

2006

BADO e.V.



Ambulante Suchthilfe in Hamburg

Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation

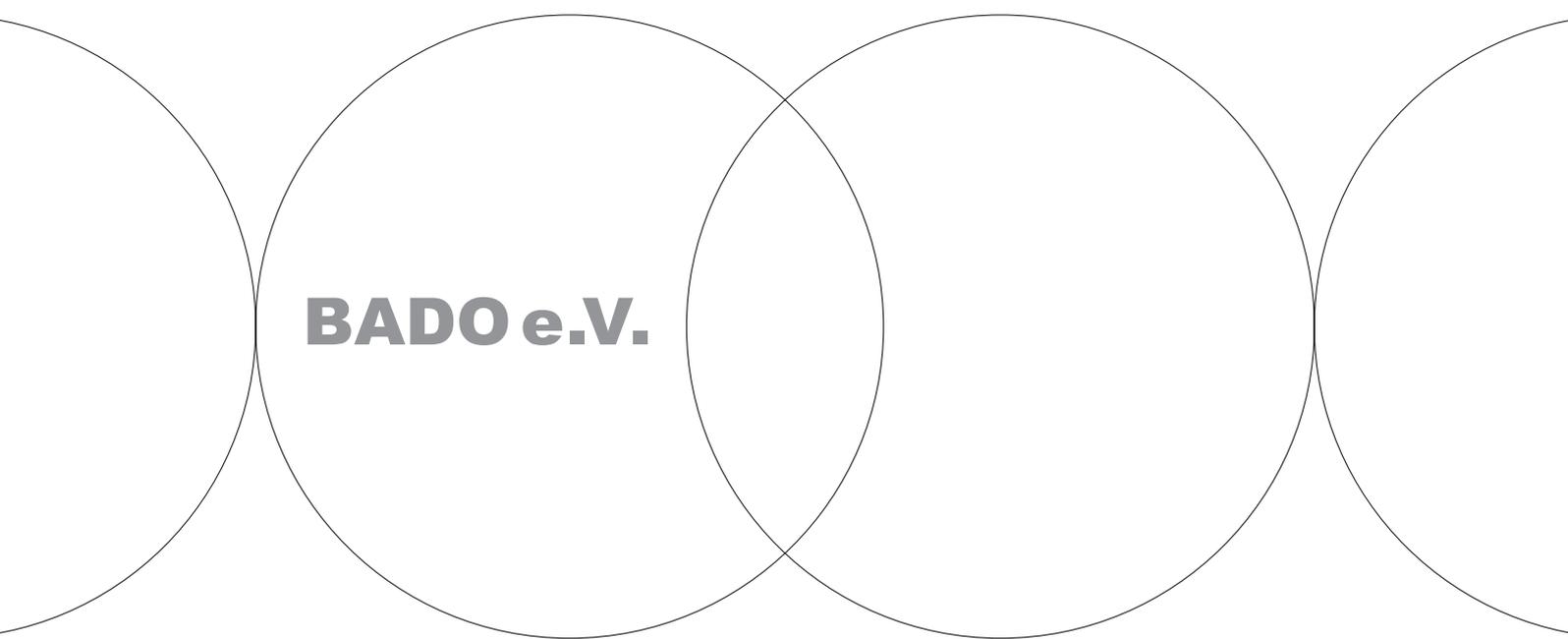
Sven Buth
Marcus-Sebastian Martens
Uwe Verthein
Eike Neumann
Harald Oechsler

Herausgeber: BADO e.V.

Ambulante Suchthilfe in Hamburg

Statusbericht 2006 der Hamburger Basisdatendokumentation

Sven Buth, Marcus-Sebastian Martens, Uwe Verthein,
Eike Neumann, Harald Oechsler



BADO e.V.

Auswertungsleistungen und Bericht der Hamburger
Basisdatendokumentation 2006
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung
der Universität Hamburg ZIS

Vorstand des BADO e.V.:

Frank Gödecke, Frank Craemer, Hans-Joachim Pohl,
Dietmar Guse, Dietrich Hellge-Antoni, Monika Püschl, Christine Tügel

Alle Rechte vorbehalten.
© 2007 BADO e.V., Hamburg
Umschlagsgestaltung: Factor Design AG, Hamburg
Layout & Satz: Martin Tapp, Eike Neumann, Sven Buth, Hamburg
Druck: RESET Grafische Medien GmbH

ISSN 1611-5104

Vorwort

Es liegt nun der 10. Jahresbericht zur Hamburger ambulanten Suchthilfe vor. Dies soll Anlass sein im Überblick darzustellen, was die Hamburger BADO an positiven Ergebnissen gebracht hat und zu leisten vermag.

Die Hamburger Basisdatendokumentation zeichnet sich durch zwei Besonderheiten aus:

1. Das Datenschutzkonzept, das es über ein doppeltes Kodierungssystem ermöglicht, in anonymisierter Form personenbezogene Daten auszuwerten (www.bado.de). Dabei werden nur die Daten dokumentiert, die für den jeweiligen Betreuungsprozess erforderlich sind.
2. Die Steuerung der BADO über einen von Freien Trägern und Fachbehörde paritätisch geführten Verein, den BADO e. V. Über diesen erfolgt unter Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Suchthilfeeinrichtungen die Festlegung der Fragestellungen zur Auswertung, die Vereinbarung von Spezialthemen, die Ergebnisdiskussion auf Workshops vor Erstellung des BADO-Berichts sowie im Vorwort die gemeinsame Akzentuierung besonders relevanter Ergebnisse. Die Steuerung der BADO über den BADO e. V. hat wesentlich zur hohen Akzeptanz bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Suchthilfeeinrichtungen und dadurch zur kontinuierlichen Verbesserung der Datenqualität beigetragen.

Der jährliche Statusbericht – Grundlage für fachliche Diskussion und Planung

Im jährlichen Statusbericht werden sehr zeitnah wichtige biographische Erfahrungen, Behandlungsvorerfahrungen sowie die aktuelle Lebenssituation nahezu aller im ambulanten Hilfesystem Betreuten beschrieben, und die Ergebnisse lenken die Aufmerksamkeit auf vordringliche Hilfebedarfe.

Die von Beginn an erfolgte geschlechtsdifferenzierende Auswertung zeigt auf, dass alkohol- bzw. drogenabhängige Frauen sich von den Männern hinsichtlich der biographischen Erfahrungen und der aktuellen Lebenssituation unterscheiden. Aber es bestehen auch deutliche Unterschiede zwischen alkohol- und drogenabhängigen Frauen bzw. zwischen alkohol- und drogenabhängigen Männern. Diese umfangreichen geschlechtsspezifischen Ergebnisse sind in suchttheoretische Modelle wie auch in Beratungs- und Therapiekonzepte zu integrieren.

Durch die besondere Betrachtung neu erfasster Klient(inn)en im ambulanten Hilfesystem können Trends und Veränderungen erkannt werden. So zeigte sich, bezogen auf den Zeitraum der Jahre 2001 bis 2004, dass die alkohol- und drogenabhängigen Neuaufnahmen insgesamt mit größeren sozialen, gesundheitlichen und justiziellen Belastungen ihre Beratung und Therapie aufnahmen. Bei den Drogenabhängigen ging der Anteil mit prekärer Wohnsituation leicht zurück, ebenfalls deutete sich ein Rückgang der Hepatitis-C-Prävalenz an. Der Anteil aktuell Substituierter war deutlich rückläufig.

Im Jahre 2006 gingen in die BADO 13.017 verschiedene Klient(inn)en ein. Mit der Hamburger BADO wurde nicht nur eines der umfassendsten regionalen Monitoringsysteme in den Arbeitsalltag der Suchthilfeeinrichtungen integriert; zugleich wird die Deutsche Suchthilfestatistik durch eine außerordentlich hohe Anzahl von Daten für Opiat- und Crackkonsument(inn)en, die für eine Metropolregion wie Hamburg spezifisch sind, wesentlich differenziert.

Besondere Auswertungsmöglichkeiten durch das BADO-Kodierungssystem

Das anonymisierte und zugleich personenbezogene Kodierungssystem der Hamburger BADO hat eine Reihe ganz besonderer Ergebnisse ermöglicht. Zum Beispiel:

Seit 1997 wurden im ambulanten Hilfesystem, soweit in der BADO erfasst, 24.681 verschiedene Klient(inn)en mit einer Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik von „harten“ illegalen Drogen sowie 19.615 verschiedene Klient(inn)en mit einer Alkoholproblematik betreut.

Anhand der Kodierung und der Angaben über die Dauer der Suchtmittelabhängigkeit kann retrospektiv für einzelne Jahre die Anzahl verschiedener Konsument(inn)en harter Drogen gezählt werden. Die BADO kann somit wichtige Eckdaten für umfassendere Prävalenzerhebungen liefern, ferner konnte so die hohe Reichweite des Hamburger Hilfesystems genauer abgeschätzt werden.

Das Kodierungssystem der BADO ermöglicht es weiterhin zu beschreiben, wie viele Klient(inn)en über mehrere Jahre das Hilfesystem nutzen und wie ihre Entwicklung in diesem Zeitraum verlief. So wurde u. a. aufgezeigt, dass schwerer belastete Teilgruppen Alkohol- und Drogenabhängiger, die über mehrere Jahre das Hilfesystem nutzten, eine gewisse soziale Stabilisierung erreichten, mit rückläufigem Suchtmittelkonsum. Trotz der hohen Problembelastung gelang es den ambulanten Einrichtungen immer mehr zu stationären Entzügen und Therapien zu motivieren. Andererseits nahmen gesundheitliche Probleme und Verurteilungen in diesem Zeitraum zu, und die hohe Erwerbslosigkeit sank nicht.

Schließlich kann dokumentiert werden, wie viele Klient(inn)en neu im ambulanten Hilfesystem auftauchen und wie viele das Hilfesystem wieder verlassen. So hatte etwa die Hälfte der 2006 betreuten alkoholabhängigen und ein Fünftel der drogenabhängigen Klient(inn)en zuvor noch nicht das ambulante Hilfesystem in Anspruch genommen.

Verlaufsdokumentation bildet Veränderungen ab.

Integriert in die Hamburger BADO ist eine Verlaufsdokumentation, die das Konsumverhalten der Klient(inn)en, ihre soziale Situation, ihre gesundheitliche Beeinträchtigung und psychische Belastung zu Betreuungsbeginn und dann zu mehreren Zeitpunkten während einer Betreuung abbildet.

Die Ergebnisse der Verlaufsdokumentationen 2006 zeigen, dass im Laufe der ambulanten Betreuung die Klient(inn)en eine deutliche Reduzierung des Suchtmittelkonsums sowie eine erhebliche Erhöhung bzw. Stabilisierung der Abstinenzraten erreichten. Zugleich tritt eine Verbesserung der körperlichen und psychischen Verfassung ein. Die soziale Situation konnte stabilisiert werden, Verbesserungen erfolgten jedoch nur geringfügig. Hier zeigen sich die Grenzen der Suchthilfe.

Größere Verbesserungen bei den Klient(inn)en ergaben sich vor allem bei relativ längeren Betreuungszeiten, ferner begünstigten z. T. Behandlungsvorerfahrungen erfolgreichere ambulante Betreuungen.

Ein Schwerpunkt wird in nächster Zeit die Erarbeitung einer differenzierteren und zugleich überschaubaren Auswertungsroutine für die Verlaufsdokumentation sein, wobei die Zielsetzungen der verschiedenen Einrichtungstypen zu berücksichtigen sind. Ergebnisse der Verlaufsdokumentation werden auch einfließen in die Diskussion zur wirkungsorientierten Steuerung, wobei die vorliegenden außerordentlich umfangreichen Daten zugleich die Möglichkeiten wie Grenzen andeuten.

Spezialauswertungen fundieren die Diskussion aktueller Themen

In den jährlichen BADO-Berichten wurden inzwischen neun Spezialauswertungen veröffentlicht. Diese lieferten für die fachliche und suchtpolitische Diskussion hinsichtlich der Aktualität und des Umfangs z. T. außerordentlich wertvolle Basisdaten. Einige Beispiele:

- Im BADO-Bericht 2001 werden für 7.800 suchtmittelabhängige Klient(inn)en mit Kindern erstmalig umfangreiche Daten zur Unterbringungs- und Lebenssituation der Kinder geliefert. Etwa die Hälfte der Kinder lebte im Haushalt der hilfesuchenden Klient(inn)en.
- 2003 konnte für 1.513 Klient(inn)en mit Hepatitis C aufgezeigt werden, dass diese eine längere und intensivere Drogenkarriere hinter sich hatten. Sie hatten in ihrem Leben häufigere Gewalterfahrungen erlitten und häufiger in öffentlicher Erziehung/Heimen gelebt, und sie hatten aktuell stärkere gesundheitliche Probleme. Ihre aktuelle Lebenssituation (Wohnen, Beziehungen) unterschied sich jedoch nicht von der der Nicht-Infizierten. Risikofaktoren für die Hepatitis-C-Prävalenz waren u. a. Haftaufenthalte sowie ein riskanteres Konsumverhalten.

- Im Bericht 2003 wurde anhand von 7.468 ambulanten Betreuungsverläufen festgestellt, dass alkoholabhängige Klient(inn)en mit aktuell besseren Ressourcen – z. B. Partnerschaft, Erwerbstätigkeit, eigene Wohnung, keine Schulden, keine Auflagen – stabilere Betreuungsverläufe haben. Frühere Behandlungserfahrungen wirkten sich positiv auf die Haltequote und Mitarbeit in nachfolgenden Betreuungsprozessen aus.
- Im BADO-Bericht 2004 wurden 2.836 Crack-Konsument(inn)en näher beschrieben. Es wurde aufgezeigt, dass diese insgesamt einen deutlich größeren Hilfebedarf aufwiesen. Sie hatten mehr Ausstiegs- und Behandlungsversuche unternommen und lebten aktuell in desolaterer sozialer und gesundheitlicher Situation.
- Ebenfalls 2004 wurde für 1.485 erwerbslose alkoholabhängige Klient(inn)en dokumentiert, dass diese schwerer biographisch belastet waren (mehr Suchtprobleme im Elternhaus; mehr Heimaufenthalte; mehr Gewalterfahrungen; mehr Gewaltausübung; schlechtere Schul- u. Berufsausbildung) und aktuell größeren Hilfebedarf zur Verbesserung ihrer sozialen und gesundheitlichen Situation aufwiesen.
- 2005 wurden etwa 1.000 Glücksspielsüchtige, und im Bericht 2006 mehr als 1.200 Cannabisabhängige bzw. fast 1.000 „reine“ Kokainabhängige umfassend beschrieben.

Die BADO wurde im Verlaufe der 10 Jahre erheblich weiterentwickelt: 1997 beteiligten sich 23 ambulante Einrichtungen an der BADO, im Jahre 2006 ist eine faktische Vollerhebung im ambulanten Hilfesystem erreicht. Der BADO-Itemsatz wurde auf der Grundlage empirischer Ergebnisse überarbeitet, ferner wurde der Deutsche Kerndatensatz mit berücksichtigt. Die Datenqualität wurde erheblich verbessert, u. a. durch die Überprüfung und Zertifizierung aller beteiligten Exportprogramme. Schließlich wurde eine Verlaufsdokumentation integriert. Dies alles war möglich durch die Kooperation zwischen Freien Trägern und der Fachbehörde innerhalb der konsensual ausgerichteten Gremien des BADO-Trägervereins.

Der BADO-Vorstand dankt ganz besonders den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Hamburger Suchthilfeeinrichtungen, die durch die Integration von Dokumentation in die alltägliche Arbeit und durch die Beteiligung an der Ergebnisdiskussion die Erstellung und Weiterentwicklung der BADO ermöglicht haben.

Der Dank gilt auch allen, mit denen wir in den letzten Jahren eng und kollegial zusammengearbeitet haben, insbesondere den Mitarbeitern des Fachbereichs Informatik der Universität Hamburg und der die BADO auswertenden wissenschaftlichen Institute, des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. (ISS) in Frankfurt und des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS).

Frank Gödecke (Boje gGmbH.)

Frank Craemer (Diakonisches Werk des Kirchenkreises Blankenese e. V.)

Hans-Joachim Pohl (jugend hilft jugend e. V.)

Dietmar Guse (Therapiehilfe e. V.)

Dietrich Hellge-Antoni (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz)

Monika Püschl (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz)

Christine Tügel (Jugendhilfe e. V.)

Vorstand des BADO e. V.

Inhaltsverzeichnis

1.	Datengrundlage	1
1.1.	Die Basisdatenerhebung (BADO) in Hamburg	1
1.2.	Einrichtungen, Betreuungen, Klient(inn)en und Konsument(inn)engruppen in der Hamburger ambulanten Suchthilfe in 2006	2
2.	Alkohol	9
2.1.	Betreuungen	9
2.2.	Personen	14
2.3.	Konsum und Behandlungsvorerfahrungen	15
2.4.	Biografischer Hintergrund	17
2.5.	Soziale Beziehungen und Lebenssituationen	18
2.6.	Ausbildung, Arbeitssituation und finanzielle Situation	19
2.7.	Gesundheitliche und psychische Situation	20
2.8.	Spezialanalyse: Verlaufsdokumentation	23
2.9.	Klient(inn)en mit mehreren Dokumentationszeitpunkten - Längsschnittanalyse	30
3.	Opiate	34
3.1.	Betreuungen	34
3.2.	Personen	38
3.3.	Konsum und Behandlungsvorerfahrungen	39
3.4.	Biografischer Hintergrund	42
3.5.	Soziale Beziehungen und Lebenssituationen	42
3.6.	Ausbildung, Arbeitssituation und finanzielle Situation	43
3.7.	Gesundheitliche und psychische Situation	45
3.8.	Spezialanalyse: Verlaufsdokumentation	47
3.9.	Klient(inn)en mit mehreren Dokumentationszeitpunkten – Längsschnittanalyse	55
4.	Kokain	59
4.1.	Betreuungen	59
4.2.	Personen	62
4.3.	Konsum	62
4.4.	Soziale Beziehung und Lebenssituation	64
4.5.	Biografischer Hintergrund – Suchtprobleme der Eltern, Heimaufenthalte, Gewalterfahrungen	65
4.6.	Ausbildung, Arbeitssituation und finanzielle Lage	66
4.7.	Justizielle Probleme	67
4.8.	Gesundheitliche Situation und Behandlungsvorerfahrung	67
5.	Cannabis	70
5.1.	Betreuungen	70
5.2.	Personen	71
5.3.	Biografischer Hintergrund	72
5.4.	Soziale Situation	73
5.5.	Justizielle Probleme	74
5.6.	Konsum	75
5.7.	Gesundheitliche Situation und Behandlungsvorerfahrungen	75
6.	Tabellenanhang	78

1. Datengrundlage

1.1. Die Basisdatenerhebung (BADO) in Hamburg

Das Jahr 2006 stellt das zehnte konsekutive Erhebungsjahr in der Hamburger ambulanten Suchthilfe zu Klienten- und Betreuungsmerkmalen dar. Als Erhebungsinstrument kam die im Jahr 2005 erstmals eingesetzte, revidierte betreuungsbezogene Version der Basisdatendokumentation (BADO)¹ zum Einsatz. Die BADO ist in der Fassung von 2005 eine betreuungsbezogene Dokumentation, die sich durch den HIV-Code² auf Personen beziehen lässt. In die betreuungsbezogene Dokumentation wurde eine Verlaufsdocumentation (VERLAUDO) integriert. Hierfür wird zu einer Vielzahl von Fragestellungen die Situation zu Betreuungsbeginn festgehalten. Ergeben sich im Laufe der Betreuung Veränderungen in diesem Bereich, so werden diese (prozessbegleitend) dokumentiert. Durch diese Art der VERLAUDO liegen für jeden Betreuten zwei Antworten zur gleichen Fragestellung vor, die sich im Zeitpunkt ihrer Erhebung unterscheiden. Eine Antwort bezieht sich auf den Betreuungsbeginn, die andere auf die aktuelle Situation, beziehungsweise bei Abschluss einer Betreuung auf den Zustand zu Betreuungsende. Auf diese Weise werden Entwicklungen während der Betreuung messbar.

In Abbildung 1.1 ist der Prozess der Erhebung und Auswertung der in den Hamburger Einrichtungen erhobenen Daten schematisch dargestellt. Wie im Datenschutzkonzept der Hamburger BADO spezifiziert, übergeben die Einrichtungen an den Fachbereich Informatik der Universität Hamburg eine Liste mit allen Betreuungen eines Jahres. Diese Betreuungen sind alleinig gekennzeichnet über den HIV-Code, einer eindeutigen Betreuungsnummer und den Einrichtungsnamen. An das auswertende Institut, zurzeit das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), wird der betreuungs- und biografiebezogene Datensatz, versehen mit der eindeutigen Betreuungsnummer, ohne HIV-Code unter Wahrung der Anonymität der Einrichtung übergeben. Der Fachbereich Informatik bereitet den HIV-Code unter Einbeziehung von Plausibilitätsaspekten auf und bezieht gleiche HIV-Codes innerhalb eines Jahres aus gleichen oder unterschiedlichen Einrichtungen aufeinander.

Darüber hinaus werden die HIV-Codes des Auswertungsjahres auch auf die Vorjahre bezogen ausgewertet und bei Übereinstimmung einander zugewiesen. Da alle HIV-Codes mit einer eindeutigen Betreuungsnummer versehen sind, kann der Fachbereich Informatik zum Abschluss der durchgeführten Algorithmen eine Auswertung an das auswertende Institut übergeben, in der dargestellt ist, welche Betreuungsnummern sich auf dieselben HIV-Codes (betreute Personen) beziehen.

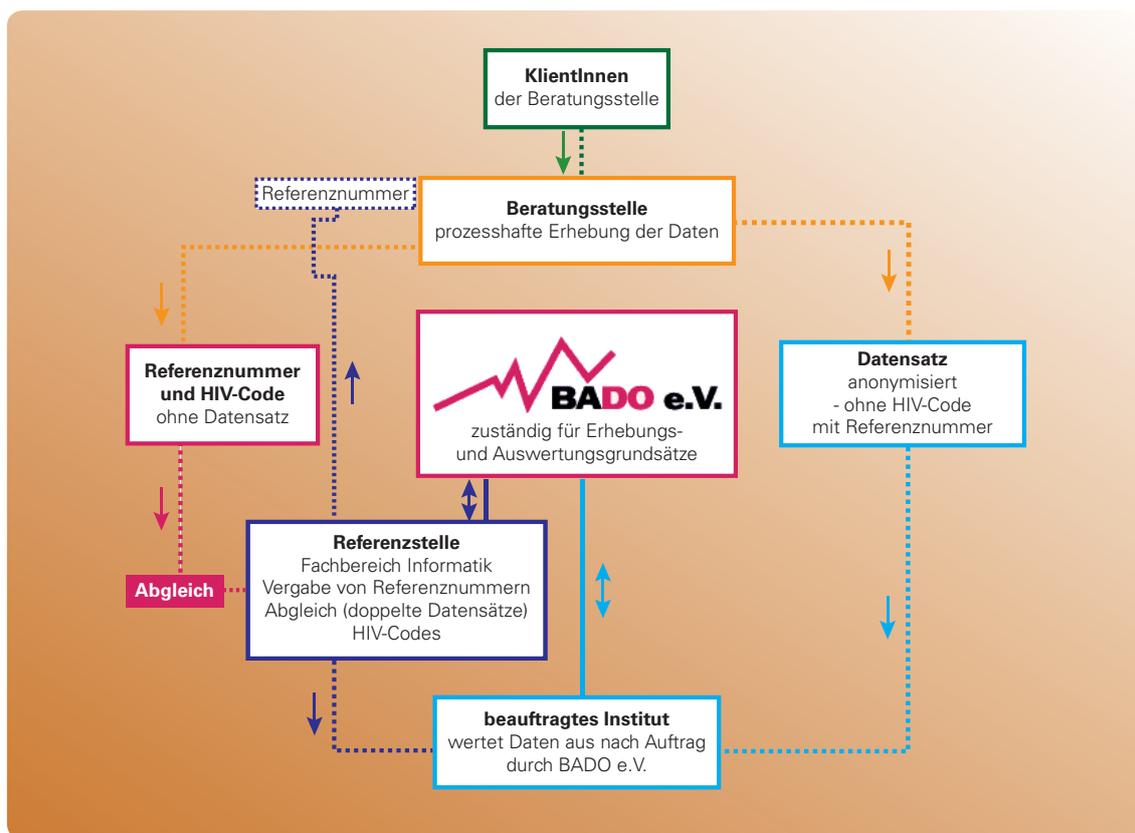
In Hamburg dürfen seit dem Jahre 2005 von den an der BADO teilnehmenden ambulanten Suchthilfeeinrichtungen nur noch solche Systeme eingesetzt werden, die durch ein unabhängiges Institut hinsichtlich Umsetzung und Export der BADO begutachtet wurden und dem BADO e.V. zur Zertifizierung vorgeschlagen wurden. Im Jahre 2006 waren fünf zertifizierte Dokumentationssysteme³ an der Datenerhebung beteiligt.

1 Die BADO-Fragestellungen, die technische Schnittstelle zur Hamburger BADO und ein vom BADO e.V. zur Verfügung gestelltes, freies und kostenloses Eingabeprogramm stehen im Internet unter www.bado.de/entwicklungen/index.htm zur Verfügung.

2 Der HIV-Code besteht aus dem dritten Buchstaben des Vornamens, der Buchstabenanzahl des Vornamens, dem dritten Buchstaben des Nachnamens, der Buchstabenanzahl des Nachnamens, dem Geschlecht und dem Geburtsjahr.

3 Die im Jahre 2006 in der Hamburger Suchthilfe eingesetzten Dokumentationssysteme sind: Abdul, Medys, Patfak light, proBADO und WAY.

Abbildung 1.1:
Erhebungs- und Auswertungsprozess der Hamburger Basisdokumentation



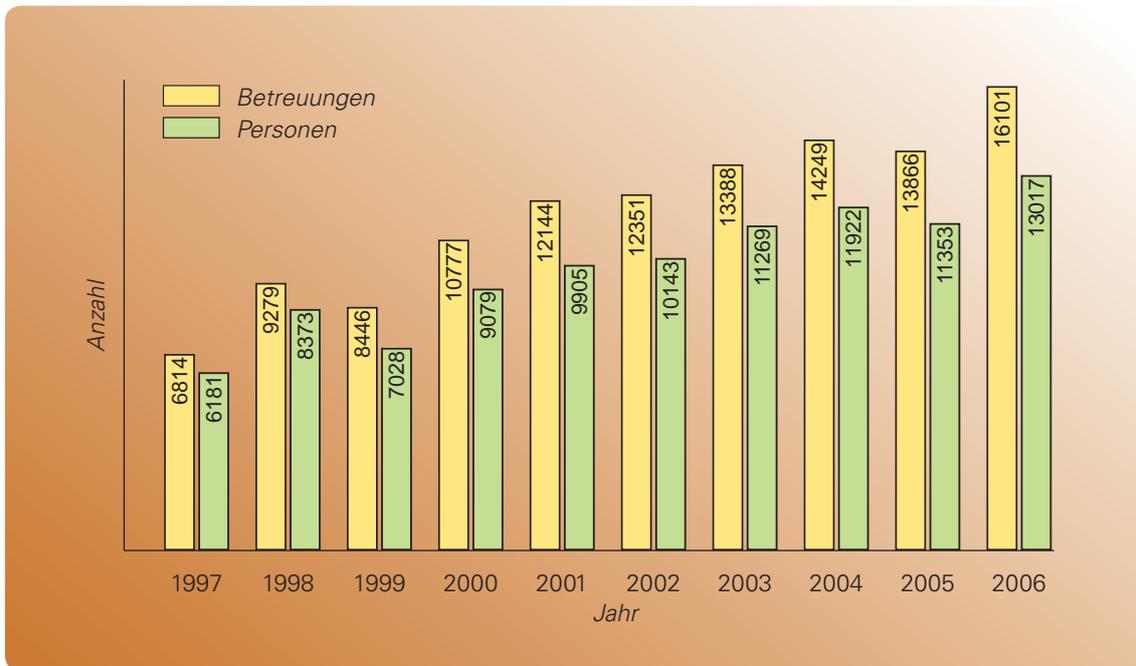
Über alle zehn BADO-Jahre hinweg wurden an den Fachbereich Informatik und das auswertende Institut (zurzeit das ZIS) 117.415 BADO-Datensätze übergeben, die sich aufgrund der Auswertungen des Fachbereichs Informatik auf 53.683 unterschiedliche Personen beziehen lassen. Bezogen auf die Hamburger Wohnbevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren haben etwa 5 % der hier lebenden Personen als Klient(inn)en mit eigenständiger Suchtproblematik oder aber als Angehörige eines Menschen mit einer Suchtproblematik die Angebote der Hamburger ambulanten Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstellen innerhalb von zehn Jahren in Anspruch genommen. Bedenkt man, dass in die BADO nicht die Klient(inn)engruppen eingehen, die ausschließlich niedrigschwellige bzw. medizinische Suchthilfeangebote in Hamburg genutzt haben und darüber hinaus die Alkoholberatungs- und Behandlungsstellen vor dem Jahre 2001 nicht vollständig in der BADO abgebildet wurden, dürfte die tatsächliche Zahl an Hilfesuchenden die oben genannte Angabe von 53.683 Personen noch übersteigen.

1.2. Einrichtungen, Betreuungen, Klient(inn)en und Konsument(inn)engruppen in der Hamburger ambulanten Suchthilfe in 2006

Im Jahr 2006 nahmen erneut nahezu alle Einrichtungen des ambulanten Suchthilfesystems für Erwachsene an der BADO teil, zudem erstmals eine Einrichtung für Jugendliche mit Suchtproblemen. Insgesamt stellten 42 Hamburger Suchthilfeeinrichtungen ihre Daten zur Verfügung. Dies weist scheinbar auf einen leichten Rückgang der teilnehmenden Einrichtungen gegenüber dem Vorjahr hin, liegt aber hauptsächlich in der Umstrukturierung und damit auch Zusammenlegung von Einrichtungen begründet. Nach Einrichtungsarten aufgeschlüsselt, übergaben fünf Einrichtungen für legale Drogen, 13 suchtmittelübergreifende Einrichtungen, 13 Einrichtungen für illegale Drogen und 11 Einrichtungen mit dem Hauptschwerpunkt „Betreuung für Substituierte“ Daten für das Jahr 2006.

Wie Abbildung 1.2 zu entnehmen ist, wurde im Jahr 2006 ein neuer Höchstwert an Betreuungen und unterschiedlichen Personen erreicht. 16.101 Betreuungen wurden für das vorliegende Auswertungsjahr an die auswertenden Institutionen übergeben, die sich auf 13.017 unterschiedliche Personen beziehen lassen. Der Frauenanteil an dieser Gesamtgruppe beträgt wie in den Vorjahren 30 %.

Abbildung 1.2:
Anzahl der in der BADO dokumentierten Betreuungen und Personen nach Erhebungsjahr



Mit einem Anteil von ca. 40 % wurde in der Einrichtungsart „suchtmittelübergreifend“ der relativ größte Anteil an Betreuungen im Beratungs- und Behandlungssegment der Hamburger Suchthilfe geleistet. Jeweils 18 % leisteten die Einrichtungstypen „legale Drogen“ und „Betreuung Substituierter“. Die Einrichtungen des Typs „illegale Drogen“ stellen einen Anteil von 24 %.

In der Gesamtgruppe der Betreuten des Jahres 2006 sind 1.125 unterschiedliche Personen ohne eigenständige Suchtproblematik (Angehörige) enthalten, die 1.179 Betreuungen in Anspruch genommen haben. Mehr als zwei Drittel der Angehörigen (70 %) sind weiblichen Geschlechts. Trotz der grundsätzlichen Bedeutsamkeit der Angehörigenarbeit für das ambulante Suchthilfesystem wird die Gruppe der Angehörigen in den weiteren Auswertungen nicht berücksichtigt. Nach diesem Ausschluss der Angehörigen aus den weiteren Analysen liegt der Frauenanteil bei den Klient(inn)en mit eigenständiger Suchtproblematik bei 27 % und entspricht damit dem in der Bundessuchthilfestatistik für das Jahr 2006 ausgewiesenen Anteil der Frauen⁴.

In der seit dem Jahr 2005 revidierten Fassung der BADO werden auf die Frage nach der Hauptdroge eines Betreuten Mehrfachantworten zugelassen. Der Suchtberater muss sich also nicht für eine Substanz entscheiden, im Falle, dass mehrere Substanzen für die Probleme des Klienten bzw. der Klientin in Frage kommen. Wenn Tabak als Substanz nicht berücksichtigt wird, hat knapp die Hälfte der Klient(inn)en (45 %) ausschließlich eine Hauptdroge bzw. ein Hauptproblem zugewiesen bekommen (siehe Abbildung 1.3). Für nahezu ein weiteres Drittel (32 %) sind zwei oder drei Hauptsubstanzen bzw. -probleme dokumentiert worden. Im Mittel wurden 2,4 Hauptdrogen bzw. Hauptprobleme pro Klient(in) dokumentiert. Bei den männlichen Klienten ist der multiple Substanzkonsum mit durchschnittlich 2,5 gleichzeitig dokumentierten Hauptdrogen bzw. -problemen etwas stärker ausgeprägt als bei den Frauen (2,3).

⁴ Bauer, C., Hellwich A. K., Sonntag, D., (2007): Suchthilfestatistik 2006 für Deutschland. Tabellenband für ambulante Einrichtungen. Quelle: www.suchthilfestatistik.de [Eingesehen am: 20. August 2007].
Alle folgenden Verweise auf die deutsche Suchthilfestatistik beziehen sich auf diese Quelle.

Abbildung 1.3:
Anzahl der Hauptdrogen bzw. -probleme je Klient(in) in 2006 nach Geschlecht

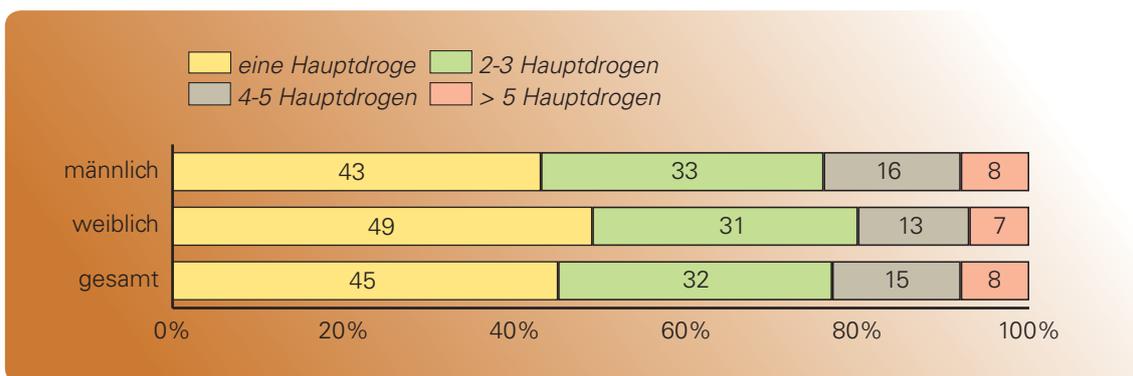
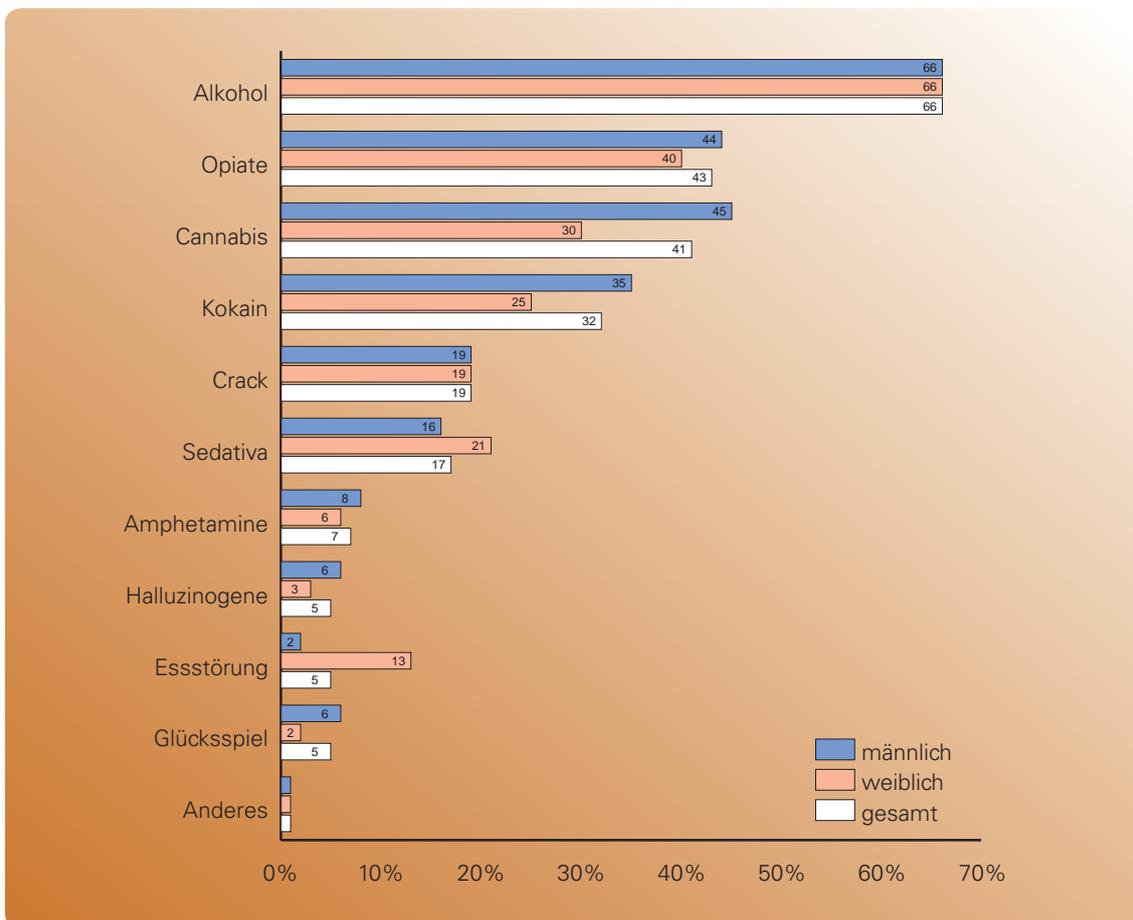


Abbildung 1.4 macht deutlich, dass 66 % aller Klient(inn)en ein Problem in Bezug auf den Alkoholkonsum aufzeigen. Damit ist Alkohol die mit Abstand am häufigsten problematisch konsumierte Substanz in der Gruppe der Personen, die professionelle ambulante Hilfe in Hamburg aufsuchen. Es folgen Opiate (43 %), Cannabis (41 %), Kokain (32 %), Crack (19 %) und Sedativa (17 %). Probleme mit dem Cannabiskonsum sind bei Männern mit einem Anteil von 45 % bemerkenswert häufiger dokumentiert worden, als bei den weiblichen Klienten (30 %). Auch Probleme mit dem Kokainkonsum (Frauen: 25 %; Männer: 35 %) und dem Glücksspiel (Frauen: 2 %; Männer: 6 %) sind in der männlichen Klientel überdurchschnittlich vorzufinden. Hingegen berichten die Frauen öfter von problematischem Sedativakonsum (Frauen: 21 %; Männer: 16 %) und Essstörungen (Frauen: 13 %; Männer: 2 %).

Abbildung 1.4:
Hauptprobleme der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht (Mehrfachantwort möglich)



Die stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Probleme der Klient(inn)en in der Hamburger Suchthilfe sind in mehr als der Hälfte der Fälle nicht nur auf einen Problembereich beschränkt. Tabelle 1.1 zeigt die Komplexität des Phänomens auf. Ausgangspunkt dieser Abbildung ist jeweils die Gesamtzahl von Konsument(inn)en einer Einzelsubstanz und auf diese bezogen der Anteil von Konsument(inn)en, die noch weitere in der BADO erfasste Hauptsubstanzen konsumieren. Auf diese Art wird z. B. deutlich, dass von den 7.485 problematisch Alkohol konsumierenden Klient(inn)en 38 % auch einen problematischen Cannabiskonsum aufweisen und etwas mehr als ein Drittel (35 %) ein Opiatproblem hat. Werden des Weiteren die 4.640 Klient(inn)en betrachtet, für die als Hauptdroge Cannabis dokumentiert wurde, so zeigt sich, dass 61 % dieser Gruppe auch Alkohol konsumieren und 58 % ebenfalls Opiate. Außerdem wird deutlich, dass der problematische Konsum von Crack ohne gleichzeitigen Opiatkonsum nur sehr selten auftritt. So wurde für 92 % der 2.163 Crackklient(inn)en auch ein problematischer Konsum von Opiaten dokumentiert.

Im Tabellenband der deutschen ambulanten Suchthilfestatistik für 2006 werden 2.436 Betreuungen für Personen aufgeführt, bei denen auch eine Einzeldiagnose „Crack“ vorliegt. In Anbetracht der Hamburger Zahlen zur ambulanten Suchthilfe verdeutlicht sich, dass die im bundesweiten ambulanten Hilfesystem betreuten Crackklient(inn)en vorwiegend in Hamburg dokumentiert wurden und Crack damit ein stark regionales Problem darstellt.⁵

Tabelle 1.1:
Hauptproblem der Klient(inn)en in 2006 nach weiteren dokumentierten Hauptproblemen

	Alkohol	Cannabis	Opiate	Kokain	Crack
Alkohol	N=7.485	61%	55%	63%	54%
Cannabis	38%	N=4.640	55%	70%	63%
Opiate	35%	58%	N=4.851	74%	92%
Kokain	31%	55%	56%	N=3.640	71%
Crack	16%	29%	41%	42%	N=2.163
Halluzinogene	7%	12%	10%	14%	14%
Amphetamine	8%	15%	11%	18%	15%
Sedativa	18%	28%	34%	36%	43%
Essstörung	5%	5%	5%	6%	6%
Glücksspiel	3%	4%	4%	4%	4%
	Halluzinogene	Amphetamine	Sedativa	Essstörung	Glücksspiel
Alkohol	84%	75%	70%	60%	44%
Cannabis	92%	83%	67%	44%	31%
Opiate	78%	62%	85%	46%	33%
Kokain	85%	80%	67%	37%	29%
Crack	49%	39%	47%	23%	17%
Halluzinogene	N=601	41%	17%	7%	7%
Amphetamine	57%	N= 838	18%	11%	6%
Sedativa	54%	41%	N= 1.959	34%	16%
Essstörung	7%	7%	10%	N= 570	4%
Glücksspiel	6%	4%	4%	4%	N= 542

Die dargestellten Prozentangaben sind jeweils spaltenweise zu lesen. Lesebeispiel: Von den insgesamt 7.485 betreuten Personen mit einem Alkoholproblem haben 38 % auch ein Problem mit Cannabis. Insgesamt 35 % dieser Klientel konsumiert zusätzlich zum Alkohol noch Opiate. Bezogen auf die Klient(inn)en mit einem dokumentierten Cannabiskonsum (N=4.640), weisen 61 % auch ein Alkoholproblem auf. 29 % dieses Personenkreises konsumieren neben dem Cannabis auch noch Crack.

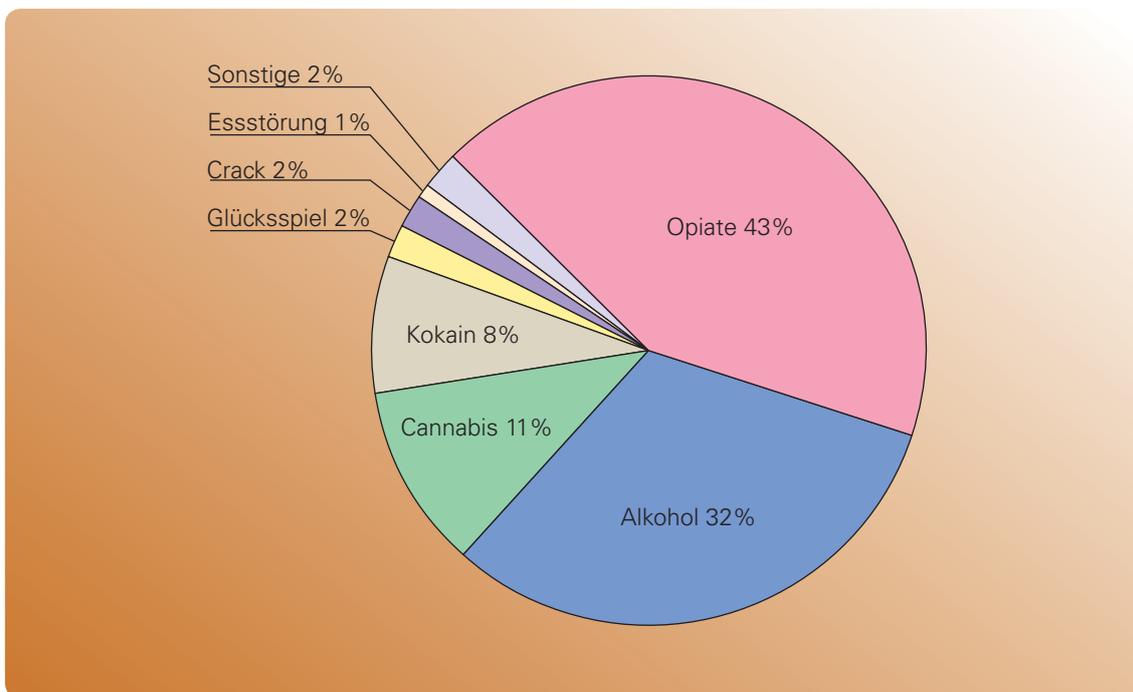
⁵ 1.873 Betreuungen mit einer Einzeldiagnose zu Crackkonsum aus Hamburg flossen im Jahr 2006 aus der Hamburger BADO in die Suchthilfestatistik ein. Dieser Wert liegt unterhalb des hier referierten Wertes, da an die Suchthilfestatistik für Deutschland nur nicht integrierte Rohwerte auf Betreuungsebene übergeben werden, bei denen keine Ersetzungen von „missings“ über Personenabgleiche mittels des HIV-Codes durchgeführt wurden.

Zur Komplexitätsreduktion und zur Vergleichbarkeit mit wissenschaftlichen Befunden und den Ausführungen des Vorjahres werden die Daten zu Hauptsubstanzen verdichtet, so dass diese den üblichen Kategorien entsprechen, die weitestgehend die Rechtssituation, und somit auch die Lebenssituation der Konsumenten abbilden. Grundsätzlich wären auch andere Formen der Zusammenfassung der Hauptsubstanzen möglich.

Um eine Verdichtung der Daten zu ermöglichen, werden alle Angaben zur Hauptsubstanz einer Hierarchisierung unterzogen. Auf der ersten Ebene werden Opiatkonsument(inn)en herausgefiltert (ohne Rücksicht darauf, welche weiteren Substanzen oder Probleme vorliegen) und der Gruppe der Opiatklient(inn)en zugeordnet. Klient(inn)en, die nicht Opiate konsumieren, aber Crack, werden unabhängig von weiteren vorliegenden Konsumproblemen der Hauptgruppe Crack zugeordnet. Die nächste Integrationsebene stellt Kokain dar, gefolgt von Halluzinogenen, Amphetaminen, Cannabis, Alkohol, Sedativa und weiteren legalen Suchtstoffen bzw. nicht stoffgebundenen Suchtproblemen.

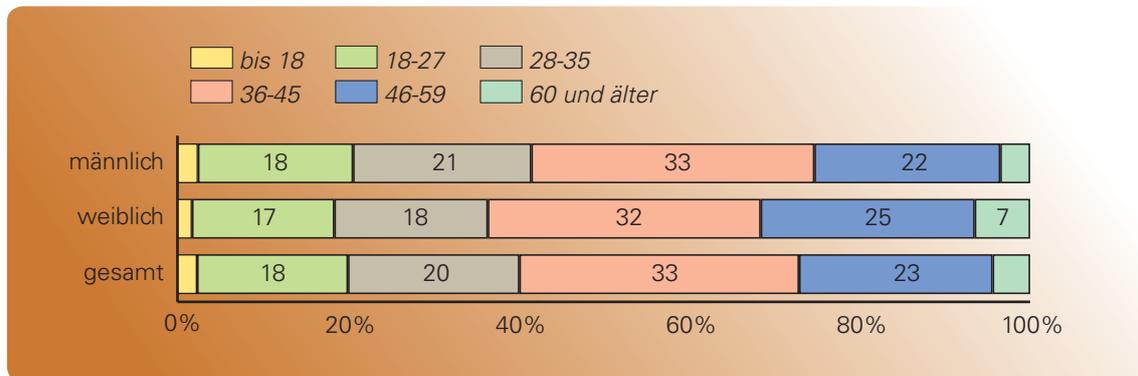
Im Ergebnis dieser Hierarchisierung werden 43 % der Klient(inn)en in der Gruppe der Personen mit Opiatproblemen geführt (siehe Abbildung 1.5). Obwohl bei 41 % aller Klient(inn)en der Cannabiskonsum als ein Hauptproblem dokumentiert wurde, umfasst die Cannabisgruppe nach der Hierarchisierung lediglich 11 % der gesamten Klientel. Das heißt, ein Großteil der Personen, bei denen ein Problem mit Cannabis dokumentiert wurde, ist aufgrund des gleichzeitigen Konsums anderer illegaler Substanzen im Rahmen der Hierarchisierung anderen Hauptgruppen zugewiesen worden. In der Gruppe Cannabis sind nunmehr nur solche Klient(inn)en zu finden, die Cannabis und gegebenenfalls weitere legale Suchtmittel problematisch konsumieren oder aber nicht stoffgebundene Süchte aufweisen. Die nach Auswertung der Mehrfachantwort zur Hauptdroge größte Gruppe, die der Klient(inn)en mit Alkoholstörung, stellt nach der Hierarchisierung nunmehr nur noch die zweitgrößte Gruppe mit einem Anteil von 32 %. In der Alkoholgruppe sind nur noch Klient(inn)en mit legalen Suchtverhalten zu finden. Den Hauptgruppen Opiate, Alkohol, Cannabis und Kokain können knapp 94 % der Klientel der Hamburger ambulanten Suchthilfeeinrichtungen zugewiesen werden. Jede dieser Hauptgruppen wird im Bericht in einem eigenen Kapitel beschrieben. Alle weiteren Gruppen werden in den folgenden Berichtsteilen nicht weiter beschrieben, da die Gruppengrößen für eine Jahresauswertung zu gering sind und die Validität der Daten nicht gewährleistet werden kann.

Abbildung 1.5:
Hauptdroge zusammengefasst (hierarchisiert) der Klient(inn)en in 2006



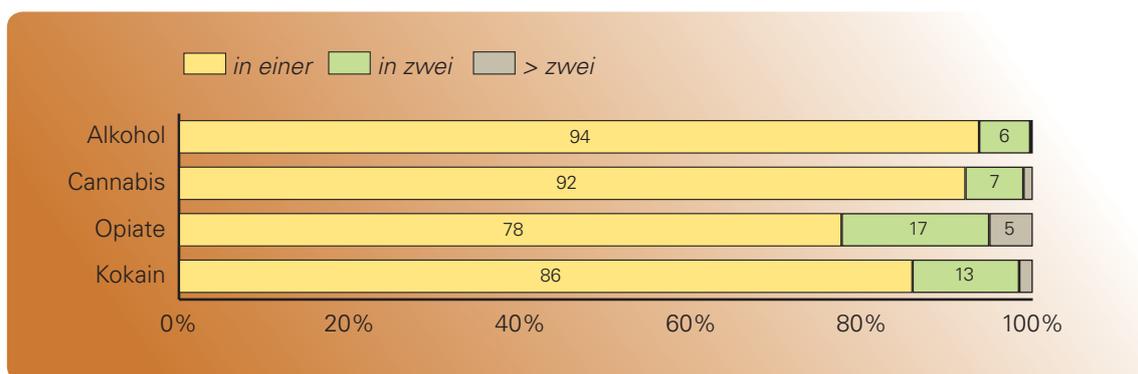
93% der Hamburger Klientel der ambulanten Suchthilfe sind in den Altersgruppen von 18 Jahren bis 59 Jahren zu finden (Abbildung 1.6). Genau ein Fünftel der Klient(inn)en ist jünger als 28 Jahre. Im Mittel weisen Frauen zu Betreuungsbeginn ein durchschnittliches Lebensalter von 39 Jahren auf (Männer: 37 Jahre). Damit unterscheidet sich das Lebensalter der Hamburger Klientel nicht von dem, in der deutschen Suchthilfestatistik für das Jahr 2006 ausgewiesenen Wert.

Abbildung 1.6:
Alter der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht



Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, in wie weit die Klient(inn)en innerhalb eines Jahres Leistungen in mehreren Einrichtungen der Hamburger ambulanten Suchthilfe nachfragen. Solche Mehrfachbetreuungen kommen beispielsweise immer dann regelmäßig und gewollt vor, wenn Klient(inn)en in den Drogenambulanzen mit Substitutionsmitteln versorgt, ihre psychosoziale Betreuung aber durch andere Einrichtungen des Hilfesystems geleistet werden. Oder aber wenn Klienten innerhalb eines Jahres inhaftiert werden und vorher oder nachher eine Suchtberatungsstelle aufsuchen. Die überwiegende Zahl der betreuten Personen (88 %) nimmt Hilfe in nur einer Einrichtung in Anspruch. Bezogen auf die vier bedeutsamsten Hauptgruppen (Alkohol, Opiate, Kokain, Cannabis) zeigt sich, dass zumeist Konsument(inn)en von Opiaten, und Kokain überdurchschnittlich häufig in unterschiedlichen Einrichtungen betreut werden (siehe Abbildung 1.7).

Abbildung 1.7:
Mehrfache Betreuungen in unterschiedlichen Einrichtungen von Klient(inn)en in 2006 nach Hauptdroge bzw. -problem



In den folgenden Kapiteln werden zu einer Reihe von Fragestellungen Vergleiche zur deutschen Suchthilfestatistik vorgenommen. Hierbei ist jedoch grundsätzlich zu beachten, dass sich sowohl die Klientel wie auch das Suchthilfesystem in Großstädten wie Hamburg oder auch Berlin in Bezug auf eine Vielzahl von gesellschaftlichen, ökonomischen sowie sozialen Gegebenheiten grundlegend von der Situation der Suchthilfe Gesamtdeutschlands unterscheiden. So ist anzunehmen, dass die für Großstädte charakteristische schlechtere ökonomische und finanzielle Situation der Klientel sowie die Schwierigkeiten im sozialen Bereich Auswirkungen auf die Struktur der ambulanten Suchthilfe und den Verlauf von ambu-

lantem Suchthilfemaßnahmen haben. Gleiches gilt in Bezug auf das in Großstädten oftmals breiter und spezifizierter angelegte Hilfeangebot, welches dazu führt, dass hier andere (zusätzliche) Problemgruppen erreicht werden bzw. bestimmte Problemgruppen länger im Hilfesystem gehalten werden können, als in den weniger urbanen Regionen Deutschlands.

Beispielhaft seien die Auswirkungen dieser (strukturellen) Unterschiede zwischen Großstädten und der gesamten westdeutschen Situation an der Betreuungsdauer für die Opiatklientel veranschaulicht. Für Hamburg lässt sich ein diesbezüglicher Wert (nach Ausschluss von Einmalkontakten) von 229 Tagen ermitteln. Die für Berlin (für das Jahr 2005) angegebene Dauer liegt noch etwa einem Monat darunter.⁶ Die deutsche Suchthilfestatistik für Westdeutschland weist hingegen eine mittlere Betreuungsdauer von 300 Tagen aus⁷.

6 Bauer, C., Hellwich, A. K., Sonntag, D., (2006): Suchthilfestatistik 2005. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen des Landes Berlin. IFT Institut für Therapieforchung, München. Quelle: www.berlin.de/imperia/md/content/lb-drogen-sucht/jahresbilanz/bericht2005_ambu.pdf [Eingesehen am: 20. August 2007].

7 Obwohl der für 2006 gültige deutsche Kerndatensatz vorsieht, Betreuungen erst ab dem zweiten Kontakt zu dokumentieren, kann nicht ausgeschlossen werden, dass dennoch Einmalkontakte sowohl in die deutsche Suchthilfestatistik als auch in die Berliner Auswertung eingeflossen sind.

2. Alkohol

Im Jahre 2006 wurden in 37 Einrichtungen der Hamburger Suchthilfe insgesamt 4.209 Betreuungen für Klient(inn)en mit Alkoholproblemen dokumentiert. Diese 4.209 Betreuungen lassen sich nach Analyse des HIV-Codes auf 3.626 unterschiedliche Personen beziehen, wovon etwas mehr als ein Drittel (34 %) weiblichen Geschlechts ist. Nachdem es im Jahre 2005 aufgrund von Umstrukturierungen in der Hamburger Suchthilfe zu einem Rückgang der durchgeführten Betreuungen (N=3.605) bzw. erreichten Personen gekommen war, entsprechen die Zahlen des laufenden Berichtsjahres somit wieder dem Niveau des Jahres 2004 (N=4.290 Betreuungen).

2.1. Betreuungen

Die für die Alkohol Klientel im Jahre 2006 geleisteten 4.209 Betreuungen wurden zu einem weit überwiegenden Teil in Einrichtungen für legale Drogen (51 %) bzw. Einrichtungen des Typs „suchtmittelübergreifend“ (43 %) erbracht. Aufgabengemäß waren Einrichtungen für Konsument(inn)en illegaler Substanzen (5 %) und Einrichtungen für Substituierte (1 %) nur in geringem Umfang an der Betreuung dieses Personenkreises beteiligt.

