

2007

BADO e.V.



Ambulante Suchthilfe in Hamburg

Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation

Uwe Verthein

Eike Neumann

Sven Buth

Marcus-Sebastian Martens

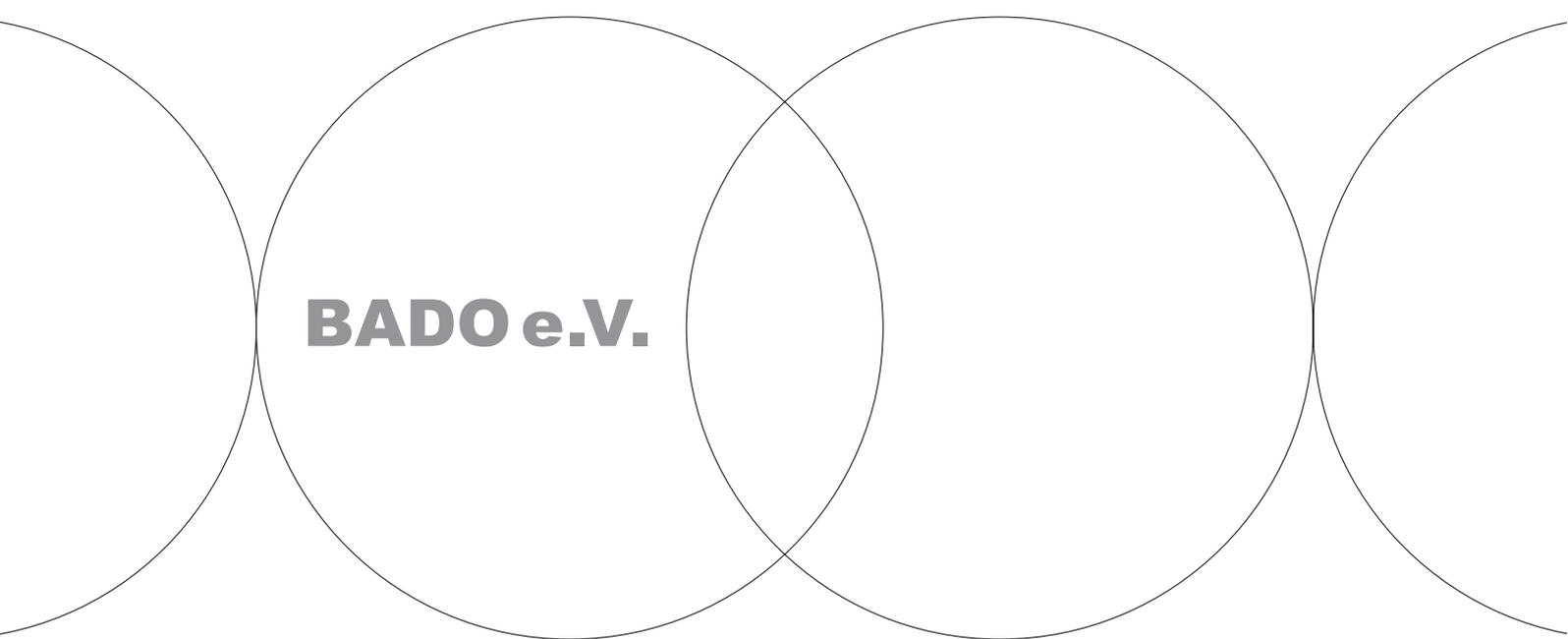
Herausgeber: BADO e.V.

Ambulante Suchthilfe in Hamburg

Statusbericht 2007 der Hamburger Basisdatendokumentation

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

unter Mitarbeit von Moritz Rosenkranz, Walter Fuchs



BADO e.V.

Auswertungsleistungen und Bericht der Hamburger
Basisdatendokumentation 2007
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.
© 2008 BADO e.V., Hamburg
Umschlagsgestaltung: Factor Design AG, Hamburg
Layout & Satz: Martin Tapp, Eike Neumann, Hamburg
Druck: RESET Grafische Medien GmbH

ISSN 1611-5104

Vorwort

Der Hamburger Bado e.V. - ein Zusammenschluss der Freien Träger der Sucht- und Drogenhilfe in Hamburg und der zuständigen Fachbehörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz zum Zweck der Dokumentation und Evaluation in der ambulanten Suchthilfe - legt mit der Auswertung der Daten aus dem Erhebungsjahr 2007 nun seinen 11. Bericht vor. Aus der Vielzahl interessanter Ergebnisse seien einige besonders hervorgehoben:

