



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



Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe

Jahresbericht 2002

Jugendliche
und Junge Erwachsene
in der ambulanten
Suchtkrankenhilfe

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

Januar 2004
Band 4

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 4)

Jahresbericht 2002:
Jugendliche und Junge Erwachsene in
der ambulanten Suchtkrankenhilfe

Marcus-Sebastian Martens
Christian Schütze
Jens Kalke
Martin Kloss
Peter Raschke

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 | |
| Klienten/innen..... | 8 |
| 1.5 Veränderungen über die Jahre 2000 bis 2002. | 13 |
| 1.6 Jugendliche und Junge Erwachsene in der | |
| ambulanten Suchtkrankenhilfe..... | 14 |
| 1.7 Vermittlung von Hilfen und weitergehenden | |
| Behandlungen im Zeitraum 2000 – 2002 | 16 |

Kapitel 2:

Die Lebenssituation und Versorgung der

| | |
|---|-----------|
| Klientinnen und Klienten..... | 19 |
| 2.1 Datengrundlage..... | 19 |
| 2.2 Anzahl, Geschlecht und Neuerfassung | |
| dokumentierter Personen | 20 |
| 2.3 Das Alter der Klienten/innen..... | 22 |
| 2.4 Die Angehörigen | 24 |
| 2.5 Der Hauptdrogentyp der Klienten/innen..... | 25 |
| 2.6 Klienten/innen und ihre Kinder..... | 32 |
| 2.7 Die Wohnsituation | 36 |
| 2.8 Personenstand..... | 40 |
| 2.9 Der Bildungs- und Ausbildungsstand | 44 |
| 2.10 Die berufliche und finanzielle Situation..... | 47 |
| 2.11 Der Weg in das Hilfesystem hinein und | |
| wieder hinaus | 50 |
| 2.12 Die Leistungen des ambulanten Hilfesystems | 57 |
| 2.13 Niedrigschwellige Dienstleistungen | 65 |

Kapitel 3:

Jugendliche und Junge Erwachsene in der

| | |
|---|-----------|
| ambulanten Suchtkrankenhilfe | 70 |
| 3.1 Fragestellung..... | 70 |

| | |
|--|------------|
| 3.2 Datengrundlage..... | 73 |
| 3.3 Anteil Jugendliche und Junge Erwachsene.... | 74 |
| 3.4 Kontaktempfehlung..... | 76 |
| 3.5 Hauptdroge/-störung | 77 |
| 3.6 Soziale Situation..... | 80 |
| 3.7 Jugendliche Cannabis-Klienten/innen..... | 83 |
| 3.8 In Anspruch genommene Leistungen..... | 85 |
| 3.9 Beratungsinhalte..... | 90 |
| 3.10 Betreuungsende und Konsumstatus..... | 92 |
| 3.11 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.. | 95 |
| | |
| Kapitel 4: | |
| Vermittlung von Hilfen und weitergehenden | |
| Behandlungen..... | 98 |
| 4.1 Soziodemographische Faktoren..... | 100 |
| 4.2 Betreuungsspezifische Aspekte..... | 109 |
| 4.3 Vermittlungsleistungen | 118 |
| 4.4 Resümee..... | 122 |
| | |
| Literatur..... | 125 |

Kapitel 1:

Zusammenfassung: Fragestellung, Datengrundlage und Ergebnisse

1.1 Fragestellung und Zielsetzung

- Dieses ist der vierte Bericht der Landessuchthilfestatistik. Mit dem Jahresbericht 2002 wird die regelmäßige Berichterstattung fortgesetzt, die mit der Einführung der EDV-gestützten Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein begonnen wurde. Dieses Monitoring soll fortgeschrieben werden, um landesweite Trends erkennbar werden zu lassen.
- Der Jahresbericht 2002 enthält neben dem regelmäßigen Statusbericht (Kapitel 2), der Grundinformationen zum Suchtmittelkonsum und zur soziodemografischen Situation der Klienten/innen sowie zu den nachgefragten Leistungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe gibt, zwei vertiefende Spezialanalysen: Zum einen wird vor dem Hintergrund des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) der Frage nachgegangen, welche Bedeutung Jugendliche (14-17 Jahre) und Junge Erwachsene (18-26 Jahre) für die ambulante Suchtkrankenhilfe besitzen (Kapitel 3). Zum anderen werden in einer differenzierten Analyse die in Anspruch genommenen Vermittlungsleistungen dargestellt (Kapitel 4).
- In den vorangegangenen drei Berichten wurden u. a. die „Profile“ der Klientele und Tätigkeiten unterschiedlicher Typen von Einrichtungen vorgestellt (1997-1999), das Inanspruchnahmeverhalten der Klientinnen und Klienten differenziert nach Geschlecht, Alter und Hauptdroge (2000) analysiert und ein Stadt-Land-Vergleich durchgeführt (2001). Insgesamt wird an diesen Auswertungen der mögliche Ertrag einer modernen EDV-gestützten Dokumentation deutlich: 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.
- Mit der Vorlage jährlicher Analysen zu den Klienten 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. Auch wenn das eingesetzte Dokumentationssystem weder die Lebenslage der Klienten und Klientinnen noch die Tätigkeit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Einrichtungen in all ihren Nuancen vollständig abbildet, sind die vorgelegten Analysen jedoch bestens geeignet, Reflexionsprozesse auf einrichtungsübergreifender Ebene im Sinne der Qualitätssicherung anzustoßen und empirisch abzusichern. In diesem Sinne sind auch die Analysen des Jahresberichtes 2002 zu verstehen.
 - Die Implementierung der EDV-gestützten Dokumentation in Schleswig-Holstein wird begleitet von der Projektgruppe „Ambulante Suchtkrankenhilfe“, die sich aus Vertreterinnen und Vertretern des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein (MSGV), der Landesstelle gegen die Suchtgefahren (LSSH), der freien Wohlfahrtsverbände (Diakonisches Werk, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Arbeiterwohlfahrt), 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 Jahresberichts 2002 – Statusbericht, Jugendliche und

Junge Erwachsene, Vermittlungen – wurden gemeinsam in der Projektgruppe festgelegt.

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 – soll in der folgenden Zeit ebenso wie die Workshops fortgesetzt werden. Damit soll 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.
- Es kann festgestellt werden, dass sich in der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins – mitbedingt durch die Dokumentationsprotokolle – die Datenqualität im Jahr 2002 erneut verbessert hat.

1.3 Datengrundlage

- 51 Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein stellten dem ISD ihre exportierten Datenbanken zur statistischen Analyse bereit.
- Sie lieferten Erkenntnisse über 10.952 Personen: 9.554 namentlich erfasste Klienten/innen und 1.398 namentlich bekannte Angehörige. Dazu kamen 4.263 (anonyme) Kontakte mit nicht namentlich erfassten Klienten/innen.
- Etwa ein Viertel aller namentlich bekannten Klienten/innen sind Frauen (27 %), bei drei Vierteln handelt es sich um Männer (73 %). Die Gruppe der Angehörigen dominieren die Frauen mit einem Anteil von 76 %.
- Die Analyse der Daten für das Jahr 2002 liefert repräsentative Aussagen für das gesamte Suchtkrankenhilfesystem Schleswig-Holsteins. Aufgrund der Spezifität der analysierten Daten – soziodemographische und behandlungsspezifische Daten von Klienten/innen, die den Weg in das Hilfesystem bereits gefunden haben – lassen sich aber nur unter eingeschränkten, genau zu benennenden Bedingungen prospektive Aussagen zu den Hilfebedarfen der (potentiellen) Klientel ableiten.

1.4 Die Lebenssituation und Versorgung der Klienten/innen

- Die Mehrheit der Klienten/innen befindet sich in mittleren Altersgruppen: 54 % von ihnen sind zwischen 26 und 45 Jahre alt. Durchschnittlich sind die Männer 36,9 Jahre alt; Frauen mit 38,3 Jahren ungefähr einhalb Jahre älter. Die Angehörigen sind mit 43,9 Jahren (Frauen) bzw. 46,1 Jahren (Männer) durchschnittlich älter als die Klienten/innen.
- Die bedeutendste Hauptdroge ist der Alkohol: 46 % der Klienten/innen sind deshalb in Betreuung. Jede/r vierte Klient/in ist ein Opiatabhängiger (24%), davon ist die Hälfte in aktueller Substitution. 6 % der Klienten/innen benötigen Hilfe im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis, die Personen mit Ess-

- störungen besitzen einen Anteil von 3 %, pathologische Spieler/innen von 2 %. Kokain, Amphetamine, LSD, Ecstasy und Medikamente sind als Hauptdrogentypen von sehr geringer Bedeutung (jeweils bis zu einem Prozent). Von 15 % der Klienten/innen liegen keine Angaben zur Hauptdroge/-störung vor.
- In den Gruppen der Opiatabhängigen, Cannabiskonsumenten und pathologischen Spieler finden sich überproportional viele Männer, bei den Medikamentenabhängigen und Essgestörten überdurchschnittlich viele Frauen. In den Gruppen der Alkoholiker/innen und der Substituierten zeigt sich das allgemeine Geschlechterverhältnis aller Klienten/innen (siehe oben).
 - Mit sechs Jahren über dem Durchschnitt aller Klienten/innen sind die Alkoholiker/innen als Gesamtgruppe am ältesten (43 Jahre) – sie werden nur von den medikamentenabhängigen Frauen übertroffen (46 Jahre), die damit acht Jahre älter sind als die durchschnittliche Klientin. Durchschnittlich etwas jünger sind die Substituierten (34 Jahre), während Opiatabhängige deutlich jünger sind als die durchschnittlichen Klienten/innen (30 Jahre). Am jüngsten sind die Cannabiskonsumenten/innen (21 Jahre).
 - Jede/r zweite Klient/in besitzt eigene oder aufgenommene Kinder. Es sind eher die hilfeschuchenden Frauen als die Männer, die mit diesen Kindern zusammenleben. Auch zeigen sich suchtspezifische Differenzen: Drei Viertel der dokumentierten Kinder leben bei Alkoholiker/innen (73 %), aber nur 14 % bei Opiatabhängigen oder Substituierten. Leben Alkoholiker/innen mit einem oder mehreren Kindern zusammen, geht dies mit einer stabileren Wohnsituation einher als das Leben ohne Kinder.
 - In stabilen Wohnsituationen leben durchschnittlich 86 % aller Klienten/innen, wobei sich zwischen den Geschlechtern und insbesondere den Hauptdrogentypen deutliche Unterschiede zeigen: Frauen leben eher selbstständiger und in stabileren Verhältnissen als Männer. Alkoholiker/innen leben weit überwiegend in stabilen Verhältnissen (93 %) – ebenso wie die Essgestörten (92 %) und die pathologischen Spie-

ler/innen (93 %). Opiatabhängige befinden sich am ehesten (31 %) und mit erkennbarem Abstand vor den Substituierten (16 %) in prekären Wohnsituationen.

- Jede/r zweite Klient/in (51 %) ist ledig, etwa jede/r dritte verheiratet (31 %). Allein leben 37 % der Hilfesuchenden. Mit Partner/in und/oder Kindern leben 41 % der Alkoholiker/innen zusammen, aber nur 30 % der Substituierten und 22 % der Opiatabhängigen. Diese beiden Gruppen leben (noch) wesentlich häufiger mit ihren Eltern zusammen als die Alkoholiker/innen. Am häufigsten trifft dieses aber auf die Cannabiskonsumenten/innen zu: Mehr als jede/r zweite von ihnen wohnt bei den Eltern (54 %).
- 61 % der Klienten/innen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems im Alter über 18 Jahren besitzen maximal einen Hauptschulabschluss, ein Viertel verfügt über die Mittlere Reife und jede/r Zehnte über die Hochschulreife. Am höchsten qualifiziert ist die Gruppe der Essgestörten: Unter ihnen sind 70 % mit Hochschul- oder Mittlerer Reife und nur 2 % ohne einen Schulabschluss zu finden. Dagegen besitzen nur 22 % der Opiatabhängigen und 25 % der Substituierten die Hochschul- oder Mittlere Reife, zu 19 % bzw. 16 % erreichten sie entweder keinen oder aber den Sonderschulabschluss.
- Einen Ausbildungsabschluss besitzt nur jede/r zweite Klient/in (52 %) – 43 % der Klienten/innen haben die Ausbildung abgebrochen oder nicht begonnen. Die Alkoholiker/innen verfügen in zwei von drei Fällen über einen Ausbildungsabschluss (64 %), während zwei von drei Substituierten und Opiatabhängigen die Ausbildung abgebrochen oder nicht begonnen haben (64 %).
- Eine eigene Erwerbstätigkeit ist für 40 % der Klienten/innen die Haupteinkommensquelle. Ein größerer Anteil lebt von Transferleistungen: 42 % der Klienten/innen beziehen ihr Haupteinkommen aus Arbeitslosengeld oder -hilfe, Krankengeld oder Sozialhilfe. Während Substituierte und Opiatabhängige nur zu 21 % bzw. 26 % ihr Haupteinkommen durch die Erwerbstätigkeit gewinnen, sind dies bei den Alkoholik-

ker/innen und Essgestörten 46 % bzw. 47 % und von den pathologischen Spieler/innen 54 %. Das Haupteinkommen der pathologischen Spieler/innen und Alkoholiker/innen gründet in 36 % auf den oben genannten Transferleistungen – das der Substituierten und Opiatabhängigen hingegen in 68 % bzw. 64 % der Fälle.

- Fast jede/r zweite Klient/in hat keine Schulden (44 %), etwa jede/r vierte hat sich bis zu 5.000 EURO verschuldet. In den Kategorien jenseits der 5.000 EURO-Grenze besitzen die pathologischen Spieler/innen jeweils die stärksten Anteile, während sie am seltensten keine Schulden haben (9 %).
- Im Jahr 2002 hatte annähernd jede/r Zweite der Klienten/innen erstmals Berührung mit den Hilfeangeboten für Suchtmittelabhängige (53 %), während 43 % der Klienten/innen bereits im Vorjahr einen Kontakt besaßen. Lediglich 4 % der Klienten/innen erneuerten im Jahr 2002 ihren Kontakt zum Hilfesystem aus den Jahren vor 2001.
- Die Klienten/innen des schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfesystems wurden in überaus hohem Maße von nur einer ambulanten Einrichtung betreut (97 %). Lediglich 292 Personen nahmen im Jahr 2002 in mehr als einer Einrichtung Leistungen in Anspruch.
- Begonnen wird annähernd jede zweite Betreuung durch die Vermittlung von professioneller Hilfe (44 %), ohne Vermittlung aus eigener Motivation nimmt jede/r vierte Klient/in die Angebote der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Anspruch (23 %).
- Beendet werden die Betreuungen zu gleich hohen Anteilen planmäßig oder durch Abbruch durch die Klienten/innen (jeweils 40 %). 14 % der Betreuungen werden durch eine Weitervermittlung bzw. eine Verlegung beendet, während der Abbruch der Betreuungssequenzen durch die Mitarbeiter/innen der Suchtkrankenhilfe sehr selten vorkommt (3 %).
- Eine Verbesserung des Konsumstatus am Ende der Betreuung bis hin zur Abstinenz wird mehr als jedem bzw. jeder zweiten Klient/in attestiert (54 %), nur für 5 % der Klienten/innen wird eine Verschlechterung

- ihres Konsumstatus festgehalten; jede/r dritte Klient/in verändert sich in dieser Hinsicht nicht (36 %). Für Alkoholiker/innen wird die erreichte Abstinenz in 41 % der Betreuungen dokumentiert, für Opiatabhängige und Substituierte in 25 % bzw. 9 % der Betreuungen. Darüber hinaus verbessert sich bei 34 % der Substituierten und 25 % der Opiatabhängigen das Konsumverhalten (Alkoholiker/innen: 19 %).
- Die im Jahr 2002 erbrachten 98.868 Einzelleistungen für die Klienten/innen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems gliedern sich in 45 % Beratungs-, 38 % Therapie- (hierunter fällt auch die psychosoziale Betreuung Substituierter), 11 % Informationsleistungen. Zeitlich besitzen dagegen die Therapieleistungen mit 54 % der insgesamt aufgewendeten Zeit den größten Anteil, gefolgt von den Beratungsleistungen (33 %).
 - Frauen fragen eher Beratungsleistungen nach, Männer Therapieangebote. Gleichwohl sind die für Frauen erbrachten Therapieleistungen – wenn sie nachgefragt werden – durchschnittlich länger (18,8 Stunden) als die für Männer erbrachten (17,4 Stunden). Dies gilt ebenfalls für die Beratungsleistungen.
 - Durchschnittlich erhält jeder Mann Leistungen in der Länge von insgesamt 8,8 Stunden, während für jede Frau 10,6 Stunden aufgewendet werden.
 - Je älter die Klienten/innen sind, desto mehr Leistungszeit erhalten sie insgesamt: Die Jüngsten (bis 25 Jahre) kommen auf einen Wert von durchschnittlich 5,0 Stunden Leistungen pro Person, während die Ältesten (älter als 45 Jahre) pro Person 12,4 Stunden Leistungszeit in Anspruch nehmen.
 - Alkoholiker/innen erhalten durchschnittlich die längste Betreuungszeit (11,9 Stunden), gefolgt von den Essgestörten (10,4 Stunden) und den pathologischen Spieler/innen (9,8 Stunden). Die Konsumenten/innen und Abhängigen illegaler Substanzen erhalten durchschnittlich weniger Betreuungszeit. Für Substituierte werden 9,1 Stunden aufgewendet, für Opiatabhängige 7,5 Stunden und für Cannabiskonsumenten/innen lediglich 2,9 Stunden.
 - Die niedrigschwellig arbeitenden Einrichtungen (3) dokumentierten im Jahr 2002 insgesamt 20.257 Kon-

takte. Es wurden über 217.000 Spritzen getauscht und mehr als 8.700 Mahlzeiten ausgegeben.

Die Anzahl der jeweils im Quartal dokumentierten Besucher/innen der drei niedrighschwellig arbeitenden Modelleinrichtungen sank über den gesamten Zeitraum 2002 auf das Niveau der Vorjahre (1997 – 2000; ca. 4.000 Besucher/innen), nachdem sie im Jahr 2001 deutlich gestiegen war.

Auf dem im Vorjahr erreichten Niveau bleibt die Anzahl der pro Quartal abgegebenen Spritzen stabil (ca. 54.000), die rückläufige Tendenz der Jahre 2000 und 2001 setzte sich nicht fort.

Bei den ausgegebenen Mahlzeiten zeigt sich über die vier Quartale 2002 ein – mit leichten Schwankungen verbundener – geringer Rückgang auf ca. 2.000 Mahlzeiten im vierten Quartal des Jahres 2002.

1.5 Veränderungen über die Jahre 2000 bis 2002

- Soziodemographisch zeigt sich die Klientel des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems Schleswig-Holsteins sehr stabil: Die Geschlechterverteilung der Klienten/innen und der Angehörigen hat sich über die vergangenen drei Jahre nicht verändert, ebenso wenig gibt es Veränderungen in der Wohnsituation, beim formalen und tatsächlichen Familienstand oder bei der beruflichen und finanziellen Situation.
- Minimale Veränderungen ergeben sich bei der Verteilung der Hauptdrogentypen über die gesamte Klientel. In 2002 existiert aber eine schwächer ausgeprägte geschlechtsspezifische Verteilung der Hauptdrogentypen als im Vorjahr; relevante Veränderungen bei den geschlechts- und hauptdrogenspezifischen Altersunterschieden bestehen zwischen den Jahren nicht.
- Auf vergleichbarem Niveau wie 2001 bewegt sich im Jahr 2002 die Rate der neu in das Hilfesystem hineingekommenen Klienten/innen, Veränderungen gibt es über die Jahre ebenfalls nicht bei den hauptdrogenspezifischen Unterschieden im Zugangsweg zum Hilfesystem.

- Vom Jahr 2001 zum Jahr 2002 vollzieht sich ein Anstieg der planmäßigen Betreuungsabschlüsse, der mit dem Absinken der Abbrüche durch die Klienten/innen korrespondiert; gleichzeitig ergeben sich bei der Betrachtung des Konsumstatus am Ende der Betreuung über alle Klienten/innen keine Verschiebungen, im Detail werden aber kleine Veränderungen sichtbar: Bei den Cannabiskonsumenten/innen sind leichte Verbesserungen (höhere Anteile beim verringertem Konsum) und bei Substituierten und pathologischen Spieler/innen leichte Verschlechterungen (geringere Anteile erreichter Abstinenz und Verbesserung) feststellbar.
- An der altersspezifischen Leistungsverteilung (Ältere nehmen mehr Leistungen in Anspruch als Jüngere) hat sich zwischen den Jahren 2001 und 2002 ebenso wenig etwas verändert, wie an dem Umstand, dass die Konsumenten/innen und Abhängigen illegaler Rauschmittel durchgängig weniger Betreuungszeit erhalten als die Klienten/innen mit Problemen im Umgang mit Alkohol oder substanzungebundenen Störungen.

1.6 Jugendliche und Junge Erwachsene in der ambulanten Suchtkrankenhilfe

Es gibt in Deutschland bislang keine spezielle Analyse, die die Bedeutung Jugendlicher und Junger Erwachsene für die ambulante Suchtkrankenhilfe untersucht hat. Mit Hilfe der mit HORIZONT erfassten Daten aus den Jahren 1997-2002 („Querschnittsanalyse“) konnte eine solche Analyse erstmals für das Land Schleswig-Holstein angestellt werden. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Auswertung sind:

- Bei 5 % der Klienten/innen handelt es sich um Jugendliche (14-17 Jahre), bei 19 % um Junge Erwachsene (18-26 Jahre). Kinder, also Personen unter 14 Jahren, machen dagegen nur einen Anteil von 0,3 % aus (sie wurden deshalb in der Analyse nicht weiter berücksichtigt).
- Die Geschlechterverteilung ist in beiden Altersgruppen sehr ähnlich: Der Anteil der männlichen Klienten

beträgt 75 % (Jugendliche) bzw. 70 % (Junge Erwachsene).

- Deutliche Unterschiede zeigen sich, wenn der Frage nachgegangen wird, über wen die Klienten/innen in die Einrichtung gelangen: Der Kontakt von jugendlichen Klienten/innen kommt häufiger aufgrund einer Initiative der Familie, der Freunde oder des/der Partner/in zustande, auch die Schule oder der Ausbildungsbetrieb spielen eine wichtige Rolle. Bei den Jungen Erwachsenen nimmt dagegen die Bedeutung professioneller Hilfe (Ärzte etc.) als „Kontaktbahner“ stark zu.
- Die „Konsumprofile“ der Jugendlichen und Jungen Erwachsenen weichen stark voneinander ab: Bei der erstgenannten Gruppe dominieren die Cannabisgebraucher/innen (57 %), in der zweiten gibt es viele Heroinabhängige (43 %).
- Entsprechend stellt sich die soziale Situation dar: Die meisten Jugendlichen sind sozial integriert und leben (noch) bei den Eltern; bei den 18- bis 26-Jährigen ist dagegen ein erheblicher Teil in einer schlechten Lage – keine abgeschlossene Berufsausbildung, arbeitslos, aber verschuldet.
- Ebenfalls ist das Inanspruchnahmeverhalten beider Gruppen verschieden: Die Jugendlichen sind deutlich kürzer, mit weniger Kontakten und geringerem Zeitaufwand in einer Betreuung als die Jungen Erwachsenen. Im Durchschnitt nehmen die 14- bis 17-Jährigen 3,4 Stunden Betreuungszeit innerhalb von 5 Kontakten in Anspruch. Die Werte bei den Jungen Erwachsenen betragen 8,6 Stunden bei 13 Kontakten. Dies hängt mit den größeren Hilfebedarfen von Opiat- und Alkoholabhängigen zusammen, die in der zweiten Gruppe stärker vertreten sind.
- Es gibt in Deutschland eine – schon länger andauernde – fachliche Diskussion über die Zusammenarbeit, die Schnittmenge sowie die originären Aufgabenbereiche von Sucht- und Jugendhilfe. Dabei geht es auch um Finanzierungsfragen, denn für Leistungen nach dem KJHG sind primär die Kommunen zuständig. Vor diesem Hintergrund würde eine theoretische Zuordnung der eben beschriebenen Klientele

und der empfangenen Hilfen zum Leistungskatalog des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) wie folgt ausfallen:

- Da es sich bei einem Großteil der Jugendlichen um Personen handelt, die (höchstens) suchtgefährdet, aber nicht abhängig sind, nehmen die Suchtberatungsstellen hier präventive und frühinterveninge Aufgaben wahr. Hierbei dürfte es häufig auch um Hilfestellungen zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und zur Stärkung einer eigenverantwortlichen Lebensführung gehen. Diese Leistungen wären am ehesten als unterstützende Leistungen im Sinne des Erziehungsbeistand (§ 30) zu klassifizieren.
- Anders verhält es sich mit der Gruppe der Jungen Erwachsenen: Hierunter befindet sich zumindest ein Teil von Heroinabhängigen (in kleinerem Umfang auch alkoholabhängigen Personen), die als schwer abhängig, von daher als suchtkranke Personen einzustufen sind. Dieser Personenkreis könnte unter § 35a des KJHG – Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Menschen – fallen. Wenn andere Optionen wie eine Behandlung auf der Grundlage des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG § 39/40) nicht infrage kommen, wäre dies möglicherweise ein Weg. Dafür spricht auch die aufgezeigte Betreuungsintensität bei dieser Klientel.

1.7 Vermittlung von Hilfen und weitergehenden Behandlungen im Zeitraum 2000 – 2002

- Von den 16.217 Betreuungen des betrachteten Dreijahreszeitraumes werden 23 % mit einer Weitervermittlung beendet. Geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen nicht.
- Häufigste Vermittlungsziele am Ende der Betreuung sind die stationäre Entwöhnungsbehandlung (26 %) und die Entgiftung (17 %). Je höher das durchschnittliche Alter der Klienten/innen ist, desto stärker sind ihre Vermittlungsanteile in Selbsthilfegruppen und die ambulante Abstinenztherapie. Je niedriger ihr Alter ist, desto größer sind ihre Vermittlungsanteile in die Entgiftung. Die Substitutionsbehandlung als Ziel

der Weitervermittlung am Ende der Betreuung ist besonders eng mit der Gruppe der 26- bis 35-Jährigen verbunden.

- Unterdurchschnittlich ist der Anteil der Weitervermittlungen am Ende der Behandlungen der Cannabiskonsumenten/innen, überdurchschnittlich derjenigen der Hauptdrogentypen Substitut, Opiate und Alkohol.
- Grundsätzlich werden eher diejenigen weitervermittelt, die sich in instabileren (prekäre Wohnsituation) bzw. isolierteren (allein lebend oder mit sonstigen Personen) Verhältnissen befinden. Zusammenhänge zwischen dem Qualifikationsniveau der Klienten/innen und der Entscheidung, ob eine Weitervermittlung die Betreuung abschließt, bestehen nicht.
- Insgesamt sind biographische Merkmale für die Entscheidung, ob eine Weitervermittlung die jeweilige Betreuung überhaupt abschließt, nicht sehr bedeutsam. Eine leichte Tendenz scheint auf dieser grundsätzlichen Ebene dahin zu gehen, dass eher diejenigen nicht weitervermittelt werden, die stärker sozial integriert bzw. abgesichert sind. Es lassen sich jedoch Zusammenhänge zwischen einzelnen soziodemografischen Merkmalen und bestimmten Vermittlungszielen belegen.
- Wenn den Klienten/innen am Ende der Betreuung die Abstinenz oder ein gebesserter Konsumstatus attestiert wird, werden sie überdurchschnittlich oft weitervermittelt; verändert sich der Konsumstatus nicht, geht damit eine unterdurchschnittliche Weitervermittlung in andere Angebote der Suchthilfe einher. Mit dem jeweils attestierten Konsumstatus sind plausible Ziele der Weitervermittlung verbunden: zum einen überdurchschnittlich oft in die Entgiftung und unterdurchschnittlich in die ambulante bzw. stationäre Entwöhnungsbehandlung („unverändert“) und zum anderen überdurchschnittlich oft in die ambulante bzw. stationäre Entwöhnungsbehandlung („gebessert“).
- Ein Abbruch am Ende der Betreuung durch die Klienten/innen zeigt sich als schlechte Voraussetzung für eine Weitervermittlung: Vor allem der planmäßige

Abschluss einer Betreuung geht einher mit einem weit überdurchschnittlichen Anteil an den Weitervermittlungen.

- Betreuungen, die durch eine Weitervermittlung abgeschlossen werden, haben eine durchschnittliche Länge von 184 Tagen und sind damit kürzer als die Betreuungen, die ohne Weitervermittlung enden (214 Tage). Je nach unterschiedlichem Vermittlungsziel sind die vorausgehenden Betreuungen unterschiedlich lang. Durchschnittlich am kürzesten ist eine Betreuung vor einer Vermittlung in die Entgiftung (152 Tage), am längsten die Betreuung vor der Weitervermittlung in eine Substitutionsbehandlung (272 Tage).
- Substituierte und Opiatabhängige erhalten zusammen fast genauso viele Vermittlungsleistungen wie die Alkoholiker/innen; insgesamt schließen diese drei Hauptdrogentypen mehr als 80 % aller Vermittlungsleistungen ein. Zwischen diesen drei Gruppen bestehen nur geringe Differenzen in der Art der erhaltenen Vermittlungsleistungen.

Kapitel 2:

Die Lebenssituation und Versorgung der Klientinnen und Klienten

In diesem Statusbericht 2002 zur Situation der Hilfesuchenden im ambulanten Suchtkrankenhilfesystem des Landes Schleswig-Holstein werden Erkenntnisse dargestellt, die sich aus der Analyse der in den ambulanten Einrichtungen EDV-gestützt erfassten Daten zu den Klienten/innen ergeben. Damit beziehen sich die Aussagen dieses Berichtes also auf Menschen, die den Weg in das Hilfesystem bereits gefunden haben.

In den folgenden Unterabschnitten wird jeweils zu Beginn der analysierte Aspekt (z. B. der höchste Schulabschluss) über die Gesamtheit aller Klienten/innen betrachtet. Dem schließt sich ein genauerer Blick auf die Hauptdrogentypen an. Auf geschlechtsspezifische Unterschiede wird gegebenenfalls hingewiesen. Den Abschluss bildet ein Vergleich der Zahlen aus den Jahren 2002 und 2001. Dieser ist nun erstmals in weitem Umfang möglich und zulässig, weil die Datenbasis für beide Jahre sehr breit ist.

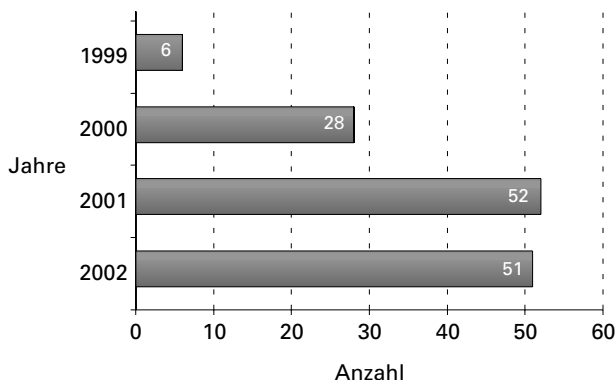
Um das gezielte Lesen zu erleichtern, finden sich am Rand Symbole, die auf die speziellen Inhalte hinweisen: ↵ deutet auf Jahresvergleiche, ¶ markiert Erläuterungen zu speziellen Differenzierungsmerkmalen, etwa dem Hauptdrogentyp oder dem Geschlecht.

2.1 Datengrundlage

Nachdem in den Anfangsjahren elektronischer Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein sechs (Modell-)Einrichtungen erbrachte Leistungen und biographische Merkmale ihrer Klienten/innen computergestützt erfassten, sind dies mittlerweile mehr als fünfzig. Für das Jahr 2002 stellten 51 Einrichtungen des ambulanten Hilfesystems Schleswig-Holsteins dem ISD Daten zur statistischen Auswertung

tung zur Verfügung. Für das Jahr 2001 waren dies 52 Einrichtungen (Abbildung 2.1).

*Abbildung 2.1:
Anzahl der Einrich-
tungen des ambu-
lanten Suchtkran-
kenhilfesystems,
die ihre Daten in
anonymisierter
Form weitergeleitet
haben*



Die Übergabe der Daten geschieht über eine Datenbankschnittstelle, die eine doppelte Verschlüsselung garantiert, so dass eine fallbezogene Analyse möglich bleibt, die Anonymität aber nicht gefährdet ist. Exportiert und übergeben wird von den Einrichtungen jeweils ihre Datenbank – selbstverständlich mit Ausnahme der personenbezogenen Daten, die eine eventuelle De-Anonymisierung ermöglichen könnten (siehe Anmerkung am Ende des Kapitels).

2.2 Anzahl, Geschlecht und Neuerfassung dokumentierter Personen

Für das Jahr 2002 liegen für 10.952 Personen Informationen vor (namentlich erfasste Klienten/innen und Angehörige) und es wurden 4.263 anonyme Kontakte registriert.¹ Letztere werden in einer Sammelakte dokumentiert und können nicht personenbezogen ausgewertet werden. Dieses ist nur bei namentlich erfassten Personen möglich.² Es überwiegen insgesamt die na-

¹ Anonyme Kontakte können Mehrfachkontakte mit derselben Person enthalten. In der Regel sind dies Personen mit einem oder zwei Kontakten oder nicht namentlich erfasste Angehörige.

² Namentlich erfasst bedeutet, dass die entsprechende Person in der betreuenden Einrichtung namentlich bekannt ist und als solche dokumentiert wird. Wie bereits oben erläutert, erhält das ISD die Daten aller betreuten Personen in anonymisierter Form.

mentlich bekannten gegenüber den anonymen Kontakten deutlich.³ In der Gruppe der Angehörigen ist allerdings fast jeder zweite Kontakt ein anonym.

Drei von vier namentlich erfassten Klienten/innen sind Männer (73 % – siehe Tabelle 2.1); wenn die Kontakte anonym stattfinden, sind zwei von drei Terminen welche mit Männern (68 %). In der Gruppe der Angehörigen verkehrt sich das Geschlechterverhältnis: Drei von vier namentlich bekannten Angehörigen sind Frauen (76 %), unter den anonymen Kontakten sind vier von fünf mit einer Frau (80 %).

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

| | 2002 ^a | | | 2001 ^b | | | 2000 ^c | | |
|--------------------|-------------------|------|------|-------------------|------|------|-------------------|------|------|
| | N | m, % | w, % | N | m % | w % | N | m % | w % |
| Klienten: | | | | | | | | | |
| namentlich | 9.554 | 73% | 27% | 10.081 | 73 % | 27 % | 5.010 | 75 % | 25 % |
| anonyme Kontakte | 3.034 | 68% | 32% | 3.273 | 72 % | 28 % | 1.247 | 65 % | 35 % |
| Angehörige: | | | | | | | | | |
| namentlich | 1.398 | 24% | 76% | 1.500 | 25 % | 75 % | 853 | 28 % | 72 % |
| anonyme Kontakte | 1.229 | 20% | 80% | 1.401 | 22 % | 78 % | 514 | 28 % | 72 % |

m = männlich, w = weiblich

Datengrundlage: ^a 51 Einrichtungen, ^b 52 Einrichtungen, ^c 28 Einrichtungen



Die Verteilungen von namentlich erfassten Klienten/innen und anonymen Kontakten sowie der Geschlechter in den jeweiligen Untergruppen erweisen sich über den Zeitraum 2000 – 2002 als überaus stabil.

Wie auch im vergangenen Jahr entspricht das numerische Geschlechterverhältnis der namentlich erfassten Klienten/innen dem in der nationalen Suchthilfestatistik angegebenen.⁴

³ Dies gilt selbst dann, wenn angenommen wird, dass alle anonymen Kontakte mit unterschiedlichen Personen stattfinden.

⁴ In der nationalen Suchthilfestatistik werden für das Jahr 2002 72,5 % Männer und 27,5 % Frauen ausgewiesen. Diese Angaben beziehen sich allerdings nicht auf Personen, sondern auf die in Anspruch genommenen Betreuungen.



Wie viele Klienten/innen finden pro Jahr den Weg neu in das Suchtkrankenhilfesystem? Mit dem vorliegenden Jahresbericht lässt sich hierzu nun erstmals eine valide Aussage treffen, denn annähernd alle im Jahr 2002 elektronisch dokumentierenden Einrichtungen arbeiteten bereits im Jahr 2001 auf diese Weise.