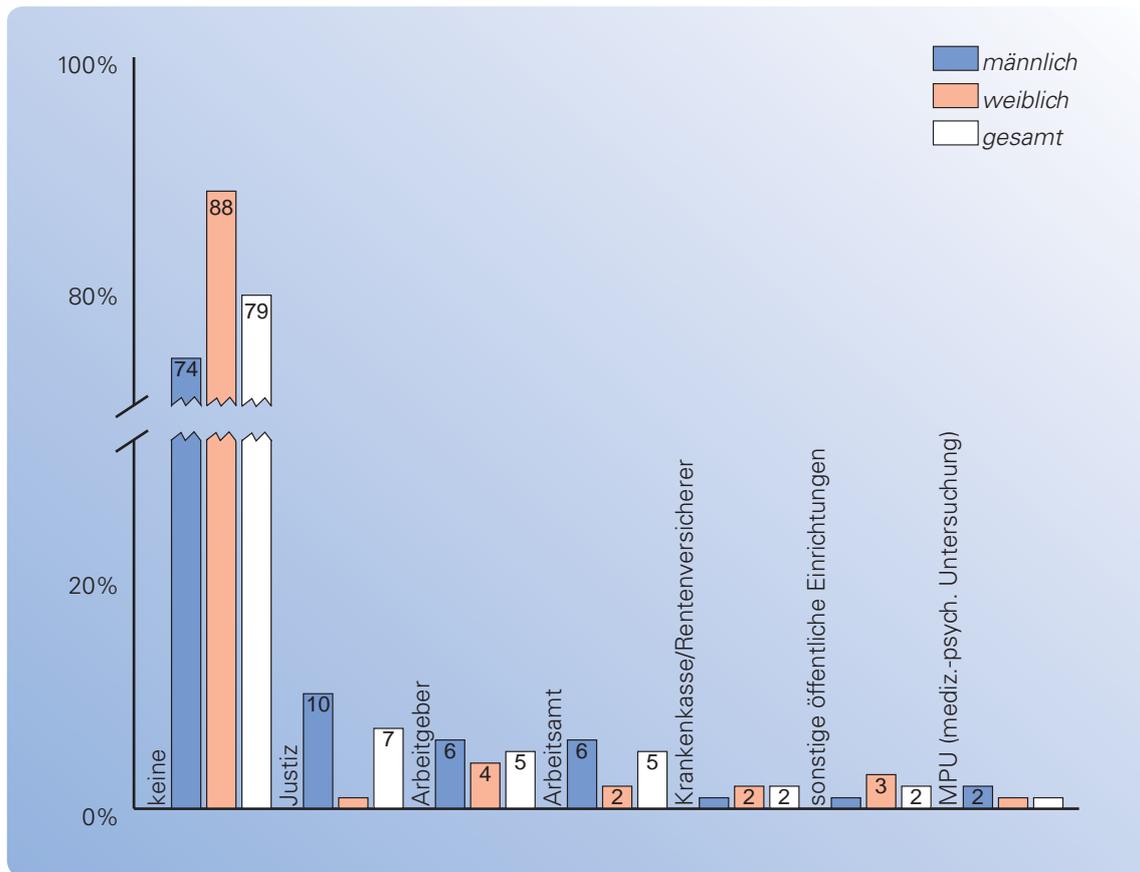
Neun von zehn Betreuungen erfolgen in Form einer ambulanten Beratung bzw. Behandlung. Jede Achte (12 %) beinhaltet niedrigschwellige Hilfen und bei 9 % wird eine ambulante Rehabilitation durchgeführt. Alle weiteren in der BADO erhobenen Betreuungstypen spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Während einer Betreuung kommt es oftmals zu weiteren Betreuungen in anderen Bereichen des Suchthilfesystems. Für mehr als jede zweite Betreuung (57 %) sind solche ergänzenden Betreuungen dokumentiert worden. Der Frauenanteil liegt mit 60 % sechs Prozentpunkte höher als für die männliche Klientel. Überwiegend finden diese ergänzenden Betreuungen in stationären Einrichtungen und in Selbsthilfegruppen statt. So suchen 26 % der weiblichen und 20 % der männlichen Klientel während der dokumentierten Betreuung auch Selbsthilfegruppen auf. Jede sechste durchgeführte Betreuung für Personen mit Alkoholproblemen (17 %) wird durch eine Entzugsbehandlung ergänzt.

In vier von fünf Fällen (79 %) kommen die Klient(inn)en ohne Auflagen in die Betreuung (siehe Abbildung 2.1). Der Anteil der Frauen mit Auflagen liegt mit 12 % deutlich unter dem der männlichen Alkohol Klienten (26 %). Auflagen werden zumeist durch die Justiz (7 %), den Arbeitgeber (5 %) oder das Arbeitsamt (5 %) erteilt. Der Klient(inn)enanteil mit einer Auflage durch das Arbeitsamt bzw. der ARGE ist somit gegenüber dem Vorjahr von einem Prozent auf fünf Prozent angestiegen.

Bei der Betrachtung der Kontaktempfehlung zeigt sich, dass genau ein Viertel der Alkohol Klientel aus eigener Initiative eine Beratungsstelle des Hilfesystems aufsucht. Eine fast ebenso große Gruppe von 21 % wird über stationäre Einrichtungen und weitere 14 % über medizinische Einrichtungen in die Betreuung vermittelt. Die beiden letztgenannten Angaben machen die weitgehend funktionierende Vernetzung zwischen dem ambulanten Suchthilfesystem und den anderen Bereichen der Suchtkrankenhilfe Hamburgs deutlich. Über Familie, Freunde oder Partner wird nur für einen kleineren Teil der Alkohol Klientel (9 %) der Kontakt zu den Einrichtungen hergestellt.

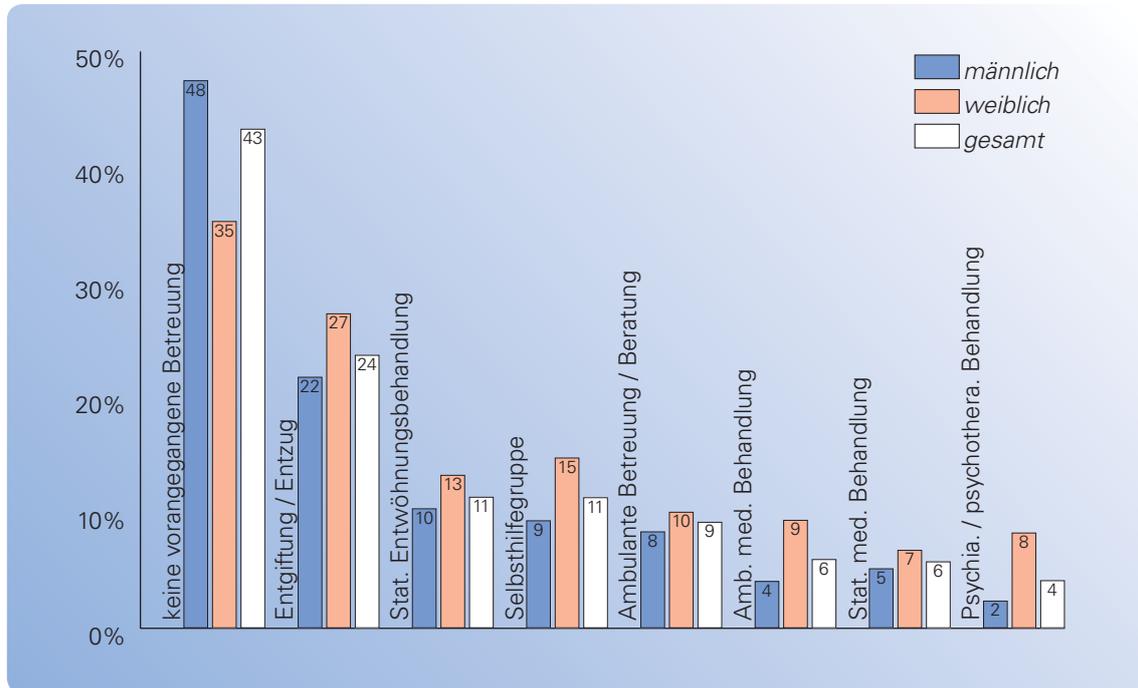
Abbildung 2.1:
Auflagen für Betreuungen in 2006 nach Geschlecht



Die Vernetzung zwischen der ambulanten Suchthilfe für Personen mit Alkoholproblemen und zumeist stationären suchtspezifischen Maßnahmen wird aus Abbildung 2.2 erkennbar. 57 % der laufenden Betreuungen gingen Maßnahmen zur Suchtbehandlung innerhalb der letzten 60 Tage vor dem aktuellen Betreuungsbeginn voraus. Am häufigsten wurden in diesen Zusammenhang die Entzugsbehandlung (24 %), die stationären Entwöhnungsbehandlungen (11 %), die Selbsthilfegruppen (11 %) und die ambulante Beratung bzw. Behandlung (9 %) genannt.

Der Frauenanteil mit zumindest einer suchtspezifischen Maßnahme innerhalb der letzten 60 Tage vor Betreuungsbeginn liegt mit 65 % deutlich höher als der der männlichen Klienten mit 52 %.

Abbildung 2.2:
Vorangegangene Betreuungen während der letzten 60 Tage vor Betreuungsbeginn in 2006
nach Geschlecht (Mehrfachantwort möglich)

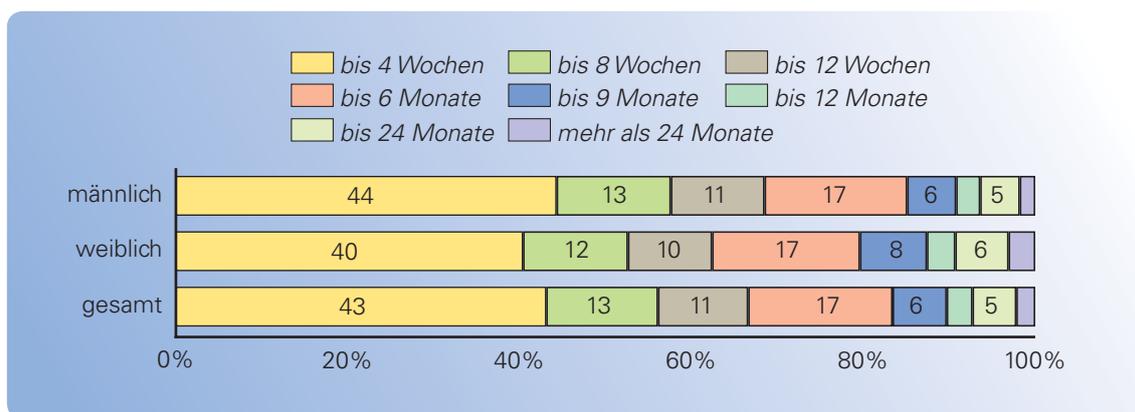


Von den 4.209 Betreuungen des Jahres 2006 wurden deutlich mehr als die Hälfte (2.651 Betreuungen) im laufenden Berichtsjahr abgeschlossen. Die mittlere Betreuungsdauer lag bei 115 Tagen, mit deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschieden. Männliche Klienten wurden im Mittel 108 Tage betreut, Frauen hingegen durchschnittlich 130 Tage. Werden, wie in der deutschen Suchthilfestatistik, Einmalkontakte nicht einbezogen, so ergibt sich für die Hamburger Klientel eine mittlere Betreuungsdauer von 152 Tagen. In der deutschen Suchthilfestatistik wird mit einem Durchschnitt von 213 Tagen eine deutlich längere Betreuungsdauer angegeben, es finden sich jedoch die gleichen geschlechtsspezifischen Unterschiede wie in Hamburg.

Im Vergleich zum Jahre 2003 hat sich die dokumentierte Betreuungsdauer in der Hamburger BADO um 100 Tage verkürzt. Ein Teil des Rückganges kann wohl durch die genauere Operationalisierung einer Betreuungsphase im Zuge der Umstellung der BADO im Jahre 2005 erklärt werden. So liegt die Reduktion der Betreuungszeit von 2004 auf 2005 bei 60 Tagen. Die darüber hinausgehende Verringerung bleibt erklärungsbedürftig. Gegenüber dem Vorjahr gibt es einen Rückgang in der mittleren Dauer aller im Jahre 2006 durchgeführten Betreuungen um 17 Tage.

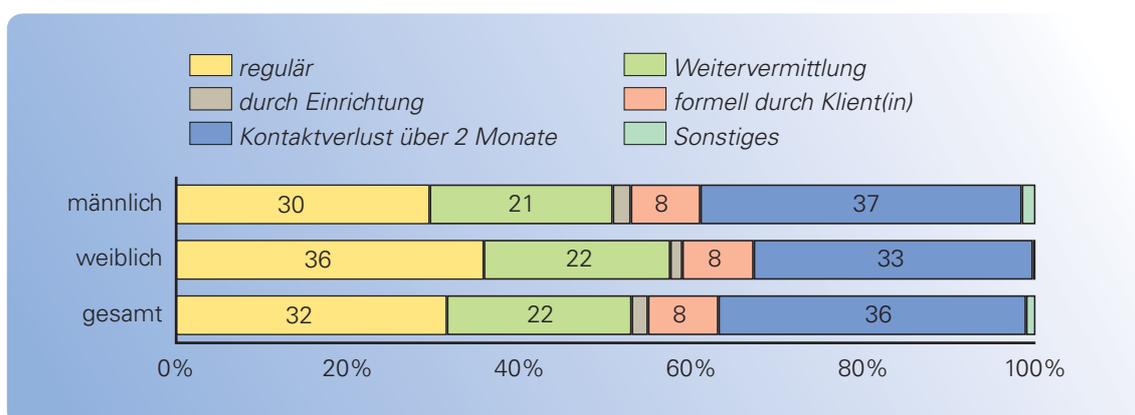
Im Vergleich mit der deutschen Suchthilfestatistik ist in Hamburg der hohe Anteil von Kurzbetreuungen (bis 4 Wochen) auffällig (siehe Abbildung 2.3). Während in Hamburg 43 % aller Betreuungen innerhalb eines solchen kurzen Zeitrahmens stattfinden, beträgt dieser Anteil in der deutschen Suchthilfestatistik lediglich 17 %. Hier überwiegen die Betreuungen mit einer Dauer über 12 Wochen (60 %; Hamburg: 33 %).

Abbildung 2.3:
Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in 2006 nach Geschlecht



Die Bedeutung der Betreuungsdauer für einen planmäßigen Abschluss einer Betreuung und damit auch für die Reduktion des Alkoholkonsums, sowie die Verringerung der gesundheitlichen und psychischen Belastungen wurde ausführlich im BADO-Bericht des vorangegangenen Jahres beschrieben. In Kenntnis dieses Sachverhaltes mag es deshalb auch nicht verwundern, dass die oben berichtete Abnahme der mittleren Betreuungsdauer in Hamburg seit dem Jahre 2003 mit einem geringer werdenden Anteil planmäßiger Abschlüsse der Betreuungsphasen innerhalb dieses Zeitraumes korrespondiert. Betrug der Anteil planmäßig (durch Weitervermittlung oder reguläre Beendigung) beendeter Betreuungen im Jahre 2003 noch 63 %, so sind es im laufenden Berichtsjahr mit 53 % (reguläre Beendigung: 32 %; Weitervermittlung: 22 %) bemerkenswert weniger Betreuungen, für die ein planmäßiges Ende dokumentiert worden ist¹ (siehe Abbildung 2.4). In der deutschen Suchthilfestatistik für das Jahr 2006 wird ein Anteil von 63 % regulär beendeter bzw. weitervermittelter Betreuungen ausgewiesen. Dem entsprechend ist der Anteil von durch Kontaktverlust oder durch die formelle Beendigung der Klient(inn)en beendeten Betreuungen in Hamburg mit 44 % deutlich höher, als in der deutschen Suchthilfestatistik (34 %). Die durchschnittliche Betreuungsdauer in Hamburg für Personen mit Alkoholproblemen, bei denen Kontaktverlust als Beendigungsgrund angegeben wurde, liegt bei 85 Tagen. Wenn es gelingt, die Haltequalität der Einrichtungen für diese Klientel zu verbessern, dürften sich auch die Anteile erfolgreicher Formen der Beendigung einer Betreuung deutlich erhöhen.

Abbildung 2.4:
Art der Beendigung der Betreuungen in 2006 nach Geschlecht

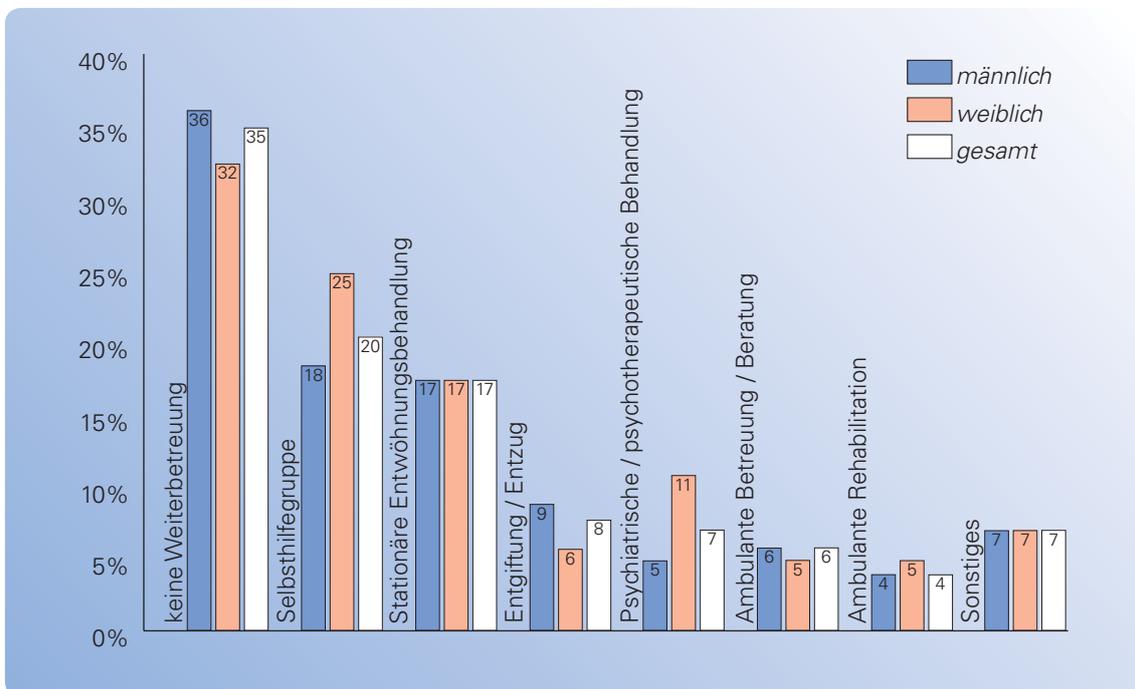


¹ Werden nur die beendeten Betreuungen mit mehr als einem Kontakt zur Einrichtung betrachtet, zeigt sich in Bezug auf den Anteil planmäßiger Beendigungen (regulär bzw. durch Weitervermittlung) kein nennenswerter Unterschied.

Die Beendigung einer Betreuung bedeutet nicht zwangsläufig, dass kein weiterer Hilfebedarf mehr besteht. Vielmehr wird die Mehrzahl der beendeten Betreuungen (65 %) in anderen Einrichtungen oder Maßnahmen des Suchthilfesystems fortgeführt (siehe Abbildung 2.5). Als besonders bedeutsam sind in diesem Zusammenhang die Selbsthilfegruppen zu nennen (20 %).

Wie schon bei den vorangegangenen und den ergänzenden Betreuungen liegt auch hier der Frauenanteil über dem der männlichen Alkohol Klienten (25 %; Männer: 18%). Unabhängig vom Geschlecht werden 17 % der beendeten Betreuungen in Form stationärer Entwöhnungsmaßnahmen und 7 % in Form psychotherapeutischer Behandlungen (Frauen: 11 %; Männer: 5 %) fortgeführt. Weiterbetreuungen in Form einer Entgiftung oder einer Entzugsbehandlung sind für 8 % der Betreuungen dokumentiert worden. Dieser geringe Anteil relativiert sich jedoch, wenn berücksichtigt wird, dass 24 % der Klient(inn)en bei Betreuungsbeginn aus dem Entzug kommen und weitere 17 % einen Entzug während der Betreuung in der Einrichtung in Anspruch nehmen.

Abbildung 2.5:
Weiterbetreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen in 2006 nach Geschlecht
(Mehrfachantwort möglich)



Zusammenfassung: Betreuungen

Im Jahre 2006 sind in der Hamburger Suchthilfe insgesamt 4.209 Betreuungen dokumentiert worden. Nach dem Rückgang der Betreuungszahl im Jahre 2005 (N=3.605) ist im laufenden Berichtsjahr somit wieder das Niveau des Jahres 2004 (N=4.290) erreicht worden. Wie schon im Jahre 2005, ist der Kontakt zu den Einrichtungen auch im laufenden Berichtsjahr oftmals auf Grund der eigenen Motivation der Klient(inn)en bzw. der Empfehlung anderer Einrichtungen der Suchthilfe zustande gekommen. Die durchschnittliche Betreuungsdauer im Jahre 2006 beträgt 115 Tage und ist somit 17 Tage geringer als im Jahr zuvor. Zum Vorjahr gleich geblieben sind hingegen die Anteile regulärer Beendigungen (32 %) und Weitervermittlungen (22 %) von Betreuungen.

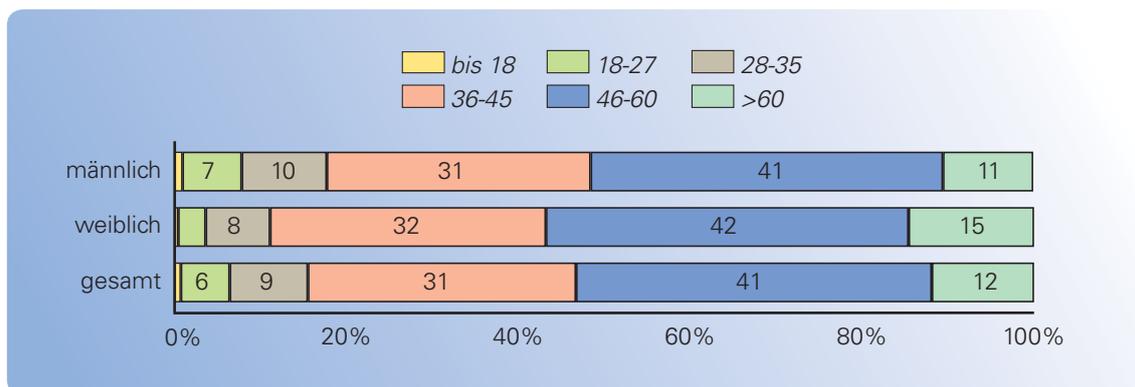
2.2. Personen

In diesem Abschnitt werden die Daten der Alkoholclient(inn)en auf Personenebene dargestellt. Liegen zu einer Person mehrere Betreuungen für das Auswertungsjahr 2006 vor, so werden nur die Angaben zur letzten aktuellen Betreuung dargestellt, um Doppelzählungen zu vermeiden. Weist die letzte aktuelle Betreuung eines BADO-Items ein so genanntes „missing“ auf, ist also keine Angabe vorhanden, so werden die Informationen vorangegangener Betreuungen herangezogen, um diese fehlenden Einträge zu ersetzen. Darüber hinaus gehen nur die jeweils zuletzt zu einem Item dokumentierten Angaben in die nachfolgenden Auswertungen ein. Der Zustand zu Betreuungsbeginn wird, sofern nicht explizit ausgewiesen, in diesem Abschnitt nicht ausgewertet. Dieses Vorgehen gewährleistet, dass im Folgenden die aktuelle Situation der Hamburger Klient(inn)en dargestellt werden kann.

Im Jahr 2006 wurden 3.626 unterschiedliche Personen mit einer Alkoholproblematik in der ambulanten Hamburger Suchthilfe betreut. Das mittlere Alter dieser Klient(inn)engruppe liegt bei 46,1 Jahren (Männer: 45,4 Jahre; Frauen: 47,5 Jahre). Damit ist das mittlere Alter im Vergleich zum Vorjahr um 0,5 Jahre leicht angestiegen. Die deutsche Suchthilfestatistik zeigt einen Referenzwert von 43,6 Jahren auf, wobei zu beachten ist, dass sich dieser auf den Betreuungsbeginn bezieht. Aber selbst wenn die Angaben zum Alter der Hamburger Alkoholklientel analog zur deutschen Suchthilfestatistik bestimmt werden, liegt der gefundene Mittelwert etwa 2 Jahre über dem Durchschnitt der Bundesstatistik.

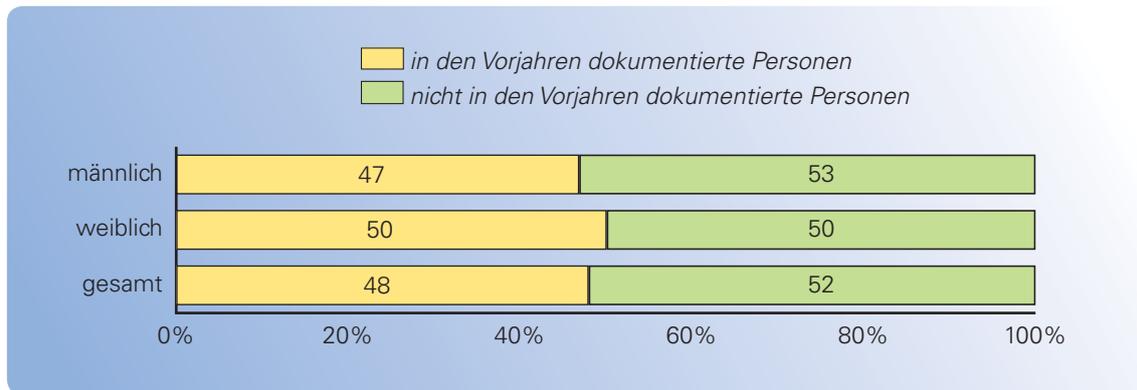
Im Hamburger Hilfesystem finden sich nur vergleichsweise wenige Klient(inn)en mit einem Alkoholproblem, die jünger als 28 Jahre sind. Aus Abbildung 2.6 wird deutlich, dass der überwiegende Teil dieser Klientel (72 %) zwischen 36 und 60 Jahre alt ist.

Abbildung 2.6:
Alter der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht



Aus der Versorgungsperspektive ist es von Interesse zu wissen, wie hoch der Anteil von Menschen mit Alkoholproblemen ist, die im Jahre 2006 erstmals vom Hamburger ambulanten Hilfesystem erreicht wurden. Wenn der HIV-Code der 2006er Klientel mit den HIV-Codes der neun davor liegenden BADO-Jahre abgeglichen wird, so findet sich, dass 48 % der Klient(inn)en dieser Hauptgruppe auch schon in mindestens einem der Vorjahre die ambulante Hamburger Hilfe in Anspruch genommen haben (siehe Abbildung 2.7). Ein anderes Bild ergibt sich, wenn nur die Überlappung der Klientel von 2005 zu 2006 betrachtet wird. Etwas mehr als ein Drittel (36 %) der Alkoholclient(inn)en des Jahres 2006 wurde auch schon in 2005 betreut. Bei einer durchschnittlichen Betreuungszeit von 115 Tagen liegt dieser Wert genau im Rahmen der Erwartungen, da sich etwa ein Drittel der Betreuungen aus 2005 bei der gegebenen mittleren Betreuungslänge in das Jahr 2006 erstrecken muss.

Abbildung 2.7:
In mindestens einem der Vorjahre bereits in der BADO dokumentierte Klient(inn)en des Jahres 2006 nach Geschlecht



2.3. Konsum und Behandlungsvorerfahrungen.

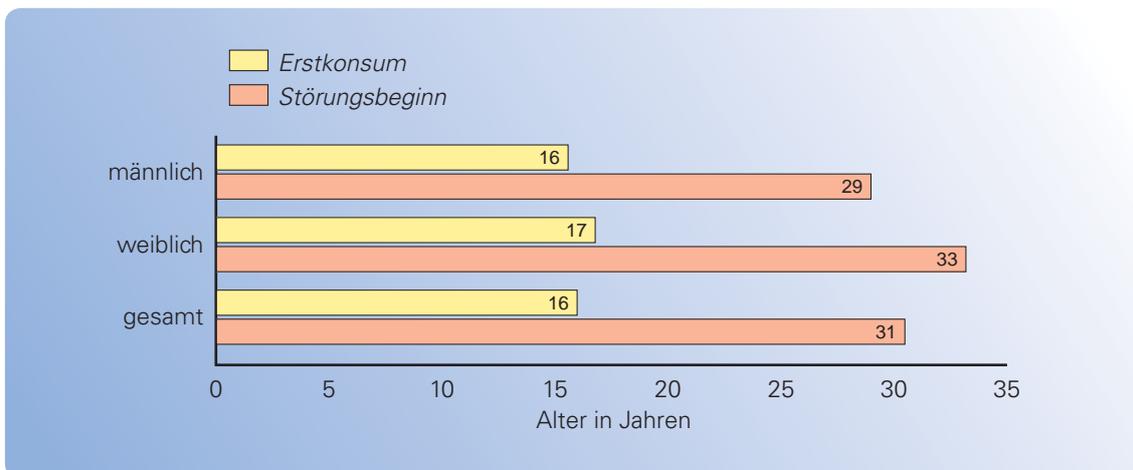
Ein über das Alkoholproblem hinausgehendes Suchtverhalten findet sich nur bei einer sehr kleinen Gruppe der hier betrachteten Klientel. So liegt bei 4 % auch ein Hauptproblem in Zusammenhang mit Medikamentenmissbrauch vor, bei 3 % ist eine Essstörung zusätzlich beschrieben und 2 % zeigen ein problematisches Glücksspielverhalten.

Das Alter bei Erstkonsum und Störungsbeginn von Alkohol ist in Abbildung 2.8 wiedergegeben. Im Mittel tranken die Alkoholclient(inn)en erstmals in einem Alter von 16,0 Jahren Alkohol. Dieser Wert liegt somit geringfügig höher als in der Suchthilfestatistik für Deutschland (15,2 Jahre). Differenziert nach Geschlecht ergibt sich für die männliche Hamburger Klientel ein Einstiegsalter in den Alkoholkonsum von 15,6 Jahren (Suchthilfestatistik: 14,9 Jahre) und 16,8 Jahre für die weiblichen Klienten (Suchthilfestatistik: 16,1 Jahre).

Der Störungsbeginn, also der Zeitpunkt, ab dem das Leben der Klient(inn)en durch den Alkoholkonsum nachhaltig beeinträchtigt wurde, liegt bei 30,5 Jahren, mit starken geschlechtsspezifischen Unterschieden. So berichten die weiblichen Klienten, dass ihre alkoholbedingte Störung im Mittel mit 33 Jahren auftrat. Bei einem mittleren Alter von 47,5 Jahren, leben somit die von Alkoholproblemen betroffenen Frauen im Durchschnitt schon etwas mehr als 14 Jahre mit ihrer Störung. Die männliche Klientel, bei der ein mittlerer Störungsbeginn von 29 Jahren dokumentiert wurde, ist hiervon noch etwa zwei Jahre länger (16,4 Jahre) betroffen.

Die letztgenannten Angaben sind jedoch nicht mit der ersten Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfe zu verwechseln. Seit dem Jahre 2005 wird in der BADO das Lebensjahr des Erstkontaktes zur Suchthilfe erhoben. Dieses liegt im Jahre 2006 bei 40,9 Jahren (Frauen 41,8 Jahre; Männer: 40,4 Jahre). Daraus folgt, dass die Klientel etwa zehn Jahre nach Störungsbeginn erstmals um suchtspezifische Hilfe nachsucht. Dies bedeutet aber auch, dass sich im Mittel die Alkoholclient(inn)en schon mehr als fünf Jahre im Hilfesystem bewegen. Der oftmals chronische Verlauf einer Alkoholproblematik findet sich somit in den Angaben der Basisdatendokumentation wieder.

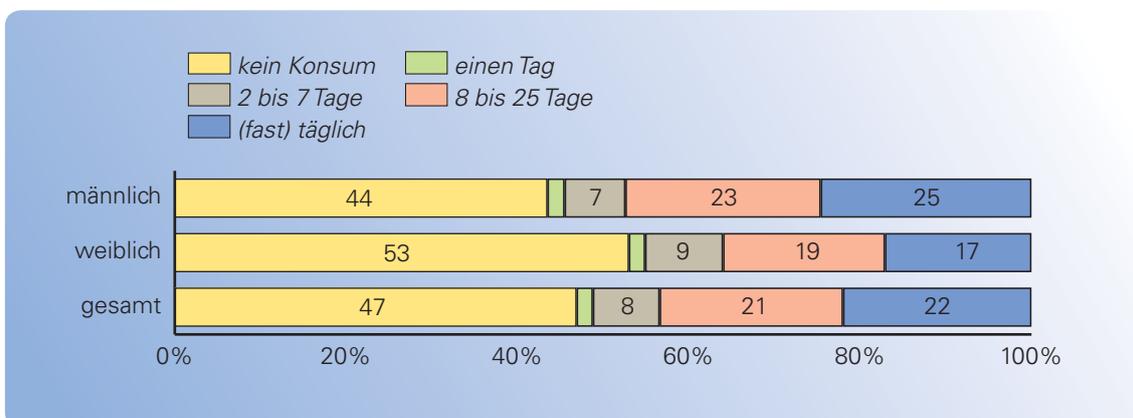
Abbildung 2.8:
Alter des Erstkonsums und des Störungsbeginns von Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht



Werden die Vorbehandlungen der Alkohol Klient(inn)en betrachtet, so lässt sich festhalten, dass 60 % dieses Personenkreises während des bisherigen Lebens mindestens einen stationären Entzug in Anspruch genommen haben; Frauen mit 65 % häufiger als Männer (57 %). Fast jede(r) Fünfte (19 %) weiß von drei oder mehr solcher Behandlungen zu berichten. 40 % der Klient(inn)en haben mindestens eine stationäre Rehabilitation zur Behebung der Suchterkrankung unternommen und etwas mehr als jede(r) Siebte (15 %) eine ambulante Rehabilitation. Bzgl. der letztgenannten Art der Vorbehandlung liegt der Anteil der Frauen mit 19 % bemerkenswert höher als der für die männliche Klientel (13 %). Nahezu jede(r) dritte Alkohol Klient(in) weist Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen auf (30 %). Wiederum berichtet die weibliche Klientel mit 35 % häufiger hiervon, als die Männer (29 %).

Die Verteilung der Häufigkeit des Alkoholkonsums (aktuell), Inhaftierte ausgenommen, deutet auf ein stark heterogenes Konsumverhalten der Klient(inn)en hin (siehe Abbildung 2.9). Nahezu die Hälfte der Klientel (47 %) konsumiert keinen Alkohol, etwas mehr als ein Fünftel (22 %) hingegen (fast) täglich. Das Aufgabenspektrum der ambulanten Suchthilfe wird hier ablesbar: einerseits die Aufrechterhaltung der Abstinenz, andererseits die Einleitung von Maßnahmen zur Abstinenz oder Konsumreduktion. Die Abstinenz fast jeder zweiten Person mit Alkoholproblemen macht aber deutlich, dass die durch die Klientel bisher in Anspruch genommenen Maßnahmen oftmals erfolgreich waren.

Abbildung 2.9:
Konsumhäufigkeit der letzten 30 Tage (Aktuell) der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht (ohne Inhaftierte)



2.4. Biografischer Hintergrund

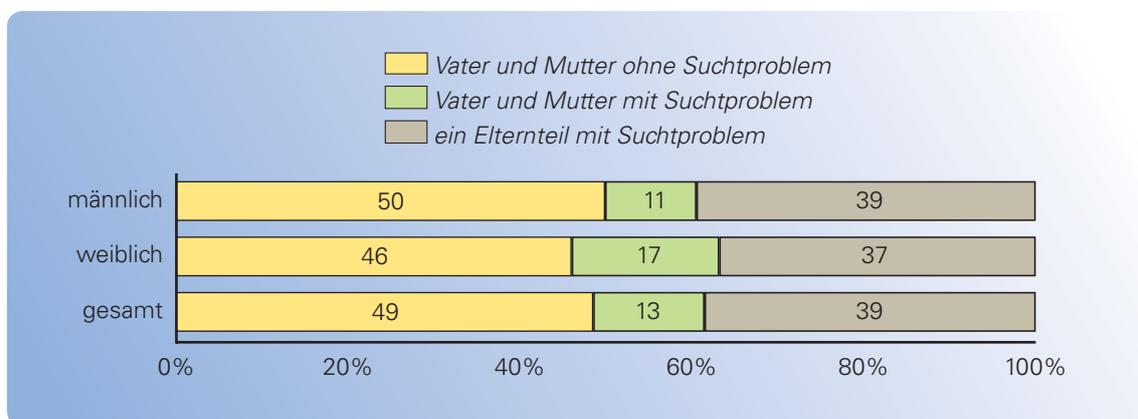
Die in Hamburg betreute Alkoholkielntel besitzt fast ausschließlich die deutsche Staatsbürgerschaft. Nur 3 % der Klient(inn)en weisen die Staatsbürgerschaft eines anderen EU-Landes auf und wiederum 3 % sind Bürger eines Landes außerhalb der EU. Diese Angaben entsprechen im Wesentlichen den Werten der deutschen Suchthilfestatistik.

Bezüglich der Frage nach dem Migrationshintergrund gibt etwa jede(r) zehnte Klient(in) an, selbst migriert zu sein (11 %) und weitere 3 % sind als Kinder von Migranten in Deutschland geboren worden. Der Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund liegt mit 7 % deutlich unterhalb des Anteils der männlichen Klientel (17 %). Ausgehend von den Ergebnissen des Mikrozensus 2005, der für die Hamburger Gesamtbevölkerung einen Anteil von Personen mit Migrationserfahrungen von 27 % ausweist, lässt sich festhalten, dass diese Bevölkerungsgruppe unter den ambulant betreuten Personen mit Alkoholproblemen unterdurchschnittlich vertreten ist. Die Frage, ob Personen mit Migrationserfahrungen auf Grund ihrer kulturellen Prägung ein besonderes, weniger problematisches Konsumverhalten aufweisen oder sie mit den derzeit vorhandenen Strukturen der Suchthilfe nicht erreicht werden können, lässt sich anhand der derzeit vorliegenden Informationen nicht beantworten.

Belastende Faktoren in der kindlichen Sozialisation zeigen sich bezüglich einer Suchtproblematik im Elternhaus bei der Hälfte der Klient(inn)en (51 %; siehe Abbildung 2.10). Überwiegend war hiervon der Vater betroffen (Frauen: 47 % und Männer: 45 %). Von einem Suchtproblem der Mutter berichten 26 % der weiblichen und 17 % der männlichen Klienten mit Alkoholproblemen. Die Anteile derer, bei denen beide Elternteile ein Suchtproblem aufwiesen, liegen mit 17 % (Frauen) respektive 11 % (Männer) darunter.

Des Weiteren geben 15 % der Klient(inn)en an, in ihrer Kindheit und Jugend in Pflegefamilien oder öffentlichen Erziehungseinrichtungen betreut worden zu sein. Männer wissen hiervon häufiger zu berichten (16 %) als Frauen (12 %).

Abbildung 2.10:
Klient(inn)en aus suchtblastetem Elternhaus nach Geschlecht



Auch Gewalterfahrungen prägen die Biografie dieser Klientel. Nahezu jede(r) Zweite (48 %) berichtet von schwerer körperlicher Gewalterfahrung im Leben. Nennenswerte geschlechtsspezifische Unterschiede sind diesbezüglich kaum vorhanden. Ein anderes Bild ergibt sich in Bezug auf sexuelle Gewalt. Mehr als ein Drittel der Frauen (35 %) gibt an, in ihrem bisherigem Leben schon einmal sexueller Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein (Männer: 6 %). Körperliche Gewalt im Leben ausgeübt zu haben wird von 39 % der Männer bejaht, der Frauenanteil liegt mit 13 % deutlich darunter. Mit diesen Angaben korrespondiert der Umstand, dass 35 % der Männer, aber nur 9 % der Frauen Verurteilungen aufweisen. 14 % der männlichen Klienten wurden wegen Körperverletzungen verurteilt und 13 % als Folge des Führens eines Kraftfahrzeuges unter Alkoholeinfluss. Über Hafterfahrungen verfügen 36 % der männlichen und 16 % der weiblichen Klienten. Bezogen auf die Gesamtklientel beträgt dieser Anteil 29 %.

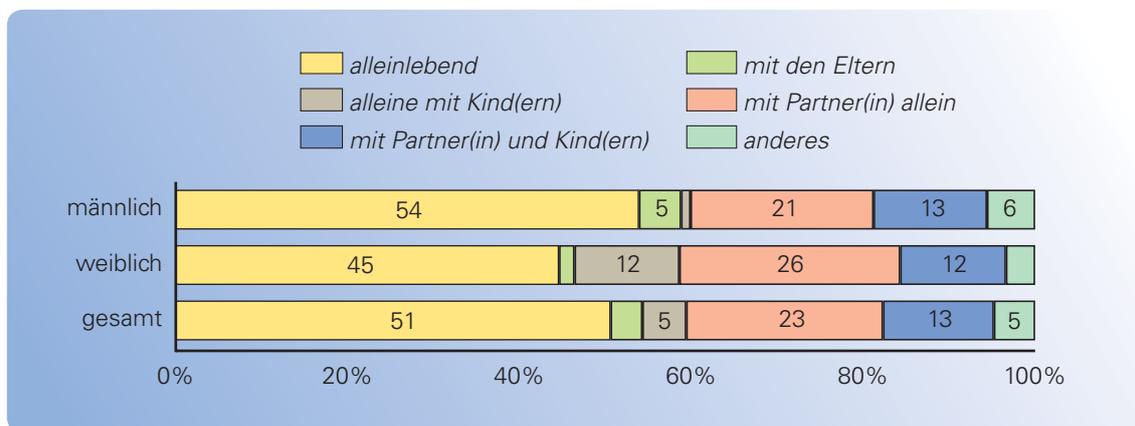
2.5. Soziale Beziehungen und Lebenssituationen

29 % der Klientinnen und Klienten sind verheiratet oder leben in einer eheähnlichen Gemeinschaft, weitere 41 % sind ledig und nahezu ein Viertel (23 %) ist geschieden. Frauen sind etwas häufiger geschieden (26 %) oder verwitwet (5 %) als die männlichen Klienten (21 % bzw. 2 %). Zusätzlich zum formalen Familienstand wird in der BADO auch die Partnerbeziehung erhoben. Dort zeigt sich, dass genau die Hälfte der Alkoholiklient(inn)en alleinstehend ist; Männer mit einem Anteil von 52 % häufiger als Frauen (47 %). Etwas mehr als jede/r dritte Klient(in) gibt an, mit einem Partner zusammenzuleben (35 %) und weitere 15 % haben zwar einen festen Partner, leben mit diesem aber nicht zusammen. Ein Viertel der Klient(inn)en, die in einer Partnerschaft leben (24 %), gibt an, dass Suchtprobleme auch bei dem Partner bestehen. Frauen sind hiervon mit einem Anteil von 40 % deutlich häufiger betroffen als die männlichen Klienten (Männer: 14 %).

Die in Abbildung 2.11 dargestellte Lebenssituation der Klient(inn)en, Inhaftierte ausgenommen, entspricht im Wesentlichen der oben beschriebenen Partnersituation. Zusätzlich lässt sich dieser Grafik jedoch auch entnehmen, dass nahezu ein Fünftel der Klient(inn)en (18 %) mit Kindern zusammenlebt. Frauen wissen von einer solchen Lebenssituation deutlich häufiger zu berichten (25 %) als die männlichen Klienten (14 %).

Unabhängig vom Zusammenleben mit den Kindern, geben 58 % der Klient(inn)en an, Eltern zu sein; Frauen mit einem Anteil von 65 % häufiger als Männer (53 %). Im Mittel hat jede(r) Klient(in) der Hauptgruppe Alkohol 1,1 Kinder. Etwas mehr als ein Viertel (27 %) hat minderjährige Kinder. Bezogen auf die Gesamtgruppe sind dies 0,4 minderjährige Kinder je Klient(in). Jedes zweite minderjährige Kind lebt mit dem in der ambulanten Suchthilfe betreuten Elternteil zusammen. Bei den Frauen liegt dieser Anteil mit 70 % deutlich höher, als bei den männlichen Klienten (38 %). Für Väter von minderjährigen Kindern gilt, dass die Kinder sehr häufig bei dem anderen Elternteil leben (54 %: Frauen: 14 %). 6 % der minderjährigen Kinder sind in Pflegefamilien oder in öffentlichen Erziehungseinrichtungen untergebracht. Bei den weiblichen Klienten ist für diese institutionelle Unterbringung der minderjährigen Kinder ein Anteil von 12 % dokumentiert worden.

Abbildung 2.11:
Lebenssituation der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht (ohne Inhaftierte)



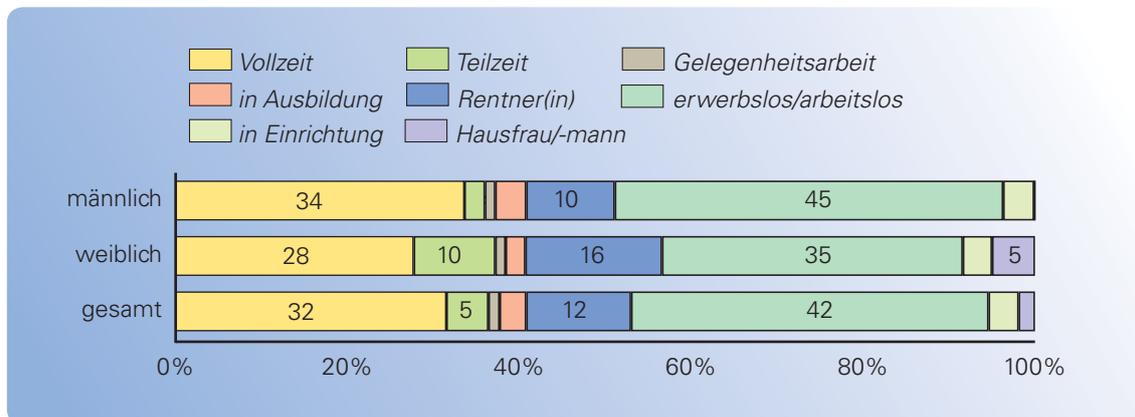
In der Hauptgruppe Alkohol sind 5 % der Klient(inn)en aktuell in Haft. Wird diese Gruppe bei der Betrachtung des aktuellen Aufenthaltsortes nicht berücksichtigt, so geben 90 % der Personen an, über eine stabile Wohnsituation² zu verfügen. Von einer prekären Wohnsituation sind die männlichen Klient(inn)en mit einem Anteil von 12 % häufiger betroffen, als die weibliche Klientel (6 %). Obdachlose oder Menschen, die sich in provisorischen Unterkünften aufhalten, sind im ambulanten Suchthilfesystem zu vergleichsweise geringen Anteilen vertreten, da sie in der Regel die Angebote anderer Segmente des Hamburger Hilfesystems in Anspruch nehmen.

² Die Angaben zum Aufenthaltsort der Klient(inn)en wurden in die zwei Kategorien „stabil“ und „prekär“ zusammengefasst (stabile Wohnsituation: in eigener Wohnung, bei Angehörigen, bei Partner(in); prekäre Wohnsituation: vorübergehend bei Freund(inn)en, betreutes Wohnen, Klinik, Hotel/Pension/Unterkunft, auf der Straße/auf Trebe).

2.6. Ausbildung, Arbeitssituation und finanzielle Situation

91 % der hier beschriebenen Klientel verfügt über einen erfolgreichen Schulabschluss. Vier von zehn Klient(inn)en haben die Schule mit einem Hauptschulabschluss beendet, nahezu ein Drittel (30 %) mit der mittleren Reife und 20 % mit der Hochschulreife. Die weibliche Klientel kann auf eine deutlich höhere Schulbildung verweisen (mittlere Reife oder Abitur: 63 %) als die männlichen Klienten (mittlere Reife oder Abitur: 44 %). Vier von fünf Klient(inn)en haben eine Berufsausbildung abgeschlossen. Unterschiede zwischen Männern und Frauen finden sich hier nicht mehr. Diese im Vergleich zu anderen Klient(inn)engruppen recht gute Ausbildungssituation schlägt sich auch in der Arbeitssituation der Alkoholklientel nieder (siehe Abbildung 2.12). So gehen fast 40 % einer Voll- oder Teilzeittätigkeit nach bzw. sind gerade in Ausbildung. Dennoch ist der Anteil arbeits- und erwerbsloser Klient(inn)en mit 42 % um ein Vielfaches höher, als in der Hamburger Normalbevölkerung. Auffällig ist der recht hohe Anteil an verrenteten Personen mit 12 % (Frauen: 16 %; Männer: 10 %). Die Suchthilfestatistik für Deutschland zeigt bzgl. der Erwerbsituation ein deutlich anderes Bild. So finden sich dort weniger Arbeitslose (ca. 30 %), gut 56 % der Klient(inn)en werden als erwerbstätig und 9 % als bereits verrentet beschrieben.

Abbildung 2.12:
Arbeits- und Ausbildungssituation der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht (ohne Inhaftierte)

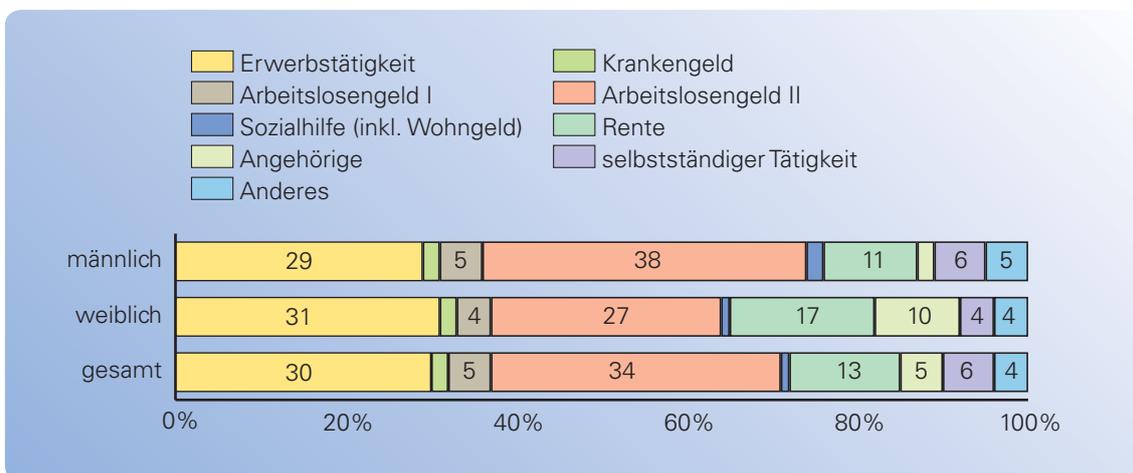


In Abbildung 2.13 ist die Einkommenssituation der Alkoholklientel wiedergegeben. Auffällig ist der deutliche Unterschied zwischen den Anteilen für das Arbeitslosengeld I und das Arbeitslosengeld II. Ein Drittel der Klient(inn)en (34 %) bezieht Arbeitslosengeld II und ist damit länger als 12 Monate arbeitslos. Dieser Anteil ist gegenüber dem Vorjahr nochmals um fünf Prozentpunkte angestiegen. Es bedarf in der Zukunft größerer Anstrengungen, der Klientel eine bessere berufliche Perspektive und somit auch finanzielle Perspektive zu geben. Nur so können die oben berichteten deutlichen Erfolge der Suchtbehandlung bzgl. der Konsumreduktion auch nachhaltig wirken.

Die Verschuldungssituation der Klientel stellt sich zweigeteilt dar. Nahezu die Hälfte (48 %) gibt an, keine Schulden zu haben. Frauen können hiervon mit einem Anteil von 59 % deutlich häufiger berichten als die männlichen Klienten (42 %). Jede(r) fünfte Klient(in) (21 %) hat Schulden in einem überschaubaren Umfang von bis zu 5.000 Euro. Etwa jede(r) Achte (12 %) weist Schulden zwischen 5.000 Euro und 25.000 Euro auf und 6 % der Klient(inn)en haben mehr als 25.000 Euro Schulden. In der BADO wird zurzeit noch nicht erhoben, ob diese Schulden reguliert sind. Deshalb fällt eine abschließende Interpretation schwer. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass Schulden in der Höhe der beiden letztgenannten Kategorien, insbesondere unter Einbeziehung der gegebenen Einkommenssituation für die davon betroffenen Personen Existenz bedrohend sind.

Bei etwa einem Siebtel aller Alkoholclient(inn)en ist die Höhe der vorhandenen Schulden unklar. Häufig scheitert eine zeitnahe Klärung der Verschuldungssituation an den langen, oftmals mehrmonatigen Wartezeiten für eine Schuldnerberatung. Eine problematische, ungeklärte Schuldensituation birgt für die davon betroffenen Klient(inn)en jedoch ein hohes Belastungspotential und gefährdet somit den möglichen Erfolg der Suchtbehandlung.

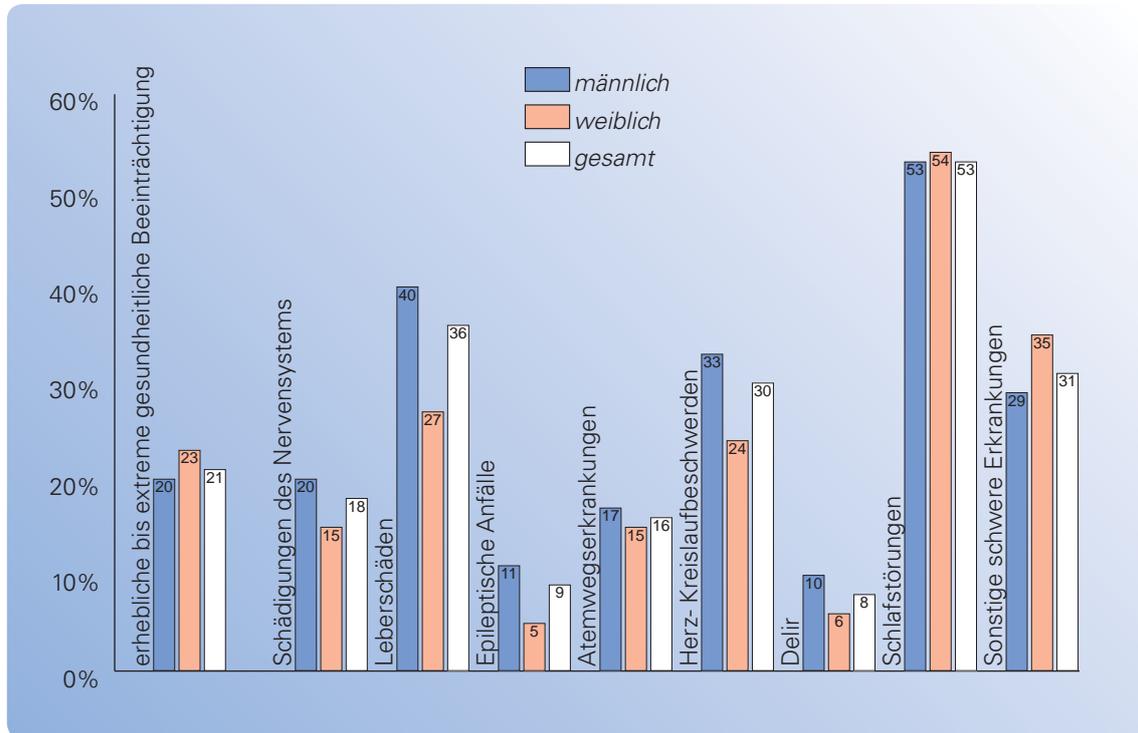
Abbildung 2.13:
Haupteinkommensquelle der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht (ohne Inhaftierte)



2.7. Gesundheitliche und psychische Situation

Die Mitarbeiter der Suchthilfe schätzen die gesundheitliche Beeinträchtigung für ein Fünftel der Alkoholclientel (21 %) als erheblich oder extrem ein (siehe Abbildung 2.14). Bei den Frauen liegt der Anteil von 23 % etwas höher als bei den männlichen Klienten (20 %). Von einer mittleren gesundheitlichen Beeinträchtigung ist etwa ein Drittel aller Personen mit Alkoholproblemen (32 %) betroffen. Sieben Prozent der Klient(inn)en berichten von einer offiziell anerkannten Behinderung. Nach Auffassung der Mitarbeiter weisen jedoch zusätzliche vier Prozent eine Behinderung auf, haben aber noch keinen Behinderungsstatus beantragt.

Abbildung 2.14:
Einschätzung der gesundheitlich-körperlichen Beeinträchtigung (erheblich / extrem) und gesundheitliche Beschwerden der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht

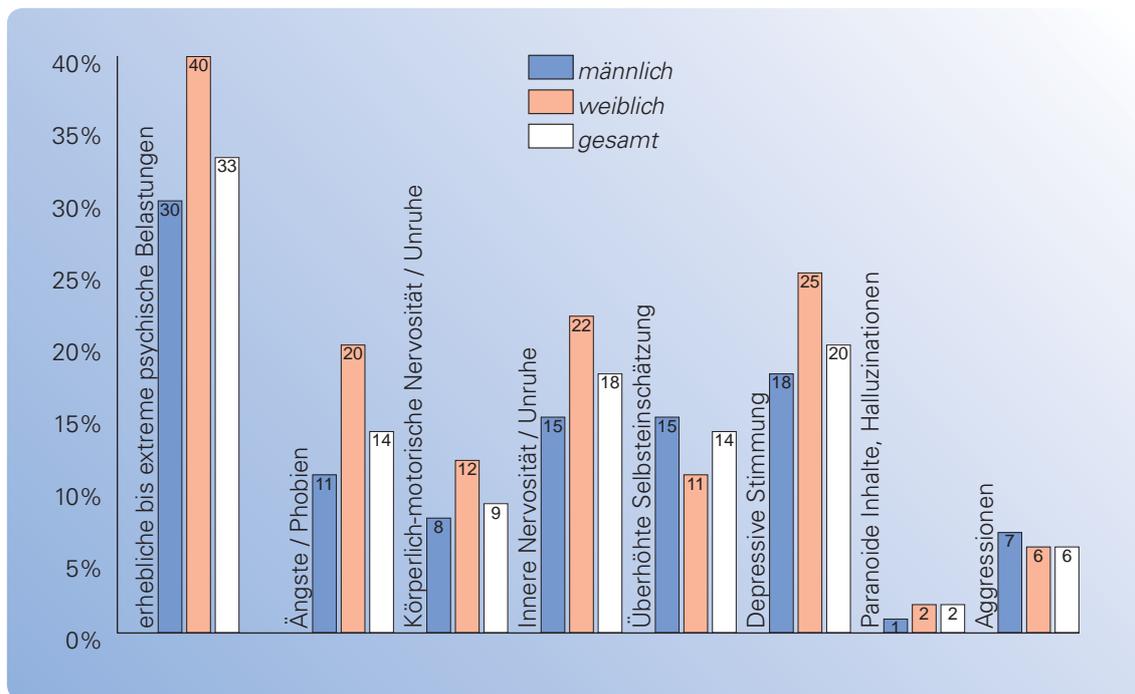


Die klassischen Infektionen der Opiatklientel wie HIV und Hepatitis-C finden sich bei den Alkoholclient(inn)en kaum. Dafür aber die mannigfaltig in der Literatur beschriebenen alkoholbedingten Störungen und Erkrankungen. Ganz deutlich ausgeprägt sind Schlafstörungen, worunter mehr als jede(r) zweite Klient(in) leidet (53 %). Leberschäden weisen 36 % der Klient(inn)en auf; Frauen mit einem Anteil von 27 % weniger häufig als die männlichen Klienten (40 %). Unter Herz-Kreislaufproblemen leiden 30 % der betreuten Personen mit Alkoholproblemen und bei 18 % ist das Nervensystem geschädigt. Auch bzgl. der beiden letztgenannten Krankheitsbilder zeigt sich eine geringere Ausprägung bei der weiblichen Klientel. Sonstige schwere Erkrankungen sind für nahezu ein Drittel der Alkoholclient(inn)en dokumentiert worden (31 %).

Die psychischen Belastungen der Alkoholclientel stellen sich nach Auffassung der Mitarbeiter der Suchthilfe noch auffälliger dar als die gesundheitlichen Beschwerden. Ein Drittel der Klient(inn)en ist demnach erheblichen oder extremen psychischen Belastungen ausgesetzt (siehe Abbildung 2.15). In dieser, eher allgemein die psychische Belastung abbildenden Frage wie auch in den Ausprägungen der spezifizierten Symptome zeigt sich, dass die weibliche Klientel oftmals zu höheren Anteilen psychische Belastungen aufweist als die männlichen Klienten. So fühlen sich 40 % der betreuten Frauen psychisch erheblich oder extrem belastet. Der diesbezügliche Anteil der Männer liegt zehn Prozentpunkte darunter. Auch bei den Ängsten und Phobien, den depressiven Stimmungen und der inneren Unruhe finden sich diese geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Die massiven psychischen Probleme der Klient(inn)en zeigen sich auch in der Tatsache, dass bei jedem vierten Alkoholabhängigen angegeben wird, dass neben den abgefragten Symptomen noch weitere schwere psychische Probleme bestehen. Darüber hinaus ist bei 36 % der Frauen dieser Hauptgruppe und bei 18 % der männlichen Alkoholclienten dokumentiert, dass diese schon mindestens einen Suizidversuch während ihres bisherigen Lebens unternommen haben. Auch hierin zeigt sich der erhebliche Bedarf an begleitender psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung der Alkoholclientel.

