



Ergebnisse zum Konsum psychoaktiver Substanzen in Schleswig-Holstein

Jahresbericht 2004

Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe



ISD

Herausgeber:
Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Familie,
Jugend und Senioren des
Landes Schleswig-Holstein

Adolf-Westphal-Str. 4
24143 Kiel

Ansprechpartnerin:
hannelore.christiansen@
sozmi.landsh.de

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

Satz:
Christian Schütze
Hamburg

Druck und
Weiterverarbeitung:
Hansadruck
Kiel

Dezember 2005
Band 6

ISSN 0935-4379

Diese Broschüre wurde
aus Recyclingpapier her-
gestellt.

Diese Druckschrift
wird im Rahmen der
Öffentlichkeitsarbeit der
schleswig-holsteinischen
Landesregierung heraus-
gegeben. Sie darf we-
der von Parteien noch von
Personen, die Wahlwer-
bung oder Wahlhilfe be-
treiben, im Wahlkampf
zum Zwecke der Wahlwer-
bung verwendet werden.
Auch ohne zeitlichen Be-
zug zu einer bevorstehen-
den Wahl darf die Druck-
schrift nicht in einer Weise
verwendet werden, die als
Parteinahme der Landes-
regierung zu Gunsten ein-
zelnder Gruppen verstan-
den werden könnte. Den
Parteien ist es gestattet,
die Druckschrift zur Unter-
richtung ihrer eigenen Mit-
glieder zu verwenden.

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

Moderne Dokumentation
in der ambulanten Suchtkrankenhilfe
(Band 6)

Jahresbericht 2004
Ergebnisse zum Konsum psychoaktiver Substanzen in
Schleswig-Holstein

Peter Raschke
Sven Buth
Jens Kalke

Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung
ISD Hamburg

Inhalt

1	Zusammenfassung: Fragestellung, Datengrundlage und Ergebnisse.....	6
1.1	Fragestellung und Zielsetzung.....	6
1.2	Datenkontrolle und Datenvalidität	6
1.3	Die Lebenssituation und Versorgung der Klienten/innen	7
1.4	Veränderungen im Zeitraum 2001 bis 2004.....	9
1.5	Repräsentative Befragung zum Konsum psychoaktiver Substanzen in Schleswig-Holstein.....	9
2	Die Lebenssituation und Versorgung der Klientinnen und Klienten	11
2.1	Datengrundlage	11
2.2	Anzahl dokumentierter Personen	11
2.3	Anonyme Kontakte.....	12
2.4	Das Alter der namentlich erfassten Personen	13
2.5	Die Hauptsubstanz der Klienten/innen	15
2.6	Wohnsituation der Klienten/innen	18
2.7	Der Familienstand	21
2.8	Der Bildungs- und Ausbildungsstand	23
2.9	Die berufliche und finanzielle Situation.....	25
2.10	Der Weg in das Hilfesystem hinein und wieder hinaus	29
2.11	Die klientenbezogenen Leistungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems	32
2.12	Niedrigschwellige Dienstleistungen	35
2.13	Die Struktur der ambulanten Suchtkrankenhilfe	36
2.13.1	Einleitende Bemerkungen	36
2.13.2	Datengrundlage	36
2.13.3	Analyse der Strukturdaten	36
2.13.4	Auswertung nach Klienten/innen und Tätigkeiten	38
3	Repräsentative Befragung zum Konsum psychoaktiver Substanzen in Schleswig-Holstein	41
3.1	Fragestellung und Methodik.....	41
3.1.1	Der Fragenkatalog	41
3.1.2	Stichprobe und Erhebungsverfahren (Methodenbericht von Infratest dimap).....	41
3.1.3	Methodischer Hinweis zu den harten Drogen	43
3.2	Konsumprävalenzen in Schleswig-Holstein - Vergleich mit epidemiologischen Daten für die Bundesrepublik.....	43
3.2.1	Erwachsene Bevölkerung (18-59 Jahre)	44
3.2.2	Jugendliche und junge Erwachsene (12-25 Jahre)	48
3.2.3	Besuch einer ambulanten Suchthilfeeinrichtung (alle Befragten).....	51
Anhang	Fragebogen der telefonischen Befragung (Infratest dimap)	52
Literatur	54

Kapitel 1: Zusammenfassung: Fragestellung, Datengrundlage und Ergebnisse

1.1 Fragestellung und Zielsetzung

- Mit der ambulanten Suchthilfestatistik für das Jahr 2004 wird die regelmäßige Berichterstattung fortgesetzt, die mit der Einführung der EDV-gestützten Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein (seit 1997) begonnen worden ist. Der vorliegende Band ist inzwischen der sechste Jahresbericht.
- Der Jahresbericht 2004 besteht zum einen aus dem jährlich erscheinenden Statusbericht (Kapitel 2), der Grundinformationen zum Suchtmittelkonsum und zur soziodemografischen Situation der Klienten und Klientinnen sowie zu den nachgefragten Leistungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe enthält. Erstmals wurden in diesen Statusbericht auch Strukturdaten der Einrichtungen aufgenommen.
- Dieses Monitoring wird in den nächsten Jahren fortgeschrieben, um landesweite Trends aufzuzeigen und zu ausgewählten Themenfeldern vertiefende Erkenntnisse zu gewinnen. Inzwischen können Zeitreihen über mehrere Jahre aufgebaut werden. Dadurch wird der Ertrag einer solchen regelmäßigen Suchthilferichterstattung immer mehr sichtbar. Denn durch Fortschreibung und Berücksichtigung bisheriger Entwicklungen können auf einer empirischen Grundlage Diskussionen über Handlungsbedarfe und Perspektiven der ambulanten Suchtkrankenhilfe geführt sowie die Qualitätssicherung auf einer einrichtungsübergreifenden Ebene vorangetrieben werden. In diesem Sinne sind auch die Analysen des Jahresberichtes 2004 zu verstehen.
- Außerdem werden im Jahresbericht 2004 die Ergebnisse einer Repräsentativerhebung zum Konsum psychoaktiver Substanzen (Nikotin, Alkohol, Cannabis, Medikamente) dargestellt (Kapitel 3). Eine solche Repräsentativerhebung ist in dieser Form erstmalig für das Bundesland Schleswig-Holstein durchgeführt worden.
- Bei der Interpretation der Daten des Jahresberichtes 2004 muss berücksichtigt werden, dass sie aus unterschiedlichen Quellen stammen (Statusbericht = Informationen von den ambulanten Einrichtungen, Repräsentativerhebung = telefonische Befragung der Bevölkerung).
- Der Prozess 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, Familie, Gesundheit und Senioren, der Landestelle gegen die Suchtgefahren (LSSH), der freien Wohlfahrtsverbände (Diakonisches Werk, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Arbeiterwohlfahrt), des Landkreistages, des Städteverbandes, des Fachausschusses Sucht und des Institutes für inter-

disziplinäre 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 Empfehlungen und Vorschlägen, welche aus den Ergebnissen der Suchthilfestatistik abgeleitet wurden. Die Themen und Inhalte des vorliegenden Jahresberichts 2004 – Statusbericht und Repräsentativerhebung – 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 – wie in jedem Jahr – 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 so genannte „Dokumentationsprotokolle“ erstellt, die den einzelnen Einrichtungen (zusammen mit den Einrichtungsauswertungen) zugesandt wurden, um eine Transparenz des Dokumentierens zu ermöglichen.
- Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass generell der Datenkontrolle ein hoher Stellenwert zukommt und sie in einen reflexiven Transferprozess mit den beteiligten Einrichtungen eingebunden sein muss.
- Es kann festgestellt werden, dass die Güte der Dokumentation (Datenqualität) der Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins in etwa auf dem hohen Niveau des Vorjahres liegt.
- Für die Perspektiven der EDV-gestützten Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe ist es von Bedeutung, dass seit Beginn des Jahres 2005 ein überarbeiteter Datensatz zur Anwendung kommt, der von der Projektgruppe „Ambulante Suchtkrankenhilfe“ verabschiedet worden ist. Dieser baut auf den bisherigen Erfahrungen auf, „verschlankt“ die Erfassungskataloge jedoch um Kategorien, die sich in der Vergangenheit als wenig praxisrelevant gezeigt haben, und sieht ferner einige Pflichtfelder vor. Es kann erwartet werden, dass sich mit diesem Datensatz die Dokumentationsqualität noch weiter verbessern wird. Der Jahresbericht 2005 wird erstmalig auf der Grundlage des überarbeiteten Datensatzes erstellt werden.

1.3 Die Lebenssituation und Versorgung der Klienten/innen

Datengrundlage

- Die Datengrundlage für diese Analyse lieferten 59 Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein. Sie übergaben dem ISD ihre exportierten Datenbanken für das Jahr 2004 zur statistischen Auswertung.
- Die Datenbanken beinhalten Angaben zu 13.264 Personen, die im Jahre 2004 namentlich erfasst wurden: 11.621 Klienten/innen und 1.643 Angehörige. Dazu kommen 7.694 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. In der Gruppe der Angehörigen überwiegen die Frauen mit einem Anteil von 74 Prozent.
- Das durchschnittliche Alter der männlichen Klienten beträgt 36,4 Jahre, das der Frauen 38,8 Jahre. Die Angehörigen sind mit durchschnittlich 44,1 Jahren (Frauen) bzw. 45,8 Jahren (Männer) deutlich älter.

Hauptdroge

- Die bedeutendste Hauptsubstanz ist der Alkohol: 44 Prozent der Klienten/innen wandten sich auf Grund eines solchen Problems an eine ambulante Beratungsstelle. Bei fast 30 Prozent handelt es sich um Opiatabhängige (Heroin: 13 %; Substitut: 16 %).
- 8 Prozent der Klienten/innen sind wegen des Konsums von Cannabis in einer ambulanten Einrichtung vorstellig geworden. Kokainklienten/innen sowie die Personen mit Essstörungen besitzen einen Anteil von 2 Prozent und pathologische Spieler/innen einen Anteil von 3 Prozent. Amphetamine, LSD, Ecstasy und Medikamente sind als Hauptsubstanzen von noch geringerer Bedeutung (jeweils bis zu einem Prozent). Von 9 Prozent der Klienten/innen liegen keine Angaben zur Hauptsubstanz vor.
- In den Gruppen der Opiatabhängigen, Cannabiskonsumern/innen und pathologischen Spieler finden sich überproportional viele Männer, bei den Medikamentenabhängigen und Essgestörten überdurchschnittlich viele Frauen. In der Gruppe der Alkoholiker/innen spiegelt sich das allgemeine Geschlechterverhältnis aller Klienten/innen wider (siehe oben).
- Die größte Gruppe der Klienten/innen, die Alkoholiker/innen (-gefährdeten), sind mit einem Durchschnittsalter von 43,7 Jahren auch die Ältesten. Deutlich jünger sind die Substituierten mit 33,6 Jahren und die Heroinabhängigen mit 31,6 Jahren. Das geringste Durchschnittsalter weist die Cannabisklientel mit 20,8 Jahren auf.

Biografische Aspekte

- In stabilen Wohnsituationen leben durchschnittlich 86 Prozent aller Klienten/innen (Alkoholiker/innen: 90 %; Essgestörte: 94 %; pathologische Spieler/innen: 91 %). In prekären Wohnverhältnissen finden sich insbesondere Heroinabhängige (23 %), Substituierte (21 %) und Cannabisklienten/innen (18 %).
- Jede/r zweite Klient/in (52 %) ist ledig, etwa jede/r dritte verheiratet (30 %). Allein leben 37 Prozent der Hilfesuchenden. Mit Partner/in und/oder Kindern leben 47 Prozent der Alkoholiker/innen zusammen, aber nur 32 Prozent der Substituierten und 26 Prozent der Opiatabhängigen. Jede/r zweite Cannabisklient/in (51 %) hat seinen Lebensmittelpunkt noch bei den Eltern.
- 64 Prozent der Klienten/innen im Alter über 17 Jahren besitzen höchstens einen Hauptschulabschluss, ein Viertel verfügt über einen Realschulabschluss (25 %) und jede/r Zehnte über die Hochschulreife (11 %). Bei den Essgestörten sind es 81 Prozent mit einem der beiden letztgenannten Schulabschlüsse. Hingegen haben nur 21 Prozent der Heroinabhängigen und 26 Prozent der Substituierten das Abitur oder die Mittlere Reife erworben; zu 16 Prozent bzw. 17 Prozent erreichten sie entweder keinen oder aber den Sonderschulabschluss (Förderschule).
- Einen Ausbildungs- bzw. Hochschulabschluss können nahezu zwei Drittel aller Klienten/innen (60 %) in einem Alter über 19 Jahre vorweisen – 40 Prozent der Klienten/innen haben die Ausbildung abgebrochen oder nicht begonnen. Die alkoholabhängigen oder -gefährdeten Personen verfügen zu drei Vierteln (72 %) über einen Ausbildungs- bzw. Hochschulabschluss, während zwei von drei Substituierten (62 %) und Heroinabhängigen (68 %) die Ausbildung abgebrochen oder nicht begonnen haben.
- Eine eigene Erwerbstätigkeit ist für 35 Prozent der Klienten/innen die Haupteinkommensquelle. 46 Prozent der Klienten/innen beziehen ihr Haupteinkommen aus staatlichen oder kommunalen Transferleistungen (Arbeitslosengeld oder -hilfe, Krankengeld oder Sozialhilfe). Während Substituierte und Opiatabhängige nur zu 17 Prozent bzw. 19 Prozent ihr Haupteinkommen durch eine Erwerbstätigkeit bestreiten, sind dies bei den Alkoholiker/innen und Essgestörten 40 Prozent bzw. 42 Prozent sowie bei den pathologischen Spieler/innen 59 Prozent. Ein Drittel (29 %) der pathologischen Spieler/innen und 40 Prozent der Alkoholiker/innen bestreiten ihren Lebensunterhalt mithilfe der oben genannten Transferleistungen – die Substituierten und Heroinabhängigen aber zu 74 Prozent bzw. 71 Prozent.

Betreuungen

- Mit der jeweils betreuenden Einrichtung hatte im Jahr 2004 annähernd die Hälfte der Klienten/innen erstmals Kontakt, während 39 Prozent von ihnen bereits im Vorjahr diese Suchtberatungsstelle aufsuchten. 8 Prozent der Klienten/innen erneuerten im Jahr 2004 ihren Kontakt zu dieser Einrichtung aus der Zeit vor 2003.
- Begonnen wird annähernd jede zweite Betreuung durch die Vermittlung von anderen professionellen Hilfeeinrichtungen (40 %). Aus eigener Motivation nimmt etwa jede/r vierte Klient/in die Angebote der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Anspruch (27 %).
- Fast die Hälfte aller Behandlungen (45 %) wird planmäßig abgeschlossen. Bei etwas mehr als einem Drittel erfolgt ein Abbruch durch die Klienten/innen (35 %). 13 Prozent der Betreuungen werden durch eine Weitervermittlung bzw. eine Verlegung beendet, während der Abbruch der Betreuung durch die Mitarbeiter/innen der Suchtkrankenhilfe sehr selten vorkommt (4 %).
- Eine Verbesserung des Konsumstatus am Ende der Betreuung bis hin zur Abstinenz wird mehr als jedem bzw. jeder zweiten Klient/in attestiert (58 %); nur für 5 Prozent der Klienten/innen wird eine Verschlechterung ihres Konsumstatus festgehalten. Ein unverändertes Konsumverhalten wurde bei jedem/r dritten Klienten/in dokumentiert (32 %). Die Alkoholiker/innen und die pathologischen Spieler erreichen zu 43 Prozent eine Abstinenz nach Ablauf ihrer Behandlung, für die Heroinabhängigen wird eine Abstinenzrate von 19 Prozent ausgewiesen.

Leistungen

- Die im Jahr 2004 erbrachten 105.528 klientenbezogenen Leistungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems gliedern sich in 50 Prozent Beratungs-, 30 Prozent Betreuungs- (hierunter fallen z.B. die psychosoziale Betreuung Substituierter und die ambulante Rehabilitation) und 12 Prozent Informationsleistungen. Zeitlich nehmen die Beratungs- und Betreuungsleistungen mit 43 Prozent bzw. 42 Prozent den größten Anteil der insgesamt aufgewendeten Zeit in Anspruch.
- Je älter die Klienten/innen sind, desto mehr Leistungen fragen sie in zeitlicher Hinsicht nach: die Jüngsten (bis 25 Jahre) kommen auf einen Wert von durchschnittlich 5,2 Stunden pro Person, während die Ältesten (älter als 45 Jahre) 13,6 Stunden in Anspruch nehmen.
- Die essgestörten Personen weisen den höchsten Durchschnittswert von in Anspruch genommenen Leistungen auf: (13 Stunden). Es folgen die Alkoholiker/innen (12,8 Stunden) und die pathologischen Spieler/innen (10 Stunden). Für Substituierte werden 7,9 Stunden aufgewendet, für Heroinabhängige 8,1 Stunden und für Cannabiskonsumenden/innen lediglich 3,2 Stunden.

Einrichtungsstruktur

- Von den 54 Einrichtungen, die sich an der Befragung zu den Strukturdaten beteiligt haben, sind 34 (63 %) dem Einrichtungstyp „legale und illegale Drogen“ zuzuordnen. Zehn Einrichtungen (19 %) haben sich auf Klienten/innen legaler Substanzen spezialisiert und weitere 9 Einrichtungen (17 %) betreuen vorwiegend Klienten/innen illegaler Drogen.
- Von den 20 Suchtberatungsstellen in den Landkreisen sind 18 dem integrativen Einrichtungstyp zuzuordnen. Mit zunehmendem Urbanisierungsgrad ist jedoch eine Spezialisierung des Hilfeangebots festzustellen. So beträgt der Anteil von spezialisierten Drogenhilfeeinrichtungen im Hamburger Randgebiet 33 Prozent und in den kreisfreien Städten 67 Prozent.
- Über 80 Prozent aller Einrichtungen sehen in der Beratung ein zentrales Moment ihrer Arbeit mit den Klienten/innen. Jede zweite Einrichtung benannte niedrigschwellige Hilfe als eine zentrale Tätigkeit und weitere 39 Prozent leisten aufsuchende Arbeit. Eine Beratung im Gefängnis wird von jeder sechsten Einrichtung angeboten (17 %). Hierbei handelt es sich ausnahmslos um Einrichtungen, die sich in kreisfreien Städten befinden. Straßensozialarbeit ist in etwa jeder achten Beratungsstelle (13 %) anzutreffen.

Einrichtungen und ihr Klientel

- Werden die Klienten/innen des Jahres 2004 den Einrichtungstypen zugeordnet, so wendeten sich 61 Prozent von ihnen an die integrativen Suchtberatungsstellen. Etwa jede/r vierte Klient/in (23 %) suchte um Hilfe in einer Einrichtung für illegale Substanzen nach und weitere 16 Prozent wurden in Einrichtungen für legale Substanzen betreut.
- Nahezu zwei Drittel der Klienten/innen (64 %), welche um Hilfe in Einrichtungen der kreisfreien Städte nachsuchten, haben ein Problem mit dem Konsum illegaler Drogen. In den Landkreisen und im Hamburger Randgebiet sind es mehrheitlich Personen mit Alkoholproblemen, die eine Suchtberatungsstelle aufsuchen. Hier sind nur etwas mehr als jeweils ein Viertel Konsumenten/innen illegaler Drogen.
- In den Einrichtungen für illegale Substanzen nehmen die Beratung und Information eine herausragende Stellung ein. Sieben von zehn Leistungen betreffen diese beiden Tätigkeitstypen (38 % und 30 %). Dagegen liegt der Schwerpunkt in den Einrichtungen für legale Substanzen auf den Betreuungsleistungen (59 %). In den integrativen Einrichtungen sind die Beratung und die Betreuung die beiden dominierenden Leistungstypen (52 % bzw. 39 %).

1.4 Veränderungen im Zeitraum 2001 bis 2004

- Soziodemografisch zeigt sich die Klientel des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems Schleswig-Holsteins sehr stabil: Die Geschlechterverteilung der Klienten/innen und der Angehörigen hat sich über die vergangenen vier Jahre nicht verändert. Die stetige Zunahme des Durchschnittsalters der weiblichen Klienten in den letzten Jahren hat sich jedoch in 2004 nicht fortgesetzt.
- Werden die diesjährigen Verteilungen der Hauptsubstanzen mit denen des Vorjahres verglichen, so zeigen sich bei den vier bedeutendsten Drogentypen einige bemerkenswerte Unterschiede. So ist der Anteil der Heroinabhängigen um vier Prozentpunkte gestiegen, während Personen mit Alkoholproblemen einen im Vergleich zum Vorjahr um drei Prozentpunkte verringerten Anteil auf sich vereinigen. Auch die Anteile der Klienten/innen mit der Hauptsubstanz Cannabis liegen zwei Prozentpunkte über denen des Jahres 2003.
- Keine nennenswerten Veränderungen sind bezüglich des formalen und tatsächlichen Familienstandes, des Schul- und Berufsausbildungsabschlusses und der finanziellen Situation festzustellen. Allerdings hat der Anteil der erwerbstätigen Klienten/innen seit dem Jahre 2002 um drei Prozentpunkte abgenommen, während die Anteile der Bezieher/innen von Sozialhilfe und Arbeitslosengeld bzw. -hilfe um jeweils zwei Prozentpunkte angestiegen sind.
- Gegensätzliche Entwicklungen zeigen sich bzgl. der Wohnsituation bei den Heroinabhängigen und den Cannabisklienten/innen. In der erstgenannten Klienten/innengruppe hat der Anteil prekärer Wohnverhältnisse zwischen 2002 und 2004 um sieben Prozentpunkte abgenommen. Hingegen zeigt sich bei den Cannabiskonsumenden/innen während dieses Zeitraumes eine stetige Zunahme in den Anteilen problematischer Wohnsituationen um vier Prozentpunkte.
- Auf vergleichbarem Niveau wie in den Jahren 2001-2003 bewegt sich im Jahre 2004 die Rate der erstmals betreuten Klienten/innen (bezogen auf die jeweils dokumentierende Einrichtung).
- Vom Jahr 2001 zum Jahr 2004 vollzieht sich – als eine ausgesprochen positive Entwicklung – ein stetiger Anstieg des Anteils der planmäßigen Betreuungsabschlüsse, der mit dem Absinken der abgebrochenen Betreuungen durch die Klienten/innen korrespondiert.

1.5 Repräsentative Befragung zum Konsum psychoaktiver Substanzen in Schleswig-Holstein

- Um Informationen über die Verbreitung des Konsums von Nikotin, Alkohol, Cannabis und Medikamenten in Schleswig-Holstein zu erhalten, hat das ISD zusammen mit dem Meinungsforschungsinstitut Infratest dimap im Dezember 2004 eine repräsentative Umfrage in Schleswig-Holstein durchgeführt.
- Insgesamt haben 3.500 Personen an einer telefonischen Befragung (CATI-Verfahren = Computer-Assisted-Telephone-Interview) teilgenommen. Es handelt sich dabei um die in Privathaushalten lebende deutschsprachige Bevölkerung (Alter: ab 14 Jahre). Die Befragung am Telefon wurde durch speziell geschulte Interviewer durchgeführt, die Nummernwahl, die Fragebogenführung, die Datenerfassung und gegebenenfalls das Terminmanagement geschahen computergestützt. Um die angestrebte Fallzahl von 3.500 Interviews zu erreichen, wurden insgesamt 11.523 Telefonnummern einbezogen.
- Damit die erhobenen Prävalenzen besser eingeordnet werden können, sind die Zahlen für Schleswig-Holstein im Vergleich zu den letzten veröffentlichten epidemiologischen Daten für die Bundesrepublik Deutschland dargestellt worden. Es handelt sich hierbei um die „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland“ (Kraus L. & Augustin R., 2005) sowie die Untersuchung zur „Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung / BZgA, 2004).
- Bei diesen vergleichenden Darstellungen ist Folgendes zu beachten: Aus methodischen Vergleichsstudien ist bekannt, dass Unterschiede im Antwortverhalten der Befragten bestehen, wenn schriftlich (postalisch) oder telefonisch erhoben wird. Danach kommt es bei den Angaben zum Alkohol- und Drogenkonsum beim telefonischen Erhebungsverfahren eher zu einer Unterschätzung („underreporting“), beim Tabakkonsum ist das Antwortverhalten dagegen im Wesentlichen gleich. Dieser Sachverhalt ist bei der Betrachtung der Vergleichszahlen des Bundes für die erwachsene Bevölkerung zu berücksichtigen. Beim Vergleich der Zahlen für die Jugendlichen bestehen diese methodischen Einschränkungen nicht, weil in beiden Fällen die Prävalenzen durch telefonische Befragungen erhoben worden sind.

Erwachsene Bevölkerung (18-59 Jahre) – Vergleich mit den Daten der Repräsentativerhebung (IFT)

- In Schleswig-Holstein gibt es in der erwachsenen Bevölkerung einen Anteil von 39 Prozent aktuellen Rauchern/innen. Damit liegt Schleswig-Holstein um fünf Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt. Dieser Unterschied existiert in gleichem Maße bei den Frauen wie bei den Männern.

- Vier von zehn erwachsenen Schleswig-Holsteiner trinken im Monat mindestens ein Bier (0,33 l). Diejenigen, die dies tun, konsumieren dabei im Durchschnitt 1,2 Liter pro Woche, d.h. etwa 3 bis 4 Flaschen Bier. Erwartungsgemäß sind bei dieser Getränkeart die Prävalenzen (Frequenz und Menge) bei den Männern höher als bei den Frauen.
 - Beim Wein stellt sich das Geschlechterverhältnis anders dar: Hier sind es anteilmäßig mehr Frauen als Männer, die mindestens einmal im Monat ein Glas Wein (0,2 l) trinken (53 % zu 41 %). Der Gesamtanteil der Wein-Trinker/innen beträgt 46 Prozent. Diese Konsumenten/innen nehmen pro Woche durchschnittlich 2 Gläser Wein (0,4 l) zu sich. Bei der Trinkmenge bestehen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.
 - Die dritte erfasste Getränkeart betrifft spirituosenhaltige Getränke wie Schnaps, Cognac, Whisky. 28 Prozent aller 18- bis 59-Jährigen geben an, im letzten Monat zumindest ein Glas (0,02 l = „Schnapsglas“) hiervon getrunken zu haben. Im Durchschnitt konsumieren die Spirituosen-Trinker/innen 0,06 l (3 Gläser) in der Woche – die Männer doppelt so viel wie die Frauen.
 - Insgesamt zeigen die ermittelten Alkoholprävalenzen, dass in Schleswig-Holstein weniger Alkohol getrunken wird als im Bundesdurchschnitt.
 - 4 Prozent der erwachsenen Bevölkerung aus Schleswig-Holstein geben an, in den letzten 12 Monaten zumindest gelegentlich Cannabisprodukte konsumiert zu haben. Der entsprechende Wert aus der Bundesstudie beträgt 7 Prozent. In beiden Untersuchungen zeigt sich, dass der Anteil Konsumierender bei den Männern höher ist als bei den Frauen.
 - Schlafmittel, Beruhigungsmittel und/oder Antidepressiva haben 4 Prozent der Erwachsenen in den letzten 30 Tagen zumindest einmal wöchentlich eingenommen. Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es hierbei nicht. Die Prävalenzen für diese Medikamente sehen auf der Bundesebene ähnlich aus.
 - Nur ganz wenige Personen haben nach ihren Selbstauskünften in den letzten 12 Monaten andere illegale Drogen (Heroin, Kokain, Ecstasy etc.) benutzt (0,3 Prozent). Es ist jedoch bekannt, dass weder über schriftliche noch über telefonische Befragungen viele Drogenabhängige erreicht werden können (siehe oben). Deshalb kann aus dieser Prävalenz keine verlässliche Aussage darüber abgeleitet werden, wie hoch der Anteil von Konsumenten/innen harter illegaler Drogen in Schleswig-Holstein tatsächlich ist.
- stens einmal eine Flasche Bier (0,33 l) oder ein Glas Wein (0,2 l) konsumiert haben. Die genannten Anteile und Trinkmengen entsprechen weitgehend den Ergebnissen der Bundeserhebung. Bei diesen alkoholischen Getränken existieren jedoch erhebliche Unterschiede im Trinkverhalten zwischen den Geschlechtern: Bier trinken eher die männlichen Jugendlichen (SH: 64 % zu 27 %); der Anteil der Weintrinker ist dagegen bei den Frauen höher (SH: 40 % zu 29 %).
- Ferner geben 46 Prozent der schleswig-holsteinischen Jugendlichen an, dass sie im letzten Monat zumindest einmal ein Glas Schnaps, Whisky etc. bzw. eine Flasche Alcopops konsumiert haben. Dieser Wert kann nicht direkt mit den Ergebnissen der Affinitätsstudie verglichen werden, da hier Spirituosen und Alcopops separat erfasst werden.
 - Bei den regelmäßigen Konsumenten von Bier und Wein – hier definiert als mindestens wöchentlicher Konsum – zeigen sich erneut ähnliche Werte für Schleswig-Holstein und das Bundesgebiet: 20 Prozent (Bund: 22 %) der Jugendlichen trinken regelmäßig Bier, 6 Prozent (Bund: 7 %) regelmäßig Wein. Die schon genannten geschlechtsspezifischen Unterschiede sind auch hier vorhanden.
 - 8 Prozent der schleswig-holsteinischen Jugendlichen können als Cannabis-Konsumenten/innen bezeichnet werden. Sie haben in den letzten 12 Monaten zumindest gelegentlich Cannabis konsumiert. Auf der Bundesebene beträgt der entsprechende Wert 13 Prozent. Dabei benutzen deutlich mehr junge Männer als junge Frauen Cannabisprodukte.
 - Über den Medikamentengebrauch Jugendlicher wird in der Affinitätsstudie nicht berichtet. Deshalb können hier keine vergleichenden Ergebnisse präsentiert werden.
 - Für die ermittelte Prävalenz bei den anderen illegalen Drogen gilt die gleiche methodische Einschränkung wie bei der erwachsenen Bevölkerung: Nur ganz wenige Jugendliche und junge Erwachsene haben in den letzten 12 Monaten in Schleswig-Holstein andere illegale Drogen (Heroin, Kokain, Ecstasy etc.) benutzt (0,3 %). Erneut sei hier auf den bekannten Sachverhalt hingewiesen, dass weder über schriftliche noch über telefonische Befragungen viele Drogenabhängige erreicht werden können.

Jugendliche und junge Erwachsene (12-25 Jahre) – Vergleich mit den Daten der Affinitätsstudie (BZgA)

- In Schleswig-Holstein sind 36 Prozent der Jugendlichen und jungen Erwachsenen aktuelle Raucher/innen. Einen fast gleichen Anteil gibt es bundesweit (35 %). Unterschiede zwischen den weiblichen und männlichen Jugendlichen bestehen hierbei nicht.
- 45 Prozent der schleswig-holsteinischen Jugendlichen trinken Bier, jede/r dritte Jugendliche Wein. Hierunter fallen Personen, die in den letzten 30 Tagen minde-

Kapitel 2: Die Lebenssituation und Versorgung der Klientinnen und Klienten

Für die überwiegende Zahl der Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins ist die computergestützte Dokumentation mittlerweile zu einem unverzichtbaren Bestandteil ihrer Arbeit geworden. Indem der Computer die „klassische“ Handakte ablöst und somit die Vielzahl der für die Betreuung von suchtkranken Menschen notwendigen Informationen auf elektronischem Wege festhält, sind erstmals mit vertretbarem Aufwand differenzierte und valide Analysen zur Situation der Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchtkrankenhilfe sowie Aussagen über die Formen und den Umfang der von ihnen nachgefragten Leistungen möglich. Durch die Befragung der Suchtberatungsstellen zu grundlegenden Einrichtungsdaten, die nun bereits zum zweiten mal durchgeführt worden ist, sind des Weiteren Analysen zu Angebot und Struktur der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe möglich. Somit beinhaltet der Statusbericht des Jahres 2004 vier grundlegende Bereiche: die demografischen Grunddaten, die Beschreibung der Lebenssituation, die Darlegung der Inanspruchnahme von Betreuungen, Leistungen und Dienstleistungen der Klienten/innen und die einrichtungsbezogene Strukturdatenanalyse.