Mehr als jede/r zweite Klient/in des Jahres 2002 war im Jahr 2001 kein/e Hilfesuchende/r. Genau trifft dies auf 57 % zu, während im Jahr 2001 bereits 43 % der Klienten/innen Angebote der ambulanten Einrichtungen der schleswig-holsteinischen Suchthilfe wahrnahmen (siehe Tabelle 2.2). Damit liegt der Anteil derjenigen, der neu in das Hilfesystem eintritt bzw. mindestens ein Jahr lang keine Einrichtung besucht hat, auf dem Niveau des Vorjahres, denn im Jahr 2001 betrug dieser Anteil vergleichbare 58 %. Die differenzierte Art der Dokumentation in Schleswig-Holstein macht es des Weiteren möglich, den Anteil derjenigen zu benennen, die vor dem Jahr 2001 Kontakt zum Hilfesystem hatten und ihn im Jahr 2002 erneuert haben: Dies sind 4 % aller namentlich erfassten Klienten/innen.⁵

Tabelle 2.2: Klienten/innen des Jahres 2002, die bereits in 2001 Klienten/innen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems waren

| | N | % | m, % | w, % |
|---|-------|-------|------|------|
| kein/e Klient/in aus dem Vorjahr (2001) | 5.419 | 57 % | 74 % | 26 % |
| Klient/in aus dem Vorjahr | 4.135 | 43 % | 72 % | 28 % |
| Gesamt | 9.554 | 100 % | | |

Zusammen genommen hatten im Jahr 2002 53 % aller namentlich erfassten Klienten/innen erstmals (dokumentierten) Kontakt zu den Einrichtungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems Schleswig-Holsteins.

IFT, 2002: Suchthilfestatistik 2002 für Deutschland, Tabellenband für ambulante Einrichtungen, T1.0 ([www.ebis-ift.de/dateien/auswertungen/2002/EA02L-00\(Bund\).exe](http://www.ebis-ift.de/dateien/auswertungen/2002/EA02L-00(Bund).exe)).

⁵ Eventuell ist der Anteil dieser Gruppe von Klienten/innen geringfügig größer, da die Einrichtungen erst in den Jahren 2000 ff. durchgängig mit dem elektronischen Dokumentationssystem arbeiteten.

2.3 Das Alter der Klienten/innen⁶

Auf höchst unterschiedlich alte Klienten/innen mussten sich die Mitarbeiter/innen des schleswig-holsteinischen Suchthilfesystems auch im Jahr 2002 einstellen: Der jüngste Klient war gerade acht Jahre alt, der älteste fast 83. Die Altersspannbreite beträgt damit 74,7 Jahre. Den Schwerpunkt bildeten allerdings die mittleren Altersgruppen: 54 % aller Klienten/innen befanden sich im Alter zwischen 26 und 45 Jahren. Männer waren durchschnittlich 36,9 Jahre alt, Frauen mit durchschnittlich 38,3 Jahren ungefähr eineinhalb Jahre älter. Das durchschnittliche Alter aller Klienten/innen ist seit dem Jahr 2000 leicht gestiegen: von 36,9 auf 37,2 Jahre (siehe Abbildung 2.2). Der genauere Blick zeigt, dass dies ausschließlich am durchschnittlich steigenden Alter der Frauen liegt: Es stieg von 36,9 Jahren im Jahr 2000 über 37,6 (2001) auf 38,3 Jahre (2002), während das der Männer über die gesamte Zeit fast unverändert blieb (von 36,8 (2000) über 36,6 (2001) auf 36,9 Jahre (2002)).

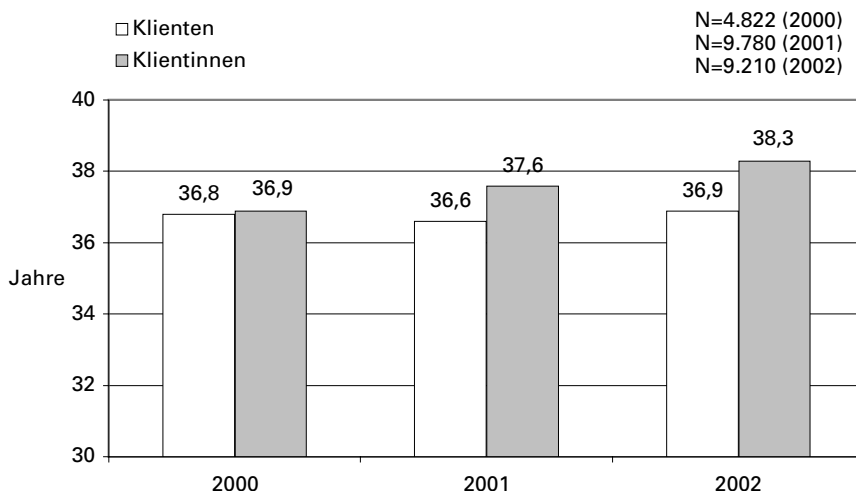


Abbildung 2.2: Durchschnittliches Alter der Klienten/innen 2000 – 2002

⁶ Namentlich erfasste Klienten/innen ohne Angehörige.



In den Altersgruppen über 35 Jahren besitzen die Frauen im Jahr 2002 fast durchgängig höhere Anteile als im Jahr 2001. Besonders stark fällt der Anstieg in der Gruppe der 36- bis 40-Jährigen aus (plus 1,8 Prozentpunkte). Einen bemerkenswerten Rückgang der Besetzung der Altersgruppen hat es in den Gruppen der 26- bis 30- und auch der 31- bis 35-jährigen Klienten/innen gegeben: Über beide Geschlechter hinweg sind diese Gruppen schwächer besetzt als im Vorjahr (Anteil dieser Dekade 2001: 26 % an allen Klienten/innen, 2002: 24 %).

Werden alle Klienten/innen in vier gröbere Altersgruppen eingeteilt, lässt sich das Erstarken der älteren Gruppen ebenfalls nachvollziehen (siehe Tabelle 2.3).

Tabelle 2.3: Namentlich erfasste Klienten/innen nach Altersgruppen, 2001 – 2002

| | 2002 | | | | 2001 | |
|--------------------|-------|-------|------|------|-------|-------|
| | N | % | m, % | w, % | N | % |
| bis 25 Jahre | 2.041 | 22 % | 75 % | 25 % | 2.192 | 22 % |
| 26 bis 35 Jahre | 2.209 | 24 % | 75 % | 25 % | 2.489 | 26 % |
| 36 bis 45 Jahre | 2.775 | 30 % | 73 % | 27 % | 2.845 | 29 % |
| älter als 46 Jahre | 2.185 | 24 % | 69 % | 31 % | 2.254 | 23 % |
| gesamt | 9.210 | 100 % | | | 9.780 | 100 % |

2.4 Die Angehörigen

In den ambulanten Einrichtungen des schleswig-holsteinischen Suchthilfesystems haben die Angehörigen einen Anteil von 13 % an allen namentlich erfassten Personen. Sie sind mit durchschnittlich 44,4 Jahren deutlich älter als die Klienten/innen. Männliche Angehörige sind durchschnittlich etwa zwei Jahre älter als die weiblichen (46,1 bzw. 43,9 Jahre). In der Gesamtgruppe dominieren die Frauen ebenso eindeutig, wie es die Männer bei den Klienten/innen tun: 76 % der Angehörigen sind Frauen, lediglich 24 % Männer.



Die soeben beschriebenen Relationen und Durchschnittswerte sind über die Jahre 2001 und 2002 stabil geblieben.

2.5 Der Hauptdrogentyp der Klienten/innen⁷

Mit deutlichem Abstand ist der Alkohol die häufigste Hauptdroge⁸ aller Klienten/innen (46 % – siehe Abbildung 2.3). Substitute (z. B. Methadon, Polamidon) und andere Opiate (Heroin)⁹ besitzen als Hauptdrogen zusammen einen Anteil von 24 % (jeweils 12 %). Mehr als zwei Drittel aller Klienten/innen der ambulanten Einrichtungen des schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfesystems teilen sich also auf diese drei Gruppen auf. 6 % seiner Klienten/innen benötigen Hilfe im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis, alle anderen Gruppen verfügen über keinen größeren Umfang als 3 %.

15 % der Klienten/innen konnten keinem Hauptdrogentyp zugeordnet werden („nicht erfasst“), weil zu ihnen keinerlei Informationen zu konsumierten Substanzen vorlagen.¹⁰



Im Vergleich der Jahre 2002 und 2001 zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede in der Verteilung der Hauptdrogentypen: Der dominierende Anteil der Klienten/innen mit der Hauptdroge Alkohol steigt um drei Prozentpunkte, die Gruppen der Substituierten und der Abhängigen von anderen Opiaten verändern sich unwesentlich.

Im Vergleich zur nationalen Suchthilfestatistik bestehen einige Differenzen, wenn aus den schleswig-holsteinischen Daten die Klienten/innen herausgerechnet werden, denen kein Drogentyp zugewiesen werden konnte. Dort wird der Anteil der Alkoholiker/innen mit

⁷ Alle im folgenden vorgestellten Analysen soziodemographischer Aspekte beziehen sich ausschließlich auf namentlich erfasste Klienten/innen und nicht auf Angehörige.

⁸ Mit diesem Begriff werden in diesem Bericht auch Essstörungen und das pathologische Spielen mit erfasst.

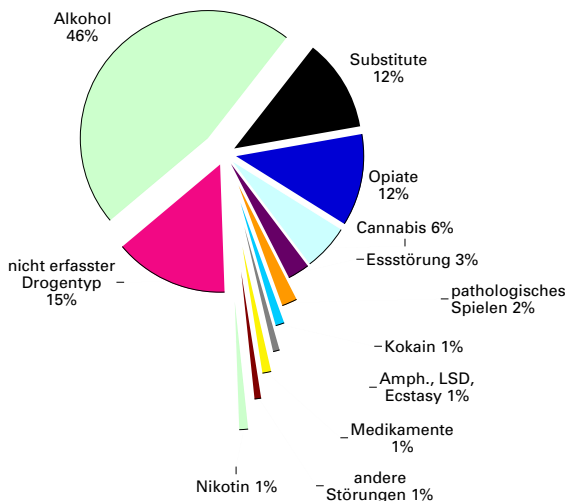
Der Hauptdrogentyp wurde durch das ISD in detaillierter Analyse aller Klientendatensätze, die Angaben zu konsumierten Substanzen oder substanzungebundenen Abhängigkeiten bzw. Störungen enthielten, zugewiesen. So wurde eine eindeutige begründete Zuordnung des Großteils aller namentlich erfassten Klienten/innen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

⁹ Die Begriffe Heroin und Opiate werden im weiteren synonym verwendet.

¹⁰ Die Frauen dieser Gruppe hatten zu 45 % nur einen oder zwei Kontakte zu der betreuenden Einrichtung; bei den Männern waren dies 42 %.

52 % (Schleswig-Holstein: 54 %), der der Abhängigen von Opioiden (Heroin und Substitutionsmittel) aber nur mit 11 % angegeben – in Schleswig-Holstein gehören 28 % aller Klienten/innen dieser Gruppe an. Cannabis als Hauptdroge besitzt in der nationalen Suchthilfestatistik den gleichen Anteil wie im vorliegenden Statusbericht für Schleswig-Holstein. Die Essstörungen haben dort (1,5 %) einen etwas geringeren Anteil als in Schleswig-Holstein (4 %).¹¹

Abbildung 2.3:
Hauptdrogentyp
(N=9.554), 2002



Die abgebildeten Abhängigkeitstypen zeigen einige geschlechtsspezifische Unterschiede: Über die grundsätzlich wesentlich stärkere Suchtbetroffenheit der Männer

¹¹ Das IFT weist für die Frage des Hauptdrogentyps keine fehlenden Werte (missings) aus.

IFT, 2002: Suchthilfestatistik 2002 für Deutschland, Tabellenband für ambulante Einrichtungen, T1.1 ([www.ebis-ift.de/dateien/auswertungen/2002/EA02L-00\(Bund\).exe](http://www.ebis-ift.de/dateien/auswertungen/2002/EA02L-00(Bund).exe)). Auch hier muss auf die in anderer Hinsicht unterschiedliche Datengrundlage im Vergleich zur Auswertung der schleswig-holsteinischen Daten durch das ISD verwiesen werden: Den hier dargestellten Zahlen der nationalen Suchthilfestatistik liegen die begonnenen Behandlungen in 2002 zu Grunde, nicht die einzelnen Klienten/innen. Dies führt u. a. dazu, dass mehrere im Jahr 2002 begonnene Behandlungen eines Klienten auch mehrfach in die Statistik eingehen.

Ferner sind in der Suchthilfestatistik für Deutschland die Daten von Einrichtungen aus (groß-)städtischen Umfeldern weit unterrepräsentiert. Die daraus resultierende systematische Verzerrung dürfte weitaus schwerwiegender sein.

hinaus werden Opiat- und Cannabiskonsum ebenso wie pathologisches Spielen eher für sie zum Problem, während Frauen – wie schon aus anderen Untersuchungen bekannt – häufiger von Essstörungen und Medikamentenmissbrauch betroffen sind (93 % bzw. 66 % betroffene Frauen – siehe Tabelle 2.4). In den Gruppen der Hauptdrogen Alkohol, Substitute, Kokain, Amphetamine (LSD, Ecstasy) und auch bei denjenigen, denen keine Hauptdroge zugewiesen werden konnte, zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Differenzen.

Tabelle 2.4: Hauptdroge namentlich erfasster Klienten/innen, 2002

| | gesamt N | Männer % | Frauen % | Differenz (%-Punkte) |
|------------------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------------------|
| Alkohol | 4.345 | 74 % | 26 % | + 1 |
| Substitut | 1.177 | 73 % | 27 % | 0 |
| Opiat | 1.107 | 79 % | 21 % | + 6 |
| Cannabis | 599 | 85 % | 15 % | + 12 |
| Essstörung | 308 | 7 % | 93 % | - 66 |
| pathologisches Spielen | 221 | 91 % | 9 % | + 18 |
| Kokain | 137 | 76 % | 24 % | + 3 |
| Amphetamine, LSD, Ecstasy (XTC) | 106 | 73 % | 27 % | 0 |
| Medikamente | 65 | 34 % | 66 % | - 39 |
| andere Störungen | 36 | 28 % | 72 % | - 45 |
| Nikotin | 11 | 73 % | 27 % | 0 |
| nicht erfasster Drogentyp | 1.442 | 73 % | 27 % | 0 |
| gesamt (N) | 9.554 | 73 % | 27 % | |
| | | 6.955 | 2.599 | |

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

Lesebeispiel: 599 namentlich erfasste Klienten/innen konsumieren hauptsächlich Cannabis. Diese 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).



Diese Beschreibung der Klientel 2002 unterscheidet sich vom Jahr 2001: Dort waren die geschlechtsspezifischen

schen Abweichungen – mit Ausnahme des Hauptdrogentyps Alkohols – ausgeprägter.



Ein Blick auf das durchschnittliche Alter der unterschiedlichen Hauptdrogentypen offenbart deutliche Unterschiede (vgl. Abbildung 2.4): Alkoholkonsumenten sind deutlich älter (42,4 Jahre) als der Durchschnitt aller Klienten/innen, Alkoholkonsumentinnen übertreffen sie nochmals um fast drei Jahre (45,3 Jahre). Personen, die primär Substitute konsumieren, sind etwas jünger (ca. 33,9 Jahre) als die durchschnittlichen Hilfesuchenden (37,3 Jahre), aber um etwa 3,5 Jahre älter als die Heroinabhängigen. Die opiatabhängigen Frauen sind dabei jünger (28,8 Jahre) als die männlichen Opiatabhängigen (30,7 Jahre). Hier zeigt sich geschlechtsbezogen ein umgekehrtes Verhältnis wie beim Alkohol. Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten stehen

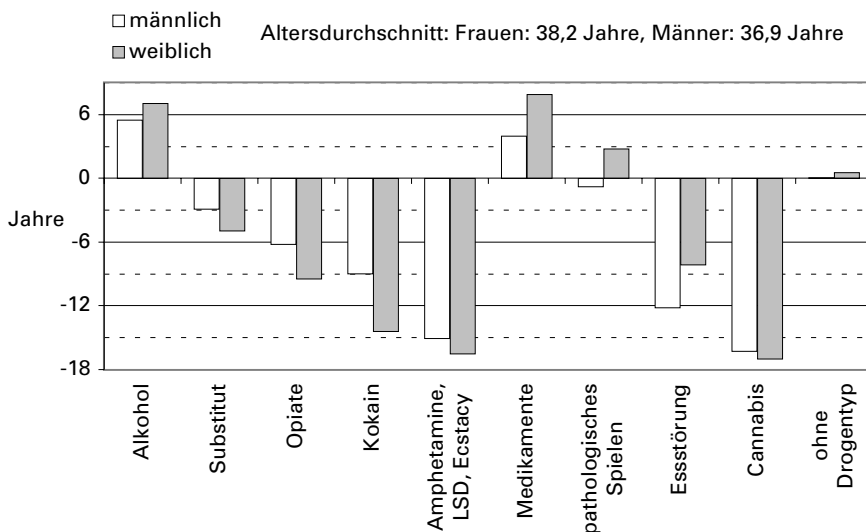


Abbildung 2.4: Altersdifferenzen der Hauptdrogentypen zum durchschnittlichen Alter der Geschlechter

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

Lesebeispiel: Männer des Hauptdrogentyps Alkohol sind durchschnittlich 5,5 Jahre älter als durchschnittlich alle männlichen Klienten (42,4 Jahre zu 36,9 Jahre). Frauen des Hauptdrogentyps Alkohol sind durchschnittlich 7,1 Jahre älter als durchschnittlich alle weiblichen Klientinnen (45,3 Jahre zu 38,2 Jahre).

erst am Beginn ihres dritten Lebensjahrzehnts (20,7 Jahre), während Kokainkonsum durchschnittlich mit einem Lebensalter von etwa 24 bis 28 Jahren einhergeht, hier sind die Frauen deutlich jünger als die Männer. Essgestörte Frauen sind mit durchschnittlich 30 Jahren deutlich älter als Männer mit dieser Störung (24,8 Jahre) aber deutlich jünger als die durchschnittliche Klientin (38,2 Jahre).



Diese geschlechts- und hauptdrogenspezifischen Altersunterschiede zeigten sich auf vergleichbare Weise auch schon im Jahr 2001.

Wie sehen die spezifischen Altersprofile der zahlenmäßig stärksten Hauptdrogentypen aus (siehe Abbildung 2.5) und verändern sich diese Profile über die Jahre (siehe Abbildungen 2.6 und 2.7)? Antworten auf diese Fragen bietet die Analyse der prozentualen Besetzungen der Altersgruppen der Hauptdrogentypen Alkohol, Substitute, Opiate und Cannabis.

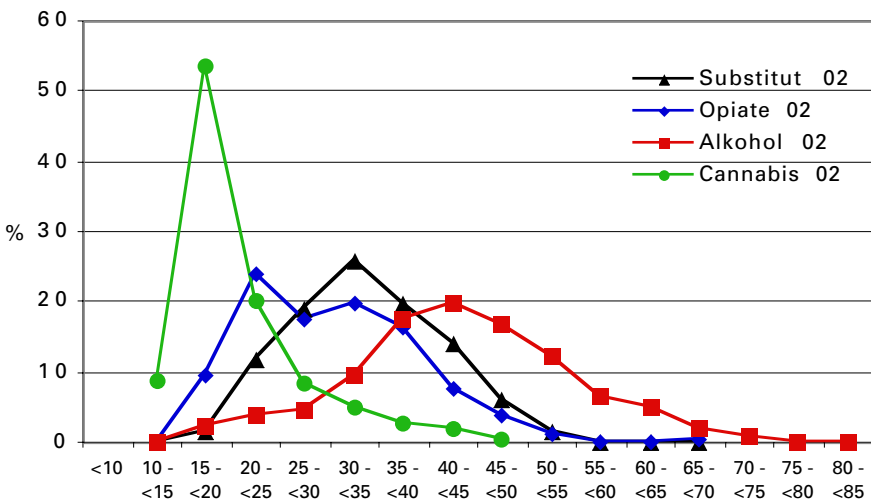


Abbildung 2.5: Altersverteilung, bedeutende Hauptdrogentypen nach Alterskohorten, 2002¹²



Die Alkoholiker/innen verteilen sich im Jahr 2002 breit über das gesamte Altersspektrum. Der eigentliche An-

¹² Klienten/innen der Einrichtungen, die in 2002 Daten an das ISD weitergeleitet haben.

stieg erfolgt aber in der Kohorte der 30- bis 35-Jährigen. Ihren Höhepunkt hat die Verteilung in der Gruppe der 40- bis 45-Jährigen – 19,6 % aller Klienten/innen des Hauptdrogentyps Alkohol befanden sich im Jahr 2002 in dieser Alterskohorte. Mit der Kohorte 55 bis 60 Jahre beginnt das Auslaufen dieser Altersverteilung (6,4 % aller Alkoholiker/innen befanden sich im Jahr 2002 in dieser Altersgruppe).

Anders zeigen sich die Verteilungen der Substituierten und Opiatabhängigen: Die Verteilung der Substituierten beginnt in der Gruppe der 20- bis 25-Jährigen deutlich anzusteigen, erreicht bereits eine Dekade später ihren Höhepunkt – 25,9 % aller Substituierten befanden sich im Jahr 2002 in dieser Kohorte – und ist in der Gruppe der 45- bis 50-Jährigen schon wieder auf 6 % gefallen (also zehn Jahre früher als bei den Alkoholiker/innen).

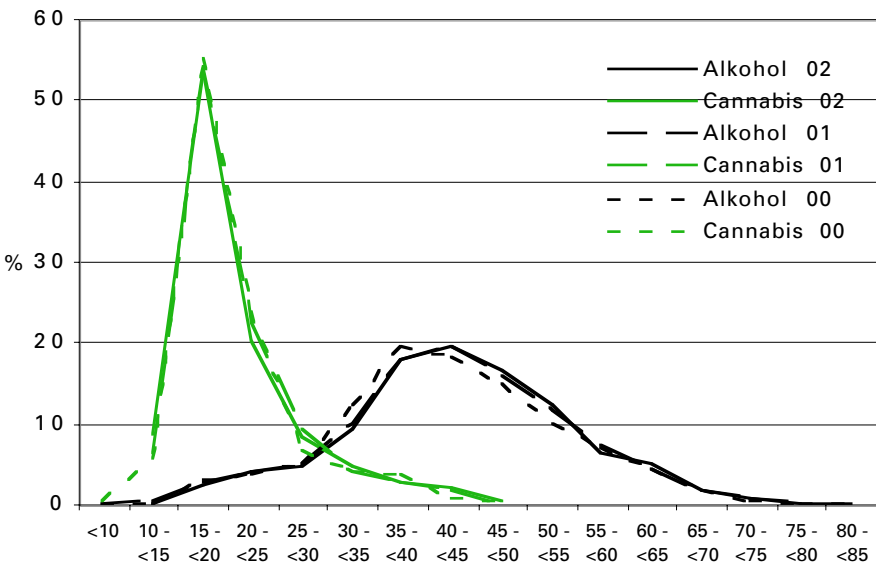


Abbildung 2.6: Altersverteilung, Hauptdrogentypen Alkohol und Cannabis nach Alterskohorten, 2000 bis 2002¹³

Die Verteilung der Opiatabhängigen beginnt bereits bei den 15- bis 20-Jährigen stark zuzunehmen (Beset-

¹³ Klienten/innen der Einrichtungen, die in 2002 Daten an das ISD weitergeleitet haben.

zungsanteil dieser Kohorte: 9,4 %) und erlangt schon fünf Jahre später ihre Spitze: 23,8 % der Opiatabhängigen befinden sich im Alter zwischen 20 und 25 Jahren.

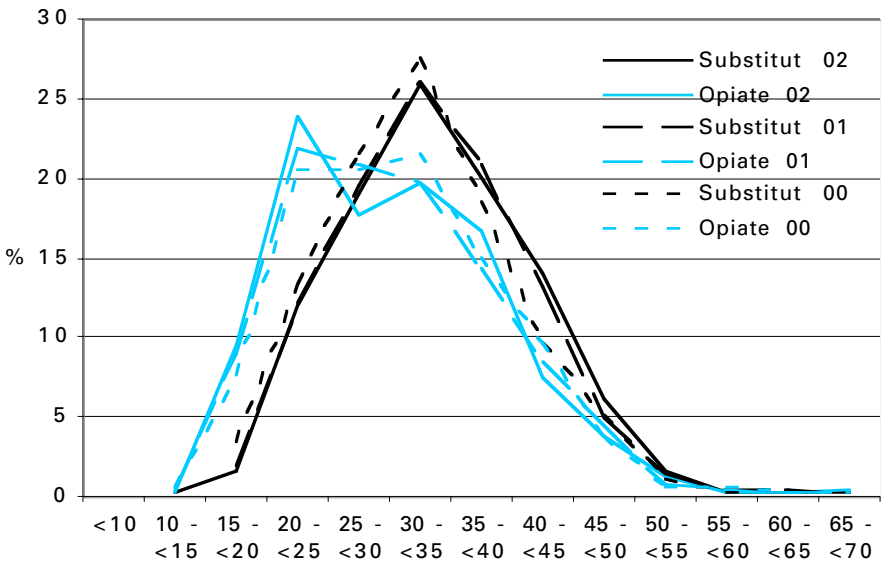


Abbildung 2.7: Altersverteilung der Hauptdrogentypen Substitute und Opiate nach Alterskohorten, 2000 bis 2002¹⁴

Nachdem die Alterskurve im nächsten Jahrfünft deutlich abnimmt, steigt sie darauf wieder leicht an, so dass sich im Alterszeitraum 30 bis 35 Jahre eine zweite, leichte Spitze zeigt. Die Verteilung der Cannabiskonsumenten/innen über die Alterskohorten setzt sich deutlich ab von den drei zuvor beschriebenen Hauptdrogentypen. 90 % aller Klienten/innen des Hauptdrogentyps Cannabis befinden sich im Jahr 2002 im Alter zwischen 10 und 30 Jahren, die markante Spitze dieser Verteilung bildet sich schon in der Gruppe der 15- bis 20-Jährigen aus: 53,4 % aller Klienten/innen dieses Hauptdrogentyps befinden sich in dieser Altersgruppe. Im Verlauf der Jahre 2000 bis 2002 verschiebt sich bei den Alkoholiker/innen die am stärksten besetzte Kohorte um fünf Jahre nach rechts (siehe Abbildung 2.6).

↕

¹⁴ Klienten/innen der Einrichtungen, die in 2002 Daten an das ISD weitergeleitet haben.

Diese Klienten/innen wurden also in diesen mittleren Alterskohorten durchschnittlich älter. Auch die Altersverteilung der Substituierten hat sich leicht in die höheren Jahrgänge verschoben, gleichzeitig verliert die Spitze der Verteilung etwas an Ausprägung (siehe Abbildung 2.7). Die Klienten/innen des Hauptdrogentyps Opiate werden allerdings jünger. Während noch im Jahr 2000 die Altersgruppe der 30- bis 35-Jährigen am stärksten besetzt war, wanderte diese Spitze der Verteilung im Jahr 2002 zur Gruppe der 20- bis 25-Jährigen (siehe Abbildung 2.7). Die Altersverteilung der Cannabiskonsumentinnen zeigt sich über die betrachteten drei Jahre stabil (siehe Abbildung 2.6).

2.6 Klienten/innen und ihre Kinder

Kinder von Suchtkranken sind einem sehr viel größeren Risiko ausgesetzt, später selbst einmal suchtkrank zu werden. Gleichzeitig bringen Versorgung und Erziehung von Kindern die Notwendigkeit für die Eltern mit sich, durch z. B. geregelte Tagesstrukturen Verantwortung für die Kinder zu übernehmen. Das heißt also auch jenseits der eigenen kurzfristigen Suchtbefriedigung Verantwortung für das eigene Leben und das anderer zu übernehmen. Deshalb ist es wichtig zu wissen welche Unterschiede es zwischen Klienten/innen mit und ohne Kinder gibt und wovon diese betroffen sind.¹⁵

Bei 2.547 Klienten/innen, die angaben, Kinder zu haben, wurden insgesamt 4.690 Kinder dokumentiert. 38 % (N=1.793) der Kinder gehören zu weiblichen, 62 % zu männlichen Klienten/innen.

Insgesamt sind etwa 2/3 aller Kinder von Klienten/innen mit eigenen Kindern jünger als 18 Jahre (1.719 von 2.622 – siehe Tabelle 2.5), 1/3 hat die Volljährigkeit er-

¹⁵ Für das Jahr 2002 liegen 7.450 Informationen zu 5.200 Klienten/innen vor, die Angaben über ihren Nachwuchs gemacht haben. Von diesen Klienten/innen sind 51 % kinderlos (N=2.653), 49 % haben eigene oder aufgenommene Kinder. Diese Relation ist jedoch nicht ohne weiteres zu verallgemeinern, weil die Wahrscheinlichkeit wächst, ein Kind bei der Dokumentation anzugeben, wenn der Klient bzw. die Klientin eines hat.

reicht. Während die jüngeren Kinder entsprechend der zu erwartenden Geschlechterverteilung von den abhängigen Eltern stammen, stammen die älteren Kinder zu 46 Prozent und damit überdurchschnittlich häufig von den Klientinnen – denn insgesamt kommen Frauen „nur“ auf einen Kinderanteil von 38 % (siehe oben).

Tabelle 2.5: Eigene Kinder der Klienten/innen, 2002

| | Kinder von m | | Kinder von w | | Kinder | Klienten |
|----------------------------|--------------|------|--------------|------|--------|----------|
| | N / % | | N / % | | N | N |
| insgesamt | 2.897 | 62 % | 1.793 | 38 % | 4.690 | 2.547 |
| jünger als 18 Jahre | 1.094 | 64 % | 625 | 36 % | 1.719 | 1.068 |
| älter oder gleich 18 Jahre | 484 | 54 % | 419 | 46 % | 903 | 575 |
| gesamt | 1.578 | 60 % | 1.044 | 40 % | 2.622 | 1.643 |

Lesebeispiel: Insgesamt haben 2.547 Klienten/innen genau 4.690 eigene Kinder (62 % der Kinder sind solche von Klienten) Für 2.622 Kinder (die von 1.643 Klienten/innen stammen) liegen Angaben zum Alter vor. Von Ihnen stammen z. B. 625 von Klientinnen und sind jünger als 18 Jahre.



Über die verschiedenen Hauptdrogentypen hinweg verteilen sich die Kinder nicht entsprechend der Anteile der Hauptdrogentypen über alle Klienten/innen (siehe Abbildung 2.8). Wie zu erwarten, haben die Gruppen der Hauptdrogentypen Opiate und Substitute deutlich geringere Anteile an Hilfesuchenden mit Kindern (32 bzw. 38 %) als die der Alkoholiker/innen: Hier haben 60 % der Klienten/innen Kinder. Noch deutlicher wird das Gewicht der Alkoholiker/innen beim Blick auf den Anteil an der Gesamtkinderzahl: 73 % aller dokumentierten Kinder sind solche der Klienten/innen des Hauptdrogentyps Alkohol, lediglich 8 bzw. 6 % gehören zu Klienten/innen der Gruppen Substituierte und Opiatabhängige, dies wiederum dürfte mit dem unterschiedlichen Alter der jeweiligen Abhängigkeitsgruppe zusammenhängen.

Der differenziertere Blick auf die verschiedenen Altersgruppen der Kinder (unter 18 Jahre versus 18 Jahre oder älter) führt zu der Erkenntnis, dass sich die beschriebene Dominanz der Gruppe der Alkoholabhängigen dort ebenfalls wieder findet und sich in der höheren Altersgruppe der Kinder sogar noch verstärkt: 85 %

aller Kinder, die älter oder gleich 18 Jahren sind, sind Kinder von Klienten/innen des Hauptdrogentyps Alkohol (N=770).

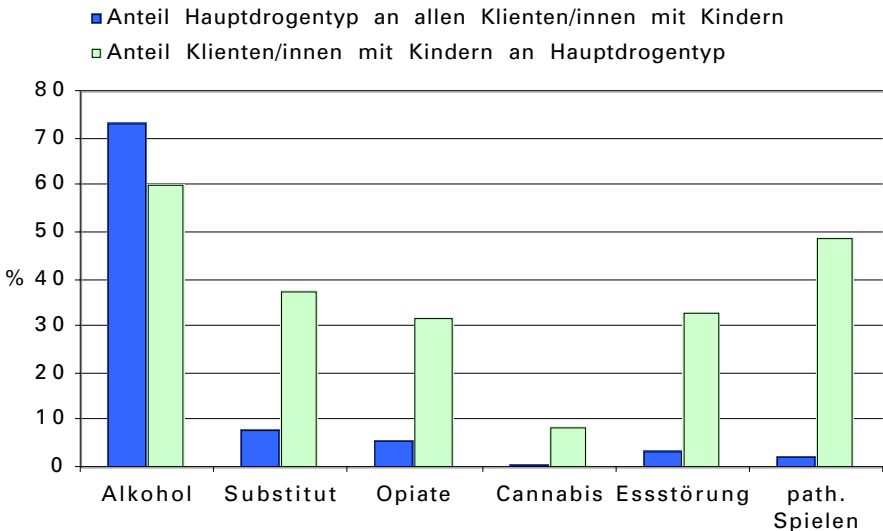


Abbildung 2.8: Hauptdrogentypen und Kinder (N=5.166)

Lesebeispiel: 8 % aller (dokumentierten) Kinder sind solche von Substituierten. 38 % aller Klienten/innen des Hauptdrogentyps Substitut haben Kinder.

Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Anzahl der Kinder und der Wohnsituation der Klienten/innen? Die Zuspitzung der Klassifikation der Wohnsituation auf zwei Kategorien¹⁶ – prekär und stabil – zeigt den folgenden Zusammenhang: Klienten/innen mit Kindern habe eine stabilere Wohnsituation (siehe Abbildung 2.9). Etwa 20 % der Klienten/innen ohne Kinder leben in prekären Wohnsituationen. Haben sie aber bis zu vier Kinder, sinkt dieser Wert schrittweise bis auf 5 %. Kinder scheinen also mit stabileren Lebensverhältnissen der Suchtkranken einherzugehen. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass die Gruppe der Alkoholiker/innen diese Analyse dominiert. Für diese Gruppe gilt die Aussage: Je mehr Kinder die Klienten/innen des Hauptdrogentyps Alkohol haben,

¹⁶ Siehe zur genaueren Definition Kapitel 2.7 im Anschluss.

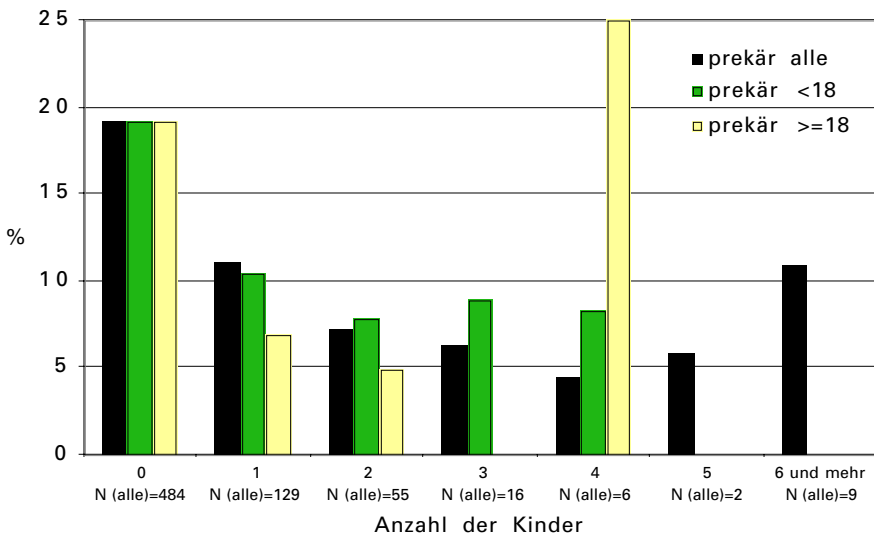


Abbildung 2.9: Prekäre Wohnsituationen der Klienten/innen in Abhängigkeit von der Anzahl ihrer Kinder und deren Alter

Lesebeispiel: Von allen Klienten/innen mit zwei Kindern leben 7 % in prekären Wohnsituationen. Sind diese beiden Kinder jünger als 18 Jahre, leben die Klienten/innen in 8 % der Fälle in prekären Wohnsituationen, sind beide Kinder älter oder gleich 18 Jahre, leben deren Eltern zu einem Anteil von 5 % in prekären Wohnsituationen.

desto stabiler ist ihre Wohnsituation; der Anteil prekärer Wohnsituationen sinkt kontinuierlich bis auf 5 % bei drei Kindern. Dies dürfte auch damit zusammenhängen, dass Alkoholiker/innen ebenfalls in größerem Maße in gesicherten Arbeitsverhältnissen stehen und der spezifische Verlauf der Alkoholabhängigkeit in der Regel erst später als bei der Heroinabhängigkeit zur Notwendigkeit der Aufsuchung von Hilfen führt. Für Substituierte und Opiatabhängige lässt sich solch ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Kinderzahl und Qualität der Wohnsituation nicht entdecken.¹⁷

¹⁷ Zwar sinkt der Anteil prekärer Wohnsituationen bei Opiatabhängigen deutlich, sobald sie ein Kind besitzen (von 38 % ohne Kind auf 24 % mit einem Kind), doch steigt dieser Anteil bei der Existenz von zwei Kindern auch wieder auf 33 %. Bei den Substituierten steigt der Anteil prekärer Wohnsituationen mit einem Kind zunächst sogar leicht von 19 % (ohne Kind) auf 22 %, um dann aber auf 7 % zu sinken, sobald diese Klienten/innen zwei Kinder besitzen.