Abbildung 2.15:
Einschätzung der psychischen bzw. seelischen Belastung und deren Symptome (erheblich / extrem) von Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht



Zusammenfassung: Beschreibung der betreuten Personen

Insgesamt bestätigt die Beschreibung der betreuten Personen hinsichtlich verschiedener biografischer Aspekte und ihrer aktuellen Lebenssituation die Ergebnisse des Vorjahres. Im Vergleich zum Jahre 2005 sind die Klient(inn)en des laufenden Berichtsjahres etwas älter (46,1 Jahre, 2005: 45,6 Jahre). Wie schon im Jahr zuvor weist nahezu jede(r) zweite Alkohol Klient(in) in Bezug auf den Alkoholkonsum eine Abstinenz auf. Abgenommen hat im Vergleich zum Vorjahr der Anteil derer, die täglich Alkohol trinken. Etwas mehr als ein Drittel (36 %) der Klientel ist auch schon im Vorjahr betreut worden. Mehr als die Hälfte ist in einer Familie aufgewachsen, in der seitens der Eltern bereits ein Suchtproblem bestand. Diese, aus der Suchtforschung seit langem bekannte „Vererbung“ von Suchtproblemen deutet angesichts des hohen Anteils von Klient(inn)en mit Kindern (58 %) auf ein beachtenswertes (zukünftiges) gesellschaftliches Problem hin. Ein erheblicher Teil des hier betrachteten Personenkreises ist, wie schon in 2005, erwerbslos (42 %). Ein Drittel bezieht Arbeitslosengeld II (34 %) und ist damit länger als 12 Monate arbeitslos. Dieser Anteil ist gegenüber dem Vorjahr nochmals um fünf Prozentpunkte angestiegen. Die Mitarbeiter der Suchthilfe schätzen die gesundheitliche Beeinträchtigung (wie schon in 2005) für ein Fünftel der Alkohol Klientel (21 %) als erheblich oder extrem ein. Neben den klassischen alkoholbedingten Krankheiten wie Leberschäden bzw. Schädigungen des Nervensystems, sind es vor allem Schlafstörungen und Herz-Kreislaufbeschwerden, unter denen die betreuten Personen mit Alkoholproblemen leiden. Bemerkenswert ist des Weiteren, dass jeweils ca. ein Fünftel der Klientinnen unter erheblichen bis extremen depressiven Stimmungen bzw. innerer Unruhe leidet.

2.8. Spezialanalyse: Verlaufsdokumentation

Im Rahmen der so genannten Verlaudo werden seit 2005 systematisch der Eingangs- und Ausgangszustand der Klient(inn)en erhoben. Der Eingangsbefund bezieht sich auf den Beginn der jeweiligen Betreuungsepisode, der Ausgangszustand spiegelt entweder die Situation am Betreuungsende wider oder beschreibt bei noch andauernden Betreuungen den Zustand zum Zeitpunkt der Dokumentation (in der Regel zum Jahresende). Damit können Veränderungen im Verlauf der Betreuungsphasen kontinuierlich abgebildet und Rückschlüsse auf die Wirkungen der Intervention gezogen werden. In einem weiteren Schritt können diese Wirkungen hinsichtlich möglicher Einflussfaktoren überprüft werden.

Unter den Klient(inn)en mit der Hauptdroge Alkohol werden im Folgenden Verlaufsanalysen für diejenigen durchgeführt, die die Betreuung durch die ambulante Suchthilfe im Jahr 2006 beendet haben. Klient(inn)en, die sich über 2006 hinaus noch in der Betreuung befinden, bleiben in dieser Auswertung unberücksichtigt. Damit können eingetretene Veränderungen mehr oder weniger direkt mit der aktuellen abgeschlossenen Betreuungsepisode in Verbindung gebracht werden, ohne dass der noch bevorstehende Betreuungsverlauf abgewartet werden muss.

Die Verlaufsauswertung umfasst N=1.950 Klient(inn)en mit der Hauptproblemsubstanz Alkohol. Zwei Drittel der Betreuten sind männlich (66%), ein Drittel ist weiblich (34%). Das aktuelle Durchschnittsalter liegt bei 46,2 Jahren, wobei die Frauen mit 47,3 Jahren fast 2 Jahre älter sind als die Männer (45,6 Jahre). Die Klient(inn)en wurden im Durchschnitt 120 Tage, also über 4 Monate betreut. Mit 141 Tagen ist die mittlere Betreuungsdauer der Frauen einen Monat länger als die der Männer mit 109 Tagen (siehe Tabelle 2.1). Es fällt auf, dass ein Großteil der Alkohol klient(inn)en nur sehr kurz betreut wird; bei 40 % dauerte die ambulante Betreuung nicht länger als einen Monat. Die Hälfte dieser Klient(inn)en, also insgesamt 20 %, kam sogar nur einmal in die Einrichtung, so dass sich für diese Gruppe kaum Betreuungseffekte zeigen dürften.

Aufgrund der personenbezogenen, codierten Zuordnung ist es mit der Hamburger BADO möglich, Betreuungsepisoden über mehrere Jahre aufeinander zu beziehen. Da die Vorerfahrung mit Betreuungs- oder Behandlungsepisoden hinsichtlich der sich unter der aktuellen Betreuung ereignenden Veränderungen eine wichtige Rolle spielen kann, wurde die Gesamtdauer dieser früheren Episoden aufsummiert. Um zu möglichst zuverlässigen Angaben zu gelangen, wurden dabei nur Phasen seit Bestehen des Hamburger BADO-Systems (1997) berücksichtigt. Die durchschnittliche Dauer der ambulanten, im Rahmen der BADO zuvor dokumentierten Vorbehandlungen beträgt 242 Tage, d.h. etwa 8 Monate. Dabei bestehen keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Auffällig ist allerdings, dass mehr als die Hälfte der Alkohol-Klient(inn)en keine früheren Betreuungsepisoden aufweist; die hier analysierte aktuelle Betreuungsphase stellt somit deren erste (dokumentierte) Betreuung durch die ambulante Suchthilfe in Hamburg dar.

Tabelle 2.1:
Dauer der aktuellen in 2006 beendeten und früheren, während der BADO dokumentierten Betreuungsepisoden nach Geschlecht (N=1.940)

Betreuungsdauer	männlich	weiblich	gesamt
aktuell			
bis 1 Monat	42%	37%	40%
2-3 Monate	25%	23%	25%
4-6 Monate	18%	18%	18%
7-12 Monate	8%	12%	9%
13-24 Monate	5%	7%	5%
über 24 Monate	2%	3%	2%
Durchschnitt in Tagen	109 (±219)	141 (±223)	120 (±221)
Vorbehandlungen			
keine	57%	55%	56%
bis 6 Monate	8%	9%	8%
7-12 Monate	14%	14%	14%
13-24 Monate	10%	13%	11%
25-36 Monate	6%	4%	5%
37-48 Monate	2%	3%	3%
über 48 Monate	3%	2%	3%
Durchschnitt in Tagen	243 (±414)	242 (±403)	242 (±410)

Die ambulante Betreuung der Alkohol-Klient(inn)en folgt häufig in der Folge von stationären Entzugsbehandlungen und/oder längeren Entwöhnungsbehandlungen (stationärer Rehabilitation). Ferner hat eine Reihe der Betreuten bereits Kontakt zu Selbsthilfegruppen, der meistens im Rahmen der aktuellen Betreuung aufrechterhalten wird. Die Mehrheit der Klient(inn)en hat bereits eine oder mehrere stationäre Entzugsbehandlungen hinter sich (58 %). Bei den Frauen sind es fast zwei Drittel (64 %), von den Männern waren 55 % bisher in der Entzugstherapie. Zu stationären Rehabilitationsbehandlungen kam es bisher bei gut einem Drittel der Klient(inn)en (35 %), wiederum tendenziell häufiger bei den Frauen (38 %) als bei den Männern (34 %). Etwas weniger als ein Drittel der Klient(inn)en nahm bisher an Selbsthilfegruppen teil (30 %). Es zeigt sich auch hier ein stärker ausgeprägtes Inanspruchnahmeverhalten bei den Frauen (35 %) als bei den Männern (27 %).

Von Bedeutung für die Bewertung des Betreuungsverlaufs ist die Art der Behandlungsbeendigung, d.h. ob die Betreuung regulär oder vorzeitig (mit Abbruch) beendet wurde. Bei der Hälfte der hier analysierten Klient(inn)engruppe gestaltete sich der in 2006 ereignete Betreuungsabschluss insgesamt positiv. In 28 % der Fälle erfolgte das Betreuungsende regulär, bei weiteren 22 % wurde eine Vermittlung in andere Einrichtungen vorgenommen. In 2 % der Fälle beendete die Einrichtung die Betreuung, 8 % der Klient(inn)en haben von sich aus die Betreuung beendet. Die größte Gruppe machen Klient(inn)en aus, die der Einrichtung fernblieben: bei 36 % kam es zum Kontaktverlust. 0,2 % wurden inhaftiert und knapp 0,4 % sind im Verlauf der Betreuung gestorben. Von 4 % liegen zum Betreuungsende keine Informationen vor. Fasst man die beiden erstgenannten Kategorien zu einem positiven/regulären Betreuungsende und alle anderen, inklusive der fehlenden Angaben, zu einem negativen Ende zusammen, so ergibt sich die in Tabelle 2.2 dargestellte Verteilung. Die weiblichen Klienten(inn)en beenden zu einem größeren Anteil ihre Betreuung regulär, der Unterschied erreicht allerdings knapp nicht die statistische Signifikanzgrenze (Chi²-Test: Chi²=3,74, df=1, p=0,053).

Tabelle 2.2:
Art des Betreuungsendes in 2006 nach Geschlecht (N=1.940)

Betreuungsende	männlich	weiblich	gesamt
positiv/regulär	48%	53%	50%
negativ/vorzeitig	52%	47%	50%

Im Zentrum der Verlaufsanalysen stehen die Kriterien Alkoholkonsum und das gesundheitliche Befinden. Bezüglich der sozialen Situation der Klient(inn)en (Erwerbstätigkeit, Wohnsituation, Einkommensquelle, Schulden) haben sich in der Verlaudo-Analyse des Jahres 2005³ praktisch keine Veränderungen gezeigt. Deshalb bleiben diese Kriterien im Rahmen der diesjährigen Auswertung unberücksichtigt. Veränderungen in den genannten Kriterien werden anhand von Messwiederholungsanalysen auf Signifikanz getestet, wobei zwischen Männern und Frauen (mittels statistischer Prüfung auf Wechselwirkung zwischen Zeit- und Gruppeneffekt) unterschieden wird.

Der Alkoholkonsum der Klient(inn)en hat sich sowohl bezüglich der Anzahl von Trinktagen als auch in Bezug auf die Trinkmenge unter der ambulanten Betreuung deutlich (und statistisch signifikant) verringert. Dies betrifft Männer und Frauen gleichermaßen. Die Anzahl an Konsumtagen innerhalb des zurückliegenden Monats geht in beiden Gruppen im Durchschnitt um 5 Tage zurück (siehe Tabelle 2.3). Auch der Anteil an Abstinenter, d.h. Personen ohne Alkoholkonsum im letzten Monat, steigt deutlich von 32 % auf 53 %. Hinsichtlich der Trinkmenge zeigt die statistische Analyse einen signifikanten Interaktionseffekt (Pillai-Spur=0,004, $p < 0,05$) dahin gehend, dass die Trinkmengenreduktion bei den Männern (im Durchschnitt um 62 g/Tag) deutlicher ausfällt als bei den Frauen (im Durchschnitt um 45 g/Tag).⁴

Tabelle 2.3:
Durchschnittliche Anzahl Konsumtage und Trinkmenge Alkohol sowie Anteil Abstinerter zu Betreuungsbeginn und zum Ende nach Geschlecht (Mittelwerte und Standardabweichungen)

Alkoholkonsum		männlich	weiblich	gesamt	Signifikanz, Zeiteffekt ^a
Trinktage (N=1.459)	Beginn	14,5 (±12,6)	11,7 (±12,2)	13,5 (±12,6)	Messwiederholungsanalyse: $p < 0,001$
	Ende	9,4 (±12,0)	6,7 (±10,4)	8,5 (±11,5)	
kein Konsum (N=1.459)	Beginn	31%	35%	32%	McNemar-Test: $p < 0,001$
	Ende	51%	58%	53%	
Trinkmenge/Tag in g (N=1.111)	Beginn	134 (±162)*	82 (±102)	115 (±146)	Messwiederholungsanalyse: $p < 0,001$
	Ende	72 (±136)*	37 (±73)	60 (±119)	

a) Bei Messwiederholungsanalysen wird die Signifikanz anhand des statistischen Kennwerts Pillai-Spur berechnet, beim McNemar-Test bezieht sich die Signifikanz auf den χ^2 -Wert.

Das gesundheitliche Befinden wird anhand der Merkmale körperliche Beeinträchtigungen, psychische Belastungen sowie Ängsten/Phobien und depressive Stimmung im Verlauf analysiert. Bei den genannten Merkmalen wird der Zustand jeweils auf einer 5-stufigen Skala zwischen den Kategorien „gar nicht“ und „extrem“ beurteilt. Es werden die Befunde zu Betreuungsbeginn mit jenen zum Betreuungsende verglichen (und Veränderungen auf Signifikanz getestet), wobei wiederum zwischen Männern und Frauen unterschieden wird.

Bei allen gesundheitlichen Merkmalen ergibt sich eine signifikante Verbesserung zwischen Betreuungsbeginn und -ende. Diese ist beim psychischen Befinden deutlicher ausgeprägt als beim körperlichen Gesundheitszustand. Die körperlichen Beeinträchtigungen liegen im Sinne der vorgegebenen Skala

³ vgl. Martens, M. S.; Buth, S.; Neumann, E.; Kloss, M.; Oechsler, H. (2006): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2005 der Hamburger Basisdatendokumentation, BADO e.V., Hamburg.

⁴ Die im BADO-Bericht für 2005 dargestellten Trinkmengenangaben fallen deutlich höher aus (vgl. Martens et al. 2006), da sich die dortigen Angaben nur auf Klient(inn)en beziehen, deren Trinkmenge größer als Null war.

zwischen „wenig“ und „mittel“ und gehen in diesem Bereich geringfügig zurück (siehe Tabelle 2.4). Die psychischen Belastungen verbessern sich deutlich: Sie liegen zu Betreuungsbeginn zwischen „mittel“ und „erheblich“ und verringern sich auf ein „mittleres“ Niveau. Depressive Verstimmungen und Angstzustände nehmen im Betreuungsverlauf ebenfalls deutlich ab. Beim psychischen Zustand gibt es in allen hier beschriebenen Symptombereichen eine Wechselwirkung zwischen dem Zeiteffekt und dem Geschlecht. Diese besteht darin, dass die Verbesserung bei der psychischen Belastung (Pillai-Spur=0,005, $p < 0,01$), den Ängsten (Pillai-Spur=0,016, $p < 0,001$) sowie den depressiven Verstimmungen (Pillai-Spur=0,007, $p < 0,01$) unter den Frauen jeweils deutlicher ausfällt als unter den Männern.

Tabelle 2.4:
Körperliches und psychisches Befinden zu Betreuungsbeginn und zum Ende nach Geschlecht (Mittelwerte und Standardabweichungen, 1 = „gar nicht“; 2 = „wenig“; 3 = „mittel“; 4 = „erheblich“; 5 = „extrem“)

		männlich	weiblich	gesamt	Signifikanz, Zeiteffekt ^a
Körperliche Beeintr. (N=1.465)	Beginn	2,71 (±1,06)	2,80 (±1,04)	2,74 (±1,05)	Messwiederholungsanalyse: $p < 0,001$
	Ende	2,62 (±1,05)	2,66 (±1,02)	2,63 (±1,04)	
Psychische Belast. (N=1.503)	Beginn	3,32 (±0,95)**	3,63 (±0,85)	3,43 (±0,93)	Messwiederholungsanalyse: $p < 0,001$
	Ende	2,96 (±0,95)**	3,16 (±0,97)	3,03 (±0,96)	
Ängste/Phobien (N=1.350)	Beginn	2,46 (±1,10)***	2,86 (±1,06)	2,59 (±1,10)	Messwiederholungsanalyse: $p < 0,001$
	Ende	2,27 (±1,01)***	2,51 (±1,01)	2,35 (±1,04)	
Depressive Stimm. (N=1.423)	Beginn	2,77 (±1,06)**	3,07 (±1,02)	2,87 (±1,06)	Messwiederholungsanalyse: $p < 0,001$
	Ende	2,54 (±1,04)**	2,72 (±1,03)	2,60 (±1,04)	

a) Die Signifikanz wird anhand des statistischen Kennwerts Pillai-Spur berechnet.

Es konnte gezeigt werden, dass sich die Situation der Klient(inn)en unter der Betreuung durch die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in den Bereichen Alkoholkonsum und Gesundheit signifikant verbesserte. Im Anschluss daran stellt sich die Frage nach möglichen Faktoren, die diese positiven Veränderungen beeinflussen könnten. Am Beginn einer solchen Analyse steht die Überlegung, was man als einen positiven Effekt bzw. Betreuungserfolg auf Seiten der Klient(inn)en überhaupt betrachtet. D.h. es ist von Bedeutung, sich Maße für klinisch relevante Wirkungen zu überlegen, um eher erfolgreiche Klient(inn)en von denen, deren Zustand sich nicht gebessert hat, zu unterscheiden.

Das mittlere Ausmaß der Veränderung an Alkoholkonsumtagen innerhalb des letzten Monats, liegt bei 5 Tagen (siehe oben). Im Vergleich zum Ausgangswert bei Betreuungsbeginn liegt die mittlere Reduktionsrate somit bei 37 %. Bei der Trinkmenge (in Gramm pro Konsumtag) ergibt sich eine durchschnittliche Reduktion um 48 %. Damit dürfte sich ein Maß von 50 % Konsumverringering als realistische Zielgröße ergeben, die man als erfolgreichen Schritt im Sinne einer empirisch abgeleiteten, relevanten Konsumreduktion bezeichnen kann. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass eine Reihe von Klient(inn)en bereits zu Betreuungsbeginn abstinent ist, d.h. an keinem Tag innerhalb des zurückliegenden Monats Alkohol konsumierte. Insofern muss auch die Stabilisierung der zu Betreuungsbeginn bestehenden Abstinenz als Erfolg gewertet werden, womit zu erwarten ist, dass sich dadurch der Klient(inn)enanteil, der das Erfolgskriterium erfüllt, deutlich erhöht (siehe oben).

Tabelle 2.5 zeigt, dass 59 % der Klient(inn)en das Erfolgskriterium einer 50 %igen Reduktion von Trinktagen bzw. die Aufrechterhaltung von Abstinenz erfüllen. Bezüglich der Halbierung der Trinkmenge sind es sogar 71 %, die dieses Ziel erreichen. In beiden Zielkriterien sind die Frauen erfolgreicher, sie reduzieren zu einem signifikant größeren Anteil ihren Alkoholkonsum. Insgesamt zeigt sich, dass unter Zugrundelegung dieses Erfolgskriteriums die Mehrheit der Klient(inn)en ihre Konsumsituation im Rahmen der ambulanten Betreuung verbessert.

Tabelle 2.5:
Anteil an Klient(inn)en mit Konsumreduktion um mindestens 50% (Trinktage und -menge) zwischen Betreuungsbeginn und -ende (oder jeweils abstinent) nach Geschlecht

Alkoholreduktion	männlich	weiblich	gesamt	Signifikanz, Chi ² -Test
Trinktage (N=799)	55%	65%	59%	p<0,001
Trinkmenge (N=701)	68%	76%	71%	p<0,01

Nachfolgend wird geprüft, ob und inwieweit bestimmte Merkmale einen Einfluss auf den Effekt der Konsumreduktion haben. Als Einflussfaktoren sind die Betreuungsdauer, die Vorbehandlungen (im gesamten BADO-Zeitraum), Vorerfahrungen mit stationärem Entzug, stationärer Rehabilitation oder Selbsthilfegruppen, das Alter (das weder mit der Vorbehandlungsdauer noch mit der aktuellen Betreuungsdauer korreliert) und die Suchtproblematik bei Vater und/oder Mutter zu nennen. Ferner wird in diesem Analysemodell zwischen Männern und Frauen unterschieden.

Als statistische Analyse wird für beide Zielkriterien eine logistische Regression berechnet. Zur Interpretation der Ergebnisse dieses Auswertungsmodells wurden die Variablen Betreuungsdauer (bis 3 Monate/ über 3 Monate), bestehende ambulante Vorbehandlungen (ja/ nein)⁵ und Alter (bis 45 Jahre/ über 45 Jahre) dichotomisiert. Messgröße ist das Odds-Ratio („Chancen-Verhältnis“), das die Wahrscheinlichkeit des Einflusses der jeweiligen Merkmale beschreibt. Signifikante Werte über 1 verweisen auf einen im Sinne der Hypothese positiven Zusammenhang zwischen Einflussvariable und Zielkriterium, Werte unter 1 deuten auf einen gegenteiligen Zusammenhang.

In Tabelle 2.6 ist das Ergebnis der logistischen Regressionsanalyse für die beiden Konsumkriterien dargestellt.⁶ Beim Kriterium der Reduktion von Trinktagen um 50 % hat die aktuelle Betreuungsdauer einen signifikanten Einfluss. Klient(inn)en, die länger als 3 Monate betreut werden, haben eine 1,6mal größere Chance, dieses Ziel zu erreichen. Beim Kriterium der Halbierung der Trinkmenge spielt das Alter als Einflussgröße eine bedeutende Rolle. Hier sind es die über 45-Jährigen, die mit größerer Wahrscheinlichkeit ihre Trinkmenge um 50 % reduzieren. Den deutlichsten Einfluss hinsichtlich beider Zielkriterien haben allerdings die früheren Teilnahmen an stationären Entzugs- oder Reha-Behandlungen oder Selbsthilfegruppen. Die Chance, die genannten Kriterien zu erfüllen, ist unter Klient(inn)en mit therapeutischen Vorerfahrungen mehr als doppelt so hoch als unter jenen, die bisher nicht an stationären Behandlungen und/oder Selbsthilfegruppen teilnahmen. Diesem statistisch deutlichen Zusammenhang dürfte u.a. das Artefakt zugrunde liegen, dass abstinente Klient(inn)en zu Betreuungsbeginn und -ende – die in dieser Analyse als Betreuungserfolg gewertet werden –, überwiegend solche Therapiemaßnahmen zuvor durchliefen. Wenngleich oben gezeigt werden konnte, dass die Frauen zu einem größeren Anteil die Zielkriterien erfüllen und damit eher von der Betreuung profitieren, spielt das Geschlecht als Einflussfaktor in der multivariaten Analyse keine Rolle. Die Bedeutung des unterschiedlichen Betreuungserfolgs bei Männern und Frauen tritt hinter den genannten Einflussfaktoren wie Betreuungsdauer, Alter und stationäre Vorbehandlungen/Selbsthilfe zurück. Ferner fällt auf, dass frühere ambulante Betreuungsphasen (seit Bestehen der BADO) keinerlei Einfluss auf den Betreuungserfolg haben. Dieser bleibt, wie bereits erwähnt, den außerhalb der BADO in Anspruch genommenen Therapien und Selbsthilfegruppen vorbehalten. Suchtprobleme bei den Eltern haben tendenziell einen negativen Einfluss, setzen sich im multivariaten Analysemodell jedoch nicht als signifikanter Risikofaktor durch.

5 Da die Mehrheit der Alkohol-Klient(inn)en keine früheren Betreuungsepisoden seit Bestehen der BADO aufweist, bleibt die Dauer der Betreuungsphasen unberücksichtigt. In diesem Analysemodell wird lediglich das Vorhandensein von Vorbehandlungen als Einflussfaktor betrachtet.

6 Methodisch ist darauf hinzuweisen, dass sich der Stichprobenumfang im multivariaten Analysemodell reduziert, da nur die Klient(inn)en in die Analyse eingehen, die in allen Variablen gültige Werte aufweisen. Insofern kann es zu Abweichungen zwischen einfachen Kreuztabellen und multivariaten Ergebnissen kommen. Darüber hinaus weisen die Variablen zu den Vorerfahrungen mit Entzugs- und Reha-Behandlungen sowie Selbsthilfegruppen hohe Interkorrelationen auf, was u.a. dazu führt, dass die Regressionsmodelle keine Passung aufweisen (Goodness of Fit nach Hosmer & Lemeshow p<0,05). Deshalb werden in diesem Modell die drei genannten Merkmale zu einer Variable „Entzug/Reha/SH-Gruppe bisher“ zusammengefasst.

Tabelle 2.6:
 Analyse der Erfolgskriterien zum Drogen- und Alkoholkonsum bezüglich des Einflusses von Geschlecht, Betreuungsdauer, ambulante Vorbehandlungen (seit BADO), Vorerfahrungen mit stationärem Entzug, stationärer Rehabilitation oder Selbsthilfegruppen, Alter sowie Suchtproblematik bei Vater und/oder Mutter (Odds-Ratios, logistische Regression)

Einflussvariablen	Zielkriterium:	
	Trinktage (N=829)	Trinkmenge (N=674)
Geschlecht: weiblich	1,11 (n.s.)	1,28 (n.s.)
Betreuungsdauer: über 3 Monate	1,64 (p<0,01)	1,37 (n.s.)
Vorbehandlungen (seit BADO) vorhanden	1,05 (n.s.)	0,95 (n.s.)
Stat. Entzug/Reha/Selbsthilfe-Gruppe bisher	2,34 (p<0,001)	2,19 (p<0,001)
Alter: über 45 Jahre	1,30 (n.s.)	1,60 (p<0,05)
Suchtproblem bei Vater/Mutter	0,77 (n.s.)	0,73 (n.s.)

Lesebeispiel: Eine Betreuungsdauer von mindestens 3 Monaten hat einen positiven Einfluss auf die Reduktion der Trinktage: Länger Betreute haben eine 1,6-fach höhere Chance, dieses Kriterium zu erreichen, als Klient(inn)en, die kürzer betreut werden.

Die Definition von Erfolgskriterien bei den gesundheitlichen Merkmalen erfolgt auf einfachere Art. Da das Ausmaß der gesundheitlichen Beschwerden zu Beginn und -ende anhand 5-stufiger Skalen abgebildet wird (siehe oben), gilt als klinisch relevanter Effekt die Verbesserung um mindestens einen Skalenpunkt, also z.B. von „mittel“ auf „wenig“. Auch hier werden Klient(inn)en, die zu beiden Erhebungszeitpunkten keine Beeinträchtigungen aufweisen (Kategorie „gar nicht“) wiederum als erfolgreich Betreute definiert.

Zwischen 25 % und 40 % der Klient(inn)en erfüllen die Erfolgskriterien der gesundheitlichen Verbesserung. Dabei lassen sich in der psychischen Belastung und den depressiven Verstimmungen signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellen (siehe Tabelle 2.7). Es sind jeweils die Frauen, die zu einem etwas größeren Anteil das Kriterium der Verbesserung des psychischen Zustands erfüllen. Im Vergleich zur Reduktion des Alkoholkonsums sind die Betreuungseffekte bezüglich der gesundheitlichen Verbesserung somit insgesamt geringer ausgeprägt.

Tabelle 2.7:
 Anteil an Klient(inn)en mit Verbesserungen im körperlichen und psychischen Gesundheitszustand zwischen Behandlungsbeginn und -ende (oder jeweils ohne Beschwerden) nach Geschlecht

	männlich	weiblich	gesamt	Signifikanz Chi ² -Test
Körperliche Beeintr. (N=1.465)	25%	26%	25%	n.s.
Psychische Belast. (N=1.503)	32%	38%	34%	p<0,05
Ängste/Phobien (N=1.350)	39%	42%	40%	n.s.
Depressive Stimmung (N=994)	32%	38%	34%	p<0,05

Nachfolgend sollen wiederum die bereits genannten Einflussfaktoren hinsichtlich ihres Zusammenhangs zum Effekt der gesundheitlichen Verbesserung im multivariaten Analysemodell untersucht werden. In allen Kriterien zeigt sich ein deutlicher (statistisch signifikanter) Einfluss der Dauer der aktuellen Betreuung (siehe Tabelle 2.8). Klient(inn)en, die mindestens über 3 Monate in der Betreuung verbleiben, verbessern mit deutlich größerer Wahrscheinlichkeit ihren körperlichen und psychischen Gesundheitszustand als nur kurz Betreute. Als ein Risikofaktor für die Verbesserung körperlicher Beeinträchtigungen lässt sich hingegen das Alter ausmachen. Ältere Alkohol-Klient(inn)en erreichen hier geringere Erfolge, was in erster Linie mit dem sich generell negativ entwickelnden Gesundheitszustand bei älteren Alkoholiker(inn)en zusammenhängen dürfte. Die Verbesserung psychischer Symptome wie Ängste/Phobien oder depressive Verstimmungen steht darüber hinaus mit elterlichen Suchtproblemen im Zusammenhang; bei Klient(inn)en aus suchtbelasteten Familien ist eine Reduktion solcher Symptome weniger

wahrscheinlich. Wiederum fällt auf, dass das Geschlecht keinen Einfluss auf die Verbesserung des körperlichen oder psychischen Gesundheitszustands hat, obwohl es beim bivariaten Vergleich in zwei Bereichen signifikante Unterschiede gegeben hat (siehe oben). Im Gegensatz zur Verbesserung des Trinkverhaltens wirken sich Behandlungsvorerfahrungen, sowohl frühere ambulante Betreuungen als auch stationäre Therapien und Selbsthilfe, nicht auf die Veränderung des Gesundheitszustands während der Betreuung aus. Hier dürfte der größere zeitliche Abstand zu den vorherigen Behandlungsepisoden eine Rolle spielen, so dass frühere Interventionen diesbezüglich keine nachhaltige Wirkung entfalten.

Tabelle 2.8:

Analyse der Erfolgskriterien zur gesundheitlichen Verbesserung bezüglich des Einflusses von Geschlecht, Betreuungsdauer, ambulante Vorbehandlungen (seit BADO), Vorerfahrungen mit stationärem Entzug, stationärer Rehabilitation oder Selbsthilfegruppen, Alter sowie Suchtproblematik bei Vater und/oder Mutter (Odds-Ratios, logistische Regression)

Einflussvariablen	Zielkriterium			
	Körp. Beeintr. (N=862)	Psych. Belast. (N=864)	Ängste/Phobien (N=822)	Depr. Stimmung (N=848)
Geschlecht: weiblich	0,92 (n.s.)	1,27 (n.s.)	1,11 (n.s.)	1,19 (n.s.)
Betreuungsdauer: über 3 Monate	1,71 (p<0,01)	1,71 (p<0,01)	1,93 (p<0,001)	2,36 (p<0,001)
Vorbehandlungen (seit BADO)	1,13 (n.s.)	0,88 (n.s.)	0,93 (n.s.)	0,91 (n.s.)
Stat. Entzug/ Reha/ Selbsthilfe-Gruppe	1,10 (n.s.)	0,97 (n.s.)	1,07 (n.s.)	1,23 (n.s.)
Alter: über 45 Jahre	0,61 (p<0,01)	0,89 (n.s.)	0,80 (n.s.)	0,89 (n.s.)
Suchtproblem bei Vater/Mutter	0,78 (n.s.)	0,79 (n.s.)	0,69 (p<0,05)	0,69 (p<0,05)

Zusammenfassung: Verlaufsdokumentation

In der Auswertung der Verlaufsdokumentation des Jahres 2006 wurden Analysen für diejenigen Klient(inn)en durchgeführt, die die ambulante Betreuung im letzten Jahr beendeten (N=1.950). Die Klient(inn)en befanden sich im Durchschnitt 4 Monate in Betreuung, wobei 40 % nicht länger als einen Monat betreut wurden. Bei genau der Hälfte wurde die Betreuung regulär beendet, die andere Hälfte der Klient(inn)en schied vorzeitig aus der Betreuung aus. Der Alkoholkonsum reduzierte sich unter der Betreuung bezüglich der Anzahl an Trinktagen und der Trinkmenge deutlich. Der Anteil an abstinenter Klient(inn)en erhöhte sich von 32 % auf 53 %. Auch der Gesundheitszustand, insbesondere das psychische Befinden, hat sich im Betreuungsverlauf verbessert. Als positive Einflussfaktoren bezüglich der Reduktion des Alkoholkonsums bzw. der Aufrechterhaltung der Abstinenz erweisen sich eine längere, mindestens 3-monatige Betreuungsdauer, ein höheres Lebensalter und insbesondere Vorerfahrungen mit stationärem Entzug, stationärer Rehabilitation sowie Selbsthilfegruppen. Zieht man die Verbesserung des Gesundheitszustands als Erfolgskriterium heran, ist es wiederum die längere Betreuungsdauer, die den Betreuungserfolg begünstigt. Suchtprobleme der Eltern stellen bei der Veränderung psychischer Symptome wie Ängste oder depressive Verstimmungen einen Risikofaktor dar.

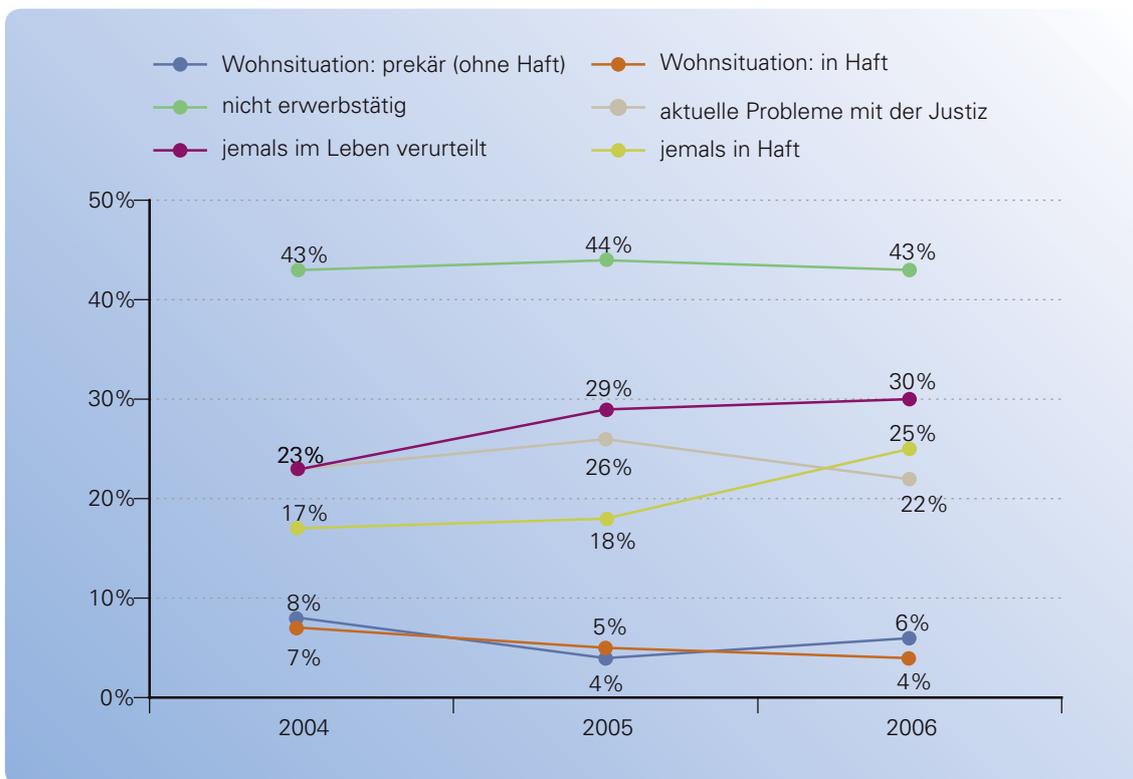
2.9. Klient(inn)en mit mehreren Dokumentationszeitpunkten - Längsschnittanalyse

In den folgenden Ausführungen werden Klient(inn)en mit Alkoholproblemen betrachtet, zu denen kontinuierliche Informationen in den Jahren 2004 bis 2006 vorliegen. Das heißt, die in die nachfolgenden Analysen einbezogenen Personen sind mindestens einmal in jedem Erhebungsjahr in der BADO dokumentiert worden. Hierbei muss es sich nicht zwangsläufig um kontinuierliche Betreuungen handeln. Vielmehr können diese während des Betrachtungszeitraums auch unterbrochen bzw. beendet und später wieder neu begonnen worden sein. Über die Intensität der jeweiligen Betreuungen ist keine Aussage möglich.

In der Gruppe der Klient(inn)en mit Alkoholproblemen sind insgesamt 472 Personen in jedem der zurückliegenden drei Jahre durch die Hamburger Basisdatendokumentation erfasst worden. Der Anteil der langzeitbetreuten Frauen liegt mit 43 % deutlich über dem Niveau aller Alkoholklient(inn)en des Jahres 2006 (34 %). Das Durchschnittsalter der erstgenannten Klientel lag zu Beginn des Betrachtungszeitraumes bei 45,9 Jahren (Frauen: 45,1 Jahre, Männer: 46,9 Jahre).

Unabhängig vom Erhebungsjahr verfügen jeweils mehr als neun von zehn Klient(inn)en über einen eigenen Wohnraum. Zwischen den Jahren 2004 und 2006 ist es diesbezüglich zu einem geringen Anstieg der Anteile um zwei Prozentpunkte gekommen (2004: 91 %). In Abbildung 2.16 ist der aktuelle Aufenthaltsort (bezogen auf das jeweilige Jahr) der langzeitbetreuten Alkoholklient(inn)en wiedergegeben. Der Anteil stabiler Wohnverhältnisse ist zwischen den Jahren 2004 und 2006 von 86 % auf 90 % angestiegen⁷. Zugleich sind die Anteile prekärer Wohnsituationen bzw. von Klient(inn)en in Haft jeweils leicht gesunken.

Abbildung 2.16:
Wohn- und Erwerbssituation sowie justizielle Belastungen der Klient(inn)en mit mehreren Dokumentationszeitpunkten (2004 – 2006)



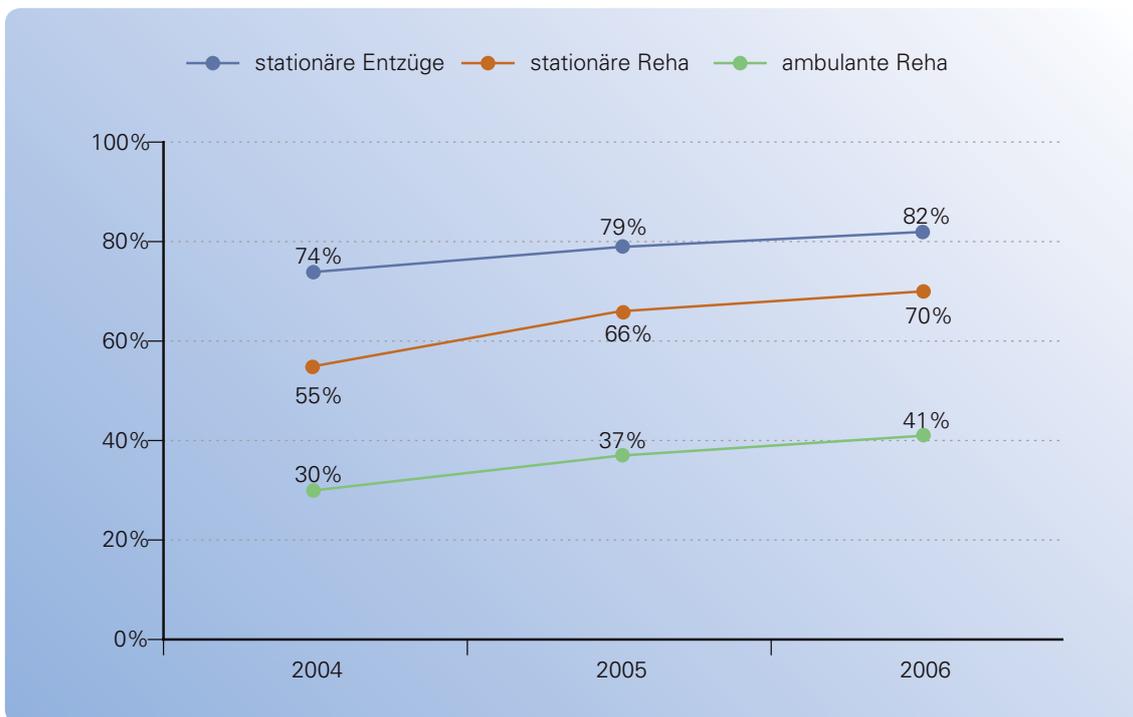
⁷ Die Angaben zum Aufenthaltsort der Klient(inn)en wurden in die drei Kategorien „stabil“, „prekär“ und „in Haft“ zusammengefasst (stabile Wohnsituation: in eigener Wohnung, bei Angehörigen, bei Partner(in); prekäre Wohnsituation: vorübergehend bei Freund(inn)en, betreutes Wohnen, Klinik, Hotel/Pension/Unterkunft, auf der Straße/auf Trebe).

Aus Abbildung 2.16 wird des Weiteren deutlich, dass mehr als die Hälfte der langzeitbetreuten Alkohol Klient(inn)en einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Mit anderen Worten, etwa vier von zehn Personen mit Alkoholproblemen sind, unabhängig vom Erhebungsjahr, erwerbslos. Ihr Haupteinkommen bezieht diese Klientel zu etwa einem Drittel aus Tätigkeiten als Arbeitnehmer. Im Laufe der Jahre 2004 bis 2006 ist es diesbezüglich zu einer leichten Abnahme der Anteile gekommen (2004: 34 %; 2006: 30 %). Anzunehmen ist jedoch, dass ein Großteil dieser Personen verrentet worden ist, da die Anteile dieser Form des Haupteinkommens von 11 % in 2004 auf 16 % in 2006 steigen. Etwa jede(r) Dritte bestreitet seinen Lebensunterhalt vornehmlich durch Zuwendungen des Arbeits- bzw. Sozialamtes. Die diesbezüglichen Anteile differieren über die Jahre kaum.

Von aktuellen justiziellen Problemen war unabhängig vom Erhebungsjahr jeweils etwa ein Viertel der langzeitbetreuten Alkohol Klient(inn)en betroffen (2004: 23 %; 2006: 22 %) (siehe Abbildung 2.16). In der überwiegenden Mehrzahl handelt es sich hier um Personen, die zum Zeitpunkt ihrer Betreuung inhaftiert waren. Während die Anteile der aktuellen justiziellen Probleme kaum variieren, ist die Zahl derer, die in ihrem Leben schon einmal verurteilt worden sind im Laufe der drei Jahre von 23 % in 2004 auf 30 % in 2006 gestiegen. Auch die Hafterfahrungen sind im Laufe des hier betrachteten Zeitraumes bemerkenswert angestiegen. Berichteten im ersten Jahr des Betrachtungszeitraumes 17 % der langzeitbetreuten Alkohol Klient(inn)en von Gefängnisaufenthalten, so ist dieser Anteil kontinuierlich auf zuletzt 25 % in 2006 angestiegen. Dass die beiden letztgenannten justiziellen Maßnahmen ansteigen, während die aktuellen Probleme mit der Justiz stagnieren, könnte darauf hinweisen, dass zumindest ein Teil der justiziellen Probleme bereits zu Beginn des Auswertungszeitraumes bestanden und im Weiteren zu einer Verurteilung bzw. Inhaftierung geführt hat. Außerdem muss darauf hingewiesen werden, dass zumindest ein Teil des Anstiegs der Verurteilungen und der Hafterfahrungen darauf zurückgeführt werden kann, dass sich bei fortlaufender Suchtkarriere auch die Wahrscheinlichkeit einer Verurteilung bzw. Inhaftierung erhöht.

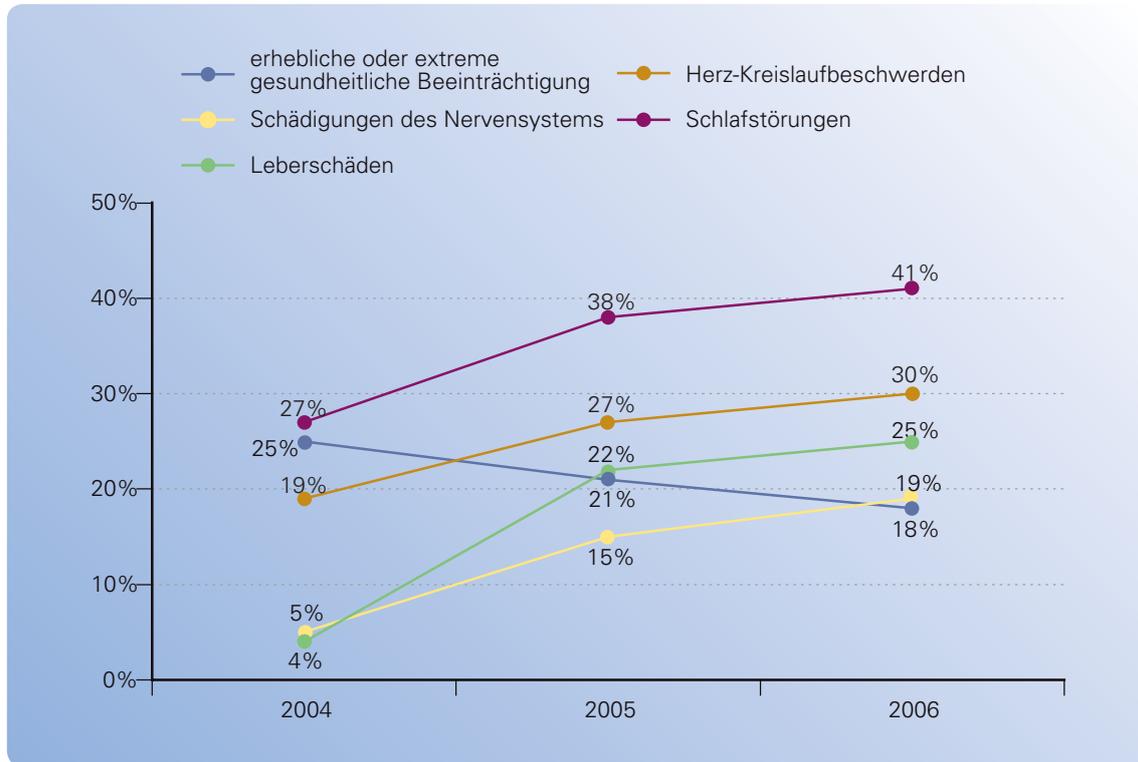
Die hier betrachteten Klient(inn)en verfügen schon in 2004 über vielfältige Behandlungserfahrungen. So berichten drei Viertel (74 %), dass sie sich schon einmal in einen stationären Entzug begeben haben (siehe Abbildung 2.17). Erwartungsgemäß nimmt dieser Anteil im Laufe der folgenden Jahre noch zu, so dass in 2006 mehr als vier Fünftel (82 %) der Klient(inn)en eine stationäre Entzugsbehandlung im Laufe ihres Lebens durchlaufen haben. Auch der Anteil stationärer Rehabilitationsmaßnahmen steigt deutlich. Wissen in 2004 etwas mehr als die Hälfte der langzeitbetreuten Alkohol Klient(inn)en (55 %) von der Teilnahme an einer solchen Maßnahme zu berichten, so steigt dieser Anteil innerhalb der folgenden zwei Jahre auf 70 %. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Erfahrungen der Klient(inn)en mit ambulanten Maßnahmen. Berichteten in 2004 drei von zehn der langzeitbetreuten Personen mit Alkoholproblemen von der Teilnahme an ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen, so ist dieser Anteil bis 2006 auf 41 % gestiegen. Somit bleibt positiv anzumerken, dass im Laufe einer langjährigen Betreuung immer mehr Klient(inn)en bereit sind, sich intensiven Maßnahmen zur Behandlung ihres Alkoholproblems zu unterziehen.

Abbildung 2.17:
 Behandlungsvorerfahrung der Klient(inn)en mit mehreren Dokumentationszeitpunkten
 (2004 – 2006).



Nach Einschätzung der Berater(innen) und Betreuer(innen) der Suchthilfe sind in 2004 ein Viertel der langzeitbetreuten Klient(inn)en erheblich oder extrem gesundheitlich belastet (siehe Abbildung 2.18). Dieser Anteil fällt jedoch im Laufe der beiden folgenden Jahre kontinuierlich auf 18%. Hinsichtlich der konkreten Krankheiten ist hingegen jeweils eine deutliche Zunahme zu erkennen. So steigt der Anteil der langzeitbetreuten Personen mit Schädigungen des Nervensystems innerhalb des Betrachtungszeitraums von 5 % in 2004 auf nahezu ein Fünftel (19 %) zwei Jahre später. Ein noch stärkerer Zuwachs ist bei den Leberschäden zu erkennen (2004: 4 %; 2006: 25 %). Die Steigerung des Anteils der Klient(inn)en mit den genannten Beschwerden muss jedoch nicht zwangsläufig die Folge zunehmender gesundheitlicher Probleme sein. Insbesondere unter Einbeziehung der oben dargelegten (sich kaum veränderten) gesundheitlichen Gesamtsituation der Klientel ist davon auszugehen, dass die mit der Betreuung sich oftmals verbessernde medizinische Versorgung der Klient(inn)en dazu führt, dass diese im Laufe der Zeit immer besser über ihren Gesundheitszustand informiert sind und diese Informationen auch an die (dokumentierenden) Mitarbeiter(innen) der Suchthilfe weitergeben. Neben den beiden oben genannten klassischen alkoholbedingten Krankheiten leidet eine nicht unbeträchtliche Zahl der Klient(inn)en unter Herz-Kreislaufproblemen (2004: 19 %; 2006: 30 %) und Schlafstörungen (2004: 27 %; 2006: 41 %).

Abbildung 2.18:
Gesundheitliche Probleme der Klient(inn)en mit mehreren Dokumentationszeitpunkten
(2004 – 2006)



Zusammenfassung: Längsschnittanalyse

Zusammenfassend lässt sich über die Gruppe der langzeitbetreuten Alkoholclient(inn)en (Zeitraum 2004 bis 2006) festhalten, dass es in Bezug auf die Wohnsituation im Laufe der drei betrachteten Jahre zu einer leichten Verbesserung gekommen ist. Als stabil erweist sich der aktuelle Erwerbsstatus; eine Erwerbslosenquote von jeweils mehr als 40 % über die Jahre verweist aber auf das grundlegende Problem dieser Klientel, eine das finanzielle Auskommen sichernde Arbeit zu finden, und dieser auch nachgehen zu können. Auch die aktuellen justiziellen Probleme variieren innerhalb des Betrachtungszeitraumes kaum. Die Zahl derer, die während ihres Lebens schon einmal verurteilt bzw. inhaftiert worden sind steigt jedoch im Laufe der Jahre. Des Weiteren zeigt sich, dass in 2004 noch nicht behandelte Langzeitbetreute weiterführenden Behandlungen (Entzüge, Rehabilitationen) zugeführt werden und sich nach Einschätzung der Mitarbeiter(innen) der Suchthilfe der allgemeine Gesundheitszustand der Alkoholclient(inn)en von Jahr zu Jahr bessert. Zugenommen haben hingegen die Anteile der konkreten Krankheiten und Beschwerden, so zum Beispiel Schädigungen des Nervensystems, Leberschäden und Herz-Kreislaufbeschwerden.

3. Opiate

In dieser Hauptgruppe sind 4.851 unterschiedliche Personen zu finden, die im Jahr 2006 wegen einer Opiatabhängigkeit 6.692 Betreuungen in der Hamburger Suchthilfe in Anspruch genommen haben. Das Geschlechterverhältnis auf Personenebene zeigt eine deutlich männlich dominierte Hauptgruppe (74 %), welches auch in ähnlicher Größenordnung in der Bundessuchthilfestatistik beschrieben wird.

Seit Bestehen der BADO wurden noch nie so viele Betreuungen wie im Jahr 2006 in der Hauptgruppe Opiate gezählt, nur das Jahr 1998 zeigt mit 4.921 Opiatklient(inn)en eine ähnlich hohe Personenanzahl. Gegenüber dem Vorjahr stellen die Zahlen für das Jahr 2006 einen Zuwachs von 600 Betreuungen und 400 Personen dar.

3.1. Betreuungen

Alle an der BADO teilnehmenden Einrichtungen der Hamburger Suchthilfe waren an der Betreuung der Opiatklientel beteiligt; jedoch zu stark unterschiedlichen Anteilen. Der größte Anteil an Betreuungen wurde mit 39 % durch den Einrichtungstypen „Betreuung für Substituierte“ geleistet. Einen geringfügig kleineren Anteil weist der Einrichtungstyp „illegale Drogen“ mit 36 % auf. Aber auch in suchtmittelübergreifenden Einrichtungen wurden 21 % der Betreuungen durchgeführt. Der Einrichtungstyp „legale Drogen“ weist einen Anteil von 5 % auf.

Die Betreuungsart in der Einrichtung gibt Aufschluss, welche Leistungen im Hilfesystem nachgefragt werden. Über die Hälfte der Betreuungen (55 %) finden in Form ambulanter Beratungen bzw. Betreuungen statt; 30 % entfallen auf die psychosoziale Betreuung für Substituierte und 22 % auf niedrigschwellige Hilfen. Jede siebte Betreuung erfolgt im Gefängnis (14 %), jede zehnte stellt jeweils eine Substitutionsbehandlung bzw. eine ambulante medizinische Behandlung dar.¹

Während einer Betreuung kommt es regelmäßig zu weiteren Betreuungen in anderen Bereichen des Suchthilfesystems. Zu 63 % der Betreuungen der Opiatklientel finden ergänzende Betreuungen statt. 32 % der gesamten Betreuungen werden durch Substitutionsbehandlungen ergänzt, aber auch Entgiftungen mit einem Anteil von 13 % und ambulante suchtmittelmedizinische Hilfen mit 12 % sind als ergänzende Betreuung zu finden. Ergänzende niedrigschwellige Hilfen wurden bei 9 % aller Betreuungen dokumentiert (Frauen: 13 %).

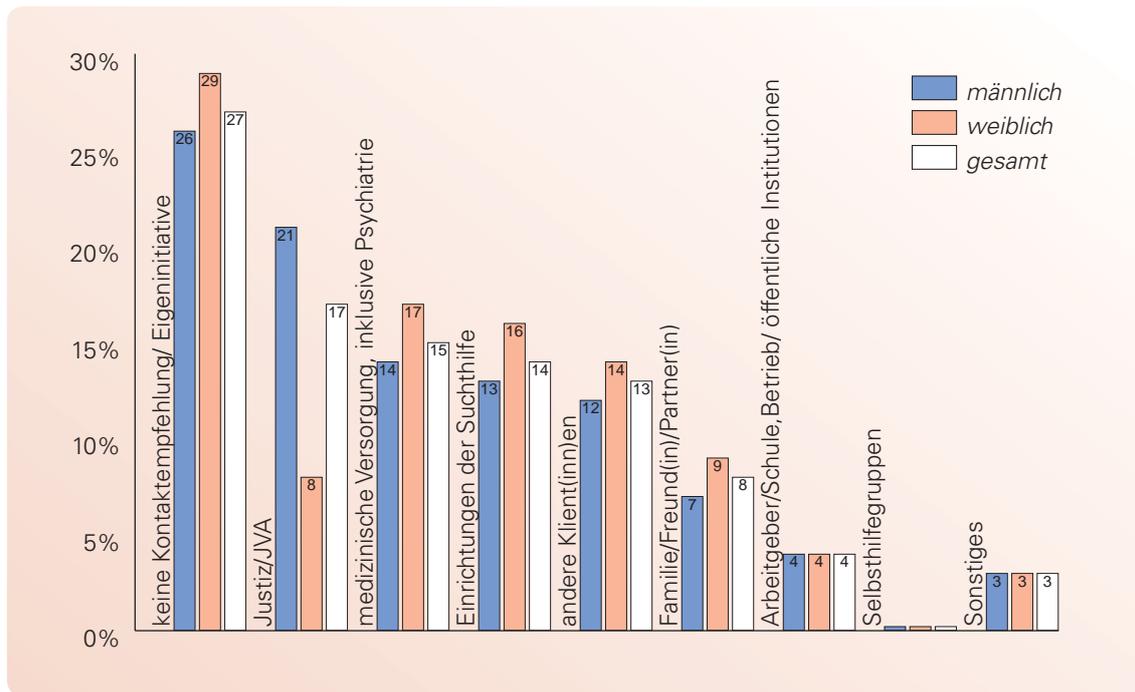
80% der Betreuungen erfolgten ohne Auflagen. Wenn dennoch Auflagen erteilt wurden, dann zumeist durch die Justiz (14 %). Das Arbeitsamt hat nur in 2 % der Fälle der Klientel eine Auflage erteilt.

Die Kontaktempfehlung zeichnet ein divergierendes Bild. Hier finden sich 17 % Betreuungen mit Kontaktanbahnung über die Justiz (siehe Abbildung 3.1). Der Anteil der Betreuungen von männlichen Opiatklient(inn)en liegt mit 21 % deutlich über dem für die weibliche Klientel (8 %). Wie oben beschrieben, werden 14 % der Betreuungen in Haft durchgeführt, so dass schon hierdurch häufig die Kontaktempfehlung „Justiz“ dokumentiert wird.

27 % der Betreuungen kommen aus Eigeninitiative de(r)s Klienten(in) zustande. Der größte Teil der Betreuungen wird also über Dritte vermittelt. Die vermittelnden Instanzen zeigen sich weit gefächert; jeweils etwa ein Siebtel entfallen auf die medizinische Versorgung, andere Einrichtungen der Suchthilfe und andere Klient(inn)en der Einrichtung.

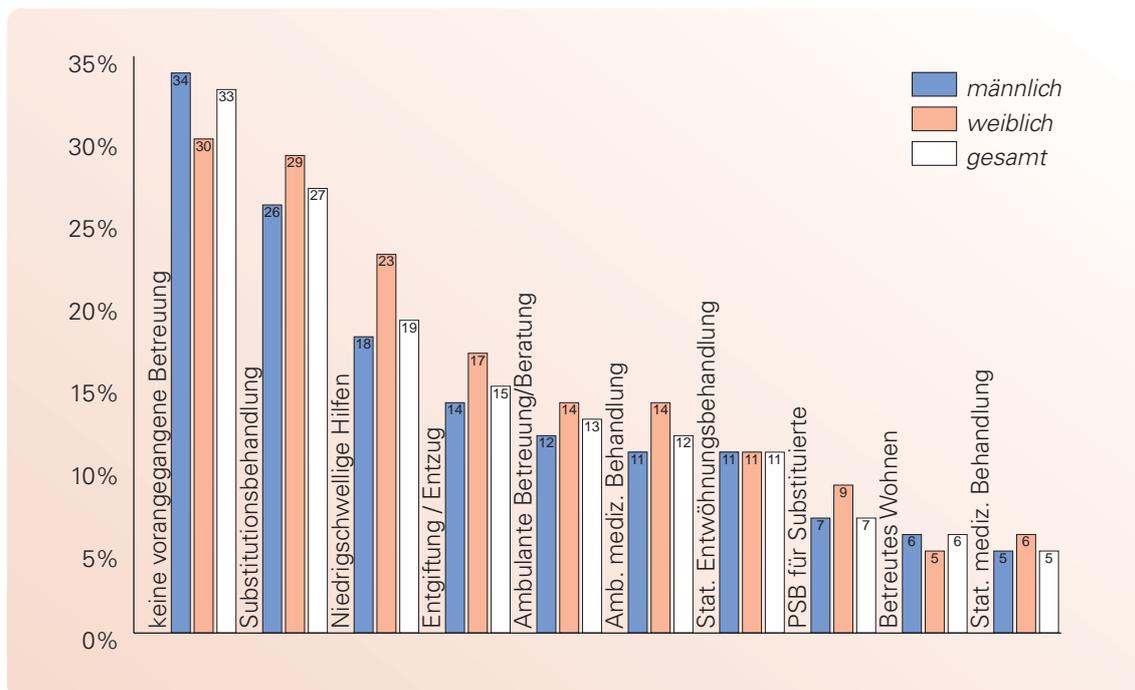
¹ Da ein(e) Klient(in) mehrere Betreuungsarten in einer Einrichtung in Anspruch nehmen kann, ist die Frage nach der Betreuungsart als Mehrfachantwort in der BADO hinterlegt.

