderen Hauptdrogentypen stehen hier weit zurück. Während sich die Familienkonstellationen der älteren Gruppen der Alkoholiker/innen und Spieler/innen also auf diese zwei Formen konzentrieren, besitzen die übrigen Gruppen eine größere Variation. Sie leben häufiger mit den Eltern, mit Freunden und Bekannten oder auch anderen Personen zusammen. Letzteres trifft vor allem auf die Gruppen der Substituierten und Opiatabhängigen zu.

Tabelle 2.10: Familienstand namentlich erfasster Klienten/innen

Hauptdrogentyp	Familienstand							N
	alleinlebend	mit Elternteil	mit Kindern	mit Partner/in	mit Partner/in und Kindern	mit Freunden/ Bekanntem	mit sonstigen Personen	
Alkohol	41 %	6 %	6 %	22 %	20 %	1 %	4 %	2.765
Substitut	36 %	17 %	5 %	17 %	12 %	4 %	11 %	603
Opiat	37 %	20 %	3 %	13 %	9 %	4 %	14 %	471
Cannabis	24 %	52 %	° 1 %	° 6 %	° 5 %	° 3 %	10 %	219
Essstörung	26 %	26 %	9 %	17 %	14 %	° 3 %	7 %	222
path. Spielen	31 %	° 9 %	° 3 %	21 %	29 %	-	° 7 %	151
alle Klientinnen und Klienten	37 %	13 %	5 %	19 %	17 %	2 %	7 %	4.879

° = N < 15

Die Hauptdrogentypen „Kokain“, „Amphetamine, LSD, Ecstasy“, „Medikamente“, „Nikotin“ und „andere Störungen“ fehlen auf Grund zu geringer Fallzahlen.

2.8 Der Bildungsstand

Zwei Drittel aller Klienten/innen des ambulanten Suchthilfesystems, die 18 Jahre oder älter sind, besitzen als höchsten Schulabschluss maximal einen Hauptschulabschluss (siehe Abbildung 2.9). Lediglich ein Drittel verfügt entweder über die Hochschul- oder die mittlere Reife (33 %).

Unter der allgemeinen Wohnbevölkerung Schleswig-Holsteins besitzen ca. 43 % aller Menschen, die 18 Jahre oder älter sind, entweder die mittlere Reife oder das Abitur (siehe Tabelle 2.11). Hier haben nur 3 % keinen Schulabschluss, während dies unter den Klienten/innen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems ca. 7 % sind. Das Klientel zeigt sich also in Bezug auf den Schulabschluss deutlich weniger qualifiziert.

Am höchsten qualifiziert ist die Gruppe mit Essstörungen (dies sind im wesentlichen jüngere Frauen), sie übertrifft die Werte für die allgemeine Bevölkerung bei der Hochschul- und mittleren Reife (67 %). Besonders unterdurchschnittlich qualifiziert sind die Gruppen der

Abbildung 2.9:
höchster Schulabschluss, namentlich erfasste Klienten/-innen über 18 Jahre (N=3.009)

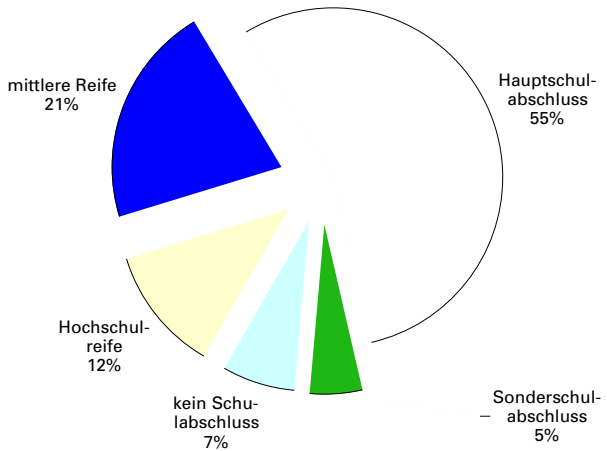


Tabelle 2.11: Höchster Schulabschluss namentlich erfasster Klienten/innen^a

Hauptdrogentyp	Schulabschluss						N
	Hochschulreife	mittlere Reife	Hauptschulabschluss	Sonderschulabschluss	anderer Schulabschluss	kein Schulabschluss	
Alkohol	13 %	21 %	56 %	5 %	° 1 %	5 %	1.769
Substitut	8 %	17 %	60 %	5 %	° 1 %	10 %	582
Opiat	6 %	18 %	57 %	6 %	° 1 %	13 %	359
Cannabis	17 %	23 %	34 %	° 6 %	-	20 %	82
Essstörung	28 %	41 %	28 %	° 2 %	-	° 2 %	98
path. Spielen	14 %	29 %	49 %	° 3 %	-	° 5 %	119
alle Klientinnen und Klienten	12 %	21 %	55 %	5 %	1 %	7 %	3.009
Wohnbevölkerung S-H ^b	15 %	27 %	47 %		7 %	3 %	

° = N < 15

Die Hauptdrogentypen „Kokain“, „Amphetamine, LSD, Ecstasy“, „Medikamente“, „Nikotin“ und „andere Störungen“ fehlen auf Grund zu geringer Fallzahlen.

^a Klienten/innen, die 18 Jahre oder älter sind.

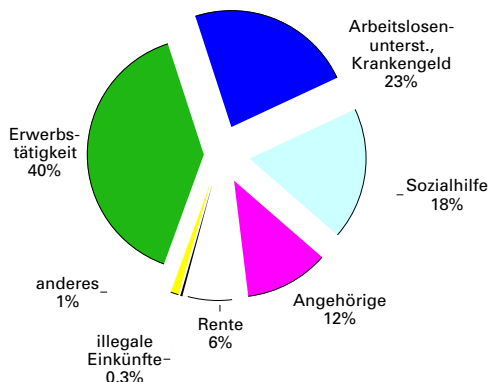
^b April 2001 (Statistisches Landesamt SH, 2002 b). Gesamte Bevölkerung, die 18 Jahre oder älter ist. Basis: Mikrozensus, 1 %.

Substituierten und Opiatabhängigen. Sie besitzen besonders häufig keinen Schulabschluss (10 % bzw. 13 %) und selten die Hochschulreife (8 % bzw. 6 %). Die abgebildeten Werte der Cannabiskonsumenten und -konsumentinnen stehen in engem Zusammenhang mit ihrem (durchschnittlich) sehr niedrigen Alter: Diese Klienten/innen befinden sich häufiger noch in der schulischen Ausbildung als die Personen anderer Abhängigkeitsgruppen. Würden die höchsten Bildungsabschlüsse für alle Klienten/innen, die mindestens 20 Jahre alt sind, wiedergegeben, sänke der Anteil der Cannabiskonsumenten ohne Schulabschluss auf 9 % und derjenigen mit Abitur stiege auf 22 %, derjenigen mit Hauptschulabschluss auf 38 %. Über alle Klienten/innen betrachtet veränderte sich der Anteil derjenigen ohne Schulabschluss von 7,3 % auf 6,5 %.

2.9 Die berufliche und finanzielle Situation

Von weniger als jedem oder jeder Zweiten der namentlich erfassten Klienten/innen sind Aussagen zur Haupteinkommensquelle dokumentiert (siehe Tabelle 2.12). Von diesen lebt ungefähr jede/r Vierte hauptsächlich von Arbeitslosengeld, -hilfe oder Krankengeld und fast jede/r fünfte von Sozialhilfe, so dass die Gruppe derjenigen, die in der Erwerbstätigkeit ihre Haupteinkommensquelle besitzen (40 %), kleiner ist als diejenige, die von den genannten Transferleistungen lebt (siehe Abbildung 2.10). Angehörige haben als Geldge-

Abbildung 2.10:
Haupteinkommens-
quellen, namentlich
erfasste Klienten/-
innen (N=4.335)



ber/innen über alle Klienten/innen betrachtet nur eine eher geringe Bedeutung. Illegale Einkünfte werden von unter 1% als Haupteinkommensquelle genannt.

Tabelle 2.12: Haupteinkommensquelle namentlich erfasster Klienten/innen

Suchttyp		Haupteinkommensquelle								N
		Erwerbstätigkeit	Arbeitslosengeld, -hilfe, Krankengeld	Sozialhilfe	Angehörige	Rente	illegale Einkünfte	anderes		
Alkohol	Anteil	%	47 %	23 %	12 %	9 %	9 %	° 0 %	1 %	2.427
	Alter	J	42,3	42,3	39,7	42,0	58,2	°	40,0	2.399
	Dauer	J	14,5	2,7	4,2	11,6	5,5	-	°	624
Substitut	Anteil	%	18 %	33 %	41 %	4 %	3 %	° 1 %	° 1 %	666
	Alter	J	34,0	34,6	33,3	27,4	42,0	°	°	411
	Dauer	J	3,5	3,9	6,2	°	°	-	°	166
Opiat	Anteil	%	26 %	25 %	36 %	10 %	° 2 %	° 1 %	° 1 %	414
	Alter	J	30,9	33,1	31,2	21,6	°	°	°	411
	Dauer	J	4,2	3,0	4,8	°	°	°	°	110
Cannabis	Anteil	%	34 %	9 %	10 %	46 %	-	-	° 1 %	168
	Alter	J	24,3	26,9	24,4	17,2	-	-	°	167
	Dauer	J	°	°	°	°	-	-	-	27
Essstörung	Anteil	%	49 %	° 4 %	° 5 %	40 %	° 2 %	-	° 2 %	179
	Alter	J	31,7	°	°	24,5	°	-	°	176
	Dauer	J	°	°	°	°	°	-	-	20
path. Spielen	Anteil	%	57 %	32 %	° 4 %	° 3 %	° 4 %	-	° 1 %	139
	Alter	J	33,4	35,5	°	°	°	-	°	139
	Dauer	J	6,6	°	°	-	°	-	-	37
alle Klientinnen und Klienten		%	40 %	23 %	18 %	12 %	6 %	° 1 %	1 %	4.335

J = Jahre, durchschnittlich

° = N < 15

Die Hauptdrogentypen „Kokain“, „Amphetamine, LSD, Ecstasy“, „Medikamente“, „Nikotin“ und „andere Störungen“ fehlen auf Grund zu geringer Fallzahlen.

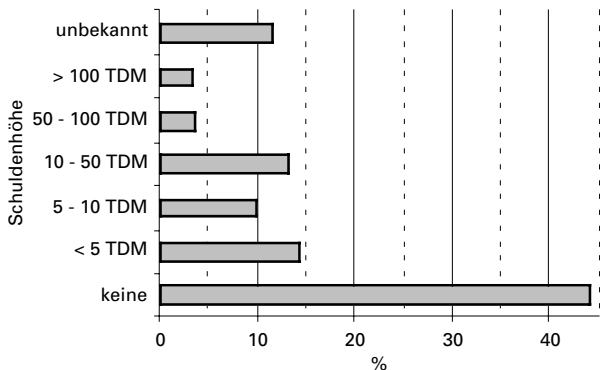
Im einzelnen bestehen deutliche Unterschiede: Häufiger als bei den substanzgebundenen Hauptdrogenty-

pen geben die der substanzungebundenen Typen an, ihr Haupteinkommen aus der Erwerbstätigkeit zu beziehen. Am seltensten ist dies bei Substituierten der Fall: Hier ist eine Erwerbstätigkeit bei 18 % vorhanden – im Gegensatz zu 26 % bei den Opiatabhängigen. Die Opiatabhängigen leben seltener als die Substituierten von Arbeitslosengeld oder vergleichbaren Einkünften (25 % bzw. 33 %), etwa ebenso häufig wie auch die Alkoholiker/innen (23 %). Der Sozialhilfeanteil ist wiederum bei den Substituierten und den Opiatabhängigen mit Abstand am größten (41 % bzw. 36 %).

Die beiden letzten Gruppen weisen nicht nur den höchsten Sozialhilfeempfängeranteil auf, sondern der Sozialhilfebezug dauert bei ihnen auch am längsten an. Während die Haupteinkommensart Sozialhilfe bei Alkoholiker/innen durchschnittlich seit 4,2 Jahren als solche anhält, sind es bei Opiatabhängigen bereits 4,8 Jahre und bei Substituierten 6,2 Jahre. Das gleiche Muster zeigt sich beim Erhalt von Arbeitslosengeld, -hilfe und Krankengeld. Auch hier leben die Substituierten am längsten von diesen Leistungen. Umgekehrt verhält es sich bei der Erwerbstätigkeit als Haupteinkommensquelle: Diese hält bei den Substituierten am kürzesten und bei den Alkoholiker/innen mit Abstand am längsten an.

Neben der Haupteinkommensquelle ist auch die Schulden-situation wichtig zur Beurteilung der finanziellen Lage (siehe Abbildung 2.11): Von ca. 20 % aller na-

Abbildung 2.11:
Schuldenhöhe,
namentlich erfasste
Klienten/innen
(N=2.182)



TDM = Tausend DM

mentlich erfassten Klienten/innen sind hierzu Daten dokumentiert. Von diesen haben 44 % keine und 24 % bis zu 10.000 DM Schulden; bei etwa jede/r achten Person wurde die Höhe der Schulden nicht erfasst. Die verbleibenden ca. 20 % haben mehr als 10.000 DM Schulden.

Zwischen den einzelnen Gruppen von Hauptabhängigkeiten verteilen sich die Schulden ungleichmäßig (siehe Tabelle 2.13): Während nur etwa jede/r Achte der Spieler/innen keine Schulden hat, ist es bei den Opiat-abhängigen und Substituierten ungefähr jede/r Vierte

Tabelle 2.13: Schulden namentlich erfasster Klienten/innen

Suchttyp	Schuldenhöhe							unbekannte Höhe	N
	keine Schulden	< 5.000 DM	5.000 bis 10.000 DM	10.000 bis 50.000 DM	50.000 bis 100.000 DM	> 100.000 DM			
Alkohol	53%	11%	8%	12%	3%	4%	9%	1.191	
Substitut	22%	22%	17%	13%	° 3%	° 1%	22%	404	
Opiat	26%	22%	12%	19%	° 3%	° 3%	14%	204	
Cannabis	69%	° 17%	° 6%	° 6%	-	-	° 4%	54	
Essstörung	75%	° 5%	° 5%	° 7%	° 6%	-	° 2%	98	
path. Spielen	° 12%	18%	° 10%	37%	° 9%	° 10%	° 3%	98	
alle Klientinnen und Klienten	44%	14%	10%	13%	4%	3%	12%	2.182	

° = N < 15

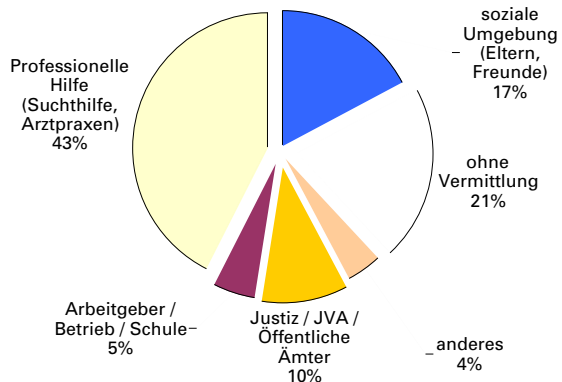
Die Hauptdrogentypen „Kokain“, „Amphetamine, LSD, Ecstasy“, „Medikamente“, „Nikotin“ und „andere Störungen“ fehlen auf Grund zu geringer Fallzahlen.

und bei den Alkoholiker/innen jede/r Zweite. Letztere haben zu 19 % Schulden bis zu 10.000 DM, bei den Opiatabhängigen sind dies 34 %; die Substituierten sind zu 39 % mit bis zu 10.000 DM verschuldet. Die pathologischen Spieler/innen sind hingegen zu mehr als einem Drittel mit bis zu 50.000 DM verschuldet – jede/r Fünfte dieser Gruppe übertrifft noch diese Marke.

2.10 Die Vermittlung in das ambulante Hilfesystem hinein und wieder hinaus

Der überwiegende Teil der Klienten/innen wird durch professionelle Stellen in das ambulante Hilfesystem vermittelt (siehe Abbildung 2.12) – diese Personen hatten also bereits früher helfende Kontakte. Einen Vermittlungsanteil von ca. 15 % besitzen „äußere Institutionen“ wie die (Straf-)Justiz, andere öffentliche Ämter oder aber auch die Arbeitgeber oder die Schule. Ein ebenso großer Anteil von Personen wird durch die unmittelbare soziale Umgebung in das ambulante Hilfesystem vermittelt. Jede/r Fünfte sucht und findet den Weg aus eigener Motivation allein.

Abbildung 2.12:
Vermittlung der
namentlich erfass-
ten Klienten/innen
in das ambulante
Suchthilfesystem
(N=7.240)

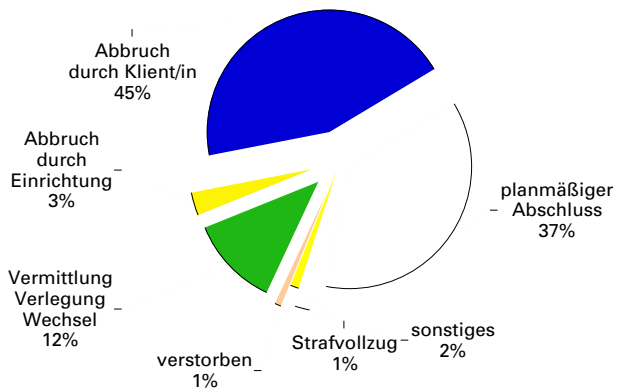


Zwischen den einzelnen Hauptdrogentypen bestehen zum Teil deutliche Unterschiede: Während Alkoholiker/innen zu mehr als der Hälfte (51 %) durch Stellen der professionellen Hilfe vermittelt werden, trifft dies auf Substituierte und Opiatabhängige nur in geringem Ausmaß zu (42 % bzw. 34 %). Diese werden eher durch Eltern oder Freunde vermittelt (Substituierte: 20 %, Opiatabhängige: 19 %, Alkoholiker/innen: 12 %) oder sie kommen aus eigener Motivation, ohne Vermittlung Dritter (Substituierte:¹⁸ 30 %, Opiatabhängige: 20 %, Alkoholiker/innen: 16 %).

¹⁸ Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Teil dieser Substituierten schon vorher in ärztlicher Betreuung war.

Beendet wird die durch die ambulanten Einrichtungen geleistete Hilfe vornehmlich durch die Klienten/innen selbst, indem sie die Betreuung abbrechen – dies betrifft immerhin 45 % (siehe Abbildung 2.13) – von Seiten der Einrichtungen werden dagegen nur 3 % der Hilfeeinheiten abgebrochen. Planmäßig zu Ende geführt wurde eine Hilfesequenz von 37 % der namentlich erfassten Klienten/innen, weitervermittelt bzw. verlegt wurden 12 % der Klienten/innen. Der Antritt des Strafvollzugs aus der Betreuung heraus ist annähernd bedeutungslos (1 %).