2.7 Die Wohnsituation

Die individuelle Wohnsituation ist ein wichtiger Indikator zur Beurteilung der sozialen Integration und Stabilisierung der Klienten/innen. 72 % von ihnen leben in einer eigenen oder gemieteten Wohnung bzw. einem Haus (siehe Tabelle 2.6). Hilfe suchende Frauen leben deutlich häufiger auf diese Art (79 %) als Männer (69 %). Dagegen wohnen Männer häufiger bei den Eltern oder Angehörigen (16 %) als Frauen (11 %). Im insgesamt durchschnittlich größeren Alter der Frauen ist die Ursache für diese unselbstständigere Lebensweise der Männer nicht zu finden.

Tabelle 2.6: Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen, 2002

| Wohnsituation | N | % | m, % | w, % |
|------------------------------------|-------|-----|------|------|
| in eigener/gemieteter Wohnung/Haus | 4.337 | 72 | 69 | 79 |
| in anderer Wohnung/Haus | 100 | 2 | 2 | 2 |
| bei den Eltern | 797 | 13 | 15 | 10 |
| bei anderen Angehörigen | 65 | 1 | 1 | 1 |
| Suchthilfeeinrichtung | 74 | 1 | 2 | 1 |
| betreute Wohneinrichtung | 257 | 4 | 4 | 4 |
| Heim/Anstalt | 28 | 1 | 1 | 1 |
| Klinik/Krankenhaus | 14 | 1 | 1 | 1 |
| bei Freunden/Bekanntem | 85 | 1 | 1 | 2 |
| Hotel/Pension/Unterkunft | 49 | 1 | 1 | 1 |
| obdachlos, auf Trebe | 31 | 1 | 1 | 1 |
| U-Haft | 53 | 1 | 1 | 1 |
| Strafhaft | 91 | 2 | 2 | 1 |
| andere Wohnsituation | 49 | 1 | 1 | 1 |
| Gesamt | 6.030 | 100 | 100 | 100 |



In Abhängigkeit vom Hauptdrogentyp und dem Alter unterscheidet sich die Wohnsituation der Klienten/innen erheblich (siehe Abbildung 2.10). Konsumenten und Konsumentinnen des Drogentyps Cannabis leben in der Mehrzahl bei ihren Eltern; dies steht 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 Substitute und Opiate zeigt sich, dass erstere in stabileren Wohnverhältnissen leben als letztere (66 % in eigener Wohnung gegenüber 42 %). 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 Strafhaft befanden: Während dies beim Hauptdrogentyp Opiate insgesamt 10 % sind, betrifft dies bei den Substituierten nur 5 %. Alle anderen Suchttypen sind von Haft praktisch nicht berührt. Der bereits oben generell bemerkte Zusammenhang zwischen einer selbstständigeren Lebensweise und dem weiblichen Geschlecht zeigt sich auch beim genaueren Blick: Mit Ausnahme nur zweier Gruppen von Hauptdrogentypen leben Frauen immer häufiger in einer eigenen Wohnung bzw. einem eigenen Haus als die Männer. In der Gruppe der Opiatabhängigen und der pathologischen Spieler/innen leben die beiden Geschlechter jeweils gleich häufig in dieser (positiven)

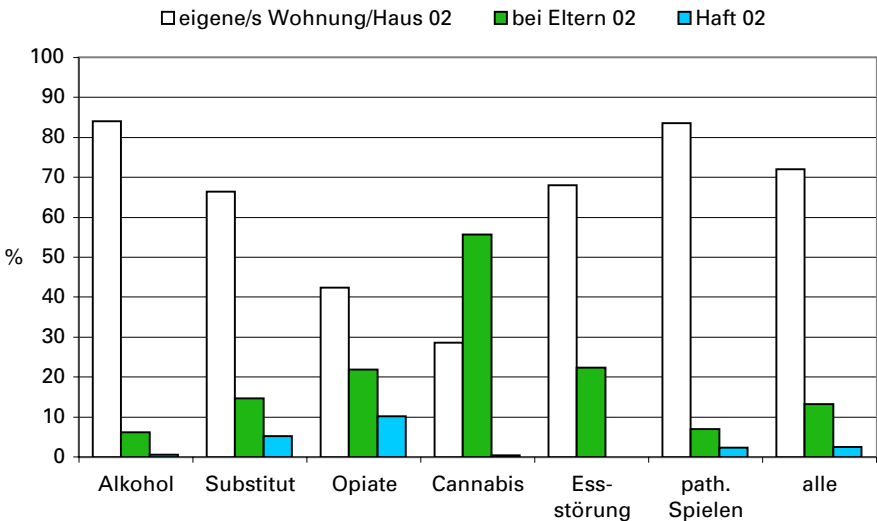


Abbildung 2.10: Wohnsituation nach Hauptdrogentypen (N=6.030), 2002

Wohnsituation, wobei die Anzahl der pathologischen Spielerinnen in dieser Betrachtung allerdings sehr klein ist (N=12). Es könnte sein, dass die Illegalität als ‚Begleitumstand‘ der Sucht nach Opiaten einen stärkeren Einfluss besitzt als Geschlecht und Alter.



Werden die vielfältigen Kategorien möglicher Wohnsituationen zu zweien zusammengefasst – stabil versus prekär¹⁸ – zeigen sich die zu erwartenden Unterschiede je nach Hauptdrogentyp deutlich (siehe Abbildung 2.11). Mit Abstand am häufigsten – in relativer Sichtweise – leben Opiatabhängige in prekären Wohnsituationen – jede/r Dritte dieser Gruppe ist davon betroffen.

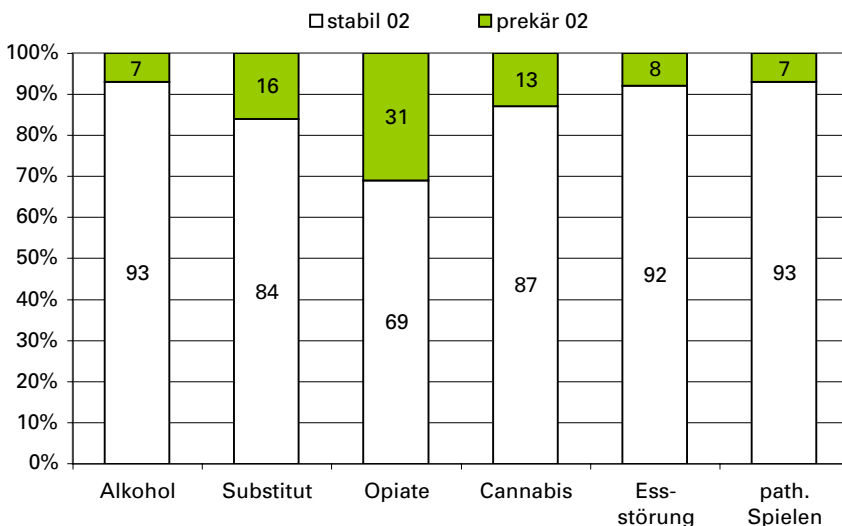


Abbildung 2.11: Wohnsituation nach Hauptdrogentypen (N=6.030), dichotomisiert, 2002

Hier zeigen sich die Einflüsse der Illegalität des Konsums dieser Substanzen und des Verfolgungsdruckes. Substituierte sind diesen Einflüssen weitgehend entkommen und befinden sich (nur) in 16 % aller Fälle in instabilen Wohnsituationen, damit jedoch immer noch deutlich häufiger als die Konsumenten/innen des legalen Rauschmittels Alkohol (7 %). Klienten/innen mit

¹⁸ Jemand lebt in einer prekären Wohnsituation, wenn er nicht in eigener Wohnung bzw. eigenem Haus, bei den Eltern oder Angehörigen lebt.

Essstörungen und pathologische Spieler/innen leben wie letztere auch weit überwiegend in stabilen Wohnsituationen (92 bzw. 93 %). Bei Betrachtung der absoluten Zahlen der hier abgebildeten Hauptdrogentypen wird deutlich, dass Alkoholiker/innen den größten Anteil an allen Klienten/innen in prekären Wohnsituationen haben (N=309). Betrachtet man jedoch die Abhängigen aller illegalen Substanzen zusammen, übertrifft diese Klientel diejenige mit legalen Störungen (N=403

Tabelle 2.7: Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen, dichotomisiert

| Hauptdrogentyp | | | Wohnsituation | | N |
|-------------------------------|--------|----------|---------------|--------|-------|
| | | | stabil | prekär | |
| Alkohol | Anteil | % | 91 % | 9 % | 3.307 |
| | Alter | Jahre, Ø | 43,9 | 38,7 | 3.259 |
| | Dauer | Jahre, Ø | 12,9 | 5,4 | 950 |
| Substitut | Anteil | % | 82 % | 18 % | 846 |
| | Alter | Jahre, Ø | 34,2 | 34,0 | 844 |
| | Dauer | Jahre, Ø | 8,2 | 5,2 | 277 |
| Opiat | Anteil | % | 67 % | 33 % | 638 |
| | Alter | Jahre, Ø | 31,2 | 30,4 | 634 |
| | Dauer | Jahre, Ø | 9,0 | 3,7 | 219 |
| Cannabis | Anteil | % | 86 % | 14 % | 302 |
| | Alter | Jahre, Ø | 21,4 | 19,2 | 298 |
| | Dauer | Jahre, Ø | 14,7 | ° | 112 |
| Essstörung | Anteil | % | 91 % | 9 % | 265 |
| | Alter | Jahre, Ø | 29,7 | 26,1 | 263 |
| | Dauer | Jahre, Ø | 10,9 | ° | 65 |
| path. Spielen | Anteil | % | 91 % | 9 % | 175 |
| | Alter | Jahre, Ø | 37,1 | 34,5 | 173 |
| | Dauer | Jahre, Ø | 10,3 | ° | 52 |
| alle Klienten und Klientinnen | | | 86 % | 14 % | 6.030 |

° = 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 91 % in stabilen Wohnverhältnissen. Diese sind im Durchschnitt 43,9 Jahre alt. Wenn solche Klienten/innen in stabilen Wohnverhältnissen leben, tun sie dies im Durchschnitt bereits 12,9 Jahre.

bzw. 349 Klienten/innen in prekären Wohnsituationen). Grundsätzlich sind die Klienten/innen, die in prekären Wohnsituationen leben, jünger als diejenigen, die in gefestigter Umgebung wohnen. Am wenigsten stark ausgeprägt ist dieser Zusammenhang für Substituierte und Opiatabhängige – in beiden Gruppen unterscheidet sich das Durchschnittsalter von solchen Klienten/innen in prekären und jenen in stabilen Wohnsituationen kaum voneinander (vgl. Tabelle 2.7).



Bei allen Hauptdrogentypen ist es so, dass prekäre Wohnsituationen kürzer andauern als stabile (Alkohol: 12,9 gegenüber 5,4 Jahren; Opiat: 9,0 Jahre gegenüber 3,7). Stabile Wohnsituationen sind bei den legalen Süchten deutlich länger als bei den illegalen: Alkoholiker/innen leben durchschnittlich 4,7 Jahre länger in geordneten Wohnverhältnissen als Substituierte. Die Ausnahme bildet die stabile Wohnsituation der Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten (14,7 Jahre): Dies ist auf das niedrigere Alter und das Wohnen in der elterlichen Wohnung zurück zu führen.

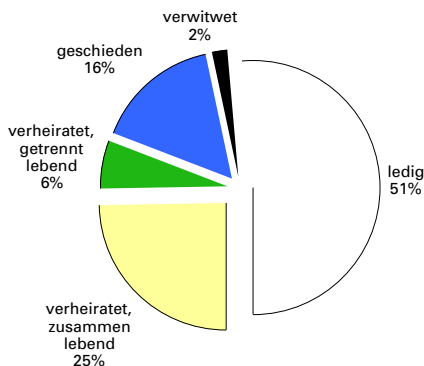


Insgesamt lassen sich hinsichtlich der Wohnsituation kaum Unterschiede im Vergleich der Jahre 2001 und 2002 feststellen.

2.8 Personenstand

Jede/r zweite Klient/in ist ledig, etwa jede/r dritte verheiratet, wobei jede/r vierte auch tatsächlich mit dem Ehepartner bzw. der -partnerin zusammen lebt (siehe Abbildung 2.12).

Abbildung 2.12:
Formaler Familien-
stand (N=5.678),
2002





In Abhängigkeit vom Hauptdrogentyp zeigen sich auch hier Unterschiede (Abbildung 2.13): Die Alkoholiker/innen besitzen mit Abstand die niedrigste Rate an Ledigen (36 %), zusammen mit den pathologischen Spieler/innen aber den höchsten Anteil an Menschen, die verheiratet mit ihrem Gatten bzw. der Gattin zusammen leben (33 bzw. 32 %). Klienten/innen der Gruppen Substitute und Opiate sind wesentlich häufiger ledig (71 bzw. 75 %) und bedeutend seltener verheiratet und mit Partner/in zusammenlebend (11 bzw. 9 %). Der überragende Anteil der Ledigen in der Gruppe der Cannabiskonsumenten (94 %) steht zweifellos in Zusammenhang mit ihrem niedrigen Alter.

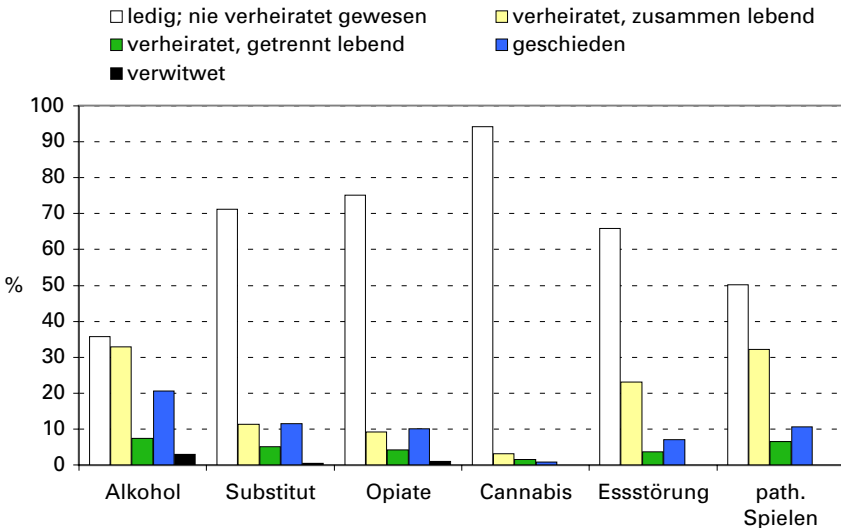


Abbildung 2.13: Formaler Familienstand nach Hauptdrogentyp (N=5.678), 2002



Über alle Hauptdrogentypen hinweg zeigt sich, dass – erwartungsgemäß – die Ledigen jünger sind als die Verheirateten, die mit der Partnerin bzw. dem Partner zusammenleben. Ansonsten zeigen sich starke Unterschiede zwischen Alkoholiker/innen auf der einen und Substituierten bzw. Opiatabhängigen auf der anderen Seite: Die gerade beschriebene Altersdifferenz ist bei der legalen Sucht wesentlich stärker ausgeprägt als bei der illegalen: Sie beträgt bei den Alkoholiker/innen

Tabelle 2.8: formaler Familienstand namentlich erfasster Klienten/innen, nach Hauptdrogentyp, 2002

| Hauptdrogentyp | Familienstand | | | | | | | N |
|-------------------------------|---------------|---------------------------------|---------------------------------|------------|-----------|-------|-------|-------|
| | ledig | verheiratet, zusammen lebend | verheiratet, getrennt lebend | geschieden | verwitwet | | | |
| Alkohol | Anteil | % | 36 % | 33 % | 8 % | 21 % | 3 % | 3.141 |
| | Alter | Jahre, Ø | 35,9 | 48,0 | 44,8 | 46,7 | 56,0 | 3.090 |
| | Dauer | Jahre, Ø | * | 18,2 | 5,3 | 10,2 | 7,6 | 1.068 |
| Substitut | Anteil | % | 71 % | 11 % | 4 % | 12 % | ° 1 % | 804 |
| | Alter | Jahre, Ø | 32,7 | 34,8 | 36,7 | 40,9 | ° | 802 |
| | Dauer | Jahre, Ø | * | 8,6 | ° | 10,1 | ° | 121 |
| Opiat | Anteil | % | 75 % | 9 % | 4 % | 10 % | ° 1 % | 591 |
| | Alter | Jahre, Ø | 29,0 | 34,9 | 37,0 | 40,8 | ° | 586 |
| | Dauer | Jahre, Ø | * | 10,5 | ° | 7,4 | ° | 85 |
| Cannabis | Anteil | % | 94 % | ° 3 % | ° 2 % | ° 1 % | - | 248 |
| | Alter | Jahre, Ø | 20,4 | ° | ° | ° | - | 245 |
| | Dauer | Jahre, Ø | * | ° | ° | ° | - | 6 |
| Essstörung | Anteil | % | 66 % | 23 % | ° 4 % | 7 % | - | 267 |
| | Alter | Jahre, Ø | 24,7 | 38,6 | ° | 44,1 | - | 265 |
| | Dauer | Jahre, Ø | * | 12,0 | ° | ° | - | 38 |
| path. Spielen | Anteil | % | 50 % | 32 % | ° 7 % | 11 % | - | 167 |
| | Alter | Jahre, Ø | 33,3 | 40,9 | ° | 42,4 | - | 166 |
| | Dauer | Jahre, Ø | * | 9,5 | ° | ° | - | 34 |
| alle Klientinnen und Klienten | % | | 51 % | 51 % | 25 % | 6 % | 16 % | 2 % |

* = systematisch nicht sinnvoller Wert, denn Klienten/innen sind schon immer ledig.

° = N < 15

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

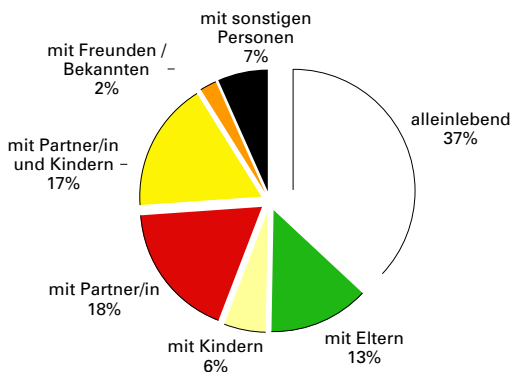
mehr als 12 Jahre, bei den Substituierten weniger als zwei Jahre (siehe Tabelle 2.8). Abhängige des legalen Rauschmittels Alkohols sind auch wesentlich länger verheiratet als Substituierte oder Opiatabhängige (durchschnittlich länger als 18 Jahre gegenüber 8,6 bzw. 10,5 Jahren) – eine Aussage, die aufgrund der chronologischen Dokumentationsweise getroffen wer-



den kann. Beides steht in Zusammenhang mit dem durchschnittlich höherem Alter der Alkoholiker/innen. Im Blick auf die Jahre 2001 und 2002 zeigen sich keine bedeutenden Veränderungen.

Die Betrachtung der tatsächlichen Familienkonstellation kann eine eventuell vorschnelle Bewertung des großen Anteils lediger Klienten/innen relativieren: Tatsächlich leben „nur“ 37 % aller Klienten/innen allein, annähernd 2/3 der Klienten/innen leben also – in unterschiedlichen Formen – mit anderen Menschen zusammen. Fast jede/r Vierte teilt sein Leben mit Kindern, ungefähr jede/r Achte lebt mit den Eltern zusammen (siehe Abbildung 2.14).

Abbildung 2.14:
Tatsächliche Familienkonstellation
(N=4.926), 2002



Auch hier bestehen zwischen den Gruppen der unterschiedlichen Hauptdrogentypen klare Unterschiede: Am häufigsten allein leben Alkoholiker/innen (siehe Tabelle 2.9). Trotzdem leben nur die pathologischen Spieler/innen häufiger als sie in einer klassischen Familienkonstellation (mit Partner/in oder mit Partner/in und Kindern: 55 % bzw. 47 %). Am häufigsten mit den Eltern leben Cannabiskonsumenten/innen zusammen. Klienten/innen der Gruppen Substitute und Opiate leben mit Abstand seltener in diesen Familienformen, dafür häufiger mit den Eltern oder aber mit Freunden, Bekannten und sonstigen Personen zusammen. Letzteres – durchaus als Zeichen sozialer Desintegration zu verstehen – trifft auf mehr als jeden fünften Opiatabhängigen zu.

Tabelle 2.9: Tatsächliche Familienkonstellation, nach Hauptdrogentyp, 2002

| Hauptdrogentyp | Familienstand | | | | | | | N |
|----------------------------------|---------------|----------------|-------------|----------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|-------|
| | alleinlebend | mit Elternteil | mit Kindern | mit Partner/in | mit Partner/in und Kindern | mit Freunden/ Bekanntem | mit sonstigen Personen | |
| Alkohol | 40 % | 7 % | 6 % | 21 % | 20 % | 1 % | 4 % | 2.776 |
| Substitut | 38 % | 16 % | 4 % | 17 % | 13 % | 4 % | 8 % | 669 |
| Opiat | 35 % | 19 % | 3 % | 11 % | 11 % | 4 % | 18 % | 462 |
| Cannabis | 23 % | 54 % | ° 3 % | ° 6 % | ° 3 % | ° 1 % | 11 % | 226 |
| Essstörung | 24 % | 22 % | 9 % | 19 % | 15 % | ° 5 % | 7 % | 254 |
| path. Spielen | 31 % | ° 8 % | ° 6 % | 21 % | 28 % | ° 1 % | ° 7 % | 139 |
| alle Klientinnen und Klienten | 37 % | 13 % | 6 % | 18 % | 17 % | 2 % | 7 % | 4.926 |

° = N < 15

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



Weder beim formalen noch beim tatsächlichen Familienstand haben sich vom Jahr 2001 zum Jahr 2002 gravierende Veränderungen ergeben.

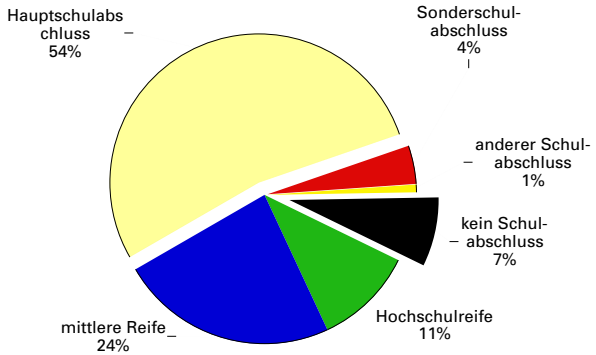
2.9 Der Bildungs- und Ausbildungsstand

Die große Mehrheit der Klienten/innen der ambulanten Einrichtungen des schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfesystems im Alter von 18 Jahren oder älter besitzt als höchsten Schulabschluss den Hauptschulabschluss (54 %). Ein Viertel verfügt über die Mittlere Reife und jede/r Zehnte über die Hochschulreife. 7 % der Klienten/innen haben die Schule nicht mit einem Abschluss beendet (siehe Abbildung 2.15).



Am niedrigsten qualifiziert zeigen sich die Opiatabhängigen und Substituierten: Von ihnen besitzen nur 22 bzw. 25 % die Hochschul- oder Mittlere Reife (siehe Tabelle 2.10), während 19 bzw. 16 % entweder über keinen oder den Sonderschulabschluss verfügen. Den Gegenpol bilden die Essgestörten: Unter ihnen sind 70 % mit Hochschul- oder Mittlerer Reife und nur 2 % ohne einen Schulabschluss zu finden.

Abbildung 2.15:
Höchster Schulabschluss, Klienten/innen älter oder gleich 18 Jahre (N=3.427), 2002



Im Vergleich zum Jahr 2001 besitzen Klienten/innen der Hauptdroge Cannabis im Jahr 2002 häufiger den Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss (plus 18 Prozentpunkte) und seltener keinen oder den Sonderschulabschluss (minus 17 Prozentpunkte). Bei den Opiatabhängigen und Substituierten verstärkt sich die Unterqualifikation: Sie besitzen noch seltener die Hochschulreife (minus 1 bzw. minus 2 Prozentpunkte)

Tabelle 2.10: Höchster Schulabschluss, Klienten/innen älter oder gleich 18 Jahre, nach Hauptdrogentyp, 2002

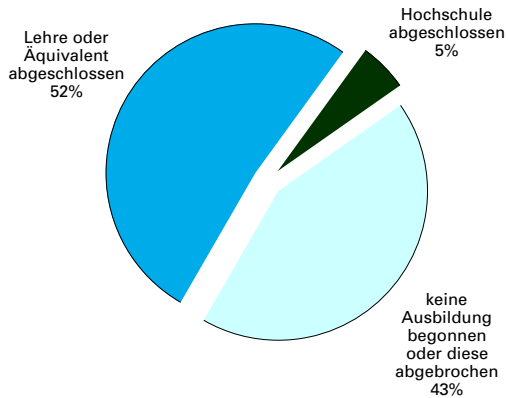
| Hauptdrogentyp | Schulabschluss | | | | | | N |
|-------------------------------|----------------|----------------|---------------------|----------------------|------------------------|---------------------|-------|
| | Hochschulreife | mittlere Reife | Hauptschulabschluss | Sonderschulabschluss | anderer Schulabschluss | kein Schulabschluss | |
| Alkohol | 12 % | 24 % | 55 % | 5 % | ° 1 % | 5 % | 1.877 |
| Substitut | 7 % | 18 % | 58 % | 4 % | ° 1 % | 12 % | 547 |
| Opiat | 4 % | 18 % | 57 % | 5 % | ° 2 % | 14 % | 393 |
| Cannabis | 15 % | 24 % | 52 % | ° 1 % | - | 8 % | 85 |
| Essstörung | 31 % | 39 % | 27 % | ° 1 % | - | ° 2 % | 142 |
| path. Spielen | ° 9 % | 38 % | 48 % | ° 3 % | - | ° 2 % | 131 |
| alle Klientinnen und Klienten | 11 % | 23 % | 54 % | 4 % | 1 % | 7 % | 3.427 |

° = N < 15

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

und noch häufiger keinen Abschluss als im vergangenen Jahr (plus 2 bzw. plus 1 Prozentpunkt(e)). Ein zweiter Faktor individueller Qualifikation und damit auch Berufschance ist der Abschluss einer Berufsausbildung bzw. eines Studiums. 43 % aller Klienten/innen haben keine Ausbildung begonnen oder aber diese abgebrochen – nur jede/r Zweite kann einen Berufsausbildungsabschluss bzw. eine vergleichbare Qualifikation vorweisen (siehe Abbildung 2.16).

Abbildung 2.16:
Ausbildungsabschluss (N=2.949), 2002



Die einzelnen Gruppen von Suchttypen unterscheiden sich erheblich: Alkoholiker/innen und pathologische Spieler/innen weisen im Vergleich zu den anderen Hauptdrogentypen sehr viel häufiger eine abgeschlossene Berufsausbildung auf (jeweils 64 % – siehe Abbildung 2.17) – ungefähr jede/r Dritte dieser Gruppen hat die Ausbildung abgebrochen oder nie begonnen. Genau anders herum verhält es sich bei den Opiatabhängigen und Substituierten: Sie besitzen nur zu einem Drittel eine abgeschlossene Berufsausbildung, jeweils etwa 64 % haben die Ausbildung aber abgebrochen oder gar nicht erst begonnen. Der sehr hohe Anteil von Cannabiskonsumenten/innen mit fehlendem Ausbildungsbeginn bzw. Abbruch (81 %) findet seine Erklärung im geringen Alter dieser Gruppe. Gleiches gilt für die Gruppe der Essgestörten (51 %).

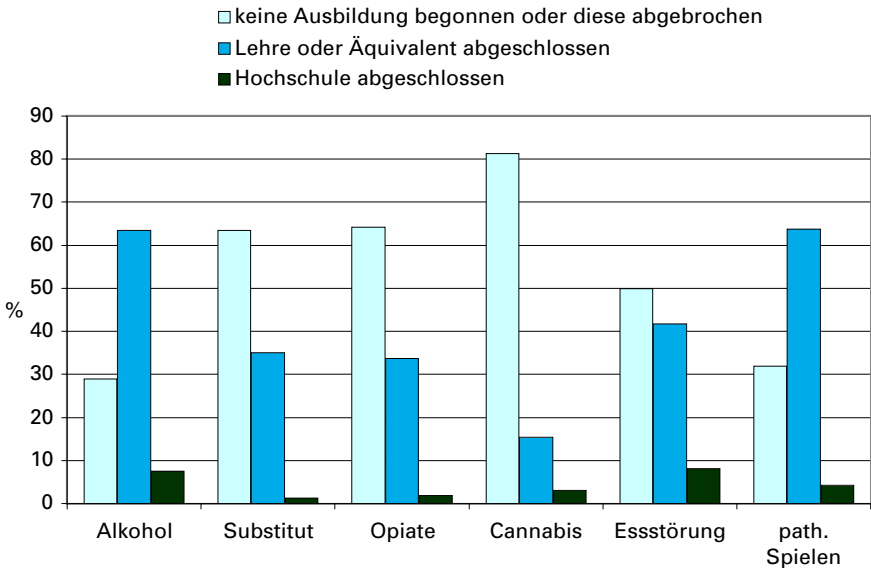
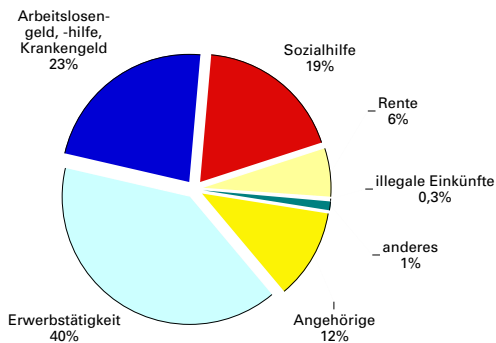


Abbildung 2.17: Ausbildungsabschluss nach Hauptdrogentypen (N=2.949), 2002

2.10 Die berufliche und finanzielle Situation

Annähernd 40 % aller Klienten/innen haben in einer eigenen Erwerbstätigkeit ihre Haupteinkommensquelle (siehe Abbildung 2.18). Ein größerer Anteil lebt von Transferleistungen der öffentlichen Hand oder der Sozialversicherungsträger: 42 % beziehen ihr Haupteinkommen aus Arbeitslosengeld oder -hilfe, Krankengeld oder Sozialhilfe.

Abbildung 2.18: Haupteinkommensquelle (N=4.202), 2002





Im Einzelnen zeigen sich deutliche Unterschiede: Mit der Heroinabhängigkeit ist die Erwerbstätigkeit weit weniger vereinbar als mit dem Alkoholismus oder substanzungebundenen Süchten. Während Substituierte und Opiatabhängige nur zu 21 % bzw. 26 % ihr Haupteinkommen durch die Erwerbstätigkeit gewinnen, sind

Tabelle 2.11: Haupteinkommensquelle, nach Hauptdrogentyp, 2002

| Hauptdrogentyp | | Haupteinkommensquelle | | | | | | | | N |
|-------------------------------|--------|-----------------------|--|-------------|------------|-------|--------------------|---------|-------|-------|
| | | Erwerbstätigkeit | Arbeitslosengeld, -hilfe, Krankengeld | Sozialhilfe | Angehörige | Rente | illegale Einkünfte | anderes | | |
| Alkohol | Anteil | % | 46 % | 24 % | 12 % | 9 % | 9 % | ° 0 % | 1 % | 2.408 |
| | Alter | J | 43,3 | 42,6 | 39,5 | 40,6 | 59,1 | ° | 39,1 | 2.377 |
| | Dauer | J | 15,8 | 3,9 | 6,7 | 12,9 | 6,8 | - | ° | 674 |
| Substitut | Anteil | % | 21 % | 30 % | 38 % | 6 % | 3 % | ° 1 % | ° 1 % | 568 |
| | Alter | J | 33,7 | 35,4 | 33,1 | 27,4 | 41,5 | ° | ° | 567 |
| | Dauer | J | 4,8 | 5,2 | 6,6 | 9,8 | 4,0 | - | ° | 134 |
| Opiat | Anteil | % | 26 % | 23 % | 41 % | 8 % | ° 1 % | ° 1 % | ° 1 % | 412 |
| | Alter | J | 31,8 | 34,0 | 31,1 | 20,2 | ° | ° | ° | 411 |
| | Dauer | J | 6,2 | 4,5 | 5,6 | ° | ° | ° | ° | 108 |
| Cannabis | Anteil | % | 37 % | 8 % | 10 % | 45 % | - | - | ° 1 % | 193 |
| | Alter | J | 24,6 | ° | 23,6 | 17,7 | - | - | ° | 190 |
| | Dauer | J | 4,6 | ° | ° | 15,4 | - | - | - | 58 |
| Essstörung | Anteil | % | 47 % | ° 6 % | 8 % | 35 % | ° 2 % | - | ° 1 % | 195 |
| | Alter | J | 32,5 | ° | 31,4 | 26,9 | ° | - | ° | 194 |
| | Dauer | J | ° | ° | ° | 13,5 | ° | - | - | 29 |
| path. Spielen | Anteil | % | 54 % | 28 % | ° 8 % | ° 4 % | ° 7 % | - | ° 1 % | 139 |
| | Alter | J | 36,0 | 36,3 | ° | ° | ° | - | ° | 129 |
| | Dauer | J | 9,1 | ° | ° | - | ° | - | - | 40 |
| alle Klientinnen und Klienten | | % | 40 % | 40 % | 23 % | 19 % | 12 % | 6 % | ° 1 % | 1 % |

J = Jahre, durchschnittlich

° = N < 15

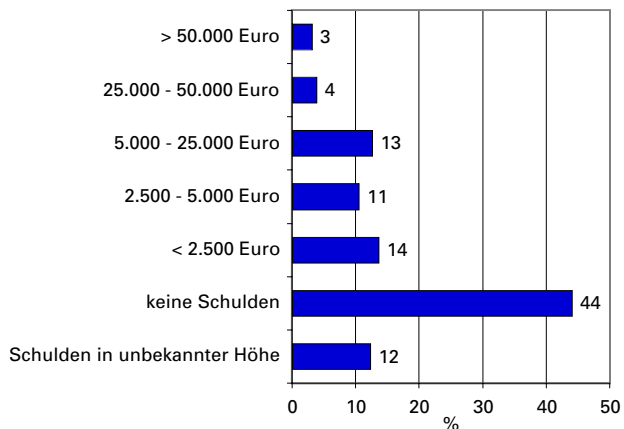
Die Hauptdrogentypen Kokain, Amphetamine, LSD, Ecstasy, Medikamente, Nikotin und andere Störungen fehlen auf Grund zu geringer Fallzahlen.

dies bei den Alkoholiker/innen und Essgestörten 46 % bzw. 47 % und von den pathologischen Spieler/innen 54 % (siehe Tabelle 2.11). Dieses Muster setzt sich beim Blick auf die Transferleistungen fort: Das Haupteinkommen der pathologischen Spieler/innen und Alkoholiker/innen gründet in 36 % auf den oben genannten Transferleistungen – das der Substituierten und Opiatabhängigen aber in 68 % bzw. 64 % der Fälle. Essgestörte und Cannabiskonsument/innen leben primär von diesen Transferleistungen nur in sehr geringem Maße, dies hat seine Ursache in dem geringen Alter beider Gruppen und findet seine Entsprechung in jeweils hohen Anteilen bei der Versorgung durch die Eltern (35 % bzw. 45 %).

Das geringere Alter der Heroinabhängigen im Vergleich zu den Alkoholiker/innen spiegelt sich in der Dauer der Erwerbstätigkeit dieser unterschiedlichen Gruppen wider: Während Alkoholabhängige durchschnittlich seit fast 16 Jahren in der Erwerbstätigkeit die Haupteinkommensquelle besitzen, ist sie dies für Heroinabhängige erst seit etwa 6 Jahren.

Von etwa jedem fünften Klienten bzw. jeder fünften Klientin liegen Daten zur Schuldenhöhe vor, so dass auch zu diesem Indikator der finanziellen Situation Aussagen gemacht werden können (siehe Abbildung 2.19): Fast die Hälfte der Klienten/innen hat keine Schulden, etwa jede/r Vierte bis zu 5.000 Euro und ungefähr 20 % haben mehr als 5.000 Euro Schulden.