Abbildung 3.1:
Kontaktempfehlung der Betreuungen in 2006 nach Geschlecht



Die Vernetzung mit weiteren Suchthilfeeinrichtungen zeigt sich deutlich an den vorangegangenen Betreuungen innerhalb der letzten 60 Tage vor Aufnahme der aktuell dokumentierten Betreuung. Nur 33 % der Betreuungen beziehen sich auf Klient(inn)en, die in den letzten 60 Tagen vor Betreuungsbeginn nicht in einer suchtspezifischen Betreuung betreut wurden (siehe Abbildung 3.2). Häufig waren die Klient(inn)en in einer Substitutionsbehandlung (27 %), in niedrigschwelligen Einrichtungen (19 %), im Entzug (15 %), in ambulanter Beratung (13 %) oder in ambulanter medizinischer Behandlung (12 %).

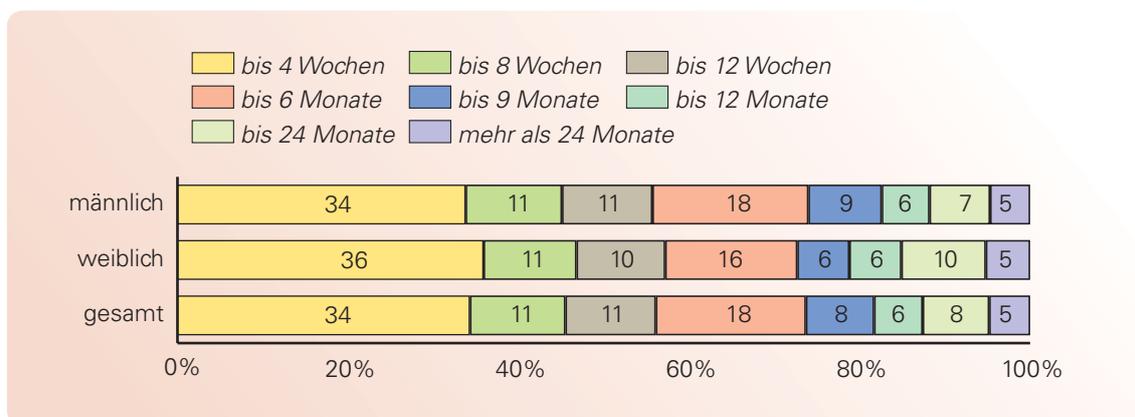
Abbildung 3.2:
Vorangegangene Betreuungen während der letzten 60 Tage vor Betreuungsbeginn in 2006 nach Geschlecht (Mehrfachantwort möglich)



Von den insgesamt 6.692 in 2006 durchgeführten Betreuungen wurden 51 % (N=3.427) in 2006 auch beendet. Die mittlere Betreuungslänge lag bei 183 Tagen, die weibliche Klientel wurde mit 192 Tagen 13 Tage länger betreut als die männlichen Klienten. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Betreuungsdauer um 30 Tage gesunken. Die für die Hamburger Opiatklientel im Jahre 2006 ermittelte durchschnittliche Betreuungsdauer liegt 118 Tage unterhalb des Mittelwerts, der für die westdeutsche Opiatklientel in der Bundessuchthilfestatistik ausgewiesen wird. Auch nach Korrektur der Betreuungsdauer der Hamburger Klientel um die Einmalkontakte, liegt die mittlere Dauer mit 229 Tagen immer noch bemerkenswert unter der der nationalen Suchthilfestatistik. Der Unterschied zwischen den Betreuungsspannen für Männer und Frauen ist dort mit 40 Tagen angegeben.

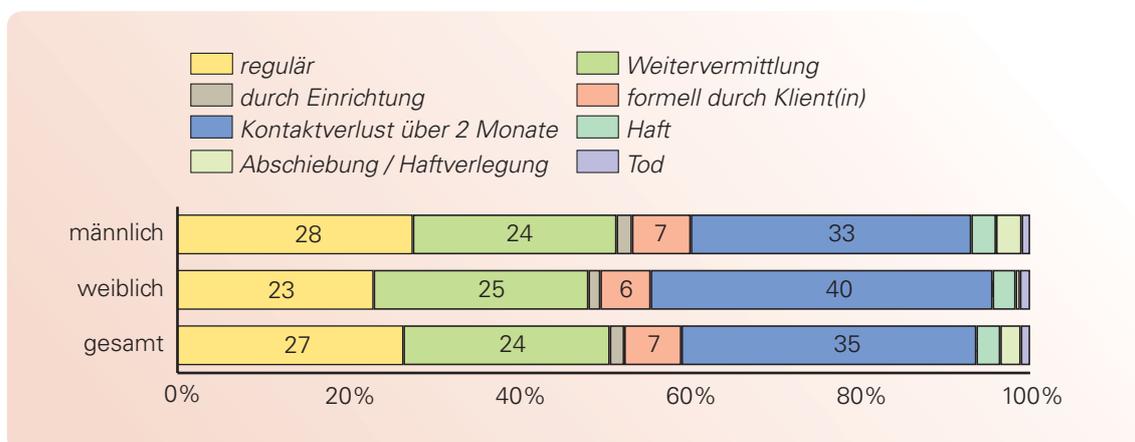
46 % der Betreuungen dauern in Hamburg nur bis zu 8 Wochen (siehe Abbildung 3.3). Der Vergleichswert für das Westdeutsche Bundesgebiet liegt hier bei 24 %, wohingegen dort für 36 % der Betreuungen eine Betreuungsdauer bis 12 Monate oder länger dokumentiert wird, in Hamburg trifft dieses jedoch nur auf eine Teilgruppe von 18 % der Betreuungen zu.

Abbildung 3.3:
Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in 2006 nach Geschlecht



Erstaunlicherweise unterscheiden sich trotz kürzerer Betreuungsdauer in Hamburg die Anteile planmäßiger Abschlüsse der Betreuungen im Vergleich zur Bundessuchthilfestatistik kaum. Die Hälfte der Betreuungen für Opiatklient(inn)en (51 %) wurden entweder in Form einer Weitervermittlung oder regulär beendet (siehe Abbildung 3.4). In der Suchthilfestatistik wird ein etwas geringerer Wert von 49 % angegeben.

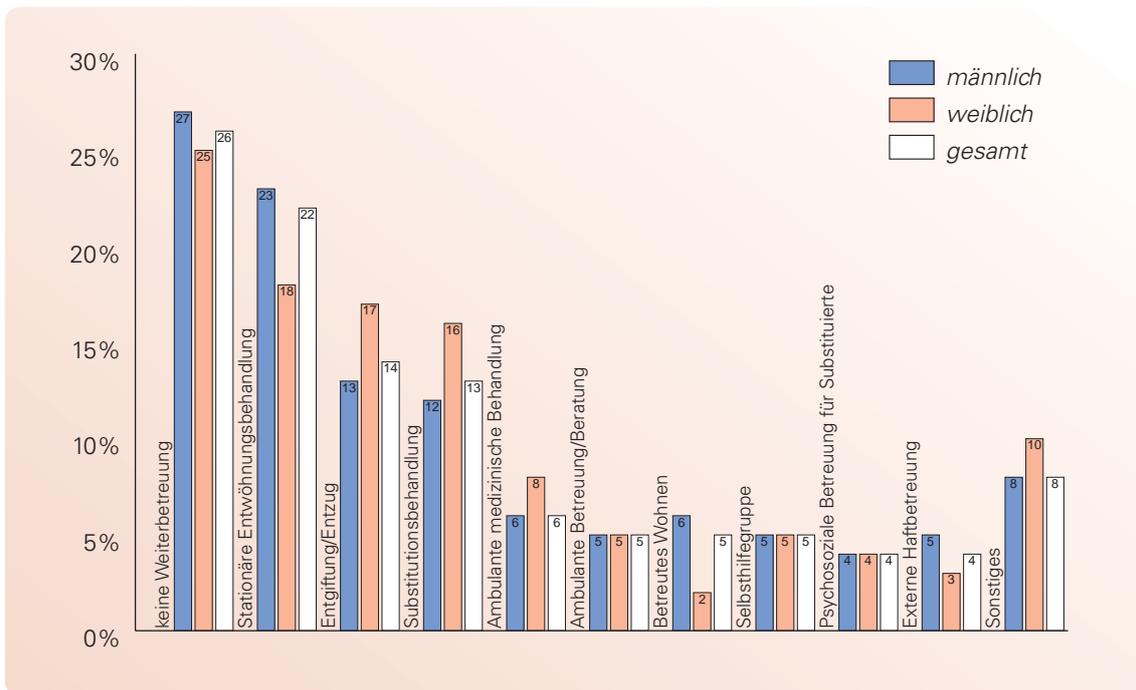
Abbildung 3.4:
Art der Beendigung der Betreuungen in 2006 nach Geschlecht



Der Abschluss einer Betreuung stellt zumeist nicht das Ende der Betreuung im Suchthilfesystem dar. Drei Viertel der Betreuungen werden nach dem dokumentierten Betreuungsende in anderer Form weitergeführt (siehe Abbildung 3.5).

Die Hilfekette suchtspezifischer Maßnahmen lässt sich nun deutlich beschreiben. Die Betreuten kommen zumeist aus Maßnahmen, nehmen solche ergänzend während der dokumentierten Betreuung in Anspruch und verbleiben in 74 % der Fälle auch nach Ende der Betreuung in einem der verschiedenen Bereiche des Suchthilfesystems. In Anbetracht dieses in der BADO gefundenen Ergebnisses, kann die aktuelle Betreuung immer nur als eine Momentaufnahme eines Betreuten gelten und Effekte einer Betreuung sind auf die Gesamtzahl aller Maßnahmen zu beziehen und nicht nur auf die zuletzt dokumentierte.

Abbildung 3.5:
Weiterbetreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen in 2006 nach Geschlecht (Mehrfachantwort möglich)



Zusammenfassung: Betreuungen

Mit 6.692 Betreuungen hat im Vergleich zum Vorjahr eine Steigerung um 600 Betreuungen auf den höchsten Stand seit Bestehen der Hamburger BADO stattgefunden. Die Initiative, sich in Betreuung zu begeben, geht meist auf die Klient(inn)en selbst zurück (27 %). Bereits an zweiter Stelle steht jedoch die Justiz als vermittelnde Instanz (17 %). Die mittlere Betreuungsdauer lag 2006 bei 183 Tagen und damit 30 Tage unter dem Wert des Vorjahrs. Trotz des vergleichsweise kurzen Betreuungszeitraumes werden 51 % der Betreuungen planmäßig durch Weitervermittlung in eine andere Einrichtung der Suchthilfe oder durch eine reguläre Beendigung abgeschlossen. Nahezu drei Viertel der beendeten Betreuungen für die Opiatklientel werden im Anschluss in Form anderer Maßnahmen weitergeführt.

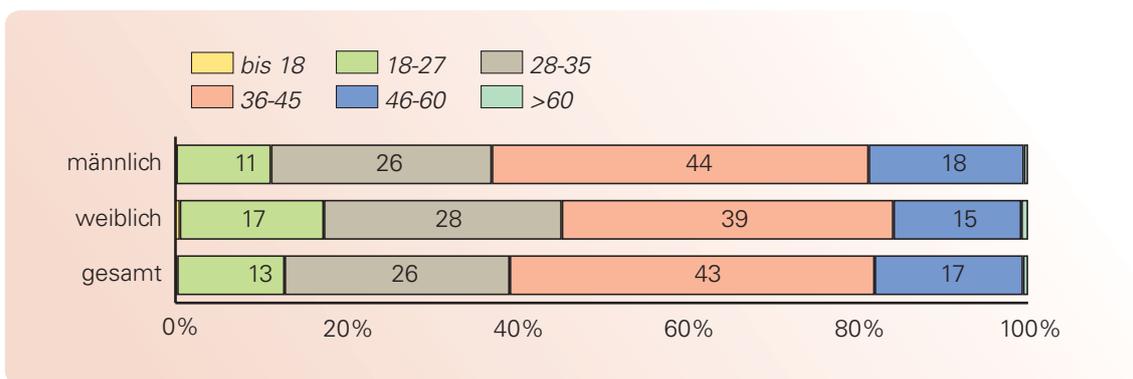
3.2. Personen

Im Jahre 2006 wurden 4.851 unterschiedliche Personen mit einer Störung durch Opiatkonsum im Hamburger ambulanten Suchthilfesystem betreut.² Das mittlere Alter dieser Gruppe beträgt 37,7 Jahre im Auswertungsjahr 2006. Die weibliche Klientel ist mit 36,5 Jahren gut ein Jahr jünger als dieser Durchschnittswert, die männliche Klientel ist mit 38,1 Jahren geringfügig älter.

Die deutsche Suchthilfestatistik weist einen Referenzwert für das Alter zu Betreuungsbeginn von 32,6 Jahren für diese Klient(inn)engruppe aus. Wenn das Durchschnittsalter der Hamburger Klient(inn)en auf den Betreuungsbeginn bezogen wird, dann zeigt sich ein Lebensalter von 36 Jahren. Somit ist die Hamburger Opiatklientel im Mittel mehr als drei Jahre älter als im Bundesdurchschnitt.

Wird das Alter in Kategorien unterteilt, so finden sich 13 % der Opiatkonsument(inn)en in der Altersgruppe der unter 28-Jährigen, weitere 18 % sind bereits über 45 Jahre alt (siehe Abbildung 3.6). Gerade die letztgenannte Altersgruppe ist verantwortlich für das im Vergleich zur deutschen Suchthilfestatistik höhere Lebensalter der Hamburger Opiatklientel. Während im Bundesdurchschnitt die bis 35-Jährigen nahezu zwei Drittel der Klient(inn)en (61 %) stellen, beträgt dieser Anteil in Hamburg lediglich 39 %. In wie weit dies als Indiz für ein späteres Erreichen der Opiatabhängigen in Hamburg aufgefasst werden kann oder aber als Indiz dafür, dass in Hamburg weniger junge Menschen problematisch Opiate konsumieren als im Bundesgebiet, werden die nächsten Jahre zeigen. Denkbar wäre aber auch, dass in dem höheren Lebensalter der Opiatklient(inn)en sich der hohe Anteil substituierter Personen niederschlägt.

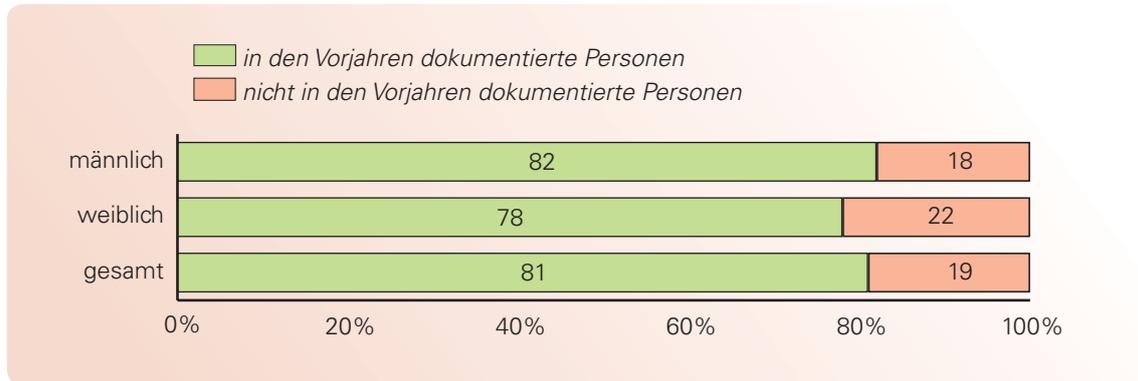
Abbildung 3.6:
Alter der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht



Wenn der HIV-Code der 2006er Klientel mit den HIV-Codes der neun BADO-Vorjahre abgeglichen wird, so findet sich, dass 81 % der Klient(inn)en dieser Hauptgruppe auch schon in den Vorjahren die ambulante Hamburger Hilfe in Anspruch genommen haben (siehe Abbildung 3.7). Ein anderes Bild ergibt sich, wenn nur die Überlappung der Klientel von 2005 auf 2006 betrachtet wird. Hier zeigt sich, dass 63 % der Opiatklient(inn)en des Jahres 2006 auch schon in 2005 im Hamburger Hilfesystem betreut wurden. Wird die Überlappung der Klientel zwischen 2006 und 2004 analysiert, so findet sich in 2006 ein Anteil von 47 %, der auch schon in 2004 eine Betreuung in Anspruch genommen hat.

² Der Prozess der Datenaufbereitung entspricht der des Alkoholclientels und ist zu Beginn des Abschnittes 2.2 ausführlich beschrieben.

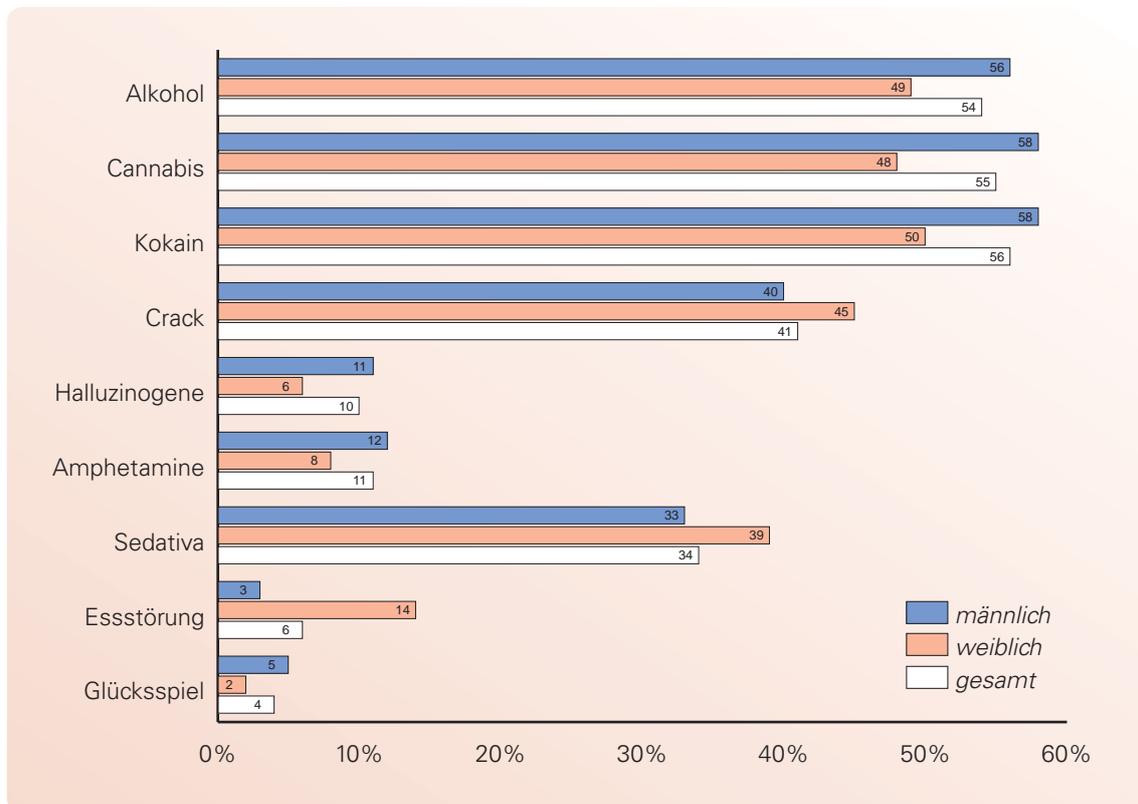
Abbildung 3.7:
In mindestens einem der Vorjahre bereits in der BADO dokumentierte Klient(inn)en des Jahres 2006 nach Geschlecht



3.3. Konsum und Behandlungsvorerfahrungen

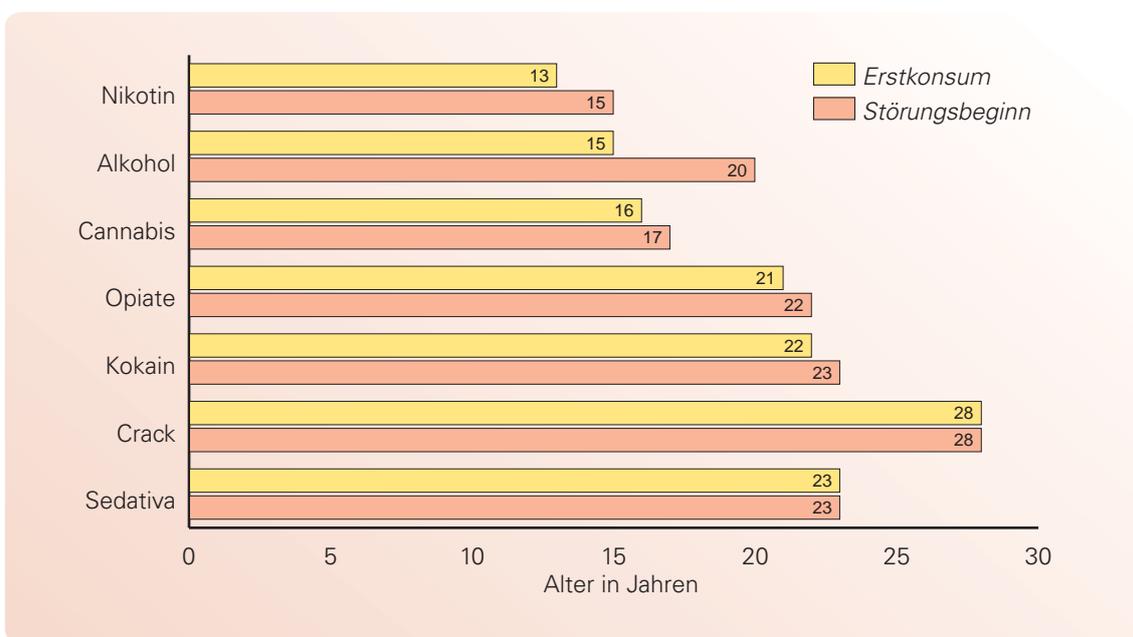
Auch wenn die durch den Opiatkonsum verursachten Probleme im Mittelpunkt der folgenden Betrachtungen stehen, so wird diese Störung doch häufig durch den problematischen Konsum weiterer Substanzen begleitet. Mehr als die Hälfte der Klient(inn)en konsumieren zusätzlich noch problematisch Kokain, Cannabis und Alkohol (siehe Abbildung 3.8). Auch finden sich in dieser Gruppe nahezu alle Crackkonsument(inn)en, die in der Hamburger Suchthilfe in 2006 dokumentiert wurden und auch fast die gesamte Gruppe an Personen, bei denen Sedativa als Hauptproblem dokumentiert worden ist.

Abbildung 3.8:
Weitere dokumentierte Hauptdrogen bzw. -probleme der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht (Mehrfachantwort möglich)



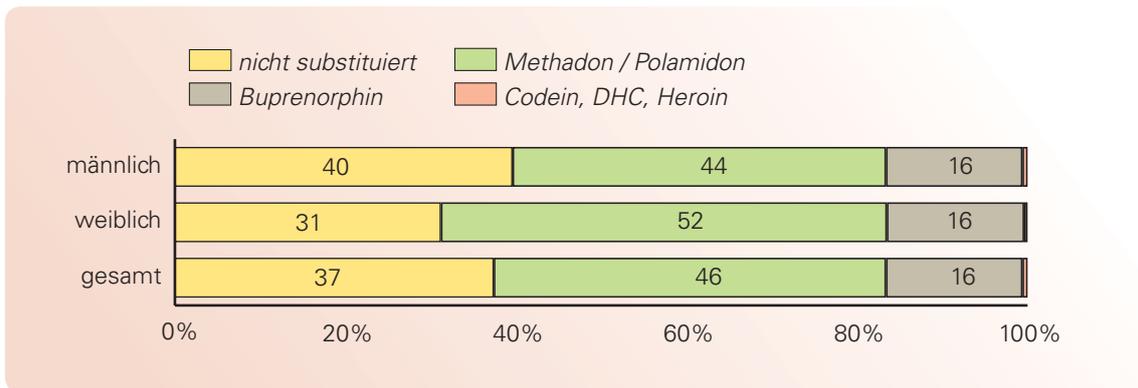
In Abbildung 3.9 sind der Erstkonsum und der Störungsbeginn wiedergegeben. Die Werte für den Erstkonsum von illegalen Substanzen unterscheiden sich, bis auf Crack nicht von der Bundessuchthilfestatistik. Für Crack wird in dieser ein Alter des Erstkonsums von 22,4 Jahren angegeben. Für Hamburg zeigt sich wie in den Vorjahren ein deutlich höheres Alter von 28,3 Jahren. Crack ist in Hamburg seit ca. 10 Jahren auf der sogenannten Szene verfügbar. Bei dem oben beschriebenen mittleren Alter von 37 Jahren der Opiatklientel in 2006 ist das mittlere Alter für den Erstkonsum von Crack durchaus plausibel. Das Einstiegsalter für den Opiatkonsum liegt bei 20,5 Jahren; Frauen beginnen gut ein Jahr früher mit dem Konsum von Opiaten. Das mittlere Lebensalter bei Störungsbeginn liegt für die gesamte Opiatklientel nur ein Jahr über dem Alter des ersten Konsums dieser Substanz. Die Latenz zwischen Störungsbeginn und der Dokumentation in der BADO des Jahres 2006 beträgt also 15 Jahre. Seit 2005 wird in der BADO das Alter des Erstkontaktes zur Suchthilfe erhoben. Die Opiatklient(inn)en geben an, erstmals im Alter von 26,9 Jahren Kontakt zu einer Suchteinrichtung aufgenommen zu haben; Frauen mit 25,2 Lebensjahren deutlich früher als Männer im Alter von 27,2 Jahren. Es kann also konkretisiert werden, dass zwischen Störungsbeginn und Aufnahme einer suchtspezifischen Maßnahme im Mittel fünf Jahre vergehen.

Abbildung 3.9:
Alter des Erstkonsums und des Störungsbeginns von Klient(inn)en in 2006)



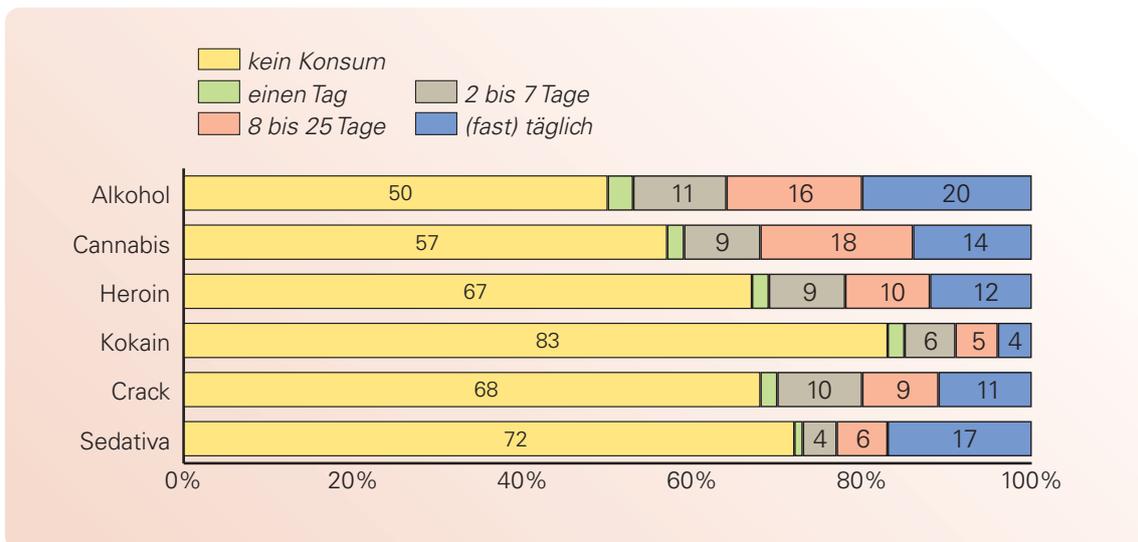
Nahezu zwei Drittel (63 %) der Opiatklient(inn)en sind aktuell in Substitution (siehe Abbildung 3.10). Der Anteil substituierter Frauen liegt mit einem Anteil von 69 % acht Prozentpunkte oberhalb des Wertes der männlichen Klienten. Zumeist wird noch mit Methadon oder Polamidon substituiert, 16 % erhalten Buprenorphin. Codein und Heroin werden in Hamburg zur Substitution nur zu sehr geringen Anteilen eingesetzt.

Abbildung 3.10:
Zur Substitution eingesetztes Medikament der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht



Die Substitution und die langjährige Inanspruchnahme von suchtspezifischen Hilfen scheinen sich deutlich auf den letzten beobachteten Konsumstatus auszuwirken. 12 % der Klient(inn)en konsumierten innerhalb der letzten 30 Tage täglich Heroin, 67 % waren gänzlich abstinent (siehe Abbildung 3.11). Weiter oben wurde schon erwähnt, dass die Klient(inn)en im Mittel 11 Jahre vor der Dokumentation in der BADO in 2006 erstmals um Hilfe wegen ihrer Suchtproblematik nachsuchten. Nur 4 % der Opiatklientel gibt an, dass die aktuelle Betreuung der erste Kontakt zum Suchthilfesystem darstellt. 78 % dieses Personenkreises hat schon mindestens einen stationären Entzugsversuch unternommen, 44% haben drei oder mehr stationäre Entzüge hinter sich und ein Fünftel berichten sogar von mehr als sechs stationären Entzügen. In (mindestens) einen ambulanten Entzug hat sich nahezu ein Drittel der Klient(inn)en (32 %) begeben. Von stationären Rehabilitationen berichten 61 % der Opiatklientel und von ambulanten Rehabilitationen etwa ein Fünftel (21 %). Korrespondierend mit der geringen Zahl von Selbsthilfegruppen für Opiatkonsument(inn)en in Hamburg, spielt dieses Setting nur eine vergleichsweise geringe Rolle (9 %).

Abbildung 3.11:
Konsumhäufigkeit der letzten 30 Tage (Aktuell) der Klient(inn)en in 2006 (ohne Inhaftierte)



3.4. Biografischer Hintergrund

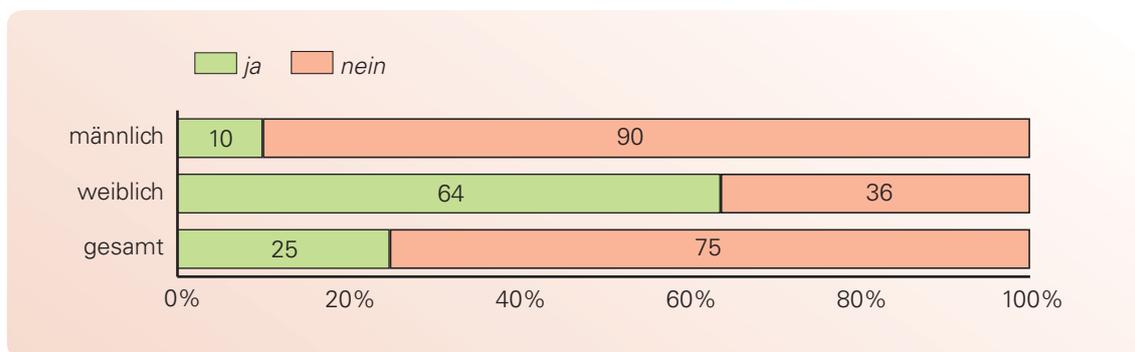
88 % der Hamburger Opiatklient(inn)en in der ambulanten Suchthilfe sind Staatsbürger der Bundesrepublik Deutschland. Nur 9 % weisen eine Staatsbürgerschaft eines Landes außerhalb eines EU Landes auf. Ein Fünftel aller Opiatklient(inn)en berichtet von einem Migrationshintergrund; 14 % sind selbst migriert und weitere 6 % als Kinder von Migranten geboren.

27 % der Klient(inn)en geben an, dass sie zumindest zeitweise in öffentlichen Erziehungseinrichtungen während ihrer Kindheit und Jugend betreut wurden; der Anteil weiblicher Klienten liegt mit 30 % vier Prozentpunkte oberhalb des Anteils für die männlichen Opiatkonsumenten. Es deutet sich hier an, welche Bedeutung primären und sekundärspezifischen Suchtpräventionsmaßnahmen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe zukommt.

Die Hälfte der Klient(inn)en (49 %) berichtet, dass mindestens ein Elternteil durch Suchtprobleme belastet war. 41 % berichten von einem Vater und 23 % von einer Mutter mit einer Suchtproblematik. Die Frauen zeigen eine deutlich höhere Belastung durch das Elternhaus. Sie haben mit einem Anteil von 32 % sehr viel häufiger eine Mutter mit Abhängigkeitserkrankung in ihrer Kindheit erlebt (Männer: 20 %). Auch der Anteil der weiblichen Klienten, deren Vater ein Suchtproblem aufwies, liegt mit 46 % über dem der Männer (39 %).

Zwei Drittel der Opiatklientel (68 %) berichtet von erlittener körperlicher Gewalt im Laufe des bisherigen Lebens (Frauen: 75 %; Männer: 65 %). Abbildung 3.12 ist zu entnehmen, dass 64 % der Frauen bisher sexuelle Gewalt erfahren haben (Männer: 10 %). Inwieweit hierdurch posttraumatische Belastungsstörungen entstanden sind, die ursächlich mit der Substanzabhängigkeit der Klient(inn)en in Zusammenhang stehen, sollte zukünftig detaillierter untersucht werden.

Abbildung 3.12:
Sexuelle Gewalterfahrung im Leben der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht



Nur 30 % der Klient(inn)en geben an, noch nicht inhaftiert gewesen zu sein. Vier Fünftel (78 %) wurden im Laufe ihres bisherigen Lebens mindestens schon einmal verurteilt. Der Anteil der Klient(inn)en die wegen des Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz verurteilt wurden, liegt bei 64 %. Die Hälfte der aller Opiatklient(inn)en wurde auf Grund von Beschaffungskriminalität verurteilt und ein Viertel (24 %) wegen einer begangenen Körperverletzung. Die letztgenannte Angabe korrespondiert mit dem Ergebnis, dass 52 % der Opiatklientel körperliche Gewalt im Laufe ihres Lebens ausgeübt hat.

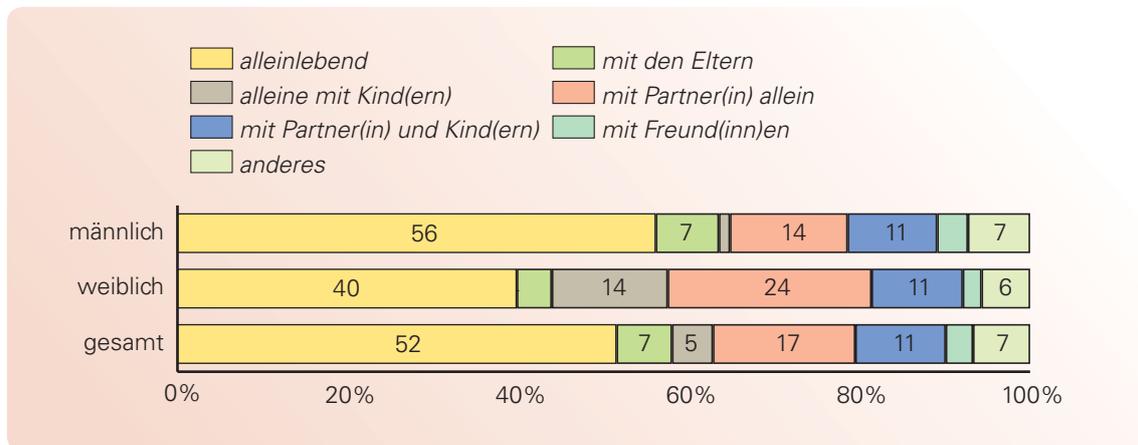
3.5. Soziale Beziehungen und Lebenssituationen

Mehr als zwei Drittel (69 %) der Klient(inn)en der Hauptgruppe Opiate sind ledig. Etwa jede(r) Zehnte ist verheiratet und 14 % sind geschieden. Auch die Partnersituation verweist auf eine eher sozial isolierte Klientel. 59 % leben ohne festen Partner, Frauen weniger häufig als Männer. Wenn die Klient(inn)en dieser Hauptgruppe in einer festen Partnerschaft leben, so weist der Partner bei 53 % auch eine Suchtstörung auf. Frauen in einer festen Partnerschaft haben zu 75 % einen Lebenspartner mit Suchtproblemen (Männer: 42 %).

Die in Abbildung 3.13 dargestellte Lebenssituation gibt das oben beschriebene Bild wieder. Darüber hinaus gibt die Grafik Aufschluss über Klient(inn)en, die mit ihren Kindern zusammenleben. Insgesamt wissen 15 % der Personen mit Opiatproblemen hiervon zu berichten; Frauen mit einem Anteil von 24 % deutlich häufiger als die männliche Klientel (12 %). Von eigenen Kindern berichtet die Hälfte der Opiatklient(inn)en. Es finden sich deutlich ausgeprägte Geschlechtsunterschiede. 48 % der männlichen Klienten und 58 % der betreuten Frauen mit Opiatproblemen sind demnach Eltern. Im Mittel weist jede(r) Klient(in) der Hauptgruppe Opiate 0,9 Kinder auf.

Ein Drittel der Opiatkonsument(inn)en im Hilfesystem gibt an, ein Elternteil mindestens eines minderjährigen Kindes zu sein. Bezogen auf die Gesamtgruppe der Opiatklient(inn)en sind dies 0,5 Kinder je Klient(in). Die Hälfte der weiblichen Klienten lebt mit ihren minderjährigen Kindern zusammen (Männer: 27 %). Bei weiteren 22 % sind die minderjährigen Kinder in Pflegefamilien untergebracht. Für opiatabhängige Männer im Suchthilfesystem gilt, dass deren minderjährige Kinder zumeist bei dem anderen Elternteil leben (59 %).

Abbildung 3.13:
Lebenssituation der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht (ohne Inhaftierte)



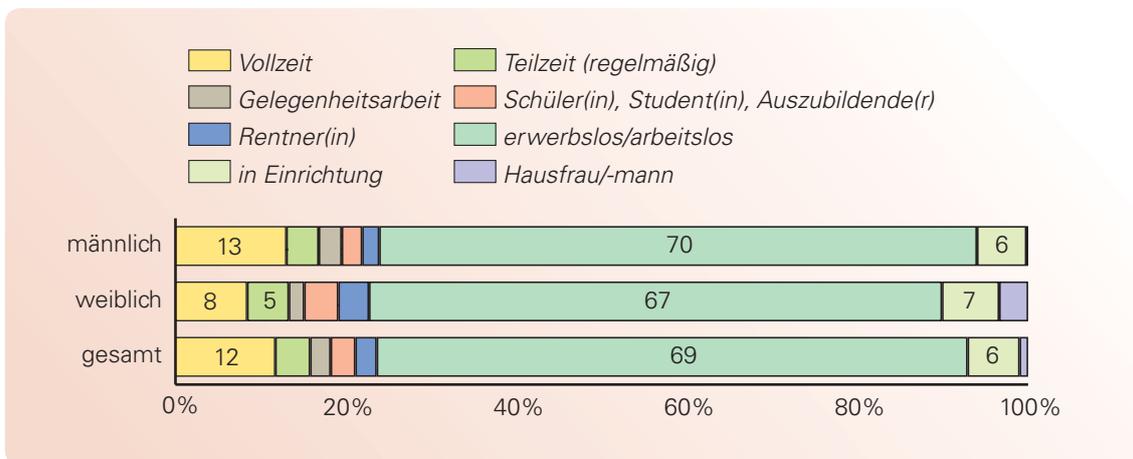
16 % der Opiatklient(inn)en halten sich zum Zeitpunkt der letzten und damit aktuellsten Dokumentation in Justizvollzugsanstalten auf. Werden diese Klient(inn)en nicht berücksichtigt, so geben 78 % der Klient(inn)en an, über eigenen Wohnraum zu verfügen. Werden die Anteile derer, die bei dem Partner bzw. bei Angehörigen wohnen hinzugezählt, so lässt sich festhalten, dass 82 % der Opiatklientel in einer stabilen Wohnsituation lebt. Für Frauen trifft dieses mit einem Anteil von 85 % etwas häufiger zu als für die männlichen Klienten (81 %).

3.6. Ausbildung, Arbeitssituation und finanzielle Situation

Nahezu neun von zehn Opiatklient(inn)en (87 %) können einen Schulabschluss vorweisen (Hauptschulabschluss: 46 %; Mittlere Reife 27 %; Hochschulreife 14 %). Die weibliche Klientel zeigt eine leicht höhere Schulbildung als die männliche. Wohl bedingt durch den frühen Abhängigkeitsbeginn dieses Personenkreises haben nur 61 % eine Berufsausbildung abgeschlossen; Frauen in deutlich geringerem Maße (50 %) als die männlichen Klienten (64 %).

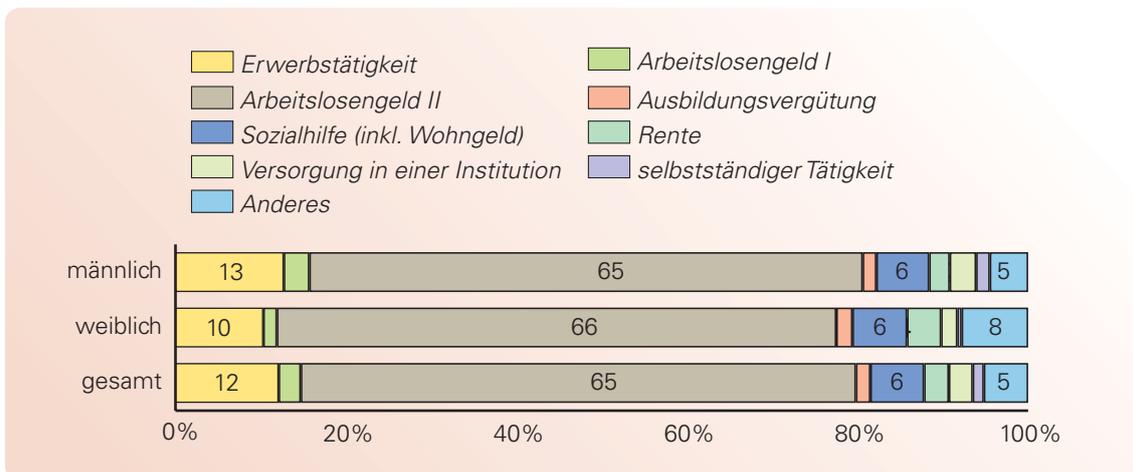
69 % der Klient(inn)en sind arbeitslos, und nur 16 % gehen einer Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung nach (siehe Abbildung 3.14). In Anbetracht der hohen Abstinenzraten dieser Klient(inn)engruppe bedarf es dringend Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.

Abbildung 3.14:
Arbeits- und Ausbildungssituation der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht
(ohne Inhaftierte)



Die Angaben zum Haupteinkommen korrespondieren mit der Arbeitssituation der Opiatklient(inn)en. Nur 13 % geben ein Einkommen aus Erwerbstätigkeit oder selbständiger Tätigkeit als Haupteinkommen an (siehe Abbildung 3.15). Zwei Drittel sind Bezieher(innen) von Arbeitslosengeld II. Das Arbeitslosengeld I leistet mit 3 % nur einen sehr geringen Anteil an der finanziellen Versorgung der Klientel. Über 95 % der arbeitslosen Opiatklient(inn)en sind seit mehr als 12 Monaten ohne Arbeit. 18 % der weiblichen Klienten geben an, Einkünfte aus Prostitution zu erhalten. In der BADO wird auch die Schuldensituation abgebildet. Nur ein Fünftel der Klient(inn)en (21 %) weist keine Schulden auf. Ein Anteil von 55 % hat Schulden bis zu 25.000 Euro. Bei weiteren 16 % ist die Höhe der Schulden nicht bekannt.

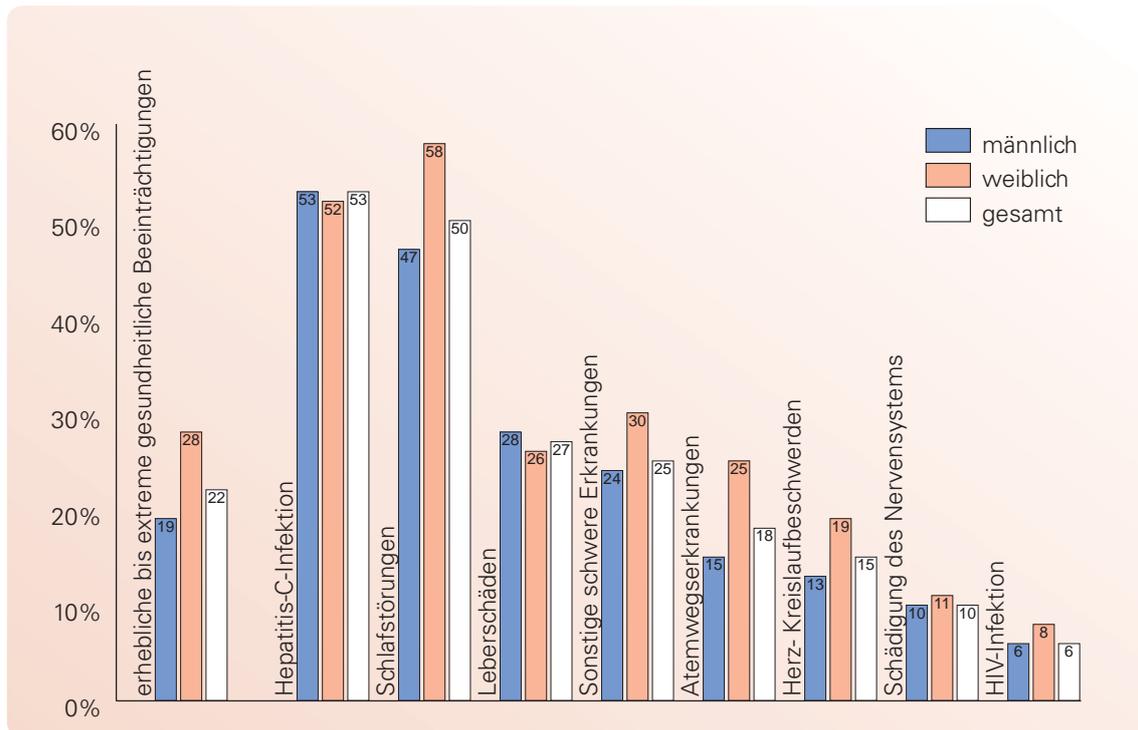
Abbildung 3.15:
Haupteinkommensquelle der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht (ohne Inhaftierte)



3.7. Gesundheitliche und psychische Situation

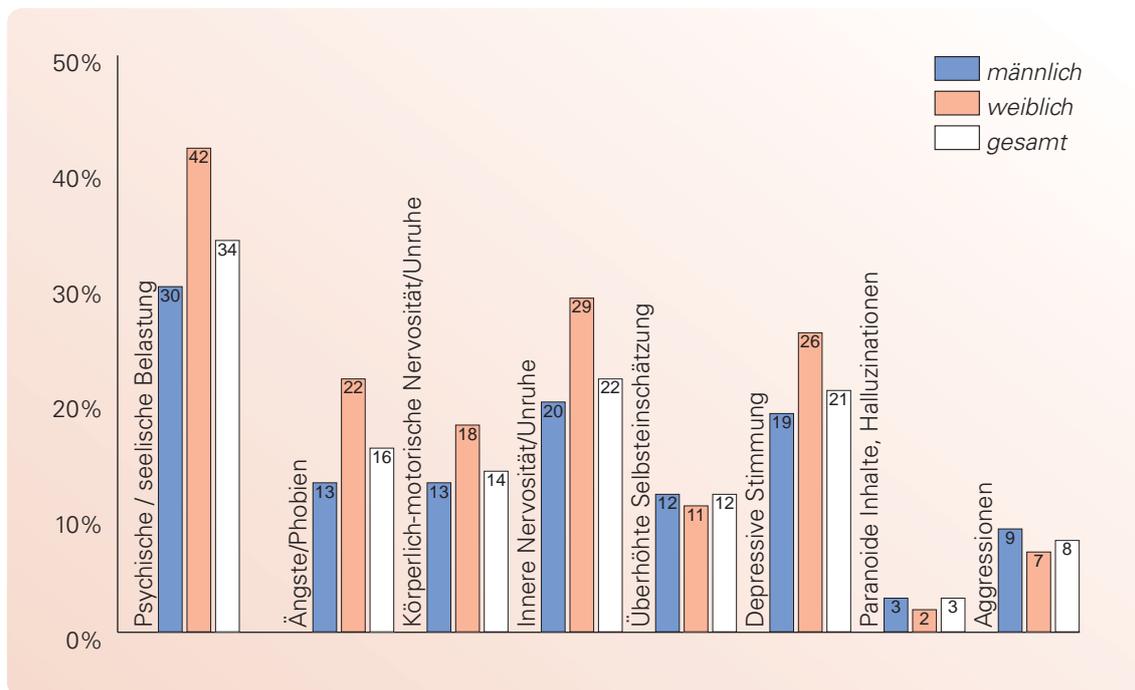
Etwas mehr als ein Fünftel der Opiatklient(inn)en (22 %) wird von den Mitarbeiter(inne)n der ambulanten Suchthilfe als erheblich oder extrem gesundheitlich belastet eingeschätzt (siehe Abbildung 3.16). Bei weiteren 29 % wurde eine mittlere gesundheitliche Beeinträchtigung dokumentiert. Mehr als die Hälfte dieses Personenkreises ist mit Hepatitis-C infiziert, von Leberschäden berichten 27 % und von einer HIV-Infektion 6 %. Die HIV-Rate liegt somit, wie in den Vorjahren, bei den Frauen mit einem Anteil von 8 % über dem der männlichen Klient(inn)en (6 %). In Anbetracht der Tatsache, dass viele der Opiatklient(inn)en offensichtlich erhebliche gesundheitliche Beschwerden aufweisen, mag es verwundern, dass nur 7 % dieses Personenkreises einen anerkannten Behindertenstatus besitzen.

Abbildung 3.16:
Einschätzung der gesundheitlich-körperlichen Beeinträchtigung (erheblich / extrem) und gesundheitliche Beschwerden der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht



Etwas mehr als ein Drittel der Opiatklient(inn)en (34 %) ist erheblich bzw. extrem psychisch oder seelisch belastet (siehe Abbildung 3.17). Frauen sind hiervon mit einem Anteil von 42 % deutlich häufiger betroffen als die männlichen Klienten (30 %). Auch die Angaben zu den konkreten psychischen Belastungen deuten darauf hin, dass ein Großteil der Klientel neben der bestehenden suchtspezifischen Behandlung auch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung in Anspruch nehmen müsste, um sich längerfristig zu stabilisieren. So leidet etwa ein Fünftel unter depressiven Stimmungen (21 %) und 22 % unter innerer Unruhe. Insgesamt berichten 28 % der Opiatklient(inn)en von mindestens einem Suizidversuch im Laufe ihres Lebens. Frauen sind hiervon bemerkenswert häufiger betroffen (37 %) als die männlichen Opiatkonsumenten (24 %).

Abbildung 3.17:
Einschätzung der psychischen bzw. seelischen Belastung und deren Symptome (erheblich / extrem) von Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht



Zusammenfassung: Beschreibung der betreuten Personen

Im Jahre 2006 sind in der Hamburger BADO insgesamt 4.851 unterschiedliche Personen wegen eines Opiatproblems betreut worden.³ Das Durchschnittsalter der Klient(inn)en liegt bei 37,7 Jahren. Etwa vier Fünftel von ihnen sind auch schon in mindestens einem der zurückliegenden neun Jahre im Hamburger Suchthilfesystem betreut worden. Neben den Opiaten werden für die hier betrachtete Klientel häufig noch Alkohol, Cannabis, Crack und Sedativa als weitere Hauptprobleme dokumentiert. Das mittlere Einstiegsalter in den Opiatkonsum liegt bei 20,5 Jahren, das des Störungsbeginns ein Jahr darüber. Fast zwei Drittel der Klient(inn)en (63 %) werden aktuell substituiert und 78 % sind während ihres Lebens mindestens einmal in einem stationären Entzug gewesen. Die Hälfte gibt an, bei Eltern mit Suchtproblemen aufgewachsen zu sein. Drei Viertel haben in ihrem Leben körperliche Gewalt erfahren und fast zwei Drittel der Frauen berichten von sexuellen Gewalterfahrungen. Vier Fünftel der Opiatkonsument(inn)en leben in stabilen Wohnverhältnissen. Von Arbeitslosigkeit sind 69 % betroffen. Der überwiegende Teil nennt als Haupteinkommensquelle das Arbeitslosengeld II. Etwas mehr als ein Fünftel der Opiatgruppe wird von den Mitarbeitern der Suchthilfe als erheblich oder extrem gesundheitlich beeinträchtigt eingestuft. Auffällig ist der hohe Anteil an Hepatitis-C-Infektionen. Von erheblichen oder extremen psychischen Belastungen sind nach Auffassung der Mitarbeiter ein Drittel der Klient(inn)en betroffen. Besonders häufig leiden diese unter depressiven Stimmungen und innerer Unruhe. Einen Suizidversuch haben schon mehr als ein Drittel im Laufe ihres Lebens unternommen.

³ Da sich im letzten Jahr die untersuchten Hauptgruppen in Bezug auf illegale Substanzen anders zusammensetzte, ist ein Vergleich der diesjährigen Daten mit denen des Vorjahres nicht möglich.

3.8. Spezialanalyse: Verlaufsdokumentation

Seit 2005 werden im Rahmen der BADO die Klient(inn)eninformationen zu Betreuungsbeginn und -ende systematisch erfasst („Verlaudo“). Liegt in dem entsprechenden Berichtsjahr kein Betreuungsende vor, wird der aktuelle Zustand zum Zeitpunkt der Dokumentation (in der Regel zum Jahresende) erhoben. Auf diese Weise können Veränderungen bei den Klient(inn)en während einer (oder mehrerer) Betreuungsepisoden direkt abgebildet werden. Diese Veränderungen erlauben Rückschlüsse auf die Wirkungen der Betreuung bzw. Intervention. Ferner ist es möglich, diese Wirkungen hinsichtlich bestimmter Einflussfaktoren zu überprüfen.

Im Folgenden werden die Verläufe des Jahres 2006 unter Klient(inn)en mit der Hauptdroge Opiate analysiert. Um Verzerrungen durch nicht abgeschlossene Betreuungen zu vermeiden, sind nur Klient(inn)en einbezogen, deren Betreuungsepisode in 2006 beendet wurde. Ferner bleiben in der Analyse inhaftierte Personen unberücksichtigt, da deren Lebenssituation weitgehend durch die Haftbedingungen beeinflusst sein dürfte.

Insgesamt gehen somit N=1.808 Klient(inn)en in die Verlaufsauswertung ein. Knapp drei Viertel sind männlich (73%), 27% sind weiblich. Das aktuelle Durchschnittsalter beträgt 37,6 Jahre (Frauen: 36,3 Jahre, Männer: 38,1 Jahre) und entspricht somit dem aller in 2006 dokumentierten Personen mit einem problematischen Opiatkonsum (siehe Abschnitt 3.2). Die durchschnittliche Dauer der hier betrachteten in 2006 abgeschlossenen Betreuungsepisoden beträgt 237 Tage, also knapp 8 Monate. Der Mittelwert spiegelt aber nur unzureichend die wirkliche Situation wider, im Einzelfall handelt es sich um mehrjährige Betreuungsphasen von bis zu 11 Jahren (siehe Tabelle 3.1). Für die Analyse der Verläufe ist ferner von Bedeutung, ob die Klient(inn)en sich in Substitutionsbehandlung befinden, da diese Therapieform in der Regel langfristig ausgerichtet ist. Mit 54% befanden sich mehr als die Hälfte zu Betreuungsbeginn in der Substitutionstherapie (gültiges N=1.478).⁴ Überwiegend wurde mit Methadon bzw. Levomethadon substituiert (38%), bei 16% der Klient(inn)en kam Buprenorphin zum Einsatz, 8 Personen erhielten Codein/DHC oder Diamorphin. Diese Behandlungssituation blieb bis zum Ende der Betreuungsphase praktisch unverändert (Methadon/Levomethadon: 39%, Buprenorphin: 17%, andere: 1%). Insgesamt 3% beendeten die Substitutionsbehandlung, 1% wechselte von (Levo-)Methadon auf Buprenorphin und 5% traten während der Betreuung in eine Substitutionsbehandlung ein. Wenn im Weiteren vom Substitutionsstatus die Rede ist, wird auf den Zustand zu Betreuungsbeginn Bezug genommen.

Eine Stärke der Hamburger BADO ist die klient(inn)enbezogene Dokumentation über mehrere Jahre, so dass sich verschiedene Betreuungsepisoden ein und derselben Person aufeinander beziehen lassen. Da die Vorerfahrung mit Betreuungs- oder Behandlungsepisoden hinsichtlich der sich unter der aktuellen Betreuung ereignenden Veränderungen eine bedeutende Rolle spielen kann, wurde die Gesamtdauer dieser früheren Episoden aufsummiert. Um zu möglichst zuverlässigen Angaben zu gelangen, wurden dabei nur Phasen seit Bestehen des Hamburger BADO-Systems (1997) berücksichtigt. Der Durchschnittswert der Dauer an im Rahmen der BADO dokumentierten Vorbehandlungen liegt – inklusive der Klienten(inn)en ohne frühere Betreuungen (N=466) – bei 757 Tagen bzw. genau zwei Jahren. Werden nur die Personen mit früheren Betreuungsphasen berücksichtigt (N=1.342), liegt dieser Wert mit 1.020 Tagen deutlich höher. Auch diese Betreuungsdauer ist in Tabelle 3.1 dargestellt.

⁴ Von 330 Klient(inn)en ist der Substitutionsstatus zu Betreuungsbeginn nicht bekannt. Deshalb weichen in der Tabelle 3.1 die Durchschnittswerte in der Spalte „gesamt“ etwas von den im Text genannten, auf die Gruppe von N=1.801 bezogenen, Werten ab. Da der Substitutionsstatus auch in den Verlaufsanalysen Berücksichtigung findet, sind die weiteren Ergebnisse – sofern nicht anders angegeben – auf die Gruppe von N=1.478 bezogen.