Etwa ein Viertel mehr dokumentierte Betreuungen innerhalb von 5 Jahren

Im ambulanten Hilfesystem in Hamburg – ohne Berücksichtigung der niedrighschwelligigen Segmente – erfolgten 2007 in 44 ambulanten Suchteinrichtungen fast 17.000 Betreuungen bei 13.723 verschiedenen Personen (2006: 13.017). Innerhalb der letzten fünf Jahre stieg die Zahl der in der BADO dokumentierten Betreuungen und die Zahl betreuter Personen um etwa ein Viertel. Diese außerordentlich hohen Zahlen spiegeln die Akzeptanz der ambulanten Suchthilfe und zugleich u.a. die gestiegene Nachfrage nach Hilfsangeboten bei den Betroffenen wider.

Im Jahre 2007 wurden 5.802 verschiedene Konsument(inn)en „harter“ Drogen wie Heroin oder Kokaïn betreut; dies waren etwas mehr als im Vorjahr, obwohl eine größere Einrichtung nicht mehr an der BADO beteiligt ist. Unter Berücksichtigung der außerordentlich hohen Reichweite der BADO deutet dies darauf hin, dass die Zahl Abhängiger von „harten“ Drogen in Hamburg zumindest konstant auf sehr hohem Niveau bleibt. Die Zahl betreuter primär Alkoholabhängiger ist leicht und die Zahl primär Cannabisabhängiger sehr deutlich gestiegen.

Sehr viele der Klient(inn)en konsumieren mehrere Suchtmittel gleichzeitig: Etwa zwei Drittel weisen eine Alkoholproblematik auf, 41 % haben u.a. ein Cannabisproblem und 40% eine Opiatabhängigkeit.

VERLAUDO zeigt vielfältige positive Veränderungen

Ein Schwerpunkt im diesjährigen BADO-Bericht lag in der differenzierten Auswertung der Verlaufsdokumentation. Durch die in die BADO integrierte VERLAUDO können für alle 2007 abgeschlossenen Betreuungen insgesamt vielfältige positive Veränderungen vor allem hinsichtlich des Konsumverhaltens und der gesundheitlichen und psychischen Verfassung dargestellt werden.

Die VERLAUDO 2007 dokumentiert bei den Alkoholabhängigen während der durchschnittlich sechsmo-natigen Betreuungszeit eine deutliche Zunahme des Anteils Abstinenter (von 31 % auf 57 %), ferner halbierten sich etwa die Anzahl der Trinktage und die Trinkmengen. Weitere herausragende Betreuungsergebnisse sind eine Reduzierung erheblicher gesundheitlich-körperlicher Beeinträchtigungen sowie eine sehr deutliche Reduzierung erheblicher psychisch-seelischer Belastungen. Die soziale Lebenssituation - z. B. Partnerschaft, Wohnen, Arbeit und Schulden - bleibt im Großen und Ganzen unverändert.

Ähnlich waren die Ergebnisse bei den Opiatabhängigen, von denen knapp zwei Drittel substituiert waren. Nach im Mittel gut neun Monaten ambulanter Betreuung zeigte sich eine erhebliche Reduzierung des Drogenkonsums. Etwa zwei Drittel waren ohne Heroinkonsum. Ebenfalls stieg die Abstinenz hinsichtlich des Konsums weiterer Drogen, vor allem von Kokain und Crack deutlich. Riskante Konsummuster wie die gemeinsame Spritzenbenutzung gingen deutlich zurück.

Es waren mehr in Arbeit integriert, mehr beendeten eine Berufsausbildung, und es zeigte sich bei den Frauen ein Rückgang der Prostitution.

Die körperlich-gesundheitliche Verfassung verbesserte sich, und vor allem trat eine deutliche Reduzierung erheblicher psychisch-seelischer Belastungen und Beschwerden ein, wobei insgesamt bei den Frauen sich stärkere Effekte zeigten.

Bei den Klient(inn)en mit einer Cannabisabhängigkeit bzw. Kokainabhängigkeit konnten neben einer Zunahme des Abstinenzverhaltens vor allem auch psychische Stabilisierungen während der Betreuung aufgezeigt werden.