Abbildung 2.19:
Schuldenhöhe
(N=2.179), 2002





Insbesondere die pathologischen Spieler/innen gehören zu den höher verschuldeten Klienten/innen: In den Kategorien jenseits der 5.000-Euro-Grenze besitzen sie jeweils die stärksten Anteile, während sie am seltensten keine Schulden haben (9 %). Hier besitzen die Essgestörten und Cannabiskonsument/innen mit weitem Abstand vor den Alkoholiker/innen die stärksten Anteile (72 % bzw. 73 %; siehe Tabelle 2.12).

Tabelle 2.12: Schuldenhöhe, nach Hauptdrogentyp, 2002

| Hauptdrogentyp | Schuldenhöhe | | | | | | | | N |
|-------------------------------|----------------|--------------|----------------------|-----------------------|------------------------|---------------|-----------------|-------|---|
| | keine Schulden | < 2.500 Euro | 2.500 bis 5.000 Euro | 5.000 bis 25.000 Euro | 25.000 bis 50.000 Euro | > 50.000 Euro | unbekannte Höhe | | |
| Alkohol | 50 % | 11 % | 9 % | 12 % | 4 % | 4 % | 10 % | 1.250 | |
| Substitut | 27 % | 19 % | 14 % | 12 % | ° 3 % | ° 1 % | 25 % | 324 | |
| Opiat | 27 % | 18 % | 15 % | 18 % | ° 3 % | ° 3 % | 16 % | 196 | |
| Cannabis | 73 % | ° 15 % | ° 6 % | ° 2 % | - | - | ° 4 % | 52 | |
| Essstörung | 72 % | ° 8 % | ° 4 % | ° 8 % | ° 5 % | - | ° 4 % | 103 | |
| path. Spielen | ° 12% | ° 9 % | 18 % | ° 18 % | 31 % | ° 10 % | ° 9 % | ° 5 % | |
| alle Klientinnen und Klienten | 44% | 44 % | 14 % | 11 % | 13 % | 4 % | 3 % | 12 % | |

° = N < 15

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



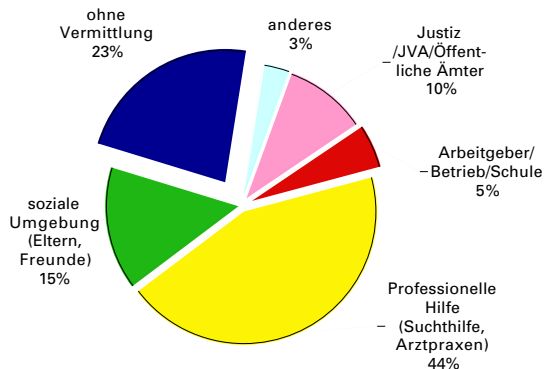
Auch bei der finanziellen bzw. beruflichen Situation gibt es im Vergleich der Jahre 2001 und 2002 keine gravierenden Veränderungen.

2.11 Der Weg in das Hilfesystem hinein und wieder hinaus

Fast jede zweite Behandlung im ambulanten Suchtkrankenhilfesystem Schleswig-Holsteins kommt durch Vermittlung von professionellen Helferinnen und Helfern zustande, die sowohl innerhalb dieses selben Hilfesystems (z. B. Drogenberatung) stehen können als auch außerhalb davon (z. B. Arztpraxen) (44 % – siehe Abbildung 2.20). Annähernd jede vierte Behandlung

wird begonnen durch die eigene Motivation der Klienten/innen, die also selbst den Kontakt zur ambulanten Einrichtung ohne Vermittlung suchen (23 %). Etwa jeder siebte Behandlungsbeginn steht in Zusammenhang mit Institutionen außerhalb des professionellen Hilfesystems wie z. B. Justiz oder Schule.¹⁹ Zwischen Männern und Frauen gibt es beim Eintritt in das Hilfesystem in dieser Hinsicht nur geringe Unterschiede: Behandlungen der Frauen beginnen etwas häufiger aufgrund eigener Motivation und durch Vermittlung anderer professioneller Hilfe, Männer werden häufiger durch dritte Institutionen – insbesondere die justiziellen – vermittelt.

Abbildung 2.20:
Vermittlung in das
Hilfesystem
 (N=7.261 Behandlungen, N=6.731 Klienten/innen), 2002



Zwischen den einzelnen Hauptdrogentypen bestehen einige Unterschiede: So werden die Alkoholiker/innen am häufigsten durch professionelle Helfer/innen in das ambulante Suchtkrankenhilfesystem vermittelt (51 %), ihnen folgen die Substituierten (46 %), mit weitem Abstand die Opiatabhängigen (34 %) und schließlich die Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten (24 %). Die Behandlungen letzterer werden in hohem Maße durch die soziale Umgebung (26 %) und Schule bzw. Arbeitgeber angesprochen (21 % – dieser Wert wird von

¹⁹ Nachdem die vorangegangenen Abschnitte soziodemographische Merkmale der Klienten/innen präsentierten, die auf Daten des Biographiekataloges des Dokumentationssystems HORIZONT beruhen, fußen die anschließenden Analysen auf den Behandlungsdaten. Angaben zur Anzahl der Fälle beziehen sich also auf die Anzahl der Behandlungen, nicht auf die der Klienten/innen.

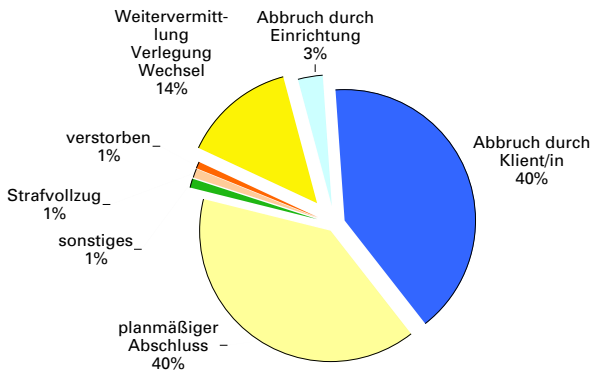
keinem anderen Hauptdrogentyp übertroffen). Überdies durchschnittlich oft ohne Beteiligung anderer Personen oder Institutionen beginnen die Klienten/innen der Hauptdrogentypen Substitute (32 %), Opiate (31 %), Kokain (43 %), pathologische Spiele (39 %) und Essstörungen (32 %) ihre Behandlungen.



An den beschriebenen Relationen zwischen den Hauptdrogentypen und der Gesamtverteilung haben sich zwischen den Jahren 2001 und 2002 keine wesentlichen Veränderungen ergeben.

Beendet werden die Behandlungen zu gleich hohen Teilen durch den planmäßigen Abschluss und den Abbruch durch die Klienten/innen (jeweils 40 % – siehe Abbildung 2.21). In 14 % der Fälle beendet eine gezielte Weitervermittlung die dokumentierte Behandlung. Abbrüche der Behandlungen durch die ambulanten Einrichtungen spielen so gut wie keine Rolle (3 %).

Abbildung 2.21:
Art der Beendigung der Behandlung (N=4.740 Behandlungen, N=4.464 Klienten/innen), 2002

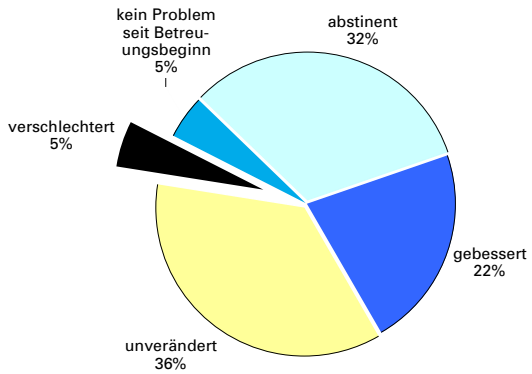


Die genauere Betrachtung der beiden dominierenden Arten der Behandlungsbeendigung – planmäßiger Abschluss und Abbruch durch Klient/in – offenbart Unterschiede zwischen den Hauptdrogentypen: Während Alkoholiker/innen bei beiden Typen der Beendigung nicht vom Durchschnitt aller Klienten/innen abweichen, liegt der Anteil der planmäßigen Abschlüsse bei den Substituierten nur bei 17 %, während hier der Anteil der „Abbrüche durch Klient/in“ überdurchschnittlich hohe 55 % beträgt. Opiatabhängige weisen kaum über- oder unterdurchschnittliche Werte auf. Cannabiskonsumen-



tinnen und -konsumenten besitzen die größte Rate an planmäßigen Abschlüssen (48 %). Im Vergleich der Jahre 2001 und 2002 zeigt sich ein Anstieg der planmäßigen Abschlüsse, der mit einem Absinken der Abbrüche durch die Klienten/innen korrespondiert. Vor allem in der Untergruppe der Opiatabhängigen hat sich hier eine Veränderung ergeben: Diese Suchtkranken führten ihre Behandlungen häufiger zu dem geplanten Abschluss als im vergangenen Jahr. Aussagen über die Art des Abschlusses der Behandlung allein geben noch keine Auskunft darüber, inwiefern der Suchterkrankung erfolgreich begegnet wurde. Hierüber gibt unter anderem der Konsumstatus nach dem Ende der Behandlung Aufschluss: Mehr als jede/r Zweite der Klienten/innen verlässt die Behandlung mit einem gebesserten Konsumstatus oder sogar abstinent (zusammen 54 % – siehe Abbildung 2.22). Dagegen bleibt bei mehr als jeder/m dritten Klienten/in der Konsumstatus unverändert.

Abbildung 2.22:
Konsumstatus nach dem Ende der Behandlung (N=3.936 Behandlungen, N=3.719 Klienten/innen), 2002



Auch hier existieren zwischen den einzelnen Hauptdrogentypen erhebliche Unterschiede (siehe Tabelle 2.13): Während Alkoholiker/innen die Abstinenz in über 40 % der Fälle bescheinigt wird – und sie zusammen mit dem Anteil ‚gebessert‘ eine Rate von insgesamt 60 % positiver Veränderung erreichen, attestieren die Mitarbeiter/innen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins den Substituierten die Abstinenz in 9 % und den Opiatabhängigen in 25 % der Fälle. Mit dem Anteil der Besserung erreichen sie jedoch Raten

positiver Veränderung von 43 % und 51 %. Die Werte der Cannabiskonsumenten/innen ähneln denen der Substituierten und der Opiatabhängigen – auch sie besitzen nur einen kleinen Teil erreichter Abstinenz und kommen zusammen mit dem Anteil der Besserung auf eine Rate von 50 % positiver Veränderung. Diese Zahlen zeigen, dass es hinsichtlich der Zielsetzungen nicht nur um die vollständige Abstinenz, sondern zumindest gleichwertig um eine Reduktion des Konsums geht. Das erstgenannte Ziel ist offensichtlich während der Behandlung bei den Alkoholabhängigen leichter zu erreichen als bei Heroinabhängigen.

Tabelle 2.13: Konsumstatus nach dem Ende der Behandlung, nach Hauptdrogentyp, 2002

| Hauptdrogentyp | Konsumstatus | | | | | N |
|----------------------------------|--------------|-----------|---------------------------------------|-------------|----------------|-------|
| | abstinenter | gebessert | kein Problem seit Betreuungsbeginn | unverändert | verschlechtert | |
| Alkohol | 41 % | 19 % | 5 % | 31 % | 5 % | 2.378 |
| Substitut | 9 % | 34 % | ° 1 % | 48 % | 9 % | 343 |
| Opiat | 25 % | 25 % | ° 1 % | 43 % | 6 % | 397 |
| Cannabis | 16 % | 34 % | ° 2 % | 56 % | ° 2 % | 189 |
| Essstörung path. Spielen | ° 4 % | 48 % | ° 10 % | 35 % | ° 2 % | 96 |
| | 32 % | 38 % | 17 % | ° 6 % | 38 % | - |
| alle Klientinnen und Klienten | 32 % | 32 % | 22 % | 5 % | 36 % | 5 % |

* =Behandlungen

° = N < 15

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

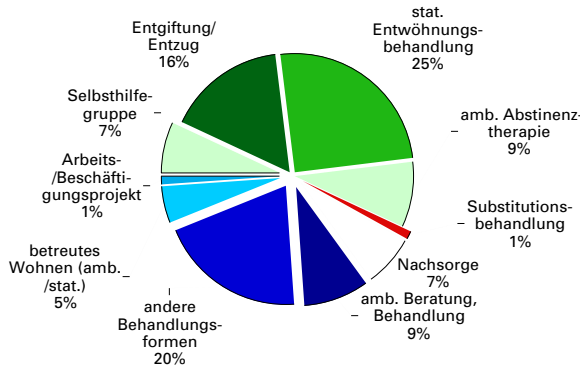


Über alle Klienten/innen betrachtet ergeben sich zwischen den Jahren 2001 und 2002 keine Veränderungen. Die Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten erreichen aber etwas höhere Werte in der Kategorie ‚gebesserter Status‘ (plus 7 Prozentpunkte), während die Substituierten sich beim Anteil der erreichten Absti-

nenz um 8 Prozentpunkte und die pathologischen Spieler/innen beim Anteil ‚gebessert‘ um 10 Prozentpunkte verschlechtern.

Wohin werden die Klienten/innen nach dem Ende der jeweils aktuellen Behandlung vermittelt? – Für 1.503 Behandlungen liegen hierzu Daten vor: Etwa jede/r dritte Klient/in wird in die stationäre oder ambulante Abstinenztherapie, jede/r sechste in die Entgiftung vermittelt, ein ebenso großer Anteil findet den Weg in andere ambulante Beratungs-, Behandlungs- oder Nachsorgeangebote (siehe Abbildung 2.23).

Abbildung 2.23:
Weitervermittlung nach dem Ende der Behandlung (N=1.503 Behandlungen, N=1.433 Klienten/innen), 2002



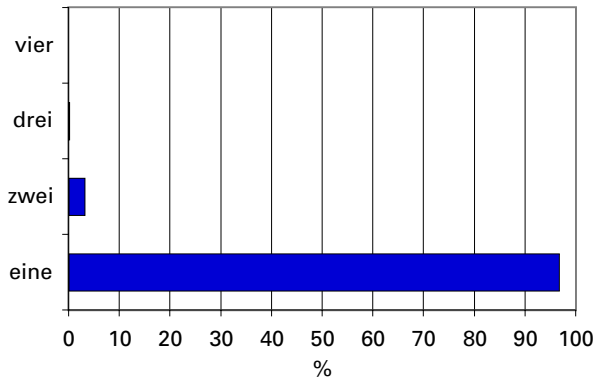
Nennenswerte Veränderungen hat es zwischen den Jahren 2001 und 2002 nicht gegeben.

Die vorhergehenden Überlegungen bezogen sich im wesentlichen auf die implizite Annahme, dass die Klienten/innen von außerhalb in das Hilfesystem hinein kommen, dort an einer Stelle Hilfe in Anspruch nehmen und das System danach wieder verlassen. Es kann nun aber auch sein, dass die Klienten/innen an mehreren Stellen im Hilfesystem betreut werden. Solche Doppel- und Mehrfachbetreuungen können mit Hilfe einer Überlappungsanalyse erkannt werden, bei der die „Bewegungen“ der Klienten/innen in anonymisierter Form mit Hilfe von HIV-Code, Klientennummer und Datumsangaben betrachtet werden.

Es ist festzustellen, dass die Klienten/innen des schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfesystems in überaus hohem Maße nur von einer ambulanten Einrichtung zur Zeit betreut werden (97 % – siehe Abbildung

2.24). Lediglich 3 % der namentlich erfassten Klienten/innen besitzen in zwei bis vier Einrichtungen Betreuungen – insgesamt sind dies 292 Personen.

Abbildung 2.24:
Mehrfachbetreuungen: Anzahl der Einrichtungen, von denen gleiche Klienten/innen im selben Jahr betreut werden (N=8.907 namentlich erfasste Klienten/innen), 2002



Zwischen den einzelnen Hauptdrogentypen bestehen kaum Unterschiede: Substituierte und Opiatabhängige besitzen etwas häufiger Mehrfachbetreuungen (6 % – siehe Tabelle 2.14) als die anderen Gruppen. Die Can-

Tabelle 2.14: Mehrfachbetreuungen: Anzahl der Einrichtungen, von denen Klienten/innen gleichzeitig betreut werden, nach Hauptdrogentyp, 2002

| Hauptdrogentyp | Anzahl gleichzeitig betreuender Einrichtungen | | | | N* |
|-------------------------------|---|---------|---------|---------|-------|
| | eine | zwei | drei | vier | |
| Alkohol | 97 % | 3 % | ° 0,1 % | - | 4.168 |
| Substitut | 94 % | 6 % | ° 0,1 % | ° 0,1 % | 1.155 |
| Opiat | 94 % | 6 % | ° 0,3 % | - | 1.010 |
| Cannabis | 99,6 % | ° 0,4 % | - | - | 540 |
| Essstörung | 99 % | ° 1 % | - | - | 303 |
| path. Spielen | 98 % | ° 2 % | ° 0,5 % | - | 213 |
| alle Klienten und Klientinnen | 96,7 % | 3,2 % | 0,1 % | 0,01 % | 8.907 |

* = namentlich erfasste Klienten/innen

° = N < 15

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

nabiskonsumenten/innen werden nur zu 0,4 % gleichzeitig von mehreren Einrichtungen betreut.²⁰

2.12 Die Leistungen des ambulanten Hilfesystems

Die 51 Einrichtungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems Schleswig-Holsteins, deren dokumentierte Daten hier ausgewertet werden, haben im Jahr 2002 annähernd 100.000 erbrachte Leistungen elektronisch festgehalten: Genau waren es 98.868 Tätigkeitseinträge. Damit wird fast punktgenau dieselbe Gesamtzahl an Leistungen erreicht wie im Jahr 2001, als 52 Einrichtungen 98.444 Leistungen dokumentierten.

Die Leistungen teilen sich nach dem schleswig-holsteinischen Leistungskatalog in die Hauptkategorien Information, Beratung, Vermittlung, Therapie/Behandlung, Begleitung und andere Hilfen auf. Bevor im Folgenden grundlegende Bereiche dieser Leistungsdokumentation analysiert werden, werden an dieser Stelle kurz die einzelnen Tätigkeitskategorien erläutert:

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

²⁰ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Einrichtungen aus Kiel Daten für den Jahresbericht 2002 geliefert haben. Deshalb könnte es sein, dass die schleswig-holsteinischen Großstädte unterrepräsentiert sind. Erfahrungsgemäß sind in den größeren Städten die Hilfesysteme spezialisierter und deshalb größere Überlappungsraten zu erwarten. Aus einer vergleichbaren Untersuchung für die Stadt Hamburg ist bekannt, dass dort bei 21 % der Konsumenten/innen illegaler Drogen und bei 8 % der Alkoholiker/innen Mehrfachbetreuungen existieren (Martens et al. 2003).

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. Die Vermittlung beschreibt hier also – in einem engeren Sinne – eine *abschließende* Tätigkeit eines Beratungsprozesses.

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.

Den größten Anteil an den annähernd 100.000 für Angehörige und Klienten/innen erbrachten Leistungen besitzen die Beratungstätigkeiten (45 % – siehe Abbildung 2.25), dicht gefolgt von Therapiemaßnahmen (38 %). Einen sehr viel geringeren Anteil haben Informations- und Vermittlungsleistungen, wobei letztere oftmals – im Sinne der oben genannten engen Definition – die abschließenden Tätigkeiten in einem längeren Bera-

tungsprozess fassen. Zwischen den Geschlechtern bestehen leichte Unterschiede: Frauen erhalten häufiger Beratungsleistungen als Männer (50 % bzw. 43 %), Männer dagegen nehmen eher therapeutische Leistungen in Anspruch als Frauen (39 % bzw. 35 %).

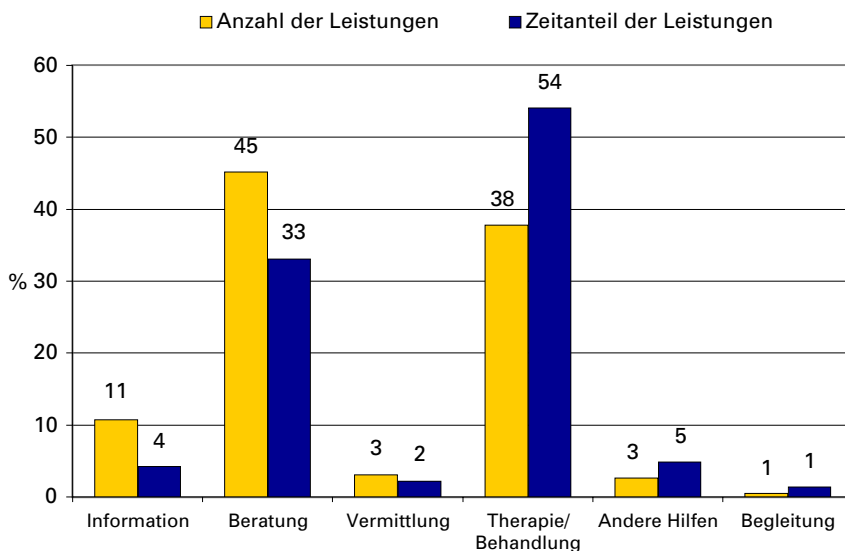


Abbildung 2.25: In Anspruch genommene Leistungen, anzahlbezogen und nach Zeitanteilen (N=98.868 Leistungen), 2002

Da die einzelnen Leistungskategorien im Durchschnitt einen unterschiedlich langen Zeitaufwand verursachen, können die Anteile der verschiedenen Kategorien nur angemessen beurteilt werden, wenn die Leistungsdauer berücksichtigt wird. In dieser Betrachtungsweise zeigt sich, dass die therapeutischen Leistungen (u. a. PSB, ambulante Reha) den Schwerpunkt der Arbeit der ambulanten Einrichtungen des schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfesystems bilden. 54 % der dokumentierten Zeit wird für die Therapie/Behandlung aufgewendet, 33 % für die Beratung der Klienten/innen, Informationsleistungen beanspruchen insgesamt 4 % aller Zeit (siehe Abbildung 2.25).

Auch unter diesem Blickwinkel setzen sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede fort: Die erbrachte

Leistungszeit für Männer besitzt einen größeren Anteil für therapeutische Leistungen als die der Frauen (55 % bzw. 52 %), allerdings schwächt sich diese Differenz im Vergleich zur rein numerischen Betrachtung ab. Dies hat seine Begründung in der durchschnittlich unterschiedlichen Länge der für Männer und Frauen erbrachten therapeutischen Leistungen (siehe unten, Abbildung 2.27). Für Frauen wird dagegen ein größerer Anteil der Zeit für Beratungsleistungen als für Männer aufgewendet (37 % bzw. 31 %).



Vom Jahr 2001 zum Jahr 2002 zeigt sich ein deutlicher Umschwung von den Beratungs- hin zu den therapeutischen Leistungen (siehe Abbildung 2.26): Der zeitliche Anteil der Beratungsleistungen sinkt von 49 % im Jahr 2001 auf nun 33 %. Gleichzeitig ist der zeitliche Anteil therapeutischer Leistungen im Jahr 2002 auf 54 % gestiegen, nachdem er im Vorjahr noch 38 % betragen hatte.

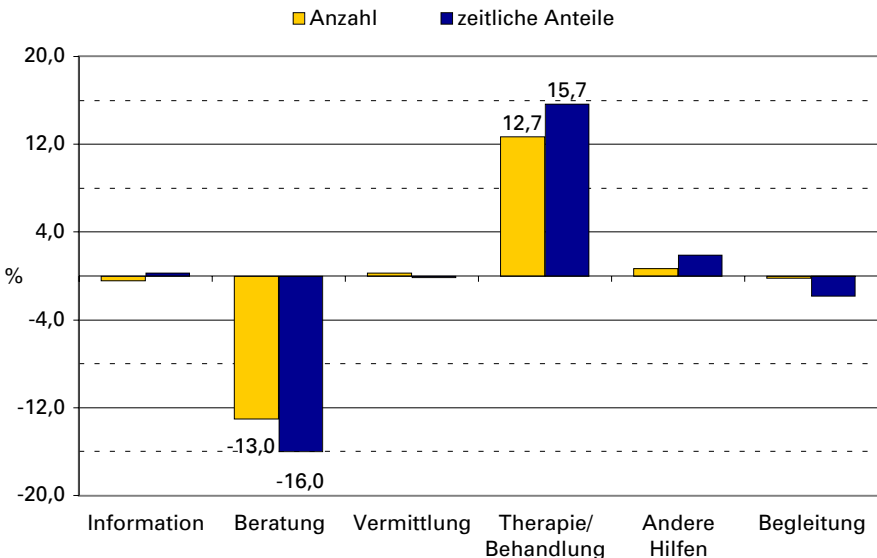


Abbildung 2.26: In Anspruch genommene Leistungen, anzahlbezogen und nach Zeitanteilen, Differenzen 2002 – 2001

Eine solch starke Veränderung innerhalb eines Jahres bedarf einer Erklärung. Sie findet sich in der (geänder-

ten) Dokumentationsstrategie einiger Einrichtungen eines Trägers.²¹

Auch vor diesem Hintergrund ist es interessant, die durchschnittliche Dauer der einzelnen Leistungstypen zu betrachten. Mit deutlichem Abstand nehmen Behandlungsleistungen die meiste Zeit in Anspruch: Durchschnittlich 17,8 Stunden werden je Klient/in insgesamt aufgewendet, wenn dieser Leistungstyp in Anspruch genommen wird. Fragen Frauen diesen Leistungstyp nach, werden für sie etwa 1,5 Stunden mehr aufgewendet als für Männer (siehe Abbildung 2.27). Diese geschlechtsspezifische Differenz setzt sich bei den Beratungsleistungen fort: Frauen nehmen diese Leistungen durchschnittlich und insgesamt in einer Länge von 4,1 Stunden in Anspruch, Männer aber nur in der Länge von 3,2 Stunden.

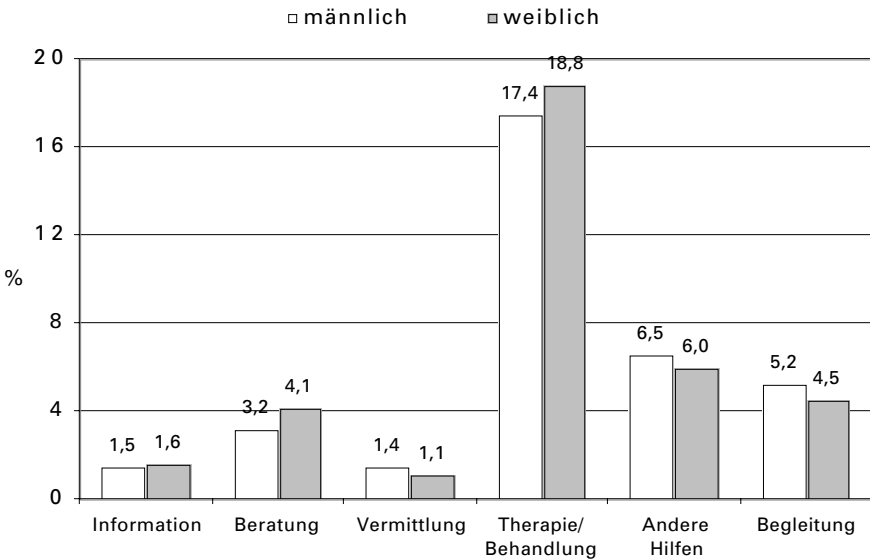


Abbildung 2.27: In Anspruch genommene Leistungen, durchschnittliche Gesamtleistungsdauer je Klient/in, namentlich erfasste Klienten/innen, nach Geschlecht, 2002

²¹ Hier finden sich z. T. Veränderungen von bis zu 83 Prozentpunkten in der Zunahme des zeitlichen Anteils der therapeutischen Leistungen.

Die dokumentierten therapeutischen Leistungen lassen sich danach unterscheiden, ob sie von vorrangigen Kostenträgern (Rentenversicherer und Krankenkassen) oder der öffentlichen Hand finanziert sind. Insgesamt werden für alle Empfänger/innen therapeutischer Leistungen – Klienten/innen und Angehörige, ob namentlich oder anonym erfasst – 43.441 Minuten dokumentiert. Von diesen sind 30.372 vorrangigen Kostenträgern zuzurechnen. Somit sind 70 % der therapeutischen Leistungen der Einrichtungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems von Rentenversicherungsträgern und den Krankenkassen finanziert (vor allem für die ambulante Rehabilitation nach der „Empfehlungsvereinbarung“), die Kosten für 30 % der Therapie/Behandlungen trägt die öffentliche Hand (vor allem für die psychosoziale Betreuung Substituierter).



Im Rückblick auf das Jahr 2001 zeigt sich, dass die insgesamt und durchschnittlich pro Klientin dokumentierten Therapieleistungen um etwa zwei Stunden zugenommen haben; pro Klient ergibt sich im Jahreswandel eine Differenz von fast drei Stunden. Gleichzeitig sinkt die durchschnittliche Länge der insgesamt pro Klient/in erbrachten Beratungsleistungen um ungefähr eine Stunde.²²

Aus einem anderen Blickwinkel stellt sich für die Gesamtgruppe aller Klienten/innen die Frage, wie lang die durchschnittliche Leistungsdauer pro Klient/in insgesamt ist, also unter Berücksichtigung aller Leistungstypen (siehe Tabelle 2.15). In dieser Sichtweise ergibt sich ein Durchschnittswert von 9,3 Stunden für alle er-

Tabelle 2.15: Durchschnittliche Dauer der erbrachten Leistungen pro Klient/in (namentlich erfasst), nach Geschlecht, 2002

| | N | Stunden | prozentualer Gesamtaufwand |
|----------|-------|---------|----------------------------|
| Männlich | 5.799 | 8,8 | 69 % |
| Weiblich | 2.193 | 10,6 | 31 % |
| Gesamt | 7.992 | 9,3 | 100 % |

²² Die Bedeutung dieser Veränderungen muss im Zusammenhang mit der oben genannten Änderung der Dokumentationsstrategie einiger Einrichtungen beurteilt werden.

brachten Leistungen pro Klient/in. Für die Frauen ist dieser Gesamtwert deutlich höher als für die Männer (10,6 zu 8,8 Stunden). Insgesamt wird für die Frauen 31 % der gesamten Leistungszeit aufgewendet, die Männer nehmen für die ihnen gegenüber erbrachten Tätigkeiten 69 % der Zeit in Anspruch. Somit wird für Frauen relativ mehr Zeit aufgewendet als für die Männer, denn ihr Anteil an allen Klienten/innen beträgt lediglich 27 %.

Nach diesem längeren Blick auf die Gesamtheit aller Klienten/innen soll im Folgenden eine Analyse nach Alter und Hauptdrogentyp als Differenzierungsmerkmal für die Inanspruchnahme der einzelnen Leistungstypen vorgenommen werden.



Werden die Klienten/innen in vier Altersgruppen eingeteilt (siehe Tabelle 2.16) wird erkennbar, dass die insgesamt pro Klient/in aufgewendete Zeit umso größer ist, je älter die Klienten/innen sind. Von der jüngsten bis zur ältesten Gruppe nimmt die durchschnittlich aufgewendete Anzahl an Stunden kontinuierlich zu: von unterdurchschnittlichen fünf Stunden für die bis zu 25-Jährigen bis hin zu überdurchschnittlichen 12,4 Stunden für die über 45-Jährigen. Dieser steigende Durchschnittswert spiegelt vor allem die mit dem Alter der jeweiligen Gruppe wachsende Anzahl an Therapiestunden wider. Bei den anderen Leistungstypen verhält es sich so, dass sich die eine Gruppe der Jüngeren von den drei anderen Gruppen in der durchschnittlichen Dauer der einzelnen Leistungstypen unterscheidet (sie nimmt grundsätzlich weniger Zeit in Anspruch). Für die Begleitung nehmen die Jüngeren allerdings durchschnittlich am meisten Zeit in Anspruch.



Die unterschiedlichen Hauptdrogentypen weisen ein deutlich unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten auf (siehe Tabelle 2.17). Unter den von der Anzahl bedeutenden Hauptdrogentypen fragen die Klienten/innen mit Konsum illegaler Substanzen durchweg weniger Leistungszeit nach als diejenigen legaler Abhängigkeiten bzw. Störungen. Insgesamt mit Abstand am wenigsten Zeit nehmen die Konsumentinnen und Konsumenten von Cannabis durchschnittlich in Anspruch – nicht einmal drei Stunden pro Klient/in.

Tabelle 2.16: In Anspruch genommene Leistungen, pro Klient/in (namentlich erfasst), durchschnittliche Gesamtleistungsdauer, Altersgruppen, falls der Leistungstyp nachgefragt wurde, 2002

| Leistungstypen | Altersgruppen | | | | h – gesamt | N* |
|---------------------|---------------|---------|---------|--------------|------------|-------|
| | bis 25 | 26 - 35 | 36 - 45 | 46 und älter | | |
| Information | 1,3 h | 1,6 h | 1,6 h | 1,4 h | 1,5 h | 1.913 |
| Beratung | 3,0 h | 3,5 h | 3,7 h | 3,6 h | 3,5 h | 6.220 |
| Vermittlung | 1,1 h | 1,1 h | 1,5 h | 1,6 h | 1,3 h | 1.271 |
| Therapie/Behandlung | 7,6 h | 12,9 h | 19,6 h | 25,1 h | 17,8 h | 2.437 |
| Begleitung | 6,7 h | 4,5 h | 3,6 h | 5,8 h | 5,0 h | 217 |
| andere Hilfen | 4,3 h | 6,8 h | 7,1 h | 7,0 h | 6,4 h | 479 |
| alle Leistungstypen | 5,0 h | 8,4 h | 11,1 h | 12,4 h | | |
| N | 1.631 | 1.912 | 2.403 | 1.842 | | |

° =N < 15, h = Stunden

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

Lesebeispiel: Wenn Klienten/innen unter 25 Jahren Leistungen des Typs ‚Information‘ zu Teil wurden – eine oder mehrere, beanspruchten diese insgesamt und durchschnittlich 1,3 Stunden. Waren die Klienten/innen aber 46 Jahre oder älter, wurden für alle Informationsleistungen insgesamt 1,4 Stunden aufgewendet. Über alle Altersgruppen hinweg betrachtet, wurden für Informationsleistungen je Klient/in insgesamt 1,5 Stunden aufgewendet. Für 1.913 namentlich erfasste Klienten/innen wurden insgesamt Informationsleistungen erbracht (eine oder mehrere). Namentlich erfasste Klienten/innen der Altersgruppe ‚bis 25 Jahre‘, die mindestens eine Leistung in Anspruch nahmen, erhielten insgesamt und durchschnittlich Leistungen im Umfang von 5,0 Stunden. In der Altersgruppe ‚bis 25‘ befinden sich 1.631 namentlich erfasste Klienten/innen, die zumindest eine Leistung erhalten haben.

Überdurchschnittlich viel Zeit wird für die Alkoholiker/innen aufgewendet: insgesamt pro Klient/in durchschnittlich 11,9 Stunden. Dieser Wert gründet auf der weit überdurchschnittlichen Therapiezeit von 27 Stunden je Klient/in dieser Gruppe (wenn diese Leistung in Anspruch genommen wird). Auch bei den beiden anderen legalen Störungen – pathologisches Spielen und Essstörungen – übertreffen die insgesamt aufgewendeten Therapiezeiten diejenigen der Abhängigen illegaler Substanzen deutlich. Für Abhängige von Opiaten oder Substituten wird vergleichsweise wenig Therapiezeit

aufgewendet: Wenn sie in Anspruch genommen wird, beträgt sie durchschnittlich 11,7 bzw. 7,3 Stunden. Am längsten informiert werden die pathologischen Spieler/innen, am längsten beraten die Essgestörten und am längsten begleitet die Opiatabhängigen (siehe Tabelle 2.17).