Tabelle 3.1:
Dauer der aktuellen in 2006 beendeten und früheren, während der BADO dokumentierten Betreuungsepisoden nach Substitutionsstatus (N=1.478)

Betreuungsdauer	in Substitution	nicht in Substitution	gesamt
aktuell			
bis 1 Monat	29%	33%	31%
2-3 Monate	19%	23%	21%
4-6 Monate	14%	16%	15%
7-12 Monate	15%	15%	15%
13-24 Monate	12%	9%	11%
über 24 Monate	12%	4%	8%
Durchschnitt in Tagen	308 (±537)	184 (±364)	251 (±470)
Vorbehandlungen			
keine	27%	27%	27%
bis 6 Monate	4%	6%	5%
7-12 Monate	12%	13%	13%
13-24 Monate	15%	16%	15%
25-36 Monate	11%	13%	12%
37-48 Monate	12%	8%	10%
über 48 Monate	20%	18%	19%
Durchschnitt in Tagen	769 (±752)	722 (±745)	748 (±749)

Die Substituierten sind mit durchschnittlich 10 Monaten deutlich länger in Betreuung als die übrigen Klient(inn)en, deren Betreuungsdauer im Mittel 6 Monate beträgt (T-Test: $t=5,23$, $df=1.410$, $p<0,001$). Insbesondere Langzeitbetreuungen, die mehr als 2 Jahre andauern, sind unter den Substituierten häufiger zu beobachten. Betrachtet man die Summe der Vorbehandlungen, lässt sich allerdings kein Unterschied zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten erkennen. Sie beträgt in beiden Gruppen etwa 2 Jahre (T-Test: $t=1,20$, $df=1.476$, $p=0,229$). Auch der Anteil an Klient(inn)en ohne dokumentierte Vorbehandlungen ist mit jeweils 27% in beiden Gruppen gleich groß.

Von Bedeutung für die Bewertung des Betreuungsverlaufs ist darüber hinaus die Art der Behandlungsbeendigung, d.h. ob die Betreuung regulär oder vorzeitig (mit Abbruch) beendet wurde. Bei etwa der Hälfte der hier analysierten Klient(inn)engruppe gestaltete sich der in 2006 ereignete Betreuungsabschluss positiv. Bei 22 % erfolgte das Betreuungsende regulär, bei weiteren 22 % wurde eine Vermittlung in andere Einrichtungen vorgenommen. In 2 % der Fälle beendete die Einrichtung die Betreuung, 7 % der Klient(inn)en haben von sich aus die Betreuung beendet. Die größte Gruppe machen Klient(inn)en aus, die der Einrichtung fernblieben: bei 38 % kam es zum Kontaktverlust. 2 % wurden inhaftiert und knapp 2 % sind im Verlauf der Betreuung gestorben. Von 6 % liegen zum Betreuungsende keine Informationen vor. Fasst man die beiden erstgenannten Kategorien zu einem positiven/regulären Betreuungsende und alle anderen, inklusive der fehlenden Angaben, zu einem negativen Ende zusammen, so ergibt sich das in Tabelle 3.2 dargestellte Bild. Dabei zeigt sich, dass es bei den Substituierten in 2006 seltener zu einem regulären Betreuungsende kam als bei den übrigen Klient(inn)en (Chi²-Test: $Chi^2=10,21$, $df=1$, $p<0,01$). Auffällig erhöht ist mit 3% der Anteil an verstorbenen Klient(inn)en unter den Substituierten gegenüber 0,6% bei der anderen Gruppe.

Tabelle 3.2:
Art des Betreuungsendes in 2006 nach Substitutionsstatus (N=1.478)

Betreuungsende	in Substitution	nicht in Substitution	gesamt
positiv/regulär	40%	48%	44%
negativ/vorzeitig	60%	52%	56%

Im Mittelpunkt dieser Verlaufsanalysen stehen die Kriterien Drogen- und Alkoholkonsum sowie das körperliche und psychische Befinden. Da sich in der Verlaudo-Analyse des Jahres 2005⁵ kaum Veränderungen in der sozialen Situation gezeigt haben (Erwerbstätigkeit, Wohnsituation, Einkommensquelle, Schulden), bleiben diese Kriterien im Rahmen der diesjährigen Analyse unberücksichtigt. Veränderungen in den genannten Kriterien werden anhand von Messwiederholungsanalysen auf Signifikanz getestet, wobei zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten (mittels statistischer Prüfung auf Wechselwirkung zwischen Zeit- und Gruppeneffekt) unterschieden wird.

Der Drogen- und Alkoholkonsum hat sich unter der Betreuung signifikant verringert. Betrachtet man die durchschnittliche Anzahl von Konsumtagen innerhalb des letzten Monats, ging der Heroinkonsum von 10,2 auf 5,8 Tage deutlich zurück. Dies gilt für Substituierte und Nicht-Substituierte gleichermaßen (siehe Tabelle 3.3). Bei keiner der aufgeführten Substanzen gibt es einen statistisch signifikanten Interaktionseffekt, d.h. es treten keine gegenläufigen Tendenzen zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten auf oder das Phänomen, dass die positiven Veränderungen nur auf eine der beiden Gruppen zurückzuführen sind. Fasst man den Kokain- und Crackkonsum zu einem Merkmal zusammen, wobei aus beiden Angaben der Maximalwert herangezogen wurde, zeigt sich ebenfalls ein Rückgang in beiden Gruppen, der allerdings im Vergleich zu Heroin geringer ausgeprägt ist. Bei beiden Substanzen fällt der stärkere Konsum sowohl bereits bei Betreuungsbeginn als auch zum Ende unter den Nicht-Substituierten auf. Anders verhält es sich mit der Einnahme von Benzodiazepinen, die im Rahmen der Substitutionsbehandlung auch ärztlich verschrieben werden. Dem entsprechend liegt hier ein stärkerer Konsum bei den Substituierten vor, es ist jedoch wiederum in beiden Gruppen eine Reduktion des Benzodiazepingebrauchs festzustellen. Auch der Konsum von Alkohol reduziert sich in beiden Klient(inn)engruppen, wenngleich, gemessen an Trinktagen, in etwas geringerem Ausmaß. Die Substituierten trinken im Durchschnitt an einem Tag mehr; es sind jedoch die Klient(inn)en, die sich nicht in Substitution befinden, deren Trinkmenge, insbesondere zum Betreuungsende, deutlich höher liegt.

Insgesamt betrachtet zeigen sich in der Konsumentwicklung zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten somit ähnlich positive Tendenzen. Das Konsumniveau zum Ende der Betreuung ist – abgesehen vom Benzodiazepingebrauch – bei den Substituierten niedriger, sie hatten allerdings bereits zu Betreuungsbeginn einen etwas geringeren Konsum. Dieses zunächst überraschende Phänomen dürfte v.a. damit zusammen hängen, dass die Dokumentation des Anfangsstatus bei den Substituierten nicht vor Behandlungsbeginn, sondern in der Regel (kurz) nach Beginn der Substitutionsbehandlung bzw. Aufnahme der psychosozialen Betreuung erfolgt. Das in der BADO dokumentierte (absolute) Ausmaß der Konsumreduktion fällt somit etwas geringer aus.⁶

5 vgl. Martens, M. S.; Buth, S.; Neumann, E.; Kloss, M.; Oechsler, H. (2006): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2005 der Hamburger Basisdatendokumentation, BADO e.V., Hamburg.

6 Relativ zum Ausgangsniveau erreichen die Substituierten bei der Reduktion von Heroin und Kokain die größeren Fortschritte. Der Konsum beider Substanzen wurde um die Hälfte reduziert (49%), bei den Nicht-Substituierten liegt die Verringerung des Konsums bei 39% bzw. 33%.

Tabelle 3.3:
Durchschnittliche Anzahl Konsumtage und Trinkmenge Alkohol zu Betreuungsbeginn und zum Ende nach Substitutionsstatus (Mittelwerte und Standardabweichungen)

		in Substitution	nicht in Substitution	gesamt	Signifikanz, Zeiteffekt ^a
Heroin (N=799)	Beginn	7,9 (±11,4)	12,9 (±13,9)	10,2 (±12,9)	Messwiederholungsanalyse: p<0,001
	Ende	4,0 (±8,5)	7,9 (±12,2)	5,8 (±10,6)	
Kokain/Crack (N=701)	Beginn	7,0 (±10,2)	9,7 (±12,5)	8,3 (±11,5)	Messwiederholungsanalyse: p<0,001
	Ende	4,6 (±8,6)	6,5 (±11,0)	5,6 (±9,9)	
Benzodiazepine (N=571)	Beginn	7,8 (±12,3)	4,2 (±9,7)	6,2 (±11,3)	Messwiederholungsanalyse: p<0,001
	Ende	5,9 (±11,0)	2,9 (±8,3)	4,5 (±10,0)	
Alkohol (N=804)	Beginn	11,5 (±13,0)	10,4 (±12,5)	11,0 (±12,8)	Messwiederholungsanalyse: p<0,001
	Ende	9,3 (±12,4)	8,6 (±11,8)	8,9 (±12,1)	
Trinkmenge/Tag in g (N=627)	Beginn	73 (±133)	80 (±143)	77 (±138)	Messwiederholungsanalyse: p<0,001
	Ende	45 (±89)	62 (±130)	54 (±113)	

a) Die Signifikanz wird anhand des statistischen Kennwerts Pillai-Spur berechnet.

Das gesundheitliche Befinden wird anhand der Merkmale körperlicher Beeinträchtigungen, psychischen Belastungen sowie Ängste/Phobien und depressiver Stimmung abgebildet. Bei den genannten Merkmalen kann jeweils auf einer 5-stufigen Skala zwischen den Kategorien „gar nicht“ und „extrem“ beurteilt werden. Der Zustand zu Betreuungsbeginn hinsichtlich dieser Beeinträchtigungsformen wird mit jenem zum Betreuungsende verglichen (und Veränderungen auf Signifikanz getestet), wobei wiederum zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten unterschieden wird.

Es zeigt sich in allen genannten gesundheitlichen Merkmalen eine signifikante Verbesserung zwischen Betreuungsbeginn und Betreuungsende. Im körperlichen Bereich leiden die Substituierten insgesamt stärker unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen, bei beiden Gruppen ist allerdings ein Rückgang der Beschwerden zu beobachten (siehe Tabelle 3.4). Interpretiert man die Mittelwerte im Sinne der vorgegebenen Skala, liegen die körperlichen Beschwerden zwischen „wenig“ und „mittel“ und verbessern sich nur leicht in diesem Bereich. Anders verhält es sich bei den psychischen Belastungen. Diese liegen zu Betreuungsbeginn zwischen „mittel“ und „erheblich“ und gehen im Verlauf der Betreuung relativ deutlich in die Nähe der Kategorie „mittel“ zurück. In jedem Falle aber ist erkennbar, dass die Klient(inn)en stärker unter psychischen als unter körperlichen Problemen leiden. Als einzige Ausnahme ist bei der psychischen Belastung eine Wechselwirkung zwischen dem Zeiteffekt und der Gruppenzugehörigkeit festzustellen (Pillai-Spur=0,005, p<0,05). Bei den Substituierten fällt der Rückgang der seelischen Belastungen geringer aus als bei den Nicht-Substituierten. In der Tendenz ist dies auch schon bei der körperlichen Symptomatik der Fall, der Interaktionseffekt erreicht allerdings keine statistische Signifikanz (Pillai-Spur=0,003, p=0,072).

Angstzustände und depressive Stimmungen verbessern sich ebenfalls im Betreuungsverlauf, wobei keine signifikanten Unterschiede (bzw. Wechselwirkungen) zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten festzustellen sind. Allerdings scheinen die Substituierten, ähnlich wie bei den körperlichen Beeinträchtigungen, insgesamt stärker unter Ängsten und depressiven Stimmungsschwankungen zu leiden.

Tabelle 3.4:
 Körperliches und psychisches Befinden zu Betreuungsbeginn und zum Ende nach Substitutionsstatus (Mittelwerte und Standardabweichungen, 1 = „gar nicht“, 2= „wenig“, 3 = „mittel“, 4 = „erheblich“, 5 = „extrem“)

		in Substitution	nicht in Substitution	gesamt	Signifikanz, Zeiteffekt ^a
Körperliche Beeintr. (N=1.088)	Beginn	2,87 (±1,10)	2,67 (±1,02)	2,77 (±1,07)	Messwiederholungsanalyse: p<0,001
	Ende	2,78 (±1,11)	2,51 (±1,02)	2,65 (±1,08)	
Psychische Belast. (N=1.080)	Beginn	3,41 (±0,99)*	3,47 (±0,88)	3,44 (±0,94)	Messwiederholungsanalyse: p<0,001
	Ende	3,15 (±1,00)*	3,10 (±0,92)	3,13 (±0,97)	
Ängste/Phobien (N=962)	Beginn	2,62 (±1,15)	2,53 (±1,05)	2,58 (±1,10)	Messwiederholungsanalyse: p<0,001
	Ende	2,44 (±1,08)	2,35 (±0,99)	2,40 (±1,04)	
Depressive Stimmung (N=994)	Beginn	2,93 (±1,03)	2,81 (±0,99)	2,88 (±1,01)	Messwiederholungsanalyse: p<0,001
	Ende	2,77 (±1,01)	2,59 (±0,93)	2,68 (±0,98)	

a) Die Signifikanz wird anhand des statistischen Kennwerts Pillai-Spur berechnet.

Nachdem gezeigt werden konnte, dass sich die Situation der Klient(inn)en unter der Betreuung durch die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in den Bereichen Konsum und Gesundheit signifikant verbesserte, stellt sich die Frage nach möglichen Faktoren, die diese positiven Veränderungen beeinflussen könnten. Der Analyse von Einflussfaktoren sollte die Überlegung vorausgehen, was man als einen positiven Effekt bzw. Betreuungserfolg auf Seiten der Klient(inn)en überhaupt betrachtet. Wenngleich es sich hier nicht um die Auswertung einer klinischen Studie handelt, bei der die Effekte zuvor genau definiert werden, ist es im Rahmen dieser Analysen ebenfalls von Bedeutung, sich Maße für klinisch relevante Wirkungen zu überlegen, um eher erfolgreiche Klient(inn)en von denen, deren Zustand sich nicht gebessert hat, zu unterscheiden. Mit Hilfe von multivariaten statistischen Analysen können dann mögliche Einflussvariablen hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit zum Betreuungserfolg überprüft werden. Schaut man auf das mittlere Ausmaß der Veränderung an Konsumtagen innerhalb des letzten Monats, so liegt dies etwa bei 2-5 Tagen (siehe oben). Gemessen am Ausgangswert zu Betreuungsbeginn liegen die Reduktionsraten zwischen 19 % (Alkohol) und 43 % (Heroin). Vor dem Hintergrund der realen Veränderungen unter den Klient(inn)en der Verlaudo in 2006 dürfte sich somit ein Maß von 40 % als realistische Größe der Konsumverringerung herausstellen, das bei den verschiedenen Substanzen mal von mehr, mal von weniger Klient(inn)en erreicht wird. Selbstverständlich ist mit dieser Festlegung die Frage nach der so genannten klinischen Relevanz nicht beantwortet. Hierzu müssten Vergleichswerte aus anderen Dokumentationssystemen, die auf ähnliche Weise ausgewertet werden, herangezogen werden. Solche Vergleichszahlen liegen aber bisher nicht vor, so dass man das hier angesetzte Kriterium einer mindestens 40 %igen Konsumverringerung zunächst als empirisch abgeleitete Richtgröße im Vergleich zur Gesamtgruppe der Hamburger Klient(inn)en der Verlaudo des Jahres 2006 betrachten kann. Ferner ist zu berücksichtigen, dass diese Analysen nicht im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungsdesigns erfolgen, bei denen zuvor bestimmte Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt werden. Es kann somit sein, dass eine Reihe von Klient(inn)en bereits zu Betreuungsbeginn in dem einen oder anderen Kriterium einen positiven Wert, also z.B. keinen Konsum von Heroin (= 0 Tage) aufweist. Insofern muss bei der Festlegung auf ein gültiges Zielkriterium auch die Stabilisierung eines zu Betreuungsbeginn bestehenden positiven Zustands als Erfolg gewertet werden. Im Sinne einer eher konservativen Annahme soll dies nur für Klient(inn)en gelten, deren Konsumtage zu beiden Zeitpunkten den Wert Null aufweisen. Es ist allerdings zu erwarten, dass sich dadurch der Klient(inn)enanteil, der das Erfolgskriterium erfüllt, deutlich erhöht.

In Tabelle 3.5 ist zu erkennen, dass zwischen 59 % und 81 % der Klient(inn)en das Konsumerfolgskriterium bei den vier hier betrachteten Substanzen erfüllen. Bezüglich der (mindestens 40 %igen) Einschränkung des Heroinkonsums sind die Substituierten erfolgreicher, beim Benzodiazepingebrauch sind

es die Nicht-Substituierten, die zu einem signifikant größeren Anteil ihren Konsum verringern. In jedem Falle zeigt sich, dass unter Zugrundelegung dieses Erfolgskriteriums die Mehrheit der Klient(inn)en ihre Konsumsituation im Rahmen der ambulanten Betreuung verbessert.

Tabelle 3.5:
Anteil an Klient(inn)en mit Konsumreduktion um mindestens 40 % zwischen Betreuungsbeginn und -ende (oder jeweils 0 Konsumtagen) nach Substitutionsstatus

	in Substitution	nicht in Substitution	gesamt	Signifikanz, Chi ² -Test
Heroin (N=799)	78%	68%	73%	p<0,01
Kokain/Crack (N=701)	73%	71%	72%	n.s.
Benzodiazepine (N=571)	75%	88%	81%	p<0,01
Alkohol (N=804)	61%	58%	59%	n.s.

In einem zweiten Schritt soll für jede dieser Substanzen geprüft werden, ob und inwieweit bestimmte Merkmale einen Einfluss auf den Effekt der Konsumreduktion haben. Zu diesen Einflussfaktoren zählen das Geschlecht, die Betreuungsdauer, die Dauer der Vorbehandlungen (im gesamten BADO-Zeitraum), das Alter (das mit r=.15 nur gering mit der Vorbehandlungsdauer korreliert) und die Suchtproblematik bei Vater und/oder Mutter. Darüber hinaus wird auch in diesem Analysemodell zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten unterschieden.

Für die statistische Analyse wird für jedes Zielkriterium eine logistische Regression berechnet. Zur Interpretation der Ergebnisse dieses statistischen Modells wurden die Variablen Betreuungsdauer (bis 6 Monate/ über 6 Monate), Dauer der Vorbehandlungen (bis 24 Monate/ über 24 Monate) und Alter (bis 35 Jahre/ über 35 Jahre) dichotomisiert. Messgröße ist das Odds-Ratio („Chancen-Verhältnis“), das die Wahrscheinlichkeit des Einflusses der jeweiligen Merkmale beschreibt. Signifikante Werte über 1 deuten auf einen positiven Zusammenhang zwischen Einflussvariable und Zielkriterium im Sinne der Hypothese hin, Werte unter 1 verweisen auf den gegenteiligen Zusammenhang.

In Tabelle 3.6 ist das Ergebnis der Regressionsanalyse für die vier Konsumkriterien dargestellt.⁷ Dabei ergeben sich für die Substanzen unterschiedliche Einflussfaktoren, die die Chance für einen Betreuungserfolg bzw. das Risiko eines Misserfolgs erhöhen. Mehr oder weniger einheitlich zeigt sich ein Einfluss auf die Reduktion harter Drogen, d.h. von Heroin und Kokain/Crack. Hier haben eine längere Betreuungsdauer (über 6 Monate) sowie das höhere Lebensalter (über 35 Jahre) eine Wirkung auf die Konsumreduktion. Beim Kokain/Crack ist das Odds-Ratio zwar nicht statistisch signifikant, liegt aber im Einklang mit der Analyse zum Heroinkonsum in einem interpretierbaren Bereich. Anders sieht es beim Benzodiazepingebrauch aus. Hier zeigt sich im multivariaten Modell lediglich ein signifikanter Einfluss des Substitutionsstatus – zu Betreuungsbeginn Substituierte haben eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit, ihren Benzodiazepinkonsum zu reduzieren. Wiederum anders fällt die Analyse von Einflussvariablen beim Alkoholkonsum aus. Hier spielt es für die Reduktion des Konsums eine Rolle, ob schon bei den Eltern ein Suchtproblem vorlag. Die Chance von Klient(inn)en mit von Suchtproblemen betroffenen Eltern, ihren Alkoholkonsum (um 40 %) zu reduzieren, ist nur etwa halb so groß wie unter den übrigen Klient(inn)en. Ähnlich verhält es sich mit Klient(inn)en, die bereits längere Phasen der Vorbehandlung hinter sich haben. Dieses zunächst unplausibel erscheinende Ergebnis dürfte sich eher daraus erklären, dass Klient(inn)en mit Alkoholproblemen tendenziell häufiger in die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe kommen und entsprechend länger und intensiver betreut werden. Das Geschlecht hat hinsichtlich aller Konsumkriterien keinen Einfluss auf den Betreuungserfolg.

⁷ Methodisch ist darauf hinzuweisen, dass sich der Stichprobenumfang im multivariaten Analysemodell deutlich reduziert, da nur die Klient(inn)en in die Analyse eingehen, die bei allen Variablen gültige Werte aufweisen. Insofern kann es immer wieder zu Abweichungen zwischen einfachen Kreuztabellen und multivariaten Ergebnissen kommen.

Tabelle 3.6:
Analyse der Erfolgskriterien zum Drogen- und Alkoholkonsum bezüglich des Einflusses von Substitutionsstatus, Geschlecht, Betreuungsdauer, Dauer der Vorbehandlungen, Alter und Suchtproblematik bei Vater und/oder Mutter (Odds-Ratios, logistische Regression)

Einflussvariablen	Zielkriterium			
	Heroinkonsum (N=568)	Kokain/Crack Konsum (N=513)	Benzodiazepin konsum (N=418)	Alkoholkonsum (N=568)
in Substitution	0,85 (n.s.)	0,67 (n.s.)	0,42 (p<0,01)	1,00 (n.s.)
Geschlecht: weiblich	1,33 (n.s.)	1,05 (n.s.)	1,06 (n.s.)	1,29 (n.s.)
Betreuungsdauer: über 6 Monate	1,64 (p<0,05)	1,48 (n.s.)	1,35 (n.s.)	1,30 (n.s.)
Vorbehandlungen: über 24 Monate	1,19 (n.s.)	1,10 (n.s.)	0,71 (n.s.)	0,70 (p<0,05)
Alter: über 35 Jahre	1,95 (p<0,01)	1,99 (p<0,01)	1,08 (n.s.)	0,72 (n.s.)
Suchtproblem bei Vater/Mutter	0,98 (n.s.)	0,83 (n.s.)	1,29 (n.s.)	0,53 (p<0,001)

Lesebeispiel: Ein höheres Lebensalter hat einen positiven Einfluss auf die Reduktion des Heroinkonsums: Klient(inn)en über 35 Jahre haben eine doppelt so große Chance, dieses Kriterium zu erfüllen, als jüngere Betreute.

Bei den bereits genannten Merkmalen im gesundheitlichen Bereich erfolgt die Definition von Erfolgskriterien auf vergleichsweise einfache Art und Weise. Da das Ausmaß der gesundheitlichen Beschwerden zu Betreuungsbeginn und -ende anhand 5-stufiger Skalen abgebildet wird (siehe oben), gilt als klinisch relevanter Effekt die Verbesserung um mindestens einen Skalenpunkt, also z.B. von „mittel“ auf „wenig“. Auch hier werden Klient(inn)en, die zu beiden Erhebungszeitpunkten keine Beeinträchtigungen aufweisen (Kategorie „gar nicht“) wiederum als erfolgreich Betreute definiert.

Zwischen 26 % und 36 % der Klient(inn)en – also deutlich weniger als beim Drogenkonsum (siehe oben) – erfüllen die Erfolgskriterien bezüglich der gesundheitlichen Verbesserung. Abgesehen von der psychischen Belastung, die sich bei Klient(inn)en außerhalb der Substitution positiver entwickelt, bestehen keine Unterschiede zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten (siehe Tabelle 3.7). Insgesamt ist es jedoch nur ein Drittel, das seine gesundheitliche Situation im Rahmen der ambulanten Betreuung relevant verbessern konnte.

Tabelle 3.7:
Anteil an Klient(inn)en mit Verbesserungen im körperlichen und psychischen Gesundheitszustand zwischen Betreuungsbeginn und -ende (oder jeweils ohne Beschwerden) nach Substitutionsstatus

	in Substitution	nicht in Substitution	gesamt	Signifikanz
Körperliche Beeintr. (N=1.088)	24%	28%	26%	Chi ² =1,52; n.s.
Psychische Belast. (N=1.080)	27%	34%	30%	Chi²=5,54; p<0,05
Ängste/Phobien (N=962)	36%	35%	36%	Chi ² =0,70; n.s.
Depressive Stimmung (N=994)	27%	31%	29%	Chi ² =1,83; n.s.

Nachfolgend sollen wiederum die bereits genannten Einflussfaktoren hinsichtlich ihres Zusammenhangs zum Effekt der gesundheitlichen Verbesserung im multivariaten Analysemodell untersucht werden. Es zeigt sich beim Kriterium der Verbesserung körperlicher Beeinträchtigungen ein signifikanter Einfluss der Betreuungsdauer und des Alters: Mit zunehmender Länge der aktuellen Betreuungsphase

verbessert sich der körperliche Gesundheitszustand; ein höheres Alter wirkt sich eher negativ auf die Gesundheit aus (siehe Tabelle 3.8). Bei der psychischen Belastung ist es wiederum die Betreuungsdauer, die zu positiven Veränderungen beiträgt. Hier wird auch im multivariaten Modell der geringere Betreuungserfolg unter den Substituierten deutlich. Mit anderen Worten: Substituierte haben im Vergleich zu Nicht-Substituierten nur eine etwa halb so große Chance, ihren psychischen Gesundheitszustand unter der Betreuung zu verbessern. Bezüglich der Reduktion von Angstzuständen lassen sich im multivariaten Modell keine Einflussfaktoren identifizieren.⁸ Depressive Verstimmungen wiederum werden durch die Betreuungsdauer positiv beeinflusst. Wie schon beim Alkoholkonsum wirkt sich hier die Dauer der Vorbehandlungen negativ aus, was sich wahrscheinlich eher durch die Wechselwirkung zwischen depressiver Symptomatik und erhöhtem Behandlungsbedarf erklären lässt. Wiederum fällt auf, dass das Geschlecht keinen Einfluss auf die Verbesserung des körperlichen oder psychischen Gesundheitszustands hat. Auch das Vorliegen eines Suchtproblems bei den Eltern der Klient(inn)en steht mit den gesundheitlichen Effekten der ambulanten Betreuung nicht im Zusammenhang.

Tabelle 3.8:
Analyse der Erfolgskriterien zur gesundheitlichen Verbesserung bezüglich des Einflusses von Substitutionsstatus, Geschlecht, Betreuungsdauer, Dauer der Vorbehandlungen, Alter und Suchtproblematik bei Vater und/oder Mutter (Odds-Ratios, logistische Regression)

Einflussvariablen	Zielkriterium			
	Körp. Beeintr. (N=754)	Psych. Belastung (N=740)	Ängste/Phobien (N=693)	Depr. Stimmung (N=707)
in Substitution	0,75 (n.s.)	0,56 (p<0,01)	0,96 (n.s.)	0,76 (n.s.)
Geschlecht: weiblich	0,81 (n.s.)	1,00 (n.s.)	0,84 (n.s.)	1,08 (n.s.)
Betreuungsdauer: über 6 Monate	1,80 (p<0,001)	1,88 (p<0,001)	1,34 (n.s.)	1,61 (p<0,01)
Vorbehandlungen: über 24 Monate	0,89 (n.s.)	0,85 (n.s.)	0,75 (n.s.)	0,66 (p<0,05)
Alter: über 35 Jahre	0,63 (p<0,01)	0,71 (n.s.)	1,11 (n.s.)	1,34 (n.s.)
Suchtproblem bei Vater/Mutter	0,75 (n.s.)	0,74 (n.s.)	0,77 (n.s.)	0,77 (n.s.)

Zusammenfassung: Verlaufsdokumentation

Die Verlaufsauswertung beruht auf N=1.808 Klient(inn)en mit der Hauptproblemdroge Opiate, die die Betreuung in 2006 beendeten. Sie befanden sich im Durchschnitt etwa 8 Monate in der ambulanten Betreuung, wobei im Einzelfall mehrjährige Betreuungsphasen von bis zu 11 Jahren durchlaufen wurden. 40% der Substituierten gegenüber 48 % der Nicht-Substituierten beendeten die Betreuung regulär, die anderen Klient(inn)en schieden vorzeitig aus. Bei beiden Klient(inn)engruppen reduzierte sich der Konsum von Heroin, Kokain/Crack, Benzodiazepinen und Alkohol im Betreuungsverlauf signifikant. Auch der Gesundheitszustand verbesserte sich zwischen Betreuungsbeginn und -ende, insbesondere die psychischen Belastungen nahmen deutlich ab. Bei letzteren zeigten sich allerdings unter den Substituierten etwas geringere Fortschritte als unter den Nicht-Substituierten. Legt man als Erfolgskriterium im Betreuungsverlauf eine 40 %ige Konsumverringerung zu Grunde, stellt sich bei harten Drogen (Heroin, Kokain) v.a. ein höheres Lebensalter (über 35 Jahre) als ein positiver Einflussfaktor heraus. Auch eine längere Betreuungsdauer (über 6 Monate) hat einen positiven Einfluss auf die Verringerung des illegalen Drogenkonsums. Bei der Reduktion des Alkoholkonsums lassen sich elterliche Suchtprobleme als Risikofaktor identifizieren; betroffenen Klient(inn)en gelingt es schwerer, ihren Alkoholgebrauch einzu-

⁸ Mit einem Goodness of Fit nach Hosmer & Lemeshow von $\chi^2=8,04$, $df=8$, $p=0,429$, weist das Regressionsmodell eine durchaus akzeptable Passung der Daten auf. Das Bestimmtheitsmaß ist mit $r^2=0,022$ (Nagelkerkes R-Quadrat) allerdings ausgesprochen gering ausgeprägt, womit durch dieses Analysemodell nur wenig Varianz erklärt wird.

schränken. Auf die Verbesserung des Gesundheitszustands wirkt sich v.a. eine längere Betreuungsdauer positiv aus. Ein höheres Alter geht allerdings mit einer geringeren Chance, den körperlichen Zustand zu verbessern, einher.

3.9 Klient(inn)en mit mehreren Dokumentationszeitpunkten – Längsschnittanalyse

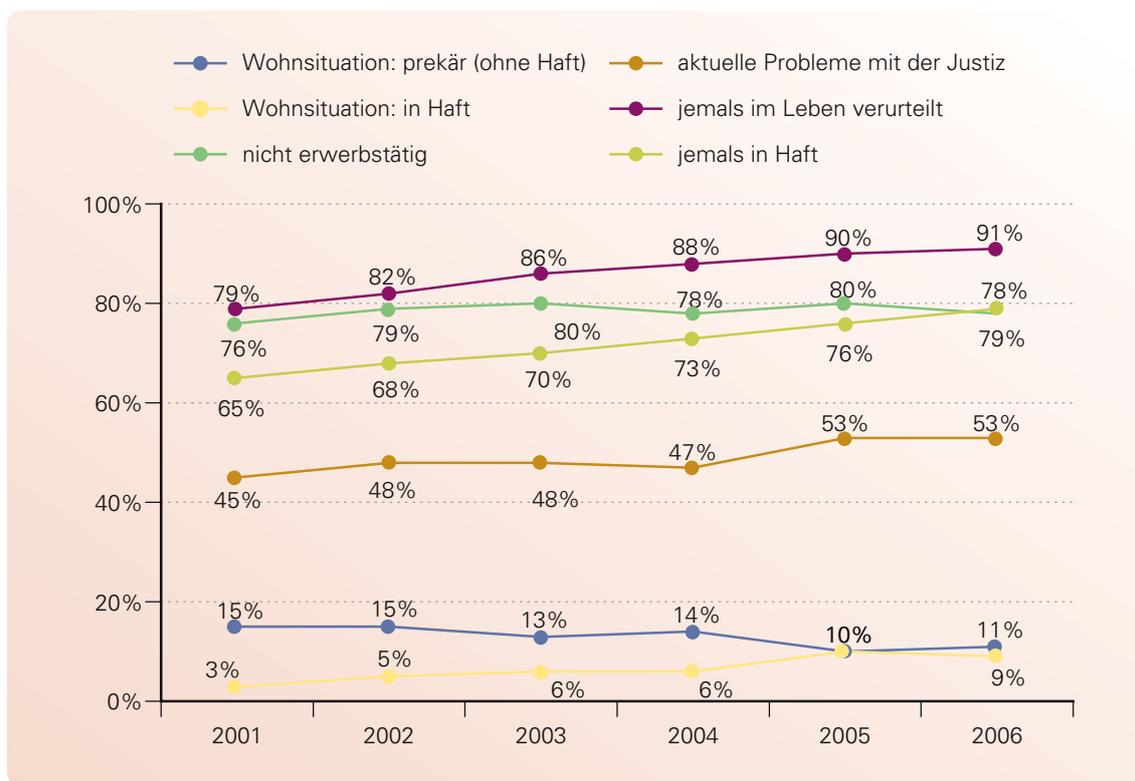
In den folgenden Ausführungen werden Klient(inn)en mit Opiatproblemen betrachtet, zu denen kontinuierliche Informationen in den Jahren 2001 bis 2006 vorliegen, das heißt, die in die nachfolgenden Analysen einbezogenen Personen sind mindestens einmal in jedem Erhebungsjahr in der BADO dokumentiert worden. Hierbei muss es sich nicht zwangsläufig um kontinuierliche Betreuungen handeln. Vielmehr können diese während des Betrachtungszeitraums auch unterbrochen bzw. beendet und später wieder neu begonnen worden sein. Über die Intensität der jeweiligen Betreuungen ist keine Aussage möglich.

In der Gruppe der Klient(inn)en mit Opiatproblemen sind insgesamt 771 Personen in jedem der zurückliegenden sechs Jahre durch die Hamburger Basisdatendokumentation erfasst worden. Der Anteil der Frauen liegt mit 24 % nur geringfügig unter dem Niveau aller Opiatklient(inn)en des Jahres 2006 (26 %). Das Durchschnittsalter dieser Klientel betrug zu Beginn des Betrachtungszeitraumes 35,0 Jahre (Frauen: 34 Jahre; Männer: 35,3 Jahre).

Unabhängig vom Erhebungsjahr verfügen jeweils mehr als drei Viertel der Klient(inn)en über einen eigenen Wohnraum. Zwischen den Jahren 2001 und 2006 ist es diesbezüglich zu einem geringen Anstieg der Anteile um vier Prozentpunkte gekommen. In Abbildung 3.18 ist der aktuelle Aufenthaltsort (bezogen auf das jeweilige Jahr) der langzeitbetreuten Opiatklient(inn)en wiedergegeben. Auffällig ist die deutliche Zunahme von Klient(inn)en, die sich in Haft befinden (2001: 3 %; 2006: 9 %). Die leichte Abnahme der Anteile stabiler Wohnsituationen⁹ scheint auf dem ersten Blick der zuvor getroffenen Aussage bzgl. des eigenen Wohnraumes zu widersprechen. Offensichtlich behalten jedoch viele Klient(inn)en während ihres Haftaufenthaltes ihre Wohnung. Prekäre Wohnsituationen nehmen im Laufe der Jahre etwas ab, so dass im Jahre 2006 noch etwa jede(r) zehnte Langzeitbetreute in unsicheren Wohnverhältnissen lebt.

9 Die Angaben zum Aufenthaltsort der Klient(inn)en wurden in die drei Kategorien „stabil“, „prekär“ und „in Haft“ zusammengefasst (stabile Wohnsituation: in eigener Wohnung, bei Angehörigen, bei Partner(in); prekäre Wohnsituation: vorübergehend bei Freund(inn)en, betreutes Wohnen, Klinik, Hotel/Pension/Unterkunft, auf der Straße/auf Trebe).

Abbildung 3.18:
Wohn- und Erwerbssituation sowie justizielle Belastungen der Klient(inn)en mit mehreren Dokumentationszeitpunkten (2001 – 2006)



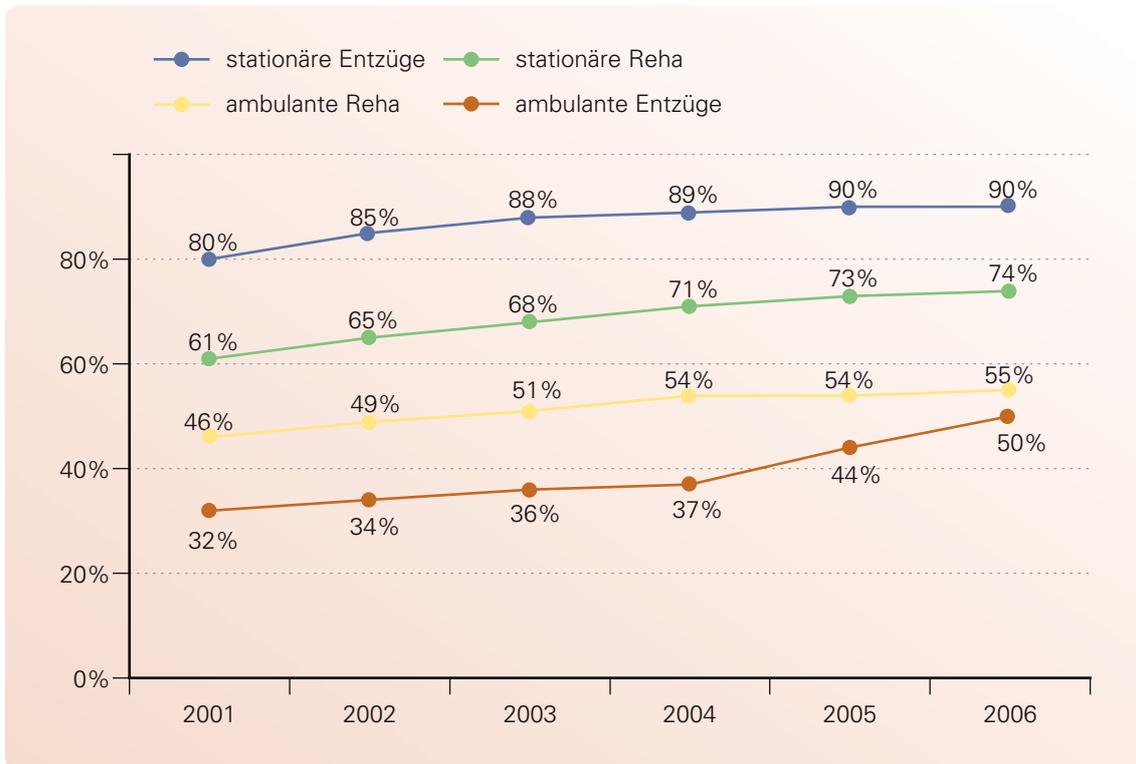
In Abbildung 3.18 ist auch der Anteil der Klient(inn)en mit Opiatproblemen wiedergegeben, die im jeweiligen Jahr nicht erwerbstätig waren. Die Grafik macht deutlich, dass eine wesentliche Verbesserung des Erwerbsstatus im Laufe der sechs Jahre nicht zu verzeichnen ist. Jeweils mehr als drei Viertel der Klientel sind erwerbslos. Der überwiegende Teil der Klient(inn)en bestreitet sein finanzielles Auskommen durch Zuwendungen staatlicher bzw. kommunaler Geldgeber in Form von Sozialhilfe oder dem Arbeitslosengeld. Zugenommen hat im Laufe der zurückliegenden sechs Jahre die Versorgung in Institutionen (2001: 4 %; 2006: 9 %).

Des Weiteren macht Abbildung 3.18 deutlich, dass die langzeitbetreuten Opiatklient(inn)en häufig justizielle Probleme aufweisen. Berichteten in 2001 bereits 45 % von aktuellen Problemen mit der Justiz, so ist dieser Anteil im Laufe der folgenden Jahre nochmals um acht Prozentpunkte gestiegen. Ähnliches gilt in Bezug auf die Frage, ob die Klient(inn)en jemals in ihrem Leben verurteilt worden sind. Während in 2001 bereits für vier Fünftel (79 %) solche justiziellen Vorbelastungen dokumentiert worden sind, hat sich dieser Anteil bis 2006 bemerkenswert erhöht (91 %). Ähnliches gilt bzgl. der Hafterfahrungen. Berichteten in 2001 zwei Drittel der langzeitbetreuten Opiatklient(inn)en von Gefängnisaufenthalten, so ist dieser Anteil kontinuierlich auf zuletzt 79 % in 2006 angestiegen. Dass die beiden letztgenannten justiziellen Maßnahmen in stärkerem Maße steigen als die aktuellen Probleme mit der Justiz könnte darauf hinweisen, dass zumindest ein Teil der justiziellen Probleme bereits zu Beginn des Auswertungszeitraumes bestanden und im Weiteren zu einer Verurteilung bzw. Inhaftierung geführt hat. Außerdem muss darauf hingewiesen werden, dass zumindest ein Teil des Anstiegs der Verurteilungen und der Hafterfahrungen darauf zurückgeführt werden kann, dass sich bei fortlaufender Suchtkarriere auch die Wahrscheinlichkeit einer Verurteilung bzw. Inhaftierung erhöht.

Die hier betrachteten Klient(inn)en verfügen schon in 2001 über vielfältige Behandlungserfahrungen. So berichteten vier Fünftel von stationären Entzugsmaßnahmen während ihres bisherigen Lebens (siehe Abbildung 3.19). Erwartungsgemäß nimmt dieser Anteil im Laufe der folgenden sechs Jahre noch zu, so dass in 2006 neun von zehn Klient(inn)en schon einmal eine stationäre Entzugsbehandlung durchlau-

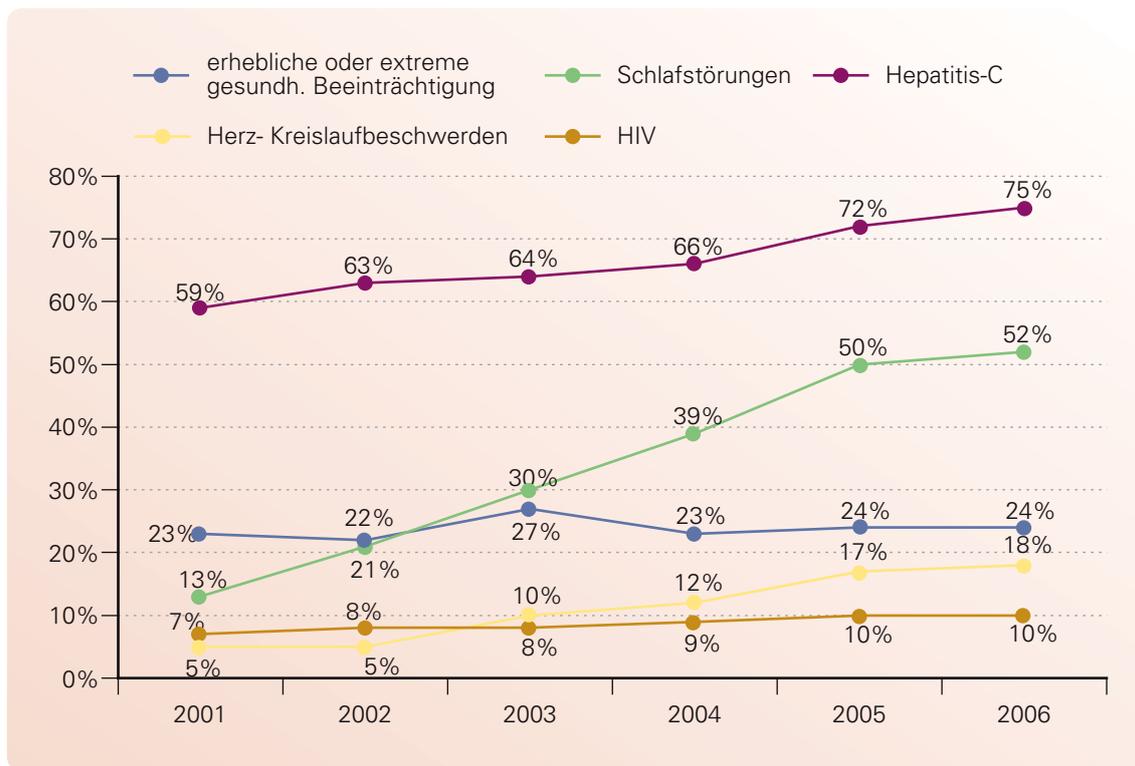
fen haben. Auch der Anteil stationärer Rehabilitationsmaßnahmen steigt deutlich. Wissen in 2001 bereits 61 % der langzeitbetreuten Opiatklient(inn)en von der Teilnahme an einer solchen Maßnahme zu berichten, so sind es sechs Jahre später schon drei Viertel (74 %). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Erfahrungen der Klient(inn)en mit ambulanten Maßnahmen. So hat im Jahre 2006 die Hälfte der Klientel schon einmal eine ambulante Entzugsbehandlung durchlaufen. Fünf Jahre zuvor war es lediglich ein Drittel (32 %). Bei den ambulanten Rehabilitationen gab es innerhalb dieses Zeitraums einen Anstieg der Behandlungserfahrungen von 46 % auf 55 %. Des Weiteren bleibt positiv anzumerken, dass trotz erheblicher Behandlungsvorerfahrungen der Klientel, die Angebote intensiver Formen der Betreuung weiterhin in bedeutsamen Umfang wahrgenommen werden. So steigt beispielsweise der Anteil der Klient(inn)en mit mehr als zwei durchgeführten stationären Entzügen von 41 % in 2001 auf 66 % in 2006.

Abbildung: 3.19
 Behandlungsvorerfahrung der Klient(inn)en mit mehreren Dokumentationszeitpunkten (2001 – 2006)



Nach Einschätzung der Berater(innen) und Betreuer(innen) der Suchthilfe ist etwa ein Viertel der langzeitbetreuten Klient(inn)en erheblich oder extrem gesundheitlich belastet (siehe Abbildung 3.20). Abgesehen von leichten Schwankungen sind über die Jahre diesbezüglich keine nennenswerten Veränderungen zu erkennen. Hingegen zeigt sich bei der Betrachtung der einzelnen Krankheiten bzw. Beeinträchtigungen eine z.T. erhebliche Zunahme. So steigt der Anteil der mit Hepatitis-C infizierten Klient(inn)en von 59% in 2001 auf 75% sechs Jahre später. Auch die Herz-Kreislaufbeschwerden nehmen deutlich zu. In 2006 ist jede(r) Zehnte der hier betrachteten Person mit AIDS infiziert. Sechs Jahre zuvor waren es mit einem Anteil von 7% etwas weniger. Vervierfacht hat sich der Anteil der Klient(inn)en mit Schlafstörungen im Zeitraum der Jahre 2001 bis 2006. Im letztgenannten Erhebungsjahr ist jede(r) Zweite hiervon betroffen.

Abbildung: 3.20
Gesundheitliche Probleme der Klient(inn)en mit mehreren Dokumentationszeitpunkten (2001 – 2006)



Zusammenfassung: Längsschnittanalyse

Die Wohnsituation der langzeitbetreuten Opiatklient(inn)en (Zeitraum 2001 bis 2006) zeigt sich über die Jahre stabil. In jedem der hier betrachteten Erhebungsjahre verfügen mehr als drei Viertel der Klient(inn)en über eigenen Wohnraum. Auch der aktuelle Erwerbsstatus ist im Laufe der sechs Jahre nur geringfügigen Änderungen unterworfen; eine Erwerbslosenquote von jeweils fast 80 % über die Jahre verweist aber auf enorme Probleme dieser Klientel, eine das finanzielle Auskommen sichernde Arbeit zu finden, und dieser auch nachgehen zu können. Bemerkenswert zugenommen haben im Betrachtungszeitraum jedoch sowohl die aktuellen justiziellen Probleme, wie auch die Anzahl derer, die während ihres Lebens schon einmal verhaftet bzw. inhaftiert worden sind. Des Weiteren zeigt sich, dass bislang nicht behandelte Langzeitbetreute in beachtenswertem Maße weiterführenden Behandlungen (Entzüge, Rehabilitationen) zugeführt wurden. Dieses Ergebnis kann im Sinne einer gesteigerten Behandlungsbereitschaft der Klientel als Teilerfolg der Betreuung insgesamt gewertet werden. Der allgemeine Gesundheitszustand der langzeitbetreuten Opiatklient(inn)en hat sich nach Einschätzung der Mitarbeiter(innen) der Suchthilfe in den Jahren 2001 bis 2006 kaum verändert. Zugenommen haben hingegen die Anteile der konkreten Krankheiten und Beschwerden, so zum Beispiel Hepatitis-C-Infektionen, Herz-Kreislaufbeschwerden und Schlafstörungen.

4. Kokain

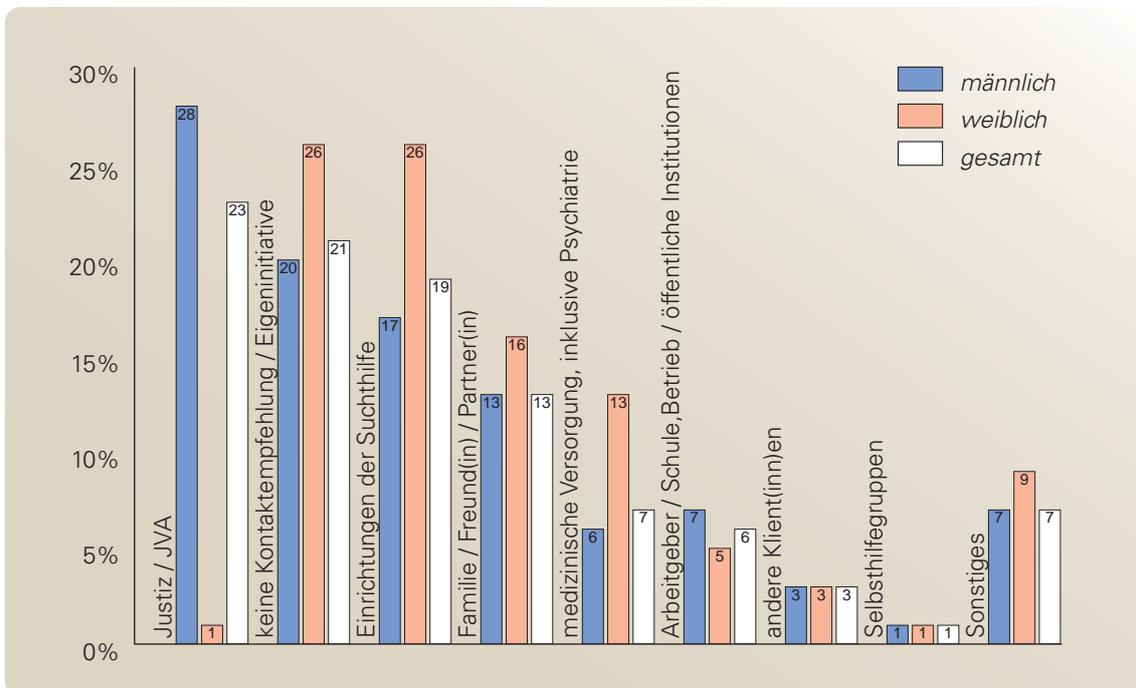
Im folgenden Kapitel werden diejenigen Klient(inn)en betrachtet, die in 2006 das Hamburger Suchthilfesystem aufgrund eines problematischen Kokainkonsums aufgesucht haben. Die Gruppe der Kokainkonsument(inn)en umfasst insgesamt 845 Personen, die im Auswertungsjahr 1.084 Betreuungen in Anspruch genommen haben. Geleistet wurden diese Betreuungen von 38 Einrichtungen.

4.1. Betreuungen

Rund die Hälfte der 1.084 in der BADO dokumentierten Betreuungen der Kokainkonsument(inn)en wurde in Einrichtungen des Typs „suchtmittelübergreifend“ erbracht (51 %), gefolgt von Einrichtungen des Typs „illegale Drogen“ mit 33 %. Bei knapp jeder zehnten Betreuung wandte sich der Klient oder die Klientin an eine Einrichtung für „legale Drogen“ (9 %).

Bei der Frage nach der Kontaktempfehlung für die Einrichtung bzw. für eine Betreuung zeigt sich, dass rund ein Fünftel auf eigene Initiative in die Betreuung geht (21 %) (siehe Abbildung 4.1). Noch höher jedoch ist die Bahnung durch die Justiz oder JVA mit 23 %. Bei 19 % der Betreuungen kommt die Empfehlung für die Betreuung aus einer anderen Einrichtung der Suchthilfe. 13 % der Betreuungen werden durch den Familien- oder Freundeskreis vermittelt. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich vor allem bei der Vermittlung durch die Justiz oder JVA. Hier liegt der Anteil der Männer mit 28 % deutlich über dem der weiblichen Klienten (1 %). Frauen dagegen werden häufiger aus dem Bereich der medizinischen Versorgung (Männer: 6 %; Frauen: 13 %) sowie aus anderen Einrichtungen der Suchthilfe (Männer: 17 %; Frauen: 26 %) vermittelt. Im Vergleich zur westdeutschen Suchthilfestatistik zeigt sich vor allem ein Unterschied im Anteil an Personen, die sich ohne eine Kontaktempfehlung in Betreuung begeben. In der westdeutschen Suchthilfestatistik liegt dieser Anteil mit 38 % deutlich höher als in Hamburg.

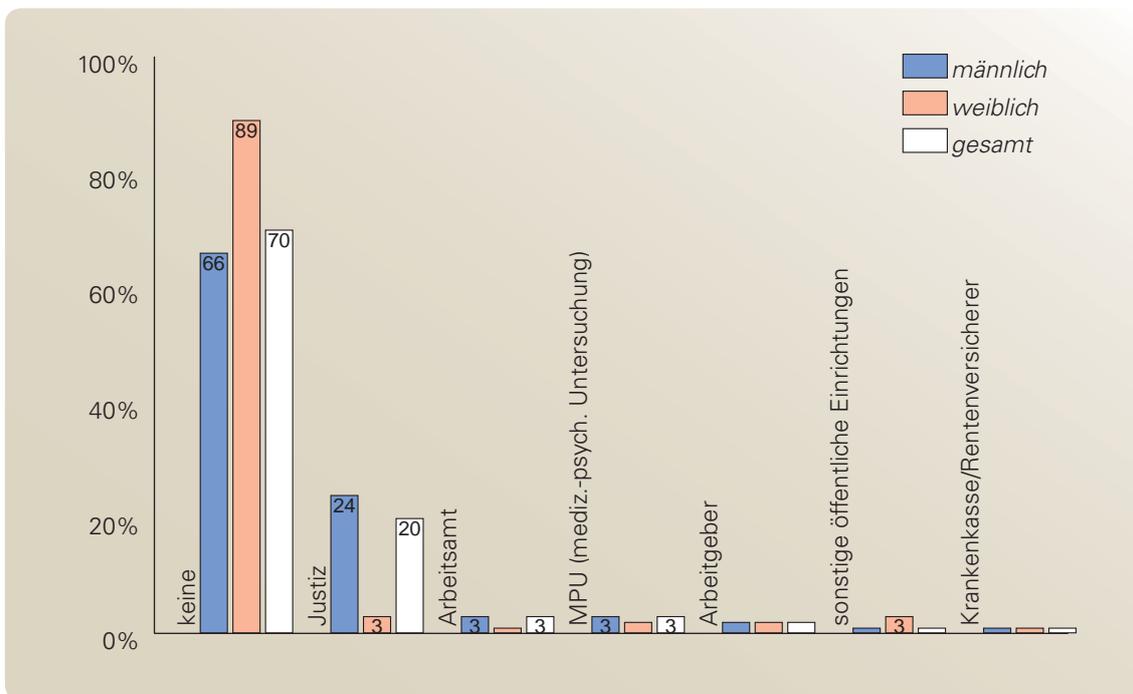
Abbildung 4.1:
Kontaktempfehlung der Betreuungen in 2006 nach Geschlecht



70 % der Kokainkonsument(inn)en kommen ohne Auflagen in die Betreuung (siehe Abbildung 4.2). Von den bestehenden Auflagen werden 68 % durch die Justiz ausgesprochen, 9 % durch das Arbeitsamt und jeweils zu 8 % durch den Arbeitgeber bzw. sind Folge einer medizinisch-psychologischen Untersuchung.

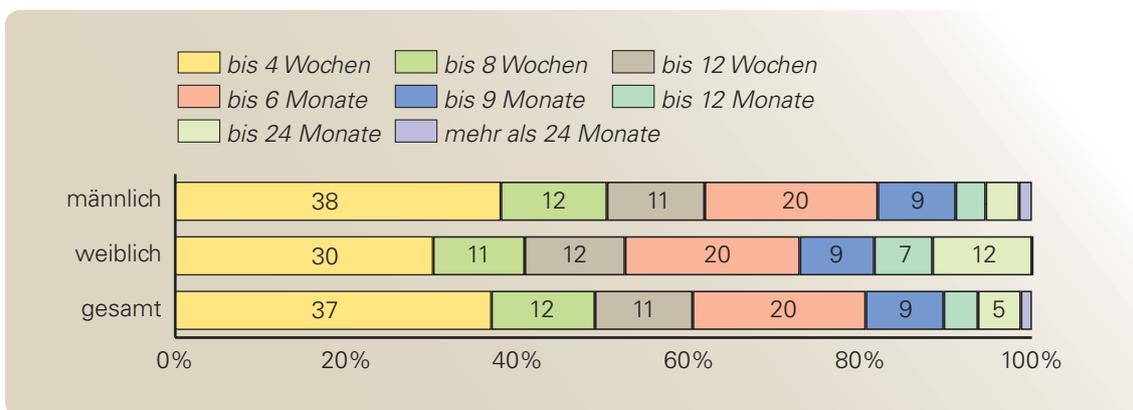
Bei der Betrachtung der Betreuungsart in der Einrichtung zeigt sich neben der überwiegenden „ambulanten Betreuung/Beratung“ (78 %) ein nicht unerheblicher Anteil an „externer Haftbetreuung“ von 18 %. Bei 62 % der Betreuungen werden keine ergänzenden Betreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen in Anspruch genommen. Wenn jedoch ergänzende Betreuungen aufgesucht werden, dann ist dies in rund einem Drittel der Fälle eine Entgiftungs- bzw. Entzugsbehandlung.

Abbildung 4.2:
Auflagen für Betreuungen in 2006 nach Geschlecht



Von den 1.084 dokumentierten Betreuungen wurden 726 Betreuungen in 2006 beendet. Die durchschnittliche Betreuungsdauer beträgt 116 Tage. Hierbei zeigt sich eine um 30 Tage längere mittlere Betreuungsdauer von 141 Tagen bei den Frauen (Männer: 111 Tage). Bei einer Betrachtung der Betreuungsdauer in Kategorien zeigt sich, dass gut ein Drittel der abgeschlossenen Betreuungen (37 %) nicht länger als vier Wochen dauert (siehe Abbildung 4.3).