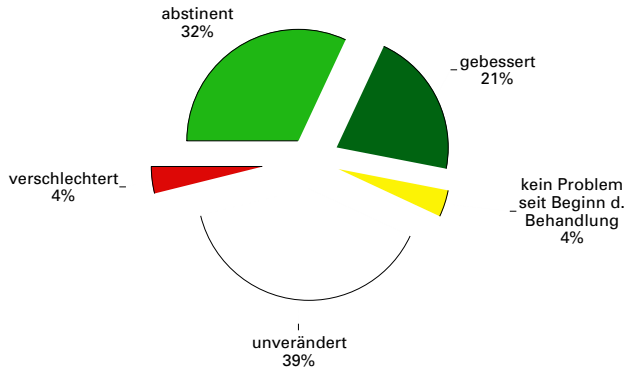
*Abbildung 2.13:
Art der Beendigung
der Behandlung na-
mentlich erfasster
Klienten/innen
(N=4.450)*



Bei einer Aufschlüsselung der beiden Hauptgründe für das Ende einer Betreuung ergibt sich ein differenziertes Bild: Abhängige der Hauptdrogentypen Substitute und Opiate brechen eher die Betreuung von sich aus ab als Alkoholiker/innen (50 % bzw. 48 % im Vergleich zu 41 %). Auch wird ihre Behandlung von Seiten der ambulanten Einrichtung seltener planmäßig beendet (23 % bzw. 29 % zu 41 %).

Gerade wenn ein erheblicher Teil der Hilfssequenzen aus Sicht der betreuenden Einrichtungen vorzeitig durch die Klienten/innen abgebrochen wird, stellt sich die Frage nach den Effekten der Hilfeleistungen. Ein Indikator zur Beurteilung dieser Frage ist der Blick auf den Konsumstatus der Klienten/innen nach dem Ende der Hilfen (siehe Abbildung 2.14).

Abbildung 2.14:
Konsumstatus nach dem Ende der Behandlung namentlich erfasster Klienten/innen (N=3.573)



Über alle Hilfesuchenden betrachtet zeigt die Dokumentation der Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe bei jeder/m Zweiten eine Besserung – bis hin zur Abstinenz (siehe Tabelle 2.14). Nur 4 % der Klienten/innen wird eine Verschlechterung ihres Konsumstatus attestiert, während 39 % als unverändert beschrieben werden.

Tabelle 2.14: Konsumstatus nach dem Ende der Behandlung namentlich erfasster Klienten/innen

Suchttyp	Konsumstatus					N
	abstinent	gebessert	kein Problem seit Betreuungsbeginn	unverändert	verschlechtert	
Alkohol	40 %	18 %	4 %	33 %	4 %	2.069
Substitut	17 %	28 %	° 1 %	46 %	9 %	291
Opiat	25 %	21 %	° 2 %	46 %	5 %	370
Cannabis	16 %	27 %	° 2 %	55 %	° 1 %	191
Essstörung	° 5 %	46 %	° 8 %	40 %	° 1 %	96
path. Spielen	32 %	27 %	° 4 %	37 %	-	97
alle Klientinnen und Klienten	32 %	21 %	4 %	39 %	4 %	3.573

° = N < 15

Die Hauptdrogentypen „Kokain“, „Amphetamine, LSD, Ecstasy“, „Medikamente“, „Nikotin“ und „andere Störungen“ fehlen auf Grund zu geringer Fallzahlen.

Auch in dieser Analyse zeigt sich, dass zwischen den Hauptdrogentypen Unterschiede bestehen: Während der Anteil der Alkoholiker/innen, dem eine Besserung oder sogar eine Abstinenz bescheinigt wird, bei 58 % liegt, beträgt dieser bei den Substituierten 45 % und bei den Opiatabhängigen 46 %.

Für 1.191 Klienten/innen liegen Daten vor, die ihre Weitervermittlung nach dem Ende ihrer Behandlung dokumentieren (siehe Tabelle 2.15). Bei stabilisierter systematischer Nutzung des Softwareprogramms liegt hiermit zukünftig ein Indikator vor, der Analysen zum Verbleib der Klientel im ambulanten Hilfesystem ermöglicht.

Tabelle 2.15: Weitervermittlung nach dem Ende der Behandlung (namentlich erfasste Klienten/innen)

Weitervermittlung in	%	N
Entgiftung/Entzug	19 %	227
Stat. Entwöhnungsbehandlung	28 %	334
Amb. Abstinenztherapie	9 %	105
Nachsorge	8 %	89
Substitutionsbehandlung	1 %	12
Arbeits-/Beschäftigungsprojekt	1 %	13
Betreutes Wohnen (amb./stat.)	5 %	57
Ambulante Beratung, Behandlung	10 %	121
andere Behandlungsformen	20 %	233
gesamt	100,0 %	1.191 ¹⁹

Fast zwei Drittel aller Weitervermittlungen (63 %) stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Ende der Behandlung: Annähernd jede/r Fünfte wird in die Entgiftung vermittelt, mehr als jede/r Dritte in die Entwöhnungsbehandlung bzw. Abstinenztherapie und jede/r Zwölfte beginnt eine Nachsorge.

¹⁹ Hier besteht eine erhebliche Differenz zu den Weitervermittlungen, die eine Behandlung beenden, dort beträgt das N=521 bzw. 12 % von 4.450 (siehe Abbildung 2.13). Vermutlich geht dies zurück auf eine unterschiedliche Nutzung dieser Kategorien bei der Eingabe der Informationen.

Das verbleibende Drittel setzt sich zusammen aus den nur seltenen Vermittlungen in Beschäftigungsprojekte bzw. betreutes Wohnen (zusammen: 6 %) und den hier nicht weiter aufschlüsselbaren verbleibenden Vermittlungszielen (ambulant und stationär).

2.11 Die Leistungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems

Die Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins erbringen vielfältige Tätigkeiten. Im Jahr 2000 wurden von 28 Einrichtungen ca. 52.000 Leistungen für Klienten/innen dokumentiert (Raschke et al., 2001). Im Jahr 2001 waren es 98.444 Tätigkeitseinträge von 52 Einrichtungen (vgl. zu diesem starken Anstieg Kapitel 2.2).

Diese Leistungen werden in den Hauptkategorien Information, Beratung, Vermittlung, Therapie/Behandlung, Begleitung und andere Hilfen dokumentiert. Jene Typen sind wie folgt definiert:

Information meint die bloße Weitergabe von Informationen, ohne dass diese eine Beratungsqualität besitzt (z. B.: Wo gibt es welche Art von Hilfen? Wer ist zuständig? etc.) In einer länger andauernden Betreuungssequenz wird diese Art von Leistung den Anfang bilden. Auch klientenbezogene Mitteilungen an Dritte durch Mitarbeiter/innen (soweit dies datenschutzrechtlich gestattet ist) und von Dritten an die Mitarbeiter/innen werden als **Information** betrachtet.

Die **Beratung** hebt sich von der reinen Informationsvermittlung dadurch ab, dass in Kenntnis der spezifischen Problemlage der Klientin oder des Klienten die Hinwendung zu dieser/m sehr viel größer und individueller ist. Hierbei kommen professionelle Methoden der Gesprächsführung zum Einsatz. In der Regel ist dies mit einer engeren Klient-Betreuer-Beziehung verbunden. Auch wenn Beratungen im Einzelfall eine therapeutische Qualität besitzen können, werden sie nicht der Behandlung/Therapie zugeordnet, solange sie kein therapeutisches Setting im engeren Sinne besitzen. Eine weitere zentrale Tätigkeit der Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe ist die **Vermittlung**: Da

einzelne Einrichtungen nicht alle im System angebotenen Leistungen für die Klienten/innen parat halten, werden Dritte eingeschaltet (Wohnungs- oder Arbeitssuche, Therapie, etc.). Vermittlungen verbinden sich mit einem komplexen und oftmals länger andauernden Beratungsprozess, der neben beratenden Klientenkontakten auch telefonische oder schriftliche Kontakte zu anderen Einrichtungen, Behörden oder Organisationen erfordert. Dieser integrierte Prozess wurde unter **Beratung** dokumentiert.

Therapie beschreibt ein spezifisches, geschlossenes therapeutisches Setting, in dem eine bestimmte Problemlage klientenzentriert über eine längere Zeit hinweg bearbeitet wird. Damit einher gehen professionelle therapeutische Methoden und Zielsetzungen der Behandlung (– deshalb zählt auch die psychosoziale Betreuung der Substitutionsbehandlung zu Therapie). Selbstverständlich wird im Rahmen einer solchen Behandlung auch beraten und informiert – dieses wird nicht gesondert dokumentiert.

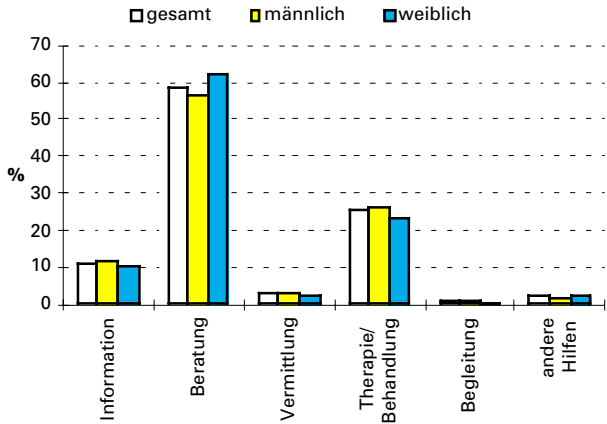
Alle Tätigkeiten der Mitarbeiter/innen, bei denen die Klienten/innen zu außerhalb der jeweiligen Einrichtungen stattfindenden Terminen begleitet werden, bündeln sich in der Kategorie **Begleitung**.

Im Jahr 2001 wurden für die Klienten/innen – die 10.081 namentlich erfassten zusammen mit den 3.273 anonymen Kontakten – also fast 100.000 Leistungen dokumentiert. Damit existiert eine sehr breite Datengrundlage, von der aus die einzelnen Leistungstypen genauer betrachtet werden können.

Den weitaus größten Anteil an allen Tätigkeiten besitzen die Beratungsleistungen mit 58 % (siehe Abbildung 2.15). Ein Viertel aller Leistungen sind therapeutischer Art und 11 % sind Informationsleistungen. Reine Vermittlungsleistungen kommen auf einen Anteil von etwa 3 %, da die vorbereitenden Leistungen zur Beratung zählen.

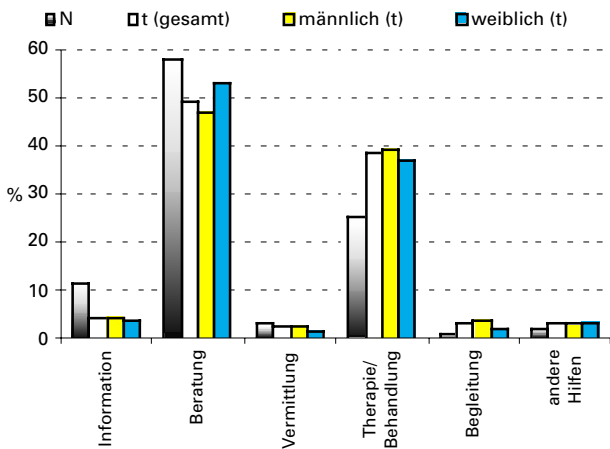
Bei den von Frauen in Anspruch genommenen Leistungen besitzt die Beratung einen etwas größeren Anteil als bei den Männern. Letztere dagegen nehmen eher als die Frauen therapeutische Leistungen in Anspruch.

Abbildung 2.15:
In Anspruch ge-
nommene Leistun-
gen (N=98.444)



Ein genaueres Bild liefert der Blick auf die Zeitanteile der verschiedenen Leistungstypen (über alle Klienten/-innen pro Jahr): Hier wird deutlich, dass die Therapie zwar einen prozentualen Anteil von 25 % besitzt, zeitlich aber 38 % von der Zeit beansprucht, die insgesamt für klientenbezogene Leistungen aufgewendet wird (siehe Abbildung 2.16). Dagegen reduziert sich der Anteil der Beratungstätigkeiten, wenn er auf die insgesamt aufgewendete Zeit bezogen wird, auf 49 % (im Vergleich zu 58 % anzahlbezogen). Auch die Informati-

Abbildung 2.16:
In Anspruch ge-
nommene Leistun-
gen: anzahl- und
zeitbezogen



N = anzahlbezogener Anteil, t = zeitbezogener Anteil

onsleistungen beanspruchen unter diesem Blickwinkel nur noch 4 %. Hingegen wird erkennbar, dass die Begleitung von Klienten/innen zeitintensiv ist: Ihr Zeitan- teil (3 %) rückt in eine vergleichbare Nähe zu den Infor- mationstätigkeiten.

Zwischen den Geschlechtern setzen sich die bereits oben bemerkten Unterschiede auch hier fort: Für Frau- en erbrachte Beratungsleistungen besitzen bei diesen einen größeren zeitlichen Anteil als für Männer; anders verhält es sich bei der Therapie und der Begleitung: Diese nehmen für Männer größere zeitliche Anteile ein.

Für die namentlich erfassten Klienten/innen lässt sich – neben den soeben dargestellten anzahl- und zeitbezo- genen Verhältnissen der einzelnen Leistungstypen zu- einander – auch die im Durchschnitt pro Jahr und Kli- ent/in aufgewendete Zeit für die einzelnen Leistungsty- pen abbilden.

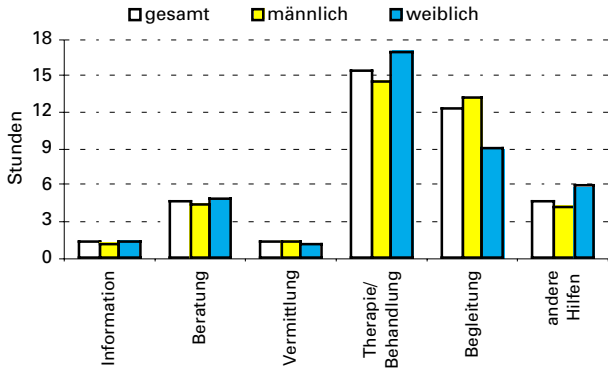
Therapeutische Leistungen haben – wenn sie nachge- fragt wurden – durchschnittlich eine Gesamtdauer von 15,3 Stunden pro Klient/in (genau: 15 Stunden und 18 Minuten). Vermittlungs- und Informationsleistungen nehmen durchschnittlich die geringste Zeit in An- spruch: jeweils 1,3 Stunden pro Klient/in (siehe Ab- bildung 2.17). Deutlich zeitaufwendiger sind Bera- tungsleistungen: Für sie werden pro Klient/in insge- samt durchschnittlich 4,6 Stunden benötigt. Wenn Kli- entinnen oder Klienten begleitet werden, dauert dies durchschnittlich insgesamt 12,3 Stunden. Dieser Zeit- aufwand je Klient/in nähert sich stark dem für thera- peutische Leistungen.

Insbesondere der Blick auf geschlechtsspezifische Un- terschiede macht dies deutlicher: Werden Männer zu Terminen oder ähnlichem begleitet, nimmt dies durch- schnittlich 13,1 Stunden in Anspruch, während für the- rapeutische Leistungen durchschnittlich 14,6 Stunden aufgewendet werden (allerdings werden Leistungen des Typs „Begleitung“ nur selten erbracht – siehe oben).

In beiden Leistungstypen sind die Unterschiede zwis- chen Männern und Frauen besonders groß: Fragen Frauen therapeutische Leistungen nach, werden für

diese durchschnittlich 2,4 Stunden mehr aufgewendet (insgesamt durchschnittlich 17,0 Stunden je therapierter Klientin), Männer werden hingegen durchschnittlich 4,1 Stunden länger begleitet als Frauen.

*Abbildung 2.17:
In Anspruch
genommene Lei-
stungen, durch-
schnittliche Ge-
samtleistungsdauer,
geschlechtsbezo-
gen, namentlich
erfasste Klienten/-
innen*



Insgesamt beanspruchen Frauen relativ gesehen mehr Zeit als Männer: Während ihr Anteil unter den namentlich erfassten Klienten/innen 27 % beträgt, beanspruchen sie von der insgesamt aufgewendeten und dokumentierten Leistungszeit 34 %.

Gibt es Unterschiede bei der Dauer der in Anspruch genommenen Leistungen zwischen verschiedenen Altersgruppen? Der Blick in Tabelle 2.16 zeigt, dass die durchschnittliche Gesamtdauer der einzelnen Leistungstypen je Klient/in um so länger ist, je älter der Klient bzw. die Klientin ist. Am deutlichsten wird dies bei der Therapie/Behandlung: Klienten/innen im Alter bis zu 25 Jahren beanspruchen für die Leistungen diesen Typs insgesamt – wenn sie in Anspruch genommen werden – durchschnittlich 6,4 Stunden. Sind die Klienten/innen aber älter als 46 Jahre, beträgt der entsprechende Wert 21,2 Stunden. Lediglich bei der Begleitung ist der Zeitaufwand für Jüngere höher als für Ältere: Diejenigen, die jünger als 25 Jahre sind, werden insgesamt und durchschnittlich 23,6 Stunden begleitet – wenn sie diese Leistung nachfragen, während diejenigen im Alter über 45 Jahren für diesen Leistungstyp 2,4 Stunden beanspruchen.

Tabelle 2.16: In Anspruch genommene Leistungen, durchschnittliche Gesamtleistungsdauer, Altersgruppen, namentlich erfasste Klienten/innen, falls der Leistungstyp nachgefragt wurde

Leistungstypen	Altersgruppen				h - gesamt	N*
	bis 25	26 - 35	36 - 45	46 und älter		
Information	1,1 h	1,1 h	1,3 h	1,4 h	1,2 h	2.220
Beratung	3,1 h	4,9 h	5,0 h	5,3 h	4,6 h	6.739
Vermittlung	0,8 h	1,1 h	1,5 h	1,4 h	1,3 h	1.281
Therapie/Behandlung	6,4 h	9,3 h	17,0 h	21,2 h	14,8 h	1.940
Begleitung	23,6 h	21,7 h	3,1 h	° 2,4 h	16,1 h	202
andere Hilfen	4,8 h	4,8 h	4,8 h	6,6 h	5,1 h	544
alle Leistungstypen	5,0 h	8,3 h	10,0 h	10,8 h		
N	1.786	2.035	2.373	1.916		

° =N < 15, h = Stunden

* Mehrfachnennungen waren hier möglich (mehrere Leistungen je Klient/in).