Tabelle 2.17: In Anspruch genommene Leistungen, pro Klient/in (namentlich erfasst), durchschnittliche Gesamtleistungsdauer, Hauptdrogentypen, falls der Leistungstyp nachgefragt wurde

| Leistungstypen | Hauptdrogentyp [§] | | | | | | | h - gesamt ⁺ | N* |
|---------------------|-----------------------------|-----------|-------|----------|------------|---------------|-----------------------|-------------------------|-------|
| | Alkohol | Substitut | Opiat | Cannabis | Essstörung | path. Spielen | unbekannter Drogentyp | | |
| Information | 1,6h | 1,9h | 1,3h | 0,8h | 0,9h | 2,9h | 1,1h | 1,5h | 1.962 |
| Beratung | 3,5h | 3,6h | 3,3h | 2,1h | 6,6h | 5,0h | 2,7h | 3,5h | 6.390 |
| Vermittlung | 1,7h | 0,9h | 1,0h | 1,3h | ° 0,7h | 1,4h | 1,1h | 1,3h | 1.295 |
| Therapie/Behandlung | 27,0h | 7,3h | 11,7h | 13,2h | 20,0h | 19,5h | 14,0h | 17,8h | 2.452 |
| Begleitung | 3,3h | 3,5h | 8,1h | ° 1,6h | ° 2,8h | ° 0,9h | 3,5h | 5,0h | 218 |
| andere Hilfen | 8,3h | 6,3h | 2,4h | ° 17,7h | 10,6h | ° 11,3h | 1,9h | 6,4h | 489 |
| alle Leistungstypen | 11,9h | 9,1h | 7,5h | 2,9h | 10,4h | 9,8h | 5,0h | | |
| N | 3.789 | 1.063 | 939 | 389 | 250 | 198 | 1.069 | | |

⁺ 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

2.13 Niedrigschwellige Dienstleistungen

Neben individuell zugeschnittenen Beratungs- und Therapieleistungen haben die Einrichtungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems Schleswig-Holsteins auch im Jahr 2002 wiederum viele niedrigschwellige Dienstleistungen für die Klienten/innen angeboten. Hier wird im Folgenden die Berichterstattung über drei zentrale Leistungsangebote fortgeschrieben. Eine summierende Betrachtung (siehe Tabelle 2.18) zeigt für das Jahr 2002 20.257 Kontakte der vier doku-

mentierenden Einrichtungen mit Besucher/innen im niedrigschwelligen Bereich (Kontaktladen, Café, etc.) – dies sind 1.394 Kontakte bzw. 6 % weniger als im Jahr 2001. Im Jahr 2002 wurden in den sieben Einrichtungen, die die Abgabe von Spritzen dokumentieren, 217.193 Einwegspritzen ausgegeben. Damit ist die Anzahl abgegebener Spritzen im Vergleich zum Jahr 2001 um mehr als 17 % zurückgegangen. Dagegen ist die Zahl ausgegebener Mahlzeiten im Jahr 2002 um 8 % gestiegen – auf nun 8.732.

Tabelle 2.18: Niedrigschwellige Dienstleistungen

| | N |
|---------------------------------------|---------|
| Besucher/innen (4 Einrichtungen) | 20.257 |
| abgegebene Spritzen (7 Einrichtungen) | 217.193 |
| abgegebene Essen (5 Einrichtungen) | 8.732 |

Ein differenziertes Bild ergibt sich bei Betrachtung der fortgeführten Quartalszahlen in jenen drei Bereichen. So zeigt sich, dass die seit 1997 kontinuierlich dokumentierenden drei Modelleinrichtungen im Jahresverlauf 2002 zwar eine abnehmende Anzahl von Kontakten mit Besucher/innen zu verzeichnen haben, sich unter Betrachtung der gesamten Entwicklung der vergangenen sechs Jahre aber wieder auf dem Niveau einfinden, das ihre Besucher/innenzahlen bereits früher eingenommen hatten (Abbildung 2.28).

Wie im Jahresbericht 2001 ausführlich beschrieben, zeigt sich im Verlauf der Jahre 1997 bis 2001 eine generell abnehmende Tendenz bei der Ausgabe von Einwegspritzen zur HIV- und Hepatitisprophylaxe (siehe Abbildung 2.29). Diese setzt sich – über alle dokumentierenden Einrichtungen betrachtet – im Jahr 2002 nicht fort. Die Menge abgegebener Spritzen bleibt auf dem Niveau stabil, das sie im letzten Quartal 2001 erreicht hatte. Gleichwohl ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht erkennbar, ob diese Stabilität eine länger andauernde sein wird oder ein Durchgangsschritt zu einer veränderten Entwicklung, vergleichbar etwa der Situation im Jahr 1999.

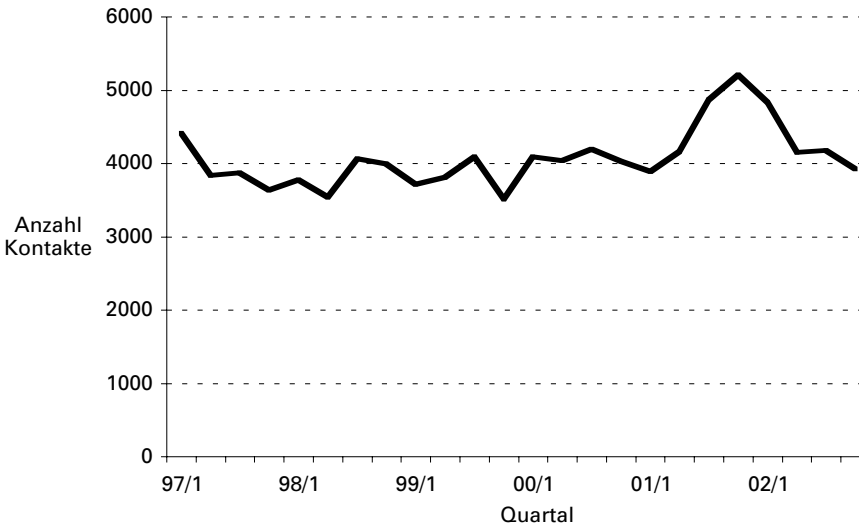


Abbildung 2.28: Entwicklung der Anzahl der Besucher/innen im niedrigschwelligen Bereich (3 Modelleinrichtungen)

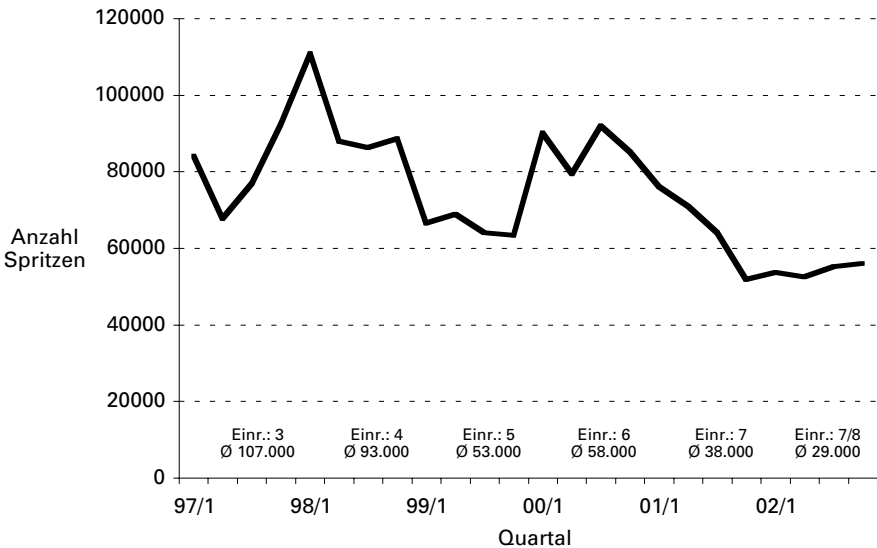


Abbildung 2.29: Entwicklung der Anzahl ausgegebener Spritzen

Einr.: Anzahl der dokumentierenden Einrichtungen

Ø: Durchschnittlich abgegebene Anzahl an Spritzen pro Jahr und Einrichtung

Im Gegensatz zu den vorausgegangenen Jahren dokumentierten im Jahr 2002 inzwischen fünf Einrichtungen, dass sie an Hilfesuchende Mahlzeiten ausgeben (siehe Abbildung 2.30). Im Blick auf die vergangenen sieben Jahre scheint die Zahl abgegebener Essen seit Mitte des Jahres 2001 auf hohem Niveau mit leichten Schwankungen zu stagnieren. Bei einem genaueren Blick auf die dokumentierenden Einrichtungen und ihre jeweiligen Anteile an der Gesamtzahl ausgegebener Essen zeigt sich allerdings, dass die beiden (Modell-) Einrichtungen, die seit 1996 bzw. 1998 dokumentieren und den Hauptanteil zur Gesamtmenge der ausgegebenen Essen beitragen, seit dem dritten Quartal 2001 zurückgehende Zahlen dokumentieren.

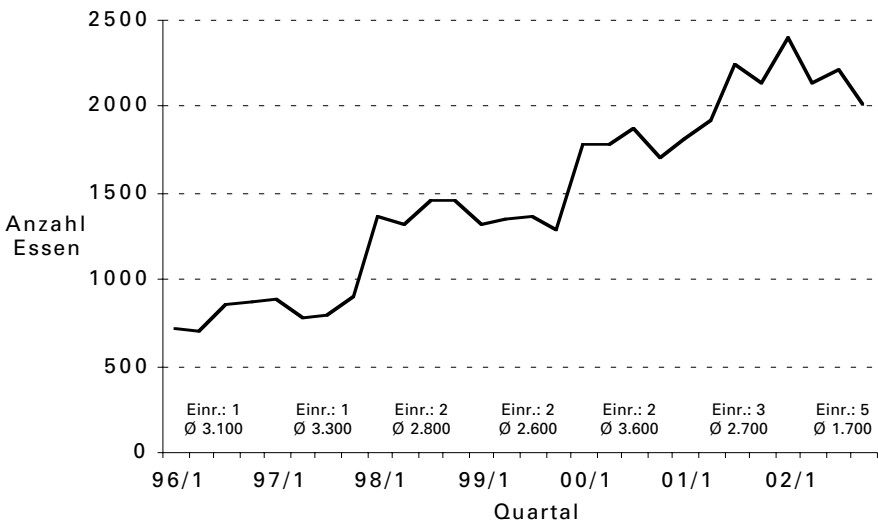


Abbildung 2.30: Entwicklung der Anzahl ausgegebener Essen

Einr.: Anzahl der dokumentierenden Einrichtungen

Ø: Durchschnittlich abgegebene Anzahl an Mahlzeiten pro Jahr und Einrichtung

Anmerkung:

Der Wechsel in der Zusammensetzung der Gruppe Daten exportierender Einrichtungen (2002 sind im Vergleich zu 2001 zwei Einrichtungen ausgeschieden und eine neu hinzugekommen) führt für die auswertende Institution zu der Notwendigkeit, sich für eine grundsätzliche Strategie der Auswertung beim Jahresvergleich zu entscheiden:

1. Die Gesamtheit der abgegebenen Daten für das Jahr 2002 wird mit denen der Gesamtheit der für das Jahr 2001 abgegebenen Daten verglichen. – So werden unterschiedliche Grundgesamtheiten betrachtet.

2. Der Vergleich wird vollständig aus den für das Jahr 2002 abgegebenen Daten gewonnen: Es werden die Klienten/innen aus dem Jahr 2002 mit denen des Jahres 2001 verglichen und zwar nur aus den Einrichtungen, die im Jahr 2002 Daten exportierten. – Dies bedeutet den Ausschluss aller Daten derjenigen Einrichtungen, die nicht für das Jahr 2002 exportierten, aber für das Jahr 2001 (und mit diesen Daten in die Jahresauswertung 2001 eingegangen waren).

3. Die Erkenntnisse werden aus den abgegebenen Daten für 2002 gewonnen, aber nur die Einrichtungen in den Vergleich eingeschlossen, die bereits für das Jahr 2001 Daten an das ISD weitergeleitet hatten. – Dies führt zum Ausschluss der zwei Einrichtungen, die für 2001, aber nicht für 2002 Daten exportierten und reduziert die Einrichtungszahl auf 49.

Weil alle drei Datengesamtheiten zu vergleichbaren Aussagen zum gesamten ambulanten Suchtkrankenhilfesystem Schleswig-Holsteins führen, hat das ISD grundsätzlich den ersten Analyseweg gewählt und vergleicht deshalb im folgenden in der Regel die im Jahresbericht 2001 veröffentlichten Zahlen mit denen des Jahres 2002 (Ausnahmen werden bezeichnet).

Kapitel 3:

Jugendliche und Junge Erwachsene in der ambulanten Suchtkrankenhilfe

3.1 Fragestellung

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Frage, welche Bedeutung Jugendliche und junge Erwachsene für die ambulante Suchtkrankenhilfe besitzen. Wie hoch ist ihr Anteil an der Gesamtzahl der Klienten/innen? Wie sehen ihr biografischer Hintergrund und ihre aktuelle soziale Situation aus? Woher kommen sie, wie lange bleiben sie, welche Leistungen erhalten sie und wohin werden sie vermittelt?

Diese Fragen haben vor dem Hintergrund des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG), in dem die Aufgaben der Jugendhilfe definiert sind, auch eine versorgungspolitische Relevanz. Denn es wird immer wieder die Frage gestellt, ob die ambulante Suchtkrankenhilfe auch Aufgabenbereiche der erzieherischen Hilfen und Jugendhilfen wahrnimmt und ob es spezielle Angebote für drogengebrauchende Jugendliche geben sollte, die nach dem KJHG finanziert werden. Da es sich darüber hinaus beim KJHG um ein präventiv orientiertes Leistungsgesetz mit einer pädagogischen Ausrichtung handelt, stellt sich insgesamt die Frage, ob die Suchthilfe zumindest teilweise präventive Funktionen (Frühinterventionen) für junge Menschen wahrnimmt.

In diesem Zusammenhang gibt es eine – schon länger andauernde – fachliche Diskussion über die Zusammenarbeit, die Schnittmenge sowie die originären Aufgabenbereiche von Sucht- und Jugendhilfe (z. B. IGFH 2001, Eckert & Bathen 1995). Dabei geht es auch um Finanzierungsfragen, denn für Leistungen nach dem KJHG sind primär die Kommunen zuständig. Grundsätzlich formuliert die Jugendhilfe den Anspruch, das Regelversorgungssystem für Heranwach-

sende und junge Menschen darzustellen. Das Suchthilfesystem mit seinen Angeboten für jüngere Klienten/innen konnte sich aber seit Anfang der 70er Jahre parallel dazu entwickeln, weil die Jugendhilfe nicht in der Lage war, den spezifischen Anforderungen des zunehmenden Drogenkonsums unter Jugendlichen adäquat zu begegnen (Eckstein 2001). Seitdem haben sich ganz unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit zwischen Jugend- und Suchthilfe entwickelt. So gibt es in einigen Landkreisen, als Beispiel für eine sehr enge Kooperation, Versorgungsverträge zwischen dem Kreis-Jugendamt und den Suchtberatungsstellen, die bestimmte Leistungen des KJHG für besondere Zielgruppen übernehmen (Eckstein 2001). Anderorts beschränkt sich diese dagegen auf einen unverbindlichen Erfahrungsaustausch. Auch in den Kreisen und kreisfreien Städten des Landes Schleswig-Holstein besteht eine unterschiedlich intensive Zusammenarbeit zwischen der Jugendhilfe und der Suchtkrankenhilfe.

Die Regelungen des KJHG beziehen sich auf Personen bis zu einem Alter von einschließlich 26 Jahren. Dabei werden die folgenden Altersgruppen unterschieden (§ 7 KJHG):

- Kind: wer noch nicht 14 Jahre alt ist,
- Jugendlicher: wer 14, aber noch nicht 18 Jahre alt ist,
- Junger Erwachsener (Volljähriger): wer 18, aber noch nicht 27 Jahre alt ist.

Das KJHG beschreibt von seinem Wortlaut her keine Leistungen für substanzgebrauchende Kinder und Jugendliche, es schließt aber solche auch nicht explizit aus. Das KJHG bietet in dieser Hinsicht interpretatorischen Spielraum. Folgende Leistungen kommen – nach Auffassung von Experten/innen – für Kinder und Jugendliche mit Substanzmissbrauch und Konsumproblemen hauptsächlich infrage (Schöne 2002):

- Erziehungsbeistand (§ 30),
- Heimerziehung/sonstige betreute Wohnform (§ 34),
- Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§ 35),
- Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a).

Diese vier Leistungsarten unterscheiden sich hinsichtlich des Unterstützungsbedarfes der Klienten/innen und der Intensität in der Betreuung: Vom „Erziehungsbeistand“ für Jugendliche ohne manifestierten Drogengebrauch bis hin zur „Eingliederungshilfe“ für suchtkranke Personen (Schöne 2002). Dabei wird in vielen Kommentaren die fachliche Position vertreten, nach der eine bestehende Suchtkrankheit unter eine seelische Behinderung fällt (Weber 1995). Danach hätten Kinder und Jugendliche mit diesem Krankheitsbild Anspruch auf Eingliederungshilfe (§ 35a KJHG). Gleichzeitig wird vor einem inflationären Gebrauch dieser Rechtsauffassung gewarnt und auf die Gefahr der Stigmatisierung von jugendlichen Konsumenten/innen hingewiesen (Schöne 2002).

Die beschriebenen Leistungen gelten auch für Junge Erwachsene; für Personen ab 22 Jahren aber nur in begründeten Einzelfällen und für einen begrenzten Zeitraum (§ 41 KJHG).

Vor dem dargestellten Hintergrund sollte die folgende Analyse gelesen werden. Dabei geht es nicht darum, einen Vorschlag für fachliche Zuständigkeiten oder für ein Kooperationsmodell zwischen der Sucht- und der Jugendhilfe zu unterbreiten, sondern es wird die jugendliche Klientel beschrieben und die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen dargestellt. Ferner wird an einigen Stellen der Versuch einer Zuordnung von Leistungen des KJHG vorgenommen. *Dadurch kann insgesamt eine erste Einschätzung über die Arbeit der ambulanten Suchtkrankenhilfe für diese Altersgruppen getroffen werden.* Diese wiederum könnte eine empirische Grundlage für weitere Diskussionen über die Vernetzung bzw. fachlich sinnvolle Abgrenzung von Jugend- und Suchtkrankenhilfe darstellen.

In der folgenden Auswertung werden drei Altersgruppen miteinander verglichen:

- die Gruppe „Jugendliche“ (14-17 Jahre),
- die Gruppe „Junge Erwachsene“ (18-26 Jahre),
- die Gruppe „Ältere Erwachsene“ (27 Jahre und älter).

Die letztgenannte Gruppe dient als Vergleichsgruppe. Eine Gruppe „Kinder“ (Personen unter 14 Jahre) konnte aufgrund einer zu geringen Fallzahl nicht gebildet werden (siehe unten). Ihr Gesamtanteil an allen Klienten/innen beträgt 0,3 %. Eine solche Klientengruppe könnte jedoch in den nächsten Jahren in die landesweite Auswertung mit einfließen, wenn weiterhin (annähernd) flächendeckend EDV-gestützt dokumentiert wird.

Die folgende Analyse ist die erste dieser Art in Deutschland. Erneut zeigen sich hier die Auswertungs- und Erkenntnismöglichkeiten, die mit einer flächendeckenden und langjährig angelegten EDV-gestützten Dokumentation verbunden sind.

3.2 Datengrundlage

Die Datengrundlage dieser Analyse stellen die erfassten Informationen von 54 Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins im Zeitraum 1997-2003 dar. Die Einrichtungen arbeiten zwar alle unterschiedlich lange mit dem EDV-Dokumentationssystem HORIZONT – die sechs Modelleinrichtungen seit 1997, andere haben erst 2002 mit der Dokumentation begonnen. Dieser Sachverhalt ist jedoch für diese Auswertung nicht bedeutsam, da keine Hochrechnung auf die Gesamtsituation aller Jugendlichen in Schleswig-Holstein beabsichtigt ist. Es handelt sich um eine analytische Fragestellung. Verglichen wird die Situation von jüngeren mit der von älteren Klienten und Klientinnen von Beratungsstellen der ambulanten Suchtkrankenhilfe unter Berücksichtigung ihres Inanspruchnahmeverhaltens. Dabei wird unterstellt, dass sich im Analysezeitraum innerhalb der jeweiligen Altersgruppen keine wesentlichen Strukturverschiebungen ereignet haben. Die Analyse der entsprechenden Zeitreihen für die spezifische Altersgruppen stützt diese Annahme. Aufgrund der Zusammenfassung der dokumentierten Daten über mehrere Jahre hinweg erhöht sich die entsprechende Fallzahl und ermöglicht eine fundierte statistische Analyse.

Für den Zweck dieser Analyse wurden jedoch folgende Klienten/innen nicht berücksichtigt:

- a.) alle Angehörigen, weil die Jugendlichen und Jungen Erwachsenen in dieser Klientengruppe keine bedeutsame Rolle spielen (weniger als 10 % aller Angehörigen sind unter 27 Jahre),²³
- b.) alle unter 14-jährigen, weil ihre Fallzahl (noch) zu gering ist (N=52 Personen),
- c.) alle Klienten/innen, bei denen keine Informationen über die Hauptdroge/-störung vorlagen (N=3.872),
- d.) alle Klienten/innen, bei denen die Hauptdroge/-störung „Kokain“, „Nikotin“, „Medikamente“ und „Anderes“ ist. Sie haben in den drei Altersgruppen jeweils einen Anteil von unter 2 %.

Insgesamt sind – nachdem die beschriebene Datenselektion vorgenommen worden ist – Informationen von 14.842 Klienten/innen mit 13.565 Betreuungen in diese Analyse eingeflossen.²⁴ Diese Anzahl verteilt sich zwar – erwartungsgemäß – ungleich über die Altersgruppen, in jeder der drei Gruppen ist jedoch eine hinreichende Anzahl von Fällen (N) vorhanden, so dass statistisch valide Auswertungen möglich sind.

Ein Teil der Auswertungen basiert auf den Angaben zu den Klienten/innen (N-Klienten), der andere auf Angaben zu den Betreuungen (N-Betreuungen).²⁵

3.3 Anteil Jugendliche und Junge Erwachsene

Welchen Anteil besitzen nun die jungen Personen an der Gesamtzahl der Klienten/innen? Bei 5 % aller Klienten/innen handelt es sich um 14- bis 17-Jährige, d. h. jede zwanzigste Person, die eine ambulante Suchthilfeeinrichtung in Schleswig-Holstein aufsucht, ist min-

²³ Hier kann sich die Frage stellen, ob es möglicherweise zu wenig spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche mit suchtkranken Familienangehörigen gibt.

²⁴ Der Sachverhalt, dass es weniger Betreuungen als Klienten/innen gibt, erklärt sich daraus, dass in den ersten Jahren (97-99) noch keine Betreuungen dokumentiert worden sind.

²⁵ Dieses hängt mit den Dokumentationsbereichen von HORIZONT zusammen: teilweise wird klientenbezogen, teilweise (betreuungs-)fallbezogen dokumentiert. Aufgrund der hohen Fallzahl in beiden Dokumentationsbereichen ist diese Auswertungsstrategie in methodischer Hinsicht zulässig.

derjährig (siehe Abbildung 3.1).²⁶ Der Anteil der Jungen Erwachsenen (18-26 Jahre) ist weit höher: 19 %.²⁷ Beide Gruppen junger Klienten/innen zusammengenommen kommen damit immerhin auf einen Anteil von beinahe 25 %. Von daher hat die Betreuung von Klienten/innen, die sich in der Altersspanne des KJHG befinden, eine nicht unwesentliche Bedeutung für die ambulante Suchtkrankenhilfe. Erst recht, wenn in Betracht gezogen wird, dass es sich hierbei um eine Klientel handelt, bei der viele Personen noch nicht langjährig schwerstabhängig sind, sondern häufig ein Missbrauchsverhalten vorliegt, bei dem Frühinterventionen und Präventionsmaßnahmen erforderlich sind. Die Geschlechterverteilung ist in allen drei Altersgruppen sehr ähnlich: Bei den Jugendlichen sind 70 % männlichen Geschlechts, bei 30 % handelt es sich um junge Frauen (siehe Abbildung 3.1). In den anderen

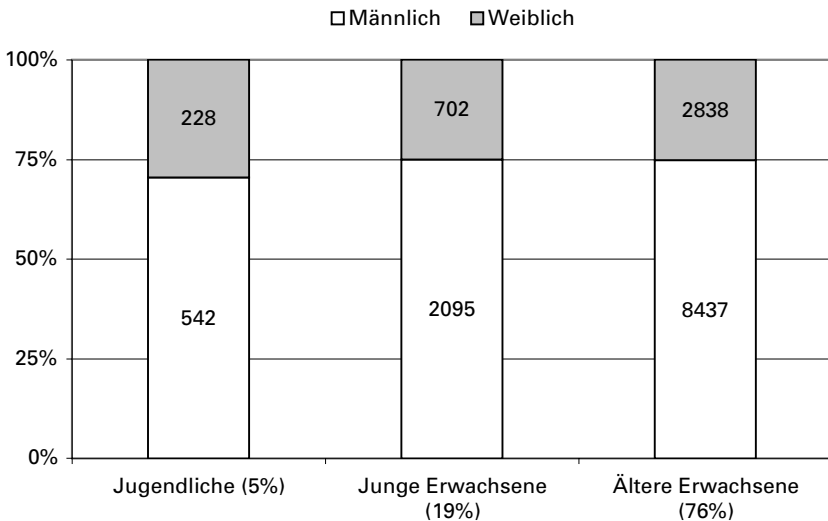


Abbildung 3.1: Anzahl Jugendliche und Junge Erwachsene nach Geschlecht

²⁶ Wie schon erwähnt, beträgt der Anteil von Kindern (unter 14 Jahre) 0,3 %. Diese Gruppe wurde jedoch aufgrund einer (noch) zu geringen Fallzahl aus der Analyse ausgeschlossen.

Die Anteile nur für das Jahr 2002 betragen: Jugendliche 4,4 %, Junge Erwachsene 18,4 %, (Ältere) Erwachsene 77,2 %.

²⁷ Davon wiederum beträgt der Anteil der bis einschließlich 21-Jährigen 46 %.

beiden Altersgruppen sind die Männer sogar noch etwas stärker vertreten (jeweils 75 % zu 25 %). Dieser Unterschied beruht vor allem auf dem Missbrauchverhalten von Alkohol.

3.4 Kontaktempfehlung

Deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen zeigen sich, wenn nach dem Kriterium der Kontaktempfehlung ausgewertet wird, also der Frage nachgegangen wird, über wen die Klienten/innen in die Einrichtung kommen. Es wird dann deutlich, dass der Kontakt von jugendlichen Klienten/innen häufig aufgrund einer Initiative der Familie, der Freunde oder des/der Partner/in zustande kommt (38 %) (siehe Tabelle 3.1). Auch die Schule oder der Ausbildungsbetrieb spielen in dieser Altersgruppe als „Kontaktbahner“ mit einem Anteil von 19 % eine wichtige Rolle, während die professionelle Hilfe aus dem Sucht- oder ärztlich-medizinischen Bereich diesbezüglich kaum eine Bedeutung besitzt (zusammen 4 %). Nur jede/r zehnte Jugendliche sucht aus eigener Motivation („Ohne Vermittlung“) ein Hilfeangebot auf. Diese Zahlen zusammengenommen lassen die Interpretation zu, dass ein nicht unerheblicher Teil der Jugendlichen von den „Erziehungsverantwortlichen“ (Familie, Schule) zu einer Suchtberatungsstelle geschickt werden, um dort pädagogische Unterstützung in Fragen von Sucht und Drogen zu erhalten (Erziehungsbeistand, § 30 KJHG). Bei den Jungen Erwachsenen stellt sich das Muster der Kontaktempfehlung anders dar: Fast ein Fünftel dieser Klienten/innen gelangt über die professionelle Hilfe an die Einrichtung (zusammen 18 %); ein ebenso großer Anteil kommt aus eigenen Antrieb (siehe Tabelle 3.1). Die Bedeutung von Familie/Freunde und Betrieb/Schule für die Kontaktvermittlung lässt dagegen stark nach. In der Gruppe der (älteren) Erwachsenen setzt sich diese Tendenz verstärkt fort. Im Vergleich der Altersgruppen bestehen keine großen geschlechtsspezifischen Unterschiede, was die Kontaktempfehlung betrifft. Am auffälligsten ist noch, dass der Anteil von Frauen, die ohne Vermittlung eine Ein-

richtung aufsuchen, in den beiden „jungen“ Klientengruppen gegenüber den Männern etwas erhöht ist. Zudem werden junge erwachsene Frauen (18 bis 26 Jahre) etwas häufiger über einen niedergelassenen Arzt an eine Einrichtung überwiesen als ihre männlichen Mitklienten in dieser Altersgruppe. Sonst sind die Muster der Kontaktempfehlung bei Frauen und Männern in den drei Klientengruppen sehr ähnlich.

Tabelle 3.1: Kontaktempfehlung („Woher kommen Sie?“) der Jugendlichen und Jungen Erwachsenen – wichtigste Unterschiede

| | Jugendliche (14-17 Jahre) | Junge Erwachsene (18-26 Jahre) | (Ältere) Erwachsene (27 und älter) |
|----------------------------|------------------------------|--------------------------------------|--|
| Familie/Freunde/Partner | 38 % | 24 % | 13 % |
| Arbeitgeber/Betrieb/Schule | 19 % | 7 % | 4 % |
| Krankenhaus | 1 % | 4 % | 13 % |
| Stationäre Einrichtung | 1 % | 4 % | 12 % |
| Niedergelassener Arzt | 2 % | 10 % | 12 % |
| Ohne Vermittlung/Selbst | 10 % | 18 % | 21 % |
| N-Betreuungen | 653 | 2.514 | 10.150 |

Auch wenn die Kontaktempfehlung differenziert nach Hauptdroge/-störung betrachtet wird, zeigen sich nur wenige Unterschiede zwischen den Altersgruppen: Bei den Jugendlichen kommen die Ecstasy-Konsumenten/innen vergleichsweise häufig aus eigener Motivation in die Einrichtung (19 %). Alkoholranke oder -gefährdete Personen dieser Altersgruppe werden dagegen häufiger von der Schule bzw. vom Betrieb vermittelt (27 %). Bei der Gruppe der 18- bis 26-Jährigen gelangt jede/r siebte Cannabis-Konsument/in über diesen Weg an eine Einrichtung der Suchthilfe (15 %). Weitere Besonderheiten gibt es in dieser Auswertungsperspektive nicht zu erwähnen.

3.5 Hauptdroge/-störung

Hinsichtlich der Hauptdroge/-störung unterscheiden sich die Altersgruppen deutlich: Der Großteil der Jugendlichen hat wegen Cannabiskonsum (oder damit

verbundener Probleme) die Einrichtung aufgesucht. Bei 57 % aller 14- bis 17-Jährigen wird diese Substanz als Hauptdroge angegeben (siehe Tabelle 3.2). Die zweite „Jugenddroge“ Ecstasy kommt in dieser Altersgruppe auf einen Anteil von 7 %. Ungefähr jede/sechste Jugendliche hat ein Alkoholproblem (16 %); 12 % sind Heroingebraucher/innen.²⁸

Die Gruppe der Jungen Erwachsenen weist dagegen ein gänzlich anderes „Konsumprofil“ auf: Die meisten Klienten/innen dieser Altersgruppe sind Opiatabhängige (43 %). Auch der Anteil der Personen mit der Hauptdroge Alkohol ist höher (21 %). Dagegen hat Cannabis nicht die zentrale Bedeutung wie bei den 14- bis 17-Jährigen (21 %). Die (relativen) Anteile der Ecstasy- und essgestörten Klienten/innen sind dagegen in beiden jungen Altersgruppen beinahe gleich (7 % / 6 % bzw. 8 % / 7 %) (siehe Tabelle 3.2).

Werden die (älteren) Erwachsenen mit in die Betrachtung einbezogen, zeigt sich, dass um so älter die Klienten/innen sind, desto größer der Anteil der Alkoholabhängigen wird. Er beträgt bei den Personen, die über 26 Jahre alt sind, immerhin 67 %, d. h. zwei von drei Klienten/innen dieser Altersgruppe kommen aufgrund einer Alkoholproblematik in eine Einrichtung.

Tabelle 3.2: Hauptdroge/-abhängigkeit der Jugendlichen und Jungen Erwachsenen

| | Jugendliche (14-17 Jahre) | Junge Erwachsene (18-26 Jahre) | (Ältere) Erwachsene (27 Jahre und älter) |
|--------------|------------------------------|-----------------------------------|---|
| Alkohol | 16 % | 21 % | 67 % |
| Opiate | 12 % | 43 % | 26 % |
| Cannabis | 57 % | 21 % | 1 % |
| Ecstasy | 7 % | 6 % | 0,2 % |
| Glücksspiel | 0,4 % | 3 % | 3 % |
| Essstörungen | 8 % | 7 % | 2 % |
| N-Klienten | 770 | 2.797 | 11.275 |

²⁸ Aussagen zu Konsumfrequenz und -muster können für die Altersgruppen noch nicht getroffen werden, weil diese erst seit 2002 in Form der 30-Tagesprävalenz erhoben werden und die Datengrundlage entsprechend klein ist.

Diese altersspezifischen Sucht- und Konsumphänomene wurden auch schon in einer vorangegangenen Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens von Klienten/innen der schleswig-holsteinischen Suchthilfe beschrieben (Raschke, Kalke & Martens 2001). Es zeigen sich, wenn die drei Gruppen miteinander verglichen werden, keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Hauptdroge/-störung: Beispielsweise sind in allen Altersgruppen die Cannabiskonsumenten/innen überdurchschnittlich häufig Männer. Ihr Anteil liegt in den drei Gruppen zwischen 81 % (Ältere Erwachsene) und 88 % (Junge Erwachsene). Ferner bestätigt sich in allen Altersgruppen der bekannte Sachverhalt, dass es sich bei den essgestörten Personen ganz überwiegend um Frauen handelt (Anteile zwischen 88 % bis 94 %).

Im folgenden Schritt wird die Analyseperspektive geändert: Es wird von der Hauptdroge/-störung her betrachtet, von welchen Altersgruppen sie konsumiert wird. Auch hierbei werden deutliche altersspezifische Unterschiede sichtbar: Klienten/innen, die wegen Alkoholproblemen in eine Einrichtung kommen, sind zu über 90 % (ältere) Erwachsene (siehe Abbildung 3.2).

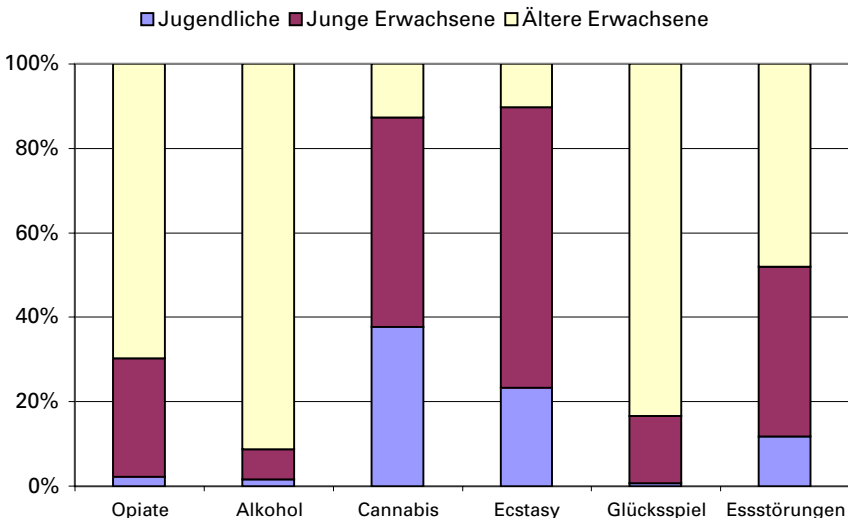


Abbildung 3.2: Anteil der Altersgruppen nach Hauptdroge/-störung

Auch bei den Heroinabhängigen und pathologischen Glücksspielern dominiert diese Altersgruppe eindeutig (70 % bzw. 84 %). Ebenso stellt sie bei den essgestörten Personen die größte Gruppe, hier jedoch dicht gefolgt von der Gruppe der Jungen Erwachsenen (48 % bzw. 40 %).

Bei den Ecstasy-Konsumenten/innen handelt es sich dagegen zu zwei Drittel um Personen, die zwischen 18 bis 26 Jahre alt sind (67 %). Auch die Cannabisgebraucher/innen sind vergleichsweise jung: 38 % sind Jugendliche und 50 % sind Junge Erwachsene. Diese Zahlen korrespondieren mit den Ergebnissen von repräsentativen Bevölkerungsumfragen, nach denen der Gebrauch von Cannabis und Ecstasy vor allem unter jungen Menschen verbreitet ist (z. B. BZgA 2001, Kraus & Augustin 2001).

Wird eine Einschätzung versucht, inwieweit in diesem Bereich Voraussetzungen für Leistungen des KJHG erfüllt sein könnten, kann aufgrund des dargestellten hohen Anteils von Opiatabhängigen in der Gruppe der Jungen Erwachsenen vermutet werden, dass zumindest ein Teil dieser Personen die Voraussetzungen des § 35a KJHG (Eingliederungshilfen) erfüllen dürfte.²⁹ Erst recht, wenn berücksichtigt wird, dass immerhin 46 % der Jungen Erwachsenen das 22. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und von daher nicht unter die Ausnahmefallregelung des KJHG fallen würden (siehe oben). Das „Konsumprofil“ der Jugendlichen deutet dagegen eher daraufhin, dass hier präventive und pädagogisch unterstützende Hilfen des KJHG zum Tragen kommen könnten.