Abbildung 4.3:
Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in 2006 nach Geschlecht

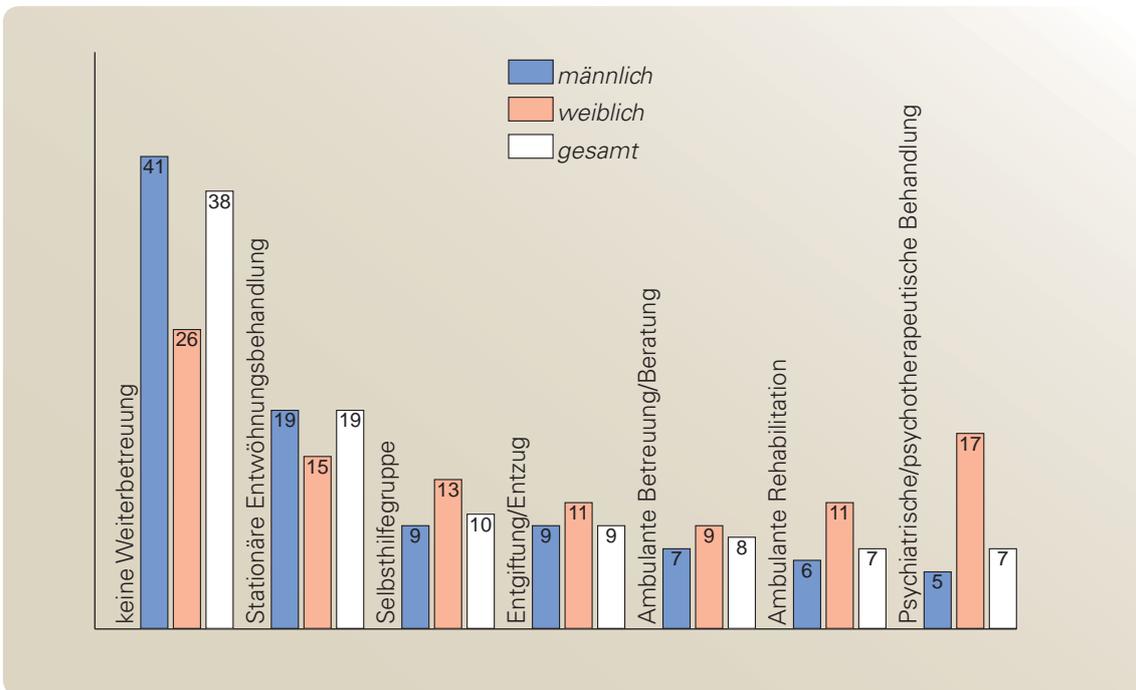


Die Hälfte der in 2006 beendeten Betreuungen wurde planmäßig durch Weitervermittlung in eine andere Einrichtung (23 %) oder durch reguläre Beendigung (27 %) abgeschlossen. Rund ein Drittel der Betreuungen konnte aufgrund eines Kontaktverlustes von über zwei Monaten nicht fortgeführt wer-

den (35 %). Geschlechtsspezifische Unterschiede können hierbei nicht festgestellt werden. Im Vergleich zur westdeutschen Suchthilfestatistik liegt der Anteil der planmäßig beendeten Betreuungen in Hamburg 8 Prozentpunkte unterhalb des Referenzwertes von 58 %, während sich Angaben zum Kontaktverlust gleichen.

Häufig besteht nach der Beendigung der Betreuung weiterer Hilfebedarf, der dazu führt, daß die Klient(inn)en Maßnahmen in anderen Einrichtungen der Suchthilfe in Anspruch nehmen. Lediglich 38 % der betreuten Personen erhalten nach Abschluss der Betreuung zunächst keine weitere geplante suchtspezifische Hilfe (siehe Abbildung 4.4). Werden im Folgenden nur die Kokainkonsument(inn)en betrachtet, die im Anschluss an die Betreuung weiterbehandelt werden, begibt sich rund ein Drittel in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung (30 %) und 15 % gehen in eine Entgiftung bzw. einen Entzug. Neben den abstinenzorientierten Maßnahmen nehmen die Kokainkonsument(inn)en im Anschluss auch andere Angebote des Hamburger Suchthilfesystems in Anspruch. Hierzu zählen Selbsthilfegruppen (15 %), ambulante Betreuung (12 %), ambulante Reha (11 %) sowie psychiatrische / psychotherapeutische Behandlungen (11 %).

Abbildung 4.4:
Weiterbetreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen in 2006 nach Geschlecht (Mehrfachantwort möglich)



Zusammenfassung: Betreuungen

Es folgen die zentralen Ergebnisse zu den Kokainbetreuungen.¹ 1.084 Betreuungen wurden im Jahr 2006 in Anspruch genommen. Der weitaus größte Teil wurde in Einrichtungen des Typs „suchtmittelübergreifend“ (51 %) und „illegale Drogen“ (33 %) durchgeführt. Am häufigsten werden die Betreuungen entweder von der Justiz bzw. JVA vermittelt (23 %), die Klient(inn)en kommen aus Eigeninitiative (21 %) oder es liegt eine Empfehlung der Suchthilfe vor (19 %). Die Betreuung dauert durchschnittlich 116 Tage und wird zu 50 % planmäßig durch Weitervermittlung oder reguläre Beendigung zum Abschluss gebracht. Wenn Weiterbehandlungen stattfinden, dann am häufigsten im Rahmen von stationären Entwöhnungsbehandlungen (30 %), Entgiftungen bzw. Entzügen (15 %) oder Selbsthilfegruppen (15 %).

¹ Ein Vergleich zum Bericht des Vorjahres ist hier nicht möglich, da die Daten der Kokainklient(inn)en in 2005 nicht getrennt, sondern nur in einer Gruppe zusammen mit den Konsument(inn)en anderer illegaler Drogen ausgewertet wurden.

4.2. Personen

In 2006 wurden insgesamt 845 Personen aufgrund ihres problematischen Kokainkonsums in den Einrichtungen der Hamburger ambulanten Suchthilfe betreut. Der Frauenanteil in dieser Klient(inn)engruppe liegt bei 17 % und damit vier Prozentpunkte über dem in der westdeutschen Suchthilfestatistik ausgewiesenen Wert von 12 %.

Im Durchschnitt waren die Kokainkonsument(inn)en zu Beginn ihrer Betreuung 31 Jahre alt. Ein geschlechtspezifischer Unterschied ist hierbei nicht erkennbar. Ebenso unterscheidet sich die Hamburger Klientel hinsichtlich ihres mittleren Alters nicht nennenswert von der in der westdeutschen Suchthilfestatistik ausgewiesenen Gruppe mit einer Hauptdiagnose Kokain. Eine Betrachtung der Altersstruktur der Klientel zeigt, dass die Altersgruppe der 18 bis 27 Jährigen mit 37 % den größten Anteil stellt (28-35 Jahre: 31 %; 36-45 Jahre: 25 %).

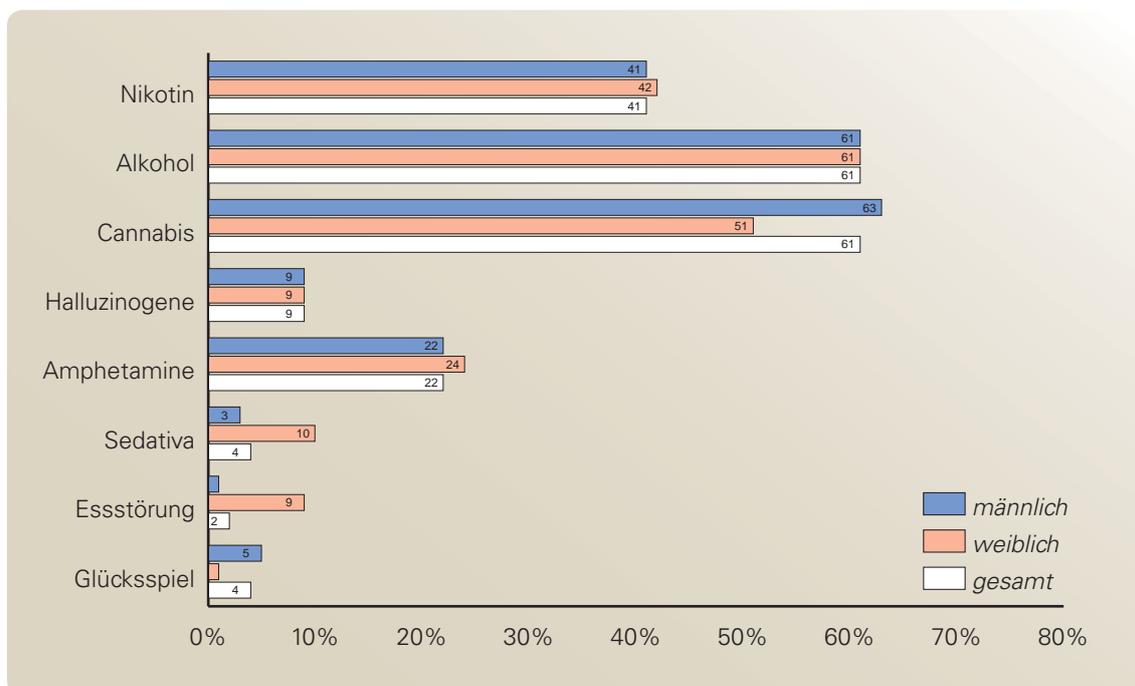
Die überwiegende Mehrheit von 84 % der 845 dokumentierten Kokainkonsument(inn)en besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft. 3 % der Klientel sind Bürger eines anderen Staates der Europäischen Union, 13 % haben die Staatsangehörigkeit eines Landes außerhalb der EU.

Neben der Staatsangehörigkeit wird in der Hamburger BADO auch der Migrationshintergrund erfasst. Knapp drei Viertel der Klient(inn)en haben keinen Migrationshintergrund (73 %), 15 % sind selbst migriert und 12 % sind als Kind von Migranten geboren. Hier entspricht der Anteil in etwa dem der Hamburger Normalbevölkerung.

4.3. Konsum

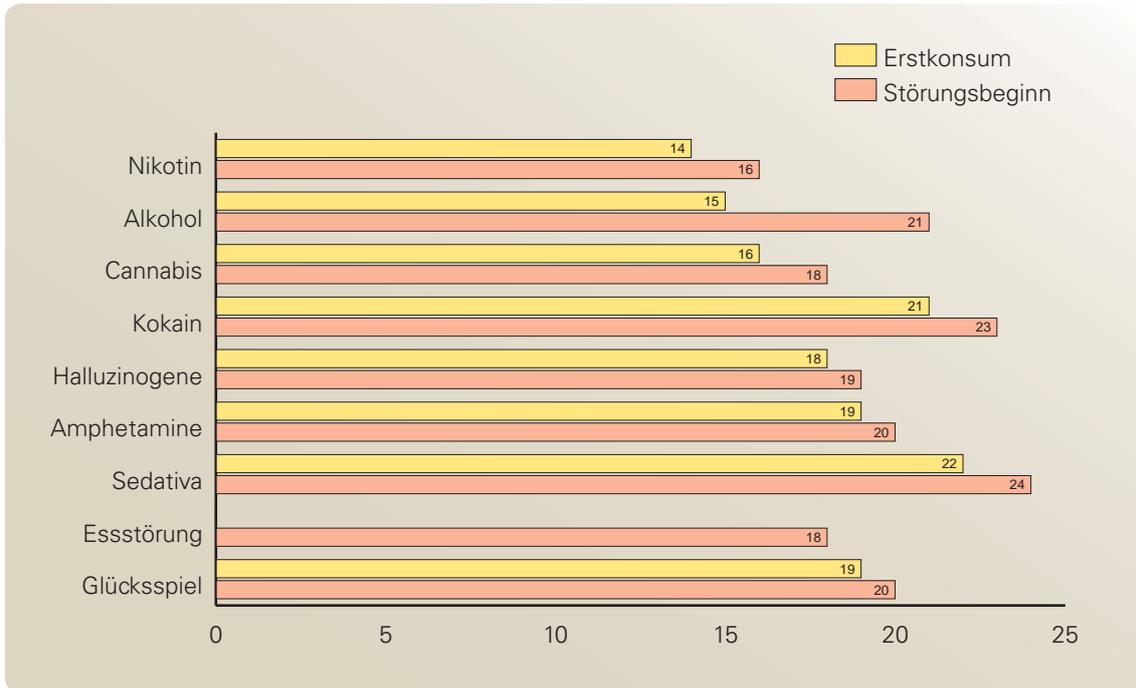
In der Hamburger BADO können für jede(n) Klienten(in) mehrere Hauptdrogen bzw. Hauptprobleme dokumentiert werden. Im Zuge der Datenaufbereitung werden diese zu einer im Vordergrund stehenden Hauptdroge hierarchisiert. Für die meisten Kokainkonsument(inn)en wurde in der BADO mindestens eine weitere Problemsubstanz festgehalten. Im Einzelnen sind dies zu jeweils 61 % Alkohol und Cannabis (siehe Abbildung 4.5). Rund ein Fünftel der Kokainklientel berichtet von einem zusätzlichen problematischen Konsum von Amphetaminen (22 %).

Abbildung 4.5:
 Weitere dokumentierte Hauptprobleme der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht
 (Mehrfachantwort möglich)



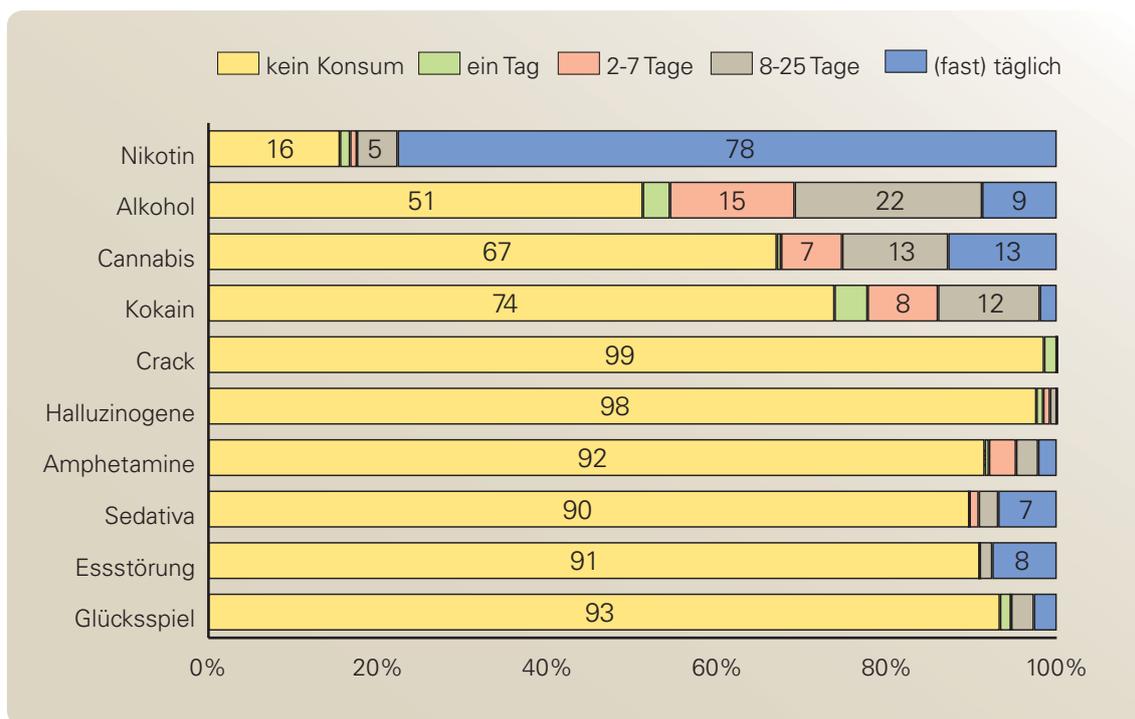
Im Mittel entwickeln die Klient(inn)en im Alter von 23,1 Jahren aufgrund ihres Kokainkonsums eine Störung (siehe Abbildung 4.6). Zwischen Erstkonsum und Störungsbeginn vergehen im Mittel zwei Jahre. Frauen konsumieren mit durchschnittlich 22,3 Jahren zwar etwas später das erste Mal Kokain als die männliche Klientel mit 20,7 Jahren, hinsichtlich des zeitlichen Abstandes zwischen Erstkonsum und Störungsbeginn unterscheiden sie sich jedoch nicht. Vor dem Hintergrund eines mittleren Lebensalters der Klientel von 31 Jahren im aktuellen Auswertungsjahr offenbart sich eine durchschnittliche Dauer der bestehenden Abhängigkeit von 8 Jahren. Hierbei gilt jedoch zu beachten, dass innerhalb dieser 8 Jahre auch zwischenzeitliche Phasen der Abstinenz mit anschließenden Rückfällen stattgefunden haben können.

Abbildung 4.6:
Alter des Erstkonsums und des Störungsbeginns von Klient(inn)en in 2006



Die Daten zur aktuellen Konsumhäufigkeit, bezogen auf die letzten 30 Tage, zeigen hohe Abstinenzraten für die meisten Substanzen. Rund drei Viertel der Klient(inn)en konsumierten zum Zeitpunkt der Erhebung kein Kokain (siehe Abbildung 4.7). Jede(r) Zweite gibt an, keinen Alkohol getrunken zu haben, zwei Drittel der Klient(inn)en hatten keinen Cannabiskonsum. Werden die Konsumdaten für Kokain zu Betreuungsbeginn mit den Angaben zum aktuellen Zeitpunkt verglichen, zeigt sich, dass bereits zwei Drittel der Klient(inn)en abstinent in die Betreuung gehen. Gründe hierfür können z.B. ein vorgelagerter stationärer Entzug oder eine Inhaftierung der Klient(inn)en sein. Im weiteren Verlauf der Betreuung kann die Konsumhäufigkeit noch weiter reduziert werden, so dass sich die Abstinenzrate weiter erhöht (Beginn: 64 %, Aktuell: 74 %). Bei der Betrachtung der Konsumhäufigkeit darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass sich ein Teil der Klient(inn)en während der Betreuung in Haft befindet und hierdurch die Möglichkeit zum Konsum bestimmter Substanzen limitiert ist.

Abbildung 4.7:
Konsumhäufigkeit der letzten 30 Tage (Aktuell) der Klient(inn)en in 2006



Erwartungsgemäß wird bei der Konsumart am häufigsten die nasale Aufnahme von Kokain dokumentiert (90 %). Das Rauchen von Kokain² wird in 7 % der Fälle angegeben. Der intravenöse und orale Konsum von Kokain spielt nur eine untergeordnete Rolle.

4.4. Soziale Beziehung und Lebenssituation

Bei der Betrachtung der Daten zum Familienstand zeigt sich, dass die in Hamburg betreuten Kokainkonsument(inn)en mit 73 % größtenteils ledig sind. 13 % der Klient(inn)en sind verheiratet und jede zehnte Person lebt in Scheidung. Vergleicht man die Angaben der Männer mit denen der Frauen, zeigen sich deutliche Unterschiede: mit 21 % ist der Anteil an geschiedenen Personen bei den Frauen fast dreimal so hoch wie bei den Männern (8 %). Demgegenüber sind die Männer etwas häufiger ledig (Männer: 74 %; Frauen: 68 %) oder verheiratet (Männer: 14 %; Frauen: 5 %). Betrachtet man hingegen die Angaben zur aktuellen Partnerbeziehung, so zeigt sich, dass der „formale“ Familienstand nur bedingt die tatsächliche soziale Einbettung widerspiegelt. Über die Hälfte der Kokainkonsument(inn)en ist in einer festen Beziehung, wobei 28 % der Klient(inn)en auch mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin zusammenleben. Nennenswerte geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich hierbei nicht erkennen.

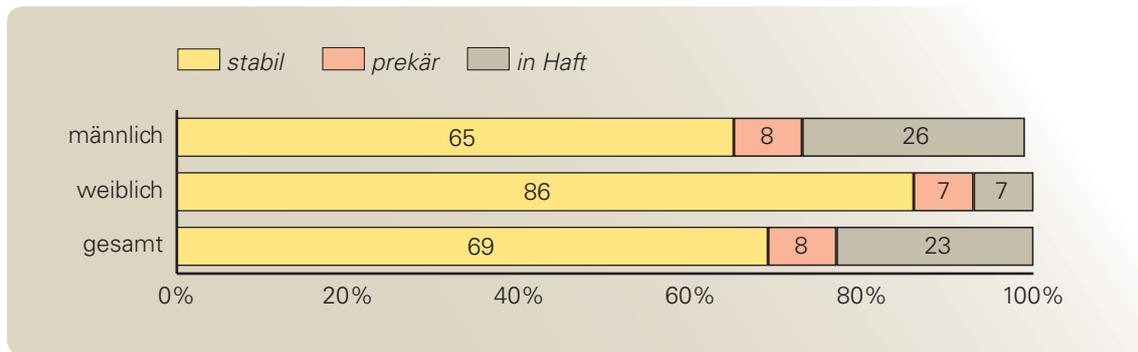
Von den Klient(inn)en, die angeben, in einer festen Partnerschaft zu leben, berichten insgesamt 28 % von einem Suchtproblem ihres Partners bzw. ihrer Partnerin. Hierbei unterscheiden sich die Angaben der Frauen von denen der Männer jedoch erheblich: 61 % der Frauen geben einen Partner mit Suchtproblemen an, während nur 21 % der Männer diese Angabe machen.

Der überwiegende Teil von 69 % der Kokainkonsument(inn)en lebt in einer stabilen Wohnsituation (Männer: 65 %; Frauen: 86 %)³ (siehe Abbildung 4.8). Insgesamt befinden sich knapp ein Viertel der Klient(inn)en in einer Hamburger Haftanstalt, wobei dies vor allem auf die männlichen Kokainkonsumenten zurückzuführen ist (Männer: 26 %; Frauen: 7 %).

2 Da Kokain nur in Form von „Crack“ oder „Freebase“ geraucht werden kann und Crack in der BADO als eigenständige Substanz erfasst wird, muss es sich in diesen Fällen um Letzteres handeln.

3 Die Angaben zum Aufenthaltsort der Klient(inn)en wurden in die drei Kategorien „stabil“, „prekär“ und „in Haft“ zusammengefasst (stabile Wohnsituation: in eigener Wohnung, bei Angehörigen, bei Partner(in); prekäre Wohnsituation: vorübergehend bei Freund(inn)en, betreutes Wohnen, Klinik, Hotel/Pension/Unterkunft, auf der Straße/auf Trebe).

Abbildung 4.8:
Wohnsituation der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht

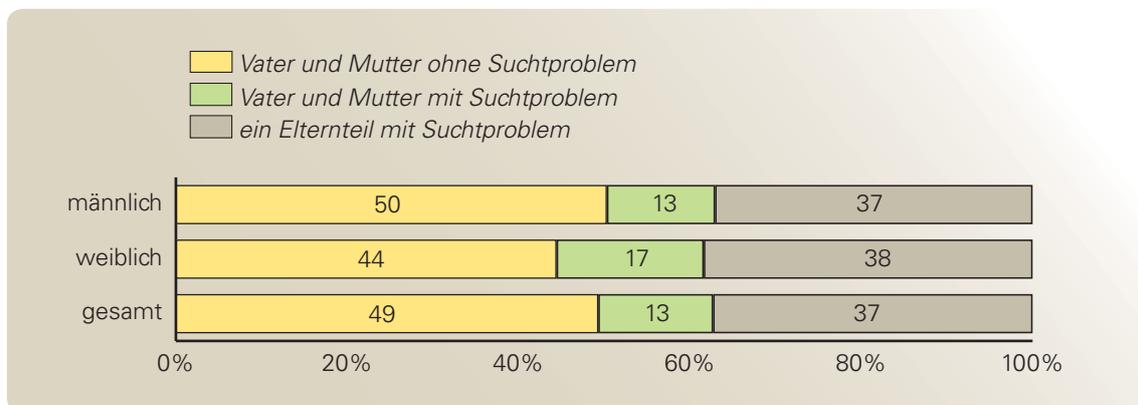


38 % der in der Hamburger BADO erfassten Kokainklient(inn)en geben an, mindestens ein eigenes Kind zu haben. Aufgrund des durchschnittlichen Lebensalters von 31 Jahren zeigt sich erwartungskonform, dass der Anteil an Klient(inn)en mit mindestens einem minderjährigen Kind mit 31 % nur wenig darunter liegt. In der Hamburger BADO wird auch nach der Anzahl der (minderjährigen) Kinder gefragt. So lässt sich für Hamburg eine Gesamtzahl von 368 minderjährigen Kindern (Gesamt: 484 Kinder) mit mindestens einem suchtproblematischen Elternteil ermitteln. In wie weit diese Kinder auch unmittelbar mit dem elterlichen Suchtproblem konfrontiert sind, kann anhand der Frage nach dem aktuellen Aufenthaltsort der minderjährigen Kinder näher erörtert werden. Es zeigt sich, dass 43 % der Eltern mit ihren minderjährigen Kindern zusammenleben und 48 % ihre Kinder beim anderen Elternteil untergebracht haben. Deutlich wird jedoch auch, dass sich die Situation der Frauen mit minderjährigen Kindern erheblich von der der Männer unterscheidet. So geben 77 % der Mütter an, mit ihren minderjährigen Kindern zusammen zu leben (Männer: 36 %), während bei den Vätern die minderjährigen Kinder zu 58 % am häufigsten beim anderen Elternteil sind (Frauen: 3 %).

4.5. Biografischer Hintergrund – Suchtprobleme der Eltern, Heimaufenthalte, Gewalterfahrungen

Mehr als die Hälfte der aufgrund eines problematischen Kokainkonsums betreuten Personen berichtet bei der Frage nach dem familiären Hintergrund von einem suchtblasteten Elternhaus mit mindestens einem betroffenen Elternteil (siehe Abbildung 4.9). Bei 13 % der Klient(inn)en hatten oder haben sogar beide Eltern Suchtprobleme. Bedeutsame Unterschiede zwischen den Geschlechtern lassen sich in dieser Fragestellung nicht erkennen.

Abbildung 4.9:
Eltern mit Suchtproblemen der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht

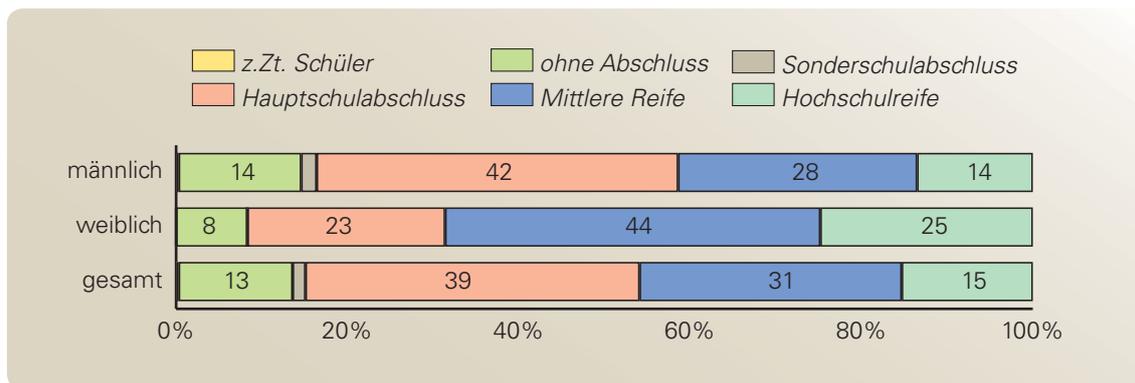


Einen weiteren Hinweis auf einen eher schwierigen familiären Hintergrund in der Biografie der Klient(inn)en bieten die Daten zur Heimerfahrung. Jede fünfte Person (21 %) wuchs zumindest zeitweise in einem Heim oder einer öffentlichen Erziehungseinrichtung auf (Männer: 22 %; Frauen: 15 %). Blickt man auf die körperlichen Gewalterfahrungen im Leben der Klient(inn)en, so zeigt sich, dass lediglich 37 % der Klient(inn)en gewaltfrei aufgewachsen sind. Über zwei Drittel der Frauen (69 %) waren im bisherigen Leben körperlicher Gewalt ausgesetzt, gegenüber einem Anteil von 62 % bei den Männern. Fast jede zweite Frau (48 %) berichtet von bisherigen sexuellen Gewalterfahrungen (Männer: 6 %). Neben der Erfahrung von Gewalt am eigenen Körper ist bei den betreuten Kokainkonsument(inn)en auch die Ausübung von Gewalt Teil ihrer bisherigen Lebenserfahrung. So geben 52 % der Klient(inn)en an, selbst körperliche Gewalt ausgeübt zu haben (Männer: 57 %; Frauen: 24 %).

4.6. Ausbildung, Arbeitssituation und finanzielle Lage

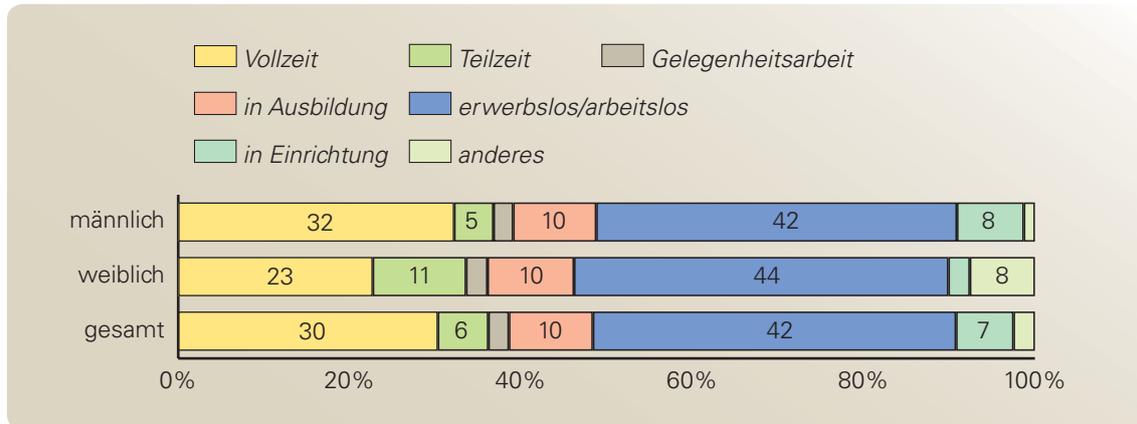
Betrachtet man die Schulbildung der in der Hamburger BADO erfassten Kokainkonsument(inn)en, so zeigt sich ein relativ hoher Bildungsstand. 39 % der Klient(inn)en besitzen einen Hauptschulabschluss, 31 % die mittlere Reife und 15 % die Fachhochschulreife oder einen höherwertigen Abschluss (siehe Abbildung 4.10). Frauen weisen gegenüber den Männern einen höheren Bildungsstand auf. Während die Männer größtenteils einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss erreicht haben (Frauen: 23 %), können 44 % der Frauen die mittlere Reife (Männer: 28 %) und weitere 25 % die Fachhochschulreife oder einen höherwertigen Abschluss (Männer: 14 %) vorweisen.

Abbildung 4.10:
Höchster Schulabschluss der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht



Die relativ gute Schulbildung schlägt sich auch in den Angaben zur Berufsausbildung nieder. Mit 55 % hat mehr als die Hälfte der Kokainkonsument(inn)en eine Berufsausbildung (Männer: 54 %; Frauen: 63 %). Dennoch zeigt sich eine hohe Arbeitslosenquote von 42 % in der Gruppe der problematischen Kokainkonsument(inn)en (siehe Abbildung 4.11). Demgegenüber stehen 36 % der Klient(inn)en mit einer aktuellen Anstellung in Voll- oder Teilzeit. Bei der Frage nach dem Haupteinkommen geben entsprechend 28 % der Kokainkonsument(inn)en eine Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmer an (Männer: 31 %; Frauen: 19 %). Fast jede(r) Zehnte bezieht sein Haupteinkommen aus selbstständiger Tätigkeit (Männer: 9 %; Frauen: 10 %). Zahlungen des Arbeits- oder Sozialamtes erhalten insgesamt 41 % der Klient(inn)en (ALG I: 5 %; ALG II: 34 %; Sozialhilfe/Wohngeld: 2 %).

Abbildung 4.11:
Arbeits- und Ausbildungssituation der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht
(ohne Inhaftierte)



Ein Drittel der Klient(inn)en gibt an, aktuell nicht verschuldet zu sein (Männer: 30 %; Frauen: 48 %). Für weitere 30 % bewegt sich die Verschuldung in einem überschaubaren Rahmen von bis zu 5.000 Euro (Männer: 32 %; Frauen: 21 %).

4.7. Justizielle Probleme

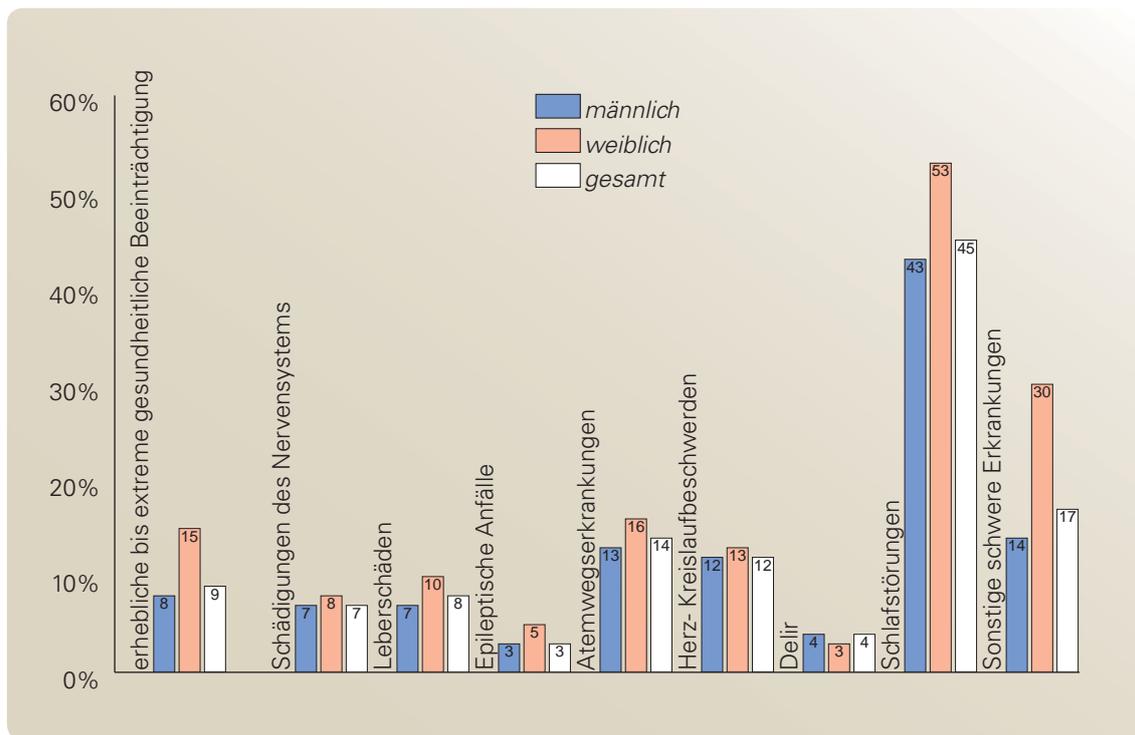
Über die Hälfte der im Hamburger ambulanten Suchthilfesystem aufgrund ihres problematischen Kokainkonsums betreuten Klient(inn)en ist bereits mindestens einmal in ihrem Leben verurteilt worden. Die Rate der Verurteilungen ist bei den Männern deutlich höher als bei den Frauen (Männer: 58 %; Frauen: 20 %). 44 % der Verurteilungen wurden aufgrund von BTM-Delikten oder Körperverletzungen ausgesprochen, 37 % aufgrund von Beschaffungskriminalität und 20 % wegen des Fahrens unter Alkohol- bzw. Drogeneinfluss. Entsprechend der Verurteilungssituation berichten 55 % der Kokainkonsument(inn)en von bisherigen Hafterfahrungen.

Betrachtet man die aktuelle Situation der Klient(inn)en, so zeigen sich bei 53 % der Kokainkonsument(inn)en auch gegenwärtige Probleme mit der Justiz. Ein Hauptproblem stellen hierbei vor allem aktuelle Inhaftierungen dar.

4.8. Gesundheitliche Situation und Behandlungsvorerfahrung

Die gesundheitliche Situation der im Hamburger ambulanten Suchthilfesystem betreuten Kokainkonsument(inn)en kann als relativ gut angesehen werden. Zwei Drittel der Klient(inn)en geben an, nicht oder nur wenig gesundheitlich-körperlich beeinträchtigt zu sein. Im Vergleich hierzu liegt der Anteil gering belasteter Klient(inn)en in der Gruppe der Opiatkonsument(inn)en bei 29 %. Etwa ein Zehntel der Hamburger Kokainklient(inn)en (9 %) wird von den Mitarbeiter(innen) der ambulanten Suchthilfe als erheblich bzw. extrem gesundheitlich beeinträchtigt eingestuft. Als häufigster Grund für eine gesundheitliche Beeinträchtigung werden von den Kokainkonsument(inn)en Schlafstörungen (45 %) genannt (siehe Abbildung 4.12). HIV-Infektionen (<1 %) und Hepatitis-C Infektionen (4 %) treten in dieser Konsument(inn)engruppe eher selten auf.

Abbildung 4.12:
Einschätzung der gesundheitlich-körperlichen Beeinträchtigung (erheblich / extrem) und gesundheitliche Beschwerden der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht



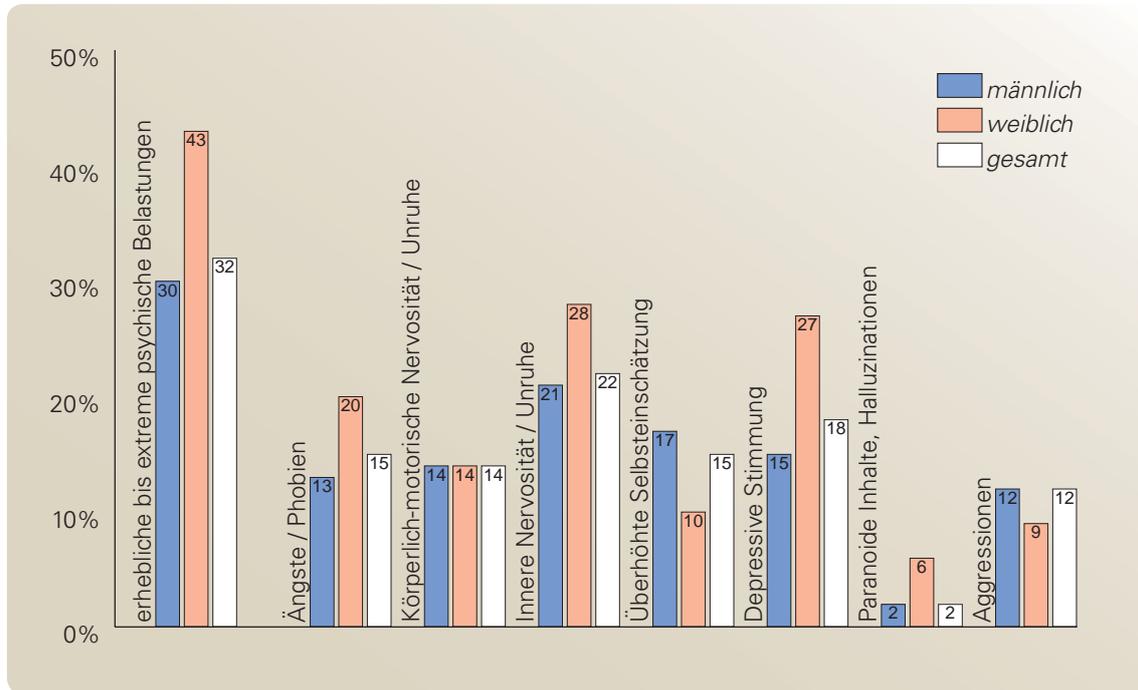
Anders hingegen sieht die psychische und seelische Situation der Hamburger Kokainklientel aus. Etwa ein Drittel der Klient(inn)en berichtet von einer erheblichen bis extremen psychischen Belastung (siehe Abbildung 4.13). Sowohl für die körperliche als auch für die psychische Beeinträchtigung lässt sich festhalten, dass Frauen tendenziell etwas stärker belastet sind als Männer.

Fast jede zweite Frau hat im Leben bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen, bei den Männern liegt der Anteil bei 16 % (Gesamt: 22 %).

Für ein Viertel der Klient(inn)en stellt die im Auswertungsjahr dokumentierte Betreuung den ersten Kontakt mit dem Suchthilfesystem dar (24 %). Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass 76 % der Kokainkonsument(inn)en bereits vor der aktuellen Betreuung suchtbezogene Hilfen in Anspruch genommen haben. 44 % der Klient(inn)en haben bereits mindestens einen stationären Entzug angetreten, ein Drittel der Kokainkonsument(inn)en befand sich mindestens einmal in stationärer Reha (34 %) und knapp ein Viertel hat in der Vergangenheit mindestens eine ambulante Rehabilitationsbehandlung begonnen (23 %). Auch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen spielt mit einem Anteil von 15 % eine Rolle in dem Bemühen der Klient(inn)en, ihre Sucht zu überwinden.

Um die Betreuungssituation direkt vor der aktuellen Betreuung zu erfassen, wird in der Hamburger BADO nach den vorangegangenen Betreuungen in den letzten 60 Tagen vor Betreuungsbeginn gefragt. Fast jede(r) zweite Klient(in) kommt demnach unmittelbar aus einer vorangegangenen Maßnahme in die aktuelle (44 %). Von den Kokainkonsument(inn)en, die in den letzten zwei Monaten vor Betreuungsbeginn behandelt wurden, waren 30 % in Entgiftung/Entzug, 25 % machten eine stationäre Entwöhnungsbehandlung und 29 % wurden in Form einer ambulanten Beratung bzw. Behandlung betreut. Dies begründet zumindest zum Teil die beobachteten hohen Abstinenzraten zu Betreuungsbeginn.

Abbildung 4.13:
Einschätzung der psychischen bzw. seelischen Belastung und deren Symptome (erheblich / extrem) von Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht



Zusammenfassung: Beschreibung der betreuten Personen

Insgesamt wurden im Hamburger ambulanten Suchthilfesystem 845 Personen wegen eines Kokainproblems betreut. Die Klient(inn)en sind zum größten Teil männlich (83 %), bei Betreuungsbeginn durchschnittlich 31 Jahre alt und im Mittel bereits 8 Jahre abhängig. Drei Viertel der Kokainkonsument(inn)en sind abstinent, lediglich 2 % konsumieren täglich.

Zwei Drittel der Kokainklientel leben derzeit in einer stabilen Wohnsituation, ein knappes Viertel befindet sich aktuell in Haft. Eigene Kinder haben 38 % der Kokainkonsument(inn)en, von denen wiederum 43 % mit ihren Kindern im selben Haushalt leben. Die Hälfte der Kokainklient(inn)en gibt an, aus einem suchtbelasteten Elternhaus zu stammen. Nur etwas mehr als ein Drittel (37 %) der Kokainkonsument(inn)en berichtet davon, noch niemals körperliche Gewalt erfahren zu haben. Sexuelle Gewalterfahrungen wurden für nahezu jeden zweiten weiblichen Kokainklienten dokumentiert.

Trotz ihres relativ hohen Bildungsstandards sind lediglich 36 % der Kokainklientel in Voll- oder Teilzeit tätig. Demgegenüber steht eine Arbeitslosenquote von 42 %. Den körperlichen Zustand der Kokainklient(inn)en schätzen die Mitarbeiter der Suchthilfe bei 9 % als erheblich bis extrem beeinträchtigt ein. Bezüglich der psychischen Belastung beträgt dieser Anteil 32 %.

5. Cannabis

Im Jahr 2006 wurden 1.271 Personen dokumentiert, die sich wegen eines Cannabisproblems an insgesamt 34 Einrichtungen der Hamburger ambulanten Suchthilfe wandten. Damit ist im Vergleich zu den Vorjahren sowohl die Zahl der dokumentierten Hilfesuchenden als auch der an den Betreuungen beteiligten Einrichtungen weiter gestiegen (2005: 879 Klient(inn)en in 33 Einrichtungen)¹. Die Klient(inn)en waren zum weit überwiegenden Teil männlich, während Frauen cannabisbezogene Hilfen vergleichsweise selten in Anspruch nahmen (Männer: 81 %; Frauen: 19 %). Aufgrund dieser starken Ungleichverteilung der Geschlechter werden im Folgenden nicht für jeden Aspekt die geschlechtsspezifischen Merkmale ausgewiesen. Stattdessen sollen häufiger zwei Gruppen von Cannabisklient(inn)en näher verglichen werden, die - wie sich noch zeigen wird - sehr weitgehende Unterschiede aufweisen. Es handelt sich hierbei zum einen um jene Klient(inn)en, die ausschließlich wegen einer Cannabisproblematik Hilfe suchen (57 % der Gesamtgruppe), andererseits um jene, die neben der Cannabisdiagnose auch noch ein Alkoholproblem aufweisen (43 %)². Wo geschlechtsspezifische Unterschiede auftreten, werden diese aber selbstverständlich weiter Eingang in die Beschreibung finden. So ist auch hier zu erwähnen, dass Frauen eher zur Gruppe der reinen Cannabisklient(inn)en gehören (62 %), also seltener zusätzlich wegen Alkohol Hilfe in Anspruch nehmen müssen (38 %), während die Verteilung bei den männlichen Klienten ausgeglichener ist (reine Cannabisklientel: 55 %; Cannabis und Alkohol: 45 %).

5.1. Betreuungen

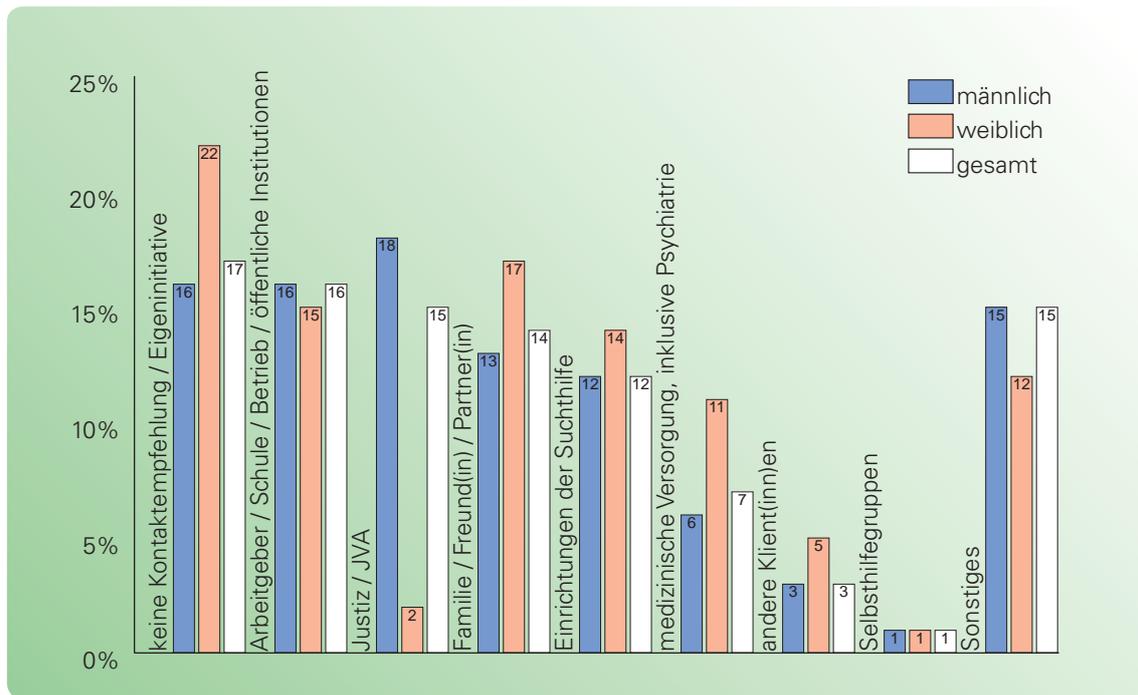
Die insgesamt 1.478 Betreuungen, denen eine Cannabisproblematik zu Grunde liegt, gehen am häufigsten auf die Initiative der Klient(inn)en selbst zurück, im westdeutschen Vergleich ist die Eigeninitiative der Hamburger Cannabiskonsument(inn)en aber eher unterdurchschnittlich (siehe Abbildung 5.1): Geben in der Hansestadt nur 17 % an, ohne Vermittlung den Weg in die Suchthilfe gefunden zu haben, so sind dies in Westdeutschland 32 % und in Berlin 26 %. Häufig geht dem Besuch der Einrichtung außerdem eine Kontaktempfehlung des Arbeitgebers oder der Schule voraus (16 %; West: 4 %; Berlin: 4 %). Für die Männer ist die Justiz der häufigste Vermittler, wohingegen sie für die Frauen kaum eine Rolle spielt (2 %). Die Cannabisklient(inn)en mit Alkoholproblematik werden wohl auch aufgrund ihrer Doppeldiagnose weit häufiger auf Empfehlung anderer Suchthilfeeinrichtungen vorstellig als reine Cannabiskonsument(inn)en (Cannabis und Alkohol: 17 %; reine Cannabisklientel: 7 %).

Für ein Drittel der männlichen Cannabisklienten ist die Betreuung mit Auflagen anderer Instanzen verbunden (Frauen: 15 %), und auch hier stehen Auflagen von Seiten der Justiz im Vordergrund (Männer: 16 %; Frauen: 2 %). Vor allem die reinen Cannabiskonsument(inn)en werden im Rahmen der medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU) bei der Suchthilfe vorstellig, um ihre Fahrerlaubnis (wieder) zu erlangen (10 %). Für die Cannabisklient(inn)en mit Alkoholproblemen spielt dies seltener eine Rolle (5 %), für sie stehen aber wiederum häufiger Auflagen der Justiz im Vordergrund (16 %; reine Cannabisklientel: 9 %).

1 Im gleichen Zeitraum haben sich die Anteile an Betreuungen ohne Angaben zur Hauptdroge reduziert (2005: 7,0 %; 2006: 4,7 %). Es gibt Grund zur Annahme, dass der hier beobachtete starke Anstieg der dokumentierten Cannabisklient(inn)en teilweise durch die Reduktion der fehlenden Angaben bedingt ist. Bezogen auf alle in der BADO dokumentierten Betreuungen ist ein Anstieg der dokumentierten Cannabisklientel von 2005 auf 2006 in Höhe von drei Prozentpunkten zu beobachten.

2 Im Verlauf des Kapitels wird der sprachlichen Einfachheit halber von reinen Cannabiskonsument(inn)en und Klient(inn)en mit Cannabis und Alkoholkonsum gesprochen. Tatsächlich ist es möglich, dass diese Klient(inn)en weitere Substanzen konsumieren. Die Betreuungen finden jedoch in erster Linie wegen des Konsums von Cannabis bzw. Cannabis und Alkohol statt.

Abbildung 5.1:
Kontaktempfehlung der Betreuungen in 2006 nach Geschlecht



Wer ein Cannabisproblem aufweist, bleibt meist nicht länger als 8 Wochen in Betreuung (60 %) und mit 93 Tagen liegt die mittlere Betreuungsdauer sowohl unter dem westdeutschen als auch dem Berliner Durchschnitt (West: 166 Tage; Berlin: 129 Tage). Werden Einmalkontakte nicht in die Berechnung mit einbezogen, wie dies sowohl in der Berliner als auch der westdeutschen Suchthilfestatistik der Fall ist, so bleibt die durchschnittliche Betreuungsdauer mit 119 Tagen dennoch deutlich unter den Mittelwerten für Berlin und die alten Bundesländer. Geschlechtsspezifische Unterschiede treten hier kaum auf, während zwischen reinen Cannabiskonsument(inn)en und Klient(inn)en mit erwähnter Doppelproblematik sehr wohl unterschieden werden muss: Letztere werden mit 108 Tagen im Vergleich durchschnittlich 28 Tage länger betreut, als jene, die ausschließlich ein Cannabisproblem aufweisen.

Über die Hälfte der Betreuungen werden planmäßig beendet, bzw. die Klient(inn)en werden weitervermittelt (57 %). Auch hier gibt es kaum geschlechts-, dafür aber wieder problemspezifische Unterschiede: Mit 49 % ist eine derartige planmäßige Beendigung bei den Alkohol- und Cannabiskonsument(inn)en seltener der Fall als bei den reinen Cannabisklient(inn)en (63 %).

Zusammenfassung: Betreuungen

Im Jahr 2006 sind 1.478 Betreuungen wegen einer Cannabisproblematik durchgeführt worden. Dies sind 513 Betreuungen mehr als im Vorjahr. Zustande kommen die Betreuungen zumeist durch eigene Initiative der Hilfesuchenden (17 %). Aber auch Kontaktempfehlungen durch die Justiz (15 %) sowie den Arbeitgeber bzw. die Schule (16 %) spielen eine wichtige Rolle. Insgesamt 29 % der Betreuungen liegen Auflagen verschiedener Instanzen zu Grunde. Betreuungen von Cannabisklient(inn)en sind zudem mit durchschnittlich 93 Tagen vergleichsweise kurz; 60 % dauern nicht länger als 8 Wochen. Der Abschluss erfolgt bei 57 % planmäßig durch eine Weitervermittlung oder reguläre Beendigung. Nennenswerte Veränderungen zum Vorjahr sind nicht zu erkennen.

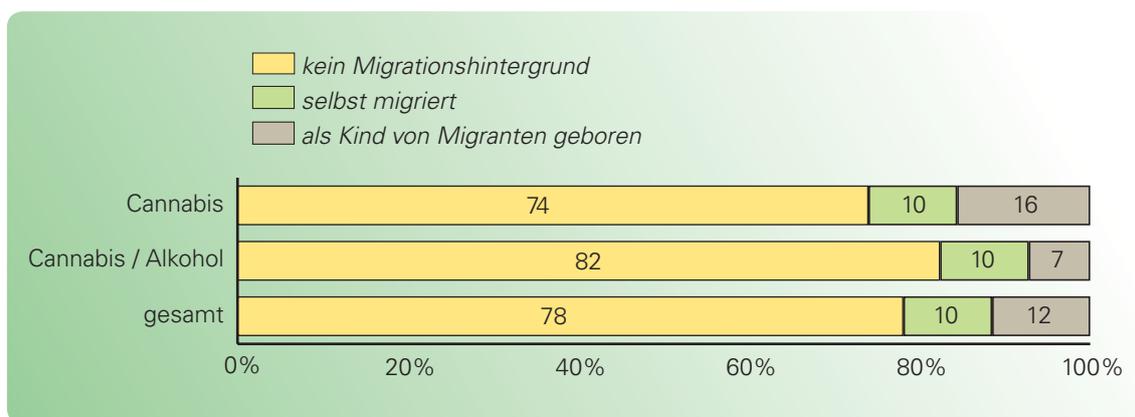
5.2. Personen

Im Durchschnitt sind die Hamburger Klient(inn)en bei Betreuungsbeginn 27 Jahre alt und damit älter als im Bund und in Berlin (je 24 Jahre). Dieser Altersunterschied liegt vor allem an der Gruppe von Klient(inn)en, die sowohl Cannabis als auch Alkohol konsumieren, diese sind nämlich im Durchschnitt

älter als reine Cannabiskonsument(inn)en (Cannabis und Alkohol: 32 Jahre; reine Cannabisklientel: 23 Jahre) und in der Hamburger Statistik im Vergleich zur westdeutschen überrepräsentiert (Hamburg: 45 %; West: 21 %). Beachtet man nun aber, dass in der westdeutschen Suchthilfestatistik zum Teil Klient(inn)en mit Cannabis- und Alkoholproblematik unter der Diagnose Alkohol zusammengefasst werden und außerdem jugendliche Klient(inn)en in der BADO im Gegensatz zur westdeutschen Suchthilfestatistik nicht erfasst werden, so relativiert sich dieser statistische Altersunterschied.

Die Hamburger Cannabisklient(inn)en besitzen in der Regel die deutsche Staatsangehörigkeit (91 %). Etwa jede(r) Fünfte hat einen Migrationshintergrund, d.h. er/sie ist entweder selbst migriert oder als Kind von Migranten geboren worden (siehe Abbildung 5.2). Letzteres ist häufiger bei Klient(inn)en mit alleiniger Cannabisproblematik der Fall als bei jenen mit zusätzlicher Alkoholdiagnose (reine Cannabisklientel: 16 %; Cannabis und Alkohol: 7 %).

Abbildung 5.2:
Migrationshintergrund der Klient(inn)en in 2006 nach Hauptdrogen bzw. -problemen



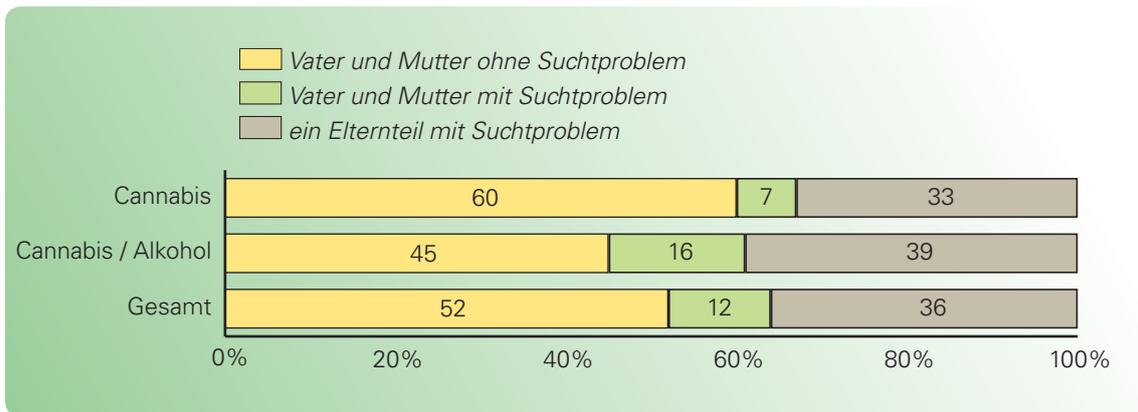
5.3. Biografischer Hintergrund

Kommt es zur Ausbildung eines problematischen Konsumverhaltens, so werden die Ursachen hierfür häufig in der Biografie der betroffenen Person gesucht. Im Folgenden wird daher näher auf Suchtprobleme der Eltern, Heimaufenthalte und Gewalterfahrungen der Hilfesuchenden eingegangen. Die Unterschiede zwischen reinen Cannabisklient(inn)en und jenen, die zusätzlich problematisch Alkohol konsumieren, werden hier besonders deutlich. Letztere geben weit häufiger an, dass mindestens ein Elternteil ebenfalls Suchtprobleme hat oder gehabt hat (55 %; reine Cannabisklientel: 39 %) (siehe Abbildung 5.3) und dass sie in ihrer Kindheit zumindest zeitweise im Heim gelebt haben (26 %; reine Cannabisklientel: 17 %). Zudem berichten Frauen häufiger von Eltern mit Suchtproblemen als Männer (Frauen: 60 %; Männer: 47 %).

Der auffälligste Unterschied zwischen den beiden Problemgruppen tritt allerdings bei der Frage nach Gewalterfahrungen zu Tage. Hier geben 61 % der Konsument(inn)en von Cannabis und Alkohol an, bereits körperliche Gewalterfahrungen gemacht zu haben, 15 % berichten von sexuellen Gewalterfahrungen im Leben und 47 % sagen außerdem aus, schon selbst körperliche Gewalt gegen andere ausgeübt zu haben. Bei den reinen Cannabisklient(inn)en sind diese Werte weit geringer (körperliche Gewalterfahrung: 36 %; sexuelle Gewalterfahrung: 8 %; Gewaltausübung: 25 %).

Von sexueller Gewalt sind vor allem die weiblichen Klienten betroffen, sie geben zu über einem Drittel an, bereits derartige Erfahrungen im Leben gemacht zu haben (35 %; Männer: 5 %). Gleichzeitig tun sie seltener anderen Menschen aktiv Gewalt an (18 %; Männer: 42 %). Zusammenfassend muss angemerkt werden, dass in erster Linie die Cannabisklientel mit zusätzlicher Alkoholdiagnose sowie die Gruppe der weiblichen Cannabiskonsument(inn)en eine erhebliche biografische Vorbelastung aufweisen.