Die Ergebnisse der Verlaufsdokumentation, die durch die routinehafte Auswertung von mehr als 3.500 Betreuungsverläufen gewonnen wurden, legen in eindrucksvoller Weise die Folgerung nahe, dass die ambulante Betreuung und Beratung insgesamt einher geht mit wünschenswerten Effekten. Die Untersuchung differentieller Effekte sowie möglicher Prozesszusammenhänge wird in zukünftigen Spezialauswertungen anstehen.

Es wird allerdings auch deutlich, dass die in der BADO dokumentierten einzelnen Betreuungen stets nur einen Ausschnitt einer längeren Kette von mehreren Maßnahmen innerhalb eines vernetzten Suchthilfesystems darstellen: angesichts meist sehr langer Suchtverläufe kommen die Klient(inn)en in der Regel aus vorgelagerten Maßnahmen und verbleiben im Anschluss aufgrund weiterer Maßnahmen im Suchthilfesystem.

Spezialauswertung zum Thema „Alter und Sucht“ wirft Fragen nach Hilfebedarf auf

Ein weiterer Schwerpunkt war die Spezialauswertung zum Themenkomplex „Alter und Sucht“. Es werden für eine sehr hohe Fallzahl erstmals nähere Informationen über die biografischen Erfahrungen und aktuelle Lebenssituation von älteren Alkoholabhängigen (60 Jahre und älter) bzw. Drogenabhängigen (45 Jahre und älter) geliefert.

Beide Spezialauswertungen zeigen, dass die älteren Alkohol- bzw. Drogenabhängigen sich in vielerlei Hinsicht von den jüngeren unterscheiden. Die Ergebnisse werfen für das Hilfesystem die Frage nach altersentsprechendem Hilfebedarf auf. Zum anderen geben sie weitere suchttheoretisch zu beachtende Hinweise, dass alkohol- oder drogenabhängige Personen sich in vielerlei Hinsicht erheblich unterscheiden. Die Ergebnisse können auch als Plädoyer für die Orientierung an der ICF-Systematik verstanden werden, um entsprechend die individuellen Auswirkungen der Abhängigkeit unter Berücksichtigung der sehr unterschiedlichen umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren differenziert zu beschreiben. Auch dieser BADO-Bericht kam durch die sehr gute Kooperation zwischen Freien Trägern und Fachbehörde im BADO-Vorstand, mit dem Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) und mit dem Fachbereich Informatik der Universität Hamburg zustande. Dr. Günter Thiel hat den BADO-Fachvorstand wissenschaftlich beraten. Nicht zuletzt waren es die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfeeinrichtungen, die durch die Integration von Dokumentation in die alltägliche Arbeit und durch die Beteiligung an der Ergebnisdiskussion zum Gelingen beigetragen haben. Dafür dankt der BADO-Vorstand allen Beteiligten.

Frank Gödecke (Die 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 Basisdatendokumentation (BADO) in Hamburg.....	1
1.2.	Einrichtungen, Betreuungen und Klient(inn)en in der Hamburger ambulanten Suchtkrankenhilfe	1
2.	Alkohol	5
2.1.	Betreuungen	5
2.2.	Personen	8
2.3.	Konsum	9
2.4.	Soziale Beziehungen und Lebenssituation	11
2.5.	Biografischer Hintergrund	13
2.6.	Ausbildung, Arbeitssituation und finanzielle Lage	14
2.7.	Justizielle Probleme	15
2.8.	Gesundheitliche Situation und Behandlungsvorerfahrungen.....	16
2.9.	Verlaufsdokumentation	18
2.10.	Spezialauswertung – Alter und Sucht.....	23
3.	Opiate	31
3.1.	Betreuungen	31
3.2.	Personen	35
3.3.	Konsum und Behandlungsvorerfahrungen	36
3.4.	Biografischer Hintergrund	38
3.5.	Justizielle Probleme	39
3.6.	Soziale Beziehungen und Lebenssituation	39
3.7.	Ausbildung, Arbeitssituation und finanzielle Situation	40
3.8.	Gesundheitliche und psychische Situation	41
3.9.	Verlaufsdokumentation	43
3.10.	Spezialauswertung – Alter und Sucht.....	50
4.	Kokain.....	58
4.1.	Betreuungen	58
4.2.	Personen	60
4.3.	Konsum	61
4.4.	Biografischer Hintergrund	63
4.5.	Ausbildung, Arbeitssituation und finanzielle Lage	63
4.6.	Soziale Beziehung und Lebenssituation	64
4.7.	Justizielle Probleme und Behandlungsvorerfahrungen	65
4.8.	Gesundheitliche Situation	65
4.9.	Verlaufsdokumentation	67
5.	Cannabis	69
5.1.	Betreuungen	69
5.2.	Personen	71
5.3.	Konsum	71
5.4.	Biografischer Hintergrund	72
5.5.	Soziale Situation	73
5.6.	Justizielle Probleme	74
5.7.	Gesundheitliche Situation.....	74
5.8.	Verlaufsdokumentation	75
6.	Literaturverzeichnis.....	77
7.	Tabellenanhang	78