3.6 Soziale Situation

Die soziale und biografische Situation stellt sich bei jeder der drei Altersgruppen unterschiedlich dar: Die Jugendlichen wohnen zu fast drei Vierteln (noch) zu Hause (73 %) und werden meistens von den Angehörigen

²⁹ Es sei darauf hingewiesen, dass es in der Praxis häufiger vorkommen dürfte, dass für volljährige Klienten/innen Eingliederungshilfen (z. B. Betreutes Wohnen) nach Bundessozialhilfegesetz (BSHG § 39/40) bei den zuständigen Kostenträgern beantragt werden.

finanziert (77 %) (siehe Tabelle 3.3). Nur ganz wenige von ihnen haben Schulden. Fast zwei Drittel der 14- bis 17-Jährigen haben (noch) keinen festen Partner bzw. Partnerin; sie bezeichnen sich als „alleinstehend“ (65 %).

Eine Aussage darüber, wie viele von den 14- bis 17-Jährigen zur Schule gehen, ist nicht möglich.³⁰ Von denen, die *nicht* mehr zur Schule gehen, hat mehr als jede/r Vierte mindestens mit der Mittleren Reife abgeschlossen. Aber auch 27 % dieses Personenkreises haben die Schule abgebrochen und verfügen über keinen Schulabschluss.³¹

Im Unterschied zu den Jugendlichen leben – erwartungsgemäß – die Jungen Erwachsenen schon viel häufiger in der eigenen Wohnung (42 %) und gehen einer Erwerbstätigkeit nach (37 %). Aber auch 43 % dieses Personenkreises finanzieren ihren Lebensunterhalt durch Transferleistungen wie Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe. Diese Quote entspricht der der (älteren) Erwachsenen. Ebenso verschlechtert sich die Schuldensituation: In der Gruppe der Jungen Erwachsenen ist nur noch eine Minderheit der Klienten/innen nicht verschuldet (44 %) (siehe Tabelle 3.3).

Erst jede/r Fünfte der 18- bis 26-Jährigen verfügt über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Der Vergleich mit den (älteren) Erwachsenen – bei denen immerhin 60 % eine Lehre oder Ausbildung abgeschlossen haben – zeigt, dass sich bei den Klienten/innen auch noch in höheren Altersstufen in diesem Bereich positive Veränderungen ergeben.

Es bestehen zwischen den Altersgruppen einige geschlechts- und substanzspezifische Unterschiede: Bei den Jungen Erwachsenen verfügen 52 % der Frauen über eine eigene Wohnung, bei den Männern sind dies

³⁰ Nur bei 33 Klienten/innen aus dieser Altersgruppe wurde in dem entsprechenden Ordner ein Eintrag vorgenommen.

³¹ Dieser vergleichsweise hohe Anteil von „Schulabbrechern“ darf jedoch nicht überinterpretiert werden, weil hier nicht diejenigen Jugendlichen mit einfließen, die noch zur Schule gehen. Würde dies der Fall sein, würde der prozentuale Anteil erheblich geringer ausfallen. Bei den beiden anderen Altersgruppen stellt sich dieses statistische Problem nicht, weil hier fast alle Personen in einem Alter sind, in dem sie nicht mehr zur Schule gehen.

Tabelle 3.3: Soziale Situation der Jugendlichen und Jungen Erwachsenen ³²

| | Jugendliche (14-17 Jahre) | Junge Erwachsene (18-26 Jahre) | (Ältere) Erwachsene (27 und älter) |
|---------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|--|
| Wohnsituation | | | |
| Eigene Wohnung | 5 % | 42 % | 82 % |
| Bei den Eltern | 73 % | 35 % | 5 % |
| Instabile Situation | 2 % | 7 % | 5 % |
| Partnerbeziehung | | | |
| Alleinstehend | 65 % | 50 % | 38 % |
| Feste Beziehung | 12 % | 34 % | 54 % |
| Schul- und Berufsbildung | | | |
| Mittlere Reife und höher | (28 %) | 30 % | 34 % |
| Schule abgebrochen | (27 %) | 15 % | 5 % |
| Ausbildung abgeschlossen | / | 21 % | 60 % |
| Haupteinkommensquelle | | | |
| Erwerbstätigkeit | 16 % | 37 % | 43 % |
| Arbeitslosengeld/Sozialhilfe | 6 % | 43 % | 42 % |
| Angehörige | 77 % | 18 % | 7 % |
| Schulden | | | |
| Keine Schulden | 87 % | 44 % | 41 % |
| Bis 5.000 Euro | 6 % | 36 % | 23 % |
| 5.000 bis 25.000 Euro | / | 8 % | 16 % |
| Über 25.000 Euro | / | 2 % | 9 % |
| N-Klienten | 475 | 1.693 | 7.916 |

nur 38 %. Dagegen wohnen diese noch häufiger bei den Eltern als ihre Mitklientinnen (38 % zu 29 %). Auch sind die männlichen 18- bis 26-Jährigen eher alleinstehend als die Frauen (56 % und 38 %). Diese gravierenden Abweichungen existieren, obwohl beide Geschlechter im Durchschnitt exakt gleich alt sind (22,4 Jahre). Andererseits ist aber aus soziologischen Unter-

³² Die fehlenden Prozentwerte in der Tabelle betragen für die drei Altersgruppen (1: Jugendliche, 2: Junge Erwachsene, 3: Ältere Erwachsene):

- a.) Wohnsituation „andere“ – 1: 20 %, 2: 17 %, 3: 8 %
- b.) Partnerbeziehung „zeitweilige Beziehung“ – 1: 23 %; 2: 16 %, 3: 8 %
- c.) Haupteinkommensquelle „anderes“ – 1: 1 %, 2: 2 %, 3: 8 %
- d.) Schulden „Höhe unbekannt“ – 1: 6 %, 2: 10 %, 3: 12 %

suchungen bekannt, dass jüngere Frauen eher eine feste Beziehung (mit älteren Partnern) eingehen als jüngere Männer. Bei den Jugendlichen gibt es diese Unterschiede in dieser Form nicht. Auch die größte substanzspezifische Differenz findet sich in der Gruppe der Jungen Erwachsenen. Hier sind in prozentualer Hinsicht doppelt so viele alkoholabhängige Personen erwerbstätig wie bei den Heroinabhängigen (46 % zu 23 %). Umgekehrt finanziert sich die zweite Gruppe viel häufiger durch Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe (62 % zu 38 %). Dies dürfte damit zusammenhängen, dass Heroin aufgrund seines hohen Suchtpotentials schneller abhängig macht.

Insgesamt betrachtet kann festgehalten werden, dass jede Altersgruppe eine spezifische soziale und biografische Konstellation aufweist. Während die meisten Jugendlichen in sozialer Hinsicht mehr oder weniger integriert sein dürften, stellt sich die soziale Situation für einen erheblichen Teil der Jungen Erwachsenen in einigen Punkten ähnlich negativ dar – z. B. bei der Erwerbssituation – wie bei den (älteren) Erwachsenen. Die sozial-biografischen Daten bestätigen also, dass zumindest ein Teil der 18- bis 26-Jährigen intensivere (psycho-)soziale Hilfen benötigt. Gleichzeitig könnte die Interpretation dieses Sachverhalts auch so ausfallen, dass Frühinterventionen eine sinnvolle Aufgabe darstellen, um spätere Verfestigungen zu vermeiden.

3.7 Jugendliche Cannabis-Klienten/innen

Da mehr als jede/r zweite Jugendliche (14-17 Jahre) wegen Cannabiskonsums oder damit verbundener Probleme eine Suchthilfeeinrichtung aufsucht (57 %, siehe oben) und es außerdem seit einiger Zeit eine fachöffentliche Diskussion über den (vermeintlich oder tatsächlich) zunehmenden Cannabisgebrauch bzw. steigender Zahlen von Cannabisabhängigen unter jungen Menschen gibt, soll hier ein gesonderter Blick auf die Gruppe der jugendlichen Cannabis-Klienten/innen geworfen werden. Es soll der Frage nachgegangen werden, ob sich diese Klientel durch eine besondere

Problemkonstellation auszeichnet und damit – theoretisch – Voraussetzungen für die intensiveren Hilfeleistungen des KJHG (z. B. Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung) erfüllen würde. Zu diesem Zwecke werden die Cannabis-Konsumenten/innen mit den anderen jugendlichen Klienten/innen verglichen.

Der Vergleich zeigt zunächst einmal, dass es – wie oben schon erwähnt – überdurchschnittlich viele junge Männer unter den Cannabisgebrauchern gibt (82 %) (siehe Tabelle 3.4). Bei den Cannabis-Klienten/innen, die schon die Schule beendet haben, ist der Anteil derjenigen Personen mit Abschluss „Mittlere Reife und höher“ höher als bei der Vergleichsgruppe (34 % zu 24 %). Auch bei der Schuldensituation schneiden die Cannabis-Konsumenten/innen etwas besser ab (Keine Schulden: 91 % zu 84 %). Diese wohnen ferner noch deutlich häufiger bei den Eltern (von denen sie dann auch finanziert werden) und haben noch seltener eine feste partnerschaftliche Beziehung als die anderen jugendlichen Klienten/innen, obwohl das Durchschnittsalter in beiden Gruppen annähernd gleich ist (16,4 Jahre zu 16,7 Jahre).

Tabelle 3.4: Jugendliche Cannabis-Klienten/innen (14-17 Jahre) im Vergleich zu den anderen jugendlichen Klienten/innen

| | Jugendliche: Cannabis- Klienten/innen | Jugendliche: Andere Klienten/innen |
|-----------------------------|---|--|
| Jungen | 82 % | 55 % |
| Wohnen bei den Eltern | 80 % | 66 % |
| Feste Beziehung | 8 % | 15 % |
| Mittlere Reife und höher | 34 % | 24 % |
| Einkommensquelle Angehörige | 79 % | 74 % |
| Keine Schulden | 91 % | 84 % |
| N-Klienten | 441 | 329 |

Diese Zahlen zusammengenommen können derart interpretiert werden, dass sich die soziale und schulische Situation der Cannabis-Klienten/innen (etwas) günstiger darstellt als die der anderen jugendlichen Klienten/

innen (vorwiegende Hauptdroge: Alkohol und Opiate, siehe vorne). Die Zahlen zeigen in jedem Falle nicht, dass es sich bei den Cannabis-Klienten/innen in ihrer Mehrzahl um schwer verelendete und gescheiterte Jugendliche handelt. Dafür sprechen auch die vergleichsweise kurzen Betreuungszeiten (siehe unten). Häufiger dürfte es sich dagegen um Personen handeln, die bei dem Gebrauch von Cannabisprodukten in der Schule, im Betrieb oder zu Hause „auffällig wurden“ und deshalb in die Drogenberatung geschickt worden sind. Darauf deuten auch die Zahlen bei der Kontaktempfehlung hin (siehe oben), die sich bei den Cannabiskonsumern/innen nicht anders darstellen als bei den anderen Klienten/innen.³³

Geht man vom Leistungskatalog des KJHG aus, könnte hier von einer Klientengruppe gesprochen werden, die sich durch einen vergleichsweise geringen Unterstützungsbedarf auszeichnet, der sich am ehesten als Erziehungsbeistand (§ 30) klassifizieren lässt.

3.8 In Anspruch genommene Leistungen

Im Folgenden soll das Inanspruchnahmeverhalten der Jugendlichen und Jungen Erwachsenen analysiert werden.³⁴ Zeigen sich auch hier – wie schon bei der biografischen und sozialen Situation – Besonderheiten in den Altersgruppen und wie sind diese vor dem Hintergrund des KJHG einzuordnen?

Zunächst einmal wird deutlich, dass Jugendliche vor allem beraten werden, wenn sie eine Suchthilfeeinrichtung aufsuchen. Das trifft auf neun von zehn Jugendlichen zu (93 %) (siehe Tabelle 3.5). Therapeutische Leis-

³³ Es sei an dieser Stelle jedoch daraufhin gewiesen, dass es in einem früheren Katalog (97-99) zu der Kategorie „Kontaktempfehlung“ (vermittelt durch) das Item „Jugendhilfeeinrichtung“ gab. Damals wurde hier bei den Cannabiskonsumern/innen überdurchschnittlich häufig „durch eine Jugendhilfeeinrichtung“ angegeben. Beim Deutschen Kerndatensatz (KDS), der die Grundlage des jetzigen Kataloges in HORIZONT ist, fehlt dieses Item. Es sollte überlegt, ob dieses nicht wieder in den Katalog mit aufgenommen wird.

³⁴ Die folgenden Auswertungen beziehen sich nicht auf ein Jahr – wie im Statusbericht 2002 –, sondern auf den gesamten Dokumentationszeitraum. Deshalb sind die präsentierten Werte auch nicht in jedem Fall miteinander vergleichbar.

tungen, wie beispielsweise die Substitutionsbehandlung oder die Ambulante Rehabilitation, spielen kaum eine Rolle (7 %). Vor dem Hintergrund des Konsumprofils und der sozialen Situation dieser Altersgruppe war dies auch nicht anders zu erwarten. Auffällig ist aber, dass nur bei ganz wenigen der 14- bis 17-Jährigen Vermittlungsleistungen erbracht werden (4 %).³⁵ Bei den Jungen Erwachsenen nimmt dagegen schon beinahe jeder vierte/r Klient/in therapeutische Leistungen in Anspruch (22 %). Dies hängt mit dem hohen Anteil von Heroinabhängigen in dieser Altersgruppe zusammen (siehe oben). Auch der Anteil von Klienten/innen mit Vermittlungsleistungen steigt deutlich an. Das Profil der in Anspruch genommenen Leistungstypen verändert sich von den jungen zu den älteren Erwachsenen nur wenig.

Tabelle 3.5: Typen der von der Jugendlichen und Jungen Erwachsenen in Anspruch genommenen Leistungen (Mehrfachnennung, mindestens eine pro Klient/in)

| | Jugendliche (14-17 Jahre) | Junge Erwachsene (18-26 Jahre) | (Ältere) Erwachsene (27 Jahre und älter) |
|-------------|------------------------------|-----------------------------------|--|
| Information | 22 % | 37 % | 33 % |
| Beratung | 93 % | 88 % | 87 % |
| Therapie | 7 % | 22 %* | 22 % |
| Vermittlung | 4 % | 21 % | 34 % |
| N-Klienten | 661 | 2.552 | 10.711 |

* Lesebeispiel: 22 % der Jungen Erwachsenen haben zumindest eine therapeutische Leistung in Anspruch genommen.

Wird das Inanspruchnahmeverhalten weiter analysiert, zeigt sich, dass die Jugendlichen am wenigsten Leis-

³⁵ Der angegebene Wert sagt nichts darüber aus, ob die Vermittlung tatsächlich stattgefunden hat oder nicht. Es geht hier um den Leistungstyp. Außerdem ist anzumerken, dass die abweichenden Prozentangaben im Vergleich zu den noch folgenden Auswertungen zu den Vermittlungen (siehe weiter unten) aufgrund unterschiedlicher Fallzahlen und Dokumentationsbereiche (Leistungskatalog, Behandlungsmodul) zustande kommen. Die Grundaussagen sind aber bei beiden Auswertungen identisch und empirisch valide.

tungen nachfragen: Sie kommen (im Durchschnitt) fünfmal in eine Einrichtung und lassen sich dabei insgesamt 3,4 Stunden betreuen und beraten (siehe Tabelle 3.6). Bei den Jungen Erwachsenen betragen die entsprechenden Werte schon 13 Kontakte mit einem durchschnittlichen Zeitumfang von 8,6 Stunden. Bei den (älteren) Erwachsenen nimmt die Intensität der Betreuung weiter und sehr deutlich zu.

Tabelle 3.6: Anzahl und Dauer der von den Jugendlichen und Jungen Erwachsenen in Anspruch genommenen Leistungen (Durchschnittswerte)

| | Jugendliche (14-17 Jahre) | Junge Erwachsene (18-26 Jahre) | (Ältere) Erwachsene (27 und älter) |
|--------------------|------------------------------|--------------------------------------|--|
| Anzahl | 5 | 13 | 20 |
| Dauer insgesamt | 3,4 Std. | 8,6 Std. | 17,2 Std. |
| Dauer pro Leistung | 41 min. | 40 min. | 52 min. |
| N-Klienten | 661 | 2.552 | 10.711 |

Auch die Betreuungslänge – also der Wert dafür, wie lange eine Betreuungssequenz dauert – nimmt von Altersgruppe zu Altersgruppe zu: Die Jungen Erwachsenen sind im Mittel fast doppelt so lange in Betreuung wie die Jugendlichen (163 zu 85 Tage) (siehe Abbildung 3.3). Bei den (älteren) Erwachsenen nimmt die Betreuungslänge noch einmal um etwa ein Drittel zu (226 Tage).

Insgesamt gesehen sind also die Jugendlichen deutlich kürzer, mit weniger Kontakten und geringerem Zeitaufwand in einer Betreuung als die Jungen Erwachsenen. Werden die Anzahl und die Dauer der erbrachten Leistungen sowie die Länge der Betreuung als Indikatoren für Hilfebedarfe angesehen, können die Jugendlichen eher als eine Gruppe klassifiziert werden, die eine ergänzende Unterstützung (im Sinne des Erziehungsbeistand) benötigt, während für die Gruppe der Jungen Erwachsenen eine strukturierte, intensive und problemorientierte Betreuung (im Sinne der Intensiven Sozialpädagogischen Einzelbetreuung oder der Eingliederungshilfe) erforderlich ist.

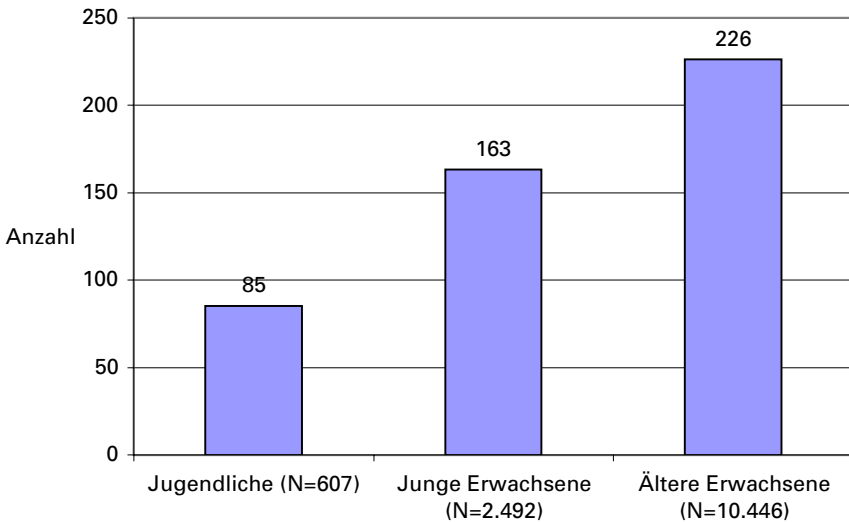


Abbildung 3.3: Durchschnittliche Betreuungslänge nach Altersgruppe

Differenziert nach dem Hauptdrogentyp (-störungstyp) ergeben sich in dieser Hinsicht weitere Erkenntnisse: Es zeigen sich sowohl alters- als auch substanzspezifische Zusammenhänge. Zum einen kann generell konstatiert werden, dass um so älter die Klienten/innen sind, desto größer ist der nachgefragte zeitliche Umfang von Leistungen. Zum anderen stellt sich diese Entwicklung für jede Substanz auf einem unterschiedlichen Niveau dar (siehe Tabelle 3.7).

Die geringste Betreuungszeit – von allen Altersgruppen und allen Hauptdrogentypen – haben die jugendlichen Cannabiskonsumenten/innen, die die dominierende Gruppe bei den 14- bis 17-Jährigen darstellt. Sie kommen auf 1,9 Stunden Betreuung im Durchschnitt (siehe Tabelle 3.7), d. h. sie suchen in der Regel ein- bis dreimal eine Suchthilfeeinrichtung auf. In dieser Altersgruppe verursachen den größten zeitlichen Aufwand die essgestörten Personen: 7,8 Stunden je Klient/in. Offensichtlich besteht hier die Notwendigkeit, schon mit sehr jungen Menschen strukturiert und zeitintensiv zu arbeiten.

Bei den Jungen Erwachsenen ist – neben den Essgestörten – die Betreuung der Opiatabhängigen sehr zeit-

aufwändig. Sie fragen in zeitlicher Hinsicht fast doppelt so viele Leistungen nach wie ihre alkoholabhängigen Mitklienten/innen (12,1 zu 6,4 Stunden). Bei den (älteren) Erwachsenen hat sich das Inanspruchnahmeverhalten dieser beiden Klientele auf einem sehr hohen Niveau wieder angeglichen (17,6 zu 17,5 Stunden).

Tabelle 3.7: Dauer der von den Jugendlichen und Jungen Erwachsenen in Anspruch genommenen Leistungen nach ihrer Hauptdroge/-abhängigkeit (Durchschnittswerte)

| | Jugendliche (14-17 Jahre) | Junge Erwachsene (18-26 Jahre) | (Ältere) Erwachsene (27 und älter) |
|--------------|------------------------------|-----------------------------------|--|
| Alkohol | 4,8 Std. | 6,4 Std. | 17,5 Std. |
| Opiate | 5,5 Std. | 12,1 Std. | 17,6 Std. |
| Cannabis | 1,9 Std. | 3,2 Std. | 5,7 Std. |
| Ecstasy | 2,9 Std. | 4,6 Std. | (n < 50) |
| Glücksspiel | (n < 50) | 5,3 Std. | 10,9 Std. |
| Essstörungen | 7,8 Std. | 12,8 Std. | 17,8 Std. |
| N-Klienten | 661 | 2.552 | 10.711 |

Die Analyse der Betreuungslänge nach dem Hauptdrogentyp ergänzt die obigen Befunde: Die jugendlichen Cannabiskonsumenten/innen bleiben vergleichsweise kurz: 81 Tage im Mittel, in denen sie beraten und betreut werden (siehe Tabelle 3.8). Gleichzeitig wird aber in dieser Betrachtungsweise deutlich, dass auch die anderen jugendlichen Konsumentengruppen nicht wesentlich länger in Betreuung bleiben, obwohl sie vom zeitlichen Umfang her mehr Leistungen empfangen (siehe oben). Möglicherweise hängt dies mit einem jugendspezifischen Beendungsverhalten zusammen, nach dem diese Klientele generell schneller abbricht bzw. schneller die Betreuung planmäßig beendet (siehe unten).

Bei den Jungen Erwachsenen nimmt die Betreuungslänge insgesamt zu; hier zeigen sich darüber hinaus aber auch deutliche substanzspezifische Unterschiede: Die Betreuung dauert mit Abstand am längsten bei den Opiatabhängigen (durchschnittlich 202 Tage), bei den anderen Konsumentengruppen liegt dieser Wert zwi-

schen 116 und 138 Tage. Eine breite Streuung – bei einer insgesamt weiter erhöhten Betreuungslänge – findet man bei den (älteren) Erwachsenen. Insgesamt zeigen sich damit für jede der Konsumentengruppen sehr spezielle Inanspruchnahmepuster, wenn die Dauer und die Länge der Leistung/Betreuung zusammen betrachtet werden.

Tabelle 3.8: Betreuungslänge der Jugendlichen und Jungen Erwachsenen nach Hauptdroge

| | Jugendliche (14-17 Jahre) | Junge Erwachsene (18-26 Jahre) | (Ältere) Erwachsene (27 und älter) |
|---------------|------------------------------|--------------------------------------|--|
| Alkohol | 92 Tage | 138 Tage | 192 Tage |
| Opiate | 104 Tage | 202 Tage | 339 Tage |
| Cannabis | 81 Tage | 125 Tage | 134 Tage |
| Ecstasy | 72 Tage | 131 Tage | (n < 50) |
| Glücksspiel | (n < 50) | 116 Tage | 134 Tage |
| Essstörungen | 86 Tage | 128 Tage | 237 Tage |
| N-Betreuungen | 607 | 2.492 | 10.446 |

Die bis zu diesem Punkt vorgenommene Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens bestätigt die schon vorgenommene Einschätzung, dass bei einem Großteil der Jugendlichen – vorwiegend den Cannabiskonsumern/innen – eine von ihrem Charakter her präventiv und pädagogisch ausgerichtete Kurzberatung durchgeführt wird, während es vor allem bei den Jungen Erwachsenen die Gruppe der Opiatabhängigen ist, bei der eine intensive, teilweise therapeutisch orientierte Betreuung stattfindet.

3.9 Beratungsinhalte

Mit dem Dokumentationssystem HORIZONT ist es möglich, die Inhalte der *Beratung* und die dafür aufgewendete Zeit zu erfassen.³⁶ Diese können Indikatoren

³⁶ Da die meisten Klienten/innen beraten werden, ist die Beratung der geeignete Leistungstyp, um die Inhalte abzubilden. Im Bereich der Therapie/Behandlung werden dagegen mit HORIZONT nicht die Inhalte, sondern die therapeutischen Einzelleistungen (z. B. Einzelgespräch, Gruppengespräch etc.) erfasst.

für spezifische Unterstützungsbedarfe sein. Wird eine solche Analyse bei den drei Altersgruppen durchgeführt, zeigt sich zunächst einmal, dass die Jugendlichen insgesamt am wenigsten Beratungszeit in Anspruch nehmen. Ihr Durchschnittswert beträgt 2,7 Stunden je Klient/in (der/die mindestens einmal beraten worden ist), während die Jungen Erwachsenen im Mittel 4,9 Stunden beraten werden (Ältere Erwachsene: 7,2 Stunden). Diese Werte decken sich mit der obigen Feststellung, dass Jugendliche insgesamt weniger Leistungen nachfragen und einen entsprechenden geringeren Zeitaufwand nach sich ziehen.

Auf der inhaltlichen Ebene – hier wurden die zeitlichen Anteile bezogen auf die jeweilige Gesamtgruppe ausgewertet – wird deutlich, dass die Jugendlichen vergleichsweise häufig zum Thema „Sucht“ beraten werden. Jede vierte Beratungsminute wird dieser Problematik gewidmet (26 %) (siehe Tabelle 3.9). Dies kann darauf hinweisen, dass die Beratung Jugendlicher auch die Funktion einer allgemeinen Drogen- und Suchtaufklärung besitzt. Konkrete Behandlungsfragen (z. B. Therapieform) spielen dagegen in dieser Altersgruppe kaum eine Rolle. Bei den spezifischen Themen fällt auf, dass Beziehungsfragen – seien es die Probleme mit der Familie, den Freunden oder dem/r Partner/in – eine vergleichsweise große Bedeutung haben (11 %).

Das „Beratungsprofil“ der Jungen Erwachsenen ähnelt dagegen stark dem der Gruppe der (älteren) Erwachsenen: Die relative Bedeutung der Themen „Sucht“ und „Beziehung“ nimmt ab, die von Behandlungsfragen zu.

Wesentliche geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen den Altersgruppen gibt es bei den Beratungsinhalten nicht; beispielsweise spielt in allen drei Gruppen das Thema „Beziehung“ bei den Frauen eine größere Rolle als bei den Männern. Bei den jugendlichen Cannabiskonsumenten/innen fällt auf, dass sie häufiger „umfassend“ beraten werden als die cannabisgebrauchenden Jungen Erwachsenen (50 % zu 35 %).

Zusammenfassend betrachtet können die dargestellten Ergebnisse derart interpretiert werden, dass die Beratung Jugendlicher zumindest teilweise den Charakter einer allgemeinen erzieherischen Beratung hat, wenn diese an den Beratungsinhalten „Sucht“ und „Beziehung“ gemessen wird und gleichzeitig davon ausgegangen wird, dass eine „umfassende“ Beratung in dieser Altersgruppe auch immer pädagogische Elemente enthält. Von daher bestehen zumindest inhaltliche Anknüpfungspunkte zu dem im KJHG definierten Aufgabenspektrum der Jugendhilfe.

Tabelle 3.9: Beratungsinhalte der Jugendlichen und Jungen Erwachsenen

| | Jugendliche (14-17 Jahre) | Junge Erwachsene (18-26 Jahre) | (Ältere) Erwachsene (27 Jahre und älter) |
|------------|------------------------------|-----------------------------------|--|
| Umfassend | 43 % | 43 % | 54 % |
| Sucht | 26 % | 16 % | 12 % |
| Behandlung | 7 % | 15 % | 13 % |
| Beziehung | 11 % | 6 % | 6 % |
| Gesundheit | 3 % | 1 % | 1 % |
| Psyche | 4 % | 3 % | 2 % |
| Soziales | 4 % | 6 % | 5 % |
| Recht | 0,4 % | 2 % | 1 % |
| Anderes | 2 % | 8 % | 6 % |
| N-Klienten | 613 (mit 1.652 Std.) | 2.240 (mit 10.937 Std.) | 9.316 (mit 66.866 Std.) |

3.10 Betreuungsende und Konsumstatus

Das Betreuungsende weist einige Besonderheiten auf: Die Jugendlichen beenden von allen drei Altersgruppen am häufigsten planmäßig ihre Betreuung (44 %) (siehe Tabelle 3.10). Gleichzeitig brechen aber immerhin genauso viele der 14- bis 17-Jährigen – egal ob männlichen oder weiblichen Geschlechts – die Betreuung von sich aus ab. Überdurchschnittlich oft ist dies bei Ecstasy-Konsumenten/innen (62 %) und Opiatabhängigen (51 %) der Fall. Bei der Gruppe der Jungen Er-

wachsensen liegt die Abbruchquote sogar bei 50 %. Hier finden sich solch hohe Werte bei allen Hauptdrogentypen (-störungstyp), mit Ausnahme der Essstörungen (40 %). Auffällig ist ferner, dass die Jugendlichen im Vergleich zu den anderen beiden Altersgruppen seltener weitervermittelt werden (8 % zu 14 %), was mit der höheren Quote planmäßiger Beendigungen zusammenhängen dürfte.

Tabelle 3.10: Betreuungsende der Jugendlichen und Jungen Erwachsenen

| | Jugendliche (14-17 Jahre) | Junge Erwachsene (18-26 Jahre) | (Ältere) Erwachsene (27 Jahre und älter) |
|----------------------|------------------------------|--------------------------------------|--|
| Planmäßig | 44 % | 30 % | 37 % |
| Abbruch durch Klient | 44 % | 50 % | 42 % |
| Weitervermittlung | 8 % | 14 % | 14 % |
| Anderes | 4 % | 6 % | 7 % |
| N-Betreuungen | 558 | 2.209 | 9.519 |

Wenn Klienten/innen am Ende der Betreuung weitervermittelt werden, sind kaum Unterschiede zwischen den Altersgruppen bei der Frage erkennbar, wohin sie vermittelt werden: Ein erheblicher Anteil von ihnen wird in die Entgiftung oder in eine stationäre Therapie weitergeleitet (38 % bis 46 %) (siehe Tabelle 3.11). In eine ambulante Beratungs- oder Therapieform wird jeweils etwa jede sechste (weitervermittelte) Person geschickt. Andere Betreuungsformen (wie Betreutes Wohnen, Nachsorge etc.) besitzen in allen Altersgruppen nur eine nachgeordnete Bedeutung.³⁷

Im Gegensatz zu den vorangegangenen Auswertungen werden hier also keine altersspezifischen Phänomene sichtbar. Ebenfalls zeigen sich bei einem geschlechtsbezogenen Vergleich der drei Altersgruppen so gut wie keine Unterschiede.

³⁷ In dieser Auswertung werden bei den Vermittlungen teilweise andere Kategorien benutzt als in den Kapiteln 2 und 4. Dies hängt damit zusammen, dass diese Auswertung auf der Gesamtdatenbank (seit 1996) basiert und früher (teilweise) andere inhaltliche Kategorien bestanden, die hier aus methodischen Gründen zusammengefasst worden sind.

Tabelle 3.11: Weitervermittlung der Jugendlichen und Jungen Erwachsenen

| | Jugendliche (14-17 Jahre) | Junge Erwachsene (18-26 Jahre) | (Ältere) Erwachsene (27 Jahre und älter) |
|---------------------|------------------------------|--------------------------------------|--|
| Entgiftung | 21 % | 23 % | 17 % |
| Stationäre Therapie | 17 % | 23 % | 27 % |
| Teilstat. Therapie | 3 % | 7 % | 1 % |
| Ambulante | | | |
| Beratung/Behandlung | 16 % | 16 % | 17 % |
| Betreutes Wohnen | 7 % | 6 % | 5 % |
| Nachsorge | 5 % | 5 % | 4 % |
| Anderes | 31 % | 20 % | 29 % |
| N-Betreuungen | 77 | 590 | 2.581 |

Die Konsumsituation zum Zeitpunkt der Beendigung der Betreuung stellt sich ambivalent dar: Die Jugendlichen weisen zwar die geringste Abstinenzrate von 15 % auf. Gleichzeitig verbessert sich bei jeder dritten Person dieser Altersgruppe die Konsumsituation (33 %) (siehe Tabelle 3.12). Bei jedem zweiten Jugendlichen bleibt diese unverändert. Diese Zahlen dürften sich daraus erklären, dass ein Großteil der 14- und 17-Jährigen nicht abhängig ist und von daher die Abstinenz nicht bei allen Klienten/innen das primäre Ziel der Betreuung darstellt.

Tabelle 3.12: Konsumsituation der Jugendlichen und Jungen Erwachsenen bei Betreuungsende

| | Jugendliche (14-17 Jahre) | Junge Erwachsene (18-26 Jahre) | (Ältere) Erwachsene (27 Jahre und älter) |
|-------------------|------------------------------|--------------------------------------|--|
| Abstinent/behoben | 15 % | 21 % | 41 % |
| Gebessert | 33 % | 29 % | 21 % |
| Unverändert | 50 % | 46 % | 33 % |
| Verschlechtert | 2 % | 4 % | 5 % |
| N-Betreuungen | 434 | 1.647 | 7.792 |

Die „Erfolgsquote“ der Betreuung – die Kategorien „abstinent“ und „gebessert“ zusammen gerechnet –

steigt mit zunehmendem Alter an: in der Gruppe der Jungen Erwachsenen beträgt sie 50 %, bei den (älteren) Erwachsenen 62 %. Bei der ersten Altersgruppe gibt es hierbei keinen Unterschied zwischen den Opiat- und Alkoholabhängigen. Bei den (älteren) existiert dagegen eine gravierende Abweichung: Während 43 % der alkoholabhängigen Personen am Ende der Betreuung als „abstinente“ eingestuft werden, beträgt dieser Anteil bei den Heroinabhängigen „nur“ 20 %. Geschlechtsspezifische Differenzen zwischen den drei Altersgruppen bestehen nicht.

Werden der Abschluss der Betreuung und der dort bestehende Konsumstatus zusammen betrachtet, zeigt sich, dass sich bei einem erheblichen Anteil der Jugendlichen mit einer planmäßigen Beendigung der Konsum nicht verändert hat (40 %). Dieser Anteil liegt in den anderen beiden Altersgruppen wesentlich niedriger: 29 % (Junge Erwachsene) und 15 % (Ältere Erwachsene).

Dieser Sachverhalt sollte nicht als eine erfolglose Betreuung Jugendlicher missinterpretiert werden. Vielmehr könnte hierin ein Indiz dafür gesehen werden, dass bei der Beratung dieser Altersgruppe nicht immer Konsumreduktion oder -verzicht als Zielsetzung im Vordergrund steht, sondern die Suchthilfe hier auch vorbeugende, pädagogische Aufgaben im Sinne einer Verhinderung des Abgleitens in eine Abhängigkeit wahrnimmt.

3.11 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die vorangegangene empirische Auswertung zeigt, dass es sich bei 5 % der Klienten/innen der ambulanten Suchtkrankenhilfe um Jugendliche (14-17 Jahre) und bei 19 % um Junge Erwachsene (18-26 Jahre) handelt. Kinder, also Personen unter 14 Jahren, machen dagegen nur einen Anteil von 0,3 % aus und wurden deshalb in dieser Analyse nicht weiter berücksichtigt. Die „Konsumprofile“ der Jugendlichen und Jungen Erwachsenen weichen stark voneinander ab: bei der erstgenannten Gruppe dominieren die Cannabisgebraucher/innen, in der zweiten gibt es viele Heroinab-

hängige. Entsprechend stellt sich die soziale Situation dar: Die meisten Jugendlichen sind (noch) sozial integriert; bei den 18- bis 26-Jährigen ist dagegen ein erheblicher Teil in einer schlechten Lage – keine abgeschlossene Berufsausbildung, arbeitslos, aber verschuldet. Ebenfalls ist das Inanspruchnahmeverhalten beider Gruppen verschieden: Die Jugendlichen sind deutlich kürzer, mit weniger Kontakten und geringerem Zeitaufwand in einer Betreuung als die Jungen Erwachsenen.