Alle bedeutsamen Sachverhalte wurden, soweit dies möglich war, hinsichtlich des Alters, des Geschlechts und der Hauptsubstanz der Klienten/innen differenziert und analysiert. Außerdem sind wie schon im Bericht des vorherigen Jahres die Angaben zu grundlegenden Lebensbereichen der von Suchtproblemen betroffenen Personen mit der jeweiligen Situation der schleswig-holsteinischen Gesamtbevölkerung verglichen worden. Da die Mehrzahl der ambulanten Suchtberatungsstellen seit mehr als vier Jahren ihre Arbeit mithilfe eines Computerprogrammes dokumentiert, waren des Weiteren in diesem Berichtsjahr erstmals valide Trendanalysen möglich. Veränderungen in der Klienten- und Tätigkeitsstruktur können auf diese Weise frühzeitig aufgedeckt und deren Ursachen benannt werden.

2.1 Datengrundlage

Bis weit in die 90er Jahre erfolgte die Dokumentation der Arbeit in der Suchtkrankenhilfe in Form einer handschriftlich geführten Akte. Mit der computergestützten elektronischen Dokumentation wurde in Schleswig-Holstein erstmals im August 1997 im Rahmen eines Modellprojektes begonnen. Die Mitarbeiter/innen von sechs Modelleinrichtungen dokumentierten über einen Zeitraum von zweieinhalb Jahren ihre tägliche Arbeit und berichteten über ihre diesbezüglichen Erfahrungen. Die aus dieser Pilotphase gewonnenen Erkenntnisse führten zu einer Ausweitung der computergestützten Dokumentation im Jahre 2000 mit 28 teilnehmenden Einrichtungen

(siehe Abbildung 2.1). Im Laufe der folgenden Jahre hat sich ihre Zahl mehr als verdoppelt. So liegen für das Berichtsjahr 2004 Informationen von 59 dokumentierenden Einrichtungen vor. Dies stellt im Vergleich zum Vorjahr eine nochmalige Steigerung dar (2003: 56 Einrichtungen) und bedeutet eine beinahe flächendeckende Beteiligung.

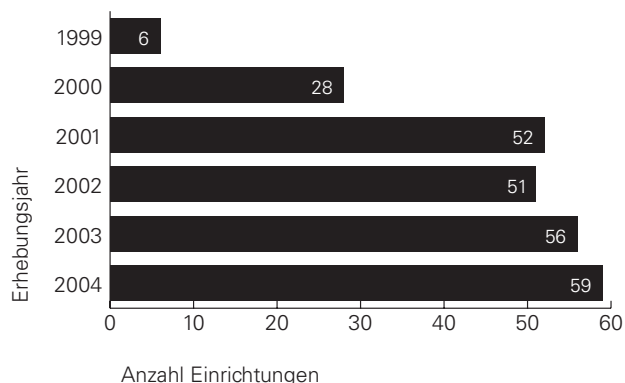


Abbildung 2.1: Anzahl der Einrichtungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems, die sich an der EDV-gestützten Dokumentation beteiligen

2.2 Anzahl dokumentierter Personen

Von den ambulanten Suchtkrankenhilfeeinrichtungen Schleswig-Holsteins, die sich im Jahre 2004 an der EDV-gestützten Dokumentation beteiligten, liegen insgesamt Angaben zu 13.264 namentlich erfassten Personen vor. In der überwiegenden Mehrzahl sind dies Klienten/innen (11.621). Deren Anteil an der gesamten Klientel beträgt somit 88 Prozent (siehe Tabelle 2.1). Die 1.643 Angehörigen stellen hingegen 12 Prozent aller im Jahre 2004 namentlich erfassten Personen.

Die Zahl der Klienten/innen hat seit dem Jahre 2002 um mehr als zweitausend Personen zugenommen. Auch die Zahl dokumentierter Angehöriger ist im gleichen Zeitraum um etwa 250 Personen gestiegen. Da sich jedoch innerhalb dieses Zeitraumes auch die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen deutlich erhöht hat (von 51 auf 59), ist dieser Zuwachs nicht Ausdruck eines gestiegenen Hilfebedarfes, sondern spiegelt vielmehr die Durchsetzung der elektronischen Dokumentation in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe des nördlichsten Bundes-

	2004 ^{a)}			2003 ^{b)}			2002 ^{c)}		
	N	% ^{*)}	w, %	N	% ^{*)}	w, %	N	% ^{*)}	w, %
Klienten/innen	11.621	88 %	27 %	10.658	87 %	27 %	9.554	87 %	27 %
Angehörige	1.643	12 %	74 %	1.595	13 %	74 %	1.398	13 %	76 %

w = „davon weiblichen Geschlechts“

*) Anteil an allen namentlich erfassten Personen eines Jahres

Datengrundlage: a)=59 Einrichtungen; b)=56 Einrichtungen; c)=51 Einrichtungen

Tabelle 2.1: Namentlich erfasste Klienten/innen und Angehörige der Jahre 2002 bis 2004

landes wider.¹ Nahezu drei Viertel (73 %) der Klienten sind männlichen Geschlechts (siehe Tabelle 2.1).

Frauen sind demnach, wie auch in den vorangegangenen Jahren, in deutlich geringerer Zahl unter den Hilfebedürftigen vertreten. Sie stellen jedoch die Mehrzahl der in den Einrichtungen betreuten namentlich erfassten Angehörigen (74 %).

Etwas mehr als die Hälfte der namentlich erfassten Klienten/innen (53 %) fragte im Jahre 2004 erstmals um ambulante Hilfe in der dokumentierenden Suchtkrankenhilfeinrichtung nach.² Hingegen wurden 39 Prozent auch schon im Jahr zuvor hier betreut (siehe Tabelle 2.2). Etwa jede/r zwölfte aktuelle Klient/in (8 %) ist zwar im Jahre 2003 nicht in derselben Einrichtung vorstellig geworden, suchte diese aber in einem der vorangegangenen Jahre (1996-2002) schon einmal auf. Somit ist es nur ein kleiner Teil der früheren Klientel, der nach einer mindestens einjährigen Pause erneut Zugang zur Einrichtung findet.

2.3 Anonyme Kontakte

Wollen oder sollen Klienten/innen bzw. Angehörige nicht namentlich erfasst werden, können diese Personen in Form einer anonymen Sammelakte dokumentiert werden. Von den Stammdaten werden dann lediglich das Geschlecht und der Status (Klient/in oder Angehöriger) festgehalten. Besucht eine solche Person eine Einrichtung mehrfach, so ist sie einem früheren Kontakt nicht mehr zuzuordnen, sodass ein erneuter Kontakt angelegt werden muss. Hinter mehreren anonymen Kontakten innerhalb einer Einrichtung kann somit ein und derselbe Klient/in bzw. Angehörige stehen.³

Insgesamt wurden im Jahre 2004 in den Suchtkrankenhilfeinrichtungen Schleswig-Holsteins 7.694 anonyme Personenkontakte dokumentiert – 5.588 Klienten/innen und 2.106 Angehörige (siehe Tabelle 2.3). Das Verhältnis zwischen Klienten/innen (73 %) und Angehörigen (27 %) stellt sich damit anders dar als bei den namentlich erfassten Personen (88 % zu 12 %). Bemerkenswert ist, dass die Inanspruchnahme von anonymen Beratungsleistungen je nach Einrichtung erheblich variiert. So entfallen auf nur ein Siebtel (14 %) aller Einrichtungen insgesamt drei Viertel der anonymen Klientenkontakte (77 %). Die Verteilung von Männern und Frauen entspricht, wenn nach Klienten/innen und Angehörigen differenziert wird, im Wesentlichen dem Geschlechterverhältnis der namentlich erfassten Personen.

	männlich		weiblich		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
kein Klient aus den Vorjahren	4.545	53 %	1.591	51 %	6.136	53 %
Klient aus 2003	3.294	39 %	1.264	41 %	4.558	39 %
Klient vor 2003	676	8 %	251	8 %	927	8 %
Gesamt	8.515	100 %	3.106	100 %	11.621	100 %

Tabelle 2.2: Namentlich erfasste Klienten/innen aus dem Vorjahr differenziert nach Geschlecht

1 Diese Aussage bezieht sich auf die Entwicklung der Klienten/innenzahlen der gesamten schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe. Nichtsdestotrotz kann es natürlich in einzelnen Einrichtungen zu einer Zunahme der zu betreuenden Personen gekommen sein.

2 Dies gilt jedoch nur für den Zeitraum seit Beginn der elektronischen Dokumentation im ambulanten Suchtkrankenhilfesystem. So ist es möglich, dass einige der Klienten/innen schon vor diesem Zeitpunkt in der betreffenden Einrichtung betreut wurden. Weiterhin gilt zu beachten, dass innerhalb dieses Berichts Klienten/innen die Basis bilden und nicht Personen. Somit ist es durchaus möglich, dass eine Person, die als Klient/in erstmalig in einer Einrichtung dokumentiert wurde, zu früheren Zeiten schon in anderen Einrichtungen betreut worden ist.

3 Nach Auskünften von Mitarbeitern/innen der ambulanten Suchtkrankenhilfe dürfte es sich hierbei aber mehrheitlich um Personen mit einem oder zwei Kontakten handeln.

	2004 ^{a)}			2003 ^{b)}			2002 ^{c)}		
	N	% ^{*)}	w, %	N	% ^{*)}	w, %	N	% ^{*)}	w, %
Klienten	5.588	73 %	33 %	8.918	76 %	29 %	3.034	71 %	32 %
Angehörige	2.106	27 %	76 %	2.742	24 %	76 %	1.229	29 %	80 %

w = „davon weiblichen Geschlechts“

*) Anteil an allen anonymen Kontakten eines Jahres

Datengrundlage: a)=59 Einrichtungen; b)=56 Einrichtungen; c)=51 Einrichtungen

Tabelle 2.3: Anonyme Kontakte der Jahre 2002 bis 2004

2.4 Das Alter der namentlich erfassten Personen

Das Durchschnittsalter aller Klienten/innen der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe beträgt 37,0 Jahre. Wie auch in den vorangegangenen Jahren sind die Frauen mit 38,8 Jahren im Mittel mehr als zwei Jahre älter als die männlichen Klienten (36,4 Jahre). Die namentlich erfassten Angehörigen weisen ein deutlich höheres durchschnittliches Lebensalter als die Klienten/innen auf. Die Männer dieses Personenkreises sind im Mittel 45,8 Jahre alt; das mittlere Alter der Frauen beträgt 44,1 Jahre. Mit durchschnittlich 44,5 Jahren liegt das Lebensalter aller namentlich erfassten Angehörigen in etwa auf dem Niveau der Vorjahre.

In Abbildung 2.2 ist die Altersstruktur der Klienten/innen in kategorisierter Form wiedergegeben. Ihr ist zu entnehmen, dass die Spannbreite des Alters der Klienten/innen zwar sehr groß ist, der überwiegende Teil sich jedoch in den mittleren Lebensjahren befindet. So sind die Hälfte (52 %) der um ambulante Hilfe nachsuchenden Männer und Frauen zwischen 31 und 50 Jahren alt. Auffällig ist die ungleiche Verteilung von Männern und Frauen über die verschiedenen Alterskategorien. Während bei den männlichen Klienten die jüngeren Alterskategorien überdurchschnittlich häufig besetzt sind, weisen die Frauen bei den älteren Klienten/innen verhältnismäßig hohe Anteile auf (siehe Abbildung 2.2).

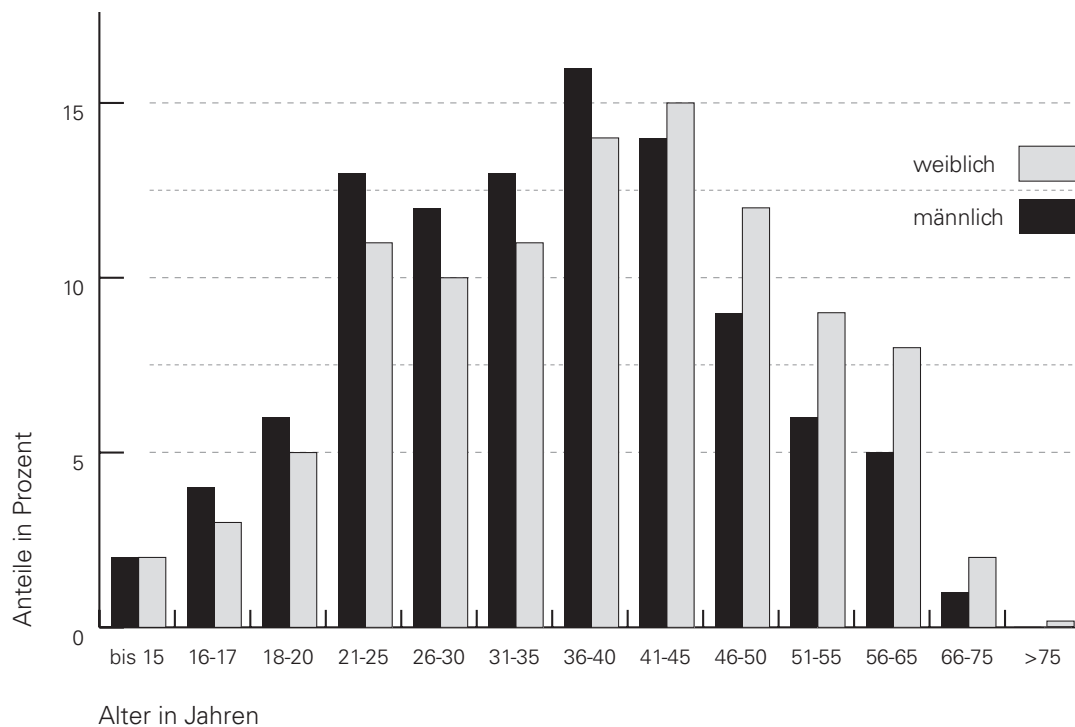


Abbildung 2.2: Verteilung der Alterskategorien namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2004 nach Geschlecht (N=11.275)

Die folgende Tabelle gibt die Verteilung des Alters der Klienten/innen im Vergleich der letzten drei Jahre wieder (siehe Tabelle 2.4).

Während sich in den vorangegangenen Jahren bei den männlichen Klienten keine evidenten Veränderungen zeigten und das Durchschnittsalter der Frauen im Mittel

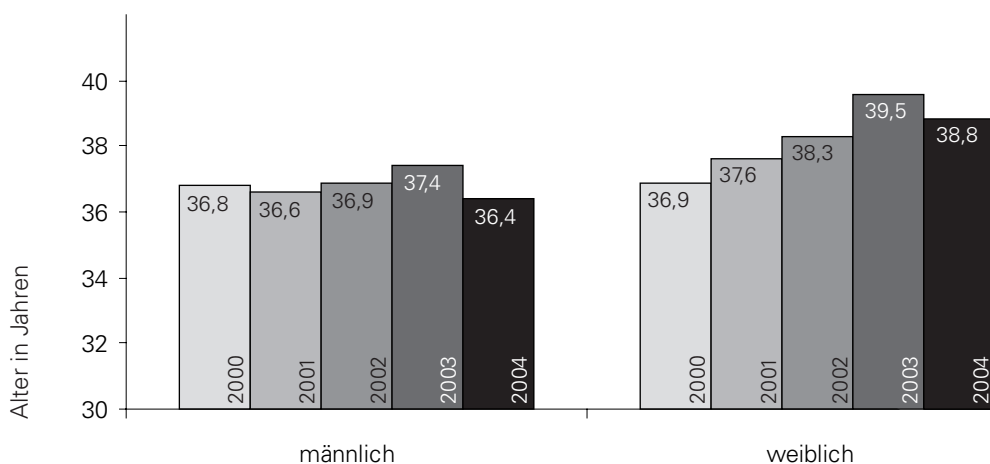
	2004		2003		2002	
	N	%	N	%	N	%
bis 25 Jahre	2.597	23 %	2.109	21 %	2.041	22 %
26 bis 35 Jahre	2.705	24 %	2.335	23 %	2.209	24 %
36 bis 45 Jahre	3.282	29 %	3.109	30 %	2.775	30 %
46 Jahre und älter	2.691	24 %	2.687	26 %	2.185	24 %
Gesamt	11.275	100 %	10.240	100 %	9.210	100 %

Tabelle 2.4: Namentlich erfasste Klienten/innen nach Altersgruppen, 2002 bis 2004

Während in den früheren Berichtsjahren die Anteile der älteren Alterskategorien von Jahr zu Jahr immer leicht zunahmen, zeigt sich für den Zeitraum 2003 bis 2004 ein gegensätzlicher Trend. Die Anteile der Klienten/innen des Jahres 2004 mit einem Alter bis maximal 35 Jahren liegen drei Prozentpunkte über denen des Vorjahres. Jedoch gilt zu beachten, dass sich im Jahr 2004 erstmalig eine Einrichtung an der EDV-Dokumentation beteiligt hat, die nahezu ausschließlich jüngere Konsumenten/innen illegaler Drogen betreut. Werden diese Personen bei der Bestimmung der Altersstruktur nicht einbezogen, so entspricht die diesjährige Verteilung in etwa der des Vorjahres.

Die Abbildung 2.3 gibt das Durchschnittsalter der weiblichen und männlichen Klienten/innen für die Jahre 2000 bis 2004 wieder.

um 9 Monate pro Jahr zunahm, ist im Berichtsjahr 2004 das mittlere Lebensalter in beiden Klientengruppen gesunken. So sind die Männer durchschnittlich ein Jahr jünger als im Jahre 2003; bei den Frauen beträgt diese Differenz 0,7 Jahre (siehe Abbildung 2.3). Auch hier ist ein Großteil der Veränderungen auf die erstmalige Teilnahme der oben erwähnten Einrichtung mit ihrer vergleichsweise jungen Klientel zurückzuführen. Werden deren Klienten bei der Berechnung des Durchschnittsalters nicht einbezogen, so zeigt sich, dass das mittlere Alter der Frauen auf hohem Niveau stagniert (39,5 Jahre). Die männlichen Klienten sind hingegen auch nach dieser Korrektur mit 36,7 Jahren noch bemerkenswert jünger als im Jahr zuvor (2003: 37,4 Jahre).



N: 2000: 4.822
 2001: 9.780
 2002: 9.210
 2003: 10.240
 2004: 11.275

Abbildung 2.3: Durchschnittsalter der namentlich erfassten Klienten/innen nach Geschlecht, 2000 bis 2004

2.5 Die Hauptsubstanz⁴ der Klienten/innen

Alkohol spielt, wie in den Jahren zuvor, eine herausragende Rolle in der Arbeit der ambulanten Suchtkrankenhilfe. 44 Prozent der Klienten/innen weisen ein solches Suchtproblem auf (siehe Abbildung 2.4). Die zweitgrößte Gruppe sind die Opiatabhängigen: Beinahe jede/r dritte Klient/in wird aktuell substituiert (16 %) oder befindet sich aufgrund der Einnahme anderer opiathaltiger Suchtstoffe (z.B. Heroin) in einer anderen Betreuungsform (13 %). Somit lassen sich annähernd drei Viertel der betreuten Personen den Hauptsubstanzen⁵ Alkohol, Substitut oder Opiate zuordnen.

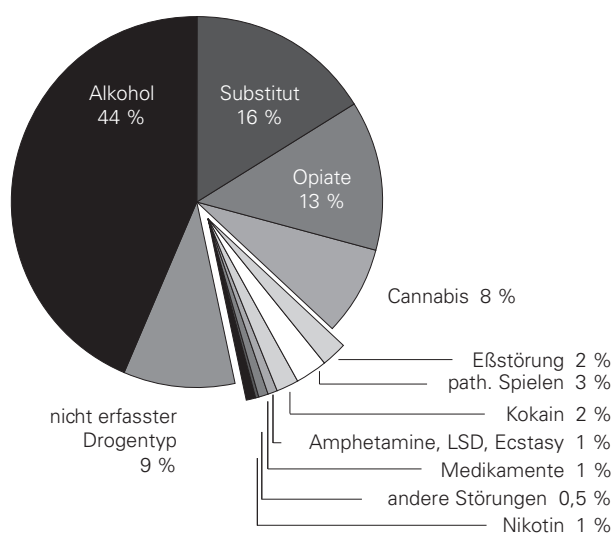


Abbildung 2.4: Hauptsubstanz der namentlich erfassten Klienten des Jahres 2004 (N=11.621)

Aufgrund von Problemen, die dem Konsum von Cannabisprodukten wie Haschisch oder Marihuana zuzurechnen sind, suchten 8 Prozent der Klient/innen eine ambulante Einrichtung auf (siehe Abbildung 2.4). Alle weiteren Substanzen bzw. Störungen spielen hingegen nur eine untergeordnete Rolle. So liegen die Anteile der Hauptsubstanzen pathologisches Spielen (3 %), Essstörungen (2 %), Kokain (2 %) und Ecstasy (1 %) im unteren einstelligen Bereich. Etwas weniger als einem Zehntel der Klientel (9 %) konnte keine Hauptsubstanz zugewiesen werden. Hierbei handelt es sich aber in der Mehrzahl um Klienten/innen, die bisher nur zwei oder weniger Kontakte zur dokumentierenden Einrichtung hatten, sodass

offensichtlich eine präzise Erfassung der Hauptsubstanz noch nicht möglich war.

Werden die diesjährigen Verteilungen der Hauptsubstanzen mit denen des Vorjahres verglichen, so zeigen sich bei den vier bedeutendsten Drogentypen einige bemerkenswerte Unterschiede. So ist der Anteil der Heroinabhängigen um vier Prozentpunkte gestiegen, während Personen mit Alkoholproblemen einen im Vergleich zum Vorjahr um drei Prozentpunkte verringerten Anteil auf sich vereinigen. Auch die Anteile der Klienten/innen mit der Hauptsubstanz Cannabis liegen zwei Prozentpunkte über denen des Vorjahres. Zu fragen bleibt, ob sich aus diesen Veränderungen eine Zunahme des problematischen Konsums von Opiaten und Cannabisprodukten ableiten lässt.

Zunächst muss nochmals darauf hingewiesen werden, dass durch die erstmalige Einbeziehung der Daten einer großen Einrichtung, die vornehmlich niedrigschwellig Konsumenten/innen illegaler Drogen betreut, die Datengrundlage der landesweiten EDV-gestützten Dokumentation einer, im Vergleich zu den Vorjahren nicht unerheblichen Veränderung unterworfen worden ist. Ein Teil der Verschiebungen in den diesjährigen Anteilen der Hauptsubstanzen sind auf diesen Umstand zurückzuführen. So betragen unter Ausschluss der Klienten/innen dieser Einrichtung die Anteile der Personen mit Alkoholproblem wie im letzten Jahr 47 Prozent. Bemerkenswert ist jedoch, dass auch nach dieser Korrektur der Anteil der Heroinabhängigen mit 12 Prozent noch immer drei Prozentpunkte über dem des Vorjahres liegt. Ähnliches gilt für die Cannabisklienten/innen mit einem Anteil von 8 Prozent (2003: 6 %).

Ein Blick auf die Zahl der Klienten/innen, denen aufgrund mangelnder Informationen keine Hauptsubstanz zugewiesen werden konnte, verweist auf eine mögliche Ursache dieses Sachverhaltes. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Personen ohne Drogentyp um fünf Prozentpunkte gesunken, d.h., die Dokumentation in den Einrichtungen hat sich bezüglich der Angabe der Hauptsubstanz der Klienten/innen deutlich verbessert. Davon profitieren insbesondere die Heroinabhängigen. Wird mit den heute vorliegenden Informationen retrospektiv die Verteilung der Hauptsubstanzen des Jahres 2003 bestimmt, so zeigt sich, dass der Anteil der Heroinabhängigen mit 11 Prozent nur einen Prozentpunkt unter dem des laufenden Berichtsjahres liegt. Der Anstieg des Anteils der Cannabisklienten/innen lässt sich jedoch damit nicht erklären.

4 Aus sprachlichen und methodischen Gründen werden im Folgenden für Personen, bei denen eine Hauptsubstanz dokumentiert worden ist, die Begriffe „Konsumenten“, „Gebraucher“ und „Abhängige“ synonym verwendet. Da in Schleswig-Holstein nicht nur mit dem ICD-10, sondern auch mit anderen Kategorien der Substanzkonsum (z.B. Hauptsubstanz) erfasst wird, ist eine eindeutige Klassifikation nach „Abhängigkeits-symptom“, „schädlicher Missbrauch“ oder „riskanter Konsum“ nicht möglich (bzw. auch nicht gewollt).

5 Der Begriff „Hauptsubstanz“ beinhaltet in diesem Bericht auch Essstörungen und pathologisches Spielen. Die Hauptsubstanz wurde durch das ISD in detaillierter Analyse aller Klientendaten, die Angaben zu den konsumierten Substanzen bzw. den nicht substanzgebundenen Störungen und Abhängigkeiten enthielten, zugewiesen.

	Betreuung begonnen in ...			
	2001	2002	2003	2004
Alkohol	53 %	55 %	58 %	56 %
Substitut	14 %	14 %	12 %	9 %
Opiate	13 %	12 %	13 %	12 %
Cannabis	9 %	8 %	7 %	11 %
Kokain	2 %	2 %	2 %	2 %
Nikotin	0,2 %	0,2 %	0,6 %	1,4 %
N-Betreuungen ⁺	5.715	5.808	6.244	6.529
N-Klienten	5.367	5.364	5.734	6.090

⁺ Das Gesamt-N bezieht sich auf die Betreuungen von Klienten/innen aller Hauptsubstanzen außer „nicht erfasster Drogentyp“. Es sind nur die Einrichtungen einbezogen worden, zu denen aus den Jahren 2001-2004 Angaben zur Betreuung von Klienten/innen vorliegen

Tabelle 2.5: Begonnene Betreuungen namentlich erfasster Klienten/innen in den Jahren 2001 bis 2004 nach Hauptsubstanzen (47 Einrichtungen)

Um mögliche Entwicklungen in der Verteilung der Hauptsubstanz noch präziser analysieren zu können, sind in der Tabelle 2.5 die Anteile der verschiedenen Substanzen an den neu begonnenen Betreuungen der Jahre 2001 bis 2004 wiedergegeben.⁶

Hierbei werden nur solche Einrichtungen einbezogen, die während des gesamten Zeitraums dokumentiert haben, so dass eine Verzerrung auf Grund einer unterschiedlichen Anzahl von Einrichtungen in den einzelnen Jahren ausgeschlossen werden kann.

Auffällig ist bei dieser Art der Auswertung die stetige Abnahme des Anteils der Substituierten von 14 Prozent im Jahre 2001 auf 9 Prozent im Berichtsjahr 2004 bei gleichzeitiger Stabilisierung des Anteils der Heroinkonsumenten/innen (12 % bis 13 %). Insgesamt sind die Anteile der neu begonnenen Betreuungen auf Grund einer Opiatabhängigkeit in dem hier betrachteten Vierjahreszeitraum um 6-Prozentpunkte gesunken.

Beim Alkohol hat sich der Trend einer stetigen Zunahme der Anteile an den neu begonnenen Betreuungen nicht fortgesetzt. Mit 56 Prozent liegen diese im Jahre 2004 zwei Prozentpunkte unter denen des Vorjahres. Bemerkenswert ist die Entwicklung in Bezug auf die Hauptsubstanz Cannabis. War zwischen den Jahren 2001 bis 2003 eine stetige Abnahme der Anteile der neu begonnenen Betreuungen von 9 Prozent auf 7 Prozent zu verzeichnen, so hat es 2004 einen deutlichen Zuwachs um vier Prozentpunkte gegeben.

Somit wird mittlerweile jede neunte Betreuung (11 %) in den betreffenden Einrichtungen aufgrund eines problematischen Konsums von Cannabis begonnen. Einen Zuwachs, wenngleich auf deutlich geringerem Niveau ist auch beim Nikotin zu erkennen. So sind die diesbezüglichen Anteile innerhalb der hier betrachteten vier Jahre um über einen Prozentpunkt gestiegen (2001: 0,2 Prozent; 2004: 1,4 Prozent).

Von besonderem Interesse ist die Frage, ob und in welchem Maße sich die Verteilung der Hauptsubstanzen in der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe von den Verhältnissen in Deutschland (alte Bundesländer) unterscheidet.⁷

Das Institut für Therapieforschung (IFT, München) gibt jährlich die deutsche Suchthilfestatistik heraus. Aufgeschlüsselt nach Ost- und Westdeutschland lassen sich daraus die Anteile der verschiedenen Suchtformen an allen neu begonnenen Betreuungen eines Jahres ablesen.

In Tabelle 2.6 sind die Anteile der verschiedenen Hauptsubstanzen an den im Jahre 2004 neu begonnenen Betreuungen für Schleswig-Holstein und der gesamten westdeutschen Suchtkrankenhilfe wiedergegeben. Es wird deutlich, dass in der nationalen Suchthilfestatistik der Anteil der Personen mit Alkoholproblemen mit 54 Prozent über dem in Schleswig-Holstein liegt (50 %). Hingegen haben Betreuungen von Heroinabhängigen bzw. Substituierten im nördlichsten Bundesland eine größere Bedeutung (29 %) als im gesamten Westdeutschland (23 %).

	SH: Betreuung in 2004 begonnen	SH: Betreuung vor 2004 begonnen	IFT: Betreuung in 2004 begonnen ^{a)}
Alkohol	50 %	46 %	54 %
Substitut/Opiate	29 %	39 %	23 %
Cannabis	9 %	6 %	11 %
Essstörung	3 %	2 %	1 %
path. Spielen	3 %	3 %	2 %
Kokain	2 %	2 %	3 %
Nikotin	1,2 %	0,3 %	1 %
N ⁺	7.573	3.381	93.999

⁺ Das Gesamt-N bezieht sich auf die Betreuungen von Klienten/innen aller Hauptsubstanzen außer „nicht erfasster Drogentyp“
a) Quelle: IFT 2004: Suchthilfestatistik 2004 für Westdeutschland, Tabellenband für ambulante Einrichtungen, Tabellenblatt T1.2.

Tabelle 2.6: Begonnene Betreuungen namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2004 nach Hauptsubstanz

6 Innerhalb dieses Berichtes wird der Begriff „Betreuung“ in zwei unterschiedlichen Bedeutungen verwendet. Ein enger Begriff beschreibt Betreuungen mit therapeutischem Charakter oder zumindest therapeutischen Anteilen (insbesondere ambulante Rehabilitation und psychosoziale Begleitung Substituierter), ein weiterer Begriff bezieht sich generell auf das professionelle Arbeitsverhältnis mit den Klienten/innen (Beratung und andere spezifische Leistungen sind also eingeschlossen).

7 Da sich das Konsumverhalten in den neuen Ländern insgesamt sehr deutlich von dem der alten Bundesländer unterscheidet, sind nur die Letzteren als Basis für den Vergleich mit den schleswig-holsteinischen Daten gewählt worden.

Bei den Cannabisprodukten verhält es sich genau umgekehrt: Während in den alten Bundesländern zusammengekommen etwa jede neunte Betreuung (11 %) wegen des problematischen Konsums dieser psychoaktiven Substanz begonnen wird, betrifft es in Schleswig-Holstein ca. jede elfte (9 %).

Hinsichtlich aller anderen Hauptsubstanzen zeigen sich keine wesentlichen Differenzen. Lediglich die Betreuungen auf Grund einer Essstörung sind im Norden der Republik etwas häufiger anzutreffen (3 %; alte Bundesländer: 1 %).