Differenziert zeigt sich das Bild auch bei den einzelnen Hauptdrogentypen (Tabelle 2.17). Grundsätzlich nehmen Klienten/innen des Hauptdrogentyps „Cannabis“ am wenigsten Leistungszeit in Anspruch – dies gilt im Vergleich zu allen anderen Typen bei allen Leistungen. Nur bei der Therapie beanspruchen die Substituierten weniger Zeit. In diesem Leistungssegment werden deutliche Unterschiede zwischen legalen und illegalen Abhängigkeiten sichtbar: Therapeutische Leistungen für Alkoholiker/innen benötigen insgesamt durchschnittlich 22,2 Stunden, für pathologische Spieler/innen und Klienten/innen mit Essstörungen werden 11,2 und 12,2 Stunden investiert, während für den gleichen Leistungstyp bei Substituierten bzw. Opiatabhängigen 6,0 bzw. 8,9 Stunden aufgewendet werden. Klienten/innen, die keinem Drogentyp zugeordnet werden können, beanspruchen für diese Leistungen überdurchschnittliche 17 Stunden, erhalten bei den Beratungsleistungen aber unterdurchschnittliche 2,8 Stunden.²⁰

²⁰ Hier ist zu berücksichtigen, dass diese Klienten/innen zu einem Drittel nur einen einzigen Kontakt zu der betreuenden Einrichtung hatten (vgl. Kapitel 2.5).

Tabelle 2.17: In Anspruch genommene Leistungen, durchschnittliche Gesamtleistungsdauer, Hauptdrogentypen, namentlich erfasste Klienten/innen

Leistungstypen	Hauptdrogentyp [§]							h – gesamt ⁺	N*
	Alkohol	Substitut	Opiat	Cannabis	Essstörung	path. Spielen	unbekannter Drogentyp		
Information	1,3h	1,3h	1,3h	0,8h	0,6h	0,7h	1,1h	1,2h	2.271
Beratung	5,2h	5,2h	4,1h	2,2h	7,4h	4,9h	2,8h	4,6h	6.882
Vermittlung	1,7h	1,0h	0,7h	0,6h	0,6h	1,0h	0,7h	1,2h	1.296
Therapie/Behandlung	22,2h	6,0h	8,9h	8,5h	12,2h	11,2h	17,0h	14,7h	1.963
Begleitung	3,5h	3,9h	52,7h	°2,7h	-	-	3,8h	16,0h	204
andere Hilfen	5,7h	5,8h	4,4h	°1,0h	7,0h	°3,0h	3,0h	5,1h	548
alle Leistungstypen	10,3h	9,0h	8,9h	2,2h	8,5h	6,4h	6,1h		
N	3.750	1.203	848	506	258	201	1.213		

⁺ alle Hauptdrogentypen, inkl. „unbekannter Drogentyp“.

* Mehrfachnennungen waren hier möglich (mehrere Leistungen je Klient/in).

° = N < 15, h = Stunden

[§] Die Hauptdrogentypen „Kokain“, „Amphetamine, LSD, Ecstasy“, „Medikamente“, „Nikotin“ und „andere Störungen“ fehlen auf Grund zu geringer Fallzahlen.

In Tabelle 2.17 wird nun auch erkennbar, wer vor allen Dingen die Begleitung als Leistung in Anspruch nimmt: Die Opiatabhängigen stellen hier mit durchschnittlich 52,7 Stunden alle anderen Untergruppen weit in den Schatten.

2.12 Niedrigschwellige Dienstleistungen

In den vorangegangenen Kapiteln wurden klientenbezogene Daten aus den Biographie- und Leistungskatalogen analysiert: Hier werden nun Zeitreihen vorgestellt, die auf Daten aus dem Dienstleistungsmodul der Software fußen, mit dem pauschal erbrachte Leistungen dokumentiert werden können. Diese Dokumentationsform findet sich vor allem in der niedrigschwelligen Arbeit, wo z. B. statistische Angaben über den Spritzentausch, die Essenabgabe oder die Besucher/innen der Kontaktläden vermerkt werden. Auch in diesem Dokumentationsbereich hat es in den Jahren 2000 und

2001 eine Verbreiterung der Datengrundlage gegeben. Deshalb werden im folgenden verschiedene niedrigschwellige Dienstleistungen differenziert nach der Anzahl der dokumentierenden Einrichtungen dargestellt.

Bei einer summierenden Betrachtung für das Jahr 2001 zeigt sich, dass die niedrigschwelligen Einrichtungen (Kontaktladen, Café, etc.) insgesamt 21.651 Kontakte verzeichneten, in ihnen wurden mehr als 260.000 Spritzen getauscht und über 8.000 Mahlzeiten ausgeteilt (siehe Tabelle 2.18).

Tabelle 2.18: Niedrigschwellige Dienstleistungen

	N
Besucher/innen (4 Einrichtungen)	21.651
abgegebene Spritzen (8 Einrichtungen)	262.845
ausgeteilte Essen (3 Einrichtungen)	8.084

Die Quartalsangaben ergeben ein differenzierteres Bild (siehe Abbildung 2.18): Die Anzahl der dokumentierten

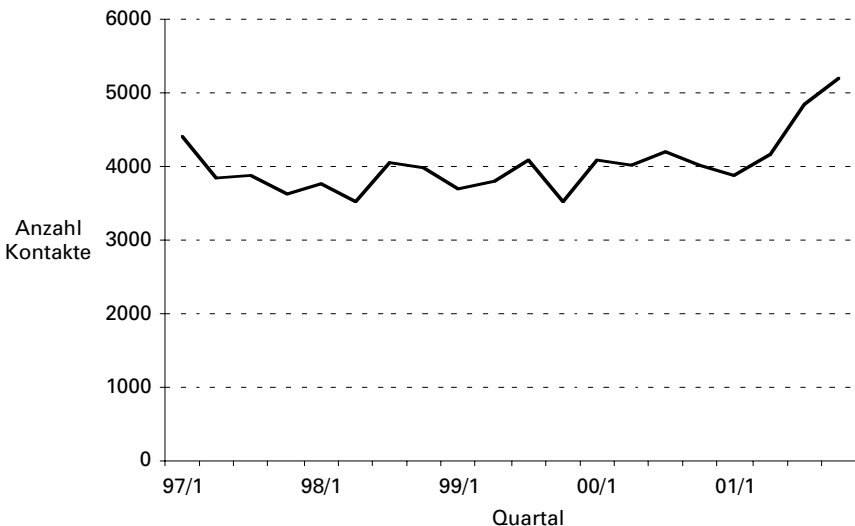


Abbildung 2.18: Entwicklung der Anzahl der Besucher/innen im niedrigschwelligen Bereich (3 Modelleinrichtungen)

Besucher/innen der drei Modelleinrichtungen schwankte zwischen dem zweiten Quartal 1997 bis zum Jahresbeginn 2000 recht gleichmäßig um etwa 3.700. Seitdem hat sie den Wert von 4.000 nur einmal leicht unterschritten und steigt im Jahr 2001 kontinuierlich an, so dass im vierten Quartal 2001 mehr als 5.200 Kontakte zu Hilfesuchenden dokumentiert wurden.

Die Dokumentation ausgegebener Einwegspritzen zur HIV- und Hepatitisprophylaxe zeigt eine tendenziell abnehmende Entwicklung der Abgabebeträge (siehe Abbildung 2.19). Diese Tendenz gilt sowohl für die mittlerweile seit fünf Jahren kontinuierlich dokumentierenden drei Modelleinrichtungen als auch für die in zwischen in allen sieben dokumentierenden Einrichtungen insgesamt belegte Zahl abgegebener Einwegspritzen.

Während die drei Modelleinrichtungen im vierten Quartal 1997 zusammen mehr als 92.000 Spritzen abgaben, waren es im vierten Quartal 2001 nach einem mit z. T. erheblichen Schwankungen aber durchgehenden Rückgang nur noch etwa 21.000 Spritzen.

Im Zeitraum 1998 bis 2001 sind weitere Einrichtungen zur elektronischen Dokumentation hinzugekommen: Sie weisen ähnliche, zurückgehende Entwicklungen der Abgabebeträge auf – nur eine Einrichtung besitzt gleichbleibend hohe Abgabebeträge auf fünfstelligem Niveau. Die insgesamt dokumentierte Anzahl abgegebener Spritzen hatte also ihren Höhepunkt im ersten Quartal 1998 (ca. 111.000) und ihr niedrigstes Niveau im vierten Quartal 2001 (ca. 52.000). Mögliche Erklärungen für diese Entwicklung bieten die sich ausweitende Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger und veränderte Konsumformen der Abhängigen.

Im Gegensatz dazu steigt die Anzahl der in zwei Einrichtungen ausgegebenen Essen grundsätzlich kontinuierlich an, auch wenn dies stufenförmig geschieht (siehe Abbildung 2.20). Eventuell machen sich hier jahreszeitliche Einflüsse bemerkbar. Sind im ersten Quartal des Jahres 1997 noch ungefähr 900 Essen abgegeben worden, so waren es im vierten Quartal 2001 – zusammen mit der zwischenzeitlich dazu gekommenen dritten Einrichtung – etwa 2.100 Mahlzeiten.

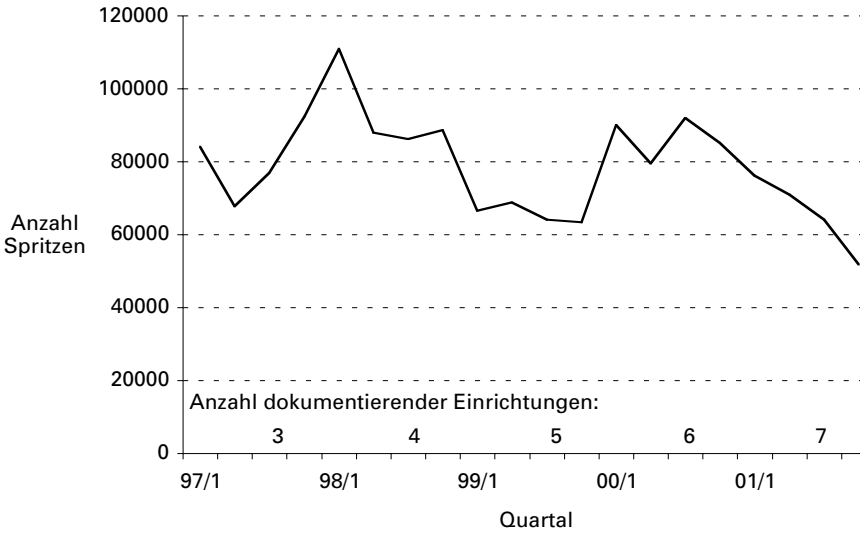


Abbildung 2.19: Entwicklung der Anzahl ausgegebener Spritzen²¹

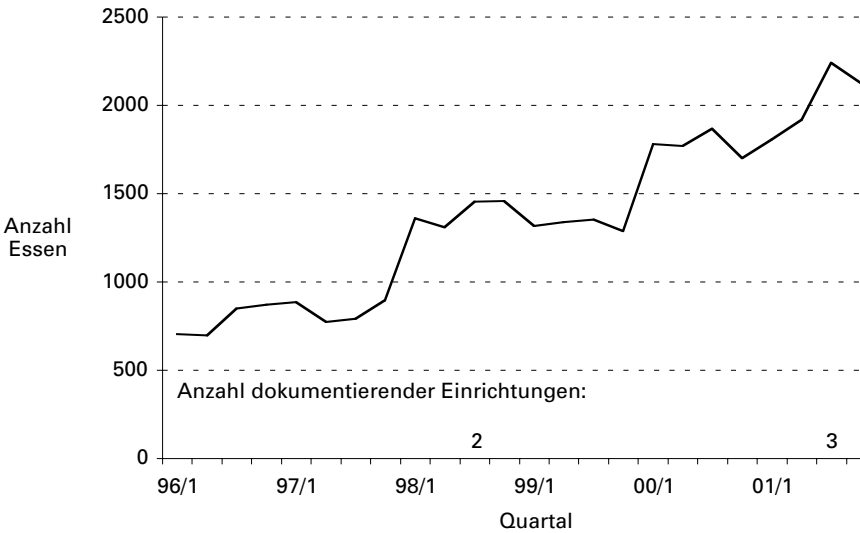


Abbildung 2.20: Entwicklung der Anzahl ausgegebener Essen

²¹ Bei einer Einrichtung wurde fälschlicherweise für ein Jahr nur die Gesamtzahl aller ausgegebenen Spritzen dokumentiert. Diese wurde gleichmäßig auf die vier Quartale verteilt.

Kapitel 3:

Die Klientinnen und Klienten im Stadt-Land-Vergleich

3.1 Einleitung

Es gibt in Deutschland bislang keine Analysen, die die Situation von suchtkranken Personen in Stadt und Land miteinander vergleichen. Regionalbezogene Auswertungen und Darstellungen haben meistens die Lage von Drogenabhängigen in Großstädten zum Inhalt (Krausz & Raschke, 1999). Vergleichende Analysen, die sich auf *alle* Klienten/innen der ambulanten Suchtkrankenhilfe – also sowohl auf Alkoholabhängige als auch auf die Konsumenten/innen illegaler Drogen beziehen – sind dagegen nicht bekannt. Trotzdem wird in der Fachöffentlichkeit häufig die Vermutung geäußert, dass sich die Lebensverhältnisse städtischer Klienten/innen anders darstellen als die der Klienten/innen auf dem Land.

Gibt es aber nun tatsächlich diese Unterschiede? Haben diese beiden Klientengruppen ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten von Leistungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe? Und: Unterscheidet sich ihr Konsumstatus bei Beendigung der Behandlung? Gibt es darüber hinaus auch regionale Besonderheiten bei Alkohol- und Drogenabhängigen? Ist womöglich die soziale Situation von Drogenabhängigen auf dem Land weniger prekär als die der städtischen Drogenabhängigen?

Diese und andere Fragen sollen in diesem Kapitel beantwortet werden. Für die Mitarbeiter/innen der Suchtkrankenhilfe können solche Auswertungen wichtige Hinweise für ihre tägliche Arbeit liefern. Ferner können sie für die Ausgestaltung der regionalen und landesweiten Hilfesysteme von Bedeutung sein.

Auf der Grundlage der mit HORIZONT im Jahr 2001 erfassten Daten ist eine solche Analyse erstmals für das

Bundesland Schleswig-Holstein möglich. Die Zuordnung zu den Landkreisen (Land) und kreisfreien Städten (Stadt) basiert auf den Postleitzahlen der Klienten/innen. Aus Datenschutzgründen gelangen nur diese, nicht aber die vollständigen Adressen der Klienten/innen zur externen wissenschaftlichen Auswertung.

3.2 Basiszahlen

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass fast alle Personen, die im Jahr 2001 von der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein betreut worden sind, auch in diesem Bundesland wohnen (92 %) (siehe Tabelle 3.1). Nur ein geringer Teil hat seinen Wohnsitz nicht in Schleswig-Holstein (2 %). Das trifft auf Klienten/innen und Angehörige in gleichem Maße zu. Von 6 % aller Klienten/innen und Angehörigen ist der Wohnsitz nicht bekannt. Bei diesen Personen wurde keine Postleitzahl in die Stammdatenmaske eingetragen.

Tabelle 3.1: Anzahl der Klienten/innen und Angehörigen 2001; getrennt nach Wohnsitz in und außerhalb Schleswig-Holsteins sowie mit unbekanntem Wohnsitz

	Klienten/innen	Angehörige	Insgesamt
In Schleswig-Holstein	9.322 (92 %)	1.341 (90 %)	10.663 (92 %)
Außerhalb SH	163 (2 %)	20 (1 %)	183 (2 %)
Nicht bekannt	596 (6 %)	139 (9 %)	735 (6 %)
Insgesamt	10.081	1.500	11.581

Das Bundesland Schleswig-Holstein ist regional und administrativ gegliedert in elf Landkreise und vier kreisfreie Städte. Die kreisfreien Städte weisen eine Bevölkerungszahl zwischen 79.600 (Neumünster) und 232.400 (Kiel) Einwohnern/innen auf (Stand 31.12.2001; Statistisches Landesamt 2002).²² Der von der Bevölkerungszahl her kleinste Landkreis ist Plön mit 133.600

²² Quelle für die Bevölkerungsangaben: Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein (www.statistik-sh.de); Stand 31.12.2001.

Einwohnern; der größte ist Pinneberg, in dem 293.900 Personen leben.

Die vier kreisfreien Städte sind (in alphabetischer Reihenfolge):

- Flensburg
- Kiel
- Lübeck
- Neumünster.

Die elf Landkreise sind (in alphabetischer Reihenfolge):

- Dithmarschen
- Herzogtum Lauenburg
- Nordfriesland
- Ostholstein
- Pinneberg
- Plön
- Rendsburg-Eckernförde
- Schleswig-Flensburg
- Segeberg
- Steinburg
- Stormarn.

Die Abbildung 3.1 zeigt, in welchen Landkreisen bzw. Städten die Klienten/innen und Angehörigen, die im Jahr 2001 von der ambulanten Suchtkrankenhilfe betreut worden sind, ihren Wohnsitz haben. Der Kreis Steinburg und die Stadt Neumünster fehlen in dieser Auflistung, weil aus den Einrichtungen in diesen beiden Kreisen/Städten für das Jahr 2001 keine Daten vorliegen.²³

Die Anzahl der namentlich bekannten Klienten/innen und Angehörigen pro Landkreis/Stadt bewegt sich zwischen 300 und 1.500 Personen. Im Kreis Segeberg wohnen die meisten Klienten/innen und Angehörigen pro Kreis/Stadt (1.450), im Kreis Dithmarschen die wenigsten (359) (siehe Abbildung 3.1). Diese Zahlen allein sagen jedoch nichts über regionale Hilfebedarfe für

²³ Es gibt aber 31 Klienten/innen mit Wohnsitz in Neumünster, die von Einrichtungen außerhalb ihrer Heimatstadt betreut worden sind. Das gleiche trifft für 69 Personen mit Wohnsitz im Kreis Steinburg zu. Diese insgesamt 100 Klienten/innen wurden in den Stadt-Land-Vergleich mit einbezogen (Ausnahme: Auswertungen in den Tabellen 3.4 und 3.5).