Vor diesem Hintergrund würde deshalb eine (theoretische) Zuordnung der Klientele und der empfangenen Hilfen zum Leistungskatalog des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) wie folgt ausfallen:

Da es sich bei einem Großteil der Jugendlichen um Personen handelt, die (höchstens) suchtgefährdet, aber nicht abhängig sind, nehmen die Suchtberatungsstellen hier präventive und frühintervenerende Aufgaben wahr. Hierbei dürfte es häufig auch um Hilfestellungen zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und zur Stärkung einer eigenverantwortlichen Lebensführung gehen. Beides sind Zielsetzungen, die auch im KJHG formuliert werden. Diese Leistungen wären am ehesten als unterstützende Leistungen im Sinne des Erziehungsbeistand (§ 30) zu klassifizieren.³⁸

Anders verhält es sich mit der Gruppe der Jungen Erwachsenen: Hierunter befindet sich zumindest ein Teil von Heroinabhängigen (in kleinerem Umfang auch alkoholabhängige Personen), die als schwer abhängig, von daher als suchtkranke Personen einzustufen sind. Dieser Personenkreis könnte unter § 35a des KJHG – Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Menschen – fallen. Wenn andere Optionen wie eine Behandlung auf der Grundlage des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG § 39/40) nicht infrage kommen, wäre dies möglicherweise ein Weg. Dafür spricht auch die aufgezeigte Betreuungsintensität bei dieser Klientel. In diesem Zusammenhang wäre auch zu diskutieren, inwieweit eine

³⁸ Hierbei sollte es auch die Möglichkeit der Pauschalfinanzierung von Leistungen geben, da das bisherige Verfahren nach dem KJHG sehr aufwändig ist und Einzelfallhilfen nur auf Antrag der Erziehungsberechtigten genehmigt werden.

verstärkte Frühintervention das Missverhältnis „wenige frühere Problemfälle zu vielen späteren Problemfällen“ mildern könnte.

Abschließend sei noch einmal betont, dass mit dieser Analyse kein Vorschlag präferiert werden soll, wie zukünftig bestimmte Leistungen der Suchtkrankenhilfe zu finanzieren sind. Dies setzt vielmehr einen fachlichen Konsens zwischen der Suchthilfe und der Jugendhilfe sowie den zuständigen Kostenträgern inklusive der Politik voraus. Mit diesem Beitrag soll ausschließlich eine empirische Grundlage für weitere Diskussionen um die Aufgabenverteilung von Suchthilfe und Jugendhilfe sowie der Weiterentwicklung spezifischer Angebote geschaffen werden.

Kapitel 4:

Vermittlung von Hilfen und weitergehenden Behandlungen

Die Einrichtungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems erfüllen neben ihren direkten Hilfen für die Suchtkranken eine weitere zentrale Funktion: Sie leiten die Hilfesuchenden an die richtigen Stellen im Hilfesystem und bringen so jeweils die individuelle Hilfenachfrage mit dem -angebot bestmöglich zusammen. Da eine reine Auszählung der einzelnen Vermittlungen von Klienten/innen dieser bedeutenden Funktion nicht gerecht werden kann, widmet sich dieses Kapitel den Vermittlungsleistungen im Rahmen einer Behandlung und der Weitervermittlung am Ende derselben in differenzierter Weise.

Diese zwei Arten von Vermittlungsleistungen werden mit dem EDV-Dokumentationssystem HORIZONT in unterschiedlichen Kategorien erfasst. Es gibt zum einen Vermittlungsleistungen, die die Klienten/innen während der Behandlung erhalten und zum anderen die Weitervermittlung, mit der die Behandlung in der dokumentierenden Einrichtung beendet wird und die das Vermittlungsziel, das die Klienten/innen dann jeweils ansteuern, beschreibt. Der vorliegende Bericht nimmt diese Differenzierung auf und widmet sich zuerst den Vermittlungszielen am Ende der Behandlung. Es werden neben übergreifenden Darstellungen Fragen nach möglichen soziodemographischen und suchtspezifischen Prädiktoren für bestimmte Vermittlungsziele beantwortet. Die Analyse der Vermittlungsleistungen während der Betreuungen stellt – nach einer differenzierten Betrachtung der so favorisierten, zusätzlichen Hilfeleistungen für die Klienten/innen – Fragen nach Spezifika der vor der erbrachten Vermittlungsleistung liegenden Behandlung in den Mittelpunkt und versucht zu beantworten, ob für bestimmte Gruppen von Klienten/innen

ten/innen unterschiedliche Vermittlungsleistungen von Bedeutung sind.

Eine solche Betrachtung der Vermittlungsleistungen fußt in weiten Teilen auf der Betrachtung der Behandlungen der Klienten/innen. Deshalb muss die Entscheidung getroffen werden, welche Auswahl an Behandlungen zur Grundlage der Analyse herangezogen wird (nur die Behandlungen des aktuellen Jahres, alle überhaupt dokumentierten Behandlungen, etc.).

Folgende Kriterien strukturierten die Auswahl der anschließenden Analysen: Die Hilfesuchenden müssen Klienten/innen der Jahre 2000, 2001 oder 2002 gewesen sein und der Behandlungsabschluss muss in einem dieser drei Jahre gelegen haben. Diese Kriterien sind aus mehreren Gründen plausibel:

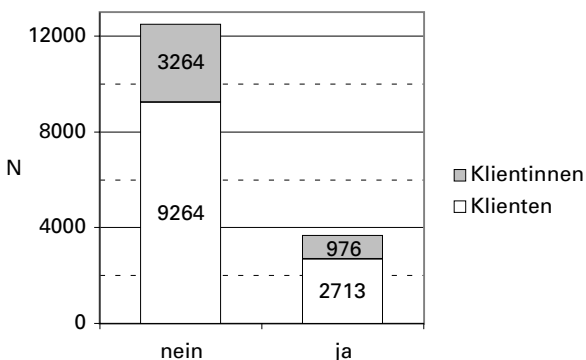
- Der gewählte Zeitraum bietet die Gewähr für eine hohe Datenvalidität, weil die Mitarbeiter/innen der Einrichtungen in der Regel ab dem Jahr 2000 bereits längere Zeit mit dem elektronischen Datenerfassungssystem gearbeitet hatten.
- Gleichzeitig werden aber auch die vereinzelt nachträglich dokumentierten Behandlungen derjenigen Einrichtungen erfasst, die erst im Laufe der Jahre 2000 oder 2001 mit der elektronischen Dokumentation begonnen haben. Denn die Auswahl der betrachteten Behandlungen ist nicht vom Zeitpunkt des Beginns der Behandlung abhängig.
- Weil der Behandlungsbeginn auch in den Jahren vor 2000 liegen kann, werden auch sehr lange Behandlungen eingeschlossen.
- Es wird eine so große Anzahl von Behandlungen in die Analyse eingeschlossen, dass auch differenzierte Auswertungen aussagekräftig bleiben.
- Durch den Einschluss nur abgeschlossener Behandlungen werden valide Aussagen zur Weitervermittlung am Ende der Behandlung möglich.³⁹

³⁹ In seinen Analysen hat das ISD immer wieder auf ‚fragliche‘ Klienten/innen hingewiesen und meint damit Klienten/innen, die in einem Betrachtungsjahr keine Leistung erhalten haben, aber weiterhin als Behandelte dokumentiert wurden. Zuletzt wurden im Tabellenband „Jahresauswertung 2002“ für das vergangene Jahr 1.741 fragliche Klienten/innen für Schleswig-Holstein ausgewiesen.

4.1 Soziodemographische Faktoren

Von den betrachteten 16.217 Betreuungen des gewählten Analysezeitraums werden 3.689 mit einer Weitervermittlung beendet, dies entspricht einem Anteil von 23 % (siehe Abbildung 4.1).⁴⁰ Zwischen den Geschlechtern bestehen in dieser grundsätzlichen Sichtweise keine Unterschiede: In beiden Gruppen (sowohl der der Weitervermittelten als auch der Nicht-Weitervermittelten) befinden sich 26 % Frauen und 74 % Männer. Mit nur minimaler Abweichung entspricht dieses Verhältnis dem der Klientinnen und Klienten unter den namentlich erfassten Hilfesuchenden der Jahre 2000 bis 2002 (siehe Tabelle 2.1).

Abbildung 4.1:
Anzahl der Betreuungen, die mit einer Weitervermittlung abgeschlossen wurden, differenziert nach Geschlecht, 2000 – 2002 (N=16.217)



Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigen sich bei den Zielen der Weitervermittlungen am Ende der Betreuungen (siehe Tabelle 4.1): Frauen werden in relativer Betrachtungsweise deutlich häufiger in die ambulante Beratung bzw. Behandlung vermittelt als Männer, ebenso in die Substitutionsbehandlung und andere Behandlungsformen. Männer beenden die

Die Behandlungen dieser Klienten/innen sind für die hier vorliegende Analyse definitiv zum Ende des Jahres geschlossen worden, für das die zuletzt dokumentierte Leistung vorlag.

⁴⁰ Die Differenz zu Kap. 2.11, Abb. 2.21 (14 % Weitervermittlungen am Ende der Betreuung) besitzt zwei Ursachen: Zum einen ist dies der hier abweichende Betrachtungszeitraum. Zum anderen sind in dieser Analyse die im Statusbericht in den Abbildungen 2.21 und 2.23 getrennt vorgestellten Ergebnisse zu den Weitervermittlungen und ihren Zielen integriert worden.

Betreuung dagegen eher mit dem Ziel der Entgiftung oder der Aufnahme in eine Selbsthilfegruppe. Unabhängig von der Verteilung zwischen Männern und Frauen weist die Vermittlung in die stationäre Entwöhnungsbehandlung insgesamt den bedeutendsten Anteil auf: Jede vierte Weitervermittlung besitzt dieses Ziel (siehe Tabelle 4.1). Die Entgiftung und andere Behandlungsformen verfügen jeweils über einen Anteil von 17 %, mit deutlichem Abstand folgen ambulante Beratung oder Behandlung (9 %) und die ambulante Abstinenztherapie (7 %). Selten stehen die Vermittlung in die Nachsorge (6 %), in Betreutes Wohnen, eine Selbsthilfegruppe (jeweils 5 %) oder die Substitutionsbehandlung (2 %) am Ende einer Betreuung im ambulanten Suchthilfesystem.

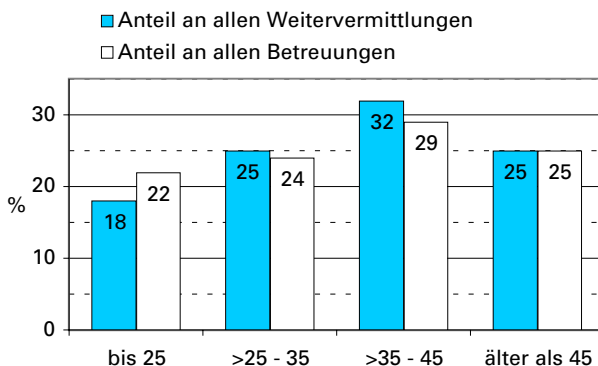
Tabelle 4.1: Ziel der Weitervermittlung am Ende der Betreuung, differenziert nach Geschlecht, 2000 – 2002

| | Klienten | Klientinnen | N | % |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------|-------|
| Entgiftung/Entzug | 80 % | 20 % | 621 | 17 % |
| Stat. Entwöhnungsbehandlung | 78 % | 22 % | 950 | 26 % |
| Amb. Abstinenztherapie | 68 % | 32 % | 270 | 7 % |
| Amb. Beratung/Behandlung | 64 % | 36 % | 329 | 9 % |
| Substitutionsbehandlung | 67 % | 33 % | 70 | 2 % |
| Nachsorge | 75 % | 25 % | 234 | 6 % |
| Arbeits-/Beschäftigungsprojekt | 81 % | 19 % | 26 | % |
| Betreutes Wohnen (amb./stat.) | 78 % | 22 % | 184 | 5 % |
| Selbsthilfegruppe | 81 % | 19 % | 197 | 5 % |
| andere Behandlungsform | 64 % | 36 % | 630 | 17 % |
| unbekanntes Vermittlungsziel | 76 % | 24 % | 178 | 5 % |
| gesamt | 73 % | 27 % | 3.689 | 100 % |

Die Aufspaltung der Betreuungen der Klienten/innen in vier Altersgruppen zeigt, dass die Jüngeren (bis 25 Jahre – siehe Abbildung 4.2) unterdurchschnittlich oft am Ende der Betreuung in weitere, spezifische Angebote vermittelt werden. Im Gegensatz dazu liegt der größte und auch überdurchschnittliche Anteil der Weitervermittlungen in der Altersgruppe der 36- bis 45-Jährigen. Ihr Anteil an allen Weitervermittlungen beträgt 32 %, ihr Anteil an allen Betreuungen macht 29 %

aus. Unter diesem Blickwinkel zeigt sich, dass Frauen in den jüngeren Altersgruppen (bis zu 35 Jahren) kaum stärkere Vermittlungsanteile besitzen als in den älteren Gruppen (+/- 2 Prozentpunkte).

Abbildung 4.2:
Alter und Weitervermittlung am Ende der Betreuung, 2000 – 2002 (N=15.759)



Lesebeispiel: Die Altersgruppe der 36- bis 45-Jährigen besitzt einen Anteil von 29 % an allen Betreuungen. Gleichzeitig stammen 32 % aller Betreuungen, die mit einer Weitervermittlung beendet werden, aus dieser Altersgruppe.

Neben bedeutsamen Einzelaspekten (in die Nachsorge und das Betreute Wohnen werden v. a. die 36- bis 45-Jährigen vermittelt) zeigen sich über die vier Altersgruppen auch „Entwicklungslinien“ (siehe Abbildung 4.3): Je höher das durchschnittliche Alter der Klient/innen ist, desto stärker sind ihre Vermittlungsanteile in Selbsthilfegruppen und die ambulante Abstinenztherapie. Je niedriger ihr Alter ist, desto größer sind ihre Vermittlungsanteile in die Entgiftung. Überdurchschnittlich oft ist die Substitutionsbehandlung bei den bis zu 25-Jährigen das Vermittlungsziel, noch häufiger aber bei den 26- bis 35-Jährigen. Mit weiter steigendem Alter sinken die Anteile der Vermittlungen in die Substitutionsbehandlung wieder bis auf ein weit unterdurchschnittliches Maß.

Bei den Weitervermittlungen stellt sich die Frage, ob im Umgang mit Klient/innen der verschiedenen Hauptdrogentypen Unterschiede bestehen: Die Gruppe der Klient/innen, denen kein Hauptdrogentyp zugewiesen werden konnte,⁴¹ besitzt einen unterdurch-

⁴¹ Vgl. Kap. 2.5.

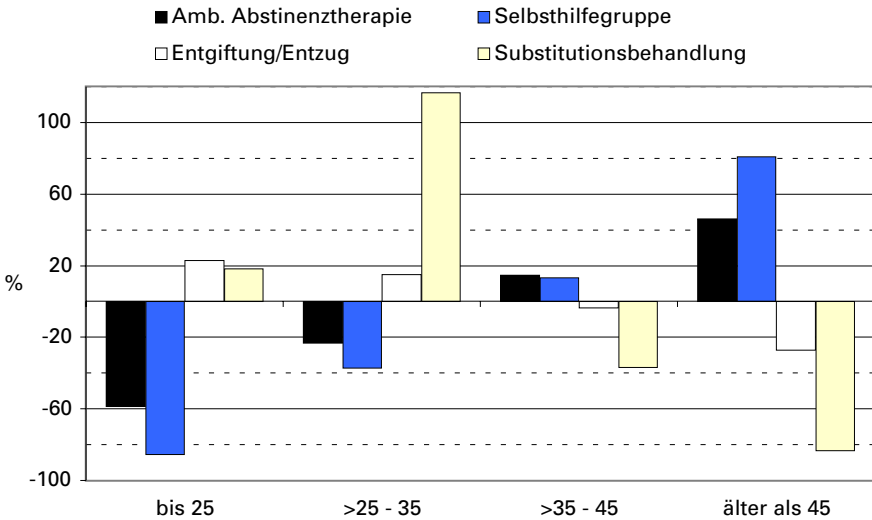


Abbildung 4.3: Alter und Weitervermittlung am Ende der Betreuung, differenziert nach spezifischen Zielen. Prozentuale Abweichungen vom zu erwartenden Durchschnitt des Weitervermittlungszieles 2000 – 2002 (N=15.759)

Lesebeispiel: Entspräche die Verteilung aller Weitervermittlungen in Entgiftungen genau der Altersverteilung – dies bedeutete, dass es keine Abweichungen in diesem Weitervermittlungsziel zwischen den Altersgruppen gäbe – wichen die 4 Balken nicht vom Durchschnitt (0 %) ab. Tatsächlich übersteigt in der Gruppe der bis zu 25-Jährigen der Anteil an Weitervermittlungen in eine Entgiftung den zu erwartenden Wert aber um 23 %. Über die anderen Altersgruppen sinkt der Anteil an Weitervermittlungen in die Entgiftung kontinuierlich bis zu einer negativen Abweichung von -27 % in der ältesten Gruppe.

schnittlichen Anteil an allen Weitervermittlungen (siehe Abbildung 4.4).⁴² Ebenso unterdurchschnittlich ist der Anteil der Weitervermittlungen am Ende der Behandlungen der Cannabiskonsumenten/innen. In Zusammenhang mit den Annahmen, dass diese jungen Klienten/innen oftmals den Weg in die ambulanten Einrichtungen finden, weil sie beim „gelegentlichen Kiffen erwischt worden sind“, ⁴³ manifeste Abhängigkeiten aber selten vorliegen,⁴⁴ ist die Weitervermittlung am Ende der Betreuung nur vereinzelt notwendig.

⁴² Die Gruppe zeichnet sich außerdem durch einen hohen Anteil an Ein- und Zweimalkontakten aus.

⁴³ Vgl. Kap. 2.11.

⁴⁴ Vgl. Kap. 3.6.

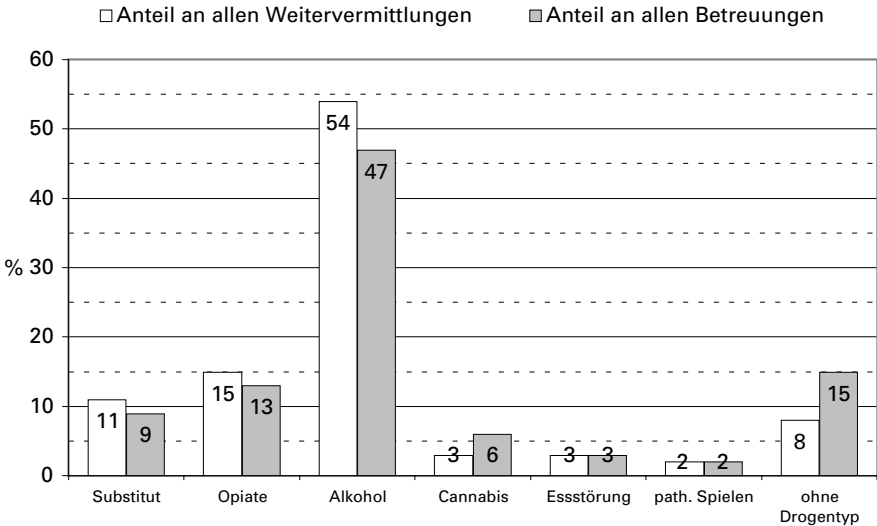


Abbildung 4.4: Hauptdrogentyp und Weitervermittlung am Ende der Betreuung, 2000 – 2002 (N=16.217)

Diesen Gedanken professionellen Handelns der Mitarbeiter/innen des schleswig-holsteinischen Hilfesystems fortführend, sind die überdurchschnittlichen Weitervermittlungsanteile der Hauptdrogentypen Substitut, Opiate und v. a. Alkohol verständlich. Für diese drei – individuell teilweise schwersten – Suchterkrankungen ist in der Regel eine fortgeführte Behandlung mit darauf spezialisierten Angeboten des Suchtkrankenhilfesystems erforderlich.

Bei den Zielen der Weitervermittlung zeigen sich in Bezug auf die Hauptdrogentypen geschlechts- und angebotsspezifische Effekte: Alkoholiker/innen wechseln überdurchschnittlich oft in (die für sie bereit gehaltene) ambulante Abstinenztherapie, Nachsorge oder Selbsthilfegruppen, so wie die (vornehmlich weiblichen) Essgestörten eine Behandlung ambulant fortführen, da sich solche speziell für diese Gruppe bereitgehaltenen Angebote mit den weiteren Verpflichtungen dieser Frauen verbinden lassen (Ausbildung, Beruf, Familie) (siehe Tabelle 4.2).

Selbstverständlich werden Substituierte und Opiatabhängige besonders oft in die Substitutionsbehandlung weitervermittelt, letztere aber auch überdurchschnittlich häufig in Betreutes Wohnen sowie Arbeits- und Beschäftigungsprojekte. Dieses Ziel teilen sie mit den Cannabisgebrauchern/innen. Die überdurchschnittliche Weitervermittlung der Substituierten in den Entzug belegt, dass die Substitutionsbehandlung beileibe keine fortwährende Perpetuierung der Abhängigkeits-erkrankung ohne Ausstiegsperspektive für diese Klienten/innen ist.

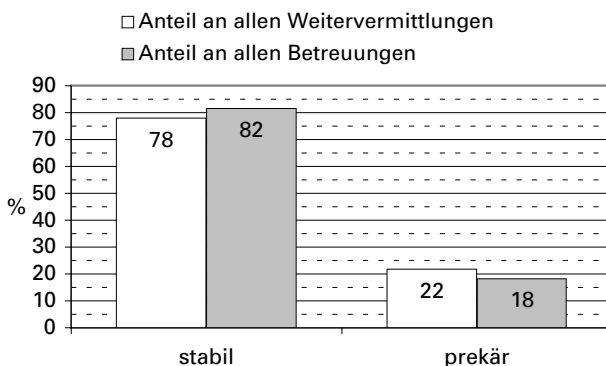
Tabelle 4.2: Ziel der Weitervermittlung am Ende der Betreuung, differenziert nach Hauptdrogentyp, 2000 – 2002

| | Hauptdrogentyp | | | | | | | N |
|--------------------------------|----------------|-------------|-------------|-------------|--------------|---------------|-----------------------|-------|
| | Substitut | Opiate | Alkohol | Cannabis | Essstörungen | path. Spielen | unbekannter Drogentyp | |
| Entgiftung/Entzug | 20 % | 21 % | 47 % | 3 % | - | - | 5 % | 621 |
| Stat. Entwöhnungsbehandlung | 11 % | 19 % | 54 % | 1 % | 1 % | 2 % | 6 % | 950 |
| Amb. Abstinenztherapie | 4 % | 7 % | 73 % | 3 % | 2 % | 4 % | 6 % | 270 |
| Amb. Beratung/Behandlung | 8 % | 12 % | 46 % | 3 % | 10 % | 5 % | 12 % | 329 |
| Substitutionsbehandlung | 60 % | 34 % | 4 % | - | - | - | 1 % | 70 |
| Nachsorge | 4 % | 10 % | 67 % | 2 % | 1 % | 1 % | 12 % | 234 |
| Arbeits-/Beschäftigungsprojekt | 4 % | 27 % | 31 % | 23 % | - | 4 % | 8 % | 26 |
| Betreutes Wohnen (amb./stat.) | 15 % | 23 % | 45 % | 4 % | 1 % | - | 7 % | 184 |
| Selbsthilfegruppe | 3 % | 5 % | 67 % | 1 % | 2 % | 5 % | 18 % | 197 |
| andere Behandlungsform | 4 % | 7 % | 58 % | 3 % | 11 % | 3 % | 9 % | 630 |
| unbekanntes Vermittlungsziel | 12 % | 12 % | 47 % | 5 % | 6 % | 2 % | 10 % | 177 |
| gesamt | 11 % | 15 % | 54 % | 3 % | 3 % | 2 % | 8 % | 3.689 |

Unter Betrachtung zweier Indikatoren für die Lebenssituation der Klienten/innen – der Wohn- und der partnerschaftlichen Lebenssituation – zeigt sich, dass die sich in Weitervermittlungen ausdrückende Hilfe für die Suchtkranken v. a. denjenigen zu Gute kommt, die sich in instabileren bzw. isolierteren Verhältnissen befinden.

Grundsätzlich werden eher diejenigen weitervermittelt, die sich in prekären Wohnsituationen befinden (siehe Abbildung 4.5).

*Abbildung 4.5:
Wohnsituation
(dichotomisiert)
und Weitervermittlung
am Ende der
Betreuung, 2000 –
2002 (N=8.587)*



Die spezifischen Weitervermittlungsziele entsprechen den Erwartungen: In die Ambulante Abstinenztherapie,⁴⁵ Selbsthilfegruppen und andere Behandlungsformen werden überdurchschnittlich oft Klienten/innen aus stabilen Wohnsituationen vermittelt, Betreutes Wohnen und die Substitutionsbehandlung sind hauptsächlich die Ziele für Personen aus prekären Wohnsituationen.

In Abhängigkeit von der partnerschaftlichen Lebenssituation erweist sich, dass das Zusammenleben in den variierenden Formen der Familienkonstellationen immer mit geringeren Weitervermittlungsanteilen einhergeht (siehe Abbildung 4.6). Wenn Klienten/innen allein oder mit sonstigen Personen zusammenleben, werden sie überdurchschnittlich oft in andere Angebote der Suchtkrankenhilfe am Ende der Betreuung weitervermittelt.

Auch hier entsprechenden die spezifischen Ziele der einzelnen Gruppen den Erwartungen: Die allein und mit sonstigen Personen zusammen lebenden Klienten/innen werden überdurchschnittlich oft in das Betreute Wohnen und in Arbeits- und Beschäftigungs-

⁴⁵ Nach den Empfehlungsvereinbarungen sind unter anderem stabilisierte Wohnverhältnisse Voraussetzung für die Aufnahme in eine Ambulante Abstinenztherapie.

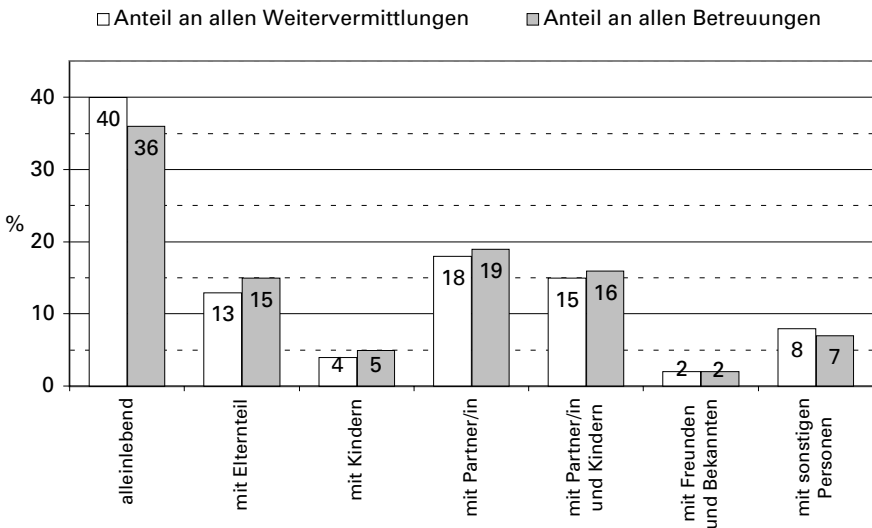


Abbildung 4.6: Partnerschaftliche Lebenssituation und Weitervermittlung am Ende der Betreuung, 2000 – 2002 (N=8.403)

projekte weitervermittelt, aber auch besonders selten in die ambulante Abstinenztherapie und Selbsthilfegruppen (letzteres gilt nur für die Klienten/innen, die mit sonstigen Personen zusammen leben). Entsprechend spiegelverkehrt verhält es sich bei Klienten/innen, die mit Partner/in und/oder Kindern zusammenleben: Sie werden überdurchschnittlich selten in das Betreute Wohnen und überhaupt nicht in Arbeits- oder Beschäftigungsprojekte weitervermittelt, dafür aber überdurchschnittlich oft in die ambulante Abstinenztherapie und Selbsthilfegruppen. Klienten/innen mit Partner/in und/oder Kindern wechseln auch seltener in die Entgiftung.

Klienten/innen, die mit ihren Eltern zusammenleben, werden überdurchschnittlich oft in Arbeits- oder Beschäftigungsprojekte vermittelt.

Der Blick auf Indikatoren zum Bildungs- und Ausbildungsniveau (höchster Schulabschluss und Art des Ausbildungsabschlusses) lässt erkennen, dass die Frage individueller Qualifikation in keinem Zusammenhang damit steht, ob es am Ende der Betreuungen

überhaupt zu einer Weitervermittlung kommt. In keiner Kategorie beider Indikatoren⁴⁶ gibt es relevante Abweichungen von den Anteilen an allen Betreuungen. Einige – wenig überraschende – Zusammenhänge erweisen sich in der genaueren Analyse der konkreten Weitervermittlungsziele: So werden Klienten/innen mit erlangter Hochschulreife bedeutend seltener in den Entzug oder die Substitutionsbehandlung weitervermittelt, dafür aber überdurchschnittlich oft in die ambulante Beratung, Behandlung, Abstinenztherapie und Selbsthilfegruppen. Im Gegensatz hierzu stehen die Absolventen der Hauptschule: Sie werden überdurchschnittlich oft in den Entzug und in die Substitutionsbehandlung, aber besonders selten in die ambulante Beratung oder Behandlung weitervermittelt. Unter den Klienten/innen mit Sonderschul- oder keinem Schulabschluss befinden sich überdurchschnittlich viele, die in das Betreute Wohnen vermittelt werden. Die gleichen Zusammenhänge wie beim erreichten höchsten Schulabschluss zeigen sich bei der Art des Ausbildungsabschlusses: Mit erreichtem Abschluss von Ausbildung oder Studium gehen überdurchschnittlich hohe Anteile der Weitervermittlung in ambulante Angebote einher – mit einem Ausbildungsabbruch überdurchschnittlich hohe Anteile an den Zielen Substitutionsbehandlung, Entzug, Arbeits-/ Beschäftigungsprojekte und Betreutes Wohnen.

Als Zwischenfazit kann festgehalten werden, dass für die Entscheidung ob überhaupt eine Weitervermittlung die jeweilige Betreuung abschließt, biographische Merkmale nicht sehr bedeutsam sind. Eine leichte Tendenz scheint auf dieser grundsätzlichen Ebene dahin zu gehen, dass eher diejenigen nicht weitervermittelt werden, die stärker sozial integriert bzw. abgesichert sind. Nachweisbar sind jedoch Zusammenhänge zwischen einzelnen soziodemografischen Merkmalen und bestimmten Vermittlungszielen.

⁴⁶ Vgl. Kap. 2.9.

4.2 Betreuungsspezifische Aspekte

Neben der Betrachtung biographischer Merkmale der Klienten/innen muss auch der Verlauf der Betreuung selbst in den Mittelpunkt gerückt werden, um Anzahl und Ziele der Weitervermittlungen am Ende der Betreuungen zu beurteilen. Abgesehen von Fragen der Intensität und Länge der Betreuung sind dies Aspekte der Qualität des Abschlusses der Betreuung. Hier bieten sich der Konsumstatus am Ende der Betreuung und die Art des Betreuungsabschlusses als Indikatoren an. Deutliche Zusammenhänge zeigen sich zwischen dem Konsumstatus am Ende der Betreuung und der Rate der Weitervermittlungen: Wenn den Klienten/innen am Ende der Betreuung die Abstinenz oder ein gebesserter Konsumstatus attestiert wird, werden sie überdurchschnittlich oft weitervermittelt (siehe Abbildung 4.7). Anders verhält es sich bei denen, deren Konsumstatus sich nicht verändert hat: Sie werden unterdurchschnittlich oft in andere Angebote der Suchthilfe weitervermittelt.

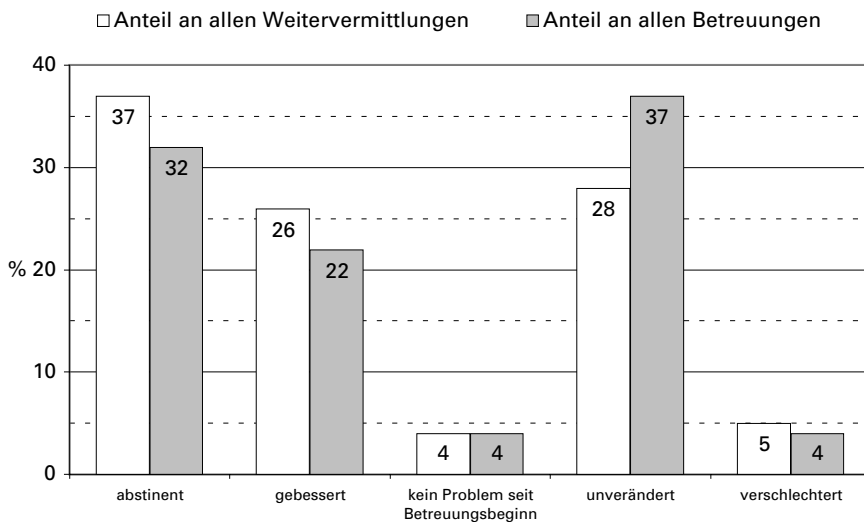


Abbildung 4.7: Konsumstatus und Weitervermittlung am Ende der Betreuung, 2000 – 2002 (N=10.388)

Dieses – auf den ersten Blick – erstaunliche Ergebnis wird durch die Vermutung verständlicher, dass ein gebesserter Konsumstatus zur Voraussetzung für eine ambulante Abstinenztherapie, stationäre Entwöhnungsbehandlung, Nachsorge oder die Teilnahme an Selbsthilfegruppen wird. Diese Annahme wird durch die Analyse der einzelnen Vermittlungsziele gestützt. Bleibt der Konsumstatus unverändert, geht damit ein weit überdurchschnittlicher Anteil der Vermittlungen in die Entgiftung einher, ebenso wie stark unterdurchschnittliche Weitervermittlungsraten in die ambulante Abstinenztherapie und auch stationäre Entwöhnungsbehandlung. Da für diese Gruppe ebenfalls überdurchschnittlich hohe Anteile der Vermittlung in (andere) ambulante Beratung/Behandlung existieren, scheint die Reaktion der Mitarbeiter/innen der ambulanten Einrichtungen auf den unveränderten Konsumstatus der

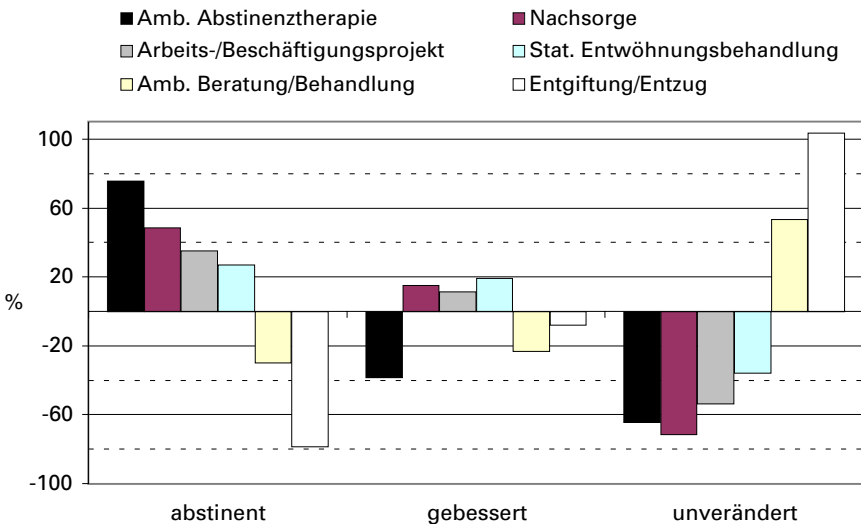


Abbildung 4.8: Konsumstatus und Weitervermittlung am Ende der Betreuung, differenziert nach spezifischen Zielen prozentuale Abweichungen vom zu erwartenden Durchschnitt des Weitervermittlungszieles 2000 – 2002 (N=3.345)

Lesebeispiel: In der Gruppe der Abstinenten übersteigt der Anteil der Weitervermittlungen in eine ambulante Abstinenztherapie den zu erwartenden Wert um 76 %. Über die anderen Konsumzustände sinkt der Anteil der Weitervermittlungen in die ambulante Abstinenztherapie kontinuierlich bis zu einer negativen Abweichung von -64 % in der Gruppe der Unveränderten.

Klienten/innen zum einen v. a. in der Überweisung in die Entgiftung und zum anderen in neuen Versuchen mit vergleichbaren Mitteln wie zuvor (ambulante Beratung/Behandlung) zu liegen.

Ändert sich der Konsumstatus zum Besseren, sind gemäß der Vermutung ambulante Abstinenztherapie, stationäre Entwöhnungsbehandlung, Nachsorge und Selbsthilfegruppen die Mittel (Ziele) der Wahl.