Männer und Frauen sind, so zeigt die Tabelle 2.7 in unterschiedlichem Maße von Sucht- und Konsumproblemen betroffen.

Stellen Frauen insgesamt 27 Prozent der Klientel, so sind sie in den Hauptsubstanzen Opiate (21 %); Cannabis (14 %) und pathologischem Glücksspiel (11 %) deutlich unterrepräsentiert. Hingegen sind 89 Prozent der essgestörten Personen und 67 Prozent der Medikamentenabhängigen weiblichen Geschlechts.

Auch bei den Tabakabhängigen (58 %) und den Konsumenten/innen von Amphetaminen sind Frauen überdurchschnittlich vertreten (33 %).

	männlich	weiblich	N
Alkohol	72 %	28 %	5.073
Substitut	77 %	23 %	1.882
Opiate	79 %	21 %	1.509
Cannabis	86 %	14 %	922
Essstörung	11 %	89 %	262
pathologisches Spielen	89 %	11 %	302
Medikamente	33 %	67 %	85
Amph., LSD, Ecstasy	67 %	33 %	101
Kokain	77 %	23 %	239
andere Störungen	60 %	40 %	42
Nikotin	42 %	58 %	102
ohne Drogentyp	70 %	30 %	1.102
Gesamt	73 %	27 %	11.621

Tabelle 2.7: Hauptsubstanz namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2004 nach Geschlecht

Wurden in der vorangegangenen Tabelle die Anteile von Männern und Frauen innerhalb der jeweiligen Hauptsubstanzen wiedergegeben, so verdeutlicht die Tabelle 2.8, welche Bedeutung die einzelnen Suchtformen innerhalb der beiden Geschlechtergruppen haben.

Personen mit Alkoholproblemen sind bei den männlichen wie weiblichen Klienten/innen zu etwa gleichen Anteilen vertreten (45 % bzw. 43 %). Hingegen spielen Opiate bei

	männlich	weiblich
Alkohol	43 %	45 %
Substitut	17 %	14 %
Opiate	14 %	10 %
Cannabis	9 %	4 %
Essstörung	0 %	8 %
pathologisches Spielen	3 %	1 %
Kokain	2 %	2 %
Amphetamine, LSD, Ecstasy	1 %	1 %
Medikamente	0 %	2 %
andere Störungen	0 %	1 %
Nikotin	1 %	2 %
ohne Drogentyp	9 %	10 %
Gesamt, N	8.515	3.106

Tabelle 2.8: Hauptsubstanz namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2004 nach Geschlecht

den Männern mit einem Anteil von 31 Prozent eine größere Rolle als bei den Frauen (24 %).

Auch beim Cannabis zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Der Anteil der männlichen Klienten liegt mit 9 Prozent deutlich über dem der weiblichen Marihuana- und Haschischkonsumenten (4 %). Hingegen sind von Essstörungen fast ausnahmslos Frauen betroffen. Jede Zwölfte (8 %) wird auf Grund einer solchen Problematik betreut.

Die meist männlichen pathologischen Glücksspieler haben mit 38,4 Jahren ein leicht überdurchschnittliches Alter, während Substituierte (33,6 Jahre), Heroinabhängige (31,6 Jahre), Essgestörte (30,4 Jahre) und Kokainkonsument/innen (29,4 Jahre) deutlich darunter liegen. Als äußerst junge Klientel erweisen sich – erwartungsgemäß – die Cannabis- (20,8 Jahre) und Ecstasy-Konsumenten/innen (22,6 Jahre). Abbildung 2.5 gibt das Durchschnittsalter der einzelnen Hauptsubstanzgruppen unterschieden nach Geschlecht wieder.

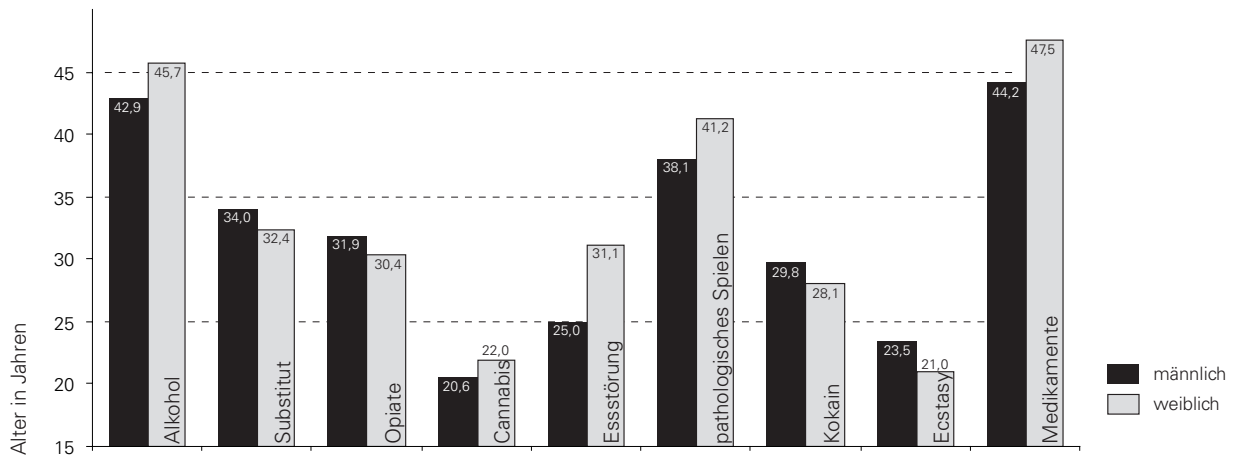


Abbildung 2.5: Durchschnittsalter der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2004 nach Geschlecht und Hauptsubstanz (N=11.275)

2.6 Wohnsituation der Klienten/innen

Eine differenziertere Analyse der Altersstruktur der vier bedeutsamsten Hauptsubstanzen gestattet die Abbildung 2.6. So zeigt sich, dass unter den Cannabiskonsumenten/innen die Anteile der beiden jüngsten Altersgruppen deutlich überwiegen. 58 Prozent dieser Klientel sind jünger als 20 Jahre und 92 Prozent haben noch nicht das dreißigste Lebensjahr erreicht.

Beim Alkohol verhält es sich hingegen umgekehrt. Genau zwei Drittel der von diesem Suchtproblem betroffenen Personen sind vierzig Jahre oder älter. Der Anteil der unter Dreißigjährigen beträgt hingegen lediglich 12 Prozent. Auch unter den Opiatkonsumenten/innen zeigen sich deutliche Unterschiede in der Verteilung der Alterskategorien. Während nur etwas mehr als ein Drittel (35 %) der Substituierten jünger als dreißig Jahre alt ist, lässt sich nahezu die Hälfte der Heroinkonsumenten/innen (48 %) dieser Altersgruppe zuordnen.

Bei den Anteilen der älteren Personen verhält es sich dem entsprechend genau umgekehrt. So sind 21 Prozent der Substituierten aber nur 16 Prozent der Heroinabhängigen vierzig Jahre oder älter.

Die Wohnsituation der Klienten/innen ist im Rahmen der ambulanten Suchtkrankenhilfe von besonderer Bedeutung. Ein unstetes Leben, geprägt durch häufiges Wechseln des Schlafplatzes oder das Unterkommen bei ebenfalls suchtbelasteten Mitbewohnern kann den Erfolg einer ambulanten Betreuung gefährden. In diesem Sinne ist ein hoher Anteil von Klienten/innen mit stabilen Wohnverhältnissen nicht nur ein zentrales Ziel der Arbeit der ambulanten Einrichtungen, sondern kann gleichzeitig auch als ein Indikator eines erfolgreichen Hilfeangebotes angesehen werden (wobei natürlich die externen Bedingungen des lokalen Wohnungsmarktes zu berücksichtigen sind).

Wie in den Jahren zuvor leben nahezu drei Viertel (73 %) der Klienten/innen in einer eigenen bzw. gemieteten Wohnung (siehe Tabelle 2.9). Vier von fünf Frauen (81 %) können von einer solch vorteilhaften Wohnsituation berichten. Bei den Männern ist dieser Anteil mit 69 Prozent deutlich geringer. Etwa jede/r achte Klient/in (13 %) wohnt derzeit (noch) bei den Eltern (2003: 12 %). Männliche Klienten sind in solchen Wohnverhältnissen mit einem Anteil von 15 Prozent wesentlich häufiger anzutreffen als die weibliche Klientel (8 %). Weitere vier Prozent der im Suchtkrankenhilfesystem betreuten Personen sind in einer betreuten Wohneinrichtung untergekommen und jeweils 2 Prozent befinden sich derzeit in Haft bzw. wohnen bei Freunden oder Bekannten. Diese letztgenannten Anteile entsprechen exakt denen des Vorjahres. Auch wenn die Wohnsituation der letzten vier Jahre miteinander verglichen wird, zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede.

In der Abbildung 2.7 ist die Wohnsituation (in eigener Wohnung, bei den Eltern und in Haft) differenziert nach der Hauptsubstanz wiedergegeben. Auffällig ist, dass vier von fünf Alkoholklienten/innen (84 %) und pathologischen Spielern (82 %) in einer eigenen Wohnung leben.

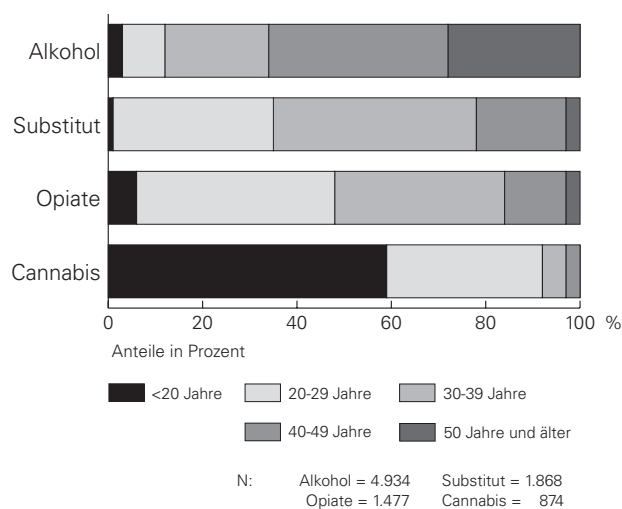


Abbildung 2.6: Hauptsubstanzen der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2004 nach Alter

	männlich	weiblich	Gesamt	N
	%	%	%	
in eigener/gemieteter Wohnung/Haus	69%	81%	73%	5.163
in anderer Wohnung/Haus	2%	2%	2%	121
bei den Eltern	15%	8%	13%	919
bei anderen Angehörigen	1%	1%	1%	70
Suchthilfeeinrichtung	1%	1%	1%	88
betreute Wohneinrichtung	4%	4%	4%	298
Heim/Anstalt	0%	0%	0%	26
Klinik/Krankenhaus	0%	0%	0%	11
bei Freunden/Bekanntem	2%	1%	2%	111
Hotel/Pension/Unterkunft	1%	0%	1%	51
Obdachlos, auf Trebe	1%	0%	1%	49
U-Haft	1%	0%	0%	31
Strafhaft	2%	0%	2%	120
andere Wohnsituation	1%	0%	1%	63
Gesamt	100 %	100 %	100 %	7.121

Tabelle 2.9: Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2004 nach Geschlecht

Bei den Substituierten (64 %), den Essgestörten (66 %) und den Heroinkonsumenten/innen (58 %) ist diese Form des Wohnens deutlich seltener vertreten. Für die noch vergleichsweise jungen Cannabiskonsumenten/innen ist das Elternhaus weiterhin die bedeutsamste Wohnform.

Nahezu jede/r Zweite (49 %) gab eine solche Wohnsituation an. Über eine eigene Wohnung verfügt lediglich ein Drittel (31 %) dieser Klienten/innen. Ein aktueller Haftaufenthalt ist nur bei den Substituierten und den Heroinkonsumenten/innen in nennenswerter Weise vorzufinden (jeweils 4 %).

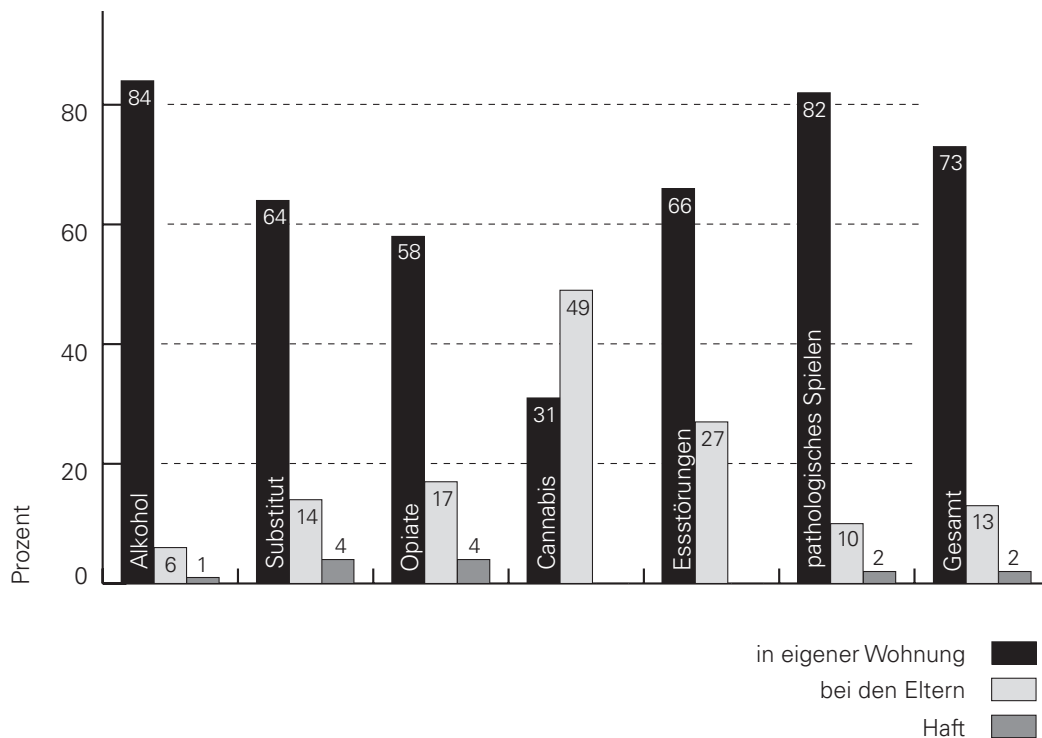


Abbildung 2.7: Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2004 nach Hauptsubstanz (N=7.121)

		Wohnsituation		N
		stabil	prekär	
Alkohol	Anteil in %	90 %	10 %	4.001
	Alter in Jahren	44,6	37,6	3.955
	Dauer in Jahren	10,3	2,3	2.827
Substitut	Anteil in %	79 %	21 %	888
	Alter in Jahren	34,8	33,7	885
	Dauer in Jahren	5,6	2,9	646
Opiate	Anteil in %	77 %	23 %	861
	Alter in Jahren	32,8	31,3	856
	Dauer in Jahren	5,0	2,6	507
Cannabis	Anteil in %	82 %	18 %	476
	Alter in Jahren	22,1	19,0	468
	Dauer in Jahren	7,6	2,0	393
Essstörung	Anteil in %	94 %	6 %	222
	Alter in Jahren	31,0	°	221
	Dauer in Jahren	7,8	°	192
Path. Spielen	Anteil in %	91 %	9 %	220
	Alter in Jahren	38,3	38,3	218
	Dauer in Jahren	6,9	2,0	161
Gesamt ⁺	Anteile in %	86 %	14 %	7.121

+ = Diese Angaben beziehen sich auf alle Klienten/innen
° = N < 15

Tabelle 2.10: Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2004 nach Hauptsubstanz

In Tabelle 2.10 werden im Sinne einer übersichtlicheren Darstellung die verschiedenen Wohnformen zu den zwei Kategorien prekär⁸ und stabil zusammengefasst und hinsichtlich der Hauptsubstanz, des Alters und der Dauer der jeweiligen Wohnsituation differenziert dargestellt. In allen Hauptsubstanzen überwiegen die Anteile der stabilen Wohnverhältnisse deutlich. Dies betrifft in besonderem Maße die essgestörten Personen (94 %), die pathologischen Spieler (91 %) und die Alkoholikler/innen (90 %).⁹ Die Anteile der Konsumenten/innen illegaler Substanzen liegen 10 bis 15 Prozentpunkte darunter. Klienten/innen in prekären Wohnverhältnissen sind durchweg jünger als solche, die eine stabile Wohnsituation vorweisen können. Besonders auffällig ist dies bei den Alkoholkonsumenten/innen (stabil: 44,6 Jahre; prekär: 37,6 Jahre). Im Gegensatz zum Aufenthalt in der eigenen Wohnung bzw. bei Eltern oder Angehörigen umfassen prekäre Wohnverhältnisse meist nur einen kurzen Zeitraum. Im Mittel liegt dieser zwischen zwei und drei Jahren. Deutlich größere Schwankungen in der Dauer sind hinsichtlich der stabilen Wohnsituation festzustellen.

8 Jemand lebt in einer prekären Wohnsituation, wenn er nicht in einer eigenen bzw. gemieteten Wohnung, bei den Eltern oder Angehörigen lebt.

9 Auch wenn der Anteil von Personen mit einer prekären Wohnsituation unter den Alkoholikler/innen vergleichsweise gering ist, so stellen sie jedoch absolut die größte Gruppe: Immerhin 400 Personen sind hiervon betroffen.

So befinden sich die Alkoholikler/innen schon seit über zehn Jahren in einer günstigen Wohnsituation (10,3 Jahre), während Heroinabhängige von nur einer halb so langen Dauer zu berichten wissen (5,0 Jahre). Jedoch dürfte die Differenz im Durchschnittsalter dieser beiden Klientele von über zehn Jahren eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen.

In Abbildung 2.8 sind die Anteile der Klienten/innen mit prekären Wohnverhältnissen differenziert nach den Hauptsubstanzen Alkohol, Substitut, Opiate und Cannabis für die Jahre 2001 bis 2004 wiedergegeben. Berücksichtigt werden dabei nur diejenigen Einrichtungen, welche sich in jedem dieser vier Berichtsjahre an der EDV-Dokumentation beteiligt haben. Auffällig ist der vergleichsweise geringe Anteil von Alkoholkonsumenten/innen mit einer prekären Wohnsituation, der für alle Jahre zwischen 9 Prozent bis 10 Prozent beträgt. Die Anteile der prekären Wohnverhältnisse der Substituierten erweisen sich für den Zeitraum der letzten vier Jahre als konstant. Jedoch ist in dieser Klienten/innengruppe bereits jeder Fünfte (21 %) von unvorteilhaften Wohnbedingungen betroffen. Bemerkenswerte und zudem noch gegensätzliche Entwicklungen zeigen sich bei den Heroinabhängigen und den Cannabisklienten/innen. In der erstgenannten Klienten/innengruppe hat der Anteil prekärer Wohnverhältnisse zwischen 2002 (30 %) und 2004 (23 %) um sieben Prozentpunkte abgenommen. Hingegen zeigt sich bei den Marihuana- bzw. Haschischkonsumenten/innen während dieses Zeitraumes eine stetige Zunahme in den Anteilen problematischer Wohnsituationen (2002: 14 %; 2004: 18 %).

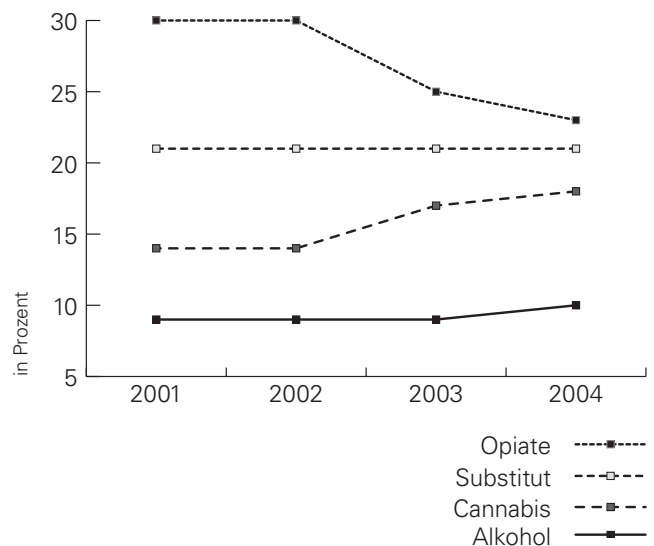


Abbildung 2.8: Anteil der prekären Wohnsituation von namentlich erfassten Klienten/innen der Jahre 2001 bis 2004 nach den vier bedeutendsten Hauptsubstanzen (49 Einrichtungen)

2.7 Der Familienstand

In der Abbildung 2.9 ist der Familienstand, d.h. die formale partnerschaftliche Situation der Klienten/innen wiedergegeben.

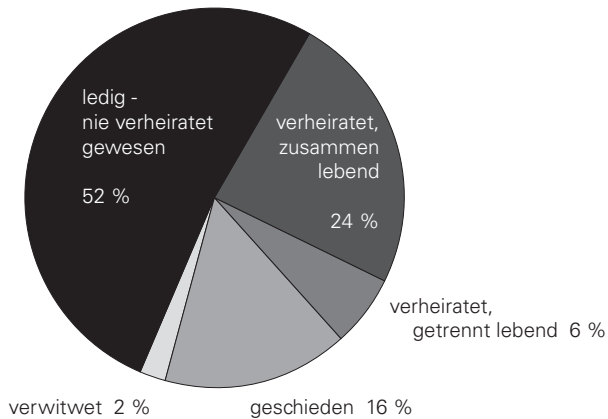


Abbildung 2.9: Formaler Familienstand der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2004 (N=6.334)

Mehr als die Hälfte (52 %) der Klientel der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein ist demnach ledig. Somit liegt dieser Anteil nahezu doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung des nördlichsten Bundeslandes (28 %).¹⁰

Ein umgekehrtes Bild zeigt sich bei den derzeit Verheirateten, deren Anteile im gesamten Schleswig-Holstein mit 55 Prozent deutlich höher ausfallen, als bei den Klienten/innen der ambulanten Suchthilfe (30 %).

Auffällig ist der hohe Anteil der betreuten Klienten/innen, die nach einer Heirat bereits wieder geschieden wurden (16 %). Die Scheidungsraten liegen somit doppelt so hoch, wie im schleswig-holsteinischen Durchschnitt (8 %).

Die Verteilungen des Familienstandes unterscheiden sich je nach Hauptsubstanz erheblich. So sind nur etwas mehr als ein Drittel (37 %) der Alkoholkonsumenten/innen und weniger als die Hälfte der pathologischen Spieler (45 %) ledig, während drei von vier Substituierten bzw. Heroinkonsumenten/innen einen solchen Familienstand besitzen. Die höheren Anteile an Ledigen in dieser Gruppe finden sich auch bei den älteren Personen.

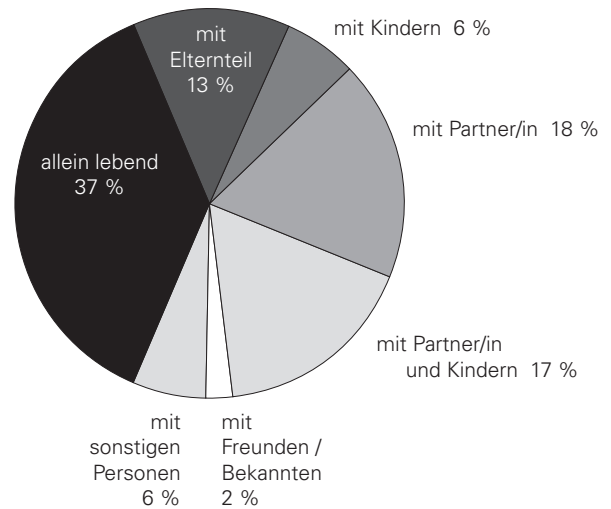
		Familienstand					
		ledig	verheiratet, zusammen lebend	verheiratet, getrennt lebend	geschieden	verwitwet	N
Alkohol	Anteil in %	37 %	32 %	8 %	20 %	3 %	3.717
	Alter in Jahren	36,6	48,3	45,1	47,7	57,1	3.674
	Dauer in Jahren	*	17,5	4,7	9,4	8,1	3.156
Substitut	Anteil in %	75 %	9 %	5 %	11 %	0,6 %	801
	Alter in Jahren	33,1	36,9	36,7	41,6	°	799
	Dauer in Jahren	*	7,0	6,1	8,9	°	737
Opiate	Anteil in %	75 %	9 %	4 %	12 %	0,8 %	601
	Alter in Jahren	30,3	35,1	37,5	40,9	°	598
	Dauer in Jahren	*	7,2	3,4	8,9	°	559
Cannabis	Anteil in %	94 %	4 %	1 %	1 %	0,2 %	417
	Alter in Jahren	20,5	36,3°	°	°	°	412
	Dauer in Jahren	*	°	°	°	°	402
Essstörung	Anteil in %	63 %	26 %	4 %	6 %	0,5 %	203
	Alter in Jahren	23,9	42,5	°	°	°	201
	Dauer in Jahren	*	11,8	°	°	°	196
path. Spielen	Anteil in %	45 %	33 %	9 %	11 %	1,4 %	216
	Alter in Jahren	33,9	41,7	39,9°	44,5	°	215
	Dauer in Jahren	*	10,8	2,7°	6,5	°	194

* = Systematisch nicht sinnvoller Wert, denn Klienten/innen sind schon immer ledig.
° = N<15.

Tabelle 2.11: Formaler Familienstand der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2004 nach Hauptsubstanz

¹⁰ Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Angaben beziehen sich auf den 31.12.2001. Basis bilden alle Einwohner Schleswig-Holsteins mit einem Alter über 14 Jahre (http://www.statistik-sh.de/M4/PDF/02%20Gebiet%20und%20Bevoelkerung/m4_01k02t5.pdf).

Neben dem Alter ist in der Tabelle 2.11 auch die mittlere Dauer des jeweiligen Familienstandes angegeben. Aus diesen beiden Angaben lässt sich z.B. ermitteln, dass, unabhängig von der Hauptsubstanz, die Klienten/innen im Mittel in einem Alter zwischen 28 und 32 Jahren geheiratet haben. Doch während bei den Alkoholkonsumenten/innen ca. acht bis neun Jahre vergehen, bevor sich ein Teil von ihnen wieder scheiden lässt, hält die Ehe der geschiedenen Substituierten und Heroinkonsumenten/innen im Durchschnitt nur zwei bis drei Jahre. Insgesamt sind die Anteile der Geschiedenen an den Klienten/innen der drei letztgenannten Hauptsubstanzen bemerkenswert hoch. Bei den Opiatabhängigen übersteigen sie sogar die Anteile der Verheirateten.



Da der Familienstand aufgrund seines formalen Charakters nur bedingt Aussagen zur tatsächlichen Partnerschaftsbeziehung zulässt, ist in der Abbildung 2.10 die aktuelle Lebenssituation der Klienten/innen wiedergegeben.

Die Grafik kann als Bestätigung der bereits beim Familienstand festgestellten sozialen Desintegration vieler Klienten/innen angesehen werden. Nur etwas mehr als ein Drittel (35 %) der Klienten/innen lebt derzeit mit dem Partner zusammen. Hingegen sind 37 Prozent allein lebend und weitere 6 Prozent teilen sich mit den eigenen Kindern einen Haushalt.

Bei den Eltern wohnt in etwa jede/r achte Klient/in (13 %). Dies betrifft fast ausnahmslos sehr junge Personen. Den Klienten/innen legaler substanz- und nichtsubstanzgebundener Süchte fällt es offensichtlich leichter, eine partnerschaftliche Lebensgemeinschaft einzugehen und auch zu halten.

Abbildung 2.10: Tatsächliche Familienkonstellation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2004 (N=5.566)

So leben 41 Prozent der Alkoholkonsumenten/innen, 40 Prozent der Essgestörten und 53 Prozent der pathologischen Glücksspieler mit ihrem Lebenspartner zusammen. Bei den Substituierten (27 %) und den Heroinkonsumenten/innen (22 %) sind solche Formen des Zusammenlebens in deutlich geringerem Maße anzutreffen. Sehr viele dieser Personen sind derzeit allein lebend (Substitut: 39 %; Opiate 38 %). Die Cannabiskonsumenten/innen wohnen, wie auf Grund ihres jungen Alters nicht anders zu erwarten ist, überwiegend noch bei den Eltern.

	tatsächliche Familienkonstellation							N
	allein lebend	mit Elternteil	mit Kindern	mit Partner/in	mit Partner/in und mit Kindern	mit Freunden/ Bekannten	mit sonstigen Personen	
Alkohol	41 %	6 %	6 %	21 %	20 %	1 %	4 %	3.343
Substitut	39 %	16 %	5 %	16 %	11 %	6 %	6 %	699
Opiate	38 %	19 %	3 %	12 %	11 %	4 %	13 %	492
Cannabis	19 %	51 %	2 %	6 %	5 %	2 %	15 %	354
Essstörung	26 %	28 %	8 %	12 %	18 %	2 %	6 %	178
path. Spielen	30 %	7 %	6 %	24 %	29 %	2 %	4 %	181

Tabelle 2.12: Tatsächliche Familienkonstellation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2004 nach Hauptsubstanz

2.8 Der Bildungs- und Ausbildungsstand

Im Vergleich zur schleswig-holsteinischen Gesamtbevölkerung weisen die Klienten/innen der ambulanten Suchtkrankenhilfe eine geringe formale Schulbildung auf (siehe Abbildung 2.11). So hat jeder Zweite (51 %) lediglich einen Hauptschulabschluss erwerben können (SH: 42 %).¹¹

Dementsprechend liegen die Anteile derer, welche die Schule mit mittlerer Reife (25 %) bzw. mit Abitur (11 %) abgeschlossen haben, deutlich unter dem Niveau aller Schleswig-Holsteiner (33 % bzw. 25 %). Etwa jede/r zwölfte Klient/in kann keinen formalen Schulabschluss vorweisen (8 %).

Das durchschnittliche Bildungsniveau der Klienten/innen unterscheidet sich je nach Hauptsubstanz erheblich (siehe Tabelle 2.13). So zeigt sich insbesondere bei den Substituierten und den Heroinkonsumenten/innen eine überdurchschnittlich geringe formale Schulbildung. So hat gerade einmal jeder fünfte Heroinabhängige (21 %) die mittlere Reife oder das Abitur erworben. Bei den Alkoholkonsumenten/innen liegt dieser Anteil mit 38 Prozent und bei den Essgestörten mit 81 Prozent deutlich darüber.

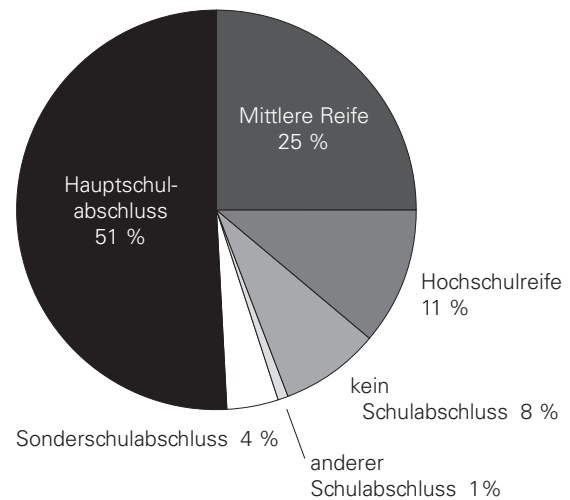


Abbildung 2.11: Höchster Schulabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2004 in einem Alter von 18 Jahren oder älter (N=3.998)

Bemerkenswert ist der hohe Anteil von Cannabisklienten/innen ohne Schulabschluss. Fast jeder Fünfte ist hiervon betroffen. Jedoch gilt zu beachten, dass die Gruppe der Cannabisgebraucher/innen insgesamt vergleichsweise jung ist, sodass es möglich ist, dass ein Teil dieser Klientel noch einen Schulabschluss nachholt, auch wenn die Betroffenen schon über 18 Jahre alt sind.

	höchster Schulabschluss						N
	Hochschulreife	Mittlere Reife	Hauptschulabschluss	anderer Schulabschluss	Sonderschulabschluss	kein Schulabschluss	
Alkohol	12%	26%	50%	1%	4%	6%	2.407
Substitut	7%	19%	56%	°1%	4%	13%	550
Opiate	6%	15%	60%	°2%	5%	11%	396
Cannabis	8%	27%	43%	-	°2%	18%	190
Essstörung	23%	58%	18%	-	°2%	-	102
path. Spielen	12%	31%	47%	-	°3%	°6%	153

° = N<15.