Suchtkranke aus, weil hier nur diejenigen erfasst worden sind, die im Jahr 2001 eine Einrichtung der ambulanten Suchtkrankenhilfe aufgesucht haben.²⁴

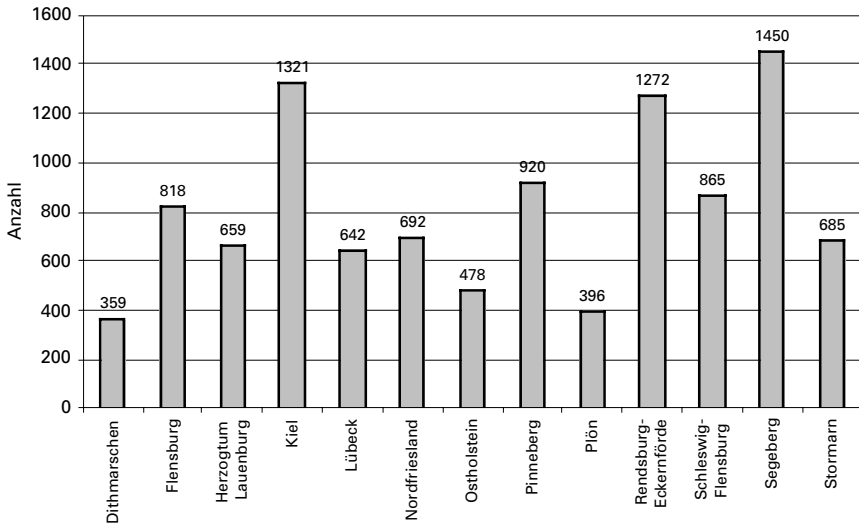


Abbildung 3.1: Anzahl der Klienten/innen und Angehörigen nach Landkreis/Stadt

3.3 Stadt-Land-Vergleich

Namentlich dokumentierte Klienten/innen und Angehörige

Im Folgenden werden nun die städtischen und ländlichen Klienten/innen und Angehörige miteinander verglichen. Dabei bot es sich an, die Klienten/innen aus den kreisfreien Städten zur Kategorie „Stadt“ und die Klienten/innen aus den Landkreisen zur Kategorie „Land“ zusammenzufassen. Die Fallzahl ist so groß, dass trotz des Fehlens je eines Landkreises bzw. einer kreisfreien Stadt die Ergebnisse als repräsentativ für die ambulante Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein angesehen werden können (siehe oben).

²⁴ Zudem ist zu berücksichtigen, dass es einige wenige Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein gibt, die nicht mit HORIZONT dokumentieren und deren Daten nicht in diesen Jahresbericht eingeflossen sind.

Ein Viertel der Klienten/innen und Angehörigen hat seinen Wohnsitz in einer kreisfreien Stadt (26 %) (siehe Tabelle 3.2). Drei von vier Klienten/innen und Angehörigen leben in einem Landkreis (74 %).

In den Landkreisen kommen 3,8 Klienten/Angehörige auf 1.000 Einwohner, in den kreisfreien Städten 5,15 Klienten.²⁵

Die innere Verteilung – also das Verhältnis von Klienten/innen zu Angehörigen – zeigt, dass zwischen Stadt und Land die Struktur der Klientele voneinander abweicht: In den Landkreisen wohnen in prozentualer Hinsicht deutlich mehr Angehörige von Abhängigen als in den Städten (16 % zu 3 %) (siehe Tabelle 3.2). Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass in den Landkreisen mehr Alkoholabhängige wohnen (siehe unten). Bei dieser Suchtproblematik ist bekannt, dass sich häufiger die Angehörigen an eine Hilfseinrichtung wenden.

Tabelle 3.2: Anzahl der Klienten/innen und Angehörigen; getrennt nach Landkreisen und kreisfreien Städten

	Landkreise	Kreisfreie Städte
Klienten/innen	6.594 (84 %) ↓	2.728 (97 %) ↓
Angehörige	1.256 (16 %)	85 (3 %)
Insgesamt	7.850 (74 %) ⇒	2.813 (26 %)

Anonyme Klienten/innen und Angehörige

Mit dem eingesetzten Dokumentationssystem können neben klientenbezogenen Informationen auch anonyme Kontakte erfasst werden. Deshalb soll an dieser Stelle eine kurze Auswertung dieser Kontakte nach dem Stadt-Land-Kriterium erfolgen. Diese Art der Auswertung basiert – anders als bei den namentlich bekannten Klienten/innen und Angehörigen – auf dem *Standort* der Einrichtungen, weil bei anonymen Kontakten (selbstverständlich) der Wohnort der Hilfesuchenden *nicht* erfasst wird.

²⁵ Diese Berechnung basiert auf den Einwohnerangaben des Statistischen Landesamtes Schleswig-Holstein.

Fast zwei Drittel der anonymen Kontakte kommen in den Einrichtungen zustande, die sich in den Landkreisen befinden (63 %), der Rest verteilt sich auf die kreisfreien Städte (37 %) (siehe Tabelle 3.3).

Wird die interne Verteilung von anonymen Kontakten getrennt nach Klienten/innen und Angehörigen betrachtet, zeigt sich, dass diese in Stadt und Land gleich ist: Es überwiegen die Kontakte mit anonymen Klienten/innen (70 %) (siehe Tabelle 3.3). Die anonymen Angehörigen haben aber mit 30 % einen prozentual höheren Anteil als die namentlich bekannten Angehörigen (siehe oben).

Tabelle 3.3: Anzahl der Kontakte anonymer Klienten/innen und anonymer Angehörigen; getrennt nach Landkreisen und kreisfreien Städten

	Landkreise	Kreisfreie Städte
Kontakte anonyme Klienten/innen	2.059 (70 %) ↓	1.214 (70 %) ↓
Kontakte anonyme Angehörige	886 (30 %)	515 (30 %)
Insgesamt	2.945 (63 %) ⇒	1.729 (37 %)

Kreise der Klienten/innen und Kreise der Einrichtungen

Im Folgenden wird ein differenzierter Vergleich der Klienten/innen von Stadt und Land durchgeführt. Dieser bezieht sich ausschließlich auf die *namentlich dokumentierten Klienten/innen*. Nicht berücksichtigt werden zum einen die namentlich dokumentierten Angehörigen, weil bei ihnen die Fallzahl valider biografischer Angaben für das Jahr 2001 zu gering ist, und zum anderen die anonymen Kontakte, weil hier keine biografische Daten erhoben werden.

Zunächst wird dargestellt, wohin die namentlich bekannten Klienten/innen gehen, um ein Hilfeangebot wahrzunehmen. Suchen sie eine Einrichtung in ihrem Landkreis bzw. in ihrer Stadt auf? Vielleicht gehen sie auch in eine Einrichtung im benachbarten Kreis (Stadt) oder haben einen noch weiteren Weg zu ihrem Hilfeangebot? Durch eine solche Auswertung können möglicherweise Hinweise über die räumliche Versorgungsstruktur geliefert werden.

Für das Land Schleswig-Holstein kann festgestellt werden, dass neun von zehn Klienten/innen eine ambulante Einrichtung in ihrem Landkreis bzw. in ihrer Stadt

aufsuchen (91 %) (siehe Tabelle 3.4). 8 % gehen zu einem Hilfeangebot in einem angrenzenden Kreis/Stadt. Nur 1 % nehmen längere Entfernungen in Kauf, um zu ihren Einrichtungen zu gelangen.²⁶ Diese Zahlen zeigen, dass die meisten Klienten/innen in dem Kreis bzw. in der Stadt ein Hilfeangebot nutzen, in der sie ihren Wohnsitz haben.

Tabelle 3.4: Wohin die namentlich bekannten Klienten/innen gehen; getrennt nach demselben, einem angrenzenden oder einem anderen Kreis (Stadt)

Die Klienten/innen gehen zu einer ...	%-Klienten/innen	N
Einrichtung im selben Kreis/Stadt	91 %	8.377
Einrichtung im angrenzenden Kreis/Stadt	8 %	736
Einrichtung im anderen Kreis/Stadt	1 %	109
Insgesamt	100 %	9.322

Wird die Betrachtungsperspektive geändert und gefragt, *woher* die Klienten/innen der Einrichtungen kommen, zeigt sich, dass sich die Situation für die Einrichtungen in Stadt und Land verschiedenartig darstellt: Die Einrichtungen in den Landkreisen haben es fast immer mit Klienten/innen zu tun, die auch im gleichen Kreis wohnen (96 %) (siehe Tabelle 3.5). Nur 4 % kommen aus einem benachbarten oder weiter entfernt gelegenen Kreis (Stadt). Bei den Hilfeangeboten in den

Tabelle 3.5: Woher die Klienten/innen kommen; getrennt nach Landkreisen und kreisfreien Städten

Die Klienten/innen kommen ...	Landkreise	Kreisfreie Städte
Aus demselben Kreis/Stadt	96 %	82 %
Aus einem angrenzenden Kreis/Stadt	3 %	16 %
Aus einem anderem Kreis/Stadt	1 %	2 %
Insgesamt	5.992	3.230

²⁶ Das bedeutet im Umkehrschluss natürlich nicht, dass alle Einrichtungen in bequemer Reichweite der Klienten/innen liegen. Um von einem Ort zu einem anderen innerhalb eines Landkreises zu gelangen, müssen manchmal umständliche Strecken mit dem PKW oder zeitintensive Fahrten mit dem Öffentlichen Personennahverkehr auf sich genommen werden.

Städten sind es dagegen 16 % aller Klienten/innen, die nicht in der Stadt, sondern in einem angrenzenden Landkreis wohnen (2 %: „anderer Kreis/Stadt“). Die Städte nehmen offensichtlich auch eine (Teil-)Versorgungsfunktion für die Klienten/innen aus angrenzenden, eher ländlichen Gebieten wahr.

Lebenssituation der Klienten/innen nach Stadt-Land

Die folgende Übersicht zur Lebenssituation²⁷ zeigt, dass starke Unterschiede zwischen den Klienten/innen aus den kreisfreien Städten und denen aus den ländlichen Regionen bestehen (siehe Tabelle 3.6). Zwar existiert eine in etwa gleiche Verteilung in bezug auf das Geschlecht – bei drei von vier Klienten/innen handelt es sich um Männer –, aber schon beim Alter gibt es deutliche Unterschiede: Die Klienten/innen in den kreisfreien Städten sind jünger (im Durchschnitt 34,3 Jahre) als in den Landkreisen (38,0 Jahre). Diese Altersdifferenz resultiert vor allem daraus, dass die – in der Regel jüngeren Opiatabhängigen – in den Städten wesentlich häufiger anzutreffen sind als auf dem Land (40 % zu 17 %).²⁸ Dagegen ist der prozentuale Anteil der (in der Regel älteren) Alkoholabhängigen in den Landkreisen wesentlich größer: 51 % zu 26 %.²⁹ Der höhere Anteil von Drogenabhängigen³⁰ in den Städten ist auf das bekannte Phänomen zurückzuführen, dass

²⁷ Unter dem Begriff „Lebenssituation“ werden hier die folgenden Merkmale zusammengefasst: Geschlecht, Alter, Hauptdroge, Personenstand und soziale Situation.

²⁸ Diese Relation bleibt auch erhalten, wenn die Personen, bei denen die Hauptdroge nicht mit erfasst worden ist, herausgerechnet werden.

²⁹ Auch in absoluten Zahlen wird dieser Unterschied ganz deutlich: In den Landkreisen hatten im Jahr 2001 von den namentlich erfassten Klienten/innen 3.349 Alkoholabhängige und 1.139 Opiatabhängige ihren Wohnsitz; in den kreisfreien Städten waren es 702 Alkoholabhängige und 1.074 Opiatabhängige.

Das bedeutet aber gleichzeitig nicht, dass es in Relation zur Bevölkerungsgröße in den Landkreisen mehr Alkoholabhängige als in den Städten gibt. Das Verhältnis ist hier ungefähr gleich (etwa 700 Einwohner auf einen sich in der Betreuung befindlichen Alkoholabhängigen). Bei den Drogenabhängigen besteht dagegen ein gravierender Unterschied: Hier ist der Anteil in der Stadt 3,5 mal so groß wie auf dem Land (Stadt: etwa 500 Einwohner auf einen sich in der Betreuung befindlichen Drogenabhängigen, Land: 1.800 Einwohner/ 1 Drogenabhängiger).

³⁰ Wenn im Folgenden die Bezeichnung „Drogenabhängige“ benutzt wird, sind damit immer Personen gemeint, bei denen die Hauptdroge „Opiate“ oder ein „Substitut“ ist (analog dazu wird auch manchmal der Begriff „Opiatabhängige“ verwendet).

sie aufgrund von Szenebildung, hoher Anonymität und leichter Zugänglichkeit zu den Drogen eine Sogwirkung auf Konsumenten/innen aus dem Umland ausüben (Raschke & Renn, 1997).

Die ambulante Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein ist auf diesen wichtigen Stadt-Land-Unterschied ausgerichtet: In den Landkreisen dominiert eher der Einrichtungstyp der integrativen Beratungsstelle, während es in den Städten auch spezielle Einrichtungen für Drogenabhängige (niedrigschwellige Angebote, Methadonambulanzen) gibt.³¹

Tabelle 3.6: Lebenssituation der Klienten/innen; getrennt nach Landkreisen und kreisfreien Städten

	Landkreise	Kreisfreie Städte
<i>Geschlechterverhältnis</i>		
Frauen	26 %	25 %
Männer	74 %	75 %
<i>Alter (Durchschnitt)</i>	38,0 Jahre	34,3 Jahre
<i>Hauptdroge</i>		
Alkohol	51 %	26 %
Opiate	17 %	40 %
<i>Personenstand</i>		
Ledig	46 %	64 %
Feste Beziehung	52 %	42 %
Zusammenlebend mit Kindern	24 %	16 %
<i>Soziale Situation</i>		
Stabile Wohnsituation	89 %	77 %
Schulabschluss	93 %	89 %
Abgeschlossene Berufsausbildung	57 %	50 %
Erwerbstätigkeit	41 %	31 %
Arbeitslos/Sozialhilfe	38 %	54 %
Schulden	54 %	64 %
N-Klienten	6.594	2.728

³¹ Für diesen Bericht sind die Daten von 12 Einrichtungen aus den Städten und von 40 Einrichtungen aus den Landkreisen ausgewertet worden. Nach den vorliegenden Informationen handelt es sich dabei in den Städten um 9 integrative Suchthilfeeinrichtungen und um 3 spezielle Angebote für Drogenabhängige. In den Landkreisen beträgt das Verhältnis 38 integrative Suchtberatungsstellen zu 2 speziellen Drogenhilfeangeboten.

Der Vergleich macht ferner deutlich, dass sich die soziale Situation der in den Landkreisen gemeldeten Klienten/innen besser darstellt als derjenigen, die in städtischen Bezügen leben: Ihre Wohnsituation ist besser (stabil: 89 % zu 77 %), sie sind seltener arbeitslos bzw. Sozialhilfeempfänger/innen (38 % zu 54 %) und gehen eher einer Erwerbstätigkeit nach (41 % zu 31 %) (siehe Tabelle 3.6). Entsprechend geringer ist dann auch der Anteil an Personen, die Schulden haben. Die ländlichen Klienten/innen befinden sich außerdem eher in einer festen Beziehung und leben mit ihren Kindern zusammen als die Klienten/innen, die ihren Wohnsitz in der Stadt haben (52 % zu 42 % bzw. 24 % zu 16 %). Inwieweit diese Unterschiede mit der Hauptdroge (Alkohol versus Opiate) oder den räumlichen Lebensverhältnissen (Stadt versus Land) zusammenhängen, wird an anderer Stelle geprüft (siehe Abschnitt 3.4).

Lebenssituation der Klienten/innen nach südlichen und nördlichen Landkreisen

Es könnte sein, dass sich die Charakteristika der Klienten/innen *innerhalb* der Landkreise unterscheidet. So könnte die Annahme formuliert werden, dass es den Klienten/innen in den südlich gelegenen Landkreisen in sozialer Hinsicht schlechter geht, und dass der (relative) Anteil an Opiatabhängigen hier größer ist, weil diese Landkreise im Einzugsbereich der Metropole Hamburg liegen und ein Teil der großstädtischen Suchtprobleme „hineinstrahlen“ könnte. Deshalb wurden die Klienten/innen danach unterteilt, ob sie in einem südlichen oder in einem nördlichen Landkreis leben.³² Als südliche Landkreise wurden die vier an Hamburg angrenzenden Landkreise definiert – also Herzogtum Lauenburg, Stormarn, Segeberg und Pinneberg. Die anderen sieben Landkreise wurden der Kategorie „nördliche Landkreise“ zugeordnet.³³

³² Es gibt keine offizielle Zuordnung, was in Schleswig-Holstein „südliche“ und „nördliche“ Landkreise sind.

³³ Das Verhältnis von Einwohnern zu suchtkranken Personen beträgt in den südlichen Landkreisen 3,9 Klienten auf 1.000 Einwohner und in den nördlichen Landkreisen 3,7 Klienten auf 1.000 Einwohner. Diese Berechnung basiert auf den Einwohnerangaben des Statistischen Landesamtes Schleswig-Holstein.

Die empirische Auswertung bestätigt jedoch die obige Vermutung nicht. Es gibt im Vergleich südliche versus nördliche Landkreise so gut wie keine gravierenden Abweichungen bei der Lebenssituation der Klienten/innen. Sie sind sich hinsichtlich der Geschlechterverteilung, des Durchschnittsalters, der Hauptdroge, des Personenstandes und der sozialen Situation sehr ähnlich (siehe Tabelle 3.7). Beispielsweise haben in beiden Gruppen 93 % einen Schulabschluss und etwas über 40 % der Klienten/innen sind erwerbstätig.