Abbildung 5.3:
Eltern mit Suchtproblemen der Klient(inn)en in 2006 nach Hauptdrogen bzw. -problemen

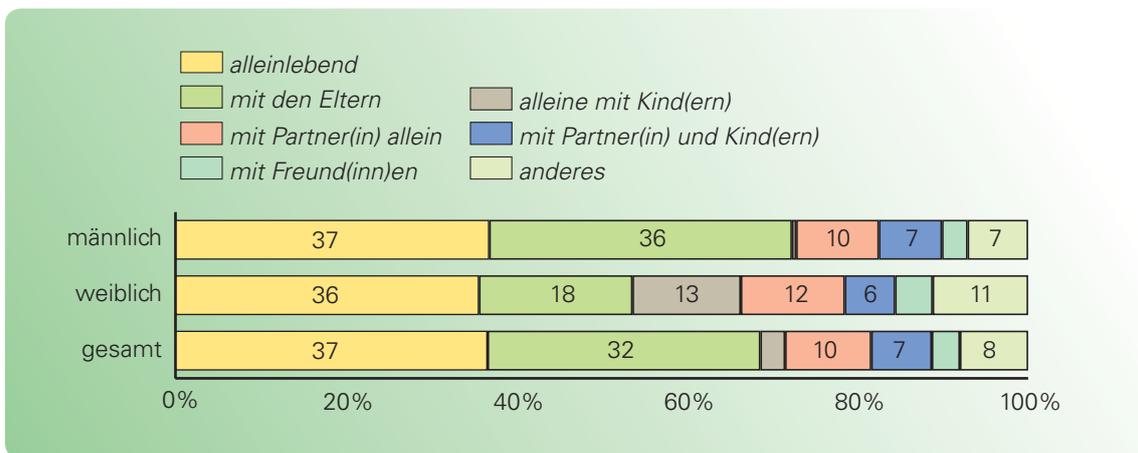


5.4. Soziale Situation

Interessant ist auch ein Blick auf die soziale Situation der Cannabisklient(inn)en, also z. B. auf ihren formellen Familienstand.³ Aufgrund ihres eher niedrigen Alters ist der hohe Anteil an ledigen Personen insgesamt (85 %) (siehe Abbildung 5.4) und vor allem unter den noch jüngeren reinen Cannabiskonsument(inn)en kaum verwunderlich (93 %; Cannabis und Alkohol: 76 %).

Über ein Drittel der Betreuten gibt an, alleine zu leben, während ein weiteres knappes Drittel mit den Eltern zusammenlebt. Letzteres gilt allerdings eher für die Männer (36 %, Frauen: 18 %) während Frauen häufiger mit Kindern zusammenleben (19 %, Männer: 8 %).

Abbildung 5.4:
Lebenssituation der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht (ohne Inhaftierte)

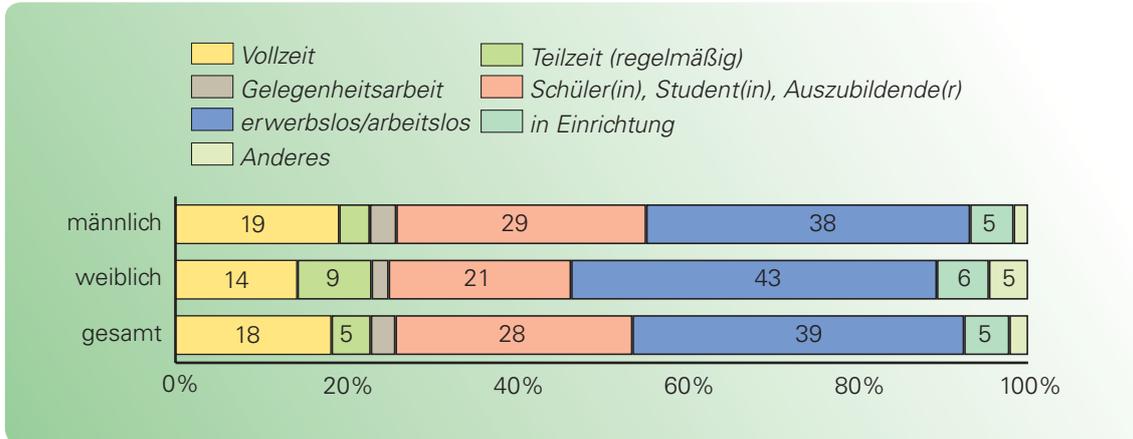


Auch beim höchsten erreichten Schulabschluss unterscheiden sich die weiblichen Klienten erheblich von den männlichen. Sie haben häufiger das Abitur (25 %; Männer: 18 %) oder einen Realschulabschluss gemacht (33 %; Männer: 25 %) und haben seltener die Schule nach dem Hauptschulabschluss verlassen (24 %; Männer: 33 %). Insgesamt 11 % der Cannabisklient(inn)en sind ohne jeglichen Abschluss abgegangen, jede(r) Zehnte besucht derzeit noch die Schule.

³ Im folgenden Kapitel wird aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur auf einen Vergleich mit Berliner und westdeutschen Daten verzichtet, da sich das höhere Lebensalter häufig auch auf die soziale Situation auswirkt.

Wie Abbildung 5.5 zeigt, schlägt sich die bessere Qualifikation der Frauen nicht in ihrer Berufssituation nieder, stattdessen sind sie sogar noch häufiger arbeitslos als die Männer (43 %; Männer: 38 %). Die Anteile von Männern und Frauen, die in Voll- oder Teilzeit arbeiten unterscheiden sich jedoch nicht (je 23 %).

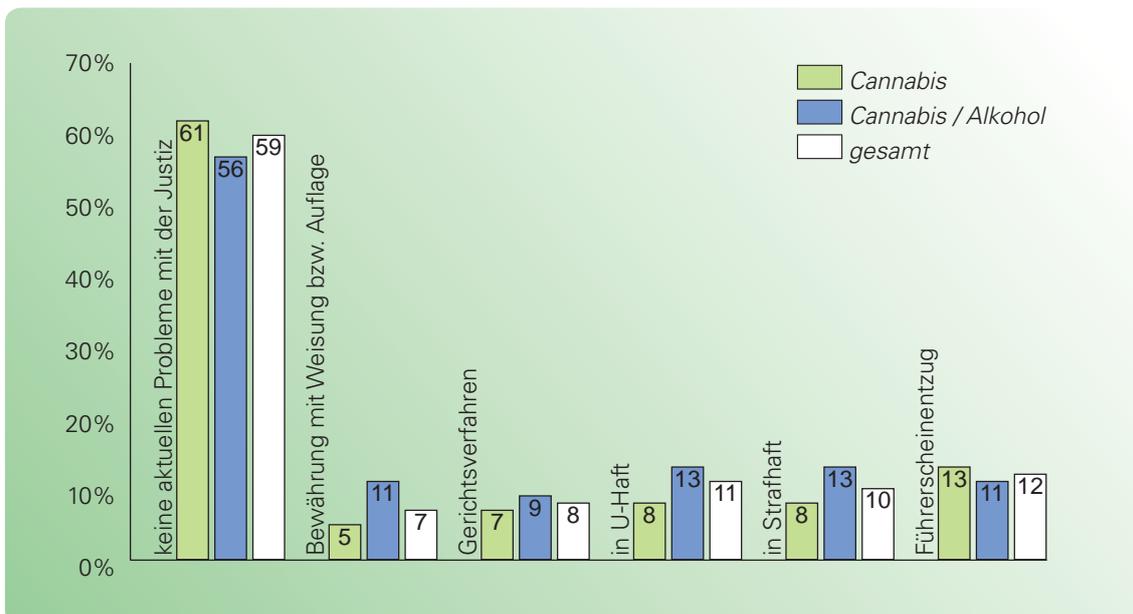
Abbildung 5.5:
Arbeits- und Ausbildungssituation der Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht (ohne Inhaftierte)



5.5. Justizielle Probleme

Von aktuellen Problemen mit der Justiz berichten 41 % der Cannabisklient(inn)en (siehe Abbildung 5.6). Von den Männern ist fast die Hälfte in jüngster Zeit mit der Justiz in Konflikt geraten (48 %), unter den Frauen nur knappe jede sechste (17 %). Beim Blick auf die beiden verschiedenen Cannabisgruppen zeigt sich wiederum die etwas problematischere Situation der Betreuten mit zusätzlichem Alkoholproblem. 13 % dieser Gruppe befinden sich in Strafhaft, 13 % in U-Haft. Eine zur Bewährungs ausgesetzte Strafe mit Auflage wurde für 11 % dieser Klient(inn)en festgehalten. Auch laufende Gerichtsverfahren spielen eine Rolle (9 %).

Abbildung 5.6:
Aktuelle Probleme mit der Justiz der Klient(inn)en in 2006 nach Hauptproblemen (Mehrfachantworten möglich)

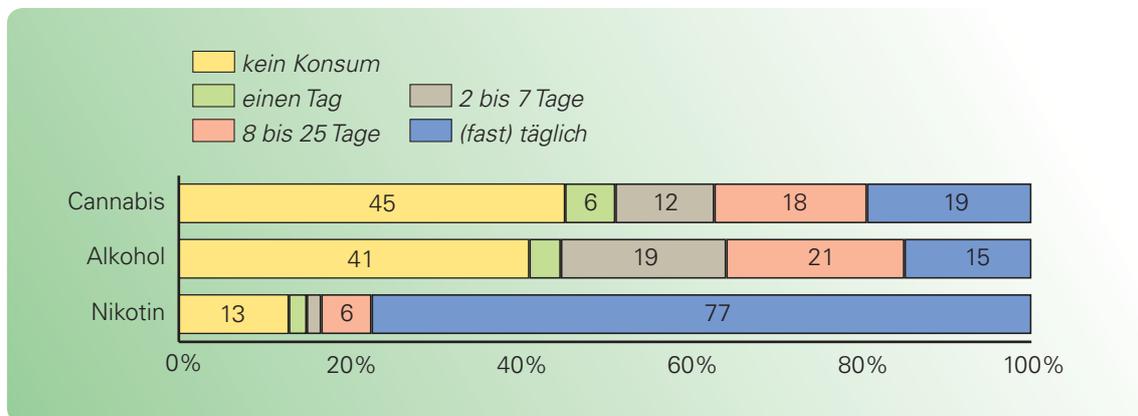


Werden nicht nur die aktuellen Probleme betrachtet, sondern sämtliche Verurteilungen in der Biografie der Klient(inn)en, so zeichnet sich folgendes Bild ab: Über ein Drittel der Cannabiskonsument(inn)en sind in ihrem Leben bereits verurteilt worden (36 %; Männer: 43 %; Frauen: 13 %). Dabei fällt die Gruppe der Cannabisklient(inn)en mit Alkoholkonsum vor allem wegen ihres hohen Anteils an Verurteilungen wegen Körperverletzung auf: Etwa jede(r) Fünfte wurde bereits wegen eines solchen Delikts bestraft (19 %), bei der reinen Cannabisklientel ist dies nur jede(r) Zwanzigste.

5.6. Konsum

Im Vergleich zur westdeutschen Suchthilfestatistik stellen sich die aktuellen Konsumgewohnheiten der Hamburger Cannabisklient(inn)en (siehe Abbildung 5.7) weniger problematisch dar: Sie sind häufiger abstinent (45 %; West: 35 %) und auch der Anteil derer, die täglich konsumieren ist geringer (19 %; West: 29 %). Neben Cannabis spielen allerdings auch Nikotin (77 %) und Alkohol (15 %) bei den täglichen Konsumgewohnheiten der Klient(inn)en eine wichtige Rolle.

Abbildung 5.7:
Konsumhäufigkeit von Cannabis, Alkohol und Tabak der letzten 30 Tage (Aktuell) der Klient(inn)en in 2006

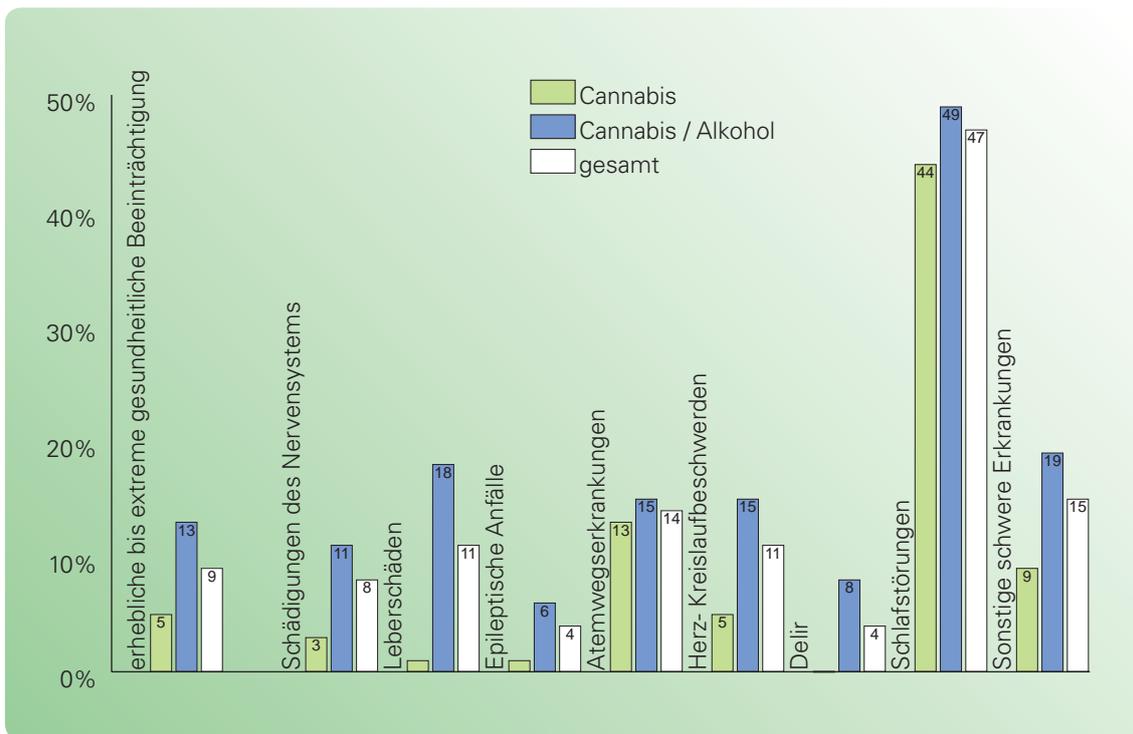


Cannabis rauchen die Klient(inn)en im Schnitt zum ersten Mal als 16-Jährige. Ein problematischer Konsum stellt sich dann in der Regel zwei Jahre später, bei den Frauen erst nach drei Jahren ein. Weitere erwähnenswerte Unterschiede innerhalb der Cannabisgruppe sind hier nicht zu beobachten.

5.7. Gesundheitliche Situation und Behandlungsvorerfahrungen

In Abbildung 5.8 ist die gesundheitliche Situation der Cannabisklient(inn)en wiedergegeben. Nach Einschätzung der Mitarbeiter(innen) der ambulanten Suchthilfe sind insgesamt 9 % erheblich oder extrem körperlich beeinträchtigt. Cannabiskonsument(inn)en mit gleichzeitigem problematischem Alkoholkonsum sind hiervon mit einem Anteil von 13 % bemerkenswert häufiger betroffen als die reinen Cannabisklient(inn)en. Die Cannabisklientel insgesamt leidet häufig unter Schlafstörungen (47 %). Während sich die beiden hier untersuchten Konsument(inn)engruppen diesbezüglich kaum unterscheiden, zeigen sich hinsichtlich der klassischen alkoholbedingten Krankheiten deutliche Differenzen. So berichten 18 % der Cannabisklient(inn)en mit einem gleichzeitigen Alkoholproblem von Leberschäden (reine Cannabisklientel: 1 %) und 11 % von Schädigungen des Nervensystems (reine Cannabisklientel: 3 %). Auch Herz-Kreislaufkrankungen sind in der Gruppe der Cannabisklient(inn)en mit Alkoholproblemen häufiger zu finden (15 %) als bei den reinen Cannabiskonsument(inn)en.

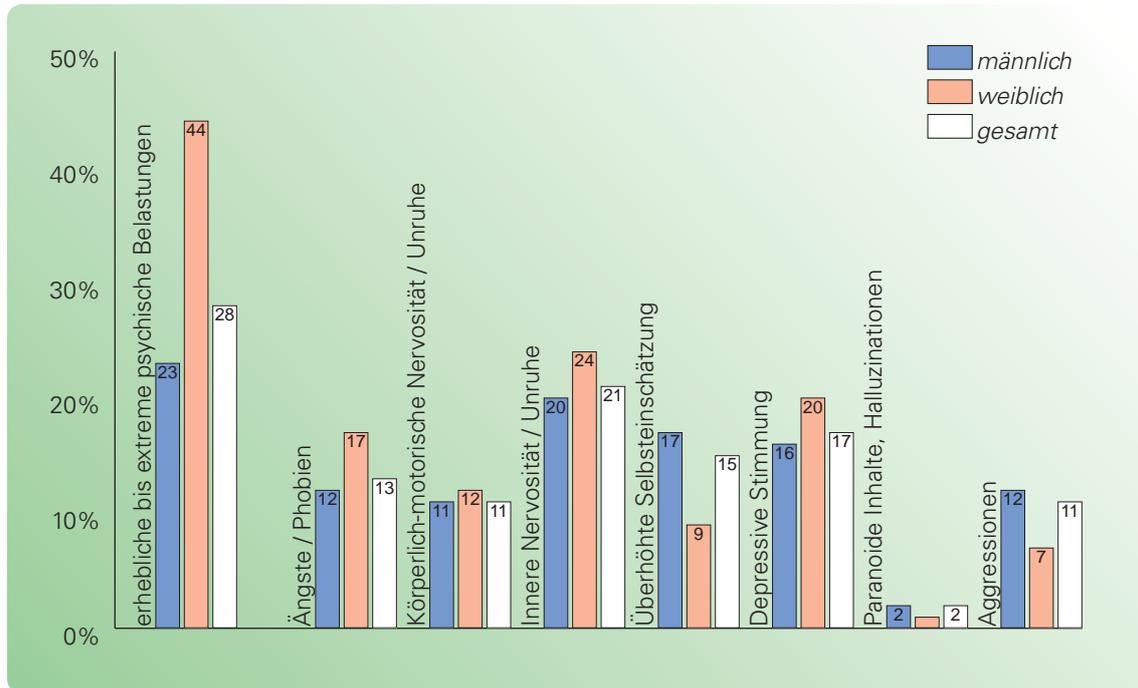
Abbildung 5.8:
Einschätzung der gesundheitlich-körperlichen Beeinträchtigung (erheblich / extrem) und gesundheitliche Beschwerden der Klient(inn)en in 2006 nach Hauptdrogen bzw. -problemen



Mehr als ein Viertel der Cannabisklientel (28 %) leidet nach Einschätzung der Suchtberater(innen) unter erheblichen bzw. extremen psychischen Belastungen (siehe Abbildung 5.9). Frauen sind mit einem Anteil von 44 % hiervon deutlich häufiger betroffen als die männlichen Klienten. Als konkrete Symptome werden in diesem Zusammenhang insbesondere erhebliche bzw. extreme innere Unruhe (21 %), depressive Stimmungen (17 %) und Ängste und Phobien genannt (13 %). Auch hier überwiegen die Anteile der Frauen, wenngleich auf deutlich geringerem Niveau als bei der globalen Einschätzung der psychischen Gesundheit.

Abschließend wird noch auf die therapeutischen Vorerfahrungen eingegangen. So hat sich ein Drittel der Klient(inn)en bereits einmal in einen stationären Entzug begeben, während nur etwa jede(r) Zehnte eine ambulante Entgiftung hinter sich hat. Ähnlich selten wurden stationäre und ambulante Rehabilitationen in Anspruch genommen (10 % und 8 %) während immerhin 15 % an Selbsthilfegruppen teilgenommen haben. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bleiben hier eher gering, dafür wird aber die größere Behandlungserfahrung der Cannabiskonsument(inn)en mit Alkoholproblem gegenüber der reinen Cannabisklientel deutlich. Dies betrifft alle Behandlungssegmente, vor allem aber die stationären Entzüge, hier haben bereits 55 % der Alkohol-Cannabisgruppe Erfahrungen gemacht (reine Cannabisklientel: 18 %). Dies könnte ein weiteres Indiz für die stärkere Vorbelastung der Konsument(inn)en von Cannabis und Alkohol sein. Hierbei darf allerdings das höhere Durchschnittsalter der Klient(inn)en mit besagter Doppelproblematik nicht vernachlässigt werden, da mit zunehmender Suchtkarriere häufig auch die Zahl der Behandlungen steigt.

Abbildung 5.9:
Einschätzung der psychischen bzw. seelischen Belastung und deren Symptome
(erheblich / extrem) von Klient(inn)en in 2006 nach Geschlecht



Zusammenfassung: Beschreibung der betreuten Personen

Im Jahr 2006 wandten sich 1.271 Personen wegen eines Cannabisproblems an die Hamburger Suchthilfe (Männer: 81 %). Im Vergleich zum Vorjahr sind die Cannabisklient(inn)en jedoch geringfügig jünger geworden: Das Alter zu Betreuungsbeginn ist von 28 auf 27 Jahre gesunken, das Alter beim Erstkonsum von 16,5 auf 15,7 Jahre und das Alter beim Störungsbeginn von 19,6 auf 18,4 Jahre. Insgesamt sind die Cannabiskonsument(inn)en aktuell etwas häufiger abstinent als noch in 2005 (45 % gegenüber 40 % im Vorjahr). Des Weiteren hat sich die Berufssituation im Vergleich zum Vorjahr verändert: Die Zahl der Erwerbslosen ist um 6 Prozentpunkte auf 39 % gesunken, während gleichzeitig der Anteil der Schüler, Studenten und Auszubildenden um 11 Prozentpunkte auf 28 % gewachsen ist. Mit 41 % ist allerdings auch jener Teil größer geworden, der über aktuelle Probleme mit der Justiz berichtet (2005: 32 %).

Der körperliche und seelische Zustand der Klient(inn)en hat sich im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert: Erhebliche bis extreme gesundheitliche Beeinträchtigungen treten bei 9 % der Cannabiskonsument(inn)en zu Tage. Von erheblichen bis extremen psychischen Belastungen ist mehr als jede(r) vierte Klient(in) betroffen (28 %). Unter körperlichen und psychischen Problemen leiden vor allem die weiblichen Klienten sowie Klient(inn)en mit Alkohol- und Cannabiskonsum. Diese Untergruppen erweisen sich auch in Bezug auf Gewalterfahrungen und elterliche Suchtprobleme als besonders biografisch vorbelastet.

6. Tabellenanhang¹

		unbekannt	Alkohol	Cannabis	Opiate	Kokain	Angehörige
Geschlecht unbekannt	Personen	57	26	19	27	6	24
	Betreuungen	57	26	19	27	6	24
männlich	Personen	348	2378	1013	3570	700	327
	Betreuungen	357	2776	1177	4993	909	345
weiblich	Personen	159	1222	239	1254	139	774
	Betreuungen	164	1407	282	1672	169	810
Gesamt	Personen	564	3626	1271	4851	845	1125
	Betreuungen	578	4209	1478	6692	1084	1179
Überlappung der Klientel aus 2006 mit den Vorjahren	2006	564	3626	1271	4851	845	1125
	2005	55	1313	309	3049	357	118
	2004	9	627	133	2247	182	65
	2003	5	453	79	1973	129	48
	2002	6	333	54	1874	76	41
	2001	3	286	42	1697	66	33
	2000	0	217	27	1530	54	27
	1999	1	118	18	1271	32	17
	1998	1	74	9	737	23	16
1997	1	88	12	664	17	14	
Überlappung der Klientel aus 2006 mit den Vorjahren	in der BADO	11,5%	47,6%	30,9%	80,5%	53,8%	16,7%
	nicht in der BADO	88,5%	52,4%	69,1%	19,5%	46,2%	83,3%
	Gesamt N	564	3626	1271	4851	845	1125
Mehrfachbetreuungen	in einer Einrichtung	99,5%	93,7%	92,1%	77,6%	85,9%	98,0%
	in zwei Einrichtungen	0,5%	6,0%	6,8%	17,3%	12,5%	1,7%
	in drei Einrichtungen	0,0%	0,4%	0,9%	4,0%	1,3%	0,2%
	> drei Einrichtungen	0,0%	0,0%	0,2%	1,1%	0,2%	0,1%
	Gesamt N	564	3626	1271	4851	845	1125

		männlich		weiblich		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Hauptdrogen/ Hauptprobleme der Betreuten in 2006 (Mehrfachantwort)	Alkohol	5396	66,2%	2043	65,9%	7485	66,1%
	Cannabis	3669	45,0%	939	30,3%	4640	41,0%
	Opiate	3570	43,8%	1254	40,4%	4851	42,8%
	Kokain	2844	34,9%	784	25,3%	3640	32,1%
	Crack	1564	19,2%	590	19,0%	2163	19,1%
	Halluzinogene	509	6,2%	92	3,0%	601	5,3%
	Amphetamine	667	8,2%	170	5,5%	838	7,4%
	Sedativa	1291	15,9%	660	21,3%	1959	17,3%
	Essstörung	153	1,9%	415	13,4%	570	5,0%
	Glücksspiel	493	6,1%	47	1,5%	542	4,8%
	Anderes	76	0,9%	33	1,1%	110	1,0%
	Gesamt N	8145		3101		11328	

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in Tagen nach Einrichtungsart	illegale Drogen	117,7	184,5	134,1	139,8	158,5	143,7
	legale Drogen	126,8	149,8	134,3	109,8	101,3	107,5
	suchtmittel-übergreifend	95,5	112,8	101	123,1	130	124,8
	Betreuung Substituierter	48,3	48,4	48,3	352,9	346,5	351,1
	Gesamt	108,2	129,5	115	179,5	192,1	182,5
	Gesamt N	1794	837	2631	2619	807	3427

¹ Sofern nicht anders angegeben, handelt es sich bei allen Items, die zu Beginn und Aktuell erhoben werden, um die Beschreibung des Zustandes „Aktuell“.

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Kostenträger der Betreuung (Mehrfachantwort)	pauschal/institutionell finanziert	96,8%	95,4%	96,3%	93,9%	93,0%	93,7%
	Selbstzahler	3,1%	3,5%	3,3%	0,5%	0,9%	0,6%
	Rentenversicherung	6,9%	11,4%	8,4%	4,0%	3,6%	3,9%
	Krankenversicherung	1,5%	2,7%	1,9%	10,4%	10,7%	10,5%
	Sozialhilfe/Jugendhilfe	0,1%	0,1%	0,1%	0,5%	0,7%	0,5%
	sonstige	0,1%	0,1%	0,1%	1,0%	0,8%	1,0%
	Gesamt N	2679	1361	4040	4496	1538	6034
Betreuungsart in der eigenen Einrichtung (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	14,8%	7,5%	12,4%	21,2%	24,4%	22,0%
	Ambulante Betreuung/Beratung	90,5%	93,0%	91,4%	55,6%	52,2%	54,7%
	Ambulante Rehabilitation	7,0%	11,9%	8,6%	2,7%	2,8%	2,8%
	Ambulante medizinische Behandlung	6,5%	4,4%	5,8%	8,7%	12,2%	9,6%
	Entgiftung/Entzug	2,5%	4,4%	3,2%	0,9%	1,0%	0,9%
	Substitutionsbehandlung	0,0%	0,0%	0,0%	10,3%	10,4%	10,3%
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,1%	0,0%	0,1%	28,7%	33,5%	29,9%
	Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung	0,2%	0,3%	0,2%	1,2%	1,6%	1,3%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,3%	0,1%	0,2%	0,4%	0,3%	0,4%
	Aufsuchende Arbeit	7,7%	0,7%	5,3%	5,9%	9,3%	6,8%
	Externe Haftbetreuung	6,0%	0,7%	4,2%	14,5%	10,5%	13,5%
	sonstiges	5,4%	6,1%	5,7%	4,2%	5,0%	4,4%
	Gesamt N	2718	1378	4096	4520	1547	6067
Ergänzende Betreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	2,8%	1,2%	2,3%	7,2%	13,1%	8,8%
	Ambulante Betreuung/Beratung	4,1%	6,7%	5,0%	4,0%	6,2%	4,6%
	Ambulante Rehabilitation	1,5%	2,0%	1,7%	0,6%	1,9%	1,0%
	Ambulante medizinische Behandlung	5,4%	10,4%	7,2%	11,9%	13,4%	12,3%
	Stationäre medizinische Behandlung	2,9%	4,9%	3,6%	3,3%	4,2%	3,6%
	Stationäre Entwöhnungsbehandlung	8,7%	9,9%	9,1%	6,1%	6,4%	6,2%
	Betreutes Wohnen	1,4%	1,9%	1,6%	6,0%	4,9%	5,7%
	Entgiftung/Entzug	16,0%	17,6%	16,5%	12,0%	14,7%	12,7%
	Substitutionsbehandlung	0,0%	0,2%	0,1%	30,8%	33,5%	31,5%
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,0%	0,2%	0,1%	3,3%	4,2%	3,6%
	Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung	3,6%	9,5%	5,6%	3,5%	5,6%	4,0%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,9%	1,7%	1,2%	2,5%	1,6%	2,3%
	Aufsuchende Arbeit	0,3%	0,3%	0,3%	0,9%	1,2%	1,0%
	Externe Haftbetreuung	0,3%	0,1%	0,3%	1,8%	1,3%	1,7%
	Selbsthilfegruppe	20,1%	25,9%	22,1%	3,1%	3,1%	3,1%
	sonstiges	6,6%	6,9%	6,7%	7,1%	7,4%	7,2%
	keine ergänzende Betreuung	45,6%	39,6%	43,5%	39,4%	30,6%	37,0%
	Gesamt N	1799	951	2750	3179	1187	4366
Art der Beendigung der Betreuung	reguläre Beendigung	29,5%	35,8%	31,5%	27,6%	23,0%	26,5%
	Beendigung durch Weitervermittlung in andere Einrichtung	21,3%	21,7%	21,5%	23,9%	25,2%	24,2%
	Beendigung durch Einrichtung	2,1%	1,4%	1,9%	1,8%	1,4%	1,7%
	formelle Beendigung durch Klientin/en	8,1%	8,3%	8,2%	6,9%	5,9%	6,7%
	Beendigung durch Kontaktverlust über 2 Monate	37,4%	32,5%	35,8%	32,9%	40,1%	34,6%
	Haft	0,6%	0,0%	0,4%	2,9%	2,7%	2,8%
	Abschiebung / Haftverlegung	0,6%	0,0%	0,4%	3,0%	0,5%	2,4%
	Tod	0,4%	0,3%	0,3%	1,0%	1,2%	1,1%
	Gesamt N	1682	796	2478	2335	734	3069

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Weiterbetreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	2,3%	1,5%	2,0%	2,9%	5,0%	3,4%
	Ambulante Betreuung/Beratung	5,9%	5,1%	5,6%	5,2%	5,3%	5,2%
	Ambulante Rehabilitation	3,8%	4,9%	4,1%	2,7%	3,4%	2,9%
	Ambulante medizinische Behandlung	2,6%	6,1%	3,7%	6,0%	7,6%	6,4%
	Stationäre medizinische Behandlung	2,8%	2,5%	2,7%	2,6%	2,5%	2,6%
	Stationäre Entwöhnungsbehandlung	17,4%	17,4%	17,4%	23,1%	18,3%	21,9%
	Betreutes Wohnen	3,3%	1,5%	2,7%	6,2%	2,3%	5,2%
	Entgiftung/Entzug	8,8%	5,5%	7,7%	12,8%	17,2%	13,8%
	Substitutionsbehandlung	0,0%	0,0%	0,0%	12,1%	16,1%	13,1%
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%	4,4%	4,2%
	Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung	4,7%	10,8%	6,7%	2,7%	5,3%	3,3%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,8%	0,6%	0,7%	1,6%	0,7%	1,3%
	Aufsuchende Arbeit	0,3%	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%
	Externe Haftbetreuung	0,5%	0,2%	0,4%	4,7%	2,5%	4,1%
	Selbsthilfegruppe	18,4%	24,8%	20,4%	4,5%	4,6%	4,5%
	sonstiges	7,1%	6,8%	7,0%	7,8%	10,1%	8,4%
keine Weiterbetreuung	36,1%	32,4%	34,9%	26,6%	25,0%	26,2%	
Gesamt N	1000	472	1472	1348	436	1784	
Kontaktempfehlung	Justiz/JVA	10,4%	2,1%	7,6%	20,7%	8,1%	17,4%
	Familie/Freund(in)/Partner(in)	9,1%	8,9%	9,0%	7,2%	8,5%	7,5%
	Arbeitgeber/Schule/Betrieb/ öffentliche Institutionen	13,7%	8,7%	12,0%	4,1%	3,8%	4,0%
	andere Klient(innen)	3,3%	2,5%	3,0%	12,3%	13,8%	12,7%
	medizinische Versorgung, inklusive Psychiatrie	12,8%	16,5%	14,1%	13,7%	16,9%	14,5%
	Einrichtungen der Suchthilfe	19,7%	24,5%	21,3%	13,1%	16,2%	13,9%
	Selbsthilfegruppen	2,0%	2,9%	2,3%	0,3%	0,4%	0,3%
	sonstiges	4,7%	6,7%	5,4%	2,7%	2,9%	2,7%
	keine Kontaktempfehlung/ Eigeninitiative	24,3%	27,2%	25,3%	25,9%	29,4%	26,8%
Gesamt N	2481	1247	3728	4060	1427	5487	
Auflagen für die Betreuung	keine	73,7%	87,8%	78,5%	77,7%	84,5%	79,6%
	Krankenkasse/Rentenversicherer	1,4%	1,6%	1,5%	1,4%	1,3%	1,3%
	Justiz	10,1%	0,9%	7,0%	15,8%	8,4%	13,9%
	Arbeitgeber	5,8%	4,1%	5,2%	0,9%	0,5%	0,8%
	Arbeitsamt	6,1%	2,0%	4,7%	2,3%	1,7%	2,1%
	sonstige öffentliche Einrichtungen	0,7%	2,9%	1,5%	1,4%	3,4%	1,9%
	Wohnungssicherung	0,4%	0,1%	0,3%	0,0%	0,1%	0,0%
	MPU (mediz.-psych. Untersuchung)	1,8%	0,7%	1,4%	0,5%	0,1%	0,4%
Gesamt N	2361	1221	3582	3883	1409	5292	
Bezirk des Wohnorts der betreuten Person	Hamburg-Mitte	15,7%	11,7%	14,4%	19,2%	15,7%	18,3%
	Altona	11,9%	16,5%	13,5%	11,3%	14,0%	12,0%
	Eimsbüttel	10,8%	17,7%	13,1%	8,1%	9,5%	8,4%
	Hamburg-Nord	11,9%	10,5%	11,4%	16,3%	9,4%	14,5%
	Wandsbek	17,0%	18,2%	17,4%	12,7%	14,5%	13,2%
	Bergedorf	9,9%	5,9%	8,5%	5,5%	4,7%	5,3%
	Harburg	13,3%	11,9%	12,8%	14,1%	15,0%	14,3%
	außerhalb Hamburg	6,3%	7,0%	6,5%	4,3%	8,0%	5,2%
	ohne festen Wohnsitz	3,2%	0,7%	2,4%	8,5%	9,1%	8,7%
Gesamt N	2050	1041	3091	3149	1100	4249	
weitere Hauptdrogen/Hauptprobleme der Betreuten in 2006 (Mehrfachantwort)	Alkohol				56,3%	48,7%	54,4%
	Cannabis				58,2%	47,5%	55,4%
	Kokain				58,0%	50,0%	55,9%
	Crack				40,0%	44,6%	41,2%
	Halluzinogene				11,2%	5,7%	9,7%
	Amphetamine				11,7%	8,3%	10,8%
	Sedativa	2,1%	7,9%	4,1%	32,5%	39,2%	34,3%
	Essstörung	0,8%	7,4%	3,1%	2,6%	13,6%	5,5%
	Glücksspiel	2,8%	0,5%	2,0%	4,5%	1,5%	3,7%
	Gesamt	2378	1222	3600	3570	1254	4824

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Alter zu Betreuungsbeginn		45	47	45	37	35	36
	Gesamt N	2378	1222	3600	3570	1254	4824
Alter in Kategorien	bis 18	0,9%	0,4%	0,7%	0,1%	0,5%	0,2%
	18-27	6,9%	3,2%	5,7%	11,1%	16,9%	12,6%
	28-35	9,9%	7,5%	9,1%	25,9%	27,9%	26,4%
	36-45	30,7%	32,1%	31,2%	44,2%	38,9%	42,8%
	46-60	41,0%	42,2%	41,4%	18,2%	15,0%	17,4%
	>60	10,5%	14,6%	11,9%	0,5%	0,7%	0,6%
Alter bei Erstkonsum	Nikotin	15,3	16,3	15,6	13,2	13,4	13,3
	Alkohol	15,6	16,8	16,0	14,5	14,9	14,6
	Cannabis				15,8	15,7	15,8
	Opiate				20,8	19,9	20,5
	Kokain				21,7	21,0	21,6
	Crack				28,8	27,0	28,3
	Halluzinogene				18,1	17,7	18,1
	Amphetamine				19,8	19,5	19,8
	Sedativa				22,7	21,9	22,5
Glücksspiel				18,8	21,9	19,1	
Alter bei Störungsbeginn	Nikotin	18,1	19,3	18,5	14,8	14,6	14,8
	Alkohol	29,0	33,2	30,5	19,8	21,2	20,1
	Cannabis				17,0	16,7	16,9
	Opiate				22,0	20,9	21,7
	Kokain				22,9	22,0	22,7
	Crack				28,6	26,3	27,9
	Halluzinogene				17,9	17,8	17,9
	Amphetamine				19,7	19,6	19,7
	Sedativa				23,6	23,0	23,4
	Essstörung				24,7	18,4	20,7
Glücksspiel				21,3	28,4	22,0	

		kein Konsum	einen Tag	2 bis 7 Tage	8 bis 25	(fast) täglich	Gesamt
Alkohol:	Nikotin	19,0%	3,3%	0,2%	3,0%	74,5%	1198
	Konsumhäufigkeit innerhalb der letzten 30 Tage	Alkohol	48,4%	1,9%	7,5%	20,8%	21,4%
Opiate:	Nikotin	17,4%	1,2%	0,2%	1,8%	79,5%	2335
	Alkohol	52,5%	2,3%	10,4%	15,4%	19,4%	2412
	Cannabis	59,8%	1,7%	9,0%	16,4%	13,1%	2177
	Heroin	69,5%	1,7%	8,5%	8,4%	11,8%	2687
	Methadon, Subutex	15,5%	0,2%	0,6%	1,4%	82,4%	3323
	Kokain	84,3%	2,1%	5,4%	4,7%	3,6%	2142
	Crack	69,8%	1,6%	9,3%	8,7%	10,6%	1933
	Halluzinogene	99,1%	0,2%	0,4%	0,1%	0,2%	1528
	Amphetamine	97,8%	0,5%	1,2%	0,3%	0,2%	1557
	Sedativa	73,0%	1,4%	4,0%	5,7%	15,9%	1738
	Essstörung	96,3%	0,0%	0,3%	0,5%	2,9%	1304
Glücksspiel	98,6%	0,2%	0,4%	0,6%	0,2%	1322	

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Trinkmenge Alkohol in Gramm reiner Alkohol an Tagen mit Konsum	0g	66,1%	73,9%	68,9%	64,2%	72,9%	66,6%
	bis 20g	1,0%	0,9%	1,0%	3,1%	2,4%	2,9%
	bis 40g	2,4%	2,7%	2,5%	7,4%	4,5%	6,6%
	bis 60g	1,6%	2,8%	2,0%	4,5%	2,4%	3,9%
	bis 80g	3,0%	4,9%	3,7%	4,4%	3,8%	4,2%
	bis 120g	5,9%	5,4%	5,7%	4,3%	4,7%	4,4%
	bis 200g	7,5%	5,0%	6,6%	5,7%	4,1%	5,3%
	bis 300g	5,4%	2,6%	4,4%	2,9%	2,8%	2,9%
	bis 400g	3,2%	1,4%	2,5%	1,9%	1,5%	1,8%
	bis 500g	1,5%	0,1%	1,0%	0,7%	0,4%	0,6%
	über 500g	2,4%	0,3%	1,7%	0,8%	0,4%	0,7%
Gesamt N		1360	740	2100	1361	531	1892
Substitution	Methadon / Polamidon				43,8%	52,3%	46,0%
	Buprenorphin, Subutex				16,0%	16,1%	16,0%
	Codein, DHC				0,2%	0,2%	0,2%
	Heroin				0,5%	0,2%	0,4%
	nicht substituiert				39,6%	31,2%	37,4%
	Gesamt N				3286	1158	4444
Vorangegangene Betreuungen eines Klienten in den letzten 60 Tagen vor Betreuungsbeginn der letzten dokumentierten Betreuung (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	3,3%	2,6%	3,0%	18,1%	22,8%	19,3%
	Ambulante Betreuung/Beratung	8,4%	10,1%	9,0%	11,8%	14,4%	12,5%
	Amb. Reha	1,5%	2,6%	1,9%	1,6%	2,1%	1,7%
	Amb. mediz. Behandlung	4,1%	9,4%	6,0%	11,1%	13,5%	11,7%
	Stat. mediz. Behandlung	5,2%	6,8%	5,8%	4,6%	5,7%	4,9%
	Stat. Entwöhnungsbehandlung	10,4%	13,3%	11,4%	10,7%	11,1%	10,8%
	Betreutes Wohnen	1,1%	1,0%	1,1%	5,6%	5,3%	5,5%
	Entgiftung/Entzug	21,8%	27,3%	23,7%	13,7%	17,4%	14,6%
	Substitutionsbehandlung	0,0%	0,1%	0,1%	26,4%	28,5%	27,0%
	PSB für Substituierte	0,0%	0,0%	0,0%	6,5%	8,5%	7,0%
	Psychia./psychothera. Behandlung	2,4%	8,3%	4,4%	2,1%	4,5%	2,8%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,2%	0,7%	0,4%	1,2%	1,0%	1,2%
	Aufsuchende Arbeit	0,8%	0,3%	0,6%	1,0%	2,4%	1,3%
	Externe Haftbetreuung	1,2%	0,0%	0,8%	4,2%	1,8%	3,6%
	Selbsthilfegruppe	8,9%	14,8%	10,9%	2,0%	1,0%	1,7%
sonstiges	3,6%	4,4%	3,9%	4,0%	3,4%	3,8%	
keine Betreuung	47,5%	35,3%	43,3%	34,1%	30,2%	33,1%	
Gesamt N		2028	1061	3089	3157	1164	4321
Zeitlicher Abstand zwischen Erstkontakt zur Suchthilfe und aktuellem Betreuungsbeginn	kein Kontakt	18,4%	13,8%	16,8%	4,0%	2,9%	3,7%
	Kontakt, Alter unbekannt	42,1%	45,6%	43,3%	55,6%	56,5%	55,9%
	letzten 12 Monate	7,0%	7,9%	7,3%	2,0%	2,0%	2,0%
	bis 2 Jahre	5,7%	4,9%	5,4%	2,5%	2,9%	2,6%
	bis 5 Jahre	8,7%	11,6%	9,7%	7,2%	6,0%	6,9%
	bis 10 Jahre	8,4%	7,4%	8,0%	10,2%	12,0%	10,6%
	bis 15 Jahre	4,7%	3,2%	4,2%	8,6%	9,0%	8,7%
	mehr als 15 Jahre	5,0%	5,5%	5,2%	9,9%	8,8%	9,6%
	Gesamt N		1830	975	2805	3221	1151
Zeitlicher Abstand zwischen erster Substitution und aktuellem Betreuungsbeginn	nicht substituiert gewesen				34,5%	28,7%	33,0%
	substituiert gewesen, Alter unbekannt				20,2%	22,7%	20,9%
	letzten 12 Monate				5,3%	6,1%	5,5%
	bis 2 Jahre				4,4%	5,2%	4,6%
	bis 5 Jahre				8,7%	9,0%	8,8%
	bis 10 Jahre				13,4%	13,7%	13,4%
	bis 15 Jahre				10,0%	11,2%	10,3%
	mehr als 15 Jahre				3,5%	3,5%	3,5%
	Gesamt N				2641	966	3607

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Dauer aller Substitutionsbehandlungen zu Betreuungsbeginn	nie substituiert				34,4%	28,6%	32,9%
	substituiert gewesen, Dauer unbekannt				16,0%	18,7%	16,7%
	bis 1 Jahr				15,0%	13,1%	14,5%
	bis 2 Jahre				6,6%	7,3%	6,8%
	bis 3 Jahre				3,6%	4,3%	3,8%
	bis 5 Jahre				7,2%	7,5%	7,3%
	bis 7 Jahre				4,7%	5,4%	4,9%
	bis 10 Jahre				6,5%	8,0%	6,9%
	>10 Jahre				6,0%	7,0%	6,3%
	Gesamt N				2650	968	3618
Anzahl stationäre Entzüge zu Betreuungsbeginn	keinen Entzug	43,2%	35,2%	40,5%	23,0%	18,8%	22,0%
	mind 1 Entzug	1,0%	1,4%	1,1%	1,8%	1,9%	1,8%
	1 Entzug	24,7%	31,0%	26,8%	17,1%	18,7%	17,5%
	2 Entzüge	12,1%	13,8%	12,7%	14,8%	14,0%	14,6%
	3 Entzüge	6,3%	7,1%	6,6%	10,3%	12,2%	10,8%
	bis 5 Entzüge	6,5%	6,3%	6,5%	13,4%	13,4%	13,4%
	bis 10 Entzüge	3,7%	3,4%	3,6%	12,7%	13,6%	12,9%
	> 10 Entzüge	2,5%	1,8%	2,2%	6,9%	7,5%	7,1%
	Gesamt N	1670	857	2527	3037	1033	4070
Anzahl ambulanter Entzüge zu Betreuungsbeginn	keinen Entzug	88,1%	84,4%	86,9%	69,3%	64,6%	68,1%
	mind 1 Entzug	0,4%	0,7%	0,5%	1,1%	1,4%	1,2%
	1 Entzug	5,9%	8,0%	6,6%	7,7%	9,6%	8,2%
	2 Entzüge	2,6%	3,3%	2,8%	7,1%	8,0%	7,3%
	3 Entzüge	0,9%	1,0%	0,9%	3,6%	4,6%	3,8%
	bis 5 Entzüge	0,8%	0,9%	0,8%	4,7%	5,8%	4,9%
	bis 10 Entzüge	0,9%	1,0%	0,9%	4,9%	4,1%	4,7%
	> 10 Entzüge	0,5%	0,7%	0,6%	1,7%	1,9%	1,8%
	Gesamt N	1517	762	2279	2946	1016	3962
Anzahl stationärer Rehabilitationen zu Betreuungsbeginn	keine Reha	61,6%	57,8%	60,3%	37,7%	42,9%	39,0%
	mind 1 Reha	0,8%	0,6%	0,7%	0,9%	0,8%	0,9%
	1 Reha	25,4%	31,3%	27,4%	27,6%	26,8%	27,4%
	2 Rehas	9,0%	7,1%	8,4%	17,8%	17,0%	17,6%
	3 Rehas	2,0%	1,8%	1,9%	8,6%	7,8%	8,4%
	bis 5 Rehas	1,1%	1,4%	1,2%	5,8%	3,4%	5,2%
	bis 10 Rehas	0,1%	0,1%	0,1%	1,3%	1,0%	1,2%
	> 10 Rehas	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,3%
	Gesamt N	1674	850	2524	3095	1046	4141
Anzahl ambulanter Rehabilitationen zu Betreuungsbeginn	keine Reha	87,3%	80,7%	85,1%	69,8%	67,7%	69,3%
	mind 1 Reha	0,7%	0,7%	0,7%	2,5%	2,5%	2,5%
	1 Reha	10,6%	16,7%	12,7%	19,3%	18,1%	19,0%
	2 Rehas	1,1%	1,6%	1,2%	6,5%	9,4%	7,2%
	3 Rehas	0,1%	0,1%	0,1%	1,5%	1,6%	1,5%
	bis 5 Rehas	0,1%	0,0%	0,1%	0,3%	0,7%	0,4%
	bis 10 Rehas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	> 10 Rehas	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
	Gesamt N	1607	809	2416	2996	1018	4014
Dauer aller Teilnahmen an Selbsthilfegruppen zu Betreuungsbeginn	nie Selbsthilfe	72,5%	65,3%	70,2%	90,2%	91,8%	90,7%
	bis 1 Jahr	18,9%	23,4%	20,4%	7,8%	6,5%	7,4%
	bis 2 Jahre	3,2%	4,8%	3,7%	0,9%	0,6%	0,9%
	bis 3 Jahre	1,9%	3,2%	2,3%	0,5%	0,5%	0,5%
	bis 5 Jahre	1,7%	1,7%	1,7%	0,2%	0,4%	0,2%
	bis 7 Jahre	0,5%	0,3%	0,4%	0,2%	0,1%	0,2%
	bis 10 Jahre	0,8%	0,5%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%
	>10 Jahre	0,5%	0,8%	0,6%	0,1%	0,0%	0,1%
	Gesamt N	1273	602	1875	2225	784	3009

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Anzahl an Krankenhaustagen im letzten Jahr vor dieser Betreuung	keinen KKH-Tage	62,9%	56,1%	60,4%	76,1%	68,1%	74,0%
	bis 5 Tage	5,3%	9,6%	6,8%	4,5%	6,6%	5,1%
	bis 10 Tage	7,0%	7,3%	7,1%	4,4%	6,3%	4,9%
	bis 20 Tage	9,3%	7,7%	8,7%	6,2%	5,7%	6,1%
	bis 30 Tage	10,2%	12,7%	11,1%	4,6%	6,7%	5,1%
	bis 2 Monate	2,6%	4,0%	3,1%	2,0%	4,0%	2,6%
	bis 6 Monate	1,2%	1,7%	1,4%	1,4%	1,5%	1,4%
	>6 Monate	1,6%	1,0%	1,4%	0,8%	1,1%	0,9%
	Gesamt N	1275	717	1992	2357	847	3204
Ambulante medizinische Versorgung im letzten Jahr vor dieser Betreuung		66,6%	76,0%	70,0%	70,9%	77,8%	72,7%
	Gesamt N	1362	763	2125	2472	915	3387
Familienstand	ledig	45,0%	34,3%	41,3%	71,9%	59,5%	68,7%
	verheiratet	25,6%	29,0%	26,8%	10,6%	13,0%	11,2%
	geschieden	21,4%	25,9%	22,9%	12,2%	17,8%	13,7%
	verwitwet	2,1%	5,1%	3,1%	0,6%	1,7%	0,9%
	eheähnliche Gemeinschaft	2,6%	2,1%	2,4%	3,0%	5,2%	3,5%
	dauerhaft getrennt lebend	3,3%	3,7%	3,4%	1,7%	2,8%	2,0%
	Gesamt N	2141	1117	3258	3405	1199	4604
Partnerbeziehung	alleinstehend	52,0%	46,6%	50,2%	63,4%	48,2%	59,3%
	feste Beziehung, getrennt lebend	14,7%	15,1%	14,8%	13,3%	17,6%	14,5%
	feste Beziehung, zusammen lebend	33,3%	38,3%	35,0%	23,3%	34,2%	26,2%
	Gesamt N	2056	1098	3154	3316	1198	4514
Partner mit Suchtproblemen		5,9%	18,9%	10,4%	14,0%	37,2%	20,2%
	keinen Partner	57,7%	52,2%	55,8%	66,5%	50,1%	62,1%
	Gesamt N	1885	998	2883	3256	1177	4433
Lebenssituation (ohne Inhaftierte)	alleinlebend	53,9%	44,6%	50,6%	56,1%	39,8%	51,5%
	mit den Eltern	4,9%	1,9%	3,8%	7,4%	4,1%	6,5%
	alleine mit Kind(ern)	1,1%	12,2%	5,1%	1,3%	13,6%	4,8%
	mit Partner(in) allein	21,3%	25,7%	22,9%	13,8%	23,9%	16,7%
	mit Partner(in) und Kind(ern)	13,2%	12,3%	12,9%	10,5%	10,7%	10,6%
	mit Freund(innen)	1,0%	0,7%	0,9%	3,6%	2,2%	3,2%
	anderes	4,6%	2,7%	3,9%	7,3%	5,7%	6,9%
	Gesamt N	1976	1111	3087	2811	1103	3914
Aufenthaltort des Klienten	in eigener Wohnung	76,8%	90,0%	81,3%	56,3%	67,5%	59,2%
	vorübergehend bei Freund(innen)	1,7%	0,7%	1,4%	3,1%	2,9%	3,0%
	bei Partner(in)	1,6%	1,9%	1,7%	3,2%	4,7%	3,6%
	bei Angehörigen	4,7%	2,0%	3,8%	7,2%	4,4%	6,5%
	betreutes Wohnen (Suchthilfeeinrichtung, Nachsorge)	1,8%	0,5%	1,4%	4,6%	3,3%	4,2%
	Frauenhaus	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,1%
	Klinik/Krankenhaus	2,5%	2,6%	2,5%	1,2%	1,3%	1,2%
	JVA/Haftanstalt	6,9%	1,1%	4,9%	17,7%	9,5%	15,5%
	Hotel/ Pension/Unterkunft	2,3%	1,0%	1,8%	4,0%	2,4%	3,6%
	auf der Straße/auf Trebe	1,7%	0,4%	1,2%	2,7%	3,7%	3,0%
Gesamt N	2171	1125	3296	3437	1226	4663	
Eigener Wohnraum der Klienten (ohne Inhaftierte)		90,2%	96,4%	92,4%	76,5%	80,9%	77,7%
	Gesamt N	2002	1100	3102	2795	1102	3897
Anzahl Kinder	keine Kinder	46,7%	34,9%	42,5%	52,3%	41,9%	49,6%
	ein Kind	23,3%	27,7%	24,8%	25,4%	28,6%	26,2%
	2 Kinder	20,2%	24,9%	21,9%	15,2%	19,4%	16,3%
	3 Kinder	6,1%	8,4%	6,9%	4,5%	5,8%	4,9%
	4 Kinder	2,0%	2,9%	2,3%	1,5%	2,8%	1,9%
	5 Kinder	1,0%	0,7%	0,9%	0,6%	0,9%	0,7%
	>5 Kinder	0,6%	0,5%	0,6%	0,4%	0,5%	0,4%
	Gesamt N	2019	1101	3120	3341	1185	4526

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Anzahl minderjähriger Kinder	keine mind. Kinder	74,4%	70,2%	72,9%	69,3%	54,9%	65,5%
	ein Kind	14,7%	18,2%	16,0%	19,4%	26,7%	21,3%
	2 Kinder	8,0%	8,4%	8,1%	8,3%	13,4%	9,7%
	3 Kinder	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	3,6%	2,4%
	4 Kinder	0,5%	0,7%	0,6%	0,5%	0,8%	0,6%
	5 Kinder	0,3%	0,4%	0,3%	0,2%	0,5%	0,3%
	>5 Kinder	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%
	Gesamt N	1971	1076	3047	3241	1153	4394
Aufenthaltort der minderjährigen Kinder	keine minderjährigen Kinder	75,0%	74,6%	74,9%	70,2%	55,9%	66,4%
	im Haushalt der/des Klient	9,6%	17,8%	12,4%	7,9%	22,2%	11,6%
	bei anderem Elternteil	13,5%	3,5%	10,0%	17,6%	4,1%	14,0%
	bei Großeltern	0,1%	0,1%	0,1%	1,1%	4,4%	1,9%
	in Pflegefamilie	0,4%	1,6%	0,8%	1,6%	9,6%	3,7%
	in öffentl. Erziehungseinrichtung	0,3%	1,5%	0,7%	0,5%	2,0%	0,9%
	im eigenen Haushalt	0,8%	0,5%	0,7%	0,6%	0,4%	0,5%
	sonstiges	0,4%	0,5%	0,4%	0,6%	1,4%	0,8%
Gesamt N	1954	1012	2966	3200	1133	4333	
Höchster Schulabschluss	z.Zt. Schüler	0,6%	0,3%	0,5%	0,1%	0,4%	0,2%
	ohne Abschluss	6,8%	5,1%	6,2%	9,7%	11,5%	10,2%
	Sonderschulabschluss	3,4%	1,3%	2,7%	2,3%	2,6%	2,4%
	Hauptschulabschluss	45,2%	30,8%	40,1%	47,7%	39,8%	45,7%
	Mittlere Reife	26,1%	38,0%	30,2%	26,5%	29,7%	27,3%
	Fachhochschulreife oder höherwertiger Abschluss	18,0%	24,6%	20,3%	13,7%	16,0%	14,3%
	Gesamt N	1816	969	2785	3287	1135	4422
Berufsausbildung	z.Zt. Schüler/Auszubildender	2,7%	1,8%	2,4%	1,4%	2,5%	1,7%
	keine Ausbildung	17,3%	17,3%	17,3%	34,5%	47,5%	37,9%
	Ausbildung abgeschlossen	80,1%	80,8%	80,3%	64,1%	50,0%	60,5%
	Gesamt N	2023	1039	3062	3325	1157	4482
Arbeits- und Ausbildungssituation (ohne Inhaftierte)	Vollzeit	33,6%	27,7%	31,5%	13,0%	8,4%	11,7%
	Teilzeit (regelmäßig)	2,4%	9,5%	4,9%	3,8%	4,9%	4,1%
	Gelegenheitsarbeit	1,2%	1,3%	1,2%	2,7%	1,8%	2,4%
	Schüler(in), Student(in), Auszubildende(r)	3,6%	2,3%	3,1%	2,4%	4,0%	2,9%
	Bundeswehr, Zivildienst	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Rentner(in)	10,3%	15,9%	12,2%	2,0%	3,6%	2,5%
	erwerbslos/arbeitslos	45,2%	35,0%	41,6%	70,1%	67,2%	69,3%
	in Einrichtung	3,6%	3,4%	3,5%	5,8%	6,7%	6,1%
	Hausfrau/-mann	0,1%	5,0%	1,9%	0,1%	3,4%	1,0%
	Gesamt N	2044	1109	3153	2826	1107	3933
Haupteinkommen (ohne Inhaftierte)	Einkommen aus Erwerbstätigkeit	29,1%	31,0%	29,8%	12,7%	10,3%	12,1%
	Krankengeld	2,1%	2,9%	2,4%	0,8%	1,4%	0,9%
	Arbeitslosengeld I	5,3%	3,6%	4,7%	3,0%	1,6%	2,6%
	Arbeitslosengeld II	37,9%	26,7%	34,0%	64,9%	65,6%	65,1%
	Ausbildungsvergütung/ Umschulungsgeld/BAföG	1,6%	0,9%	1,4%	1,6%	1,9%	1,7%
	Sozialhilfe (inkl. Wohngeld)	2,0%	1,9%	2,0%	6,2%	6,4%	6,3%
	Rente	10,8%	16,8%	12,9%	2,4%	4,0%	2,9%
	Unterstützung durch Eltern/Verwandte	1,1%	0,4%	0,8%	0,8%	1,2%	0,9%
	Unterstützung durch Partner(in)	0,2%	2,6%	1,0%	0,4%	0,8%	0,5%
	Familieneinkommen (Hausfrau/-mann)	0,5%	6,8%	2,7%	0,1%	1,5%	0,5%
	Versorgung in einer Institution	0,9%	0,5%	0,7%	3,1%	1,9%	2,8%
	Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit	6,4%	3,9%	5,5%	1,6%	0,5%	1,3%
	keine Einkommen/mittellos	0,3%	0,3%	0,3%	0,9%	0,9%	0,9%
	sonstiges	1,7%	1,8%	1,7%	1,5%	1,8%	1,6%
Gesamt N	2009	1095	3104	2804	1102	3906	
Einkommen durch Prostitution (ohne Inhaftierte)		0,4%	1,2%	0,7%	0,8%	17,8%	5,7%
	Gesamt N	1356	744	2100	2065	833	2898
Illegale Einkünfte (ohne Inhaftierte)		1,9%	0,9%	1,5%	14,0%	18,0%	15,2%
	Gesamt N	1131	694	1825	1790	768	2558