Tabelle 2.13: Höchster Schulabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2004 in einem Alter von 18 Jahren oder älter nach Hauptsubstanz

¹¹ Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt April 2002 und auf Personen in einem Alter von mindestens 20 Jahren. Personen ohne allgemeinen Schulabschluss und Abschluss einer Sonderschule werden in der schleswig-holsteinischen Landesstatistik nicht ausgewiesen. Werden die Klientendaten um diese Kategorien bereinigt, so ergeben sich folgende Anteile für die einzelnen Bildungsabschlüsse der Klienten/innen: Hauptschule 58 %, Mittlere Reife 29 % und Abitur 13 %. (http://www.statistik-sh.de/M4/PDF/05%20Bildung%20und%20Kultur/m4_03k05t1.pdf).

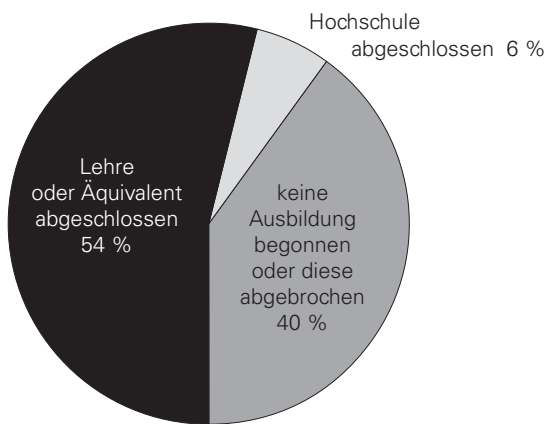


Abbildung 2.12: Ausbildungsabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2004 in einem Alter von 20 Jahren oder älter (N=2.924)

Die im Vergleich zur schleswig-holsteinischen Gesamtbevölkerung geringe formale Schulbildung schlägt sich auch in den Anteilen zum Berufsbildungsabschluss nieder (siehe Abbildung 2.12).

Vier von zehn Klienten/innen haben ihre Berufsausbildung entweder abgebrochen oder noch nie eine solche begonnen. In der schleswig-holsteinischen Gesamtbevölkerung liegen diese Anteile mit 24 Prozent erheblich darunter.¹² Etwas mehr als jede/r zweite Klient/in (54 %) verfügt über einen berufsqualifizierenden Abschluss (SH: 64 %) und weitere 6 Prozent haben sogar ein Hochschulstudium erfolgreich beendet (SH: 11 %).

Noch deutlicher als bei der Schulbildung zeigt sich in den Anteilen der beruflichen Ausbildung die schlechte sozio-ökonomische Situation der Klienten/innen illegaler Drogen. In der Abbildung 2.13 ist der Ausbildungsabschluss von Klienten/innen mit einem Alter von mindestens 20 Jahren differenziert nach der Hauptsubstanz wiedergegeben. Während bei den Alkoholkonsumenten/innen (64 %), den essgestörten Klienten/innen (67 %) und den pathologischen Spielern (64 %) etwa zwei Drittel einen berufsqualifizierenden Abschluss vorweisen können, sind es bei den illegalen Substanzen nur etwa jeweils ein Drittel der betroffenen Klientel.

Lässt sich bei den Cannabisklienten/innen die unbefriedigende Ausbildungssituation mit ihrem geringem Alter erklären, so verweist sie bei den Substituierten und den Heroinkonsumenten/innen auf deren sehr schwierige Lebenssituation.

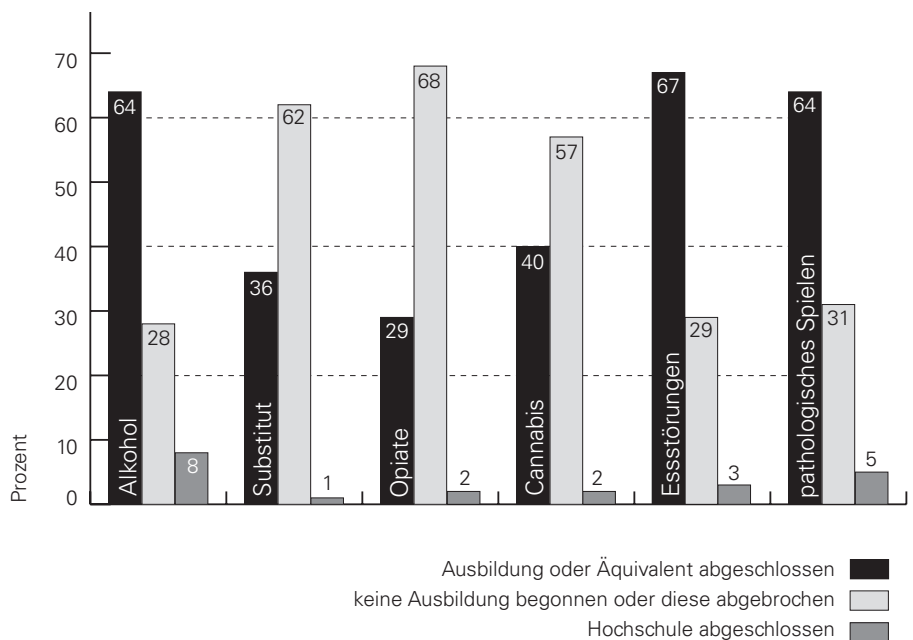


Abbildung 2.13: Ausbildungsabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2004 in einem Alter von mindestens 20 Jahren nach Hauptsubstanz (N=2.924)

¹² Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt April 2002 (http://www.statistik-sh.de/M4/PDF/05%20Bildung%20und%20Kultur/m4_03k05t1.pdf)

2.9 Die berufliche und finanzielle Situation

Ein bedeutsamer Indikator für die sozioökonomische Situation der Klienten/innen ist deren aktueller Erwerbsstatus. Nur etwas mehr als ein Drittel (35 %) geht einer regelmäßigen Erwerbsarbeit nach (siehe Abbildung 2.14). Nahezu die Hälfte ist auf staatliche Transferleistungen angewiesen: Sozialhilfe (22 %) oder Arbeitslosengeld/-hilfe (24 %). Dieser Anteil beträgt in der gesamten Bevölkerung Schleswig-Holsteins gerade einmal 11 Prozent (Arbeitslosengeld/-hilfe 7 %¹³; Sozialhilfe 4 %¹⁴). Angehörige sind für jede zehnte betreute Person (11 %) die Haupteinkommensquelle.

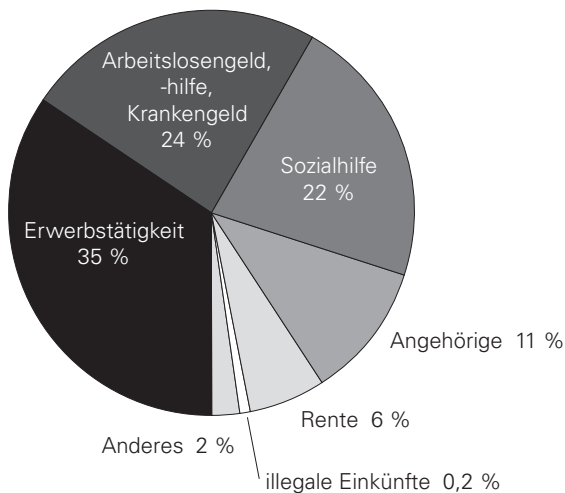


Abbildung 2.14: Haupteinkommensquelle der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2004 (N=5.549)

In der Tabelle 2.14 ist die Erwerbssituation der Klienten/innen differenziert nach Hauptschubstanz, Lebensalter und Dauer der Situation wiedergegeben. Auch hier zeigt sich, dass die Konsumenten/innen illegaler Drogen in überdurchschnittlichem Maße von einem nachteiligen sozioökonomischen Status betroffen sind. So geht nicht einmal ein Fünftel der Opiatabhängigen (Heroin: 19 %; Substitut: 14 %) einer geregelten Erwerbsarbeit nach. Nahezu drei Viertel leben von der Sozialhilfe oder den Zuwendungen des Arbeitsamtes. Im Vergleich zur letztgenannten Klientel stellt sich die Erwerbssituation der Alkoholkonsumenten/innen bedeutend besser dar. Nahezu die Hälfte (erwerbstätig: 40 %; Rente: 8 %) kann ihr finanzielles Auskommen selbst bestreiten. Von kommunalen oder institutionellen Hilfen sind 40 Prozent abhängig. Die Essgestörten sind zu einem überwiegenden Teil entweder selbst erwerbstätig (42 %) oder geben Angehörige als ihre Haupteinkommensquelle an (40 %). Den höchsten Anteil an erwerbstätigen Personen stellen die pathologischen Spieler (59 %).

Bei Betrachtung des Alters fällt auf, dass finanzielle Zuwendungen durch die Angehörigen in erster Linie von den jungen Klienten/innen in Anspruch genommen werden. Besonders deutlich wird dies bei den Cannabiskonsumenten/innen, die, wenn sie von ihren Angehörigen unterstützt werden, im Durchschnitt 18 Jahre alt sind. Des Weiteren ist das junge Rentenalter der Opiatabhängigen erwähnenswert. Mit 39,2 Jahren (Substitut) bzw. 42,2 Jahren (Heroin) gehen sie nahezu 20 Jahre früher in Rente als die Alkoholkonsumenten/innen. Jedoch sind die Anteile der Rentenbezieher in der Gruppe der Opiatabhängigen mit jeweils 3 Prozent sehr gering, sodass diese Zahlen nicht überbewertet werden dürfen. Gleichwohl sind sie ein Indiz für die gravierenden körperlichen und psychischen Folgen einer Heroinabhängigkeit.

13 Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Angaben beziehen sich auf das Jahr 2002. Die angegebenen Prozentwerte stellen die Anteile der Bezieher von Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung dar, und nicht, wie in den gängigen Arbeitslosenstatistiken, zu den 'abhängigen zivilen' Erwerbspersonen. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um einen Vergleich mit den Daten der ambulanten Suchtkrankenhilfe zu ermöglichen. In die Berechnung wurden nur Personen zwischen 18 und 59 Jahren einbezogen. (http://www.statistik-sh.de/M4/PDF/18Oeffentliche%20Sozialeistungen/m4_12k18t2.pdf).

14 Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Angaben beziehen sich auf das Jahr 2001. Die angegebenen Prozentwerte stellen die Anteile der Bezieher von Sozialhilfe im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung dar. In die Berechnung wurden nur Personen zwischen 18 und 59 Jahren einbezogen. (http://www.statistik-sh.de/M4/PDF/18Oeffentliche%20Sozialeistungen/m4_12k18t7.pdf).

		Haupteinkommensquelle							N
		Erwerbstätigkeit	Arbeitslosengeld/ Hilfe/Krankengeld	Sozialhilfe	Angehörige	Rente	Anderes	illegale Einkünfte	
Alkohol	Anteil in %	40 %	25 %	15 %	9 %	8 %	2 %	0 %	3.212
	Alter in Jahren	44,0	43,7	40,1	40,7	59,1	41,4	°	3.175
	Dauer in Jahren	10,3	2,0	3,5	8,9	4,5	3,9	°	2.356
Substitut	Anteil in %	17 %	30 %	44 %	4 %	3 %	2 %	0,6 %	589
	Alter in Jahren	35,1	35,7	34,1	27,1	39,2	°	°	588
	Dauer in Jahren	4,3	3,2	3,8	8,0	°	°	°	379
Opiate	Anteil in %	19 %	26 %	45 %	4 %	3 %	2 %	0,6 %	700
	Alter in Jahren	32,8	35,2	31,3	26,7	42,4	°5	°	698
	Dauer in Jahren	4,2	2,7	3,5	6,5	°	°	°	351
Cannabis	Anteil in %	29 %	10 %	16 %	39 %	1 %	6 %	0,0 %	356
	Alter in Jahren	23,3	27,3	26,2	18,0	°	°	°	351
	Dauer in Jahren	2,6	1,2	1,8	8,2	°	°	°	287
Essstö- rung	Anteil in %	42 %	8 %	8 %	40 %	2 %	1 %	0,0 %	199
	Alter in Jahren	33,5	32,0	28,3	26,7	°	°	°	197
	Dauer in Jahren	4,7	0,8°	°	9,7	°	°	°	175
path. Spielen	Anteil in %	59 %	20 %	9 %	4 %	4 %	4 %	0,5 %	191
	Alter in Jahren	37,5	40,3	37,8	°	°	°	°	190
	Dauer in Jahren	7,3	1,9	°	°	°	°	°	152

° = N < 15

Tabelle 2.14: Haupteinkommensquelle der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2004 nach Haupts substanz

Wie zu erwarten, variiert die Dauer der Erwerbstätigkeit der Klienten/innen mit ihrem Lebensalter. So weisen die Alkoholkonsumenten/innen mit 10,3 Jahren die höchste durchschnittliche Dauer einer Beschäftigung auf, während die Gruppe der eher jungen Cannabisklienten/innen im Mittel erst seit 2,6 Jahren einer geregelten Arbeit nachgeht.

Bei der Dauer des Bezugs von Arbeitslosen- oder Krankengeld zeigen sich hingegen Unterschiede, wenn nach der Haupts substanz differenziert wird. So sind die Opiat-abhängigen etwa durchschnittlich ein Jahr länger arbeitslos als die Alkoholklienten/innen und die pathologischen Spieler.

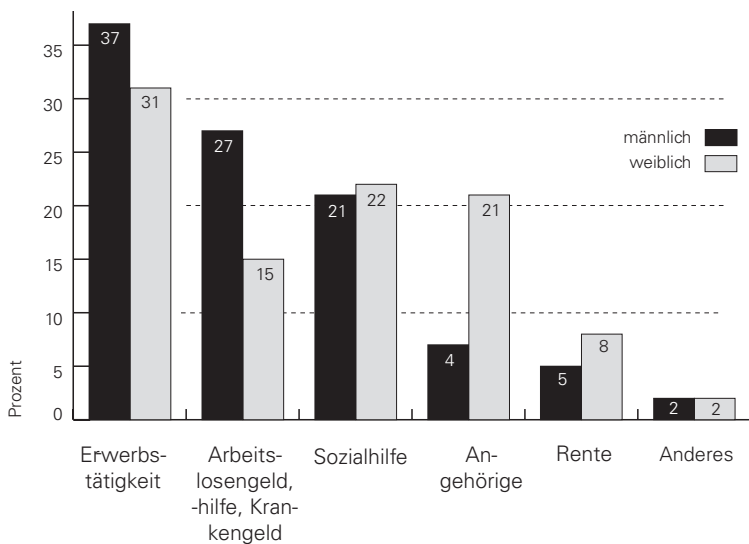


Abbildung 2.15: Haupteinkommensquelle der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2004 nach Geschlecht (N=5.549)

In der Abbildung 2.15 ist die Erwerbssituation der namentlich erfassten Klienten/innen getrennt nach dem Geschlecht wiedergegeben. Der Anteil der erwerbstätigen Frauen liegt mit 31 Prozent deutlich unter demjenigen der Männer (37 %). Noch stärker sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern beim Arbeitslosengeld/-hilfe. Während etwa jeder vierte Mann (27 %) auf diese Weise sein finanzielles Auskommen bestreitet, sind es gerade einmal 15 Prozent der Frauen. Die letztgenannte Klientengruppe ist hingegen überdurchschnittlich häufig auf finanzielle Zuwendungen von Angehörigen angewiesen (21 %). Der Anteil der Männer liegt mit 7 Prozent deutlich darunter. Auch bei den Rentnern ist der relative Anteil bei den weiblichen Klienten höher als bei den männlichen Mitklienten (8 % zu 5 %). Keine nennenswerten Unterschiede gibt es hingegen bei der Sozialhilfe: Jede/r fünfte Klient/in ist auf diese kommunale Zuwendung angewiesen.

Mit Hilfe von Abbildung 2.16 sollen für die vier bedeutendsten Haupteinkommensquellen Trends aufgezeigt werden. Zu diesem Zweck sind die Anteile der Erwerbstätigen, der Arbeitslosengeld- bzw. -hilfeempfänger/innen und derjenigen, die über das Sozialamt oder Angehörige finanzielle Zuwendungen erhalten, über die Jahre 2001 bis 2004 dargestellt. Berücksichtigt werden dabei nur diejenigen Einrichtungen, welche sich in jedem dieser vier Berichtsjahre an der EDV-Dokumentation beteiligt haben.

Der Abbildung lassen sich zwei interessante Entwicklungen entnehmen: Zum einen hat sich der Anteil der Erwerbstätigen zwischen 2001 bis 2004 um drei Prozentpunkte verringert (von 38 % auf 35%). Zum anderen hat sich parallel zu dieser Entwicklung der Anteil derjenigen, die Unterstützung durch das Arbeitsamt oder das Sozialamt erhalten, um jeweils zwei Prozentpunkte erhöht.

Diese Veränderungen in den Anteilen der Haupteinkommensquellen vollzogen sich alle zwischen den Jahren 2002 bis 2003 und stagnierten im darauf folgenden Jahr. Somit kann eine weitere Verschlechterung der Erwerbssituation der Klienten/innen im Zeitraum der letzten vier Jahre festgestellt werden.

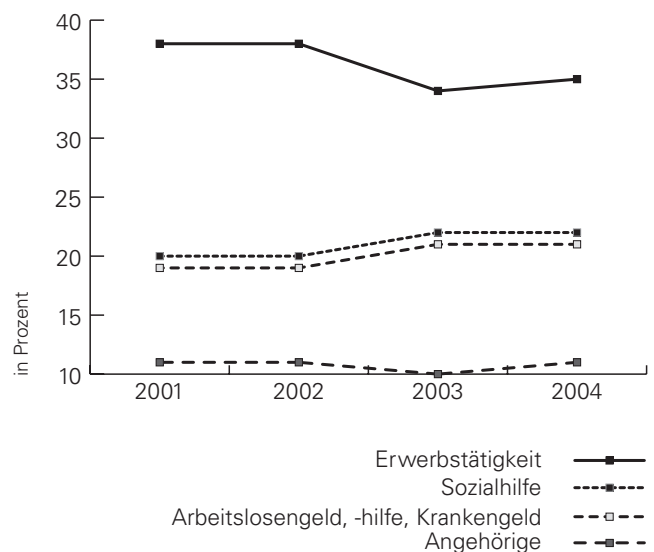


Abbildung 2.16: Haupteinkommensquelle namentlich erfasster Klienten/innen im Zeitraum 2001 bis 2004 (49 Einrichtungen)

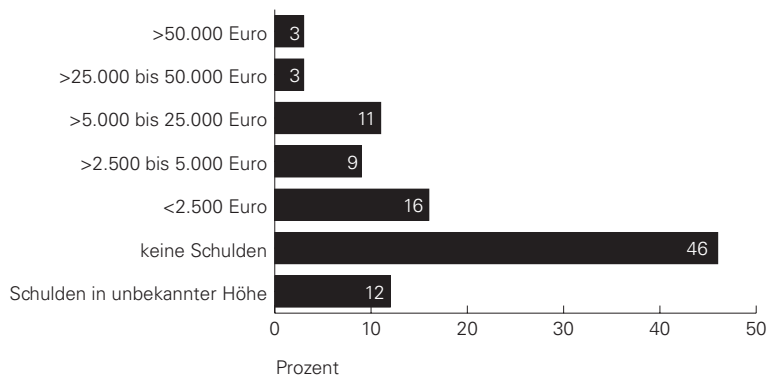


Abbildung 2.17: Schuldenhöhe der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2004 (N=2.587)

Von etwa einem Fünftel der Klientel des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems in Schleswig-Holstein liegen Angaben zur Höhe der Schulden vor (siehe Abbildung 2.17).

Fast die Hälfte gibt an, nicht verschuldet zu sein (46 %). Ein weiteres Viertel hat Schulden bis zu einer Höhe von maximal 5.000 Euro und etwa jeder Zehnte sieht sich Verbindlichkeiten zwischen 5.000 und 25.000 Euro ausgesetzt. Von Schulden über 25.000 Euro berichten 6 Prozent der Klienten/innen. Von etwas mehr als jeder/m Zehnten (12 %) ist zwar bekannt, dass er/sie verschuldet ist, jedoch wurden hier keine Angaben zur Schuldenhöhe gemacht.

Die Schuldensituation der Klienten/innen stellt sich je nach Hauptsubstanz sehr unterschiedlich dar: Sind die Alkohol- und Cannabiskonsumenten/innen sowie die Gruppe der essgestörten Personen nur in vergleichsweise geringem Umfang verschuldet, so sehen sich insbesondere die pathologischen Spieler erheblichen finanziellen Verbindlichkeiten gegenüber Dritten ausgesetzt. Nahezu die Hälfte von ihnen (48 %) weist Schulden über 5.000 Euro auf. Auch die Opiatabhängigen sind zu einem großen Teil in finanziellen Schwierigkeiten. Jedoch handelt es sich hierbei überwiegend um Schulden bis maximal 5.000 Euro.

	Schuldenhöhe							N
	keine	< 2.500 Euro	> 2.500 bis 5.000 Euro	> 5.000 bis 25.000 Euro	> 25.000 bis 50.000 Euro	> 50.000 Euro	in unbekannter Höhe	
Alkohol	53 %	13 %	8 %	10 %	3 %	3 %	10 %	1.548
Substitut	20 %	22 %	17 %	14 %	4 %	°1 %	23 %	309
Opiate	28 %	26 %	12 %	14 %	°3 %	°2 %	14 %	204
Cannabis	62 %	°9 %	°8 %	°5 %	°0 %	°0 %	16 %	128
Essstörung	70 %	16 %	°5 %	°6 %	°1 %	°1 %	°1 %	143
path. Spielen	14 %	21 %	12 %	32 %	°8 %	°8 %	°4 %	136

° = N<15

Tabelle 2.15: Schuldenhöhe der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2004 nach Hauptsubstanz

2.10 Der Weg in das Hilfesystem hinein und wieder hinaus

Die Entscheidung, sich in einer ambulanten Beratungsstelle der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe beraten oder betreuen zu lassen, entspringt bei etwa jedem/r viertem Klienten/in (27 %) der eigenen Motivation (siehe Abbildung 2.18).

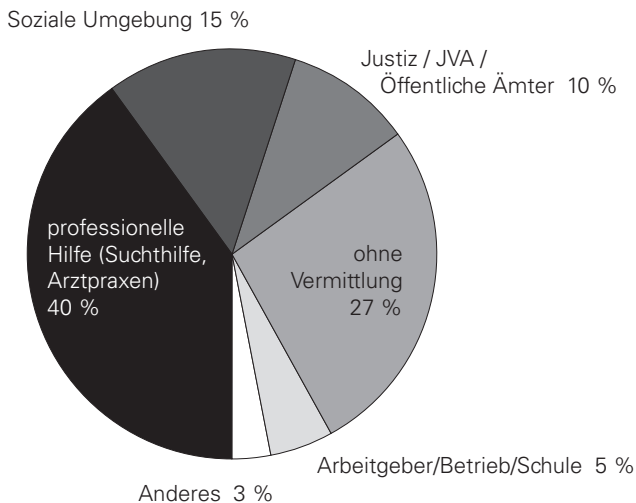


Abbildung 2.18: Vermittlung in das Hilfesystem (N=9.067 Betreuungen; N=8.555 Klienten/innen), 2004

Ein großer Teil von ihnen findet durch die Vermittlung professioneller Hilfeeinrichtungen, z.B. andere Suchtberatungsstellen oder Arztpraxen, den Weg in die ambulante Suchthilfeeinrichtung (40 %). Auch das soziale Umfeld spielt eine nicht unbedeutende Rolle. Etwa jede/r Siebte (15 %) suchte aufgrund der Initiative der Eltern, Freunde oder Verwandten um Hilfe nach.

Je nach Hauptsubstanz unterscheidet sich die Art und Weise der Vermittlung in die Betreuungseinrichtung: Während nahezu jede/r zweite Alkoholklient/in (47 %) von anderen professionellen Hilfeeinrichtungen vermittelt wird, ist dies bei den Cannabiskonsumenten/innen gerade einmal bei einem Viertel der Fall (24 %). Bei dieser letztgenannten Klientel spielt hingegen das soziale und institutionelle Umfeld eine entscheidende Rolle. So sind 27 Prozent dieses Personenkreises von ihren Eltern, Freunden oder Verwandten und weitere 15 Prozent durch die Schule oder den Arbeitgeber in das Hilfesystem gekommen. Womöglich findet die hohe Aufmerksamkeit der Medien und der Öffentlichkeit gegenüber dem Haschisch- bzw. Marihuanakonsum hier ihren Ausdruck. Bei dieser Klientengruppe haben lediglich 15 Prozent aus eigener Motivation das Suchtkrankenhilfesystem aufgesucht. Dies ist der mit Abstand geringste Anteil unter allen bedeutsamen Hauptsubstanzen-Gruppen.

Hingegen ist bei den Opiatkonsumenten/innen das Motiv, aus eigenem Antrieb eine ambulante Betreuungseinrichtung aufzusuchen, besonders ausgeprägt: 43 Prozent der Substituierten und 37 Prozent der Heroinabhängigen finden ohne externe Kontaktempfehlung den Weg in die ambulante Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins.

Etwas mehr als jede dritte Betreuung (35 %) wird durch die Klienten/innen selbst beendet (siehe Abbildung 2.19). Bei weiteren 4 Prozent erfolgt ein Abbruch der Betreuung durch Mitarbeiter/innen der Suchthilfeeinrichtungen, sodass insgesamt in vier von zehn Fällen die Betreuung nicht regulär abgeschlossen werden konnte. Demgegenüber werden mehr als die Hälfte aller Betreuungen planmäßig beendet oder in eine andere Hilfeeinrichtung überführt (45 % bzw. 13 %). Alle anderen Formen der Beendigung einer Betreuung spielen mit einem Anteil von nur 3 Prozent eine untergeordnete Rolle.

Zwischen den Hauptsubstanzen differiert die Art der Beendigung erheblich. So verlaufen bei den Cannabiskonsumenten/innen 56 Prozent, den Essgestörten 51 Prozent und den Alkoholkonsumenten/innen 48 Prozent der Betreuungen planmäßig. Bei den Substituierten und Heroinkonsumenten/innen beträgt dieser Anteil 26 Prozent bzw. 30 Prozent. Diese Klientel bricht nahezu jede zweite Betreuung vorzeitig ab.

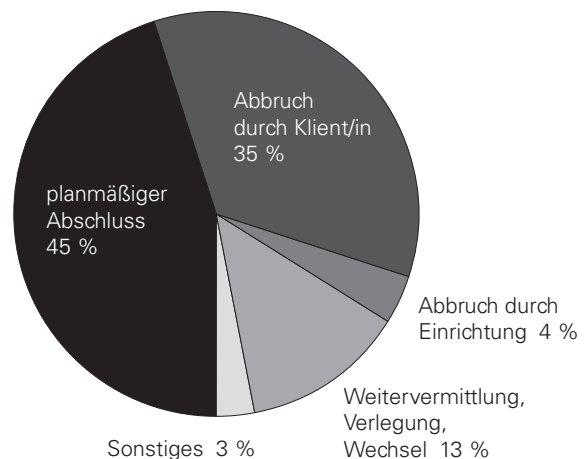


Abbildung 2.19: Art der Beendigung der Betreuung (N=5.933 Betreuungen; 5.601 Klienten/innen), 2004

In Abbildung 2.20 sind die Anteile der drei wichtigsten Formen der Beendigung einer Betreuung der Jahre 2001 bis 2004 wiedergegeben. Wie bei den oben dargestellten Trendauswertungen wurden auch hier nur die Einrichtungen einbezogen, die während des gesamten Zeitraumes den betreffenden Sachverhalt (hier Art der Beendigung) dokumentiert haben.

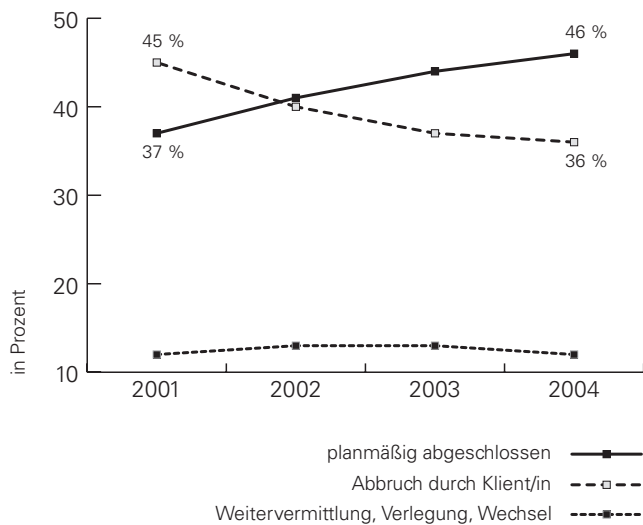


Abbildung 2.20: Art der Beendigung der Betreuung im Zeitraum 2001 bis 2004 (43 Einrichtungen)

Es zeigt sich im Verlauf der letzten vier Jahre ein positiver Trend: Während dieses Zeitraumes hat sich das Verhältnis von planmäßig abgeschlossenen und durch die Klienten/innen abgebrochenen Betreuungen umgekehrt. Überwogen im Jahre 2001 noch die Abbrüche mit einem Anteil von 45 Prozent, so betrifft diese Art der Beendigung vier Jahre später noch etwas mehr als ein Drittel aller Betreuungen (36 %). Die Anteile der planmäßigen Beendigungen sind hingegen in den vier Jahren um neun Prozentpunkte auf 46 Prozent gestiegen. Da sich die Anteile der Weitervermittlung nur unwesentlich verändert haben, kann insgesamt eine deutliche Verbesserung des Betreuungsabschlusses konstatiert werden.

Zwar erlaubt die Angabe über die Art des Abschlusses einer Betreuung eine erste Einschätzung des Erfolgs der Arbeit mit den Klienten/innen, inwieweit aber der Problematik des Suchtmittelkonsums begegnet werden konnte, lässt sich erst durch den Vergleich des Substanzkonsums vor Beginn und nach Beendigung einer Betreuung beurteilen. Es ist jedoch dabei zu beachten, dass vor allem bei den Heroinabhängigen und Substituierten auch andere Betreuungsziele im Vordergrund stehen können, wie z.B. die gesundheitliche Genesung oder die soziale Integration.¹⁵

Für sechs von zehn Betreuungen wurde nach Beendigung eine Besserung des Substanzkonsums bzw. sogar eine Abstinenz der Klienten/innen dokumentiert (22 % bzw. 36 %) (siehe Abbildung 2.21). Bei einem weiteren Drittel (32 %) weist die Klientel am Ende einen unveränderten Konsumstatus auf. Zu einer Verschlechterung kommt es lediglich bei 5 Prozent aller dokumentierten Betreuungen.