Tabelle 3.7: Lebenssituation der Klienten/innen; getrennt nach südlichen und nördlichen Landkreisen

	Südliche Landkreise	Nördliche Landkreise	Kreisfreie Städte
<i>Geschlechterverhältnis</i>			
Frauen	25 %	27 %	25 %
Männer	75 %	73 %	75 %
<i>Alter (Durchschnitt)</i>	38,8 Jahre	37,4 Jahre	34,3 Jahre
<i>Hauptdroge</i>			
Alkohol	52 %	50 %	26 %
Opiate	16 %	18 %	40 %
<i>Personenstand</i>			
Ledig	44 %	48 %	64 %
Feste Beziehung	54 %	50 %	42 %
Zusammenlebend mit Kindern	24 %	24 %	16 %
<i>Soziale Situation</i>			
Stabile Wohnsituation	90 %	88 %	77 %
Schulabschluss	93 %	93 %	89 %
Abgeschlossene Berufsausbildung	53 %	59 %	50 %
Erwerbstätigkeit	41 %	42 %	31 %
Arbeitslos/Sozialhilfe	40 %	37 %	54 %
Schulden	58 %	52 %	64 %
N-Klienten	2.963	3.631	2.728

Lebenssituation der Klienten/innen nach Hamburger Rand und dem restlichen Gebiet der südlichen Landkreise

Möglicherweise ist die Kategorie „südliche Landkreise“ zu grob, um spezifische Merkmale in der Lebenssituation von suchtkranken Personen, die in der Nähe der Großstadt Hamburg wohnen, feststellen zu können. Deshalb wird in einem nächsten Schritt der räumliche Bereich um Hamburg weiter eingegrenzt. Dazu

wurden die vier südlichen Landkreise unterteilt in die Kategorien „Hamburger Rand“ und „Restliches Gebiet südliche Landkreise“.³⁴ Wenn die Kommunen in den Öffentlichen Personennahverkehr der Freien und Hansestadt Hamburg eingebunden sind (z. B. Pinneberg oder Geesthacht) und/oder auf einer der Entwicklungsachsen des Planungsgebietes „Metropolregion Hamburg“ liegen, wurden sie dem Typus „Hamburger Rand“ zugeordnet. Die Zuordnung erfolgte anhand von Postleitzahlen.³⁵

Aber auch bei dieser Auswertung zeigen sich insgesamt kaum Unterschiede zwischen den Klienten/innen, die näher an („Hamburger Rand“) oder weiter weg von (Restliches Gebiet südliche Landkreise) Hamburg wohnen, auch wenn es bei dem einen oder anderen Merkmal Abweichungen gibt (siehe Tabelle 3.8).

Insgesamt betrachtet bestehen also zwischen den Klienten/innen, die in schleswig-holsteinischen Landkreisen leben, keine Unterschiede. Die Mitarbeiterinnen der ambulanten Suchtkrankenhilfe haben es zwischen der Elbe und der deutsch-dänischen Grenze mit einer sehr ähnlichen Klientel zu tun.

Da es also kaum Unterschiede zwischen den Klienten/innen *innerhalb* der Landkreise gibt, werden im Folgenden die weiteren Detailauswertungen allein nach dem Kriterium „Stadt versus Land“ vorgenommen, weil dies offensichtlich der entscheidende Faktor für die unterschiedliche Lebenssituation der Klienten/innen ist. Dabei handelt es sich um die Darstellung solcher Ergebnisse, bei denen die deutlichsten Unterschiede zwischen diesen beiden Klientengruppen existieren.

³⁴ Auch hier gibt es keine offizielle Definition, was zum „Hamburger Rand“ gehört.

³⁵ Folgende Postleitzahlen sind in die Definition des „Hamburger Rands“ eingegangen: 22869, 22880, 25469, 25482, 25488, 25491, 25421, 25492, 25489, 25497, 25436, 25336, 25336, 25337, 25462, 25474, 25495, 25494, 25451, 25373, 25337, 25355, 25479, 25484, 25485, 24568, 24629, 24558, 23866, 23867, 23843, 23863, 23869, 23847, 21509, 21465, 21521, 21493, 21529, 21502, 21483, 21481, 21514, 22844, 22845, 22846, 22847, 22848, 22849, 22850, 22851, 22889, 22941, 22967, 22949, 22965, 22927, 22955, 22929, 22959, 22956, 22958, 22969, 22885, 22962, 22952, 22145, 22926.

Tabelle 3.8: Lebenssituation der Klienten/innen; getrennt nach Hamburger Rand und restlichem Gebiet der südlichen Landkreise

	Restl. Gebiet		
	Hamburg Rand	südliche Landkreise	Nördliche Landkreise
<i>Geschlechterverhältnis</i>			
Frauen	26 %	26 %	27 %
Männer	74 %	74 %	73 %
Alter (Durchschnitt)	38,8 Jahre	38,7 Jahre	37,4 Jahre
<i>Hauptdroge</i>			
Alkohol	50 %	57 %	50 %
Opiate	17 %	13 %	18 %
<i>Personenstand</i>			
Ledig	45 %	41 %	48 %
Feste Beziehung	55 %	53 %	50 %
Zusammenlebend mit Kindern	24 %	25 %	24 %
<i>Soziale Situation</i>			
Stabile Wohnsituation	91 %	89 %	88 %
Schulabschluss	93 %	93 %	93 %
Abgeschlossene Berufsausbildung	48 %	59 %	59 %
Erwerbstätigkeit	41 %	39 %	42 %
Arbeitslos/Sozialhilfe	38 %	43 %	37 %
Schulden	57 %	59 %	52 %
N-Klienten	2.127	836	3.631

Hauptdroge der Klientinnen und Klienten nach Stadt und Land

Es ist schon festgestellt worden, dass in den Städten in prozentualer Hinsicht mehr Drogenabhängige leben als im ländlichen Bereich. Bei den alkoholkranken Personen verhält es sich umgekehrt (siehe oben). Gibt es hinsichtlich der Hauptdroge noch weitere Unterschiede zwischen den Klienten/innen von Stadt und Land? Diese Frage ist mit „Nein“ zu beantworten. Bei Cannabisprodukten, „anderen harten Drogen“, Medikamenten, beim Glücksspiel und bei den Essstörungen sehen die prozentualen Anteile sehr ähnlich aus (siehe Tabelle 3.9). Beispielsweise beträgt der Anteil derjenigen, bei denen Cannabis als Hauptdroge dokumentiert worden ist, in Stadt und Land jeweils 7 %.³⁶ Dieses Ergebnis

³⁶ Auch wenn die Kategorie „Drogentyp nicht erfasst“ herausgerechnet wird, ergibt sich keine größere Diskrepanz (Land = 8 %, Stadt = 9 %).

überrascht, war doch eher zu erwarten gewesen, dass der relative Anteil von Konsumenten mit der Hauptdroge Cannabis in den Städten aufgrund der dortigen Bedingungen (Anonymität, Partyszene, leichtere Zugänglichkeit zur Substanz) höher ist.

Tabelle 3.9: Hauptdroge der Klientinnen und Klienten; getrennt nach Landkreisen und kreisfreien Städten

	Landkreise	Kreisfreie Städte
Alkohol	51 %	26 %
Opiate	17 %	39 %
Andere harte Drogen	3 %	4 %
Cannabis	7 %	7 %
Medikamente	1 %	1 %
Pathologisches Spielen	3 %	2 %
Essstörungen	3 %	1 %
Anderes	1 %	0,2 %
Nicht erfasst	16 %	21 %
N-Klienten	6.594	2.728

***Wohnsituation
nach Stadt und
Land***

Die Wohnsituation der Klienten/innen von Stadt und Land ist vor allem dadurch geprägt, dass sich von den in den Städten gemeldeten Personen deutlich mehr in Haft befinden. Hier ist jeder neunte Klient ein Gefängnisinsasse (12 %) (siehe Tabelle 3.10). In den Landkreisen beträgt der Anteil dieses Personenkreises nur 0,1 %. Dieser Sachverhalt hängt einerseits damit zusammen, dass sich in Schleswig-Holstein die meisten Strafanstalten zentralisiert in den Städten befinden, zum anderen ist – wie schon oben erwähnt – der Anteil von Opiatabhängigen in den Städten größer, die wegen BtmG-Delikten oder Beschaffungskriminalität häufiger in das Gefängnis kommen als alkoholabhängige Personen (siehe auch Kapitel 2).³⁷ Insgesamt gesehen befinden sich aber auch die Klienten/innen aus der Stadt zu einem Großteil in einer stabilen Wohnsitua-

³⁷ Bei den städtischen Gefängnisinsassen sind bei 62 % von ihnen „Opiate“ die Hauptdroge, bei 19 % „Alkohol“. Die restlichen 19 % verteilen sich auf die anderen Substanzen bzw. wurde die Hauptdroge nicht erfasst.

tion: 66 % haben eine eigene Wohnung, 13 % leben bei den Eltern, Angehörigen oder Freunden. Entsprechend gering ist der Anteil von obdachlosen Personen, die von der ambulanten Suchtkrankenhilfe betreut werden. Ihr Anteil beträgt sowohl in der Stadt als auch auf dem Land 1 % (siehe Tabelle 3.10).

Wird bei der Wohnsituation die „Haft“ herausgerechnet, gleichen sich die Klienten/innen von Stadt und Land weiter an. Dann befinden sich in beiden Klientengruppen neun von 10 Personen in stabilen Wohnverhältnissen. Somit könnte auch formuliert werden, dass – mit der wichtigen Ausnahme der Betreuung der drogenabhängigen Insassen in den Haftanstalten, die eine besondere Herausforderung für die städtische Suchtkrankenhilfe darstellt – die Wohnsituation der Klienten/innen von Stadt und Land sehr ähnlich ist.

Ferner sei erwähnt, dass bei den Klienten/innen aus der Stadt ein doppelt so hoher Anteil mit Bewohnern zusammenlebt, die ebenfalls Suchtprobleme haben, als es bei den ländlichen Klienten/innen der Fall ist (11 % zu 5 %). Auch dies hängt wiederum mit dem höheren Anteil von Drogenabhängigen in den Städten zusammen: Sie haben eher Mitbewohner mit Suchtproblemen als die alkoholabhängigen Personen.

Tabelle 3.10: Wohnsituation der Klientinnen und Klienten; getrennt nach Landkreisen und kreisfreien Städten

	Landkreise	Kreisfreie Städte
Eigene bzw. gemietete Wohnung/Haus	73 %	66 %
Bei Eltern, Angehörigen, Freunden	18 %	13 %
In Institution (Suchthilfe, Klinik etc.)	6 %	5 %
Obdachlos, Hotel/Heim	1 %	1 %
Haft	0,1 %	12 %
Anderes	2 %	3 %
N-Klienten	4.298	1.314

Kontaktempfehlung nach Stadt und Land

Deutliche Unterschiede zwischen Land und Stadt bestehen bei der Kontaktempfehlung,³⁸ also der Frage,

³⁸ Die Kontaktempfehlung („Vermittlung durch“) wird in HORIZONT im Behandlungsmodul erfasst. Deshalb basiert diese Auswertung auf der Anzahl der Behandlungen.

durch wen die Klienten/innen in die Einrichtung vermittelt worden sind. Bei den Personen, die ihren Wohnsitz in einem Landkreis haben, wird beinahe jede/r zweite/r durch eine professionelle Hilfe (Suchthilfe, Arztpraxen) an eine Einrichtung weitergeleitet. Bei den städtischen Klienten/innen trifft dies „nur“ auf jeden Dritten zu (siehe Tabelle 3.11). In der Stadt gibt es einen vergleichsweise hohen Prozentsatz von Klienten/innen, die ohne Vermittlung, d. h. aus eigener Motivation, eine Hilfe-einrichtung aufgesucht haben. Das sind immerhin 29 %. Bei den Klienten/innen aus den Landkreisen trifft dies nur auf 18 % zu. Diese Unterschiede zwischen Stadt und Land resultieren weniger aus differierenden Lebensumständen als aus dem Typus der Abhängigkeit: der Hauptdroge der Klienten/innen. Die Drogenabhängigen kommen vergleichsweise häufiger aus eigenem Antrieb („ohne Vermittlung“) in eine Einrichtung; die alkoholabhängigen Personen werden eher von der professionellen Hilfe (Suchthilfe, Arztpraxen) an andere Einrichtungen weitergeleitet (siehe Kapitel 2). Hier werden also Stadt-Land-Unterschiede durch substanzbezogene Erscheinungen – zumindest teilweise – beeinflusst.

Tabelle 3.11: Kontaktempfehlung („Vermittlung durch ...“) der Klientinnen und Klienten; getrennt nach Landkreisen und kreisfreien Städten

	Landkreise	Kreisfreie Städte
Justiz/JVA/Öffentliche Ämter	9 %	13 %
Soziale Umgebung (Eltern, Freunde)	18 %	15 %
Professionelle Hilfe (Suchthilfe, Arztpraxen)	46 %	34 %
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	6 %	4 %
Anderes	3 %	5 %
Ohne Vermittlung	18 %	29 %
N-Behandlungen	4.724	2.119

Inanspruchnahme-verhalten der Klienten/innen nach Stadt und Land

In den Landkreisen wohnende Klienten/innen nehmen stärker Beratungsleistungen in Anspruch als ihre städtischen Mitklienten/innen. Das gilt sowohl für die Anzahl dieses Tätigkeitstyps als auch für den zeitlichen Gesamtaufwand, der im Jahr 2002 klientenbezogen

von den Mitarbeitern/innen erbracht wurde (siehe Tabelle 3.12). Besonders deutlich ist die Diskrepanz bei dem zweitgenannten Parameter: Jede zweite Stunde wird bei den ländlichen Klienten/innen für Beratungsleistungen aufgewandt (51 %), bei den Personen aus der Stadt ist dies nur bei etwa einem Drittel der in Anspruch genommenen Zeit der Fall (35 %). Dafür haben bei dieser Klientengruppe die Tätigkeiten „Information“ und „Begleitung“ einen höheren Stellenwert. Hierbei fällt vor allem auf, dass ein Zeitanteil von immerhin 12 % für die Begleitung von (städtischen) Klienten/innen zu Behörden, anderen Einrichtungen und sonstigen Stellen aufgewendet wird. Dieses hängt mit den spezifischen Problemkonstellationen der Drogenabhängigen (z. B. juristische Verfahren) zusammen, die auswärtige Termine erforderlich machen.³⁹ Dagegen stellt sich die Situation bei den therapeutischen Leistungen in Stadt und Land sehr ähnlich dar: Die prozentualen Anteile betragen hier bei der Anzahl 26 % (Stadt) bzw. 27 % (Land) und beim zeitlichen Gesamtaufwand 41 % (Stadt) bzw. 40 % (Land) (siehe Tabelle 3.12).

Tabelle 3.12: Inanspruchnahme klientenbezogener Leistungen nach Anzahl und zeitlichem Gesamtaufwand; getrennt nach Landkreisen und kreisfreien Städten

	Nach Anzahl		Nach zeitlichem Gesamtaufwand	
	Landkreise	Kreisfreie Städte	Landkreise	Kreisfreie Städte
Information	9 %	16 %	3 %	6 %
Beratung	60 %	49 %	51 %	35 %
Vermittlung	2 %	5 %	2 %	4 %
Therapie/Behandlung	27 %	26 %	40 %	41 %
Andere Hilfen	2 %	1 %	3 %	2 %
Begleitung	0,3 %	2,4 %	0,8 %	12 %
N-Leistungen	67.463	21.893	57.800	17.022

³⁹ Bei den Drogenabhängigen nimmt im Durchschnitt pro Klient/in pro Jahr der Tätigkeitstyp „Begleitung“ etwa 4mal so viel Zeit in Anspruch wie bei den Alkoholikern.

Trotz der dargestellten Abweichungen kann insgesamt konstatiert werden, dass das Inanspruchnahmeprofil der Klienten/innen aus Stadt und Land in etwa ähnlich ist. Von beiden Klientengruppen werden überwiegend Beratungs- und Therapieleistungen in Anspruch genommen.

Werden jedoch die in Anspruch genommenen therapeutischen Leistungen im Einzelnen betrachtet, ergeben sich größere Unterschiede. Bei den Klienten/innen, die ihren Wohnsitz in einem Landkreis haben und therapeutische Leistungen in Anspruch nehmen, spielt die ambulante Abstinenztherapie die größte Rolle: Ihr Anteil beträgt 69 %, wenn die Anzahl erbrachter Leistungen, und sogar 76 %, wenn der zeitliche Gesamtaufwand betrachtet wird (siehe Tabelle 3.13). Die städtischen Klienten/innen kommen hier nur auf Anteile von 30 % bzw. 38 %. Dagegen ist die Nachfrage der städtischen Klienten/innen nach Substitutionsleistungen deutlich höher als bei den ländlichen (34 % gegenüber 6 % bezogen auf den zeitlichen Gesamtaufwand). Auch dieser empirische Befund ist stark beeinflusst von der Hauptdroge der Klienten/innen: Da in den Städten überproportional viele Drogenabhängige leben (41 % der Klienten/innen), besitzt hier die Substitutionsbehandlung eine ganz andere Bedeutung als in den Landkreisen, in denen der Anteil von Drogenabhängigen nur 17 % beträgt (siehe oben).

Tabelle 3.13: Inanspruchnahme klientenbezogener Therapieleistungen nach Anzahl und zeitlichem Gesamtaufwand; getrennt nach Landkreisen und kreisfreien Städten

	Nach Anzahl		Nach zeitlichem Gesamtaufwand	
	Landkreise	Kreisfreie Städte	Landkreise	Kreisfreie Städte
Ambulante Abstinenztherapie	69 %	30 %	76 %	38 %
Substitutionsbehandlung	15 %	46 %	6 %	34 %
Nachsorge	11 %	21 %	11 %	26 %
Andere	6 %	4 %	7 %	3 %
N-Leistungen	17.898	5.758 St.	23.184	6.943 St.

Konsumstatus nach Beendigung der Behandlung im Vergleich von Stadt und Land

Die Situation der Klienten/innen aus den Landkreisen stellt sich bei Beendigung der Behandlung etwas positiver dar als die der städtischen Klienten/innen: In der erst genannten Gruppe sind 40 % der Behandlungen planmäßig beendet, aber auch 42 % vorzeitig durch den Klienten bzw. die Klientin abgebrochen worden.⁴⁰ Bei den suchtkranken Personen aus der Stadt betragen die entsprechenden Werte für das Behandlungsende 32 % (planmäßig) und 50 % (abgebrochen). Dieser Sachverhalt betrifft in diesem Fall sowohl die Drogen- als auch die Alkoholabhängigen.⁴¹ Entsprechend gestaltet sich auch der Konsumstatus bei Beendigung der Behandlung. Auch hier ist die Situation für die Klienten/innen vom Land vergleichsweise günstiger. Bei ihnen sind immerhin insgesamt 57 % abstinent geworden bzw. hat sich das Konsumverhalten verbessert (siehe Tabelle 3.14). Bei den Klienten/innen aus der Stadt beträgt dieser Anteil 46 %. Erneut kommt hier der „Substanzeffekt“ zum Tragen: Drogenabhängige sind bei Behandlungsende seltener abstinent bzw. in einer verbesserten Konsumsituation als die alkoholabhängigen Klienten/innen.⁴²

Tabelle 3.14: Konsumstatus der Klientinnen und Klienten nach Beendigung der Behandlung; getrennt nach Landkreisen und kreisfreien Städten

	Landkreise	Kreisfreie Städte
Abstinent	34 %	28 %
Gebessert	23 %	18 %
Kein Problem seit Betreuungsbeginn	4 %	4 %
Unverändert	36 %	44 %
Verschlechtert	4 %	5 %
N-Behandlungen	2.499	900

⁴⁰ Die Art der Beendigung der Behandlung und der Konsumstatus bei Beendigung werden im Dokumentationssystem HORIZONT im Behandlungsmodul erfasst.