1. Datengrundlage

1.1. Die Basisdatendokumentation (BADO) in Hamburg

Mit dem vorliegenden Bericht können zum mittlerweile elften Mal die Klienten- und Betreuungsmerkmale der Hamburger ambulanten Suchthilfe ausgewertet und beschrieben werden. Als Erhebungsinstrument kam die im Jahr 2005 erstmals eingesetzte, revidierte betreuungsbezogene Version der Basisdatendokumentation (BADO) zum Einsatz. Die BADO ist in dieser Fassung eine betreuungsbezogene Dokumentation, die sich durch den HIV-Code¹ auf unterschiedliche Personen beziehen lässt. In die betreuungsbezogene Dokumentation wurde eine Verlaufsdokumentation (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 jede(n) Betreute(n) 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.

Für die Dokumentation dürfen die an der BADO teilnehmenden ambulanten Suchthilfeeinrichtungen seit dem Jahre 2005 ausschließliche Systeme einsetzen, die durch ein unabhängiges Institut hinsichtlich Umsetzung und Export der BADO begutachtet und vom BADO e.V. zertifiziert wurden. Im Jahre 2007 wurden fünf zertifizierte Dokumentationssysteme² für die Datenerhebung verwendet.

1.2. Einrichtungen, Betreuungen und Klient(inn)en in der Hamburger ambulanten Suchtkrankenhilfe

Im aktuellen Berichtsjahr 2007 beteiligten sich insgesamt 44 Einrichtungen an der BADO. Darin enthalten sind zwei Einrichtungen, die im aktuellen Berichtsjahr erstmalig an der BADO teilgenommen haben: eine Einrichtung für legale Drogen sowie eine Einrichtung zur Betreuung Substituierter. Zudem wurden in Hamburg mit Jahresbeginn 2007 fünf neue Beratungsangebote für suchtgefährdete Jugendliche und junge Erwachsene geschaffen, deren Daten im aktuellen Berichtsjahr erstmalig in die Auswertung mit einfließen³. Darüber hinaus gab es in der BADO eine Umstrukturierung derart, dass in 2007 die Leistungen der stadtstaatlich geförderten psychosozialen Betreuung aus den bisher an der BADO beteiligten proVivere Ambulanzen⁴ ausgegliedert und in neue Einrichtungen überführt wurden. Da jedoch nicht alle Substituierten der proVivere Ambulanzen auch eine psychosoziale Betreuung in Anspruch nehmen, führt das Ausscheiden der proVivere Ambulanzen zu einem Datenverlust in der BADO. Dennoch stellen auch in diesem Jahr nahezu alle Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe für Erwachsene ihre Daten zur Verfügung. Nach Einrichtungsarten aufgeschlüsselt, übergaben sechs Einrichtungen für legale Drogen, 13 suchtmittelübergreifende Einrichtungen, 13 Einrichtungen für illegale Drogen und 12 Einrichtungen mit dem Hauptschwerpunkt „Betreuung für Substituierte“ Daten für das Jahr 2007. Im Jahr 2007 wurde der im Vorjahr erreichte Höchstwert an dokumentierten Personen und Betreuungen erneut überschritten. Insgesamt übergaben die beteiligten Einrichtungen 16.934 Betreuungen von 13.723 unterschiedlichen Personen an das auswertende Institut. Der Frauenanteil liegt mit 31 % auf gleichem Niveau mit den Werten der Vorjahre. Das durchschnittliche Lebensalter der Hamburger Klienten

1 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.