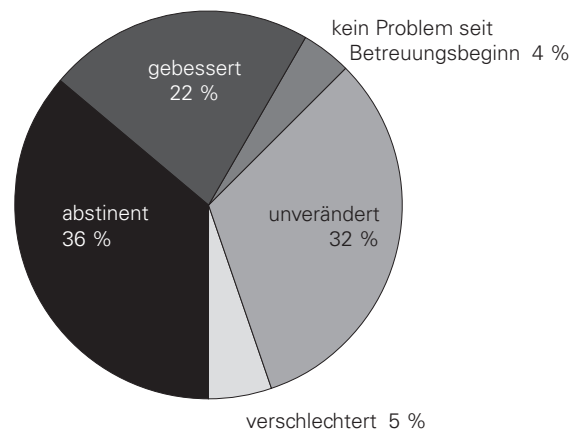


Abbildung 2.21: Konsumstatus nach Beendigung der Betreuung (N=4.734 Betreuungen; N=4.475 Klienten/innen), 2004

¹⁵ Die Substituierten wurden in die folgenden Betrachtungen nicht einbezogen, da unklar ist, wie bei ihnen der Gebrauch des Substitutionsmittels dokumentiert wird. So kann der Konsumstatus „unverändert“ möglicherweise auch eine positive Entwicklung darstellen, nämlich der unveränderte, d.h. regelmäßige Gebrauch des Substitutionsmittels.

	Konsumstatus					N
	abstinent	gebessert	kein Problem seit Betr.beginn	unverändert	verschlechtert	
Alkohol	43 %	18 %	5 %	28 %	7 %	2.976
Opiate	19 %	26 %	2 %	46 %	6 %	504
Cannabis	20 %	35 %	4 %	39 %	°1 %	445
Essstörung	13 %	47 %	°1 %	38 %	°1 %	146
path. Spielen	43 %	21 %	°6 %	29 %	°1 %	139
Gesamt ⁺	36 %	22 %	5 %	32 %	5 %	4.734

+ = Zahl der Betreuungen aller Hauptsubstanzen außer Substituierte
° = N<15

Tabelle 2.16: Konsumstatus am Ende der Betreuung nach Hauptsubstanz, 2004

In Tabelle 2.16 ist der Konsumstatus am Ende der Betreuung differenziert nach der Hauptsubstanz wiedergegeben. Auffällig sind die vergleichsweise hohen Anteile der Betreuungen von Alkoholkonsumenten/innen und pathologischen Spielern, die in einer Abstinenz münden (jeweils 43 %). Hier findet der abstinentorientierte Ansatz der Betreuung dieser Suchtform bzw. Störung seinen Ausdruck. Bei den Opiatabhängigen steht hingegen oftmals (zunächst) die Stabilisierung der gesamten Lebenssituation im Vordergrund. Somit könnten die im Vergleich zu den anderen Hauptsubstanzen hohen Anteile des unveränderten Konsumstatus auch derart interpretiert werden, dass zumindest eine Zunahme des Heroinkonsums bzw. des Beikonsums anderer Substanzen verhindert werden konnte.

Bei den Cannabiskonsumenten/innen spielt offensichtlich, anders als bei den Alkoholklienten/innen, nicht immer das Erreichen einer vollständigen Abstinenz die entscheidende Rolle. Die hohen Anteile an Betreuungen mit einem gebesserten bzw. unveränderten Konsumstatus lassen annehmen, dass es oft auch um ein vernünftiges und gesundheitsbewusstes Konsumverhalten als Betreuungsziel geht.

Nach dem Ende der Betreuung wird ein Teil der Klientel in andere Beratungs- oder Therapieformen (-einrichtungen) vermittelt (siehe Abbildung 2.22). Hierbei hat die stationäre Entwöhnungsbehandlung die größte Bedeutung. Nahezu jede vierte weitergeführte Betreuung (23 %) bezieht sich auf diese Therapieform. Jeweils ein Zehntel wird in die ambulante Beratung oder zur Entgiftung/Entzug (11 %) weitervermittelt. Eine wichtige Funktion nimmt auch die Selbsthilfe wahr: Jede fünfte vermittelte Betreuung bei den Alkoholklienten/innen und jede Dritte bei den pathologischen Spielern wird in diese Form weitergeleitet.

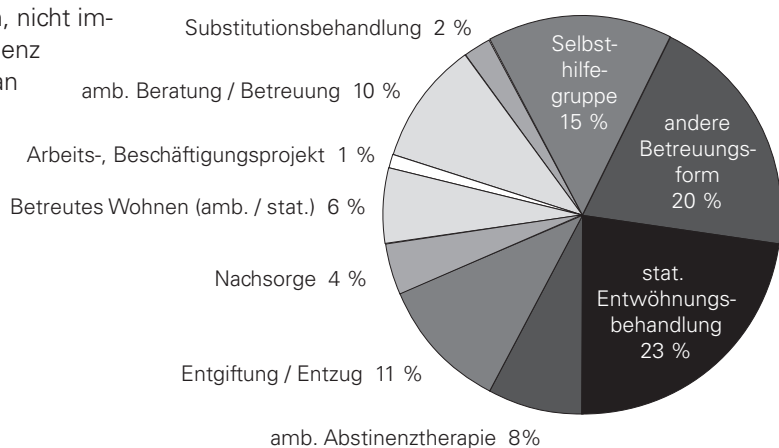


Abbildung 2.22: Weitervermittlung nach Ende der Betreuung (N=2.114 Betreuungen; N=2.003 Klienten/innen), 2004

2.11 Die klientenbezogenen Leistungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems

Im Jahre 2004 sind in den Suchtkrankenhilfeeinrichtungen Schleswig-Holsteins, die sich an der ambulanten Suchthilfestatistik beteiligt haben, 105.528 klientenbezogene Leistungen dokumentiert worden.¹⁶

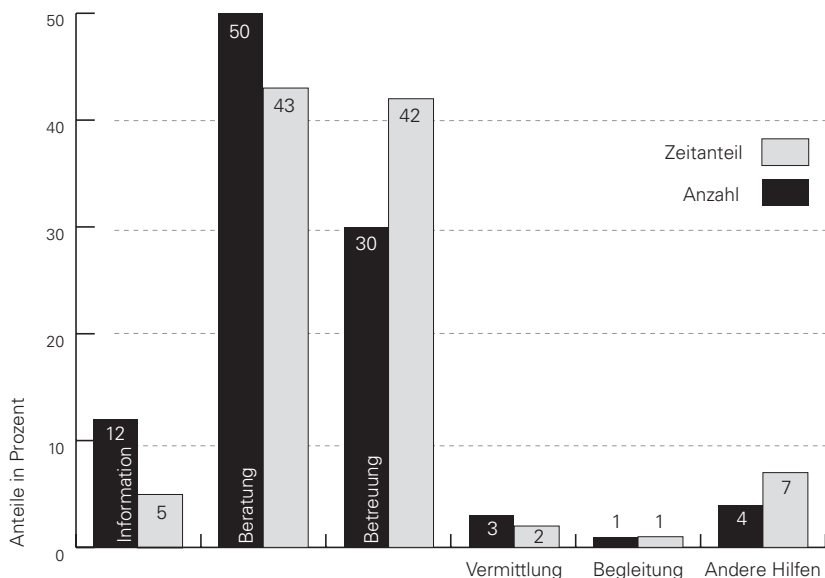


Abbildung 2.23: In Anspruch genommene Leistungen, anzahlbezogen und nach Zeitanteilen (N=105.528 Leistungen), 2004

Neben der Anzahl der Leistungen ist insbesondere auch die für ihre Erbringung aufgewendete Zeit von Bedeutung. Abbildung 2.23 ist zu entnehmen, dass die Leistungstypen Beratung und Betreuung jeweils etwas mehr als 40 Prozent der insgesamt dokumentierten Leistungsdauer auf sich vereinigen. Der zeitliche Aufwand der anderen Leistungstypen ist im Vergleich dazu gering. So entfallen 7 Prozent der Gesamtleistungsdauer auf andere Hilfen und 5 Prozent auf Informationsleistungen.¹⁸

Wird nun die Leistungserbringung je Klient/in betrachtet, so zeigt sich das folgende Inanspruchnahmeverhalten: Die Betreuung nimmt durchschnittlich 15,4 Stunden pro namentlich erfasste/n Klient/in in Anspruch. Die männlichen Klienten liegen mit einer durchschnittlichen Betreuungsdauer von 15 Stunden leicht darunter, die Frauen mit 16,6 Stunden deutlich darüber (siehe Abbildung 2.24). Die Beratung erfordert nur etwa ein Drittel der Zeit, die für Betreuungsleistungen aufgewendet wird. So nimmt eine Beratung von Männern im Mittel 4,9 Stunden in Anspruch und bei den Frauen 6,0 Stunden. Ein ähnlicher zeitlicher Aufwand ist für die Begleitung der Klienten/innen notwendig (Männer: 4,9 h; Frauen 5,3 h). Hingegen nehmen die Weitergabe von Informationen

(Männer 1,8 h; Frauen: 1,9 h) und die Vermittlung (Männer & Frauen: 1,1 h) nur einen geringen Anteil an der für die Klienten/innen insgesamt aufgewandten Leistungsdauer ein.

Die „Beratung“ von Klienten/innen und Angehörigen umfasst, wie auch im vorangegangenen Berichtsjahr, die Mehrzahl der dokumentierten Leistungen. Jeder zweite Tätigkeitseintrag betrifft diesen Leistungstyp (siehe Abbildung 2.23). Drei von zehn Leistungen sind der „Betreuung“¹⁷ zuzuordnen und etwa jede Achte dem Leistungstyp „Information“ (12 %). Einen deutlich geringeren Anteil an der Gesamtheit aller erbrachten Leistungen haben hingegen „Vermittlung“ (3 %), „andere Hilfen“ (4 %) und „Begleitung“ (1 %).

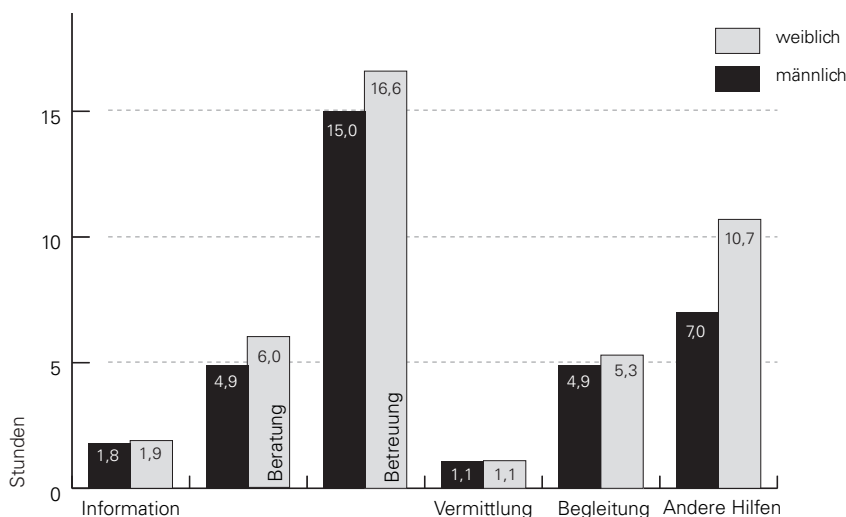


Abbildung 2.24: Durchschnittliche Gesamtleistungsdauer pro Klient/in differenziert nach Geschlecht, 2004

16 Hierbei gilt zu beachten, dass zum einen die Leistungen einer Einrichtung, welche die Ausgabe von Methadon dokumentiert, nicht einbezogen worden sind, da solche Tätigkeiten nicht Leistungen im Sinne des schleswig-holsteinischen Datensatzes sind. Zum anderen liegen von einer Einrichtung mit vergleichsweise vielen Klienten/innen keine Einträge zu den Leistungen vor.

17 Der Begriff „Betreuung“ 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 wird auch die psychosoziale Betreuung im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Therapie zugeordnet).

18 Da im Jahre 2004 in einigen Einrichtungen die Art der Dokumentation von Leistungen eine deutliche Veränderung erfahren hat, wird auf den Vergleich der diesjährigen Leistungsdaten mit denen des Vorjahres verzichtet.

Die Tabelle 2.17 zeigt, dass, unabhängig vom Leistungstyp, die weiblichen Klienten in Bezug auf den zeitlichen Umfang mehr Leistungen nachfragen als die Männer.

	Anzahl Klienten/innen	Dauer in Stunden	prozentualer Gesamtaufwand
männlich	6.084	9,5	68 %
weiblich	2.388	11,5	32 %
Gesamt	8.472	10,1	100 %

Tabelle 2.17: Durchschnittliche Dauer der klientenbezogenen Leistungen pro Klient/in nach Geschlecht, 2004

So wurde im Jahre 2004 für Frauen eine durchschnittliche Gesamtleistungsdauer von 11,6 Stunden dokumentiert. Diese liegt damit 2,0 Stunden über dem zeitlichen Umfang, welchen die männlichen Klienten im Mittel in Anspruch nehmen. So ist es auch zu erklären, dass die Frauen, obwohl sie 27 Prozent der gesamten Klientel stellen, 32 Prozent der insgesamt aufgewandten Leistungsdauer auf sich vereinigen.

Die höhere durchschnittliche Leistungsdauer der Frauen ist jedoch nur zu einem Teil auf einen geschlechtsspezifischen Faktor der Inanspruchnahme von Leistungen zurückzuführen.

Wie bereits in Abschnitt 2.4 dieses Berichtes ausgeführt, sind Frauen in den höheren Alterskategorien überdurchschnittlich stark vertreten. Die Abbildung 2.25 zeigt nun eindringlich, dass die Dauer einer Leistung, die für eine/n Klient/in erbracht wird, mit dem Alter steigt. Besonders deutlich wird dies bei der Betreuung. Während dieser Leistungstyp bei den 25-Jährigen nur 7,8 Stunden in Anspruch nimmt, sind es bei den über 45-Jährigen Klient/innen drei Mal so viel (22,7 Stunden). Die höhere Gesamtleistungsdauer der weiblichen Klienten beruht also zu einem nicht unbedeutenden Anteil auf deren höherem Durchschnittsalter.

Außerdem sind Frauen insbesondere bei den Alkoholkonsumenten/innen und den essgestörten Personen stark vertreten. Diese Hauptsubstanzen wiederum sind durch eine überdurchschnittlich hohe Gesamtleistungsdauer pro Klient/in gekennzeichnet. Somit ist der geschlechtsspezifische Effekt der höheren Gesamtleistungsdauer der Frauen zu einem nicht unbedeutenden Anteil auch auf deren spezifisches Konsum- und Suchtverhalten zurückzuführen. Nach der statistischen Einbeziehung (Kontrolle) des Alters und der Hauptsubstanz sind die Unterschiede in der Gesamtleistungsdauer der männlichen und weiblichen Klienten deutlich weniger stark ausgeprägt als es die Tabelle 2.17 erscheinen lässt.

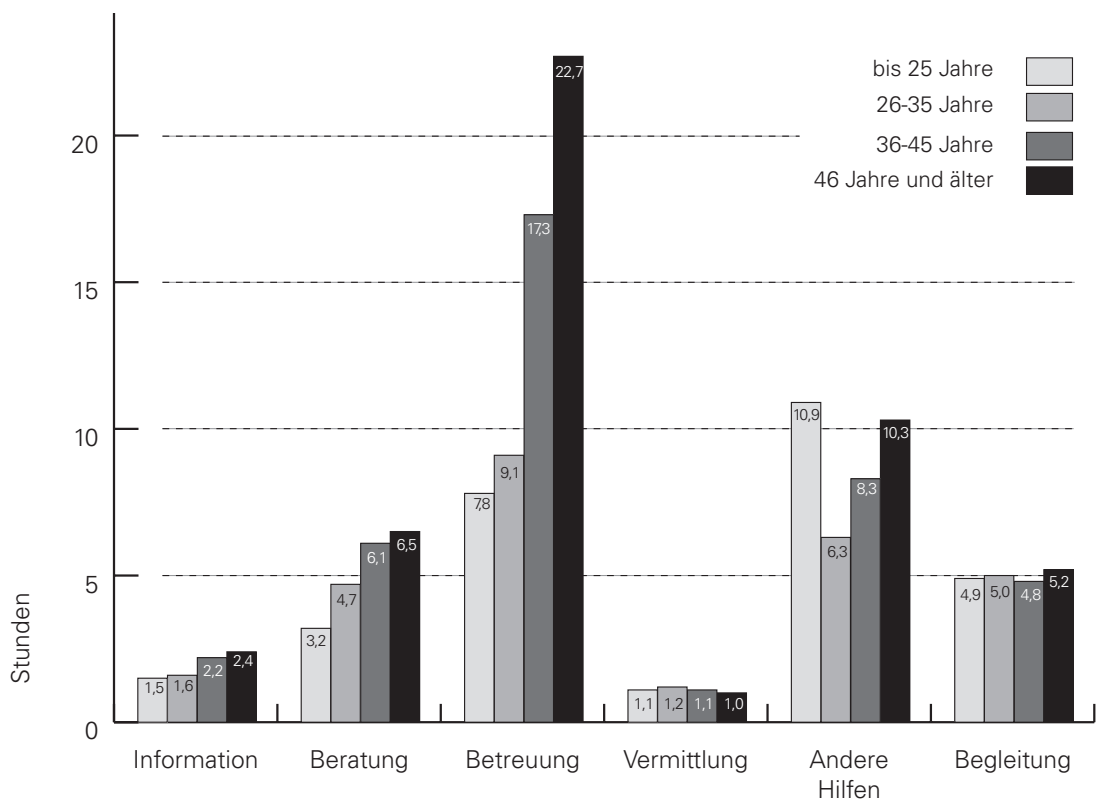


Abbildung 2.25: Durchschnittliche Dauer der pro Klient/in in Anspruch genommenen Leistungen nach Altersgruppen, 2004

	Information	Beratung	Vermittlung	Betreuung	Andere Hilfen	Begleitung	alle Leistungstypen	N
Alkohol	2,1h	5,9h	1,0h	27,7h	6,8h	5,2h	12,8h	4.253
Substitut	2,5h	3,2h	1,3h	4,4h	7,0h	6,3h	7,9h	1.056
Opiate	1,5h	6,2h	1,1h	6,8h	7,3h	3,8h	8,1h	980
Cannabis	1,0h	2,6h	1,1h	7,9h	°2,7h	°4,7h	3,2h	629
Essstörung	1,1h	7,6h	°1,0h	15,2h	28,8h	°1,1h	13,0h	242
path. Spielen	1,2h	5,4h	1,0h	24,8h	°4,7h	°10,5h	10,0h	254
Gesamt-h ⁺	1,9h	5,2h	1,1h	15,4h	8,5h	5,0h		
N*	1.822	6.787	1.088	2.563	533	222		

+ = alle Hauptsubstanzen inklusive unbekannter Drogentyp
* = Mehrfachnennungen möglich (mehrere unterschiedliche Leistungen pro Klient/in)
° = N < 15

Tabelle 2.18: Durchschnittliche Dauer der pro Klient/in in Anspruch genommenen Leistungen nach Hauptsubstanz, 2004

Die Tabelle 2.18 bestätigt, dass die Dauer der Leistungen, welche die einzelnen Klienten/innen in Anspruch nehmen, sich je nach Hauptsubstanz erheblich unterscheidet. So ist für die Betreuung von Alkohol Klienten/innen viermal mehr Zeit notwendig (27,7 Stunden) als für Heroinkonsument/innen (6,8 Stunden). Auch Essgestörte (15,2 Stunden) und pathologische Spieler (24,8 Stunden) werden überdurchschnittlich lange betreut. Im Leistungstyp Beratung fallen die Unterschiede in der Leistungsdauer weniger deutlich aus. So nehmen die Essgestörten (7,6 Stunden), die Heroinkonsumenten/innen (6,2 Stunden) und die Alkohol Klienten/innen (5,9 Stunden) überdurchschnittlich lang diese Form der Leistungserbringung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Anspruch.

Bezogen auf die Gesamtleistungsdauer pro Klient/in zeigt sich die oben bereits erwähnte hohe zeitliche Inanspruchnahme des Leistungsangebotes durch die Alkoholkonsumenten/innen (12,8 Stunden) und die Essgestörten (13 Stunden). Hingegen wird für jede/n Cannabisklienten/in ein Viertel dieser Zeit aufgewandt (3,2 Stunden).

Trotz der in den Medien und in der Öffentlichkeit weiterhin anhaltenden besonderen Aufmerksamkeit für die Konsumenten/innen illegaler Drogen, zeigt sich, dass der Arbeitsalltag in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen zu einem erheblichen Maße durch die Alkohol Klienten/innen geprägt wird.

Beinahe zwei Drittel der in der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe insgesamt aufgewandten Zeit zur Erbringung von Leistungen entfällt allein auf diese Klientengruppe (64 %) (siehe Abbildung 2.26). Bezogen auf die gesamte Anzahl aller vollzogenen Tätigkeiten in den Einrichtungen sind es 58 Prozent. Alle anderen Hauptsubstanzen weisen dementsprechend deutlich geringere Anteile von Leistungen (Anzahl und Dauer) auf. Insbesondere die in letzter Zeit so besonders beachteten Cannabisklienten/innen spielen diesbezüglich eine nach wie vor eher undeutende Rolle (2 % bzw. 3 %).

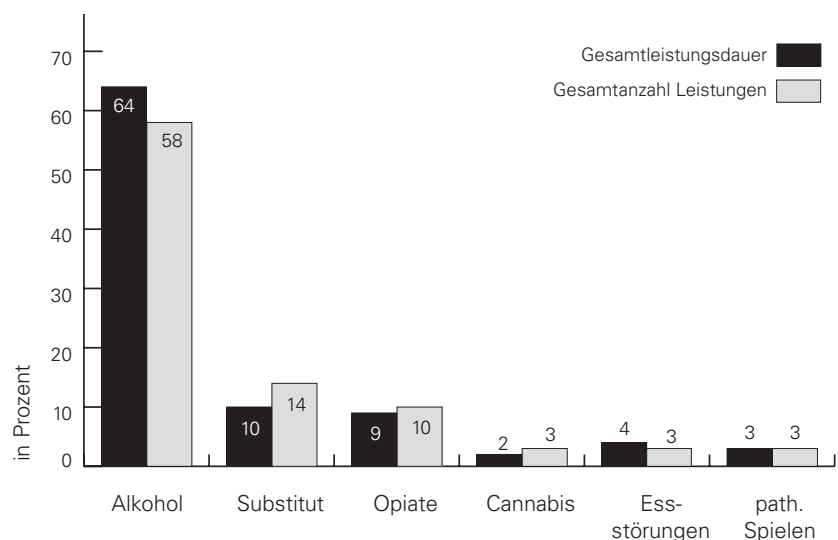


Abbildung 2.26: Gesamtleistungsdauer und Gesamtzahl der erbrachten Leistungen namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz, 2004

2.12 Niedrigschwellige Dienstleistungen

Zusätzlich zu den kundenbezogenen Leistungen werden von einigen Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins auch so genannte niedrigschwellige Dienstleistungen angeboten.

	N
Besucher/innen (3 Einrichtungen)	14.736
abgegebene Spritzen (5 Einrichtungen)	148.308
abgegebene Essen (3 Einrichtungen)	6.984

Tabelle 2.19: Niedrigschwellige Dienstleistungen, 2004

Da nicht gesichert ist, ob alle diese Einrichtungen auch die entsprechenden Leistungen dokumentieren, sollen die im Folgenden dargelegten Angaben zur Zahl der Besucher/innen, der ausgegebenen Mahlzeiten und Einwegspritzen vor allem einen Eindruck über die Entwicklung der einzelnen Dienstleistungen in den letzten Jahren vermitteln.

Im Vergleich zum vergangenen Jahr hat sich im Jahre 2004 die Zahl der Einrichtungen verringert, die niedrigschwellige Dienstleistungen dokumentierten. Somit sind die diesjährigen Angaben nicht direkt mit denen der Vorjahre vergleichbar. Drei Einrichtungen (2003: vier Einrichtungen) dokumentierten insgesamt 14.736 Kontakte mit Besucher/innen (siehe Tabelle 2.19). In fünf Einrichtungen wurde die Abgabe von Einwegspritzen festgehalten (2003: 7 Einrichtungen). Deren Zahl belief sich auf insgesamt 148.308 Spritzen. Von drei Einrichtungen liegen Angaben zur Menge der ausgegebenen Mahlzeiten vor (2003: 5 Einrichtungen), die sich im Jahre 2004 auf insgesamt 6.984 verteilte Essen beliefen.

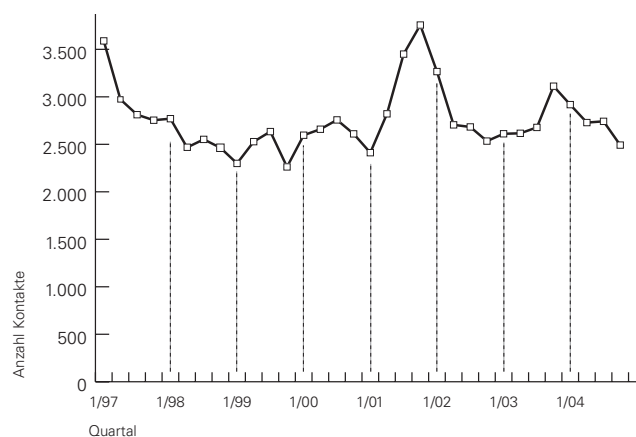


Abbildung 2.27: Entwicklung der Anzahl der Besucher/innen im niedrigschwelligen Bereich (2 Modelleinrichtungen)

Wie bereits oben dargelegt, ist ein direkter Vergleich der Angaben in Tabelle 2.19 mit denen der Vorjahre auf Grund der unterschiedlichen Zahl der dokumentierenden Einrichtungen nicht möglich. Jedoch gibt es einige Einrichtungen, die ununterbrochen seit dem Jahre 1997 (Besuche) bzw. 2001 (Spritzen, Mahlzeiten) ihre Dienstleistungen elektronisch dokumentiert haben. Deren Angaben werden in den drei folgenden Abbildungen grafisch dargestellt, um auf diesem Wege exemplarisch Trends bezüglich der Besucher/innen, der Ausgabe von Spritzen und Mahlzeiten beschreiben zu können.

In Abbildung 2.27 ist die Anzahl der Kontakte mit Besuchern/innen in zwei Einrichtungen wiedergegeben, die diese Dienstleistungsart seit 1997 dokumentieren. Abgesehen vom Zeitraum 02/2002 bis 02/2003 mit überdurchschnittlich vielen Besuchern, schwankt deren Anzahl pro Quartal über die Jahre nur leicht, und liegt bei etwa 2.500 Besuchen. Jedoch ist im Jahre 2004 ein stetiger Rückgang von Quartal zu Quartal zu verzeichnen. Hier wird abzuwarten sein, ob sich dieser Trend im nächsten Jahr fortsetzt.

Bei der Vergabe von Einwegspritzen sind es immerhin vier Einrichtungen, die ab dem Jahre 2001 auf eine regelmäßige Dokumentation dieser Dienstleistung verweisen können. Ein Blick auf den Verlauf der letzten vier Jahre lässt einen eindeutigen Trend erkennen (siehe Abbildung 2.28). Die Zahl der ausgegebenen Spritzen ist seit 2001 von nahezu 78.000 Einwegspritzen pro Quartal auf weniger als die Hälfte gesunken, während die Zahl der Opiatabhängigen dieser Einrichtungen innerhalb dieses Zeitraumes nur um etwa ein Viertel zurückging. Somit scheint sich die Einschätzung im Bericht des letzten Jahres zu bestätigen, dass das Applikationsverhalten der Opiatabhängigen einem Wandel unterworfen ist. Neben dem bisher dominanten intravenösen Konsum, gewinnen zunehmend andere Formen der Substanzeinnahme an Bedeutung.

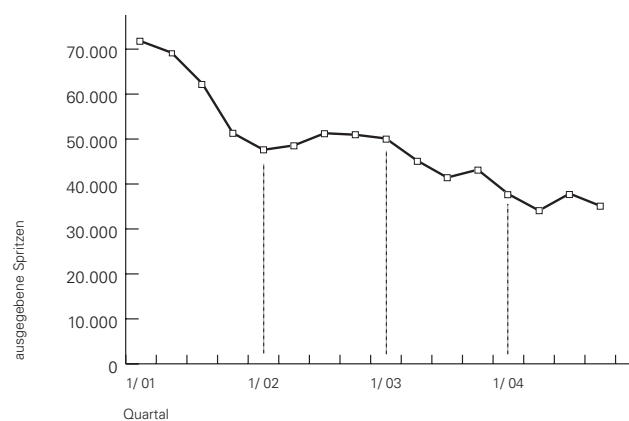


Abbildung 2.28: Entwicklung der Anzahl ausgegebener Spritzen (4 Einrichtungen)

Von drei Einrichtungen liegen seit dem Jahre 2001 regelmäßig dokumentierte Angaben zur Anzahl der ausgegebenen Mahlzeiten vor. Ein eindeutiger Trend lässt sich innerhalb dieses Zeitraumes nicht erkennen (siehe Abbildung 2.29). Die Angaben schwanken innerhalb der einzelnen Berichtsjahre zwischen 1.500 und 1.800 verteilten Essen. Die Bereitstellung einer Mahlzeit scheint demnach im Laufe der letzten Jahre für die von Suchtproblemen betroffenen Personen nicht an Bedeutung verloren zu haben.

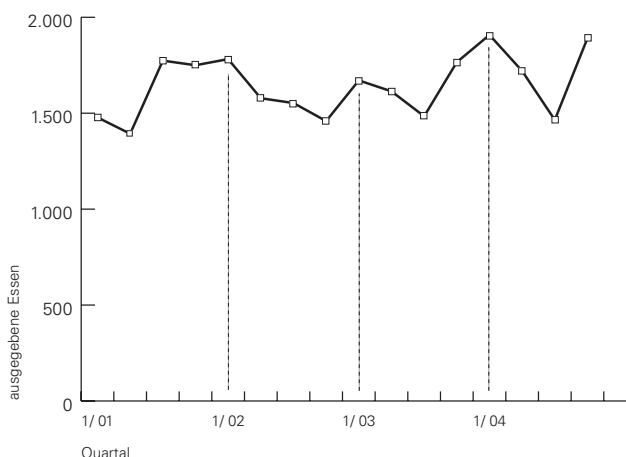


Abbildung 2.29: Entwicklung der Anzahl ausgegebener Essen (3 Einrichtungen)

2.13 Die Struktur der ambulanten Suchtkrankenhilfe

2.13.1 Einleitende Bemerkungen

Eine detaillierte Analyse der Struktur der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins wurde erstmalig mit dem Jahresbericht 2003 vorgelegt. Ziel dieser besonderen Form der Auswertung war es, einen informativen Überblick zum „Stand der Dinge“ der Angebotsstruktur des nördlichsten Bundeslandes zu gewinnen. Da eine solche Untersuchung, insbesondere in Bezug auf die Zusammenführung von Struktur- und Klientendaten, in Deutschland erstmalig für ein ganzes Bundesland vorgenommen wurde, sind deren Ergebnisse sehr ausführlich dargelegt worden. Dieser Analyse ließen sich erste Hinweise auf bestehende Defizite und Handlungsoptionen entnehmen.

Die Ausführungen in dem vorliegenden Bericht sind im Vergleich zum Jahre 2003 erkennbar gestrafft gehalten. Es wird nur noch auf ausgewählte, besonders relevante Sachverhalte Bezug genommen. Ziel dieser „Neustrukturierung“ ist die Schaffung eines Standards, an welchem sich auch die künftigen Strukturdatenanalysen orientieren sollen. Je nach Interessenlage kann diese „Standardauswertung“ dann um andere Themenbereiche erweitert

werden. So wären spezielle Auswertungen zum Budget, zur Mitarbeiterstruktur, zum Qualitätsmanagement, zu den Öffnungszeiten und oder den Absprachen mit anderen Einrichtungen denkbar.