⁴¹ Die Abbruchraten („durch Klienten/in selbst“) betragen bei den städtischen Klienten/innen: Drogenabhängige: 48 %, Alkoholabhängige 46 %. Der Abbrecherquote ist bei den anderen Hauptdrogentypen noch höher. Das erklärt insgesamt einen Anteil von 50 %.

⁴² Die Abstinenzraten nach Behandlungsende betragen: Drogenabhängige (Land: 22 %, Stadt: 21 %), Alkoholabhängige (Land: 41 %, Stadt: 37 %). Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Behandlungsziele je nach Angebot variieren können.

3.4 Vergleich von Alkohol- und Drogenabhängigen nach Stadt und Land

Wie gezeigt, gibt es einige Stadt-Land Unterschiede, die vor allem auf die unterschiedliche Hauptdroge der Klienten/innen zurückzuführen sind. In dem vorausgegangenen Abschnitt wurde dies bei der Wohnsituation, der Kontaktempfehlung, dem Inanspruchnahmeverhalten und dem Konsumstatus nach Beendigung der Behandlung deutlich. Es stellt sich daher die Frage, welchen systematischen Einfluss die Hauptdroge – Alkohol versus Opiate – oder die räumlichen Gegebenheiten – Stadt versus Land – auf die Lebenssituation von suchtkranken Personen ausüben.

Deshalb wird in diesem Abschnitt zu dieser Fragestellung eine kurze systematische Analyse durchgeführt. Dazu werden die Lebenssituationen von Drogen- und Alkoholabhängigen jeweils in Stadt und Land miteinander verglichen. Dieser Vergleich bezieht sich auf die Kriterien, mit denen in diesem Kapitel die „Lebenssituation“ von suchtkranken Personen definiert worden ist – also der prozentuale Anteil von Männern und Frauen, das Alter, der Personenstand und die soziale Situation (siehe oben). Angegeben werden nur relevante Unterschiede, deren statistische Signifikanz in den folgenden Tabellen ausgewiesen wird.⁴³

Bei den Drogenabhängigen zeigt sich, dass ihre Lebenssituation in der Stadt und auf dem Land sehr ähnlich ist. Es gibt nur wenige relevante Unterschiede (siehe Tabelle 3.15). Das betrifft vor allem die Wohnsituation. Hier befinden sich die ländlichen Klienten/innen in einer deutlich besseren Situation, was aber mit dem erhöhten Anteil der sich in Haft befindenden städtischen Klienten/innen zusammenhängt (siehe oben). Als Unterschiede verbleiben damit nur die Kriterien „zusammenlebend mit Kindern“ und „Schulabschluss“. Da aber bei den anderen partnerschaftlichen und sozialen Merkmalen keine gravierenden Abwei-

⁴³ Zu beachten ist hierbei, dass aufgrund hoher Fallzahlen Unterschiede leicht statistisch signifikant werden können, die aber sachlich bedeutungslos sind.

chungen bestehen, kann ein systematischer Unterschied zwischen ländlichen und städtischen Drogenabhängigen nicht erkannt werden. Somit könnte formuliert werden, dass offensichtlich ihre Lebenssituation weniger von räumlichen Kontexten als durch die (kriminalisierten) Bedingungen ihrer Drogensucht insgesamt geprägt wird.

Tabelle 3.15: Relevante Unterschiede in der Lebenssituation der Drogenabhängigen; getrennt nach Landkreisen und kreisfreien Städten

	Landkreise	N	Kreisfreie Städte	N	Signifikanz ^a
<i>Personenstand</i>					
Zusammenlebend mit Kindern	17 %	103	11 %	50	***
<i>Soziale Situation</i>					
Stabile Wohnsituation	81 %	694	69 %	418	***
Schulabschluss	91 %	475	86 %	357	**

*** (Signifikanzniveau = 1 %), ** (Signifikanzniveau = 5 %).

^a metrische Variablen = T-Test; ordinale Variablen = CHI-Quadrat-Test nach Pearson.

Dagegen wird bei den Alkoholabhängigen ein starker Unterschied in der Lebenssituation deutlich, wenn nach Stadt und Land unterschieden wird. Die ländlichen Klienten/innen sind älter, sie sind partnerschaftlich und familiär stärker eingebunden und befinden sich sozial in einer besseren Lage als die Klienten/innen aus der Stadt (siehe Tabelle 3.16). Offensichtlich haben bei den Alkoholabhängigen räumliche Faktoren einen stärkeren Einfluss auf die Lebenssituation als bei den Drogenabhängigen.

Diese Befunde – kaum Stadt-Land-Unterschiede bei den Drogenabhängigen, dagegen starke Abweichungen in dieser Hinsicht bei den Alkoholabhängigen – stellen neue, differenzierte Erkenntnisse über die unterschiedlichen Klientele der Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein dar. Sie sind bei der Ausgestaltung der alltäglichen Arbeit und Angebotsstruktur des Hilfesystems zu berücksichtigen.

Tabelle 3.16: Relevante Unterschiede in der Lebenssituation der Alkoholabhängigen; getrennt nach Landkreisen und kreisfreien Städten

	Landkreise		Kreisfreie Städte		Signifikanz ^a
		N		N	
<i>Alter (Durchschnitt)</i>	44 Jahre	3304	41 Jahre	693	***
<i>Personenstand</i>					
Ledig	31 %	765	45 %	213	***
Feste Beziehung	57 %	1291	47 %	203	***
Zusammenlebend mit Kindern	28 %	610	19 %	85	***
<i>Soziale Situation</i>					
Stabile Wohnsituation	92 %	2362	86 %	413	***
Erwerbstätigkeit	48 %	961	41 %	126	**
Arbeitslos/Sozialhilfe	33 %	668	41 %	128	***

*** (Signifikanzniveau = 1 %), ** (Signifikanzniveau = 5 %).

^a metrische Variablen = T-Test; ordinale Variablen = CHI-Quadrat-Test.

3.5 Zusammenfassung

Abschließend erfolgt die Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse dieser Stadt-Land-Analyse:

- Fast alle Klienten/innen, die im Jahr 2001 eine Einrichtung der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein aufgesucht haben, leben auch in diesem Bundesland.
- Die meisten Klienten/innen haben ein Hilfeangebot in dem Landkreis bzw. in der kreisfreien Stadt in Anspruch genommen, in dem/der sie auch leben.
- Hinsichtlich der Lebenssituation der Klienten/innen, die in den Landkreisen wohnen, bestehen keine Unterschiede. Dieses betrifft sowohl den Vergleich zwischen den südlichen und nördlichen Landkreisen als auch eine separate Betrachtung des Hamburger Randgebietes.
- Dagegen unterscheidet sich die Lebenssituation der Klienten/innen von Stadt und Land: Ursächlich hierfür ist unter anderem der Hauptdrogentyp: Alkoholabhängige stellen auf dem Land die Mehrzahl der Klienten/innen dar. Ihnen geht es in sozialer Hinsicht besser als den Opiatabhängigen, die den Hauptanteil

der Abhängigen in den kreisfreien Städten ausmachen.

- Das Inanspruchnahmeverhalten der Klienten/innen aus Stadt und Land ist ähnlich (Ausnahme: Begleitung bei den städtischen Klienten/innen).
- Die Lebenssituation der Drogenabhängigen in Stadt und Land unterscheidet sich kaum. Bei den Alkoholabhängigen stellt sich die soziale Situation der ländlichen Klienten/innen günstiger dar als die der Klienten/innen aus der Stadt.

Kapitel 4:

Essstörungen: Klientel und Betreuung

Von der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein werden auch Klienten/innen mit Essstörungen betreut, da diese zum einen vergleichbar schwere Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensalltag der hilfesuchenden Menschen besitzen können wie ein Substanzmissbrauch. Zum anderen berichten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hilfeeinrichtungen von einem Zusammenhang zwischen Essstörungen und Substanzmissbrauch: „Latente Ess-Störungen können übergehen in Substanzmissbrauch und/oder manifeste Ess-Störungen. In der Beratung suchtmittelabhängiger Frauen wird immer wieder deutlich, dass der Suchtmittelabhängigkeit eine Ess-Störung vorausging, dass nach dem Absetzen des Suchtmittels eine Suchtverlagerung auf Essen oder Nichtessen stattfindet oder dass die mangelnde Selbstfürsorge ihren Ausdruck in einer gravierenden Mangel- bzw. Unterernährung findet“ (FSBB, 2002, S. 8 f.).

Mitarbeiter/innen von Einrichtungen, die oft Kontakt zu Klienten/innen mit Essstörungen besitzen, berichten darüber hinaus, dass die Nachfrage nach Beratungs- und Behandlungsangeboten zu diesen Problemen in den vergangenen Jahren stetig zugenommen habe (FSBB, 2002). Auch von wissenschaftlicher Seite wird berichtet, dass die Verbreitung von Essstörungen in den letzten Jahrzehnten stark angestiegen ist, wobei nach wie vor die Anzahl der Unbehandelten unklar ist (NLS, 2000; Stahr, 1999).

Aufgrund dieser zunehmenden praktischen Relevanz der Betreuung essgestörter Personen wird in diesem Kapitel erstmals eine tiefere Analyse über die essgestörten Klienten/innen und ihre Betreuung vorgenommen.

Im Jahr 2001 hatten insgesamt 27 von 52 ambulanten schleswig-holsteinischen Hilfeeinrichtungen Kontakt zu

namentlich erfassten Klienten/innen mit Essstörungen (Hauptabhängigkeitstyp). 56 % dieser Klienten/innen konzentrierten sich dabei auf vier Einrichtungen. Die namentlich erfassten Klienten/innen mit Essstörungen besaßen in diesem Jahr einen Anteil von 3 % am Gesamtklientel des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems Schleswig-Holsteins (N=284; siehe Tabelle 2.6: Hauptdroge namentlich erfasster Klienten/innen). Dieser Anteil ist etwas höher als der in der Suchthilfestatistik 2001 für Deutschland ausgewiesene Anteil von Menschen mit Essstörungen an allen Hilfesuchenden des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems Deutschlands (2 %, N=1.029; Welsch, 2002), liegt also auf einem vergleichbaren Niveau.

Essstörungen, die für die betroffenen Menschen Suchtcharakter annehmen, teilen sich vornehmlich in drei Krankheitsbilder auf (Darstellung nach ATS, 2001):

- *Adipositas* bedeutet hochgradiges Übergewicht durch Fettansammlung, bedingt durch eine den Kalorienbedarf ständig übersteigende Kalorienzufuhr. Orientiert am Body-Maß-Index (BMI)⁴⁴ beginnt Adipositas bei einem Index von > 30.
- *Anorexia nervosa* meint ein erhebliches Untergewicht der Klienten/innen durch Verweigerung der Nahrungsaufnahme oder aber Aufnahme nur geringster Mengen kalorienarmer Kost – verbunden mit dem eigenen Empfinden, zu dick zu sein. Anorexia nervosa geht einher mit einem BMI < 17,5.
- *Bulimia nervosa* ist gekennzeichnet durch episodisch wiederkehrende Heißhungerattacken, in denen die Betroffenen große Mengen hochkalorischer Nahrungsmittel verschlingen und die durch selbst induziertes Erbrechen erst an der körperlichen Kapazitätsgrenze des Magens enden.

Im folgenden werden zuerst essgestörte Männer und Frauen gemeinsam betrachtet und dann in einem zwei-

⁴⁴ Der BMI spiegelt das Verhältnis von Körpergröße zu Körpergewicht wider und wird folgendermaßen gebildet: Körpergewicht [kg] / (Körpergröße [m])². Einem Normalgewicht entsprechen Werte zwischen 19 und 24 (Frauen) bzw. 20 und 25 (Männer).

ten Schritt die Daten über essgestörte Frauen separat genauer analysiert, da diese die Gruppe aller essgestörten Personen entscheidend dominieren. In diesem zweiten Schritt wird ebenfalls ein Blick auf die „geschlechtsspezifische Betreuung“ geworfen, denn die essgestörten Frauen haben an dieser besonderen Betreuungsform den größten Anteil (siehe unten).⁴⁵

4.1 Essgestörte Klienten/innen

In Schleswig-Holstein wurden im Jahr 2001 insgesamt 284 Klienten/innen mit Essstörungen erfasst. Hiervon waren 259 Frauen, dies entspricht einem Anteil von 91 %⁴⁶ – innerhalb der Gruppe aller anderen Klienten/innen liegt der weibliche Anteil bei nur 25 % (siehe Tabelle 4.1).⁴⁷ Auch heben sich die Essgestörten durch ihr niedrigeres Durchschnittsalter ab: Essgestörte Frauen sind durchschnittlich fast 10 Jahre jünger als alle anderen Frauen – Männer mit Essstörungen sind sogar mehr als 12 Jahre jünger als alle anderen Männer. In Bezug auf den Personen- bzw. Familienstand zeigt sich folgendes Bild: Essgestörte sind deutlich häufiger ledig (67 %) als andere Klienten/innen (50 %), sie leben aber seltener tatsächlich allein (26 % im Vergleich zu 37 %). Das dürfte mit ihrem (jüngeren) Alter zusammenhängen. Ihre soziale Situation stellt sich über mehrere sozialstrukturelle Parameter hinweg deutlich besser dar als bei den übrigen Klienten/innen:

- Die Wohnsituation essgestörter Klienten/innen ist nur in 7 % der Fälle prekär, bei den anderen Klienten/innen sind dies 14 %,
- zwei von drei Personen mit Essstörungen verfügen über die Mittlere Reife oder das Abitur – von den üb-

⁴⁵ In dem EDV-Dokumentationssystem HORIZONT können geschlechtsspezifische Betreuungsformen unter der Kategorie „geschlechtsspezifische Behandlung“ erfasst werden.

⁴⁶ Auch in der nationalen Suchthilfestatistik beträgt das prozentuale Verhältnis von Männern zu Frauen bei den essgestörten Klienten/innen exakt 9 % zu 91 % (Welsch, 2002, 38).

⁴⁷ Die Kategorie „andere Klienten/innen“ umfasst alle Personen mit einer anderen Hauptdroge/-diagnose.

rigen Klienten/innen besitzt nur jede/r Dritte einen solchen Schulabschluss,

- Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe sichern lediglich bei 8 % der Essgestörten den Lebensunterhalt, diese Einkommensarten sind für alle anderen Klienten/innen zu 43 % die Haupteinkommensquelle,
- nur jede/r vierte Klient/in mit Essstörungen hat Schulden (26 %), während dies bei mehr als jeder bzw. jedem zweiten aller verbleibenden Klienten/innen der Fall ist (57 %).

Tabelle 4.1: Lebenssituation der essgestörten Klienten/innen (namentlich erfasst) im Vergleich zu den anderen Klienten/innen

	essgestörte Klienten/innen	andere Klienten/innen
<i>Geschlechterverteilung</i>		
Frauen	259	2420
Männer	25	7377
Anteil Frauen	91 %	25 %
<i>Alter (Ø)</i>		
Frauen	28,7 Jahre	38,6 Jahre
Männer	24,5 Jahre	36,6 Jahre
<i>Personenstand</i>		
Ledig	67 %	50 %
feste Beziehung	49 %	49 %
alleinlebend	26 %	37 %
zusammenlebend mit Kindern	22 %	22 %
<i>Soziale Situation</i>		
stabile Wohnsituation	93 %	86 %
Mittlere Reife oder Abitur	67 %	32 %
ohne Schulabschluss	3 %	8 %
Haupteinkommensquelle:	49 %	39 %
Erwerbstätigkeit		
Haupteinkommensquelle:	8 %	43 %
Arbeitslosengeld/Sozialhilfe		
Schulden	26 %	57 %

Für das Jahr 2001 wurden 211 Krankheitsbeschreibungen der verschiedenen Ausprägungen von Essstörungen für diese Klienten/innen festgehalten. So zeigt sich, dass für etwa jede/n sechste/n essgestörte/n Klient/in

die Krankheitsbilder Adipositas bzw. Anorexia nervosa dokumentiert wurden, fast jede/r dritte essgestörte Klient/in hatte eine Bulimia nervosa (siehe Tabelle 4.2).⁴⁸ In 36 % der Fälle wurde die Kategorie „sonstige Essstörung“ vergeben.

Tabelle 4.2: Art der Essstörungen bei namentlich erfassten essgestörten Klienten/innen^a

	%-Anteil
Adipositas	16 %
Anorexia nervosa	17 %
Bulimia nervosa	31 %
sonstige Essstörung	36 %
Art der Essstörungen (N)	211

^a Mehrfachnennungen sind hier möglich.

Aufgrund der geringen Fallzahl männlicher Klienten ist ein geschlechtsspezifischer Vergleich der Krankheitsbilder nicht möglich. Zu den Frauen mit spezifischen Diagnosen lassen sich allerdings einige Aussagen treffen:

- Klientinnen mit einer spezifischen Diagnose unterscheiden sich im durchschnittlichen Alter deutlich voneinander: Am jüngsten sind die Frauen mit Anorexia nervosa (23 Jahre), ihnen folgen diejenigen mit Bulimia nervosa (28 Jahre). Mit Abstand am ältesten sind die Frauen mit Adipositas (35 Jahre). Das entspricht dem Kenntnisstand anderer epidemiologischer Untersuchungen, nach denen die magersüchti-

⁴⁸ Es ist möglich, mehrere Diagnosen für einzelne Klienten/innen festzuhalten. Entsprechend wurde die Auswertung vorgenommen (Mehrfachnennung). Gerade bei Essstörungen kann es Überlappungen zwischen den einzelnen Krankheitsbildern geben, da Anorexie, Bulimie und Adipositas nicht immer klar voneinander abzugrenzen sind (Stahr, 1999).

In der vorliegenden Auswertung wurden jedoch bei der Kategorie „sonstige Essstörungen“ nur diejenigen gezählt, die ausschließlich in dieser Kategorie erfasst worden sind. Bei einigen essgestörten Personen liegen keine Angaben über das konkrete Krankheitsbild vor; hier wurde unspezifisch „Essstörung“ (ICD 10 = F50) dokumentiert. Das gilt für 99 Fälle.

gen Frauen wesentlich jünger sind als die esssüchtigen und übergewichtigen Personen (Stahr, 1999).