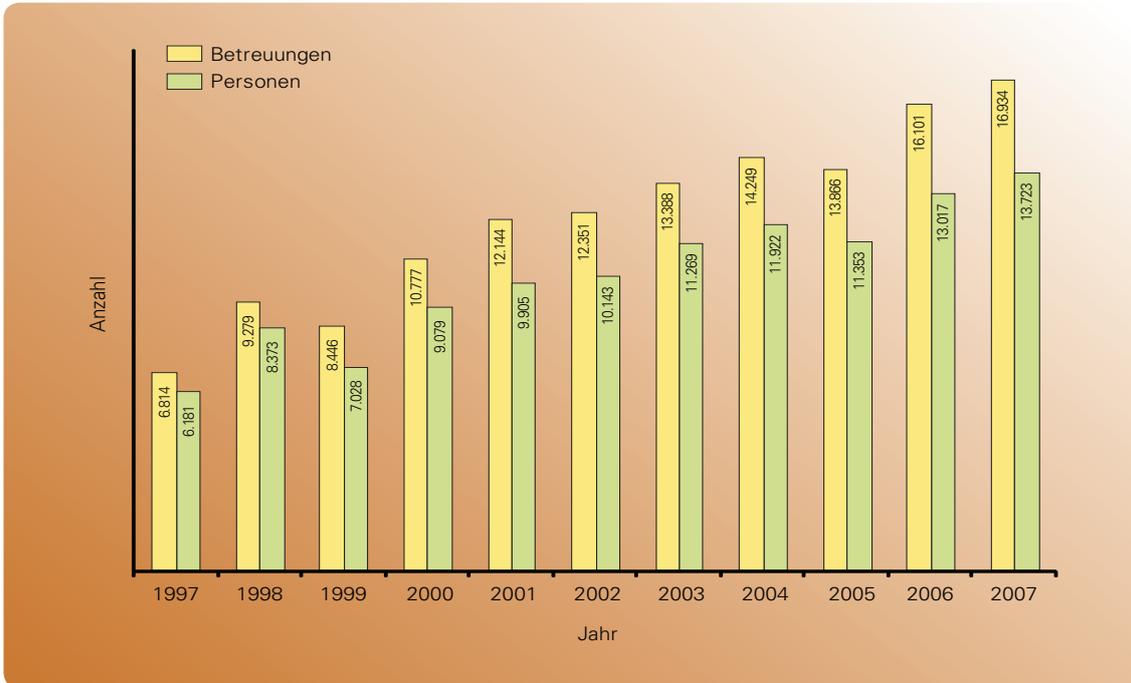
2 Die im Jahre 2007 in der Hamburger Suchthilfe eingesetzten Dokumentationssysteme sind: Abdul, IZB, Patfak light, proBADO und WAY.

3 Da die im Rahmen der neuen Beratungsangebote erhobenen Daten den bestehenden Einrichtungen zugeordnet sind, können diese im Rahmen der Auswertung (noch) nicht differenziert betrachtet werden.

4 Die proVivere Substitutionsambulanzen sind seit vielen Jahren integraler Bestandteil des Hamburger ambulanten Suchthilfesystems, in denen institutionalisiert Substitutionsbehandlungen kombiniert mit ärztlich-medizinischer Grundversorgung und psychosozialer Betreuung für Drogenabhängige angeboten wird. Circa 30% bis 40% der Hamburger Substituierten erhalten in diesen drei Einrichtungen ihr Substitut, alle weiteren Substitutionsbehandlungen in Hamburg werden von niedergelassenen Ärzten durchgeführt, die keine Daten an die BADO liefern.

tel liegt bei 39 Jahren, wobei die Männer mit einem mittleren Alter von 38 Jahren im Durchschnitt zwei Jahre jünger als die Frauen sind. Über ein Fünftel der Klient(inn)en ist jünger als 28 Jahre, über ein Viertel ist älter als 45 Jahre (28 %).

Abbildung 1.1:
Anzahl der in der BADO dokumentierten Betreuungen und Personen nach Erhebungsjahr