2.13.2 Datengrundlage

Es wurden alle landesgeförderten Einrichtungen der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe (ca. 60 Einrichtungen) angeschrieben.¹⁹ Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Insgesamt haben 54 Einrichtungen²⁰ geantwortet, d.h., die Rücklaufquote des Erhebungsbogens beträgt ca. 90 Prozent (Vorjahr: 76 %). Somit stellen die in den folgenden Analysen eingegangenen Einrichtungen ein repräsentatives Sample der Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins dar. Dies gilt sowohl hinsichtlich der regionalen Verteilung als auch in Bezug auf die Angebotsstruktur. Nur die Gesundheitsämter (bzw. Sozialpsychiatrischen Dienste) haben sich nicht an der Erhebung beteiligt. Sie spielen aber keine – in quantitativer Hinsicht – zentrale Rolle bei der Versorgung von suchtkranken bzw. -gefährdeten Personen in Schleswig-Holstein und können von daher in dieser Auswertung unberücksichtigt gelassen werden, ohne die Aussagekraft der folgenden Daten zu beeinträchtigen.

Die Darlegung der Ergebnisse ist in zwei Abschnitte untergliedert. Im ersten Abschnitt wird die Struktur der Einrichtungen untersucht. Grundlage dieser Auswertungen sind die oben erwähnten 54 Einrichtungen, die den Erhebungsbogen ausgefüllt haben. Im zweiten Abschnitt werden die Strukturdaten mit den Klientendaten verknüpft. Nur wenn eine Einrichtung sowohl den Erhebungsbogen ausfüllte, als auch Angaben zu Klienten/innen und klientenbezogenen Leistungen dieser Einrichtung vorlagen, ist sie in die Analyse integriert worden. Insgesamt erfüllten 41 Einrichtungen diese Voraussetzung. Im Jahre 2004 betreuten sie 10.645 Klienten/innen und Angehörige und erbrachten 78.966 klientenbezogene Leistungen.

2.13.3 Analyse der Strukturdaten

Von den 54 Einrichtungen, die im Jahre 2004 den Strukturfragebogen ausfüllten, ist die überwiegende Mehrheit (63 %) dem Einrichtungstyp „legale und illegale Substanzen“ zuzuordnen²¹ (siehe Tabelle 2.20). Dort werden sowohl Alkohol-Klienten/innen, medikamentenabhängige Personen als auch Konsumenten/innen illegaler Drogen beraten und betreut. Dieser Typ ist auch unter der Bezeichnung „integrative Suchtberatungsstelle“ bekannt. Des Weiteren bestehen 10 Einrichtungen, die sich auf Klienten/innen legaler Drogen spezialisiert haben und weitere 9 Einrichtungen, die vornehmlich Angebote für il-

¹⁹ Der Erhebungsbogen ist durch das zuständige Ministerium in Kiel verschickt worden.

²⁰ Genau genommen müsste hier von Einrichtungseinheiten gesprochen werden. In der Regel entsprechen die einzelnen Suchtberatungsstellen jeweils einer Einrichtungseinheit. Einige Einrichtungen lassen sich jedoch in verschiedene Teileinrichtungen aufgliedern, die jeweils spezielle Suchthilfeangebote bereitstellen. Wenn in der Summe von Stellenanteilen mehr als eine Vollzeitkraft in einer Teileinrichtung tätig ist, wird diese als eigenständige Einrichtungseinheit in die Analyse aufgenommen.

²¹ Für die vorgenommene Typologisierung der Einrichtungen wurden einzelne Items der Kategorienliste im Erhebungsbogen zusammengefasst.

legale Drogenkonsumenten/innen bereithalten. Bei der Einrichtung, die dem Einrichtungstyp „Anderes“ zugeordnet wurde, handelt es sich um ein spezielles Streetworkerprojekt. Im Wesentlichen entspricht die Verteilung des Einrichtungstyps der des letzten Jahres. Lediglich der Anteil der Einrichtungen für legale Substanzen ist im Vergleich zum Vorjahr nennenswert gestiegen (2003: 10 %; 2004: 19 %).

Bei etwas mehr als der Hälfte der Beratungsstellen, die Konsumenten/innen illegaler Substanzen betreuen (5 Einrichtungen), handelt es sich um niedrigschwellige Einrichtungen bzw. Kontaktläden. Bei allen anderen Einrichtungstypen trifft dies nur auf jeweils eine Einrichtung zu. Somit finden sich im Jahre 2004 unter den integrativen Suchtberatungsstellen deutlich weniger niedrigschwellig arbeitende Einrichtungen als im Jahr zuvor (4 Einrichtungen). Etwas mehr als jede dritte Einrichtung verfügt über geschlechtsspezifische Angebote (35 %; 2003: 48 %). Als konkrete Maßnahmen wurde ein Spektrum von geschlechtsspezifischen Einzelgesprächen über Mutter-Kind-Gruppen bis hin zu speziellen Präventionsprojekten genannt.

Insbesondere in den integrativen Suchtberatungsstellen sind geschlechtsspezifische Beratungs- bzw. Betreuungsinhalte überdurchschnittlich häufig vorzufinden.

	Anzahl	davon niedrigschwellige Einrichtungen
Legale und Illegale Drogen	34	1
Legale Drogen	10	1
Illegale Drogen	9	5
Anderes	1	1

Tabelle 2.20: Einrichtungstyp der an der Strukturanalyse beteiligten Suchtberatungsstellen, 2004 (N=54)

Die Tabelle 2.21 gibt die Verteilung der Einrichtungstypen nach ihrer regionalen Zugehörigkeit wieder. Wie schon im Jahresbericht 2003 wird auch in diesem Jahr auf die bewährte Einteilung Schleswig-Holsteins in die Regionen „kreisfreie Städte“, „Landkreise“ und „Hamburger Randgebiet“ zurückgegriffen.²² Dabei ist zu erkennen, dass es mit zunehmender Urbanisierung eine deutliche Tendenz zur Spezialisierung gibt. Während 90 Prozent der Einrichtungen der Landkreise sowohl legale als auch illegale Drogenkonsumenten/innen betreuen, sind im Hambur-

ger Randgebiet zwei Drittel der Suchtberatungsstellen dem integrativen Einrichtungstyp zuzuordnen und in den kreisfreien Städten beträgt deren Anteil knapp ein Drittel.

	Kreisfreie Städte	Hamburger Randgebiet	Landkreise
Legale und Illegale Drogen	6	10	18
Legale Drogen	7	2	1
Illegale Drogen	5	3	1
Gesamt	18	15	20

Tabelle 2.21: Einrichtungstyp getrennt nach kreisfreien Städten, Hamburger Rand und Landkreise (N=53), 2004

Hier überwiegen Einrichtungen, die sich spezialisiert haben. So gibt es dort 7 Einrichtungen für Klienten/innen legaler Substanzen und weitere 6 Einrichtungen, die sich vordringlich den Konsumenten/innen illegaler Drogen annehmen.

In der Tabelle 2.22 sind die zentralen Hilfen bzw. Tätigkeiten der Einrichtungen wiedergegeben. Wie nicht anders zu erwarten, wird die Beratung von Klienten/innen (89 %) und Angehörigen (85 %) in nahezu allen Einrichtungen angeboten. Auch die anonyme Beratung ist in vier von fünf Einrichtungen (83 %) ein zentrales Hilfeangebot. Acht Suchtberatungsstellen (17 %) bieten zudem eine ambulante Beratung im Gefängnis an. In der Beratung liegt somit ein klarer Schwerpunkt der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Das ist suchtpolitisch so gewollt und schlägt sich in den Angaben der Einrichtungen nieder. Niedrigschwellige Hilfen zählen bei der Hälfte aller Einrichtungen zu den zentralen Tätigkeiten. Vier von zehn Suchtberatungsstellen (39 %) leisten aufsuchende Arbeit und Straßensozialarbeit wird in etwa jeder Achten angeboten (13 %). Die Bereitstellung von Übernachtungsplätzen wurde nur von einer einzigen Einrichtung angegeben. Im Wesentlichen entsprechen die Anteile der oben genannten zentralen Hilfen denen des Vorjahres. Nur die Beratung von Klienten/innen (2003: 98 %) und die aufsuchende Arbeit (2003: 48 %) sind im Jahre 2004 in etwas geringerem Maße in den Einrichtungen vorzufinden.

22 Die Kategorie „Kreisfreie Städte“ umfasst die Städte Flensburg, Kiel, Lübeck und Neumünster mit einer Einwohnerzahl von insgesamt ca. 610.000 Personen (Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein). Das „Hamburger Randgebiet“ besteht aus den Städten und Gemeinden, die entweder in den öffentlichen Personennahverkehr der Freien und Hansestadt Hamburg eingebunden sind (z.B. Pinneberg oder Geesthacht) und/oder auf einer der Entwicklungsachsen des Planungsgebietes „Metropolregion Hamburg“ liegen. Hier leben in etwa 600.000 Menschen. Das restliche Gebiet Schleswig-Holsteins bildet die Kategorie „Landkreise“ mit insgesamt etwa 1.600.000 Einwohnern. Die jeweilige Zuordnung erfolgte anhand von Postleitzahlen (siehe hierzu Kalke et al. 2003).

	prozentualer Anteil
Beratung	89 %
Beratung Angehörige	85 %
Anonyme Beratung	83 %
Externe Beratung JVA	17 %
Bereitstellung von Übernachtungsplätzen	2 %
Niedrigschwellige Hilfen	50 %
Aufsuchende Arbeit	39 %
Streetwork	13 %
Anzahl Einrichtungen (N)	46

Mehrfachnennungen möglich
Einrichtungen, die nicht eine der genannten Kategorien als zentrale Hilfe angaben, wurden nicht einbezogen.

Tabelle 2.22: Zentrale Hilfen/Tätigkeiten der Einrichtungen, 2004

Werden die zentralen Hilfen nach dem Einrichtungstyp unterschieden, so zeigen sich wenige, jedoch markante Unterschiede. So wird die Beratung in den Gefängnissen zu einem überwiegenden Teil (75 %) von spezialisierten Einrichtungen übernommen. Des Weiteren spielen niedrigschwellige Hilfen vor allem in den Suchtberatungsstellen für Konsumenten/innen illegaler Drogen eine besondere Rolle. Drei Viertel dieser Einrichtungen bieten solche Hilfen an. Hingegen sind niedrigschwellige Angebote beim Einrichtungstyp „legale Substanzen“ in deutlich geringerem Maße vorzufinden (25 %) und Straßensozialarbeit überhaupt nicht. Hier wäre – diese Empfehlung wurde schon im letzten Jahresbericht gegeben – darüber nachzudenken, ob es in Anbetracht der alkoholabhängigen Personen, die verelendet auf der Straße oder in provisorischen Unterkünften leben, nicht sinnvoll wäre, ein entsprechend umfangreicheres Angebot zu installieren.

Auch in Abhängigkeit von der regionalen Zugehörigkeit der Einrichtungen sind Unterschiede in der Bedeutung der zentralen Hilfen erkennbar. So wird die Beratung im Gefängnis ausschließlich von Einrichtungen der kreisfreien Städte angeboten. Aufsuchende Arbeit ist hingegen im Hamburger Rand überproportional vertreten. Gleiches gilt für geschlechtsspezifische Angebote. Neben den zentralen Hilfen sind die Suchtberatungsstellen auch gebeten worden ihre Zielgruppen anzugeben. Die Angebote der 54 ambulanten Einrichtungen richten sich – wie es zu erwarten war – vor allem an alkoholabhängige bzw. -gefährdete Personen sowie an die Konsumenten/innen illegaler Drogen. Jeweils neun von zehn Einrichtungen bieten Hilfe für Personen mit Alkoholproblemen an und 83 Prozent nennen die Klienten/innen illegaler Substanzen als Zielgruppe. Auch Medikamentenabhängige und pathologische Spieler finden in jeweils mehr als drei Viertel aller Einrichtungen entsprechende Hilfe. Bezüglich einer Nikotinabhängigkeit ist dies mit ca. zwei Dritteln eine etwas geringere Anzahl. Auf die Möglichkeit

der Betreuung von essgestörten Personen können etwas mehr als die Hälfte aller Einrichtungen verweisen.²³ In Abbildung 2.30 sind die Anteile der in den Einrichtungen tätigen Berufsgruppen – gemessen an der gesamten wöchentlichen Arbeitszeit – wiedergegeben. Mehr als die Hälfte aller pro Woche geleisteten Arbeitsstunden werden von Sozialarbeitern/innen erbracht (56 %). Auf Pädagogen/innen bzw. Erzieher/innen entfallen 19 Prozent und weitere 2 Prozent auf Therapeuten/innen. Etwa jede zehnte Arbeitsstunde wird von Psychologen/innen (7 %) oder medizinischem Personal (2 %) geleistet. Somit bezieht sich 86 Prozent der in den Einrichtungen absolvierten wöchentlichen Arbeitszeit auf die direkte Arbeit mit den Klienten/innen. Lediglich 8 Prozent entfallen auf Verwaltungsangestellte bzw. technisches Personal. Weitere 6 Prozent sind Auszubildenden und Zivildienstleistenden zuzuordnen.

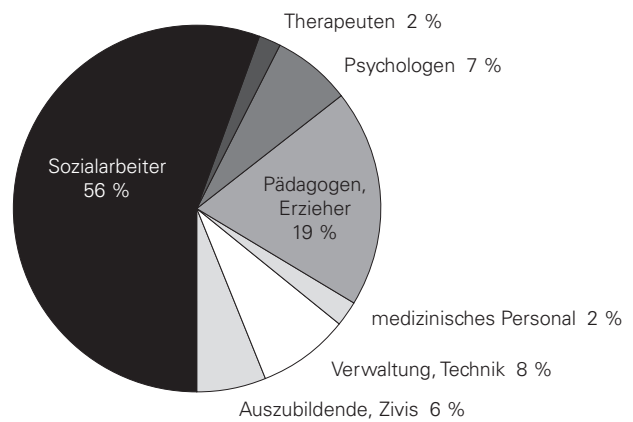


Abbildung 2.30: Anteil der einzelnen Berufsgruppen in den Einrichtungen gemessen an der gesamten wöchentlichen Arbeitszeit (Gesamt=4.216 Stunden)

2.13.4 Auswertung nach Klienten/innen und Tätigkeiten

Im vorherigen Abschnitt sind die grundlegenden Strukturdaten der Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins dargelegt worden. In dem nun folgenden zweiten Analyseteil werden diese strukturbezogenen Informationen mit den Klientendaten der Einrichtungen verknüpft. Auf diese Weise ist es möglich, die Angaben des Einrichtungsfragebogens den Informationen aus der computergestützten Dokumentation der Betreuung der Klienten/innen gegenüberzustellen. Von den 54 Einrichtungen, welche den Strukturfragebogen ausgefüllt haben, dokumentierten 41 Einrichtungen ihre

²³ Da sich der diesjährige Erhebungsbogen, stärker als im letzten Jahr, an dem einrichtungsbezogenen Kerndatensatz (KDS-E) orientiert, hat sich auch die Fragestellung zu den Zielgruppen leicht verändert. Ein Vergleich der Auswertungen der Zielgruppen des Vorjahres mit den Angaben aus dem Jahre 2004 ist deshalb nicht möglich.

Arbeit mithilfe eines computergestützten Dokumentationsprogramms.²⁴

Insgesamt konnten 9.225 Klienten/innen in die Strukturdatenanalyse eingeschlossen werden, d.h. 80 Prozent aller im Jahre 2004 in Schleswig-Holstein namentlich erfassten Klienten und Klientinnen. 61 Prozent dieses Personenkreises werden in integrativen Suchtberatungsstellen betreut. Etwa jede/r vierte Klient/in (23 %) suchte um Hilfe in einer Einrichtung für illegale Substanzen nach. Dies sind sieben Prozentpunkte mehr als im letzten Jahr. Noch deutlicher zugenommen hat der Anteil der Klienten/innen des Einrichtungstyps „legale Substanzen“: Suchten im letzten Jahr 7 Prozent der gesamten Klientel eine solche Beratungsstelle auf, so ist im Jahre 2004 deren Anteil mehr als doppelt so hoch (16 %).

Die Betreuung der insgesamt 1.420 Angehörigen findet vornehmlich in den integrativen Suchtberatungsstellen statt. Mehr als drei Viertel sind dem Einrichtungstyp „legale und illegale Substanzen“ zuzuordnen. Weitere 16 Prozent wurden in Beratungsstellen für legale Substanzen betreut. In den auf illegale Drogen spezialisierten Einrichtungen spielen Angehörige nur eine geringe Rolle (5 %). Bei den anonymen Kontakten zeigt sich ein gegensätzliches Bild. Von den 1.770 anonymen Kontakten, welche von den hier einbezogenen Einrichtungen dokumentiert worden sind, entfallen zwei Drittel (68 %) auf Suchtberatungsstellen für illegale Substanzen. Jeder dritte Kontakt mit namentlich nicht erfassten Personen ist dem Einrichtungstyp „legale und illegale Substanzen“ zuzuordnen. In den Einrichtungen für legale Substanzen sind keine anonymen Kontakte dokumentiert worden. Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit die in den Strukturfragebögen angegebenen Zielgruppen und Einrichtungstypen auch der tatsächlichen Suchtproblematik der Klientel dieser Einrichtungen entsprechen. Hierzu ist in Abbildung 2.31 das Konsumproblem²⁵ der Klienten/innen in Abhängigkeit vom Einrichtungstyp, in welchem diese betreut wurden, dargestellt. Der Grafik ist zu entnehmen, dass 94 Prozent der Personen, die eine Einrichtung für illegale Substanzen aufsuchen, auch ein Problem mit illegalen Drogen haben. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Suchtberatungsstellen, die sich auf legale Substanzen spezialisiert haben. 87 Prozent ihrer Klientel haben ein Problem mit legalen Drogen, weitere 9 Prozent mit anderen Störungen wie Essproblemen oder pathologischer Spielsucht. Lediglich 3 Prozent sind Konsumenten/innen illegaler Rauschmittel. Wie zu erwarten, werden in den integrativen

Einrichtungen Klienten/innen jeglicher Suchtproblematik betreut. Der Anteil der Personen legaler Substanzen liegt mit 62 Prozent aber deutlich über dem der illegalen Drogen (30 %). Wie schon im letzten Jahr lässt sich zusammenfassend festhalten, dass in den spezialisierten Einrichtungen in der weit überwiegenden Zahl auch die eigentlichen Zielgruppen erreicht werden. Dass Klienten/innen mit anderen Suchtproblemen dennoch – zu geringen Anteilen – in den einzelnen Einrichtungstypen vertreten sind, verweist darauf, dass diese Hilfebedürftigen nicht einfach weggeschickt oder formal an andere Einrichtungen verwiesen werden, sondern versucht wird, sich vor Ort ihres Problems anzunehmen.

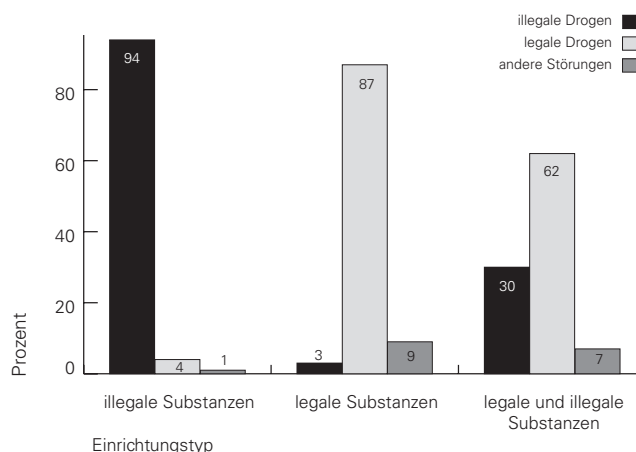


Abbildung 2.31: Konsumproblem („Hauptsubstanz“) der namentlich erfassten Klienten/innen nach Einrichtungstyp (N=8.252), 2004

Werden die Konsumprobleme der Klienten/innen nach der Region unterschieden, in welcher die Einrichtungen ansässig sind, so zeigt sich der bekannte Stadt-Land-Gegensatz (siehe Abbildung 2.32). Nahezu zwei Drittel der Klienten/innen (64 %), welche um Hilfe in Einrichtungen der kreisfreien Städte nachsuchen, haben ein Problem mit illegalen Drogen. Dieser Anteil ist im Vergleich zum letzten Jahr deutlich gestiegen (2003: 55 %). In der überwiegenden Mehrzahl betrifft dies Substituierte (39 %) und Heroinabhängige (19 %). Nahezu jede/r dritte Klient/in (31 %) wird hier aufgrund eines Alkoholproblems vorstellig (2003: 39 %). In den Beratungsstellen der Landkreise und des Hamburger Randgebietes verhält es sich hingegen genau umgekehrt. Zwei Drittel ihrer Klientel sind Personen, die aufgrund eines problematischen Konsums legaler Substanzen (vornehmlich Alkohol) eine Einrichtung aufsuchen. Nur etwas mehr als jeweils ein Viertel sind Konsumenten/innen illegaler Drogen. So stellen die Opiatabhängigen in den Einrichtungen der Landkreise 17 Prozent und im Hamburger Rand 12 Prozent aller Klienten/innen in diesen Regionen.

24 Im Wesentlichen entspricht die Verteilung der Einrichtungstypen dem in der ersten Analyse vorgestellten Einrichtungs-Sample. So überwiegen auch hier Einrichtungen, die sowohl auf die Betreuung von Konsumenten/innen legaler als auch illegaler Substanzen ausgerichtet sind (27). Des Weiteren sind jeweils 7 Einrichtungen des Einrichtungstyps „legale Substanzen“ und „illegale Substanzen“ vertreten. Gegliedert nach Regionen zeigt sich lediglich bei den kreisfreien Städten eine Verschiebung. Lag der Anteil der integrativen Einrichtungen in der reinen Strukturhebung bei 31 Prozent, so ist er in dem reduzierten Sample auf 20 Prozent gesunken. Dem entsprechend ist der Anteil Einrichtungstyps „illegale Substanzen“ auf 40 Prozent gestiegen.

25 Im Sinne einer übersichtlicheren Darstellung wurden die im Statusbericht genannten Hauptsubstanzen zu drei Gruppen zusammengefasst. Dies ist zum einen die Gruppe „illegale Drogen“ zu denen Personen mit dem Hauptsubstanz Amphetamine, LSD, Ecstasy, Cannabis, Kokain, Opiate und Substitut gehören. Die zweite Gruppe „legale Drogen“ umfasst die Substanzen Alkohol, Medikamente und Nikotin. Klienten/innen mit einer Essstörung, pathologischer Spielsucht oder nicht näher bezeichneten Störungen wurden der Gruppe „andere Störungen“ zugeordnet. Klienten/innen, denen keine Hauptsubstanz zugeordnet werden konnte, sind in die Analysen zum Konsumproblem nicht einbezogen worden.

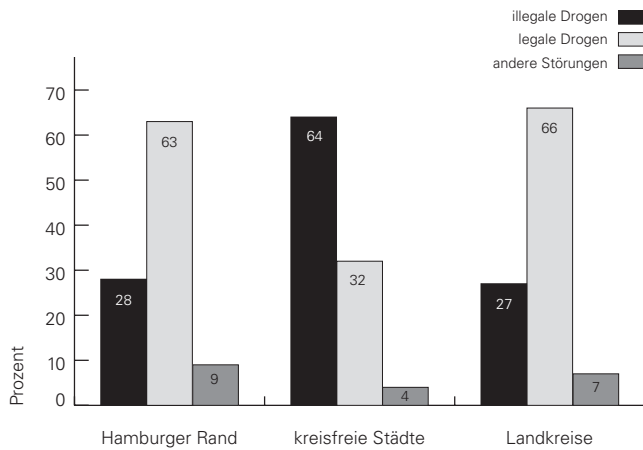


Abbildung 2.32: Anteil der namentlich erfassten Klienten/innen einer Region nach Konsumproblem („Hauptsubstanz“) (N=8.252), 2004

Zum Abschluss dieses Kapitels sollen die klientenbezogenen Leistungen einer genaueren Betrachtung unterzogen werden. Abbildung 2.33 zeigt, dass die Bedeutung der einzelnen Leistungstypen je nach Einrichtungstyp erheblich variiert.²⁶ So sind in den Beratungsstellen für illegale Substanzen die Leistungstypen Beratung und Information die am häufigsten dokumentierten Tätigkeiten. Nahezu vier von zehn Leistungen (38 %) betreffen die Beratung. Die Informationsleistung, d.h. das Führen kurzer informativer Gespräche mit den Klienten/innen umfasst ca. ein Drittel (32 %) aller dokumentierten Tätigkeiten. Jede vierte erbrachte Leistung ist dem Leistungstyp Betreuung zuzuordnen. Hierunter fallen vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter und die ambulante Rehabilitation. Die Vermittlung spielt mit einem Anteil von 5 Prozent an allen erbrachten Leistungen nur eine untergeordnete Rolle.

Während in den Einrichtungen für illegale Substanzen die Beratungs- und die Informationsleistungen dominieren, liegt der Tätigkeitsschwerpunkt der Suchtberatungsstellen für legale Substanzen auf der Betreuung. Sechs von zehn Leistungseinträgen (59 %) beziehen sich auf diesen Leistungstyp. Die Beratung betrifft etwas mehr als ein Drittel aller erbrachten Leistungen (37 %). Informations- und Vermittlungsleistungen sind in den Beratungsstellen für legale Substanzen nur von marginaler Bedeutung (jeweils 2 %).

In den integrativen Einrichtungen nimmt die Beratungsleistung eine herausragende Stellung ein. Jeder zweite Tätigkeitseintrag betrifft diesen Leistungstyp (52 %). Vier von zehn erbrachten Leistungen (39 %) beziehen sich auf Betreuungsleistungen und weitere 8 Prozent auf den Leistungstyp „Information“. Analog zu den beiden anderen Einrichtungstypen nimmt die Vermittlung mit einem Anteil von 2 Prozent nur wenige der insgesamt geleisteten Tätigkeiten in den integrativen Einrichtungen in Anspruch.²⁷

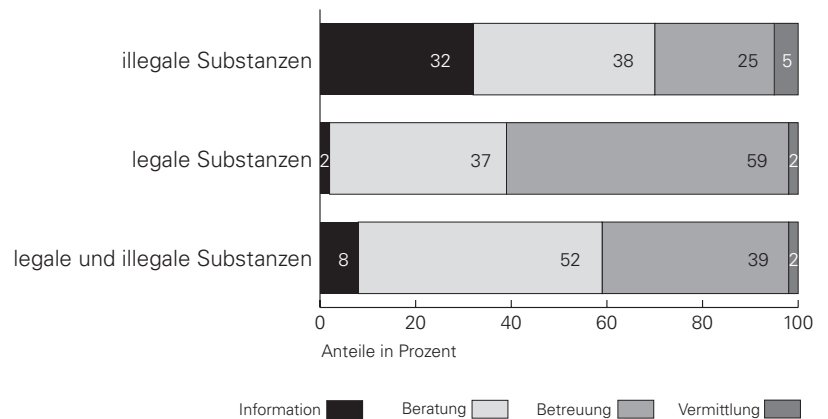


Abbildung 2.33: Anteil der einzelnen Leistungstypen an der Gesamtzahl klientenbezogener Leistungen von namentlich erfassten Klienten/innen nach Einrichtungstyp (N-Leistungen = 75.950), 2004

²⁶ Im Sinne einer anschaulicheren Darstellung werden nur die vier bedeutendsten klientenbezogenen Leistungen dargestellt: Information, Beratung, Vermittlung, Betreuung.

²⁷ Da im Jahre 2004 in einigen Einrichtungen die Art der Dokumentation von Leistungen eine deutliche Veränderung erfahren hat, wird auf den Vergleich der diesjährigen Leistungsdaten mit denen des Vorjahres verzichtet.

Kapitel 3: Repräsentative Befragung zum Konsum psychoaktiver Substanzen in Schleswig-Holstein

3.1 Fragestellung und Methodik

Für das Land Schleswig-Holstein lagen bislang keine Daten über den Konsum psychoaktiver Substanzen in der Bevölkerung vor. Eine Übertragung vorhandener bundesweiter Daten auf das nördlichste Bundesland ist nicht möglich, da aus anderen epidemiologischen Untersuchungen bekannt ist, dass in Deutschland regionale Besonderheiten im Konsumverhalten der Bevölkerung bestehen (z.B. Kraus et al. 2001).

Um Informationen über die Verbreitung des Konsums von Nikotin, Alkohol, Medikamenten und Cannabis in Schleswig-Holstein zu erhalten, hat das ISD im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (MSGF) deshalb zusammen mit dem Meinungsforschungsinstitut Infratest dimap (www.infratest-dimap.de) im Dezember 2004 eine repräsentative Umfrage in Schleswig-Holstein durchgeführt. Hiermit sollten empirisch gesicherte Erkenntnisse gewonnen werden, die möglicherweise auch Hinweise für die zukünftige Gestaltung von Suchthilfe, -prävention und -politik geben.

3.1.1 Der Fragenkatalog

Das in der Repräsentativerhebung für die Ermittlung der Prävalenzen eingesetzte computergestützte Interview bestand aus Fragen zu folgenden Bereichen:

- aktuelles Rauchverhalten (Status),
- Konsum von alkoholischen Getränken (Bier, Wein, Spirituosen) in den letzten 30 Tagen (Frequenz und Menge),
- Einnahme von Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln, Antidepressiva in den letzten 30 Tagen (Frequenz),
- Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten (Frequenz),
- Konsum von anderen illegalen Drogen (Heroin, Kokain, Ecstasy etc.) in den letzten 12 Monaten (Frequenz),
- Besuch einer Sucht- oder Drogenberatungsstelle in den letzten 12 Monaten (Frequenz).

Die Fragen wurden in Anlehnung an die entsprechenden Fragen der bundesdeutschen Repräsentativerhebung formuliert (siehe Kapitel 3.2). Dadurch sollte eine weitgehende Vergleichbarkeit der Ergebnisse hergestellt werden. Da es sich bei der Repräsentativerhebung um eine schriftliche Befragung handelt, wurden die in Schleswig-Holstein eingesetzten Fragen „telefongerecht“ angepasst. (Der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang.)

3.1.2 Stichprobe und Erhebungsverfahren (Methodenbericht von Infratest dimap)

Zur Durchführung der repräsentativen Befragung wurde das Umfrageinstitut Infratest dimap beauftragt. Vereinbart war eine telefonische Umfrage mit 3.500 zu realisierenden Interviews. Als Methodenbericht der Umfrage werden hier wortgleich die Ausführungen des Instituts wiedergegeben.

Zielpopulation, Erhebungsverfahren, Feldzeit

Im Auftrag von Prof. Dr. Peter Raschke, Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, führte Infratest dimap eine repräsentative Befragung zur Drogenprävalenz durch. Die Zielpopulation (Grundgesamtheit) bildete die in Schleswig-Holstein in Privathaushalten lebende deutschsprachige Bevölkerung ab 14 Jahren. Mit der Entscheidung für eine telefonische Befragung definierte sich die Erhebungsgesamtheit (Auswahlgrundlage) als „deutsch sprechende Personen ab 14 Jahren in Festnetz-Telefonhaushalten Schleswig-Holsteins“. Die Telefonerhebung selbst fand in der Zeit vom 13. Dezember bis 21. Dezember 2004 statt. Sie erfolgte computergestützt (CATI-Verfahren = Computer-Assisted-Telephone-Interview). Dabei wird die Befragung am Telefon durch speziell geschulte Interviewer durchgeführt, die Nummernwahl, die Fragebogenführung, die Datenerfassung und gegebenenfalls das Terminmanagement geschehen mit Hilfe eines Rechners.