- Keine der Untergruppen lebt überdurchschnittlich häufiger in prekären Wohnverhältnissen; die Frauen mit der spezifischen Diagnose Adipositas leben alle in stabilen Wohnverhältnissen.⁴⁹ Dieses und die beiden folgenden Punkte dürften mit dem höheren Durchschnittsalter der Adipositas-Klientinnen zusammenhängen.
- Der Familienstand „ledig“ geht besonders selten mit der spezifischen Krankheitsbeschreibung Adipositas einher, überdurchschnittlich häufig sind diese Klientinnen verheiratet.
- Frauen mit der Essstörung Adipositas leben überdurchschnittlich oft in einer festen partnerschaftlichen Beziehung – im Gegensatz zu den Frauen mit der Diagnose Anorexia nervosa: Diese sind überdurchschnittlich oft alleinstehend bzw. leben häufiger mit den Eltern zusammen.

Nach der Darstellung der Lebenssituation essgestörter Klienten/innen sollen im folgenden Betreuungsdaten betrachtet werden, da es sein kann, dass die essgestörte Klientel aufgrund ihrer spezifischen Situation auch eine spezifische Betreuung erhält:

Erhalten essgestörte Klienten/innen eine Betreuung, so erstreckt sich diese durchschnittlich über 206 Tage (siehe Tabelle 4.3) und benötigt insgesamt durchschnittlich 16 Stunden. Die Betreuung der anderen Klienten/innen dauert durchschnittlich länger (259 Tage), beansprucht aber nicht so viele Stunden (15 Stunden). Klienten/innen mit Essstörungen werden unter diesem Blickwinkel also intensiver betreut. Es sind vor allem Beratungsleistungen, die die Grundlage der Betreuung von essgestörten Personen bilden: 93 % dieser Betreuungen sind durch ambulante Beratungsleistungen dominiert, bei den übrigen Klienten/innen trifft dies nur

⁴⁹ Selbstverständlich bezieht sich diese Aussage nur auf die essgestörten Frauen, zu denen die spezifische Diagnose Adipositas und Aussagen zu Wohnverhältnissen dokumentiert sind.

auf 72 % aller Betreuungen zu.⁵⁰ Werden nur diese Beratungsleistungen zur Basis des Vergleichs, relativieren sich die Unterschiede: Die durchschnittliche Dauer der tatsächlich wahrgenommenen Betreuungen mit dominierendem Beratungsanteil beträgt bei essgestörten Klienten/innen 204 Tage, bei den anderen Klienten/innen sind es fünf Tage mehr.

Tabelle 4.3: Betreuungscharakteristika der essgestörten Klienten/innen (namentlich erfasst) im Vergleich zu den anderen Klienten/innen^a

	essgestörte Klienten/innen	andere Klienten/innen ^b
<i>Betreuungszeitraum^c</i>		
Anzahl Tage (Ø)	206 Tage	259 Tage
dominierender Anteil ambulanter Beratung %	93 %	72 %
Dauer der Betreuungen mit dominierendem Beratungsanteil (Ø)	204 Tage	209 Tage
<i>Betreuungsaufwand^d</i>		
Anzahl Stunden (Ø)	16 Stunden	15 Stunden
Anzahl Kontakte (Ø)	14 Kontakte	16 Kontakte

^a Betreuungen, die in 2001 liefen. Hier bleibt unberücksichtigt, wann die Betreuung begonnen wurde: Dies kann ebenfalls im Jahr 2001 oder aber auch im Jahr 2000 oder z. B. 1999 gewesen sein. Ebenfalls nicht erheblich ist in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Betreuung in 2001 abgeschlossen wurde.

^b Anzahl betrachteter Betreuungen: 9.646.

^c Anzahl betrachteter Betreuungen essgestörter Klienten/innen: 282.

^d Anzahl betrachteter Betreuungen essgestörter Klienten/innen: 274.

Neben der genaueren Beschreibung der Betreuungen ist die Art des Betreuungsabschlusses von Interesse: Klienten/innen mit Essstörungen brechen seltener (36 %) von sich aus Betreuungen ab als andere Klienten/innen (45 %) und beenden diese auch häufiger planmäßig (46 % im Vergleich zu 37 % – siehe Tabelle

⁵⁰ Die Beratungsleistungen sind hier auf der Grundlage der Angaben im Behandlungsmodul berechnet worden. Deshalb entsteht an dieser Stelle eine Abweichung zu der Verteilung der Anteile der standardisierten Leistungen, die auf der Basis der Angaben im Leistungskatalog ermittelt worden sind (vgl. Abschnitt 2.11, Tabelle 2.17).

4.4).⁵¹ Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zur nationalen Suchthilfestatistik, in der eine geringere Abbrecher- bzw. höhere Beenderquote bei den essgestörten Klienten/innen bestritten wird (Welsch, 2002, S. 54 f).

Tabelle 4.4: Art der Beendigung der Betreuung^a essgestörter Klienten/innen (namentlich erfasst) im Vergleich zu anderen Klienten/innen

	essgestörte Klienten/innen	andere Klienten/innen
Abbruch durch Klient/in	36 %	45 %
planmäßiger Abschluss	46 %	37 %
Weitervermittlung	15 %	12 %
Anderes	3 %	6 %
Klienten/innen (N)	124	4.450

^a Betreuungen, die in 2001 beendet wurden, unabhängig vom Datum ihres Beginns.

Bis zu dieser Stelle kann kurz zusammen gefasst werden, dass essgestörte Klienten/innen aus Schleswig-Holstein sozial eher besser gestellt sind als die übrigen Klienten/innen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems, eine etwas intensivere Betreuung wahrnehmen und diese häufiger planmäßig beenden als das restliche Klientel. Wie bereits beschrieben bedeutet die Betreuung dieser Menschen vor allem ihre Beratung: Wie unterscheidet sich nun diese in thematischer Hinsicht von der Beratung der anderen Klienten/innen?⁵²

Bei jeder zweiten Beratung Essgestörter ist die Sucht/ Abhängigkeit selbst das Kernthema (51 % – siehe Tabelle 4.5), sie ist insofern der häufigste Gesprächsinhalt. Bei den anderen Klienten/innen wird etwa jede dritte Beratung durch diesen Kernschwerpunkt dominiert (37 %), öfter aber werden hier therapeutische Perspektiven und die Behandlung angesprochen (41 %).

⁵¹ Über die Art der Betreuungsbeendigung liegen Informationen von 124 essgestörten Personen vor. Bei den anderen Klienten/innen läuft entweder die Betreuung noch oder es wurde kein entsprechender Eintrag vorgenommen.

⁵² Diese thematische Analyse der Beratungsleistungen basiert auf den Angaben im Leistungskatalog.

Die Aspekte Beziehungen und Psyche stehen bei Essgestörten deutlich häufiger im Mittelpunkt, während die anderen Klienten/innen stärker zu sozialen und rechtlichen Angelegenheiten beraten werden.

Tabelle 4.5: Inhalte der Beratung essgestörter Klienten/innen (namentlich erfasst) im Vergleich zu anderen Klienten/innen, wenn diese in Anspruch genommen wurden

	essgestörte Klienten/innen	andere Klienten/innen
Therapie/Behandlung	34 %	41 %
Sucht	51 %	37 %
Gesundheit	10 %	7 %
Psyche	27 %	12 %
Beziehungen	33 %	20 %
Soziales	9 %	19 %
Recht	0 %	6 %
Umfassend	43 %	44 %
Anderes	4 %	21 %
Klienten/innen (N)	265	8.112

Mehrfachnennungen sind hier möglich (mehrere Inhalte in einer Beratung).

Unter einem zeitlichen Blickwinkel – in welchem Umfang wird über welches Thema gesprochen – werden die Unterschiede klarer: Der von der Anzahl bedeutendste Beratungsinhalt – die eigene Sucht – wird bei essgestörten Klienten/innen deutlich länger zum Thema (durchschnittlich 3,5 Stunden, wenn dieser Inhalt angesprochen wird, siehe Tabelle 4.6) als bei den anderen Klienten/innen (1,9 Stunden). Auch Gespräche über Beziehungsfragen beanspruchen insgesamt deutlich mehr als drei Stunden bei den Personen dieses Abhängigkeitstyps.

Bei den anderen Klienten/innen erfordert dagegen (im Durchschnitt) kein einziger Beratungsinhalt einen Zeitaufwand von mehr als zwei Stunden. Die einzige Ausnahme hiervon bilden umfassende Beratungen: Sie benötigen bei diesem Personenkreis insgesamt ca. sieben Stunden; für die essgestörten Klienten/innen

werden in solchen Fällen allerdings insgesamt durchschnittlich 17,5 Stunden aufgewendet. Lediglich die Beratungen zu den Themen „Soziales“ und „Recht“ nehmen bei den Essgestörten durchschnittlich weniger Zeit in Anspruch als bei der restlichen Klientel.

Tabelle 4.6: Inhalte der Beratung essgestörter Klienten/innen (namentlich erfasst) im Vergleich zu den anderen Klienten/innen, wenn diese in Anspruch genommen wurden – nach durchschnittlicher Dauer der Beratungsinhalte pro Klient/in und Betreuung

	essgestörte Klienten/innen	andere Klienten/innen
Therapie/Behandlung	1,3 Std.	1,9 Std.
Sucht	3,5 Std.	1,9 Std.
Psyche	1,5 Std.	1,3 Std.
Gesundheit	1,2 Std.	0,9 Std.
Beziehungen	3,6 Std.	1,6 Std.
Soziales	1,2 Std.	1,4 Std.
Recht	0,3 Std.	1,3 Std.
Umfassend	17,5 Std.	7,1 Std.
Anderes	0,4 Std.	1,6 Std.
Klienten/innen (N)	265	8.112

Mehrfachnennungen sind hier möglich (mehrere Inhalte in einer Beratung).

Im Ganzen betrachtet zeigt sich somit, dass die Beratung Essgestörter zeitintensiver und weniger themenzentriert ist als bei den anderen Klienten/innen: Sie werden vor allem „umfassend“ beraten. Offensichtlich haben diese Klienten/innen einen erhöhten Beratungs- und Gesprächsbedarf.

4.2 Geschlechtsspezifische Betreuung essgestörter Frauen

Frauen dominieren mit mehr als 90 % die Gruppe der essgestörten Klienten/innen deutlich. In keiner anderen Gruppe der Hauptdrogentypen sind die Frauen mit ei-

nem derartigen Anteil in der Mehrheit.⁵³ Deshalb sollen an dieser Stelle die Frauen mit Essstörungen gesondert betrachtet werden.

Gleichzeitig bietet die Analyse der Daten essgestörter Frauen die Möglichkeit, geschlechtsspezifische Betreuungen genauer zu untersuchen, denn diese Klientinnen haben mit 40 % den größten Anteil an allen geschlechtsspezifischen Betreuungen (138 von 344, siehe Tabelle 4.7). Ihre Fallzahl ist also für eine statistische Analyse ausreichend hoch.⁵⁴

Tabelle 4.7: Geschlechtsspezifische Betreuungen namentlich erfasster Klientinnen im Jahr 2001, „Hauptdrogentyp“

	keine geschlechtsspezifische Betreuung		geschlechtsspezifische Betreuung		gesamt N
	%	N	%	N	
Substitute + Opiate	95 %	529	5 %	29	558
Alkohol	87 %	956	13 %	137	1.093
Kokain	96 %	24	4 %	1	25
Amphetamine, LSD, Ecstasy	97 %	36	3 %	1	37
Medikamente	91 %	43	9 %	4	47
pathologisches Spielen	94 %	16	6 %	1	17
Essstörung	47 %	121	53 %	138	259
Cannabis	99 %	98	1 %	1	99
Nikotin	100 %	2	-	-	2
andere Störungen	55 %	6	45 %	5	11
nicht erfasster Drogentyp	95 %	467	5 %	27	494
Gesamt	87 %	2.298	13 %	344	2.642

Gleichzeitig ist in keiner anderen weiblichen Gruppe der Anteil geschlechtsspezifischer Betreuungen an al-

⁵³ In der wesentlich kleineren Gruppe der medikamentenabhängigen Klienten/innen (N=70) haben die Frauen einen Anteil von 66 %.

⁵⁴ Diese Gruppe zur Basis der Analyse zu nehmen, ist auch deshalb besonders sinnvoll, weil 91 % aller geschlechtsspezifischen Betreuungen Frauen zu Teil wurden. Bei insgesamt 25 Männern wurde der Eintrag „geschlechtsspezifische Behandlung“ vorgenommen. Da es aber kein einheitliches Verständnis darüber gibt, was eine geschlechtsspezifische Betreuung bei Männern ist, und von daher die Vermutung nahe liegt, dass hier unsystematisch dokumentiert worden ist, wurden die männlichen Personen in der Analyse nicht berücksichtigt.

len Betreuungen so hoch wie hier: Mehr als jede zweite Betreuung essgestörter Frauen ist eine geschlechtsspezifische (53 %, siehe Tabelle 4.7). Zwar erhalten Alkoholikerinnen ebenfalls 40 % aller geschlechtsspezifischen Betreuungen (137 von 344), allerdings sind nur 13 % aller Alkoholikerinnenbehandlungen geschlechtsspezifische.⁵⁵ Die geschlechtsspezifische Betreuung ist also in mehrerer Hinsicht vornehmlich eine spezifische Betreuung essgestörter Frauen.

Im Zusammenhang mit den geschlechtsspezifischen Betreuungen stellen sich Fragen in zwei Richtungen: Haben die Klientinnen, die eine solche Betreuung erhalten, einen anderen biografischen Hintergrund als diejenigen essgestörten Klientinnen, die in keiner geschlechtsspezifischen Betreuung sind? Was unterscheidet die spezifischen Betreuungen von „normalen“ Behandlungen?

Die empirische Auswertung ergibt zunächst einmal, dass soziodemographische Aspekte und solche der Lebenssituation auf viele Gemeinsamkeiten innerhalb der Gruppe essgestörter Frauen hindeuten – unabhängig von der Frage, ob ihnen eine geschlechtsspezifische Betreuung zu Teil wurde oder nicht. Die Unterschiede innerhalb dieser Gruppe sind in der Regel deutlich geringer als die zu den Frauen mit einer anderen Hauptdroge/-diagnose (siehe Tabelle 4.8):

Essgestörte Frauen

- sind durchschnittlich wesentlich jünger als andere Frauen, die im ambulanten Suchtkrankenhilfesystem Leistungen nachfragen,

⁵⁵ Die hier vorgelegte Beschreibung der Betreuungen fußt auf der Analyse der dokumentierten Betreuungen. Alle Termine während dieser Betreuungen, die das Jahr 2001 berührt haben, werden erfasst (unabhängig davon, ob die dort vermerkten Leistungen im Sinne des schleswig-holsteinischen Leistungskataloges standardisiert sind oder nicht). Diese Betreuungen können im Jahr 2001 begonnen und abgeschlossen (eine oder mehrere pro Klient/in) oder nur begonnen worden sein, sie können aber auch z. B. in 2000 begonnen und in 2001 abgeschlossen oder noch offen sein. Erfasst wurde keine Betreuung, die vor dem 1.1.2001 begonnen und abgeschlossen wurde.

Die Beschreibung soziodemographischer Items greift zurück auf Daten aus dem Biographiekatalog, die in Zusammenhang mit dem zugewiesenen Hauptdrogentyp analysiert wurden.

- sind häufiger ledig, leben seltener in einer festen Beziehung oder mit Kindern, aber auch seltener ganz allein als die andere weibliche Klientel,
- leben geringfügig seltener in einer prekären Wohnsituation als die übrigen hilfeschuchenden Frauen,
- verfügen signifikant häufiger über einen mittleren oder höheren Schulabschluss, ebenso wie über ein durch Erwerbstätigkeit bestrittenes Haupteinkommen, besitzen deutlich seltener Haupteinkünfte aus Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe und haben wesentlich seltener Schulden als andere Klientinnen.

Tabelle 4.8: Lebenssituation der Klientinnen (namentlich erfasst), Differenzierung: Essstörung und geschlechtsspezifische Betreuung

	Essstörungen			alle anderen Frauen
	geschlechts-spezifische Betreuung	keine geschlechts-spezifische Betreuung	alle Klientinnen mit Essstörungen	
<i>Anzahl Klientinnen (N)</i>	134	125 ⁵⁶	259	2.420
<i>Alter (Ø)</i>	29,8 Jahre	27,6 Jahre	28,7 Jahre	38,6 Jahre
<i>Personenstand</i>				
Ledig	65 %	66 %	65 %	40 %
feste Beziehung	52 %	50 %	51 %	55 %
Alleinlebend	30 %	19 %	25 %	29 %
zusammenlebend mit Kindern	24 %	19 %	22 %	30 %
<i>Soziale Situation</i>				
Stabile Wohnsituation	92 %	94 %	93 %	90 %
Mittlere Reife oder Abitur	67 %	70 %	69 %	41 %
<i>Haupteinkommensquelle:</i>				
Erwerbstätigkeit	53 %	43 %	49 %	33 %
<i>Haupteinkommensquelle:</i>				
Arbeitslosengeld/Sozialh.	7 %	12 %	9 %	37 %
Schulden	27 %	22 %	25 %	42 %

⁵⁶ Diese Gruppe setzt sich wie folgt zusammen: 117 Frauen wurden im Jahr 2001 nicht-geschlechtsspezifisch behandelt, bei acht Frauen wurde im Jahr 2001 keine Behandlung dokumentiert.

Innerhalb der Gruppe essgestörter Frauen zeigen sich dagegen nur geringfügige Unterschiede in der Lebenssituation, wenn nach dem Kriterium geschlechtsspezifische versus nicht-geschlechtsspezifische Betreuung differenziert wird. Es lässt sich eben keine eindeutige soziodemographische Trennlinie identifizieren, mit der die Frage entschieden werden kann, ob eine essgestörte Frau eine geschlechtsspezifische Betreuung erhält oder nicht. Zwar geht eine geschlechtsspezifische Betreuung eher mit einem etwas höheren Alter und dem Alleinleben einher, gleichzeitig aber auch mit einem verstärkten Zusammenleben mit Kindern (siehe Tabelle 4.8). Des Weiteren erhalten solche essgestörte Frauen eher eine geschlechtsspezifische Betreuung, die ihr Haupteinkommen aus der Berufstätigkeit und seltener durch Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe beziehen, gleichzeitig aber auch eher Schulden haben als die, die keine geschlechtsspezifische Betreuung in Anspruch nehmen. Eine eindeutige klientelbezogene Zuordnung lässt sich also nicht treffen.