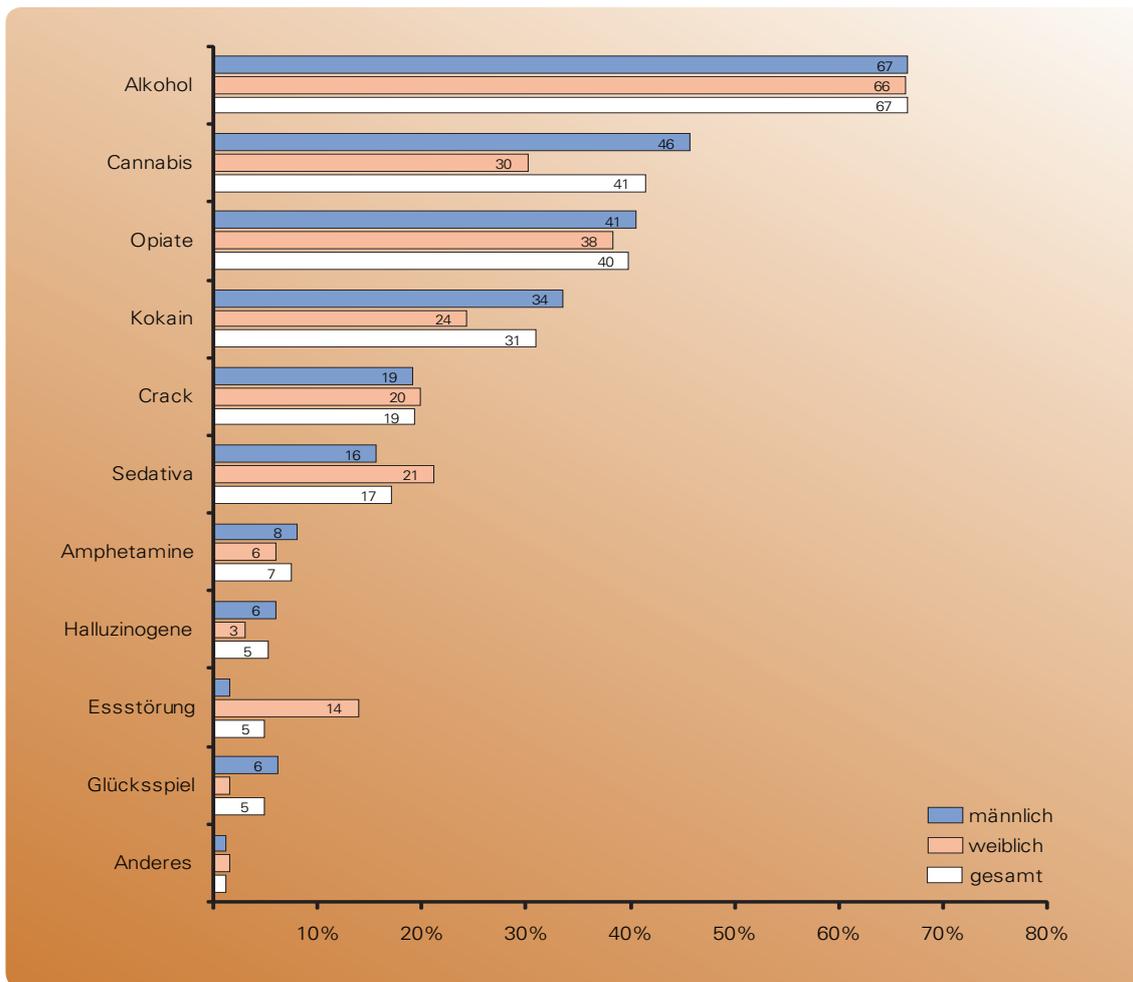
Größtenteils, mit einem relativen Anteil von 41 %, wurden die Betreuungen von suchtmittelübergreifenden Einrichtungen geleistet. Knapp ein Viertel fand in Einrichtungen des Typs „illegale Drogen“ und ein Fünftel der Betreuungen in Einrichtungen des Typs „legale Drogen“ statt. Auf Einrichtungen mit einem Hauptschwerpunkt „Betreuung für Substituierte“ entfallen 15 % der Betreuungen.

Neben Betreuungen von Personen mit einer eigenständigen Suchtproblematik werden in der BADO auch Beratungen und Betreuungen von Angehörigen erfasst. In 2007 lassen sich in der Gesamtgruppe der Betreuten 1.310 unterschiedliche Angehörige finden, die 1.365 Betreuungen in Anspruch nahmen. Im Gegensatz zu der von der Suchtproblematik direkt betroffenen Klientel besteht die Gruppe der Angehörigen überwiegend aus Frauen (72 %). Trotz der grundsätzlichen Bedeutsamkeit der Angehörigenarbeit für das ambulante Suchthilfesystem wird die Gruppe der Angehörigen in den weiteren Auswertungen nicht weiter berücksichtigt.