Stichprobenanlage

Bevölkerungsstichproben werden in der Regel zweistufig erstellt. Auf der ersten Auswahlstufe werden Haushalte ausgewählt, auf einer zweiten Stufe die zu befragenden Personen. Die Prävalenzstudie griff für die Auswahl der Zielhaushalte bzw. Telefonnummern auf das Infratest-Telefon-Master-Sample (ITMS) zurück, das für Bevölkerungsbefragungen aufgebaut wurde und zu verzerrungsfreien Stichproben führt. Als Datenquelle dienen bei Infratest-Telefonerhebungen sämtliche Einträge aus Telefonverzeichnissen. Im Rahmen des so genannten Random-Last-Two-Digit-Dialing-Verfahrens (RL2D) werden die letzten beiden Stellen aller eingetragenen Rufnummern abgeschnitten und durch per Zufallsverfahren generierte Ziffern ersetzt. Dies sichert bei der Stichprobenziehung den Zugriff auch auf Telefonnummern, die nicht in den öffentlichen Verzeichnissen eingetragen sind. Die so aufbereiteten Telefonnummern werden in Gruppen (Schichten) eingeteilt. Als Gruppendifinitionen dienen zum einen Kreise, zum anderen BIK-Ge-

meindetypen. Letztere typisieren die Gemeinden nach der Einwohnerzahl und nach Verflechtungsgebieten in Stadtregionen. Unter Berücksichtigung der erwarteten Ausschöpfung wird die Gesamtzahl der benötigten Telefonnummern (Brutto-Soll) bestimmt und haushaltsproportional auf die jeweiligen Gemeinden aufgeteilt. Die Ziehung der Telefonnummern selbst erfolgt pro Gemeinde per Zufallsstart und Intervall. Nicht erreichte Haushalte werden zurückgelegt und kommen in größerem zeitlichem Abstand zu anderen Tageszeiten zur „Wiedervorlage“. Die an einem bestimmten Tag nicht erreichten Haushalte werden durch solche ersetzt, die an anderen Tagen nicht erreicht werden. Damit entfällt der so genannte „not-at-home-bias“ weitgehend, nicht angekommene Haushalte werden erst nach dem 12. erfolglosen Kontaktversuch angesteuert.

Das Resultat des beschriebenen Auswahlverfahrens bildete eine Stichprobe von Telefonhaushalten in Schleswig-Holstein. Die eigentliche Befragung setzte im zweiten Schritt eine weitere Auswahl voraus, die der in den Haushalten lebenden deutschsprachigen Zielpersonen ab 14 Jahren. Im Haushalt selbst wurde dabei jeweils nur eine Person befragt. Da die Befragung der zuerst am Apparat angetroffenen Person systematische Verzerrungen herbeiführen würde, kam für die Bestimmung der Zielpersonen in Mehr-Personen-Haushalten wiederum ein Zufallsverfahren zum Tragen. Für diese letzte Auswahlstufe wurde der so genannte Schwedenschlüssel genutzt, bei der die Zielpersonenauswahl in Abhängigkeit vom Alter der Haushaltsmitglieder und der Größe des Haushaltes erfolgt.

Stichprobenumfang, Ausschöpfung, Gewichtung

Die realisierte Stichprobe umfasst 3.500 Befragte. Um die angestrebte Fallzahl von 3.500 Interviews zu erreichen, wurden insgesamt 11.523 Adressen (= Brutto-Soll) angesteuert (siehe die folgende Übersicht). Bei 4.714 Adressen konnte dabei kein Kontakt hergestellt werden, weil es sich um nichtbelegte Nummern (36,1 Prozent) bzw. Fax- oder Modemnummern (4 Prozent) handelte, Doppeladressen kontaktiert wurden (0,1 Prozent) bzw. auch beim 12. Versuch kein Kontakt zustande kam (0,8 Prozent).

Von den verbliebenen 6.809 Adressen (= bereinigtes Brutto), konnten 411 Adressen (6 Prozent) nicht für die Erhebung genutzt werden, da es sich nicht um Privathaushalte handelte (4,2 Prozent), aus sprachlichen Gründen die Verständigung im Haushalt generell (1,4 Prozent), bzw. mit der Zielperson nicht möglich war (0,2 Prozent) oder die Zielperson aus geistigen oder körperlichen Gründen nicht in der Lage war, an der Befragung teilzunehmen (0,2 Prozent).

Übersicht zur Ausschöpfung

Bruttoansatz	11523	100%
Nicht belegte Telefonnummer		36,1%
Fax / Modem		4,0%
Doppeladresse lt. KP/ZP		0,1%
Adresse nicht im Befragungsgebiet		0,0%
Maximale Kontaktzahl (>=12) erreicht		0,8%
Gesamt: Ungültige Tel-Nrn.		40,9%
Bereinigtes Brutto	6809	100%
Zelle voll		-
kein Privathaushalt		4,2%
im HH keine Verständigung		1,4%
mit ZP keine Verständigung		0,2%
ZP nicht in der Lage		0,2%
Neutrale Ausfälle gesamt	411	6,0%
Verbleibende Adressen	6398	100%
Teilnehmer nimmt nicht ab		14,5%
Besetzt		0,2%
priv. Anrufbeantworter		3,2%
Abbruch Interview		0,2%
ZP vorübergehend krank		0,0%
KP beschäftigt		5,6%
ZP beschäftigt		1,5%
KP verweigert Auskunft		16,1%
ZP verweigert Auskunft		1,5%
Kein Termin möglich		2,5%
Sonst. Ausfälle		-
Ausfälle gesamt	2898	45,3%
Durchgeführte Interviews	3500	54,7%

Nach Abzug dieser stichprobenneutralen Ausfälle blieben insgesamt 6.398 Adressen (= verbleibende Adressen) für die Erhebung übrig. Die davon realisierten 3.500 Interviews entsprechen einer Ausschöpfung von 54,7 Prozent. Bei 16,1 Prozent der übrig gebliebenen Adressen verweigerte die Kontaktperson die Auskunft, bei 14,5 Prozent kam, ohne dass bis zum Feldende die maximale Zahl von 12 Kontakten erreicht wurde, kein Kontakt zustande. Bei weiteren 5,6 Prozent der Adressen war die Kontaktperson beschäftigt, bei 3,2 Prozent wurde nur der Anrufbeantworter erreicht. Weitere Adressen blieben für die Erhebung ungenutzt, weil kein Termin vereinbart werden konnte (2,5 Prozent), die Zielperson die Auskunft verweigerte (1,5 Prozent) oder das Telefon besetzt war

(0,2 Prozent). Vorzeitige Interviewabbrüche blieben selten (0,2 Prozent). Trotz der sensiblen Thematik stieß das Projekt bei den Befragten auf eine breite Akzeptanz. Auch das Monitoring, das die Erhebung begleitete, konnte keine projektspezifischen Probleme seitens der Befragten feststellen. Nach Abschluss der Erhebung wurden ungleiche Auswahlwahrscheinlichkeiten durch Gewichtungen rechnerisch ausgeglichen. Die Multiplikation der realisierten Stichprobe mit der reziproken Zahl der für Gespräche genutzten Anschlüsse bereinigte ungleiche Auswahlchancen als Folge einer unterschiedlichen Anzahl von Telefonanschlüssen. Die Multiplikation der Stichprobe mit der reziproken Zahl der zur Grundgesamtheit gehörenden Personen im Haushalten bereinigte ungleiche Auswahlchancen als Folge unterschiedlicher Haushaltgrößen. Schließlich wurde die Gesamtstichprobe an die aus der amtlichen Statistik bekannten Sollstrukturen von Alter und Geschlecht angepasst.

3.1.3 Methodischer Hinweis zu den harten Drogen

Bevor die Ergebnisse der Befragung im Einzelnen vorgestellt werden, sei hier noch ein wichtiger methodischer Hinweis angebracht. Wie schon erwähnt, wurde in der Repräsentativerhebung für Schleswig-Holstein auch nach dem Konsum harter Drogen – Heroin, Kokain, Ecstasy – gefragt. Hier zeigte sich jedoch erneut, dass, wie in vielen anderen Umfragen auch, eine Prävalenzschätzung zu unverlässlich ist. Heroinabhängige sind einerseits eine relativ kleine Gruppe in Bezug auf die Gesamtbevölkerung und andererseits schlecht schriftlich, persönlich oder telefonisch zu erreichen, sodass Anforderungen an repräsentative Stichproben kaum erfüllt sind. Auch eine Erhöhung der Stichprobengröße hätte dieses Manko nicht behoben, da dann der systematische Fehler wächst. Um beim Konsum harter Drogen eine einigermaßen zuverlässige Prävalenzschätzung vornehmen zu können, sind andere Methoden besser geeignet (z.B. Auswertung von Behandlungsdaten und polizeilichen Kriminalstatistiken, Befragung von Experten und Fokus-Gruppen).

3.2 Konsumprävalenzen in Schleswig-Holstein – Vergleich mit epidemiologischen Daten für die Bundesrepublik

In diesem Kapitel werden die ermittelten Konsumprävalenzen für Schleswig-Holstein („**SH-Erhebung**“) vorgestellt. Es werden im Einzelnen die Prävalenzen für Tabak (Rauchen), alkoholische Getränke, illegale Drogen (Cannabis) und Medikamente präsentiert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass aus untersuchungstechnischen Gründen einerseits und aus fachlich erforderlichen Gründen andererseits ein beschränkter Ausschnitt des Konsumverhaltens erhoben wurde. Darüber hinaus gilt natürlich, dass eine telefonische Befragung zu einem solchen Thema begrenzt sein muss.

Damit die Prävalenzen für Schleswig-Holstein besser eingeordnet werden können, werden die Zahlen für Schleswig-Holstein im Folgenden im Vergleich zu kürzlich veröffentlichten epidemiologischen Daten für die Bundesrepublik dargestellt. Es handelt sich hierbei um:

- Die **Repräsentativerhebung** zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2003 (Kraus & Augustin 2005). Diese Bundesstudie wird seit vielen Jahren (1980) in regelmäßigen Abständen (alle 2 bis 4 Jahre) vom Institut für Therapieforschung (IFT, München) durchgeführt. Es werden erwachsene Personen im Alter zwischen 18 und 59 Jahren in Form einer schriftlichen Erhebung befragt. Die Ergebnisse der Repräsentativerhebung 2003 basieren auf den Angaben von 8.061 Personen. Die Fehlertoleranz liegt bei dieser Untersuchung zwischen 0,7 und 1,1 Prozentpunkten. Ferner werden an einigen Stellen als Fußnoten die Zahlen aus der **Teilstichprobe** Schleswig-Holstein der Repräsentativerhebung (N=260) präsentiert. Diese Zahlen wurden freundlicherweise vom IFT (mit Genehmigung des MSGF) zur Verfügung gestellt. Sie dienen der zusätzlichen Validierung der Ergebnisse der SH-Erhebung. Es sei hier vorweggenommen, dass diese Zahlen aus der Teilstichprobe die generelle Tendenz der Ergebnisse der SH-Erhebung bestätigen. Gleichzeitig sei betont, dass aufgrund ihrer geringen Fallzahl diese IFT-Teilstichprobe eine relativ hohe Fehlertoleranz von 3,6 bis 6,1 Prozentpunkten aufweist. Bei der hier vorliegenden SH-Repräsentativerhebung liegt diese Fehlertoleranz zwischen 1,0 und 1,7 Prozentpunkten.
- Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Auch diese Bundesstudie wird seit vielen Jahren (1973) in regelmäßigen Abständen (alle 2 bis 4 Jahre) von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Köln) durchgeführt (BZgA 2004). Es werden junge Menschen im Alter von 12 bis 25 Jahre in Form einer telefonischen Erhebung (durchgeführt durch die Forsa GmbH) befragt. Die Ergebnisse der **Affinitätsstudie** 2004 basieren auf den Angaben von über 3.000 Personen. Die Fehlertoleranzen entsprechen denjenigen der vorliegenden SH-Repräsentativerhebung.

Es bestehen Unterschiede im Antwortverhalten der Befragten, wenn schriftlich (postalisch) oder telefonisch erhoben wird. Dies hat das IFT in methodischen Vergleichsstudien nachgewiesen (Kraus et al. 1998). Danach kommt es bei den Angaben zum Alkohol- und Drogenkonsum beim telefonischen Erhebungsverfahren zu einer Unterschätzung („underreporting“), beim Tabakkonsum ist das Antwortverhalten dagegen im Wesentlichen gleich.

Dieser Sachverhalt ist bei dem Vergleich der bundesdeutschen und schleswig-holsteinischen Umfrageergebnisse für die erwachsene Bevölkerung im folgenden Abschnitt

zu berücksichtigen. Beim Vergleich der Zahlen für die Jugendlichen bestehen diese methodischen Einschränkungen nicht, weil in beiden Fällen die Prävalenzen durch telefonische Befragungen erhoben worden sind. Ein weiterer methodischer Hinweis betrifft die Affinitätsstudie der BZgA: Dort ist die betrachtete Altersspanne (12-25 Jahre) nicht ganz identisch mit der der SH-Erhebung (14-25 Jahre). Aus epidemiologischen Studien ist bekannt, dass bei den 12- und 13-Jährigen der Konsum von psychoaktiven Substanzen noch eher die Ausnahme ist. Da diese beiden Altersstufen in der SH-Erhebung fehlen, kommt es dadurch im Vergleich zu den Zahlen der BZgA-Untersuchung zu einer leichten Überschätzung der Prävalenzen.²⁸

3.2.1 Erwachsene Bevölkerung (18-59 Jahre)

Tabakkonsum

In Schleswig-Holstein gibt es in der erwachsenen Bevölkerung einen Anteil von 39 Prozent aktuellen Rauchern/innen (siehe Abbildung 3.1).

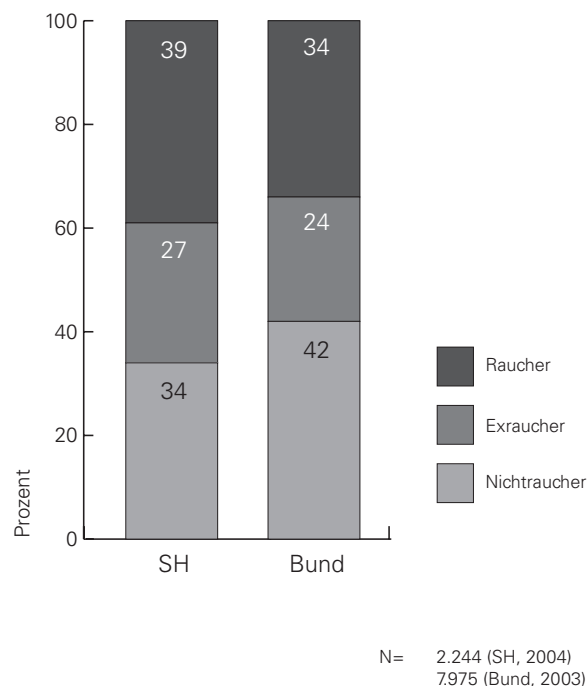


Abbildung 3.1: Aktuelle Raucher/innen, Exraucher/innen und Nichtraucher/innen; Schleswig-Holstein und Bund (18-59 Jahre)²⁹

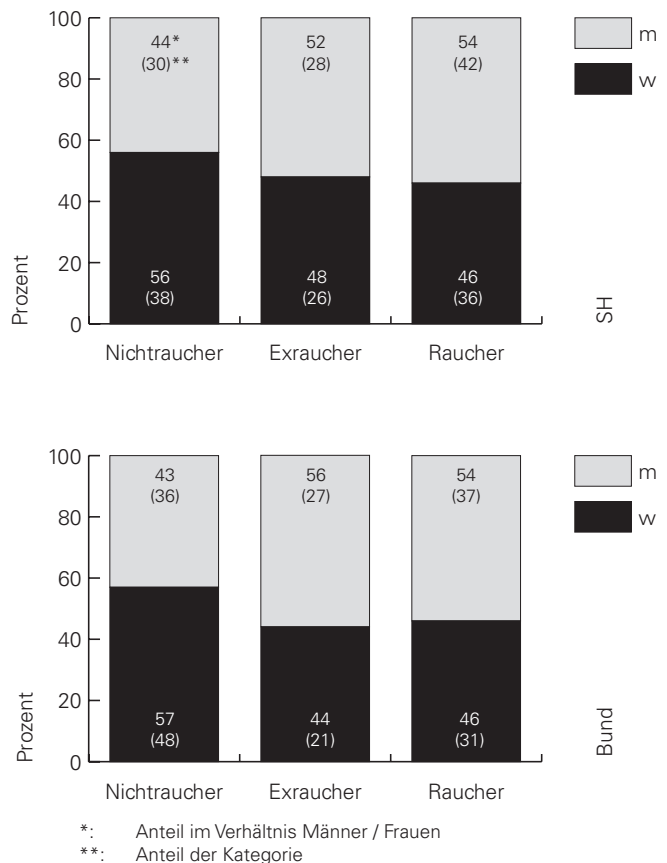
28 Wenn im Folgenden von Unterschieden im Vergleich der Anteile der schleswig-holsteinischen Befragung und der bundesweiten Repräsentativerhebung bzw. der BZgA-Erhebung gesprochen wird, dann sind diese jeweils statistisch signifikant.

29 In dieser wie in den weiteren Abbildungen dieses Kapitels wird in der linken (Haupt-) Grafik der grundlegende betrachtete Zusammenhang dargestellt: Erkenntnisse aus Schleswig-Holstein (SH) werden mit denen aus der gesamten Bundesrepublik (Bund) verglichen. Im rechten Teil findet sich eine genauere Darstellung der betrachteten Kategorien, indem nach Männern (m) und Frauen (w) unterschieden wird. In den gestapelten Balkendiagrammen wird das jeweilige Geschlechterverhältnis der einzelnen Kategori-

Damit liegt Schleswig-Holstein um 5 Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt.³⁰ Dieser Unterschied existiert in gleichem Maße bei den Frauen wie bei den Männern. Bei der letztgenannten Gruppe ist der Anteil der Raucher etwas höher als bei den Frauen (42 % zu 36 %). Dagegen bestehen diesbezüglich bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede (siehe unten).

Darüber hinaus ist der Anteil der ehemaligen Raucher/innen („Exraucher“) in Schleswig-Holstein leicht höher als auf der Bundesebene, sodass sich insgesamt ein um 8 Prozentpunkte geringerer Anteil von (lebenslangen) Nichtraucher/innen ergibt (34 % zu 42 %) (siehe Abbildung 3.1). Der Anteil von Exrauchern/innen steigt mit zunehmendem Alter an: Das Durchschnittsalter dieser Gruppe beträgt 42,3 Jahre; das der Raucher 38,1 Jahre.

Die ermittelten Raucherprävalenzen deuten auf einen nach wie vor vorhandenen Handlungsbedarf des Landes bei der Förderung des Nichtrauchens hin. Beispielsweise sollte überlegt werden, inwieweit die ambulanten Sucht-



en gezeigt. Die rechten oberen Balkendiagramme bilden die Zusammenhänge aus Schleswig-Holstein, die Unteren die für die gesamte Bundesrepublik ab. Die Beschriftung in den gestapelten Balkendiagrammen benennt das Geschlechterverhältnis genau (oberer Wert) und belegt außerdem die tatsächliche Stärke der jeweils betrachteten Kategorie (unterer Wert in Klammern).

So kann aus Abbildung 3.1 abgelesen werden, dass in Schleswig-Holstein Frauen eher als Männer nicht rauchen: Ihr Anteil in der Gruppe der Nichtraucher beträgt 56 % gegenüber 44 % Männern (rechtes oberes gestapeltes Balkendiagramm, linke Säule). Gleichzeitig ist erkennbar, dass sich dieses Verhältnis zwar fast genau so auch im Bund wieder findet (57 % vs. 43 %; rechtes unteres gestapeltes Balkendiagramm, linke Säule), von der Gesamtgruppe der Frauen im Bund aber annähernd jede zweite eine Nichtraucherin ist (48 %), während dies in Schleswig-Holstein nur jede vierte von zehn ist (38 %).

30 Anteil der aktuellen Raucher/innen in der Teilstichprobe Schleswig-Holstein der Repräsentativerhebung: 37 %.

hilfeeinrichtungen ihre Bemühungen, Entwöhnungsprogramme für langjährige Raucher/innen anzubieten, weiter verstärkt werden können. Nur etwa 100 Personen haben im Jahr 2004 eine ambulante Suchthilfeeinrichtung in Schleswig-Holstein wegen des Tabakkonsums aufgesucht.

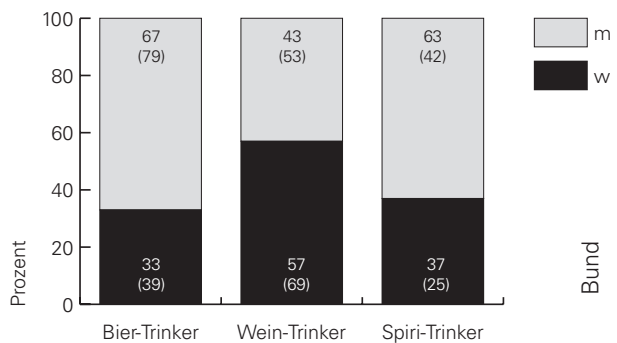
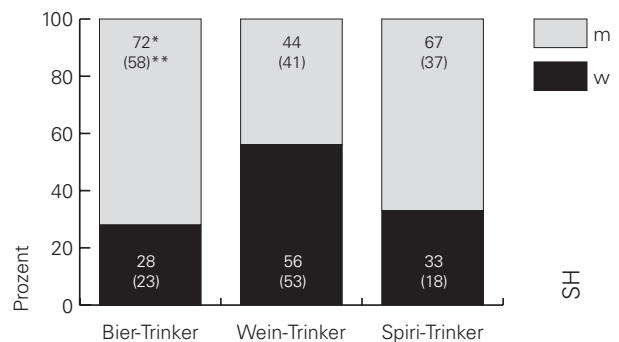
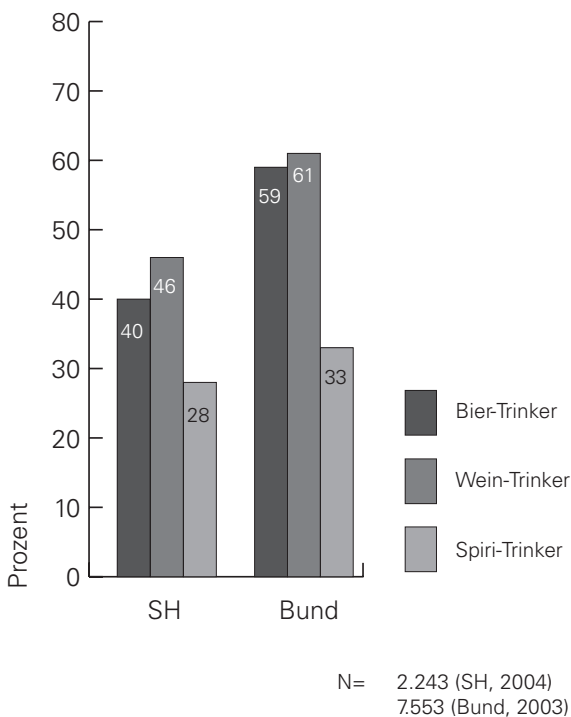
Alkoholkonsum

In Schleswig-Holstein wird weniger Alkohol getrunken als im Bundesdurchschnitt. Das zeigen die Abbildungen 3.2, 3.3 und die Tabelle 3.1. Das gilt selbst, wenn eine Unterschätzung der Alkohol-Prävalenzen durch das telefonische Erhebungsverfahren mit in Betracht gezogen wird (siehe oben). Auch aus schriftlichen Bevölkerungsumfragen ist bekannt, dass Schleswig-Holstein eines derjenigen Bundesländer ist, in denen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt weniger Alkohol konsumiert wird (Kraus et al. 2001).

Nach denen in der SH-Erhebung ermittelten Prävalenzen trinken vier von zehn erwachsenen Schleswig-Holsteiner im Monat mindestens ein Bier (0,33 l) (siehe Abbildung 3.2).

Diejenigen, die dies tun, konsumieren dabei im Durchschnitt 1,2 Liter pro Woche, d.h. etwa 3 bis 4 Flaschen Bier (siehe Tabelle 3.1). Erwartungsgemäß sind bei dieser Getränkeart die Prävalenzen (Frequenz und Menge) bei den Männern höher als bei den Frauen. Beim Wein stellt sich das Geschlechterverhältnis anders dar: Hier sind anteilmäßig mehr Frauen als Männer, die mindestens einmal im Monat ein Glas Wein (0,2 l) trinken (53 % zu 41 %). Der Gesamtanteil der Wein-Trinker beträgt 46 Prozent (siehe Abbildung 3.2). Diese Konsumenten trinken pro Woche durchschnittlich 2 Gläser Wein (0,4 l). Bei der Trinkmenge bestehen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Die dritte erfasste Getränkeart betrifft spirituosenhaltige Getränke wie Schnaps, Cognac, Whisky. 28 Prozent aller 18- bis 59-Jährigen geben an, im letzten Monat zumindest ein Glas (0,02 l = „Schnapsglas“) hiervon getrunken zu haben. Im Durchschnitt konsumieren die Spirituosen-Trinker 0,06 l (3 Gläser) in der Woche – die Männer doppelt so viel wie die Frauen (siehe Tabelle 3.1).



*: Anteil im Verhältnis Männer / Frauen
**: Anteil der Kategorie

Abbildung 3.2: Alkoholkonsum letzte 30 Tage (Monat) – Prävalenz (mindestens einen Tag das entsprechende Getränk konsumiert); Schleswig-Holstein und Bund (18-59 Jahre)

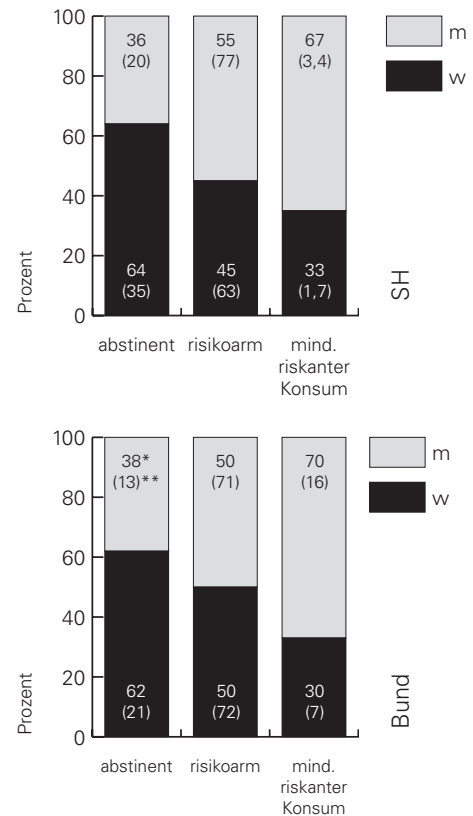
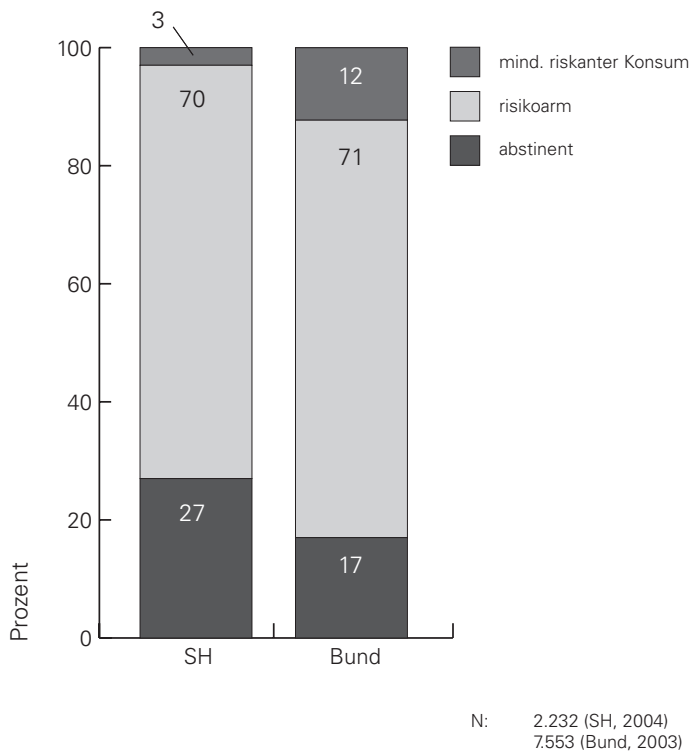
	SH (2004)	Bund (2003)	SH	Bund	SH	Bund
Bier-Menge*	1,2 l	2,1 l	0,6 l	0,9 l	1,4 l	2,7 l
Wein-Menge	0,4 l	0,5 l	0,4 l	0,5 l	0,5 l	0,5 l
Spiri-Menge	0,06 l	0,05 l	0,03 l	0,04 l	0,07 l	0,06 l
N	2.243	7.553	1.111	4.140	1.132	3.413

* Durchschnitt pro Woche

Tabelle 3.1: Alkoholkonsum letzte 30 Tage (Monat) – Trinkmengen;
Schleswig-Holstein und Bund (18-59 Jahre)

Ein – unter methodischem Vorbehalt stehender – Vergleich des Alkoholkonsums in Schleswig-Holstein mit der Bundesebene zeigt vor allem, dass es in Schleswig-Holstein weniger Biertrinker/innen gibt als deutschlandweit.³¹ Darüber hinaus ist deren Bierkonsum geringer. Bei Wein (Menge) und Spirituosen (Frequenz und Menge) nähern sich dagegen die Trinkmengen den bundesweiten Durchschnittswerten an.

In der Repräsentativerhebung für Deutschland wird eine Typologie unterschiedlicher Alkoholkonsumenten/innen vorgenommen, die auf der Konsumintensität basiert (Frequenz-Menge-Index).³² Wird dieses Klassifizierungsschema auf die schleswig-holsteinischen Ergebnisse angewendet, zeigen sich deutliche Abweichungen gegenüber den Ergebnissen der Bundesstudie: Nach dieser üben 12 Prozent der erwachsenen Bevölkerung einen mindestens riskanten Alkoholkonsum aus (die Kategorien „riskant“;



*: Anteil im Verhältnis Männer / Frauen
**: Anteil der Kategorie

Abbildung 3.3: Alkoholkonsum letzte 30 Tage (Monat) – Klassen;
Schleswig-Holstein und Bund (18-59 Jahre)

31 Ergebnisse aus der Teilstichprobe Schleswig-Holstein der Repräsentativerhebung: 56 % Biertrinker/innen (letzte 30 Tage), 1,7 Liter/pro Woche; 63 % Weintrinker/innen (letzte 30 Tage), 0,6 Liter/pro Woche; 41 % Spirituosen-trinker/innen (letzte 30 Tage), 0,07 Liter/pro Woche.

32 Die Klassifikation erfolgt nach folgenden Alkoholmengen (tägliche Trinkmenge) in Gramm:
abstinent = Männer: 0 g, Frauen: 0 g
risikoarmer Konsum = Männer: >0-30g, Frauen: >0-20g
riskanter Konsum = Männer: >30-60g, Frauen: >20-40g
gefährlicher Konsum = Männer: >60-120g, Frauen: >40-80g
Hochkonsum = Männer: >120g, Frauen: >80g
Aus der Häufigkeit des Konsums bestimmter Getränke (Bier, Wein/Sekt, Spirituosen) pro Monat und der an einem Trinktag im Durchschnitt konsumierten Menge pro Getränk lässt sich eine Gesamtmenge reinen Alkohols in Gramm bestimmen. Dabei wird von folgenden Alkoholgehalten in Gramm ausgegangen: eine Flasche Bier (0,33 l) = 13 g; eine Glas Wein (0,2 l) = 16 g; ein Schnapsglas (0,02 l) = 7 g.

gefährlich“; Hochkonsum zusammengefasst).³³ In Schleswig-Holstein beträgt der Anteil dieser Gruppe dagegen nur 3 Prozent (siehe Abbildung 3.3). Dabei sind Personen mit riskanten und gefährlichen Konsummustern bei den Männern etwa doppelt so häufig anzutreffen wie bei den Frauen. Auch der Anteil abstinenten Personen ist in Schleswig-Holstein wesentlich höher als bundesweit: 27 Prozent zu 17 Prozent.