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Schulden	keine	41,5%	58,6%	47,6%	19,7%	23,6%	20,7%
	bis 5.000 Euro	21,1%	19,9%	20,6%	33,5%	36,0%	34,2%
	über 5.000 bis 25.000 Euro	14,2%	6,9%	11,6%	22,5%	17,8%	21,3%
	über 25.000 bis 50.000 Euro	3,1%	2,3%	2,8%	5,6%	3,3%	5,0%
	über 50.000 Euro	3,7%	2,0%	3,1%	2,8%	1,2%	2,4%
	Schulden, Höhe der/dem Kl. unklar	16,4%	10,3%	14,2%	15,8%	18,0%	16,4%
	Gesamt N	1433	795	2228	3019	1055	4074
Probleme mit der Justiz (Mehrfachantworten)	keine	67,2%	93,1%	76,7%	43,6%	60,4%	48,0%
	BtMG § 35: Therapie statt Strafe	0,3%	0,1%	0,2%	3,9%	1,4%	3,2%
	BtMG § 37: Zurückstellung der Hauptverhandlung	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%
	einfache Bewährung	1,6%	0,4%	1,2%	9,2%	7,9%	8,8%
	Bewährung mit Weisung bzw. Auflage	7,0%	0,5%	4,7%	10,3%	6,2%	9,2%
	laufendes bzw. offenes Gerichtsverfahren	3,0%	0,8%	2,2%	10,4%	10,0%	10,3%
	in U-Haft	11,2%	1,5%	7,6%	24,5%	13,4%	21,6%
	in Strafhaft	11,7%	1,5%	8,0%	24,5%	13,7%	21,7%
	sonstiges (z.B. Führungsaufsicht /§63/§64 StGB)	2,0%	0,5%	1,4%	3,5%	3,7%	3,5%
	Führerscheinentzug	10,1%	3,3%	7,6%	3,9%	0,9%	3,1%
	Gesamt N	1380	792	2172	2566	902	3468
Verurteilungen (lifetime) (Mehrfachantworten)	BTM-Delikte (Handel, Besitz)	2,8%	1,3%	2,2%	67,8%	52,1%	63,7%
	Körperverletzungen	14,4%	1,5%	9,8%	28,6%	10,4%	23,8%
	andere Delikte/Delikt unbekannt	17,4%	2,9%	12,2%	43,4%	28,6%	39,6%
	Alkohol-oder Drogeneinfluss am Steuer	12,5%	4,2%	9,5%	9,8%	3,0%	8,0%
	Beschaffungskriminalität	3,4%	0,8%	2,5%	54,1%	38,9%	50,1%
	keine	64,9%	91,1%	74,3%	17,2%	33,7%	21,5%
		Gesamt N	1519	853	2372	3160	1117
Dauer der Strafhaft	keine Haft	63,5%	84,3%	71,0%	23,7%	48,5%	30,1%
	Haft, Dauer unbekannt	15,4%	11,3%	13,9%	7,9%	10,3%	8,5%
	bis 3 Monate	5,2%	2,9%	4,4%	5,4%	8,9%	6,3%
	bis 6 Monate	1,3%	0,4%	1,0%	5,0%	5,6%	5,2%
	bis 12 Monate	1,9%	0,5%	1,4%	7,8%	8,1%	7,8%
	bis 2 Jahre	2,0%	0,2%	1,4%	11,3%	10,0%	11,0%
	bis 3 Jahre	3,0%	0,2%	2,0%	7,9%	3,4%	6,7%
	bis 5 Jahre	4,4%	0,1%	2,9%	10,1%	3,0%	8,2%
	bis 10 Jahre	2,1%	0,1%	1,4%	13,6%	1,6%	10,5%
	>10 Jahre	1,2%	0,0%	0,8%	7,3%	0,5%	5,6%
	Gesamt N	1677	940	2617	3152	1092	4244
Nationalität	deutsch	93,6%	96,1%	94,5%	85,9%	92,0%	87,5%
	EU - Europäische Union	2,6%	2,5%	2,5%	3,1%	3,5%	3,2%
	andere Staatsangehörigkeit	3,8%	1,4%	2,9%	11,0%	4,5%	9,3%
		Gesamt N	1984	1129	3113	3463	1230
Migrationshintergrund	kein Migrationshintergrund	83,1%	92,7%	86,4%	76,9%	86,7%	79,5%
	selbst migriert	13,4%	6,2%	11,0%	16,8%	7,7%	14,4%
	als Kind von Migranten geboren	3,4%	1,1%	2,6%	6,3%	5,6%	6,1%
		Gesamt N	2075	1062	3137	3322	1170
Vater mit Suchtproblemen		44,8%	47,0%	45,6%	39,3%	46,2%	41,1%
		Gesamt N	1368	744	2112	2844	987
Mutter mit Suchtproblemen		16,9%	26,2%	20,2%	19,8%	32,3%	23,1%
		Gesamt N	1345	738	2083	2857	997
Heim, öffentliche Erziehung in der Kindheit		16,2%	12,1%	14,7%	26,2%	29,9%	27,2%
		Gesamt N	1588	846	2434	3140	1088
Körperliche Gewalterfahrung im Leben		47,2%	50,1%	48,2%	64,7%	75,0%	67,5%
		Gesamt N	1317	754	2071	2859	1066
Sexuelle Gewalterfahrung im Leben		5,7%	35,1%	16,1%	10,0%	63,7%	24,9%
		Gesamt N	1185	649	1834	2617	1005
Gewaltausübung im Leben		39,0%	13,4%	30,5%	55,9%	39,2%	51,6%
		Gesamt N	1340	665	2005	2811	969

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Gesundheitliche-körperliche Beeinträchtigung	gar nicht	18,5%	13,0%	16,6%	20,7%	13,6%	18,8%
	wenig	29,3%	31,6%	30,1%	31,6%	26,9%	30,4%
	mittel	32,2%	32,3%	32,3%	28,3%	31,5%	29,2%
	erheblich	17,0%	19,4%	17,8%	15,3%	22,6%	17,2%
	extrem	2,9%	3,6%	3,2%	4,1%	5,4%	4,4%
	Gesamt N	1847	974	2821	3139	1138	4277
Grad der Behinderung	Keine Behinderung	87,2%	90,5%	88,3%	86,6%	86,2%	86,5%
	Behindert, aber nicht beantragt	5,1%	3,1%	4,4%	6,7%	7,6%	6,9%
	20%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%
	30%	0,9%	0,8%	0,8%	0,2%	0,1%	0,2%
	40%	0,9%	0,9%	0,9%	0,3%	0,5%	0,3%
	50%	1,6%	1,7%	1,6%	1,2%	1,5%	1,3%
	60%	0,9%	0,9%	0,9%	1,1%	1,2%	1,2%
	70%	0,9%	1,0%	0,9%	1,3%	0,5%	1,1%
	80%	1,1%	0,5%	0,9%	1,0%	0,9%	1,0%
	90%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,3%	0,2%
	100%	1,1%	0,5%	0,9%	1,2%	0,9%	1,1%
Gesamt N	1487	779	2266	2643	984	3627	
HIV Infektion		0,7%	0,1%	0,5%	5,6%	8,1%	6,3%
	kein Test bisher	11,4%	10,0%	10,9%	3,5%	3,3%	3,5%
	Gesamt N	1337	691	2028	2838	1029	3867
Hepatitis C Infektion		2,0%	1,0%	1,7%	53,0%	52,3%	52,8%
	kein Test bisher	9,0%	8,9%	9,0%	2,6%	3,9%	2,9%
	Gesamt N	1353	704	2057	2894	1042	3936
Schädigungen des Nervensystems		19,7%	14,7%	18,0%	9,9%	11,1%	10,2%
	Gesamt N	1451	774	2225	2794	1001	3795
Leberschäden		39,7%	27,4%	35,5%	28,1%	25,5%	27,4%
	Gesamt N	1479	777	2256	2791	984	3775
Epileptische Anfälle		11,0%	5,2%	9,0%	7,6%	8,8%	7,9%
	Gesamt N	1397	757	2154	2327	886	3213
Atemwegserkrankungen		16,6%	15,4%	16,2%	14,9%	24,6%	17,6%
	Gesamt N	1365	732	2097	2310	881	3191
Herz- Kreislaufbeschwerden		32,5%	24,4%	29,7%	13,1%	19,4%	14,8%
	Gesamt N	1478	792	2270	2740	1007	3747
Delir		9,5%	5,8%	8,3%	3,3%	2,9%	3,2%
	Gesamt N	1509	806	2315	2776	1015	3791
Schlafstörungen		53,1%	53,8%	53,3%	47,3%	57,5%	50,1%
	Gesamt N	1512	820	2332	2816	1040	3856
Sonstige schwere Erkrankungen		29,3%	34,9%	31,2%	23,7%	29,8%	25,3%
	Gesamt N	1492	797	2289	2790	1014	3804
Zahnstatus	normal / saniert	64,7%	83,7%	71,4%	55,7%	62,8%	57,6%
	behandlungsbedürftig	27,1%	13,9%	22,4%	36,5%	29,5%	34,6%
	ruinös	8,2%	2,4%	6,1%	7,8%	7,7%	7,7%
	Gesamt N	1562	848	2410	2628	986	3614
Psychische / seelische Belastung	gar nicht	5,5%	2,3%	4,4%	7,6%	4,2%	6,7%
	wenig	25,5%	22,0%	24,3%	23,8%	19,5%	22,6%
	mittel	39,2%	36,0%	38,1%	38,2%	34,2%	37,1%
	erheblich	26,1%	32,9%	28,5%	25,3%	33,2%	27,4%
	extrem	3,7%	6,9%	4,8%	5,1%	9,0%	6,1%
	Gesamt N	1886	1006	2892	3129	1150	4279
Ängste/Phobien	gar nicht	26,3%	16,7%	22,9%	30,4%	17,5%	26,8%
	wenig	35,2%	31,9%	34,0%	33,8%	28,7%	32,4%
	mittel	27,2%	31,4%	28,7%	22,7%	32,0%	25,3%
	erheblich	9,9%	17,6%	12,6%	10,8%	19,0%	13,1%
	extrem	1,4%	2,4%	1,8%	2,2%	2,8%	2,4%
	Gesamt N	1680	916	2596	2655	1023	3678

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Körperlich-motorische Nervosität/Unruhe	gar nicht	22,8%	20,8%	22,1%	28,6%	22,1%	26,9%
	wenig	38,9%	39,4%	39,1%	33,0%	33,5%	33,1%
	mittel	30,3%	27,9%	29,4%	25,4%	26,9%	25,8%
	erheblich	7,4%	10,7%	8,6%	11,5%	15,8%	12,7%
	extrem	0,5%	1,2%	0,7%	1,4%	1,7%	1,5%
	Gesamt N	1747	946	2693	2744	1034	3778
Innere Nervosität/Unruhe	gar nicht	12,2%	7,2%	10,5%	18,5%	12,4%	16,8%
	wenig	32,6%	35,0%	33,4%	28,9%	25,0%	27,8%
	mittel	39,7%	36,1%	38,5%	32,9%	33,4%	33,1%
	erheblich	14,0%	19,9%	16,0%	17,5%	25,7%	19,8%
	extrem	1,4%	1,8%	1,6%	2,2%	3,5%	2,6%
	Gesamt N	1726	941	2667	2731	1041	3772
Überhöhte Selbsteinschätzung	gar nicht	27,2%	36,0%	30,3%	38,4%	48,8%	41,3%
	wenig	28,9%	31,1%	29,7%	27,8%	24,1%	26,8%
	mittel	28,9%	22,1%	26,5%	21,5%	16,3%	20,1%
	erheblich	13,2%	9,1%	11,8%	10,7%	9,2%	10,3%
	extrem	1,7%	1,6%	1,7%	1,6%	1,5%	1,6%
	Gesamt N	1738	935	2673	2713	1028	3741
Depressive Stimmung	gar nicht	16,1%	11,0%	14,3%	17,2%	12,4%	15,9%
	wenig	35,6%	28,7%	33,2%	30,1%	27,1%	29,2%
	mittel	30,4%	35,3%	32,1%	33,8%	34,5%	34,0%
	erheblich	15,5%	21,5%	17,6%	16,4%	23,2%	18,3%
	extrem	2,4%	3,5%	2,8%	2,5%	2,8%	2,6%
	Gesamt N	1737	938	2675	2737	1038	3775
Paranoide Inhalte, Halluzinationen	gar nicht	83,5%	84,3%	83,8%	80,1%	76,7%	79,1%
	wenig	12,7%	10,9%	12,1%	12,4%	16,0%	13,4%
	mittel	2,5%	2,9%	2,7%	4,5%	4,9%	4,6%
	erheblich	1,0%	1,5%	1,2%	2,5%	2,0%	2,4%
	extrem	0,3%	0,3%	0,3%	0,5%	0,4%	0,5%
	Gesamt N	1658	886	2544	2573	971	3544
Aggressionen	gar nicht	33,6%	43,5%	37,1%	36,2%	35,7%	36,0%
	wenig	40,2%	35,1%	38,4%	33,7%	37,5%	34,8%
	mittel	19,4%	15,9%	18,1%	21,3%	20,0%	20,9%
	erheblich	6,1%	5,1%	5,7%	7,6%	5,9%	7,2%
	extrem	0,7%	0,4%	0,6%	1,2%	0,9%	1,1%
	Gesamt N	1668	908	2576	2660	1003	3663
Sonstige schwere psychische Probleme		21,1%	28,9%	23,9%	26,2%	36,1%	29,0%
	Gesamt N	1447	803	2250	2392	937	3329
Anzahl Suizidversuche (lifetime)	keine	82,4%	64,3%	76,0%	76,2%	62,8%	72,6%
	1 Suizidversuch	13,4%	26,7%	18,1%	13,4%	20,0%	15,2%
	2 Suizidversuche	2,1%	5,0%	3,1%	5,3%	7,9%	6,0%
	3 Suizidversuche	1,1%	2,5%	1,6%	2,6%	4,4%	3,1%
	bis 5 Suizidversuche	0,8%	1,0%	0,9%	1,4%	2,8%	1,8%
	bis 10 Suizidversuche	0,2%	0,4%	0,3%	0,8%	1,8%	1,1%
	> 10 Suizidversuche	0,0%	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%	0,3%
	Gesamt N	1256	686	1942	2172	823	2995

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in Tagen nach Einrichtungsart	illegale Drogen	109,7	197,8	120,3	125,9	139,2	128,3
	legale Drogen	110,1	109,1	109,8	68,9	89,4	71,3
	suchtmittel-übergreifend	113,1	122,3	114,3	89,9	84,8	88,9
	Betreuung Substituierter	108,0	98,9	106,1	69,3	47	63,5
	Gesamt	111,3	141,3	115,6	92,9	92,3	92,8
	Gesamt N	623	103	726	861	197	1058

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Kostenträger der Betreuung (Mehrfachantwort)	pauschal/institutionell finanziert	95,4%	93,8%	95,2%	97,2%	94,3%	96,6%
	Selbstzahler	1,2%	3,1%	1,5%	1,0%	1,1%	1,0%
	Rentenversicherung	6,1%	10,0%	6,7%	3,4%	6,5%	4,0%
	Krankenversicherung	1,3%	1,3%	1,3%	1,4%	2,3%	1,6%
	Sozialhilfe/Jugendhilfe	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	sonstige	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
	Gesamt N	835	160	995	1.106	263	1.369
Betreuungsart in der eigenen Einrichtung (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	4,5%	1,2%	4,0%	5,1%	2,6%	4,6%
	Ambulante Betreuung/Beratung	75,9%	90,1%	78,2%	90,0%	93,3%	90,7%
	Ambulante Rehabilitation	5,8%	11,8%	6,8%	3,8%	7,8%	4,6%
	Ambulante medizinische Behandlung	0,8%	0,0%	0,7%	0,7%	0,4%	0,7%
	Entgiftung/Entzug	2,3%	1,2%	2,1%	2,1%	3,0%	2,2%
	Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung	0,4%	0,0%	0,3%	0,1%	0,4%	0,1%
	Aufsuchende Arbeit	2,9%	0,6%	2,5%	2,5%	0,4%	2,1%
	Externe Haftbetreuung	21,3%	2,5%	18,2%	7,2%	0,7%	5,9%
	sonstiges	3,2%	5,6%	3,6%	6,1%	6,7%	6,2%
	Gesamt N	842	161	1.003	1.114	268	1.382
Ergänzende Betreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	1,1%	2,4%	1,3%	1,2%	2,1%	1,4%
	Ambulante Betreuung/Beratung	5,0%	11,2%	6,1%	5,6%	3,7%	5,2%
	Ambulante Rehabilitation	0,9%	5,6%	1,7%	0,1%	2,7%	0,7%
	Ambulante medizinische Behandlung	4,3%	6,4%	4,6%	3,2%	5,9%	3,7%
	Stationäre medizinische Behandlung	2,0%	4,0%	2,3%	1,4%	2,1%	1,5%
	Stationäre Entwöhnungsbehandlung	5,3%	6,4%	5,5%	3,4%	5,3%	3,8%
	Betreutes Wohnen	2,5%	3,2%	2,6%	1,5%	3,2%	1,9%
	Entgiftung/Entzug	12,1%	15,2%	12,6%	6,4%	11,7%	7,5%
	Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung	3,7%	8,8%	4,6%	4,9%	9,6%	5,9%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	1,8%	4,0%	2,2%	1,6%	1,6%	1,6%
	Aufsuchende Arbeit	0,0%	1,6%	0,3%	0,0%	1,1%	0,2%
	Externe Haftbetreuung	1,6%	0,0%	1,3%	0,4%	0,0%	0,3%
	Selbsthilfegruppe	6,0%	13,6%	7,4%	7,7%	9,6%	8,1%
	sonstiges	4,1%	6,4%	4,5%	4,5%	5,9%	4,8%
keine ergänzende Betreuung	64,4%	48,8%	61,5%	68,4%	60,1%	66,7%	
Gesamt N	564	125	689	730	188	918	
Art der Beendigung der Betreuung	reguläre Beendigung	27,0%	29,3%	27,3%	43,9%	38,8%	42,9%
	Beendigung durch Weitervermittlung in andere Einrichtung	22,7%	25,3%	23,1%	13,6%	14,4%	13,7%
	Beendigung durch Einrichtung	0,9%	3,0%	1,2%	0,9%	0,5%	0,8%
	formelle Beendigung durch Klientin/en	8,3%	7,1%	8,1%	7,0%	9,0%	7,4%
	Beendigung durch Kontaktverlust über 2 Monate	34,6%	35,4%	34,7%	32,6%	37,2%	33,5%
	Haft	2,0%	0,0%	1,7%	0,9%	0,0%	0,7%
	Abschiebung / Haftverlegung	4,4%	0,0%	3,8%	1,0%	0,0%	0,8%
	Tod	0,2%	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%
Gesamt N	564	99	663	809	188	997	

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Weiterbetreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	0,7%	0,0%	0,6%	1,4%	0,0%	1,1%
	Ambulante Betreuung/Beratung	7,2%	9,3%	7,5%	7,7%	2,9%	6,8%
	Ambulante Rehabilitation	5,8%	11,1%	6,7%	2,5%	4,9%	2,9%
	Ambulante medizinische Behandlung	2,1%	3,7%	2,3%	1,8%	0,0%	1,5%
	Stationäre medizinische Behandlung	1,0%	3,7%	1,4%	1,4%	5,8%	2,2%
	Stationäre Entwöhnungsbehandlung	19,2%	14,8%	18,6%	8,4%	7,8%	8,2%
	Betreutes Wohnen	3,1%	1,9%	2,9%	2,3%	1,9%	2,2%
	Entgiftung/Entzug	8,6%	11,1%	9,0%	6,3%	8,7%	6,8%
	Psychiatrische/ psychotherapeutische Behandlung	4,8%	16,7%	6,7%	5,4%	10,7%	6,4%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	1,4%	1,9%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%
	Externe Haftbetreuung	3,4%	0,0%	2,9%	0,2%	0,0%	0,2%
	Selbsthilfegruppe	8,9%	13,0%	9,6%	7,0%	13,6%	8,2%
	sonstiges	3,1%	9,3%	4,1%	4,3%	6,8%	4,8%
	keine Weiterbetreuung	40,5%	25,9%	38,3%	59,8%	49,5%	57,9%
Gesamt N	291	54	345	443	103	546	
Kontaktempfehlung	Justiz/JVA	28,0%	0,7%	23,4%	18,3%	2,4%	15,2%
	Familie/Freund(in)/Partner(in)	12,7%	16,4%	13,3%	13,3%	17,1%	14,0%
	Arbeitgeber/Schule/Betrieb/ öffentliche Institutionen	6,5%	5,3%	6,3%	16,4%	14,7%	16,1%
	andere Klient(inn)en	2,5%	3,3%	2,6%	2,5%	4,9%	2,9%
	medizinische Versorgung, inklusive Psychiatrie	5,9%	12,5%	7,0%	6,3%	10,6%	7,1%
	Einrichtungen der Suchthilfe	17,2%	25,7%	18,6%	11,5%	14,3%	12,1%
	Selbsthilfegruppen	0,5%	1,3%	0,7%	0,6%	1,2%	0,7%
	sonstiges	6,5%	8,6%	6,8%	15,3%	12,2%	14,7%
	keine Kontaktempfehlung/ Eigeninitiative	20,3%	26,3%	21,3%	15,8%	22,4%	17,1%
Gesamt N	758	152	910	1.016	245	1.261	
Auflagen für die Betreuung	keine	66,4%	88,9%	70,3%	67,0%	84,8%	70,6%
	Krankenkasse/Rentenversicherer	0,8%	1,3%	0,9%	0,3%	0,8%	0,4%
	Justiz	24,0%	2,6%	20,3%	15,6%	2,1%	12,9%
	Arbeitgeber	2,3%	2,0%	2,3%	1,8%	1,6%	1,7%
	Arbeitsamt	3,0%	0,7%	2,6%	5,1%	3,3%	4,8%
	sonstige öffentliche Einrichtungen	0,8%	2,6%	1,1%	1,3%	4,5%	2,0%
	Wohnungssicherung	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,1%
	MPU (mediz.-psych. Untersuchung)	2,6%	2,0%	2,5%	8,9%	2,5%	7,6%
Gesamt N	730	153	883	971	243	1.214	
Bezirk des Wohnorts der betreuten Person	Hamburg-Mitte	17,7%	13,2%	17,0%	12,2%	13,6%	12,4%
	Altona	10,6%	16,7%	11,6%	13,9%	16,1%	14,3%
	Eimsbüttel	10,1%	16,7%	11,1%	12,5%	16,1%	13,2%
	Hamburg-Nord	20,1%	17,5%	19,7%	15,6%	12,6%	15,0%
	Wandsbek	16,6%	14,0%	16,1%	20,6%	16,1%	19,8%
	Bergedorf	6,5%	7,0%	6,6%	6,9%	5,0%	6,6%
	Harburg	9,9%	7,0%	9,4%	12,9%	15,1%	13,3%
	außerhalb Hamburg	5,1%	7,0%	5,4%	3,7%	4,5%	3,9%
	ohne festen Wohnsitz	3,4%	0,9%	3,0%	1,6%	1,0%	1,5%
Gesamt N	586	114	700	854	199	1.053	
weitere Hauptdrogen/Hauptprobleme der Betreuten in 2006 (Mehrfachantwort)	Alkohol	61,1%	61,2%	61,1%	44,3%	37,7%	43,1%
	Cannabis	62,7%	51,1%	60,8%			
	Halluzinogene	8,7%	8,6%	8,7%			
	Amphetamine	21,9%	23,7%	22,2%			
	Sedativa	3,3%	10,1%	4,4%	2,2%	3,8%	2,5%
	Essstörung	1,1%	8,6%	2,4%	1,0%	10,0%	2,7%
	Glücksspiel	4,9%	0,7%	4,2%	2,9%	0,4%	2,4%
Gesamt N	700	139	839	1.013	239	1.252	
Alter zu Betreuungsbeginn		31	32	31	27	27	27
	Gesamt N	700	139	839	1.013	239	1.252

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Alter in Kategorien	bis 18	0,6%	2,2%	0,9%	13,9%	11,5%	13,5%
	18-27	37,2%	32,6%	36,5%	47,5%	50,2%	48,0%
	28-35	32,3%	25,9%	31,2%	18,1%	14,9%	17,5%
	36-45	23,3%	32,6%	24,8%	14,4%	13,6%	14,3%
	46-60	6,3%	5,9%	6,2%	5,9%	9,8%	6,6%
	>60	0,4%	0,7%	0,5%	0,2%	0,0%	0,2%
Alter bei Erstkonsum	Nikotin	13,8	14,4	13,9	13,9	13,6	13,9
	Alkohol	14,3	15,2	14,5	14,6	14,4	14,6
	Cannabis	15,5	17,0	15,7	15,7	15,7	15,7
	Kokain	20,7	22,3	21,0			
	Halluzinogene	18,5	17,9	18,4			
	Amphetamine	19,1	20,3	19,3			
	Sedativa	22,5	20,6	22,0			
	Glücksspiel	18,6	20,5	18,7	18,6	18,0	18,6
Alter bei Störungsbeginn	Nikotin	15,7	18,2	16,1	16,1	15,4	16,0
	Alkohol	20,5	22,9	20,9	21,1	23,6	21,6
	Cannabis	18,0	18,4	18,1	18,3	19,0	18,4
	Opiate	20,7	21,0	20,8	26,0	24,0	25,5
	Kokain	22,8	24,7	23,1	20,1	25,3	21,8
	Crack	21,5		21,5	31,0		31,0
	Halluzinogene	18,9	17,0	18,5	17,6	23,3	19,3
	Amphetamine	19,1	22,4	19,7	21,3	16,5	20,2
	Sedativa	23,4	23,8	23,6	27,7	22,4	26,1
	Essstörung	20,8	16,2	17,5	19,9	16,2	17,3
Glücksspiel	19,8	20,5	19,8	21,6	18,0	21,5	
		kein Konsum	einen Tag	2 bis 7 Tage	8 bis 25	(fast) täglich	Gesamt
Kokain: Konsumhäufigkeit innerhalb der letzten 30 Tage	Nikotin	15,5%	1,2%	0,8%	4,8%	77,7%	251
	Alkohol	51,2%	3,2%	14,7%	22,1%	8,8%	408
	Cannabis	67,0%	0,5%	7,2%	12,5%	12,8%	391
	Kokain	73,8%	3,9%	8,3%	12,0%	2,0%	508
	Halluzinogene	97,6%	0,8%	0,8%	0,8%	0,0%	126
	Amphetamine	91,5%	0,5%	3,2%	2,6%	2,1%	189
	Sedativa	89,7%	0,0%	1,1%	2,3%	6,9%	87
	Essstörung	90,9%	0,0%	0,0%	1,5%	7,6%	66
Glücksspiel	93,3%	1,3%	0,0%	2,7%	2,7%	75	
Cannabis: Konsumhäufigkeit innerhalb der letzten 30 Tage	Nikotin	12,9%	2,1%	1,8%	5,9%	77,4%	341
	Alkohol	41,1%	3,7%	19,4%	20,9%	14,9%	489
	Cannabis	45,3%	5,9%	11,6%	17,9%	19,3%	900
		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Trinkmenge Alkohol in Gramm reiner Alkohol an Tagen mit Konsum	0g	78,0%	56,6%	73,9%	59,4%	58,0%	59,1%
	bis 20g	0,0%	0,0%	0,0%	6,4%	0,0%	5,1%
	bis 40g	3,1%	9,4%	4,3%	4,1%	13,0%	6,0%
	bis 60g	1,3%	7,5%	2,5%	4,9%	7,2%	5,4%
	bis 80g	3,1%	9,4%	4,3%	5,3%	7,2%	5,7%
	bis 120g	4,0%	1,9%	3,6%	3,8%	7,2%	4,5%
	bis 200g	4,4%	11,3%	5,7%	8,6%	4,3%	7,8%
	bis 300g	3,1%	3,8%	3,2%	3,8%	1,4%	3,3%
	bis 400g	1,8%	0,0%	1,4%	2,6%	0,0%	2,1%
	bis 500g	0,9%	0,0%	0,7%	1,1%	1,4%	1,2%
	über 500g	0,4%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Gesamt N	227	53	280	266	69	335	

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Vorangegangene Betreuungen eines Klienten in den letzten 60 Tagen vor Betreuungsbeginn der letzten dokumentierten Betreuung (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	1,0%	2,0%	1,2%	1,4%	2,8%	1,7%
	Ambulante Betreuung/Beratung	11,9%	15,7%	12,5%	11,3%	12,2%	11,5%
	Amb. Reha	1,0%	2,9%	1,4%	0,1%	0,6%	0,2%
	Amb. mediz. Behandlung	3,5%	6,9%	4,1%	3,0%	7,2%	3,9%
	Stat. mediz. Behandlung	2,0%	7,8%	3,1%	1,9%	3,3%	2,2%
	Stat. Entwöhnungsbehandlung	10,5%	12,7%	10,8%	4,9%	7,8%	5,5%
	Betreutes Wohnen	2,3%	2,9%	2,4%	2,0%	2,2%	2,1%
	Entgiftung/Entzug	12,3%	16,7%	13,1%	8,6%	7,8%	8,4%
	Substitutionsbehandlung	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,2%
	PSB für Substituierte	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
	Psychia./psychothera. Behandlung	4,1%	10,8%	5,3%	4,3%	11,1%	5,7%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,6%	1,0%	0,7%	1,0%	1,1%	1,0%
	Aufsuchende Arbeit	0,0%	1,0%	0,2%	0,4%	0,0%	0,3%
	Externe Haftbetreuung	1,6%	0,0%	1,4%	0,7%	0,0%	0,6%
	Selbsthilfegruppe	2,5%	4,9%	2,9%	2,3%	1,7%	2,2%
	sonstiges	2,3%	4,9%	2,7%	3,0%	4,4%	3,3%
keine Betreuung	58,0%	47,1%	56,1%	64,6%	57,2%	63,1%	
Gesamt N		488	102	590	698	180	878
Zeitlicher Abstand zwischen Erstkontakt zur Suchthilfe und aktuellem Betreuungsbeginn	kein Kontakt	24,2%	23,1%	24,0%	36,7%	32,9%	36,0%
	Kontakt, Alter unbekannt	31,7%	43,3%	33,6%	28,9%	43,3%	31,8%
	letzten 12 Monate	8,0%	5,8%	7,6%	7,8%	1,2%	6,5%
	bis 2 Jahre	7,6%	7,7%	7,6%	5,8%	4,3%	5,5%
	bis 5 Jahre	15,6%	7,7%	14,3%	10,8%	6,1%	9,8%
	bis 10 Jahre	7,8%	8,7%	8,0%	4,8%	7,3%	5,3%
	bis 15 Jahre	3,4%	1,9%	3,2%	2,8%	2,4%	2,7%
	mehr als 15 Jahre	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	2,4%	2,5%
Gesamt N		524	104	628	651	164	815
Anzahl stationäre Entzüge zu Betreuungsbeginn	keinen Entzug	57,1%	47,7%	55,7%	67,9%	64,8%	67,3%
	mind 1 Entzug	0,4%	1,2%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%
	1 Entzug	26,1%	26,7%	26,2%	19,7%	21,1%	20,0%
	2 Entzüge	7,4%	4,7%	6,9%	5,6%	4,9%	5,5%
	3 Entzüge	4,4%	11,6%	5,5%	3,1%	4,2%	3,3%
	bis 5 Entzüge	3,4%	8,1%	4,1%	2,6%	1,4%	2,3%
	bis 10 Entzüge	0,8%	0,0%	0,7%	0,9%	1,4%	1,0%
	> 10 Entzüge	0,4%	0,0%	0,4%	0,2%	2,1%	0,6%
Gesamt N		476	86	562	549	142	691
Anzahl ambulanter Entzüge zu Betreuungsbeginn	keinen Entzug	89,1%	80,8%	87,9%	91,7%	87,2%	90,8%
	mind 1 Entzug	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	1 Entzug	6,4%	9,0%	6,8%	4,8%	7,5%	5,4%
	2 Entzüge	2,7%	6,4%	3,2%	2,1%	3,8%	2,5%
	3 Entzüge	0,4%	2,6%	0,8%	0,6%	1,5%	0,8%
	bis 5 Entzüge	0,7%	1,3%	0,8%	0,2%	0,0%	0,2%
	bis 10 Entzüge	0,4%	0,0%	0,4%	0,4%	0,0%	0,3%
	> 10 Entzüge	0,2%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%
Gesamt N		450	78	528	518	133	651
Anzahl stationärer Rehabilitationen zu Betreuungsbeginn	keine Reha	67,4%	58,9%	66,1%	79,6%	79,6%	79,6%
	mind 1 Reha	0,2%	0,0%	0,2%	0,2%	0,7%	0,3%
	1 Reha	23,5%	30,0%	24,5%	14,5%	14,6%	14,5%
	2 Rehas	7,6%	6,7%	7,5%	4,6%	2,9%	4,3%
	3 Rehas	1,1%	3,3%	1,4%	0,9%	2,2%	1,2%
	bis 5 Rehas	0,2%	1,1%	0,4%	0,2%	0,0%	0,1%
	bis 10 Rehas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	> 10 Rehas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Gesamt N		473	90	563	539	137	676

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Anzahl ambulanter Rehabilitationen zu Betreuungsbeginn	keine Reha	88,6%	79,5%	87,2%	91,7%	92,5%	91,9%
	mind 1 Reha	0,9%	0,0%	0,7%	0,4%	0,0%	0,3%
	1 Reha	9,5%	16,9%	10,6%	7,5%	6,8%	7,4%
	2 Rehas	0,9%	1,2%	0,9%	0,2%	0,8%	0,3%
	3 Rehas	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
	bis 5 Rehas	0,2%	1,2%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%
	bis 10 Rehas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	> 10 Rehas	0,0%	1,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
	Gesamt N	455	83	538	531	133	664
Dauer aller Teilnahmen an Selbsthilfegruppen zu Betreuungsbeginn	nie Selbsthilfe	85,6%	80,0%	84,7%	86,2%	82,3%	85,4%
	bis 1 Jahr	10,4%	15,4%	11,2%	10,4%	13,3%	11,0%
	bis 2 Jahre	2,9%	1,5%	2,7%	1,3%	2,7%	1,5%
	bis 3 Jahre	0,8%	1,5%	0,9%	0,8%	0,0%	0,7%
	bis 5 Jahre	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	1,8%	0,7%
	bis 7 Jahre	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
	bis 10 Jahre	0,3%	1,5%	0,5%	0,6%	0,0%	0,5%
	>10 Jahre	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Gesamt N	374	65	439	471	113	584
Anzahl an Krankenhaustagen im letzten Jahr vor dieser Betreuung	keinen KKH-Tage	78,8%	72,8%	77,7%	80,5%	81,0%	80,6%
	bis 5 Tage	3,3%	8,7%	4,3%	3,8%	1,5%	3,3%
	bis 10 Tage	2,6%	6,5%	3,3%	2,6%	0,0%	2,0%
	bis 20 Tage	5,4%	1,1%	4,7%	5,4%	6,6%	5,6%
	bis 30 Tage	5,9%	4,3%	5,6%	5,2%	5,1%	5,2%
	bis 2 Monate	2,1%	2,2%	2,1%	1,4%	4,4%	2,0%
	bis 6 Monate	0,7%	0,0%	0,6%	0,2%	1,5%	0,5%
	>6 Monate	1,2%	4,3%	1,7%	1,0%	0,0%	0,8%
	Gesamt N	424	92	516	502	137	639
Ambulante medizinische Versorgung im letzten Jahr vor dieser Betreuung		55,3%	60,9%	56,3%	47,5%	61,4%	50,6%
	Gesamt N	425	92	517	463	132	595
Familienstand	ledig	73,8%	67,9%	72,9%	86,4%	81,2%	85,4%
	verheiratet	14,0%	5,3%	12,5%	6,6%	6,1%	6,5%
	geschieden	7,7%	20,6%	9,9%	4,1%	8,5%	4,9%
	verwitwet	0,3%	0,0%	0,3%	0,1%	0,5%	0,2%
	eheähnliche Gemeinschaft	2,9%	3,8%	3,1%	2,2%	0,9%	1,9%
	dauerhaft getrennt lebend	1,2%	2,3%	1,4%	0,5%	2,8%	1,0%
	Gesamt N	650	131	781	920	213	1.133
Partnerbeziehung	alleinstehend	48,5%	50,4%	48,9%	61,4%	51,8%	59,5%
	feste Beziehung, getrennt lebend	22,6%	24,4%	22,9%	19,1%	29,0%	21,1%
	feste Beziehung, zusammen lebend	28,9%	25,2%	28,2%	19,5%	19,2%	19,4%
		Gesamt N	610	131	741	785	193
Partner mit Suchtproblemen		9,4%	27,3%	12,6%	6,5%	29,9%	10,9%
	keinen Partner	54,2%	55,4%	54,4%	66,3%	62,3%	65,5%
		Gesamt N	563	121	684	735	167
Lebenssituation (ohne Inhaftierte)	alleinlebend	43,4%	42,7%	43,2%	36,8%	35,6%	36,6%
	mit den Eltern	16,0%	8,9%	14,5%	35,5%	18,0%	32,0%
	alleine mit Kind(ern)	0,6%	14,5%	3,5%	0,5%	12,7%	2,9%
	mit Partner(in) allein	16,2%	12,1%	15,4%	9,7%	12,2%	10,2%
	mit Partner(in) und Kind(ern)	13,7%	14,5%	13,9%	7,4%	5,9%	7,1%
	mit Freund(innen)	3,2%	0,8%	2,7%	3,0%	4,4%	3,3%
	anderes	6,9%	6,5%	6,8%	7,1%	11,2%	8,0%
	Gesamt N	475	124	599	826	205	1031

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Aufenthaltort des Klienten	in eigener Wohnung	51,5%	76,2%	55,6%	55,4%	69,6%	58,3%
	vorübergehend bei Freund(innen)	2,5%	3,1%	2,6%	1,7%	2,5%	1,9%
	bei Partner(in)	2,3%	1,5%	2,2%	1,8%	2,9%	2,1%
	bei Angehörigen	11,5%	8,5%	11,0%	25,2%	13,7%	22,9%
	betreutes Wohnen (Suchthilfeeinrichtung, Nachsorge)	3,2%	2,3%	3,1%	3,1%	4,9%	3,4%
	Klinik/Krankenhaus	0,5%	0,8%	0,5%	1,1%	0,0%	0,9%
	JVA/Haftanstalt	26,5%	6,9%	23,2%	9,6%	3,9%	8,4%
	Hotel/ Pension/Unterkunft	0,8%	0,8%	0,8%	0,6%	1,5%	0,8%
	auf der Straße/auf Trebe	1,2%	0,0%	1,0%	1,5%	1,0%	1,4%
Gesamt N	650	130	780	814	204	1.018	
Eigener Wohnraum der Klienten (ohne Inhaftierte)		82,9%	90,8%	84,5%	80,4%	85,6%	81,5%
	Gesamt N	474	119	593	720	188	908
Anzahl Kinder	keine Kinder	63,4%	53,4%	61,8%	78,2%	65,7%	75,6%
	ein Kind	21,5%	25,6%	22,1%	14,1%	19,1%	15,1%
	2 Kinder	10,7%	14,3%	11,3%	5,0%	9,3%	5,9%
	3 Kinder	2,7%	6,0%	3,3%	1,7%	2,5%	1,8%
	4 Kinder	1,4%	0,8%	1,3%	0,6%	2,5%	1,0%
	5 Kinder	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,5%	0,2%
	>5 Kinder	0,3%	0,0%	0,3%	0,3%	0,5%	0,3%
	Gesamt N	662	133	795	780	204	984
Anzahl minderjähriger Kinder	keine mind. Kinder	70,2%	63,4%	69,1%	82,2%	72,5%	80,2%
	ein Kind	18,2%	25,2%	19,3%	12,4%	19,6%	13,9%
	2 Kinder	7,9%	9,2%	8,1%	4,0%	5,4%	4,3%
	3 Kinder	2,7%	2,3%	2,7%	0,9%	1,0%	0,9%
	4 Kinder	0,8%	0,0%	0,6%	0,5%	1,5%	0,7%
	5 Kinder	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	>5 Kinder	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	Gesamt N	655	131	786	774	204	978
Aufenthaltort der minderjährigen Kinder	keine minderjährigen Kinder	71,0%	68,0%	70,5%	82,7%	75,9%	81,3%
	im Haushalt der/des Klient	10,5%	24,6%	12,7%	7,0%	14,4%	8,5%
	bei anderem Elternteil	16,8%	0,8%	14,3%	9,6%	1,5%	8,0%
	bei Großeltern	0,3%	0,0%	0,3%	0,0%	3,1%	0,6%
	in Pflegefamilie	0,3%	1,6%	0,5%	0,3%	1,5%	0,5%
	in öffentl. Erziehungseinrichtung	0,3%	3,3%	0,8%	0,3%	2,1%	0,6%
	im eigenen Haushalt	0,3%	0,8%	0,4%	0,1%	1,0%	0,3%
	sonstiges	0,5%	0,8%	0,5%	0,0%	0,5%	0,1%
Gesamt N	648	122	770	769	195	964	
Höchster Schulabschluss	z.Zt. Schüler	0,3%	0,0%	0,3%	11,4%	4,6%	10,1%
	ohne Abschluss	14,3%	8,3%	13,3%	10,8%	12,9%	11,2%
	Sonderschulabschluss	1,8%	0,0%	1,5%	2,5%	1,0%	2,2%
	Hauptschulabschluss	42,2%	23,1%	39,0%	33,3%	23,7%	31,5%
	Mittlere Reife	27,9%	43,8%	30,6%	25,2%	33,0%	26,6%
	Fachhochschulreife oder höherwertiger Abschluss	13,5%	24,8%	15,4%	16,7%	24,7%	18,2%
Gesamt N	602	121	723	831	194	1.025	
Berufsausbildung	z.Zt. Schüler/Auszubildender	5,6%	7,9%	6,0%	25,3%	17,2%	23,8%
	keine Ausbildung	40,8%	29,4%	38,9%	36,0%	37,4%	36,3%
	Ausbildung abgeschlossen	53,7%	62,7%	55,2%	38,7%	45,5%	40,0%
	Gesamt N	630	126	756	863	198	1.061
Arbeits- und Ausbildungssituation (ohne Inhaftierte)	Vollzeit	32,2%	22,7%	30,3%	19,2%	14,3%	18,3%
	Teilzeit (regelmäßig)	4,6%	10,9%	5,9%	3,6%	8,7%	4,6%
	Gelegenheitsarbeit	2,3%	2,5%	2,4%	3,1%	2,0%	2,9%
	Schüler(in), Student(in), Auszubildende(r)	9,7%	10,1%	9,8%	29,3%	21,4%	27,8%
	Bundeswehr, Zivildienst	0,2%	0,0%	0,2%	0,4%	0,0%	0,3%
	Rentner(in)	1,1%	3,4%	1,5%	1,1%	0,5%	1,0%
	erwerbslos/arbeitslos	42,1%	43,7%	42,4%	38,0%	42,9%	38,9%
	in Einrichtung	7,8%	2,5%	6,7%	5,1%	6,1%	5,3%
	Hausfrau/-mann	0,0%	4,2%	0,8%	0,1%	4,1%	0,9%
Gesamt N	475	119	594	904	204	1.108	

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Haupteinkommen (ohne Inhaftierte)	Einkommen aus Erwerbstätigkeit	30,6%	18,8%	28,3%	21,2%	21,1%	21,2%
	Krankengeld	1,7%	2,6%	1,9%	1,4%	0,0%	1,1%
	Arbeitslosengeld I	5,5%	2,6%	4,9%	3,6%	1,1%	3,1%
	Arbeitslosengeld II	34,0%	34,2%	34,1%	35,8%	36,3%	35,9%
	Ausbildungsvergütung/ Umschulungsgeld/BAföG	4,3%	3,4%	4,1%	9,4%	8,9%	9,3%
	Sozialhilfe (inkl. Wohngeld)	1,3%	6,8%	2,4%	2,7%	3,7%	2,9%
	Rente	1,3%	4,3%	1,9%	1,1%	1,1%	1,1%
	Unterstützung durch Eltern/Verwandte	4,0%	6,8%	4,6%	10,6%	13,2%	11,1%
	Unterstützung durch Partner(in)	0,4%	0,0%	0,3%	0,1%	0,0%	0,1%
	Familieneinkommen (Hausfrau/-mann)	0,2%	4,3%	1,0%	2,1%	1,1%	1,9%
	Versorgung in einer Institution	3,8%	2,6%	3,6%	2,2%	3,2%	2,4%
	Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit	8,5%	10,3%	8,9%	5,3%	4,7%	5,2%
	keine Einkommen/mittellos	1,5%	1,7%	1,5%	0,7%	2,1%	1,0%
	sonstiges	2,8%	1,7%	2,6%	3,8%	3,7%	3,8%
	Gesamt N	470	117	587	716	190	906
Einkommen durch Prostitution (ohne Inhaftierte)		0,6%	3,5%	1,2%	1,9%	1,0%	1,7%
	Gesamt N	321	85	406	361	98	459
Illegale Einkünfte (ohne Inhaftierte)		6,5%	7,5%	6,7%	1,9%	1,0%	1,7%
	Gesamt N	261	80	341	361	98	459
Schulden	keine	30,0%	48,0%	33,0%	43,9%	55,1%	46,2%
	bis 5.000 Euro	31,7%	21,4%	29,9%	30,1%	26,8%	29,4%
	über 5.000 bis 25.000 Euro	17,7%	16,3%	17,5%	12,6%	6,5%	11,4%
	über 25.000 bis 50.000 Euro	6,7%	2,0%	5,9%	4,0%	2,2%	3,6%
	über 50.000 Euro	4,8%	0,0%	4,0%	0,6%	0,0%	0,5%
	Schulden, Höhe der/dem Kl. unklar	9,2%	12,2%	9,7%	8,8%	9,4%	8,9%
	Gesamt N	480	98	578	522	138	660
Probleme mit der Justiz (Mehrfach- antworten)	keine	41,5%	78,1%	47,2%	52,3%	83,6%	58,5%
	BtMG § 35: Therapie statt Strafe	1,7%	0,0%	1,5%	0,3%	0,0%	0,2%
	BtMG § 37: Zurückstellung der Hauptverhandlung	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%
	einfache Bewährung	3,3%	0,0%	2,8%	1,5%	1,2%	1,4%
	Bewährung mit Weisung bzw. Auflage	11,3%	1,0%	9,7%	9,3%	0,0%	7,5%
	laufendes bzw. offenes Gerichtsverfahren	6,1%	6,3%	6,2%	9,3%	3,0%	8,1%
	in U-Haft	33,6%	9,4%	29,8%	12,1%	4,8%	10,7%
	in Strafhaft	33,8%	9,4%	30,0%	12,0%	4,8%	10,6%
	sonstiges (z.B. Führungsaufsicht /§63/§64 StGB)	1,9%	1,0%	1,8%	4,6%	3,6%	4,4%
	Führerscheinentzug	7,1%	4,2%	6,6%	13,9%	4,2%	12,0%
	Gesamt N	521	96	617	667	165	832
Verurteilungen (lifetime) (Mehrfach- antworten)	BTM-Delikte (Handel, Besitz)	25,7%	5,7%	22,5%	11,1%	1,7%	9,1%
	Körperverletzungen	26,3%	2,8%	22,5%	14,3%	4,7%	12,3%
	andere Delikte/Delikt unbekannt	25,0%	4,7%	21,7%	17,4%	4,7%	14,7%
	Alkohol-/oder Drogeneinfluss am Steuer	10,8%	7,5%	10,3%	11,5%	2,9%	9,7%
	Beschaffungskriminalität	21,7%	5,7%	19,1%	7,8%	1,2%	6,4%
	keine	42,3%	80,2%	48,5%	57,5%	87,2%	63,7%
	Gesamt N	544	106	650	651	172	823
Dauer der Strafhaft	keine Haft	38,4%	77,8%	45,0%	56,7%	78,2%	61,3%
	Haft, Dauer unbekannt	14,8%	16,2%	15,1%	19,6%	14,5%	18,5%
	bis 3 Monate	4,8%	0,0%	4,0%	5,2%	4,5%	5,0%
	bis 6 Monate	3,9%	0,0%	3,3%	4,3%	0,6%	3,5%
	bis 12 Monate	7,7%	0,0%	6,4%	2,9%	1,1%	2,5%
	bis 2 Jahre	11,1%	1,7%	9,5%	4,3%	0,6%	3,5%
	bis 3 Jahre	6,7%	0,0%	5,5%	2,5%	0,0%	1,9%
	bis 5 Jahre	7,2%	1,7%	6,3%	1,8%	0,6%	1,6%
	bis 10 Jahre	3,9%	1,7%	3,6%	1,4%	0,0%	1,1%
	>10 Jahre	1,5%	0,9%	1,4%	1,4%	0,0%	1,1%
	Gesamt N	586	117	703	653	179	832

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Nationalität	deutsch	82,6%	93,1%	84,4%	89,1%	97,1%	90,8%
	EU - Europäische Union	2,3%	3,1%	2,5%	2,2%	1,0%	2,0%
	andere Staatsangehörigkeit	15,1%	3,8%	13,2%	8,7%	1,9%	7,2%
	Gesamt N	644	131	775	762	206	968
Migrationshintergrund	kein Migrationshintergrund	70,7%	86,4%	73,3%	76,2%	84,2%	77,8%
	selbst migriert	15,6%	9,6%	14,6%	12,3%	3,4%	10,5%
	als Kind von Migranten geboren	13,7%	4,0%	12,1%	11,5%	12,3%	11,7%
	Gesamt N	629	125	754	823	203	1.026
Vater mit Suchtproblemen		43,4%	47,9%	44,1%	38,2%	45,5%	39,7%
	Gesamt N	475	96	571	568	145	713
Mutter mit Suchtproblemen		20,3%	26,5%	21,4%	18,6%	33,8%	21,7%
	Gesamt N	467	98	565	564	145	709
Heim, öffentliche Erziehung in der Kindheit		22,1%	15,0%	20,9%	20,6%	23,9%	21,3%
	Gesamt N	535	107	642	679	176	855
Körperliche Gewalterfahrung im Leben		62,1%	68,9%	63,2%	49,0%	52,7%	49,8%
	Gesamt N	451	90	541	529	146	675
Sexuelle Gewalterfahrung im Leben		5,7%	48,1%	13,4%	4,9%	34,7%	11,3%
	Gesamt N	367	81	448	430	118	548
Gewaltausübung im Leben		56,8%	24,4%	51,5%	41,5%	17,8%	36,9%
	Gesamt N	444	86	530	530	129	659
Gesundheitliche-körperliche Beeinträchtigung	gar nicht	36,7%	12,0%	32,3%	39,1%	25,9%	36,3%
	wenig	32,7%	43,6%	34,6%	31,7%	39,2%	33,3%
	mittel	22,9%	29,9%	24,1%	21,1%	23,3%	21,6%
	erheblich	7,1%	12,8%	8,1%	6,6%	10,6%	7,4%
	extrem	0,7%	1,7%	0,9%	1,6%	1,1%	1,5%
	Gesamt N	551	117	668	701	189	890
Grad der Behinderung	Keine Behinderung	97,5%	96,0%	97,2%	94,9%	96,7%	95,3%
	Behindert, aber nicht beantragt	1,5%	1,0%	1,4%	2,2%	1,3%	2,0%
	20%	0,0%	1,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
	30%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%
	40%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,1%
	50%	0,4%	0,0%	0,3%	1,3%	0,7%	1,1%
	60%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,7%	0,6%
	70%	0,2%	1,0%	0,3%	0,7%	0,0%	0,6%
	80%	0,2%	1,0%	0,3%	0,2%	0,0%	0,1%
	Gesamt N	473	100	573	549	153	702
HIV Infektion		0,0%	2,2%	0,4%	0,7%	0,8%	0,7%
	kein Test bisher	9,6%	9,0%	9,5%	16,2%	11,4%	15,1%
	Gesamt N	429	89	518	427	123	550
Hepatitis C Infektion		3,2%	3,5%	3,3%	0,7%	3,3%	1,3%
	kein Test bisher	7,4%	5,8%	7,1%	12,8%	9,8%	12,1%
	Gesamt N	433	86	519	431	123	554
Schädigungen des Nervensystems		7,1%	7,8%	7,2%	8,0%	6,2%	7,6%
	Gesamt N	437	90	527	463	129	592
Leberschäden		7,4%	10,1%	7,8%	11,0%	8,1%	10,4%
	Gesamt N	435	89	524	471	136	607
Epileptische Anfälle		3,1%	4,5%	3,4%	4,4%	0,8%	3,6%
	Gesamt N	417	88	505	475	128	603
Atemwegserkrankungen		12,9%	16,1%	13,5%	13,1%	18,9%	14,3%
	Gesamt N	411	87	498	467	122	589
Herz- Kreislaufbeschwerden		11,5%	13,0%	11,7%	9,8%	14,8%	10,8%
	Gesamt N	445	92	537	492	135	627
Delir		3,6%	3,3%	3,5%	4,6%	2,1%	4,0%
	Gesamt N	449	91	540	504	141	645
Schlafstörungen		42,7%	52,5%	44,5%	45,0%	54,7%	47,1%
	Gesamt N	468	101	569	516	150	666
Sonstige schwere Erkrankungen		14,2%	29,6%	17,0%	13,9%	18,0%	14,8%
	Gesamt N	438	98	536	496	139	635

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Zahnstatus	normal / saniert	74,8%	82,1%	76,1%	78,0%	85,4%	79,6%
	behandlungsbedürftig	20,8%	15,8%	19,9%	18,8%	12,4%	17,5%
	ruinös	4,4%	2,1%	4,0%	3,2%	2,2%	3,0%
	Gesamt N	453	95	548	504	137	641
Psychische / seelische Belastung	gar nicht	6,3%	0,8%	5,3%	8,9%	2,6%	7,6%
	wenig	30,4%	18,0%	28,2%	30,1%	19,8%	27,9%
	mittel	33,5%	37,7%	34,2%	37,5%	33,3%	36,6%
	erheblich	24,6%	35,2%	26,5%	19,4%	37,0%	23,1%
	extrem	5,2%	8,2%	5,8%	4,1%	7,3%	4,8%
	Gesamt N	573	122	695	707	192	899
Ängste/Phobien	gar nicht	28,1%	15,6%	25,9%	30,0%	15,2%	26,7%
	wenig	37,3%	33,0%	36,6%	36,8%	38,0%	37,0%
	mittel	21,4%	31,2%	23,1%	21,8%	29,8%	23,6%
	erheblich	11,0%	16,5%	12,0%	10,0%	14,6%	11,0%
	extrem	2,2%	3,7%	2,5%	1,5%	2,3%	1,7%
	Gesamt N	501	109	610	601	171	772
Körperlich-motorische Nervosität/Unruhe	gar nicht	23,0%	20,4%	22,5%	26,5%	22,2%	25,6%
	wenig	39,2%	34,5%	38,4%	36,3%	40,3%	37,2%
	mittel	23,7%	31,0%	25,0%	26,2%	25,6%	26,1%
	erheblich	12,5%	10,6%	12,2%	9,8%	9,1%	9,6%
	extrem	1,5%	3,5%	1,9%	1,1%	2,8%	1,5%
	Gesamt N	518	113	631	622	176	798
Innere Nervosität/Unruhe	gar nicht	13,4%	8,9%	12,6%	15,4%	6,8%	13,5%
	wenig	33,7%	30,4%	33,1%	31,5%	31,8%	31,5%
	mittel	31,7%	33,0%	31,9%	33,4%	37,5%	34,3%
	erheblich	18,5%	25,0%	19,6%	17,3%	21,6%	18,3%
	extrem	2,7%	2,7%	2,7%	2,4%	2,3%	2,4%
	Gesamt N	514	112	626	623	176	799
Überhöhte Selbsteinschätzung	gar nicht	26,4%	41,4%	29,1%	26,2%	47,7%	30,9%
	wenig	30,1%	33,3%	30,7%	29,8%	27,6%	29,3%
	mittel	27,0%	15,3%	24,9%	27,0%	16,1%	24,6%
	erheblich	15,3%	7,2%	13,8%	14,7%	7,5%	13,1%
	extrem	1,2%	2,7%	1,4%	2,3%	1,1%	2,0%
	Gesamt N	511	111	622	618	174	792
Depressive Stimmung	gar nicht	20,2%	5,2%	17,4%	21,8%	6,9%	18,5%
	wenig	35,2%	32,8%	34,7%	31,8%	28,0%	31,0%
	mittel	29,3%	35,3%	30,4%	30,8%	45,1%	34,0%
	erheblich	12,8%	22,4%	14,6%	13,1%	17,1%	14,0%
	extrem	2,6%	4,3%	2,9%	2,4%	2,9%	2,5%
	Gesamt N	509	116	625	616	175	791
Paranoide Inhalte, Halluzinationen	gar nicht	78,5%	75,0%	77,9%	78,3%	84,6%	79,7%
	wenig	15,4%	12,0%	14,8%	15,7%	10,5%	14,5%
	mittel	4,5%	7,4%	5,0%	3,8%	4,3%	3,9%
	erheblich	1,2%	4,6%	1,8%	1,9%	0,6%	1,6%
	extrem	0,4%	0,9%	0,5%	0,3%	0,0%	0,3%
	Gesamt N	488	108	596	581	162	743
Aggressionen	gar nicht	28,3%	39,3%	30,3%	30,2%	40,8%	32,6%
	wenig	36,9%	34,8%	36,6%	34,9%	36,2%	35,2%
	mittel	22,5%	17,0%	21,5%	23,3%	16,1%	21,7%
	erheblich	8,8%	6,3%	8,4%	10,4%	6,3%	9,5%
	extrem	3,4%	2,7%	3,3%	1,2%	0,6%	1,0%
	Gesamt N	498	112	610	605	174	779
Sonstige schwere psychische Probleme		21,7%	33,0%	23,9%	25,0%	34,4%	27,2%
	Gesamt N	437	106	543	492	151	643

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Anzahl Suizidversuche (lifetime)	keine	84,4%	53,6%	78,4%	82,9%	66,9%	79,1%
	1 Suizidversuch	10,2%	39,3%	15,8%	12,8%	23,3%	15,3%
	2 Suizidversuche	2,3%	3,6%	2,5%	2,6%	6,0%	3,4%
	3 Suizidversuche	1,4%	3,6%	1,8%	0,2%	2,3%	0,7%
	bis 5 Suizidversuche	1,7%	0,0%	1,4%	0,9%	0,8%	0,9%
	bis 10 Suizidversuche	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,8%	0,5%
	Gesamt N		352	84	436	422	133