Die Frage nach der Hauptdroge wird in der aktuellen Fassung der BADO als Mehrfachantwort erhoben. Hierdurch sind die Suchtberater(innen) nicht gezwungen, sich für eine Substanz entscheiden zu müssen, wenn mehrere Substanzen für die Probleme der Klient(inn)en in Frage kommen. Wird Tabak nicht berücksichtigt, wird für jede(n) zweiten Klient(in) mehr als eine Hauptdroge bzw. Hauptproblem festgehalten. Der Anteil an Klient(inn)en mit zwei oder drei zugewiesenen Hauptsubstanzen liegt bei 30 %. Im Mittel werden pro Klient(in) 2,2 (±1,7) Hauptdrogen bzw. Hauptprobleme dokumentiert.

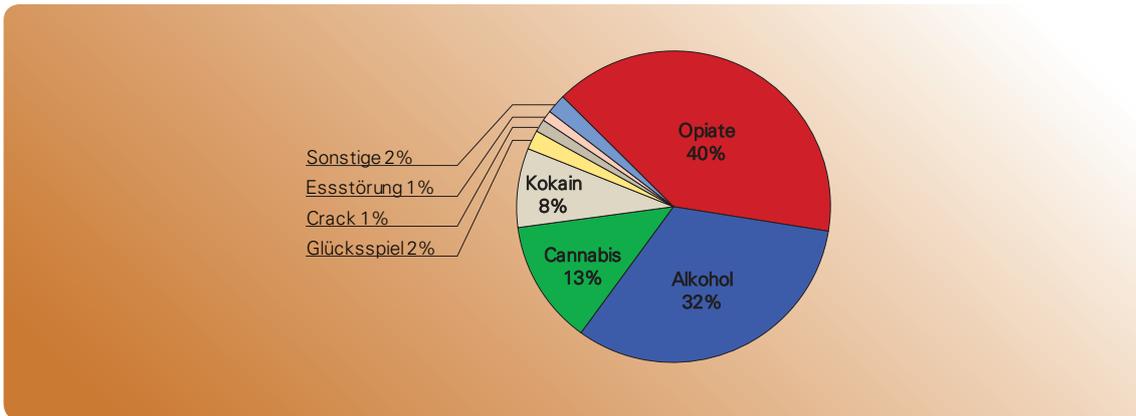
In zwei Drittel der Fälle, und damit am häufigsten, steht der problematische Alkoholkonsum im Mittelpunkt des Hilfesuchs. Bei 41 % der Klient(inn)en ist es der problematische Konsum von Cannabis, bei 40 % sind es Opiate. Während alkoholbedingte Probleme bei Männern und Frauen gleich häufig berichtet werden, sind die weiteren substanzbezogenen Probleme in der Regel häufiger bei den Männern vorzufinden. Besonders deutlich zeigt sich dies beim problematischen Konsum von Cannabis (Männer: 46 %, Frauen: 30 %) und Kokain (Männer: 34 %, Frauen: 24 %). Eine Ausnahme stellt der problematische Konsum von Sedativa dar, der von Frauen häufiger als von Männern genannt wird (Männer: 16 %, Frauen: 21 %). Ebenso ist der Anteil an Essstörungen in der weiblichen Klientel deutlich höher als in der männlichen (Männer: 2 %, Frauen: 14 %).

Abbildung 1.2:
Hauptprobleme der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht (Mehrfachantworten möglich)



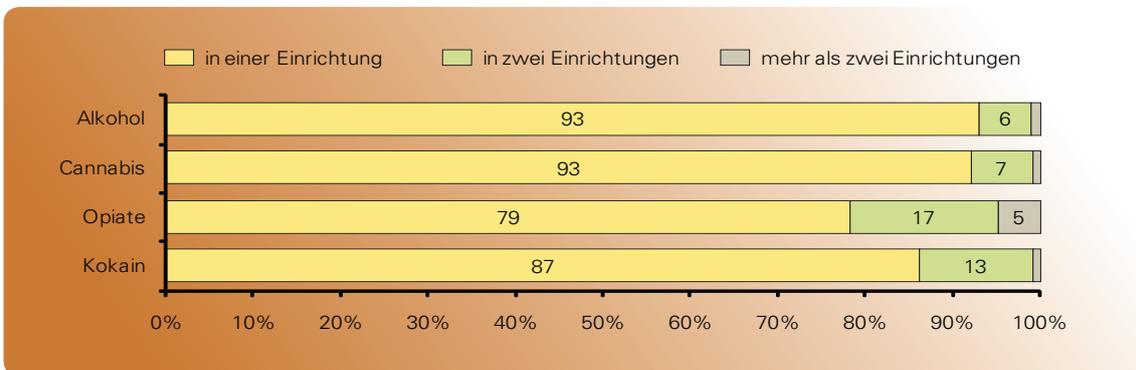
Zur Komplexitätsreduktion und zur Vergleichbarkeit mit wissenschaftlichen Befunden und den Ausführungen des Vorjahres werden die Daten zu Hauptsubstanzen verdichtet, so dass diese den üblichen Kategorien entsprechen, die weitestgehend die Rechtssituation, und somit auch die Lebenssituation der Konsumenten 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 aber Crack konsumieren, 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 40 % der Klient(inn)en in der Gruppe der Personen mit Opiatproblemen geführt. Die vor der Hierarchisierung größte Gruppe der Klient(inn)en mit einer Alkoholstörung stellt nach der Hierarchisierung nunmehr den zweitgrößten Anteil von 32 %, enthält nun jedoch nur noch Klient(inn)en mit legalem Suchtverhalten. Die im Rahmen der Hierarchisierung erzeugte Hauptgruppe der Cannabis-Klient(inn)en umfasst 13 % aller Klient(inn)en. 93 % aller Klient(inn)en der Hamburger ambulanten Suchthilfeeinrichtungen finden sich in den Hauptgruppen Opiate, Alkohol, Cannabis und Kokain wieder. 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 1.3:
Hauptdroge zusammengefasst (hierarchisiert) der Klient(inn)en in 2007