Selbst wenn eine Unterschätzung aufgrund des telefonischen Erhebungsmodus angenommen wird, zeigen diese Ergebnisse, dass es in Schleswig-Holstein weniger riskanten Alkoholkonsum gibt als im Bundesdurchschnitt. Dieser Befund deckt sich mit einer anderen Untersuchung, bei denen zwei Datensätze der Repräsentativerhebungen zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen (1995 und 1997) nach den einzelnen Bundesländern ausgewertet worden sind. Dabei wurde festgestellt, dass Schleswig-Holstein beim Alkoholkonsum ein Bundesland mit vergleichsweise hohen Abstinenzraten und geringen Anteilen riskanten Trinkens ist (Kraus et al. 2001).

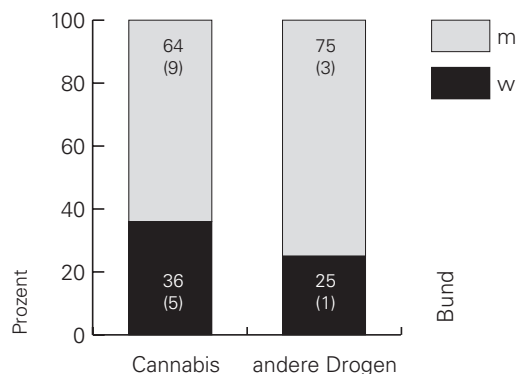
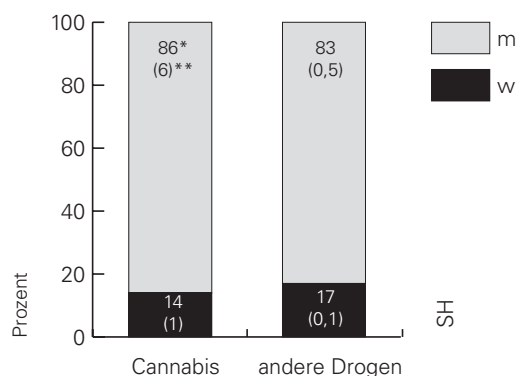
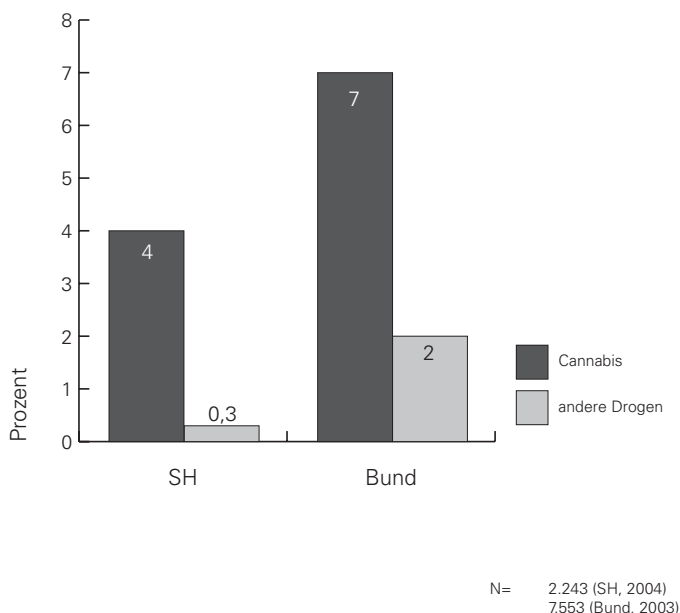
Illegale Drogen (Cannabis)

4 Prozent der erwachsenen Bevölkerung Schleswig-Holsteins geben an, in den letzten 12 Monaten zumindest

gelegentlich Cannabisprodukte konsumiert zu haben (siehe Abbildung 3.4). Der entsprechende Wert aus der Bundesstudie beträgt 7 Prozent.³⁴ In beiden Untersuchungen zeigt sich, dass der Anteil Konsumierender bei den Männern höher ist als bei den Frauen. Ferner sind es vor allem junge Menschen, die Cannabis benutzen (siehe unten).

Die festgestellten geringeren Cannabisprävalenzen für Schleswig-Holstein stimmen mit den empirischen Befunden bei der Vergleichsauswertung der Jugendlichen überein (siehe unten). Von daher kann davon ausgegangen werden, dass Verzerrungen durch den Erhebungsmodus (telefonisch versus schriftlich) hier eher geringer sind und deshalb vernachlässigt werden können.

Nur ganz wenige Personen haben nach ihren Selbstauskünften in den letzten 12 Monaten andere illegale Drogen (Heroin, Kokain, Ecstasy etc.) benutzt (0,3 %). Es ist jedoch bekannt, dass weder über schriftliche noch über telefonische Befragungen viele Drogenabhängige erreicht werden können (siehe oben). Deshalb kann aus dieser Prävalenz keine verlässliche Aussage darüber abgeleitet werden, wie hoch der Anteil von Konsumenten harter illegaler Drogen in Schleswig-Holstein tatsächlich ist.



*: Anteil im Verhältnis Männer / Frauen
**: Anteil der Kategorie

Abbildung 3.4: Konsum Cannabis und andere Drogen letzte 12 Monate; Schleswig-Holstein und Bund (18-59 Jahre)

33 Diese Gruppe („mindestens riskanter Alkoholkonsum“) könnte als die potentielle Zielgruppe der ambulanten Suchhilfe betrachtet werden, wenn diese auch Funktionen der Frühintervention wahrnehmen soll. Deshalb werden die drei Einzelkategorien hier zusammengefasst. Der Anteil dieser Gruppe in der Teilstichprobe Schleswig-Holstein der Repräsentativerhebung beträgt 10 %.

34 Anteil der Cannabis-Konsumenten/innen (letzte 12 Monate) in der Teilstichprobe Schleswig-Holstein der Repräsentativerhebung: 4 %.

	SH (2004)	Bund (2003)	SH	Bund	SH	Bund
Schlafmittel		2 %		2 %		1 %
Beruhigungsmittel		2 %		2 %		2 %
Antidepressiva		2 %		3 %		2 %
Mindestens eins der drei Medikamente	4 %		4 %		4 %	
N	2.243	7.553	1.096	4.140	1.119	3.413

Tabelle 3.2: Medikamentengebrauch letzte 30 Tage – mindestens wöchentliche Einnahme; Schleswig-Holstein und Bund (18-59 Jahre)

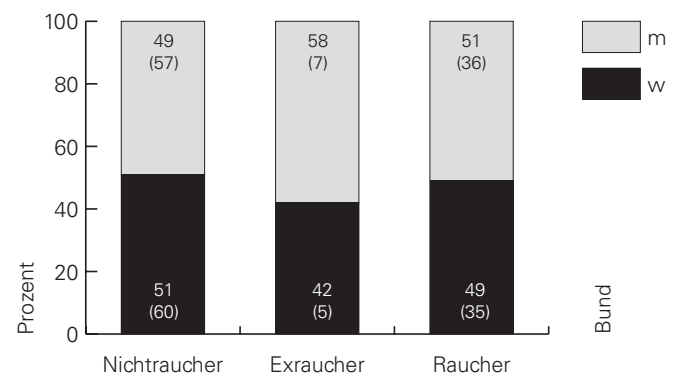
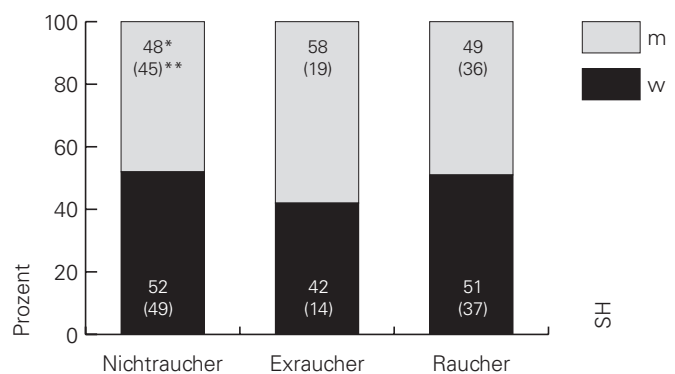
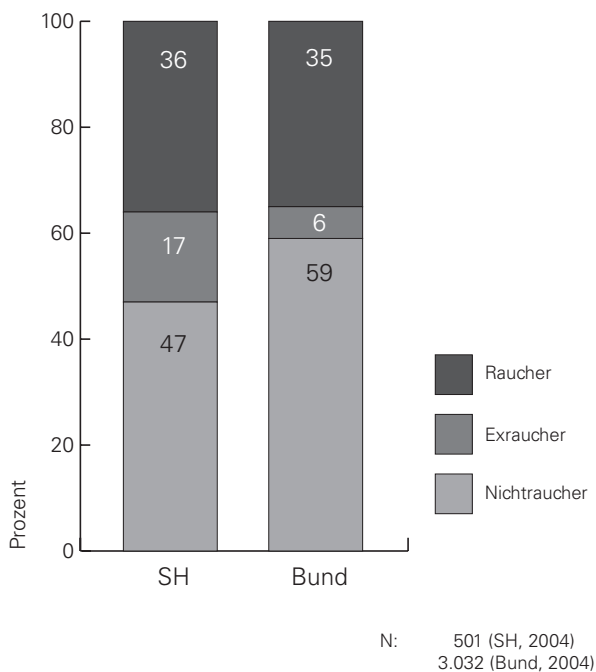
Medikamente

Schlafmittel, Beruhigungsmittel und/oder Antidepressiva haben 4 Prozent der Erwachsenen in der SH-Erhebung in den letzten 30 Tagen zumindest einmal wöchentlich eingenommen (siehe Tabelle 3.2). Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es hierbei nicht. In der Repräsentativerhebung für Deutschland werden diese Medikamente getrennt erhoben (Anteile jeweils 2 %). Deshalb ist eine direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse nicht möglich. Es kann jedoch angenommen werden, dass sich unter den Befragten der Bundesstudie ein bestimmter Anteil von Personen befindet, der mehrere dieser Medikamente nimmt (Mehrfachnennungen). Aus diesem Grunde ist es wahrscheinlich, dass insgesamt die Prävalenzen des Medikamentenkonsums in Schleswig-Holstein und im Bund sehr eng bei einander liegen.

3.2.2 Jugendliche und junge Erwachsene (12-25 Jahre)

Tabakkonsum

In Schleswig-Holstein sind 36 Prozent der Jugendlichen und jungen Erwachsenen aktuelle Raucher/innen (siehe Abbildung 3.5). Einen fast gleichen Anteil gibt es bundesweit (35 %). Unterschiede zwischen den weiblichen und männlichen Jugendlichen / jungen Erwachsenen (im Folgenden nur Jugendliche genannt) bestehen hierbei nicht, d.h. auch in diesen Erhebungen zeigt sich eine Angleichung von Männern und Frauen im Rauchverhalten. Vor 15 Jahren haben in Deutschland noch deutlich mehr männliche als weibliche Jugendliche geraucht. Seitdem geht bei beiden Geschlechtern der Anteil von Rauchern leicht zurück – bei den Männern jedoch stärker als bei den Frauen (BZgA 2004).



*: Anteil im Verhältnis Männer / Frauen
**: Anteil der Kategorie

Abbildung 3.5: Aktuelle Raucher/innen, Exraucher/innen und Nichtraucher/innen; Schleswig-Holstein und Bund (12-25 Jahre)

Der viel geringere Anteil von Exrauchern/innen in der Affinitätsstudie (6 %) hängt mit der Zählweise zusammen: Hier werden dieser Gruppe nur diejenigen Personen zugeordnet, die in ihrem Leben mehr als 100 Zigaretten geraucht haben.

Beim Vergleich der Ergebnisse der beiden Erhebungen sind – aufgrund des gleichen Erhebungsmodus – keine methodischen Einschränkungen zu formulieren. Das gilt ebenfalls für alle noch folgenden Auswertungen.

Alkoholkonsum

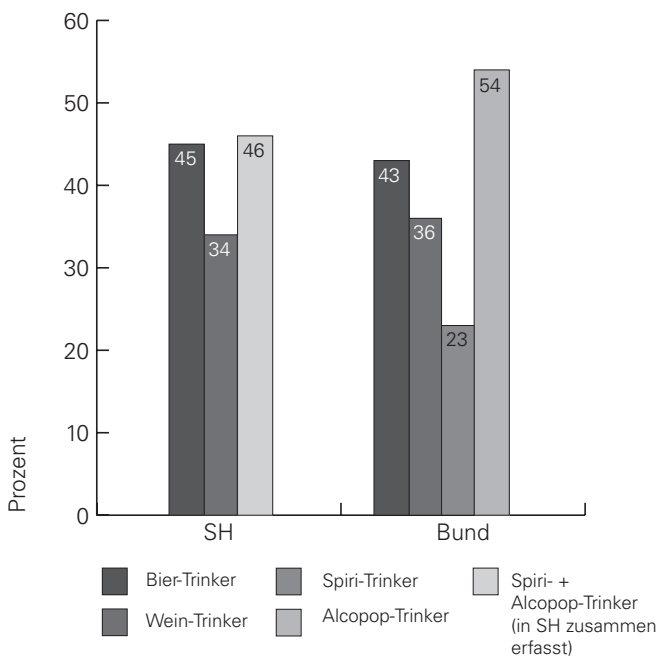
45 Prozent der schleswig-holsteinischen Jugendlichen trinken Bier, jede/r dritte Jugendliche Wein (siehe Abbildung 3.6). Hierunter fallen Personen, die in den letzten 30 Tagen mindestens einmal eine Flasche Bier (0,33 l) oder ein Glas Wein (0,2 l) konsumiert haben. Die genannten Prävalenzen entsprechen in etwa den Ergebnissen der Bundeserhebung. Bei diesen alkoholischen Getränken existieren jedoch erhebliche Unterschiede im Trinkverhalten zwischen den Geschlechtern: Bier trinken eher die männlichen Jugendlichen (SH: 64 % zu 27 %); der Anteil der Weintrinker/innen ist dagegen bei den Frauen höher (SH: 40 % zu 29 %).

Ferner geben 46 Prozent der schleswig-holsteinischen Jugendlichen an, dass sie im letzten Monat zumindest einmal ein Glas Schnaps, Whisky etc. bzw. eine Flasche Alcopops konsumiert haben.

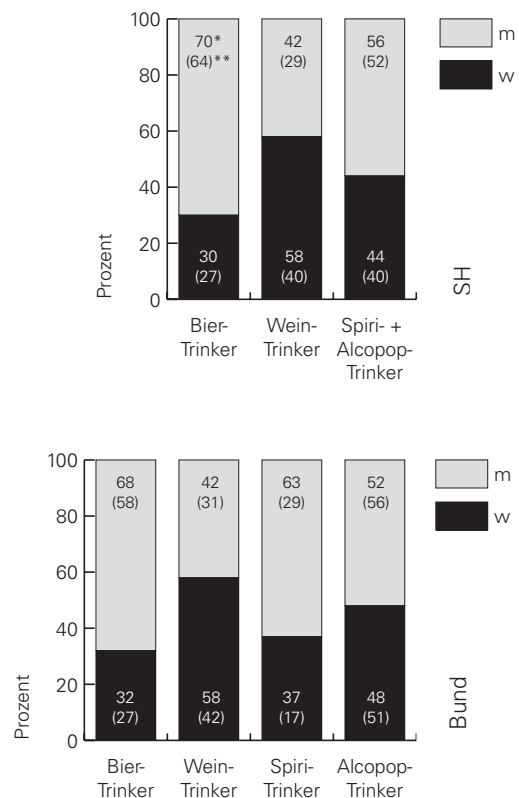
Dieser Wert kann nicht direkt mit den Ergebnissen der Affinitätsstudie verglichen werden, da hier Spirituosen und Alcopops separat erfasst werden. Ihre Werte lauten: 23 Prozent (Spirituosen) und 54 Prozent (Alcopops). Demnach liegt die Prävalenzrate für Schleswig-Holstein in jedem Fall unter der des Bundes.

Bei den regelmäßigen Konsumenten/innen von Bier und Wein – hier definiert als mindestens wöchentlicher Konsum – zeigen sich erneut ähnliche Werte für Schleswig-Holstein und das Bundesgebiet: 20 Prozent (22 %) der Jugendlichen trinken regelmäßig Bier, 6 Prozent (7 %) regelmäßig Wein (siehe Abbildung 3.7). Die schon genannten geschlechtsspezifischen Unterschiede sind auch hier vorhanden.

Der schleswig-holsteinische Prävalenzwert für den regelmäßigen Konsum von Spirituosen und/oder Alcopops nähert sich dem Bundeswert an: 18 Prozent (Spirituosen/Alcopops) zu 16 Prozent (Alcopops) bzw. 5 Prozent (Spirituosen).

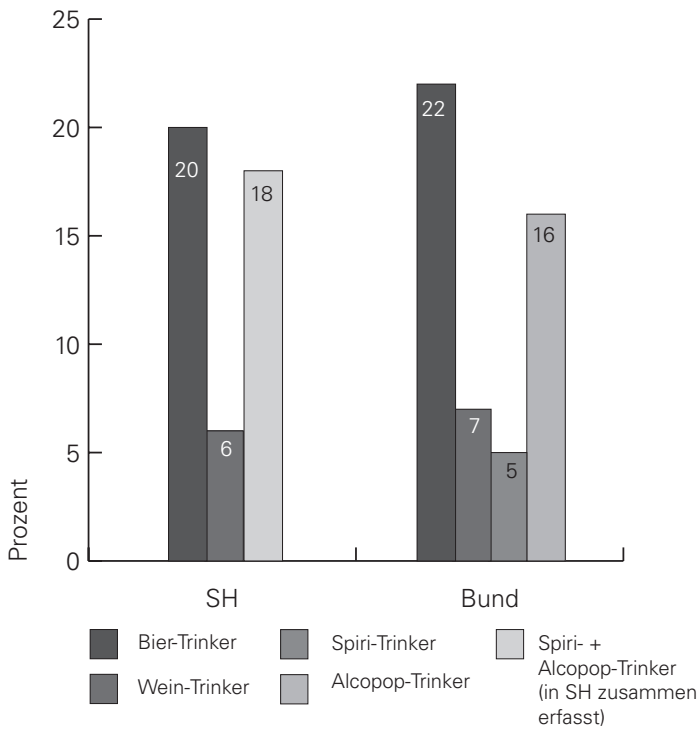


N= 502 (SH, 2004)
3.032 (Bund, 2004)

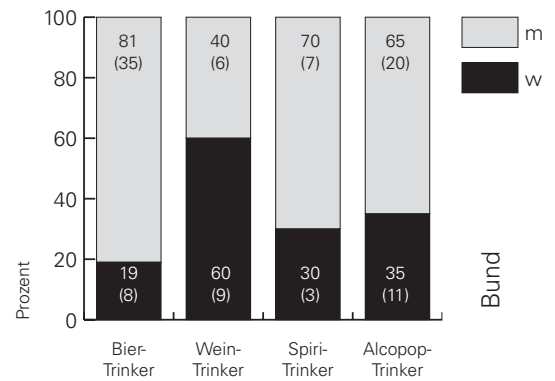
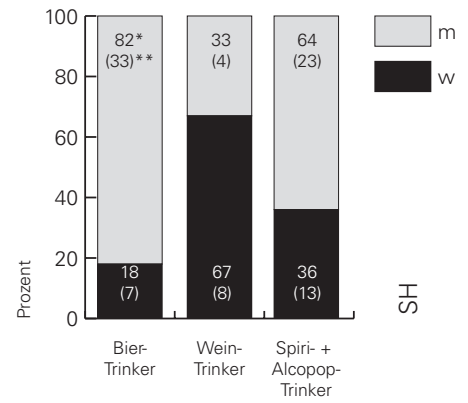


*: Anteil im Verhältnis Männer / Frauen
**: Anteil der Kategorie

Abbildung 3.6: Alkoholkonsumenten/innen – mindestens einmal Konsum letzte 30 Tage; Schleswig-Holstein und Bund (12-25 Jahre)



N= 502 (SH, 2004)
3.032 (Bund, 2004)



*: Anteil im Verhältnis Männer / Frauen
**: Anteil der Kategorie

Werden die ermittelten Prävalenzdaten der bundesweiten Repräsentativerhebung (siehe oben) mit in die Betrachtung einbezogen, stellt sich die Situation in Schleswig-Holstein so dar, dass die Jugendlichen offensichtlich genau so häufig Alkohol trinken wie im Bundesdurchschnitt, wo hingegen bei der erwachsenen Bevölkerung dies deutlich unterdurchschnittlich der Fall ist.

Es ist hierbei jedoch zu berücksichtigen, dass bei der Gruppe der Jugendlichen keine vergleichenden Aussagen zur Trinkmenge möglich sind, weil diese in der BZgA-Studie nicht mit erhoben wird.³⁵

Abbildung 3.7: Regelmäßige Alkoholkonsumenten/innen – mindestens wöchentlicher Konsum; Schleswig-Holstein und Bund (12-25 Jahre)

Illegale Drogen (Cannabis)

8 Prozent der schleswig-holsteinischen Jugendlichen können als Cannabis-Konsumenten/innen bezeichnet werden (siehe Abbildung 3.8). Sie haben in den letzten 12 Monaten zumindest gelegentlich Cannabis konsumiert. Auf der Bundesebene beträgt der entsprechende Wert 13 Prozent. Dabei benutzen deutlich mehr junge Männer als junge Frauen Cannabisprodukte. Das weisen sowohl die Ergebnisse der SH-Erhebung (12 % zu 4 %) als auch diejenigen der bundesweiten Affinitätsstudie aus (17 % zu 10 %).

Offensichtlich führt die vergleichsweise liberale Cannabispolitik, die in den letzten Jahren in Schleswig-Holstein praktiziert worden ist (z.B. Absehen von der Strafverfolgung bei einem Besitz von bis zu 30-Gramm Cannabisprodukten), nicht zu einem verbreiteten Cannabiskonsum.

³⁵ Deshalb kann hier auch nicht mit der in der bundesweiten Repräsentativerhebung benutzten Typologie von Alkoholkonsum, die auf der Konsumintensität basiert (Frequenz-Menge-Index), ein Vergleich durchgeführt werden.

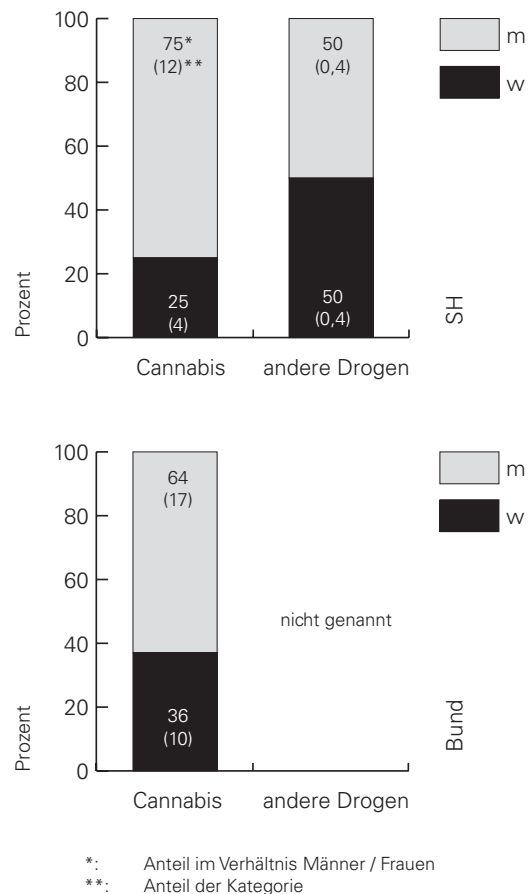
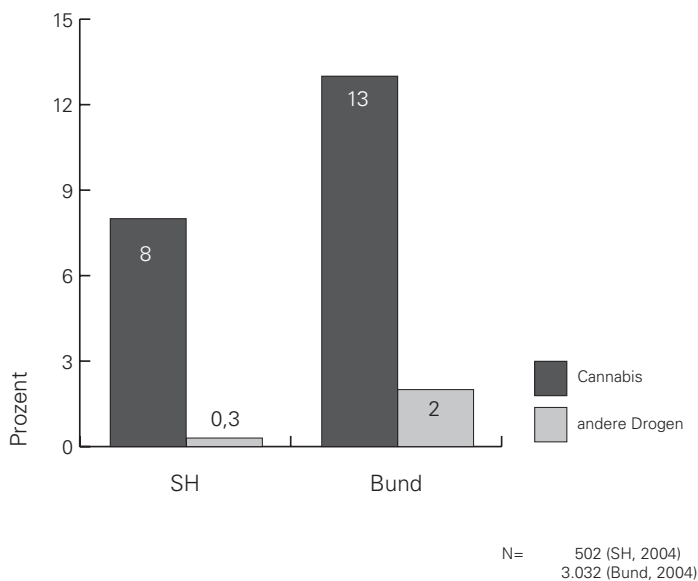


Abbildung 3.8: Konsum Cannabis und andere Drogen letzte 12 Monate Schleswig-Holstein und Bund (12-25 Jahre)

Nur ganz wenige befragte Personen haben in den letzten 12 Monaten in Schleswig-Holstein andere illegale Drogen (Heroin, Kokain, Ecstasy etc.) benutzt (0,3 %). Erneut sei hier auf den bekannten Sachverhalt hingewiesen, dass weder über schriftliche noch über telefonische Befragungen viele Drogenabhängige erreicht werden können (siehe oben).

Über den Medikamentengebrauch Jugendlicher wird in der Affinitätsstudie nicht berichtet. Deshalb konnte hier keine vergleichende Darstellung vorgenommen werden.

3.2.3 Besuch einer ambulanten Suchthilfeeinrichtung (alle Befragten)

Die Interviewten wurden abschließend befragt, ob sie im letzten Jahr eine Einrichtung der ambulanten Suchtkrankenhilfe aufgesucht haben. Die Zahl der Klienten/innen, die tatsächlich in einer Einrichtung waren, ist aufgrund der landesweiten Auswertung der HORIZONT-Datenbanken bekannt.

Es zeigt sich eine hohe Übereinstimmung des hochgerechneten Ergebnisses der Umfrage hinsichtlich des Besuchs einer Einrichtung und der in der EDV-Dokumentation der Einrichtungen festgehaltenen Besuche. Selbst wenn die dokumentierten anonymen Kontakte zusätzlich berücksichtigt werden, bei denen es schwierig ist, einzuschätzen, wie viele Personen dahinter stehen, bleibt die dokumentierte Zahl in den Grenzen des hochgerechneten Schätzintervalls. Danach haben etwa 12.000 Personen (ab 14 Jahre) eine ambulante Suchthilfeeinrichtung in Schleswig-Holstein im Jahre 2004 aufgesucht.³⁶

³⁶ Darüber hinaus dienen diese Angaben gleichzeitig einer externen Validierung der Befragungsergebnisse insgesamt, was bei solchen Umfragen eher selten der Fall ist.

Anhang: Fragebogen der telefonischen Befragung

(Infratest dimap)

Fragebogen Prävalenzerhebung Schleswig-Holstein

Guten Tag, mein Name ist ...

Wir führen zurzeit im Auftrag von Infratest dimap und der Universität Hamburg eine Befragung zum Gesundheitsverhalten durch. Dazu würden wir gerne auch Ihre Ansicht kennen lernen.

Die Telefonnummer wurde zufällig ausgewählt. Die Teilnahme ist natürlich freiwillig, aber es ist sehr wichtig, dass möglichst alle ausgewählten Personen teilnehmen, damit die Umfrage ein richtiges Ergebnis liefert. Die Auswertung erfolgt anonym, also nicht in Verbindung mit Ihrem Namen, Ihrer Anschrift oder Ihrer Telefonnummer.

1. Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zurzeit?

- Habe früher geraucht, rauche jetzt nicht mehr
- Rauche zurzeit
- Habe noch nie geraucht
- weiß nicht
- keine Angabe

2. Wenn Sie an den letzten Monat denken, an wie vielen Tagen haben Sie Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Alcopops oder Spirituosen?

- An ____ Tagen →Frage 3
- An keinem dieser Tage →Frage 6
- weiß nicht →Frage 3
- keine Angabe →Frage 3

3. Denken Sie an den letzten Monat: An wie vielen Tagen haben Sie Bier getrunken?

- An etwa ____ Tagen →Frage 3a
- An keinem Tag Bier getrunken →Frage 4
- weiß nicht →Frage 3a
- keine Angabe →Frage 3a

3a. An so einem Tag, an dem Sie Bier trinken, wie viel Gläser/Dosen/Flaschen Bier – gerechnet in Einheiten zu 0,33 Liter – sind es dann im Durchschnitt?

- Anzahl Gläser/Dosen/Flaschen: ____
- weiß nicht
- keine Angabe

4. Denken Sie an den letzten Monat: An wie vielen Tagen haben Sie Wein oder Sekt getrunken?

- An etwa ____ Tagen →Frage 4a
- An keinem dieser Tage →Frage 5
- weiß nicht →Frage 4a
- keine Angabe →Frage 4a

4a. An so einem Tag, an dem Sie Wein oder Sekt trinken, wie viel Gläser Wein oder Sekt – gerechnet in Einheiten zu 0,2 Liter – sind es dann im Durchschnitt?

- Anzahl kleiner Gläser: ____
- Weiß nicht
- Keine Angabe

5. Denken Sie an den letzten Monat: An wie vielen Tagen haben Sie Spirituosen, z. B. Schnaps, Cognac, Whisky getrunken?

- An etwa ____ Tagen →Frage 5a
- An keinem dieser Tage →Frage 6
- weiß nicht →Frage 5a
- keine Angabe →Frage 5a

5a. An so einem Tag, an dem Sie Spirituosen trinken, wie viel Gläser Spirituosen – gerechnet in Einheiten zu 0,02 Liter, d.h. „Schnapsgläsern“ – trinken Sie dann im Durchschnitt?

- Anzahl kleine Schnaps-Gläser: ____
- Weiß nicht
- Keine Angabe

6. Denken Sie an den letzten Monat: An wie vielen Tagen haben Sie Schlafmittel, Beruhigungsmittel oder Antidepressiva genommen?

- An etwa ____ Tagen
- An keinem Tag diese Medikamente genommen
- weiß nicht
- keine Angabe

7. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis, d.h. Marihuana bzw. Haschisch geraucht?
Würden Sie sagen ...

- Nie
- Gelegentlich
- Öfter
- weiß nicht
- keine Angabe

8. Haben Sie in den letzten 12 Monaten andere Drogen, z.B. Ecstasy, Heroin, Kokain, oder ähnliches konsumiert?
Würden Sie sagen ...

- Nie
- Gelegentlich
- Öfter
- weiß nicht
- keine Angabe

9. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Kontakt zu einer Sucht- oder Drogenberatungsstelle? Würden Sie sagen...

- Nie
- Gelegentlich
- Öfter
- weiß nicht
- keine Angabe

Statistik

- Alter
- Geschlecht
- Bildung
- Tätigkeit
- Beruf
- Beruf differenziert
- Anzahl Telefonnummern im HH

Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Wiederholungsbefragung 2004. Köln: BZgA.

Kalke, J., Martens, M.-S., Schütze, C., Raschke, P. (2003): Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Die Lebenssituation der Klientinnen und Klienten in Stadt und Land, Band III, Kiel.

Kraus L. & Augustin R. (Hrsg.) (2005): Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. Sonderheft. Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Band 51.

Kraus L., Augustin R., Bloomfield K. & Reese A. (2001): Der Einfluss regionaler Unterschiede im Trinkstil auf risikanten Konsum, exzessives Trinken, Missbrauch und Abhängigkeit. In: Gesundheitswesen, 63, Seiten 775-782.

Kraus L., Bauernfeind R. & Bühringer G. (1998): Epidemiologie des Drogenkonsums in Deutschland. Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 bis 1996. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 107, Baden-Baden: Nomos.