In einer etwas anderen Perspektive kann für die folgenden sechs potentiellen Weitervermittlungsziele (siehe Abbildung 4.8) eine steigende oder fallende Wahrscheinlichkeit je nach Behandlungserfolg abgelesen werden. Beispielsweise besitzt die Entgiftung weit überdurchschnittliche Anteile in der Gruppe der Klienten/innen, deren Konsumstatus sich nicht verändert hat, aber – kaum verwunderliche – weit unterdurchschnittliche Anteile bei den Abstinenten.

Wie zu erwarten zeigt sich ein Abbruch am Ende der Betreuung durch die Klienten/innen als schlechte Voraussetzung für eine Weitervermittlung (siehe Abbildung 4.9): Vor allem der planmäßige Abschluss einer

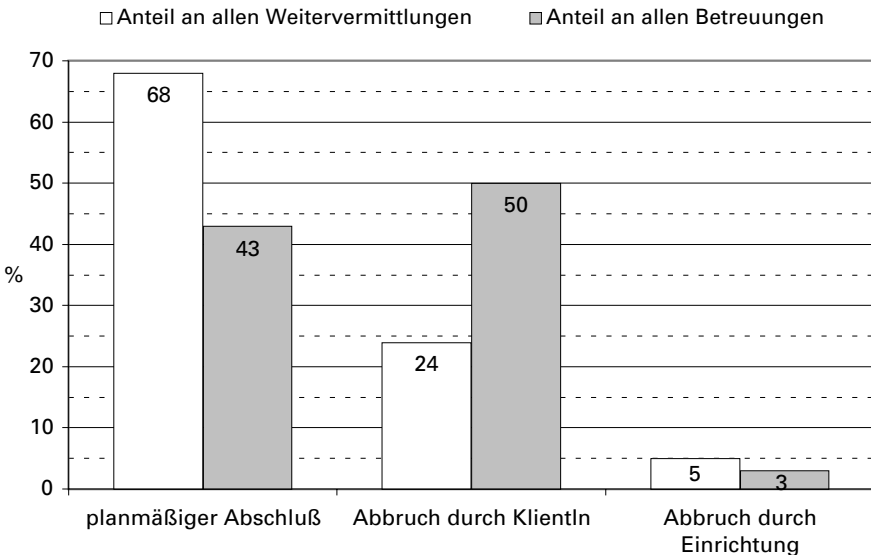


Abbildung 4.9: Art des Betreuungsendes und Weitervermittlung am Ende der Betreuung, 2000 – 2002 (N=11.576)

Betreuung geht einher mit einem weit überdurchschnittlichen Anteil an den Weitervermittlungen, obwohl auch der Abbruch durch die Einrichtung mit einem durchschnittlich höheren Anteil an den Weitervermittlungen zusammen auftritt. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Mitarbeiter/innen der Einrichtungen die Unzulänglichkeit einer laufenden Betreuung erkennen und die Klienten/innen in angemessenere Behandlungen vermitteln.

Solche adäquateren Behandlungen sind weit überdurchschnittlich Entgiftungen, Substitutionsbehandlungen und Betreutes Wohnen. Diese Weitervermittlungsziele, wie auch die ambulante Abstinenztherapie, stehen ebenfalls überdurchschnittlich oft im Mittelpunkt, wenn die Betreuung von Seiten der Klienten/innen abgebrochen wird. Im Gegensatz dazu ist die stationäre Entwöhnungsbehandlung überdurchschnittlich oft das Vermittlungsziel, wenn die Betreuung planmäßig beendet wird.

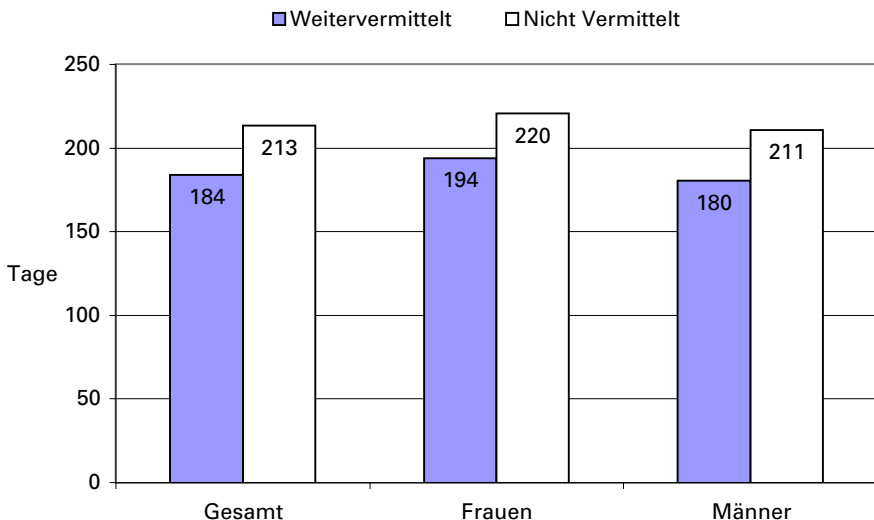
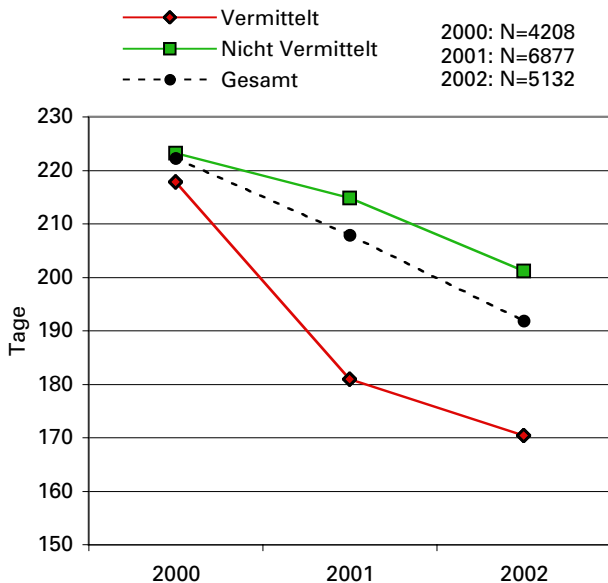


Abbildung 4.10: Vergleich der Behandlungsdauer von Betreuungen, die in einer Vermittlung enden und solchen, bei denen das nicht der Fall ist, 2000 – 2002, Gesamt und nach Geschlecht, N = 16.217

Betrachtet man die Dauer einer Behandlung in Abhängigkeit davon, ob die Klienten/innen am Ende der Behandlung weitervermittelt werden oder nicht, so fällt auf, dass Behandlungen, die in einer Weitervermittlung enden, im Mittel deutlich kürzer sind als Behandlungen, an deren Ende die Klienten/innen nicht weitervermittelt werden. Dieser Unterschied zeigt sich ebenfalls, wenn man Männer und Frauen getrennt betrachtet. In Abbildung 4.11 wird die Entwicklung der durchschnittlichen Behandlungsdauer über die drei Jahre des Auswertungszeitraums dargestellt. Die mittlere Behandlungsdauer nimmt in beiden Gruppen im Verlauf der Jahre ab. Während der Unterschied im Jahr 2000 noch kaum nennenswert ist, zeigt sich ab dem Jahr 2001 ein sehr deutlicher Unterschied, da die mittlere Dauer von Behandlungen, an deren Ende eine Weitervermittlung steht, im Vergleich zu 2000 überproportional stark abnimmt.

*Abbildung 4.11:
Zeitlicher Verlauf
des Vergleichs der
Behandlungsdauer
von Betreuungen,
die in einer Ver-
mittlung enden und
solchen, bei denen
das nicht der Fall ist*



Wie aus Abbildung 4.12 ersichtlich, ist die durchschnittliche Dauer einer Behandlung vor einer Weitervermittlung keineswegs einheitlich, sondern unterscheidet sich je nach dem Ziel der Vermittlung stark.

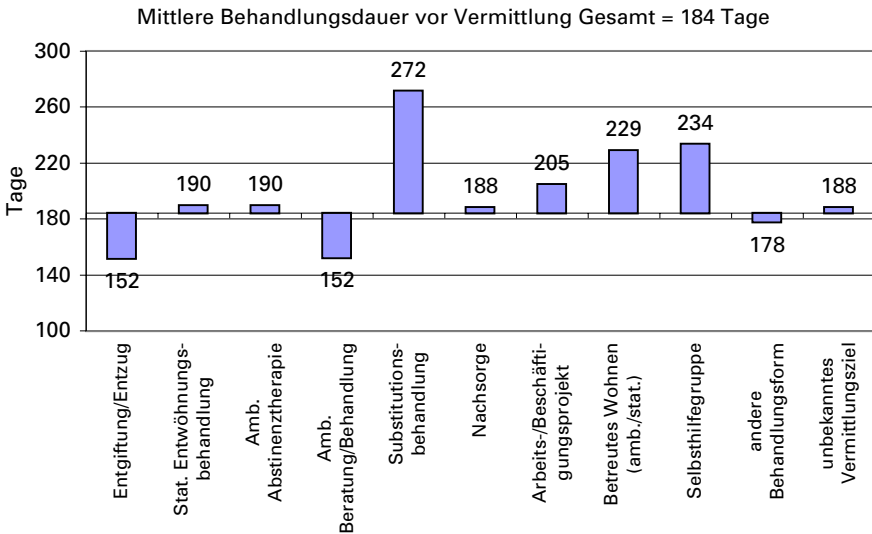


Abbildung 4.12: Mittlere Behandlungsdauer in Tagen nach Vermittlungszielen, N = 3.689, 2000 – 2002

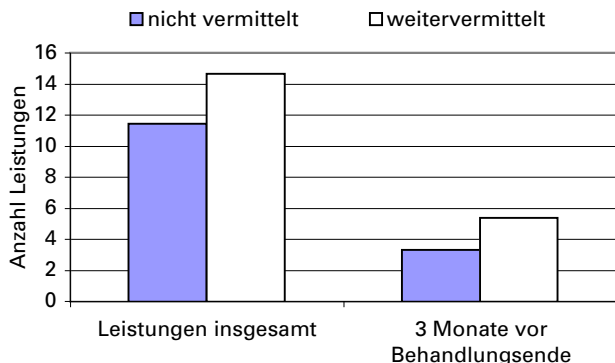
Behandlungen, die mit einer Vermittlung in eine Entgiftungs- oder Entzugsbehandlung oder mit einer Vermittlung in ambulante Beratung oder Behandlung enden, liegen mit einer mittleren Dauer von 152 Tagen deutlich unter dem allgemeinen Durchschnitt von 184 Tagen. Vergewahrtigt man sich den Durchschnitt aller Behandlungen (207 Tage⁴⁷), fällt der Unterschied noch deutlicher aus. Extrem hoch fällt dagegen mit durchschnittlich 272 Tagen die Behandlungsdauer aus, wenn der/die Klient/in am Ende in eine Substitutionsbehandlung vermittelt wird. Dieser Wert wird jedoch etwas relativiert, wenn man einige wenige „Ausreißer“ (Substituierte mit extrem langer Behandlungsdauer) aus der Analyse ausschließt. Die Behandlungsdauer liegt dann immer noch deutlich über dem Mittelwert, ist aber mit den im Folgenden geschilderten vergleichbar. Ebenfalls deutlich über dem Durchschnitt liegen Behandlungen, die mit einer Vermittlung in eine Selbsthilfegruppe (234 Tage) oder in Betreutes Woh-

⁴⁷ Alle Behandlungen aus dem Auswertungszeitraum 2000 bis 2002, unabhängig davon, ob am Ende eine Weitervermittlung erfolgte oder nicht.

nen (229 Tage) beendet werden. Betrachtet man die Jahre 2000 bis 2002 getrennt voneinander, bleibt dieses grundsätzliche Bild – bis auf vereinzelte, nicht relevante Abweichungen – in jedem Jahr bestehen.

Im Weiteren stellt sich die Frage, ob Klienten/innen, die am Ende Ihrer Behandlung weitervermittelt werden, eventuell insgesamt intensiver betreut werden. Dies sollte man an der Anzahl der Leistungen ablesen können, die ihnen gegenüber erbracht werden. Wie aus Abbildung 4.13 ersichtlich ist, erhalten am Ende weitervermittelte Klienten/innen im Mittel mehr Leistungen während ihrer Behandlung als andere Klienten/innen. Ruft man sich die Tatsache ins Gedächtnis, dass solche Klienten/innen auch im Mittel kürzere Behandlungen haben (siehe Abbildung 4.10), legt dies den Schluss nahe, dass dort eine Weitervermittlung wahrscheinlicher ist, wo eine intensivere Behandlung aus unterschiedlichen Gründen möglich ist. Die Anzahl der Leistungen in der Zeit vor dem Behandlungsende scheint dabei von spezieller Bedeutung zu sein. Betrachtet man die Anzahl der Leistungen 3 Monate vor dem Behandlungsende, zeigt sich absolut gesehen fast der gesamte Effekt, den man auch über die gesamte Behandlungsdauer beobachten kann. In diesen 3 Monaten liegt also vermutlich der eigentliche Unterschied in der Behandlungsintensität, den man eventuell mit einem geordneteren Abschluss der Behandlung gleichsetzen kann.

Abbildung 4.13:
Anzahl klientenbezogener Leistungen insgesamt und 3 Monate vor dem Behandlungsende, getrennt nach Behandlungen mit Weitervermittlungen und solchen ohne Vermittlung, N = 14.291, 2000 – 2002



Versucht man auszumachen, ob es bestimmte Vermittlungsziele gibt, die vorher eine besonders intensive Betreuung benötigen, so fällt im direkten Vergleich der Leistungsanzahl bei den unterschiedlichen Vermittlungszielen auf, dass einem Übergang in ein stationäres oder ambulantes betreutes Wohnen offensichtlich meistens mehr Leistungen vorausgehen, als bei den übrigen Vermittlungszielen (Abbildung 4.14). Alle übrigen Vermittlungsziele liegen hinsichtlich der Leistungsanzahl vor der Vermittlung auf einem vergleichbaren Niveau.

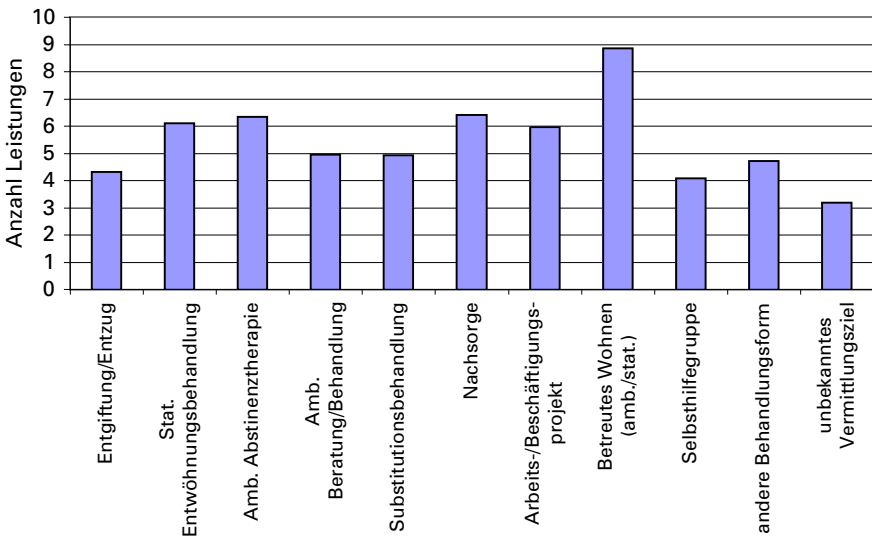


Abbildung 4.14: Anzahl der klientenbezogenen Leistungen in den 3 Monaten vor dem Behandlungsende für Behandlungen, die in Weitervermittlungen enden, getrennt nach Vermittlungsziel, N = 3.488, 2000 – 2002

Obwohl man vermuten könnte, dass kurz vor dem Ende einer Behandlung mit einer Weitervermittlung im Schwerpunkt andere Leistungen erbracht werden als über die gesamte Dauer der Behandlung, zeigt die Abbildung 4.15 jedoch deutlich, dass dies nicht der Fall ist. Es werden hauptsächlich Beratungsleistungen erbracht, gefolgt von Therapie- bzw. Behandlungsleistungen. Dieses ist unabhängig vom Betrachtungszeitraum. In dieser Hinsicht bestehen ebenfalls keine Un-

terschiede zu den Klienten/innen, die am Ende ihrer Behandlung nicht weitervermittelt werden.

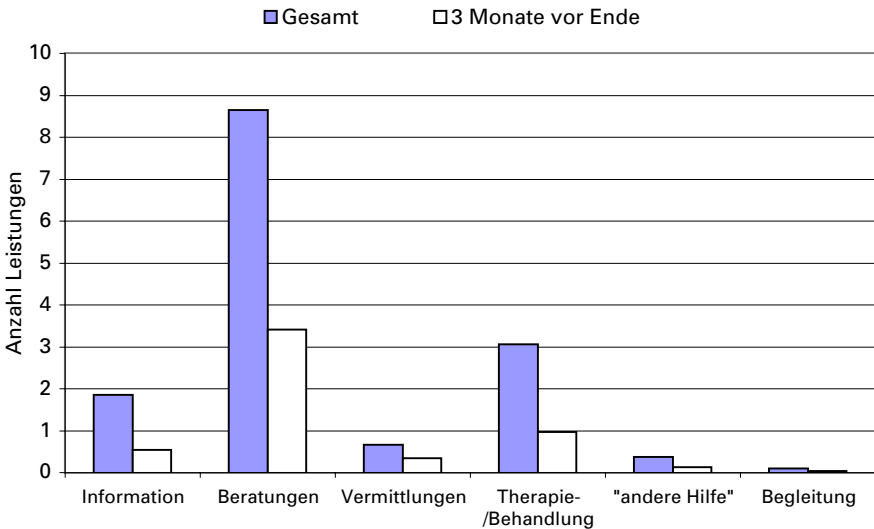


Abbildung 4.15: Anzahl der klientenbezogenen Leistungen insgesamt und 3 Monate vor dem Behandlungsende für Behandlungen, die in Weitervermittlungen enden, getrennt nach Leistungstypen, N = 3.488, 2000 – 2002

Abbildung 4.16 zeigt die mittlere Dauer der Behandlung für die einzelnen Hauptdrogentypen getrennt nach Behandlungen, die in einer Weitervermittlung enden und solchen, bei denen das nicht der Fall ist. Bei der Betrachtung sollte man beachten, dass die Klienten/innen mit den Hauptdrogentypen Alkohol, Opiate und Substitut in beiden Kategorien rund 80 Prozent der Behandlungen auf sich vereinigen. Schaut man sich die drei erwähnten Hauptdrogentypen an, so muss man zu dem Ergebnis kommen, dass es keinen substantziellen Unterschied in der Behandlungsdauer der einzelnen Hauptdrogentypen in Abhängigkeit davon gibt, ob sie am Ende ihrer Behandlung weitervermittelt wurden oder nicht. Insgesamt spiegelt die Abbildung lediglich die schon erwähnte längere Behandlungsdauer von Klienten/innen wider, die am Ende nicht weitervermittelt werden. Ebenso unabhängig von einer Weitervermittlung scheint die unterschiedliche Be-

handlungsdauer der drei maßgeblichen Hauptdrogentypen zu sein.

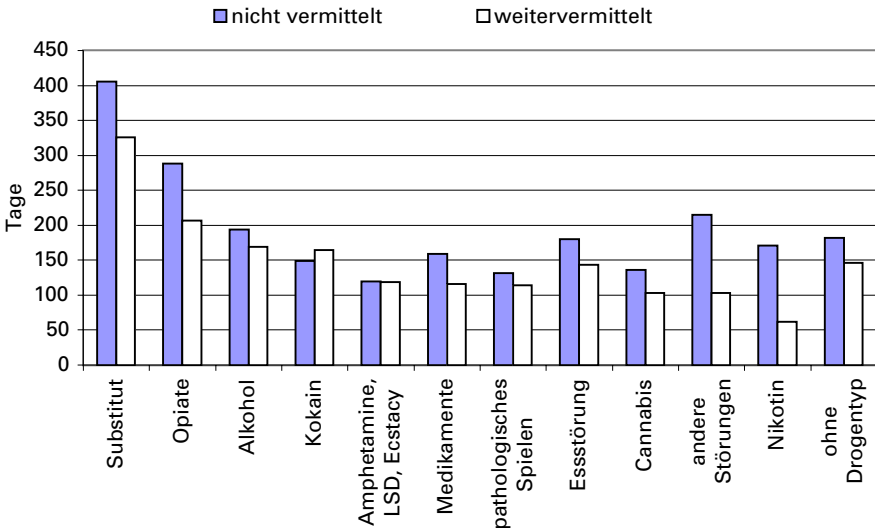


Abbildung 4.16: Mittlere Dauer der Behandlung für die einzelnen Hauptdrogentypen getrennt nach Behandlungen, die in einer Weitervermittlung enden und solchen, bei denen das nicht der Fall ist, N = 16.217, 2000 – 2002

4.3 Vermittlungsleistungen

Beschäftigt man sich mit dem Thema Vermittlungen ist es, wie bereits einleitend erwähnt, nicht nur interessant, die dokumentierten Vermittlungen am Ende einer Behandlung zu untersuchen. Es ist weiterhin möglich, Vermittlungen als Leistungen, die während einer Behandlung erbracht werden, zu dokumentieren. Diese lassen sich jedoch nicht direkt mit den Vermittlungen zu Behandlungsende vergleichen. Am Ende einer Behandlung werden Vermittlungen innerhalb des Suchthilfesystems dokumentiert, beispielsweise der Wechsel eines Klienten von einer Therapieeinrichtung in eine Selbsthilfegruppe. Die Vermittlungsleistungen sind deutlich weiter gefasst. Gemeint ist hiermit die Vermittlung von fast jeder Art von Hilfen, sei es nun eine medizinische Akutversorgung, eine juristische Bera-

tung oder auch suchtspezifische therapeutische Interventionen. Diese Leistungen können zu jedem Zeitpunkt der Behandlung erfolgen: zu Beginn, im Verlauf und am Ende. Abbildung 4.17 stellt die Zusammensetzung der Vermittlungsleistungen in den Jahren 2000 bis 2002 dar. Der bei weitem größte Anteil liegt mit 73 Prozent bei suchtspezifischer Therapie/Behandlung wie zum Beispiel von Vermittlung einer Entzugsbehandlung. Die nächst größten Kategorien Suchtberatung/-hilfe (z. B. Vermittlung einer Drogenberatung) und soziale Hilfe (etwa Vermittlung einer Schuldenberatung) sind mit neun bzw. fünf Prozent dagegen schon bedeutend kleiner. Andere Kategorien fallen kaum noch ins Gewicht.⁴⁸ Betrachtet man diese Prozentangaben für Männer und Frauen getrennt, so ergeben sich für die Geschlechter keine unterschiedlichen Profile.

Abbildung 4.17:
Vermittlungsleistungen im Auswertungszeitraum 2000 bis 2002 nach Typ, N = 6.765

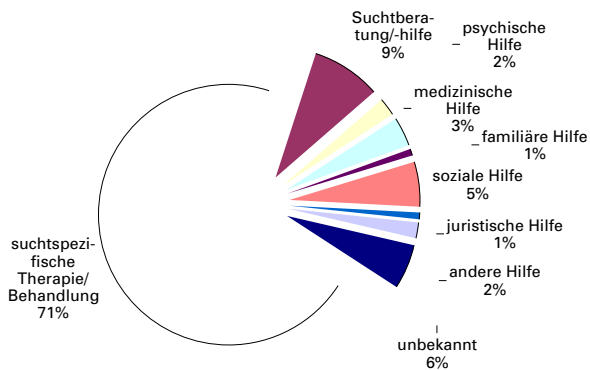
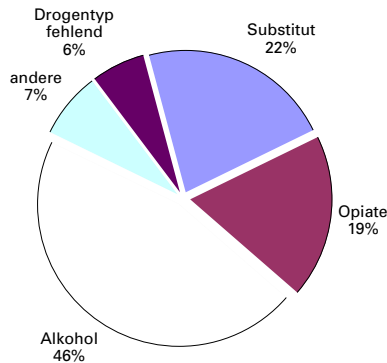


Abbildung 4.18 zeigt, wie sich die Vermittlungsleistungen auf die einzelnen Hauptdrogentypen verteilen. Annähernd die Hälfte aller Vermittlungsleistungen (46%) werden gegenüber Klienten/innen mit dem Hauptdrogentyp Alkohol erbracht. Mit weitem Abstand folgen als Adressaten dieser Leistungen die Klienten/innen der Hauptdrogentypen Substitut und Opiate (22% bzw. 19%). Zusammen betrachtet ist ihr gemeinsamer Anteil

⁴⁸ Die Kategorie „unbekannte Vermittlungsleistungen“ kommt dadurch zustande, dass es möglich ist, bei der Dokumentation lediglich die Kontaktform (Telefon, in der Einrichtung etc.) zu spezifizieren, wodurch die genaue Art der vermittelten Hilfe nicht ersichtlich wird. Bei der Interpretation bleibt diese Kategorie daher außen vor.

allerdings fast genauso groß wie der der Alkoholiker/innen: Dies hat seine Ursache darin, dass sich hinter den hier analysierten Vermittlungsleistungen in etwa so viele Alkoholiker/innen verbergen wie Opiatabhängige und Substituierte zusammen, obwohl ihre Anteile unter den namentlich erfassten Klienten/innen (siehe Abbildung 2.3) hiervon deutlich abweichen. Alle anderen Hauptdrogentypen erhalten jeweils nur einen sehr geringen Prozentsatz der insgesamt erbrachten Vermittlungsleistungen und sind deshalb in dieser Abbildung zusammengefasst.⁴⁹

Abbildung 4.18:
Anteil der Hauptdrogentypen an den Vermittlungsleistungen im Auswertungszeitraum 2000 bis 2002 nach Typ, N = 6.765



Um sichtbar zu machen, ob Klienten/innen mit unterschiedlichen Hauptdrogentypen auch andere Vermittlungsleistungen erhalten, stellt Abbildung 4.19 für die drei wichtigsten Hauptdrogentypen Alkohol, Substitut und Opiate die Verteilung der verschiedenen Arten von Vermittlungsleistungen dar. Klienten/innen aller drei Hauptdrogentypen erhalten bei weitem am meisten Vermittlungen suchtspezifischer Therapie/Behandlung. Während Klienten/innen mit dem Hauptdrogentyp Alkohol daneben in erster Linie Suchtberatung/Hilfe vermittelt wird (16%), erhalten Substituierte dagegen zusätzlich meist soziale und medizinische Hilfe (12% bzw. 7%). Opiatabhängigen wird fast ausschließlich suchtspezifischer Therapie/Behandlung vermittelt.

⁴⁹ Die Kategorie „andere“ steht für die Hauptdrogentypen Kokain, Amphetamine/LSD/ Ecstasy, Medikamente, pathologisches Spielen, Essstörung, Cannabis, andere Störungen und Nikotin, welche jeweils nur sehr geringe Anteile hatten und daher zusammengefasst wurden.

spezifische Therapie/Behandlung vermittelt (85%).
 Daneben erhalten sie soziale Hilfe (4%), medizinische
 Hilfe (3%) und Suchtberatung/-hilfe (3%).

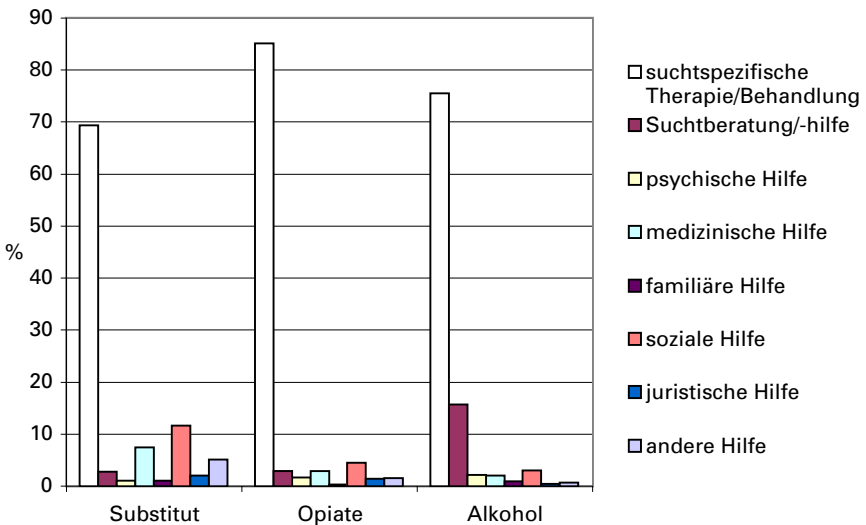


Abbildung 4.19: Prozentualer Anteil der einzelnen Unterkategorien an den gesamten Vermittlungsleistungen der drei wichtigsten Hauptdrogentypen, N = 5.554, 2000 – 2002

Abschließend soll hier auf die durchschnittliche Dauer der jeweiligen Behandlung vor einer Vermittlungsleistung eingegangen werden. In der Abbildung 4.20 findet sich die mittlere Behandlungsdauer vor einer Vermittlungsleistung getrennt für jede Kategorie, abgetragen vom Mittelwert. Im Durchschnitt dauert eine Behandlung 165 Tage bevor eine Vermittlungsleistung erbracht wird. Offenbar findet die Vermittlung von einer Suchtberatung/-hilfe tendenziell früh in einer Behandlung statt. Erst später wird familiäre, soziale oder juristische Hilfe vermittelt. Deutlich später kommt es zur Vermittlung von medizinischer Hilfe. Anzumerken ist, dass der Mittelwert von 165 Tagen sehr stark durch die durchschnittliche Behandlungsdauer vor Vermittlung von suchtspezifischer Therapie/Behandlung bestimmt wird, da die Kategorie, wie bereits erwähnt, absolut gesehen 71 Prozent der Vermittlungsleistungen stellt.

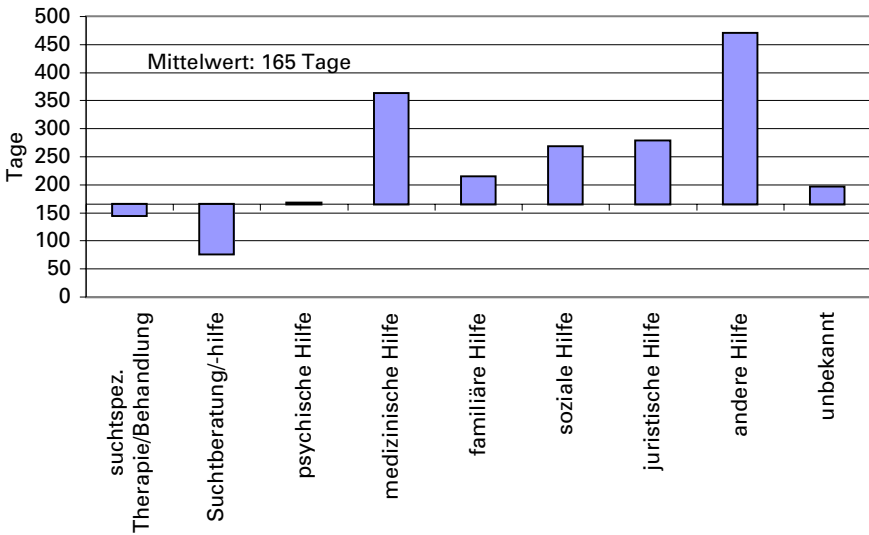


Abbildung 4.20: Durchschnittliche Dauer der Behandlung vor einer Vermittlungsleistung für die unterschiedlichen Arten von Vermittlungsleistungen, N = 6.765, 2000 – 2002

4.4 Resümee

Die verschiedenen Facetten des Gesamtbildes der Vermittlungsleistungen in der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins deuten darauf hin, dass für die grundsätzliche Entscheidung, ob am Ende der Betreuung eine Weitervermittlung steht oder nicht, eher sucht- und damit zusammenhängende betreuungsspezifische Gründe ausschlaggebend sind. Soziodemographische Merkmale der Klienten/innen wie etwa das Alter oder Geschlecht sind von geringerer Bedeutung. In leichtem positiven Zusammenhang zur Weitervermittlung am Ende stehen die mittleren Altersgruppen und eine geringere soziale Integration bzw. Absicherung der Klienten/innen. Aspekte der (Aus-)Bildungsqualifikation sind für das Ob der Weitervermittlung ohne jede Bedeutung. Unterdurchschnittlich oft werden Cannabiskonsumenten/innen weitervermittelt, überdurchschnittlich häufiger – in aufsteigender Reihenfolge – Alkoholiker/innen, Opiatabhängige sowie

Substituierte, deren Suchterkrankung in der Regel wesentliche schwerwiegendere Verläufe kennt als die der Cannabiskonsumenten/innen.

Bedeutender scheinen aber betreuungsspezifische Ursachen zu sein: In engem Zusammenhang mit einer positiven Entscheidung über eine Weitervermittlung am Ende der Betreuung steht die positive Veränderung des Konsumstatus, ebenso wie eine intensivere Betreuung der Klienten/innen, die sich in einer durchschnittlich kürzeren Betreuung vor der Weitervermittlung mit mehr erbrachten Leistungen zeigt. Diese intensivere Betreuung ist weder vom (späteren) Vermittlungsziel, noch vom Hauptdrogentyp abhängig. Auch bleibt sie ohne besondere Auswirkungen auf bestimmte Leistungen. Diese Merkmale könnten vor dem Hintergrund sich in den letzten Jahren verkürzender Betreuungszeiten vor einer Weitervermittlung als suchtspezifische, professionelle Reaktion gedeutet werden, die das sich ausdifferenzierende Suchthilfesystem zunehmend gezielter nutzt.

Insgesamt kann entweder von einer intensiven Betreuung als Vorbereitung einer Weitervermittlung oder der Weitervermittlung als angemessener Fortführung einer erfolgreichen Betreuung gesprochen werden.

Die Ziele der Weitervermittlung stehen in spezifischen und plausiblen Zusammenhängen zum Alter und Hauptdrogentyp, der (Aus-)Bildungs-Qualifikation sowie der Veränderung des Konsumstatus der Klienten/innen während der Betreuung.

Vermittlungsleistungen, die die Klienten/innen im Laufe der Betreuung auch in Angebote außerhalb des engeren Suchthilfesystems führen, sind geschlechterunabhängig dominiert vom Ziel suchtspezifischer Therapie bzw. Behandlung. Vermittlungsleistungen im allgemeinen werden – relativ gesehen – eher Substituier-ten und Opiatabhängige gegenüber erbracht. Das Profil der erhaltenen Vermittlungsleistungen unterscheidet sich zwischen den Hauptdrogentypen aber nur leicht. So konnten einige soziodemographische und suchtsowie betreuungsspezifische Prädiktoren für das Ob einer Weitervermittlung am Ende einer Betreuung beschrieben, Spezifika der Betreuungen vor einer Weiter-

vermittlung benannt und Zusammenhänge zwischen dem Wohin der Vermittlung und den hierfür bestimmenden Faktoren erläutert werden.

Literatur

BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Wiederholungsbefragung, Köln.

Eckert, Dieter/Bathen, Dieter (Hrsg.) (1995): Jugendhilfe und akzeptierende Drogenarbeit, Freiburg i. B.

Eckstein, Gerhard (2001): Kooperation von Drogenhilfe und Jugendhilfe aus der Sicht der Drogenhilfe, in: IGFH, Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (2001): Dialog und Kooperation von Jugendhilfe und Drogenhilfe, Dokumentation eines ExpertInnengespräches, Eigenverlag, Frankfurt a. M., S. 35-46.

IGFH, Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (2001): Dialog und Kooperation von Jugendhilfe und Drogenhilfe, Dokumentation eines ExpertInnengespräches, Eigenverlag, Frankfurt a. M.

Kraus, Ludwig/Augustin, Rita (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland, in: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Sonderheft 1, 47. Jahrgang.

Martens, Marcus-Sebastian/Lorenzen, Jürgen/Verthein, Uwe/Degkwitz, Peter (2003): Statusbericht 2002 der Hamburger Basisdatendokumentation. Auswertungsleistungen und Bericht zur Hamburger Basisdatendokumentation 2002. BADO e. V. (Hrsg.) Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Kreuzfeld Verlag, Hamburg.

Raschke, Peter/Kalke, Jens/Martens, Marcus-Sebastian (2002): Analysen der Inanspruchnahme, Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe, Band II, Kiel.

Schöne, Stephanie (2002): Drogen und Jugendhilfe, in: Böllinger, Lorenz/Stöver, Heino (Hrsg.) (2002): Drogenpraxis-Drogenrecht-Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen, Frankfurt a. M., 153-159.

Weber, Hans-Jürgen (1995): Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) und Drogenarbeit. Neue Möglichkeiten des Jugendamtes aus Sicht einer Jugendhilfeeinrichtung, in: Eckert, Dieter/Bathen, Dieter (Hrsg.) (1995): Jugendhilfe und akzeptierende Drogenarbeit, Freiburg i. B., S. 80-84.