Bei einem genaueren Blick auf die verschiedenen Formen von Essstörungen lassen sich folgende Zusammenhänge erkennen:⁵⁷

- Eine geschlechtsspezifische Betreuung geht nicht grundsätzlich häufiger mit einer spezifischen Diagnose einher, lediglich mit der spezifischen Diagnose Adipositas ist überdurchschnittlich oft eine geschlechtsspezifische Betreuung verbunden.
- Eine geschlechtsspezifische Betreuung steht in allen drei Diagnosegruppen in Zusammenhang mit einem durchschnittlich höheren Alter (das heißt z. B.: Frauen mit Anorexia nervosa ohne geschlechtsspezifische Betreuung sind durchschnittlich 20 Jahre, Frauen mit diesem Krankheitsbild und geschlechtsspezifischer Betreuung aber durchschnittlich 27 Jahre alt).

⁵⁷ Wie bereits oben erläutert, stößt die nochmalige Differenzierung der Behandlungen essgestörter Frauen in Bezug auf die verschiedenen Arten von Essstörungen schnell an die Grenze kleiner Zahlen, die sinnvolle Aussagen nicht mehr zulassen. Deshalb werden im folgenden nur dann ausdifferenzierte Ergebnisse dargestellt, wenn ihre Zusammenhänge statistisch signifikant sind.

- Überdurchschnittlich oft werden Frauen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa geschlechtsunspezifisch betreut, wenn sie ledig sind – dies verweist auf den bereits oben erläuterten Zusammenhang zwischen niedrigem Alter und geschlechtsunspezifischer Betreuung.

Unterscheidet sich die geschlechtsspezifische Betreuung von der unspezifischen in Dauer und Intensität? Die Erstgenannte erstreckt sich durchschnittlich über einen etwas längeren Zeitraum (215 Tage im Vergleich zu 197 Tagen, siehe Tabelle 4.9) und besitzt einen höheren Anteil ambulanter Beratung. Vor allen Dingen beansprucht eine geschlechtsspezifische Betreuung aber durchschnittlich fast doppelt so viele Stunden (21 Stunden) wie eine unspezifische (11 Stunden): Hier liegt ein entscheidender Unterschied zwischen beiden Betreuungsformen. Möglicherweise haben die Klientinnen mit geschlechtsspezifischer Betreuung einen erhöhten Beratungsbedarf.

Tabelle 4.9: Betreuungscharakteristika der essgestörten Klientinnen (namentlich erfasst) getrennt nach geschlechts- und nicht-geschlechtsspezifischer Betreuung^a

	geschlechts-spezifische Betreuung	keine geschlechts-spezifische Betreuung
<i>Betreuungszeitraum^b</i>		
Anzahl Tage (Ø)	215 Tage	197 Tage
dominierender Anteil ambulanter Beratung %	97 %	88 %
Dauer der Betreuungen mit dominierendem Beratungsanteil (Ø)	215 Tage	194 Tage
<i>Betreuungsaufwand^c</i>		
Anzahl Stunden (Ø)	21 Stunden	11 Stunden
Anzahl Kontakte (Ø)	17 Kontakte	11 Kontakte

^a Betreuungen, die in 2001 liefen. Hier bleibt unberücksichtigt, wann die Betreuung begonnen wurde: Dies kann ebenfalls im Jahr 2001 oder aber auch im Jahr 2000 oder z. B. 1999 gewesen sein. Ebenfalls nicht erheblich ist in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Betreuung in 2001 abgeschlossen wurde.

^b Anzahl betrachteter Betreuungen: 259.

^c Anzahl betrachteter Betreuungen: 251.

Hinzu kommt, dass die unspezifische Betreuung sich auf nur 11 Kontakte verteilt, während sich eine geschlechtsspezifische – in einem ähnlichen Zeitraum – aus durchschnittlich 17 Einzelterminen zusammensetzt. Die Einzeltermine sind also zeitintensiver und folgen mit geringerem Abstand aufeinander. Der Blick auf die spezifischen Diagnosen zeigt zweierlei: Zum einen vergrößert sich der zeitliche Aufwand einer geschlechtsspezifischen Betreuung, sobald sie mit einer speziellen Diagnose einhergeht. Bei der Adipositas beträgt der Betreuungsaufwand durchschnittlich ca. 30,5 Stunden, bei der Bulimia nervosa sogar 35 Stunden. Zum anderen verkürzt sich die zur Betreuung aufgewendete Zeit, wenn Frauen mit speziellen Diagnosen geschlechtsunspezifisch behandelt werden, unter die durchschnittliche Betreuungsdauer aller geschlechtsunspezifischen Betreuungen (Anorexia nervosa: durchschnittlich 6 Stunden, Adipositas: durchschnittlich 7 Stunden). Differenziert zeigt sich das Bild bei der Zeitspanne einer ambulanten Betreuung mit dominierendem Beratungsanteil, wenn Frauen mit spezieller Essstörungsdiagnose geschlechtsspezifisch betreut werden: Durchschnittlich 316 Tage werden für das Krankheitsbild Bulimia nervosa in Anspruch genommen und noch durchschnittlich 262 Tage zur Behandlung der Adipositas. Die entsprechende Betreuung von Frauen mit diagnostizierter Anorexia nervosa beansprucht dagegen lediglich einen Zeitraum von durchschnittlich 152 Tagen.

Im Hinblick auf das Ende der Betreuungen gibt es zwischen den geschlechtsspezifischen und unspezifischen keine signifikanten Unterschiede (siehe Tabelle 4.10), wobei die Kategorie „planmäßiger Abschluss“ nicht automatisch Indikator für den Erfolg einer Betreuung ist, weil die Leistungserbringung durch die Einrichtung von den Kostenträgern zeitlich begrenzt sein kann.

Da die ambulante Beratung die geschlechtsspezifische Betreuung essgestörter Frauen weitgehend bestimmt (97 %, siehe Tabelle 4.9), wird der Blick auf möglicherweise divergierende Inhalte der Beratung innerhalb

beider Betreuungstypen besonders bedeutsam. Denn es könnte sein, dass sich die Besonderheiten einer geschlechtsspezifischen Betreuung gerade bei den besprochenen Themen zeigen.

Tabelle 4.10: Art der Beendigung der Betreuung der essgestörten Klientinnen (namentlich erfasst) getrennt nach geschlechts- und nicht-geschlechtsspezifischer Betreuung

	geschlechtsspezifische Betreuung	keine geschlechts- spezifische Betreuung
Abbruch durch Klientin	35 %	38 %
planmäßiger Abschluss	45 %	46 %
Weitervermittlung	14 %	14 %
Anderes	6 %	2 %
Klientinnen (N)	51	73

Es wird deutlich, dass es fast durchgängig eine häufigere Nennung spezieller Beratungsinhalte (wie Sucht, Psyche etc.) bei der geschlechtsspezifischen Betreuung gibt (siehe Tabelle 4.11). Dieses könnte sich durch die größere Anzahl von Kontakten und die insgesamt längere Dauer der Betreuung erklären. Lediglich die um-

Tabelle 4.11: Inhalte der Beratung bei den essgestörten Klientinnen (namentlich erfasst), getrennt nach geschlechts- und nicht-geschlechtsspezifischer Betreuung

	geschlechtsspezifische Betreuung	keine geschlechts- spezifische Betreuung
Therapie/Behandlung	42 %	28 %
Sucht	59 %	47 %
Psyche	32 %	24 %
Gesundheit	12 %	8 %
Beziehungen	37 %	31 %
Soziales	7 %	11 %
Recht	0 %	1 %
Umfassend	32 %	51 %
Anderes	5 %	4 %
Klientinnen (N)	133	109

Mehrfachnennungen sind hier möglich (mehrere Inhalte in einer Beratung).

fassende Beratung wird signifikant häufiger im Zusammenhang mit der geschlechtsunspezifischen Betreuung genannt.

Ein anderer Blickwinkel wird eröffnet, wenn die aufgewendete Zeit pro Klientin für die einzelnen Beratungsinhalte betrachtet wird (Tabelle 4.12): Dann zeigt sich, dass die speziellen Beratungsinhalte (Therapie/Behandlung, Sucht, Psyche, Gesundheit und Beziehungen) mit Ausnahme der Gesundheit im Rahmen der geschlechtsspezifischen Betreuung jeweils etwas weniger Zeit in Anspruch nehmen als bei der geschlechtsunspezifischen Betreuungsform. Den ausschlaggebenden zeitlichen (und anscheinend systematischen) Unterschied bewirkt die umfassende Beratung: Sie umfasst im Rahmen einer geschlechtsspezifischen Betreuung im Durchschnitt mehr als 30 Stunden, während sie in einer geschlechtsunspezifischen lediglich 8,5 Stunden dauert.

Tabelle 4.12: Inhalte der Beratung bei den essgestörten Klientinnen (namentlich erfasst) – nach durchschnittlicher Dauer der Beratungsinhalte pro Klientin und Betreuung

	geschlechtsspezifische Betreuung	keine geschlechts- spezifische Betreuung
Therapie/Behandlung	1,1 Std.	1,5 Std.
Sucht	3,4 Std.	3,7 Std.
Psyche	1,3 Std.	1,5 Std.
Gesundheit	1,6 Std.	0,6 Std.
Beziehungen	2,9 Std.	4,6 Std.
Soziales	0,6 Std.	1,5 Std.
Recht	0,0 Std.	0,3 Std.
Umfassend	30,1 Std.	8,5 Std.
Anderes	0,3 Std.	0,7 Std.
Klientinnen (N)	133	109

Mehrfachnennungen sind hier möglich (mehrere Inhalte in einer Beratung).

Insgesamt gesehen geben damit die dokumentierten Daten nur wenige eindeutige Hinweise darauf, dass sich die essgestörten Frauen, die eine geschlechtsspezifische Betreuung erhalten, von denen unterscheiden,

die eine solche nicht beanspruchen. Lediglich das innerhalb der Gruppe aller essgestörten Frauen höhere Alter weist (vorsichtig) auf eine größere Wahrscheinlichkeit geschlechtsspezifischer Betreuung hin. Über diese drei Aspekte hinaus – weibliches Geschlecht, Abhängigkeitstyp Essstörung und Alter – lässt sich keine eindeutige Zielgruppe dieser Angebote definieren. Belegbar sind allerdings Differenzen der Betreuungsformen: geschlechtsspezifische Betreuungen sind zeitaufwändiger und themenbezogener. Möglicherweise besteht ein besonderer Beratungsbedarf. Insgesamt ist eine Gesamtbeurteilung der Besonderheiten der „geschlechtsspezifischen Betreuung“ schwierig, auch wenn sich einige Spezifika geschlechtsspezifischer Betreuung benennen lassen. Mögliche Ursachen hierfür könnten identifiziert werden durch eine Analyse der Behandlungskonzeptionen und eine Befragung der Mitarbeiterinnen der Einrichtungen, die die Klientinnen mit Essstörungen betreuen und geschlechtsspezifisch behandeln. Die dargestellten Ergebnisse sollten von daher als ein empirischer Beitrag für eine weiterführende Diskussion verstanden werden.

4.3 Zusammenfassung

Die zentralen Ergebnisse dieser Analyse essgestörter Klienten/innen und ihrer Betreuung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die soziale Situation essgestörter Klienten/innen stellt sich in mehrerer Hinsicht besser dar als bei anderen Klienten/innen: Sie leben häufiger in stabilen Wohnsituationen, haben eher einen mittleren oder höheren Schulabschluss, sind nur selten auf Sozialhilfe oder ähnliche Transferleistungen angewiesen und haben nicht so häufig Schulden.
- Klienten/innen mit Essstörungen nehmen eine tendenziell intensivere Betreuung wahr als die übrigen Klienten/innen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems und brechen die Betreuung seltener von sich aus ab.

- Bei den spezifischen Arten der Essstörungen bestehen einige soziodemografische Unterschiede bei den Klientinnen: Beispielsweise leben Frauen mit Adipositas überdurchschnittlich oft in stabilen Wohnverhältnissen und sind besonders häufig verheiratet.
- Geschlechtsspezifische Betreuungen für essgestörte Frauen sind intensiver: Sie erstrecken sich – in einem ähnlichen Zeitraum wie andere Betreuungen – über mehr Einzeltermine, die jeweils eine größere Dauer umfassen, so dass sich Beraterin und Klientin häufiger (mit geringeren Abständen) und länger sehen (Abbildung 4.1). Möglicherweise haben die Klientinnen mit geschlechtsspezifischer Betreuung einen erhöhten Gesprächs- und Beratungsbedarf.

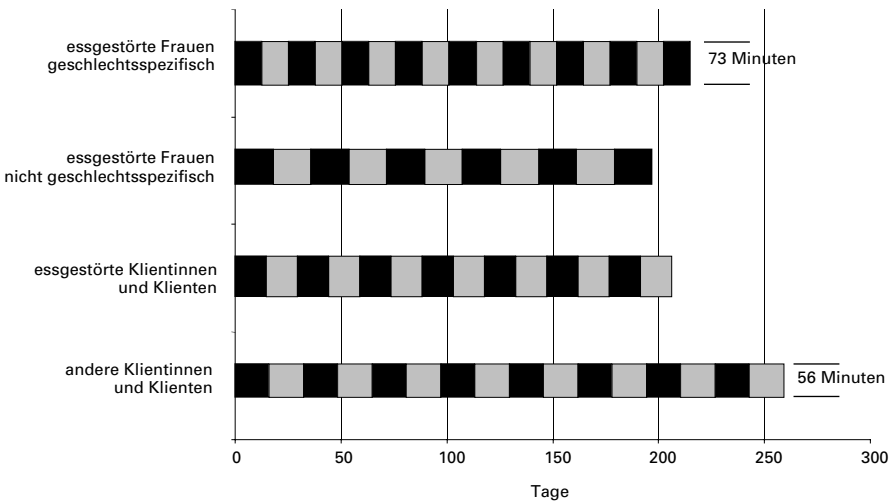


Abbildung 4.1: Dauer und Intensität verschiedener Betreuungen

Lesebeispiel: Die geschlechtsspezifische Betreuung essgestörter Frauen dauert durchschnittlich 215 Tage (siehe auch Tabelle 4.9) und erstreckt sich über 17 Einzelkontakte, die zusammen 21 Stunden andauern, weshalb ein Einzeltermin durchschnittlich 73 Minuten benötigt und der Abstand zwischen zwei Terminen ca. 13 Tage beträgt.

- Geschlechtsspezifische Betreuungen bei essgestörten Klientinnen weisen darüber hinaus einen überraschend größeren zeitlichen Anteil „umfassender Beratung“ auf; zudem werden spezielle Beratungsinhalte häufiger als bei anderen Beratungen zum Thema (Abbildung 4.2).

- Ein soziodemographisches Kriterium, das die Entscheidung über eine geschlechtsspezifische Betreuung leitet, ist nicht eindeutig erkennbar. Lediglich das (höhere) Alter scheint in einem Zusammenhang mit einer positiven Entscheidung über eine geschlechtsspezifische Betreuung zu stehen.
- Eine geschlechtsspezifische Betreuung steht in allen drei Diagnosegruppen (Adipositas etc.) im Zusammenhang mit dem Alter: Je älter die Klientinnen sind, um so eher werden sie geschlechtsspezifisch behandelt.

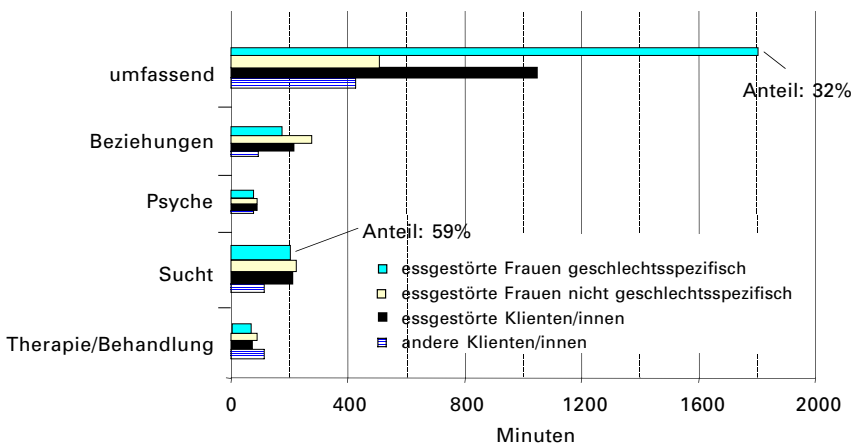


Abbildung 4.2: Charakteristika verschiedener Betreuungen

Lesebeispiel: In 32 % aller geschlechtsspezifischen Betreuungen essgestörter Frauen findet eine umfassende Beratung statt. Wenn diese in Anspruch genommen wird, dauert sie durchschnittlich 1.806 Minuten (siehe Tabellen 4.11 und 4.12). Eine auf Suchtfragen konzentrierte Beratung findet in 59 % aller geschlechtsspezifischen Betreuungen essgestörter Frauen statt, deshalb ist der Balken entsprechend dicker.

Literatur

ATS – Ambulante und teilstationäre Suchthilfe Bad Segeberg (2001): Konzeption – Zur Diagnose und Behandlung von Essstörungen.

FSBB, Frauensuchtberatung und -behandlung Donna Klara (2002): Jahresbericht der Frauensuchtberatungsstelle.

IFT, Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD): Bericht zur Drogensituation in Deutschland 2001 (Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)) 2001. S. 31 f.

Krausz, Michael/Raschke, Peter (Hrsg.) (1999): Drogen in der Metropole, Freiburg i. B.

Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS) (2000): Behandlung von Ess-Störungen: Dokumentation des Seminars vom 4.-5. April 2000, Hannover.

Raschke, Peter/Kalke, Jens/Martens, Marcus-Sebastian (2002): Jahresbericht 2000: Das Inanspruchnahmeverhalten der Klientinnen und Klienten nach Geschlecht, Alter und Drogentyp (Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchthilfe, Bd. 2). Kiel: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein.

Raschke, Peter/Renn, Heinz (1997): Netzwerkanalyse und Dunkelzifferschätzung am Beispiel des Drogenhilfesystems in Köln und Dortmund. Forschungsbericht für das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.

Stahr, Ingeborg (1999): Essstörungen in der Adoleszenz: Neuere epidemiologische Daten und theoretische Entwicklungen, in: Kolip, Petra (Hrsg.): Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter, Weinheim und München.

Statistisches Landesamt SH (2002 a): Statistik informiert: Mikrozensus in Schleswig-Holstein (Faltblatt). Bevölkerung im April 2001 nach dem Familienstand.

Statistisches Landesamt SH (2002 b): Bevölkerung im April 2001 nach Altersjahren und Schulabschluss. Mikrozensus – Arbeitsblätter des Statistischen Landesamtes. Schriftliche Auskunft nach telefonischer Anfrage. [Stand: 04.12.2002].

Welsch, Karin (2002). Suchthilfestatistik 2001 für Deutschland. *Sucht, 48, Sonderheft 1*, S. 3-86.