Mit Hilfe des HIV-Codes kann abgebildet werden, inwieweit Klient(inn)en innerhalb eines Jahres in mehreren Einrichtungen Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Solche Mehrfachbetreuungen können zum einen parallel stattfinden, z.B. wenn Klient(inn)en in den Drogenambulanzen mit Substitutionsmitteln versorgt und ihre psychosoziale Betreuung durch andere Einrichtungen des Hilfesystems geleistet werden. Zum anderen können die verschiedenen Einrichtungen auch nacheinander aufgesucht werden, z.B. wenn Klienten innerhalb eines Jahres inhaftiert werden und vorher oder nachher eine Suchtberatungsstelle aufsuchen. Aus den Beispielen wird deutlich, dass solche Mehrfachbetreuungen seitens der Suchthilfe durchaus regelhaft und gewollt sein können. Insgesamt kann festgehalten werden, dass der überwiegende Teil der Klient(inn)en (86 %) innerhalb des Berichtsjahres nicht mehr als eine Einrichtung aufsucht. Nach Hauptgruppen differenziert betrachtet zeigt sich, dass eher Klient(inn)en der Hauptgruppen Opiate und Kokain in mehreren Einrichtungen betreut werden.

Abbildung 1.4:
Mehrfache Betreuungen in unterschiedlichen Einrichtungen von Klient(inn)en in 2007 nach Hauptdroge bzw. -problem



2. Alkohol

In dem folgenden Kapitel werden betreuungs- und personenbezogene Inhalte von Klient(inn)en mit Alkoholproblemen beschrieben. Während sich auf Betreuungsebene die Darlegungen auf alle im Jahr 2007 durchgeführten Betreuungen beziehen, wird auf Personenebene, wie bereits in der Datengrundlage beschrieben, der letzte dokumentierte Zustand der Klient(inn)en berichtet. Liegen zu einer Person mehrere Betreuungen für das Auswertungsjahr 2007 vor, so werden, um Doppelzählungen zu vermeiden, nur die Angaben zur letzten aktuellen Betreuung dargestellt. 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 bei den personenbezogenen Darstellungen die aktuelle Situation der Hamburger Klient(inn)en möglichst vollständig dargestellt werden kann. Auch in den nachfolgenden Kapiteln (zu den anderen Hauptdrogen) wird diese Form der Ergebnisdarstellung beibehalten.

2.1. Betreuungen

Im Jahr 2007 sind in 33 Einrichtungen der Hamburger Suchtkrankenhilfe 3.905 verschiedene Personen aufgrund eines Alkoholproblems ambulant betreut worden. Diese Klient(inn)en erhielten insgesamt 4.553 Betreuungen.

Die Hälfte der Betreuungen für die Alkoholklientel (53 %) wurde in ambulanten Suchtberatungsstellen des Einrichtungstyps „suchtmittelübergreifend“ erbracht. Weitere 41 % entfallen auf den Einrichtungstyp „legale Drogen“. Andere Einrichtungstypen spielen bei der Versorgung von Personen mit Alkoholproblemen erwartungsgemäß nur eine untergeordnete Rolle.

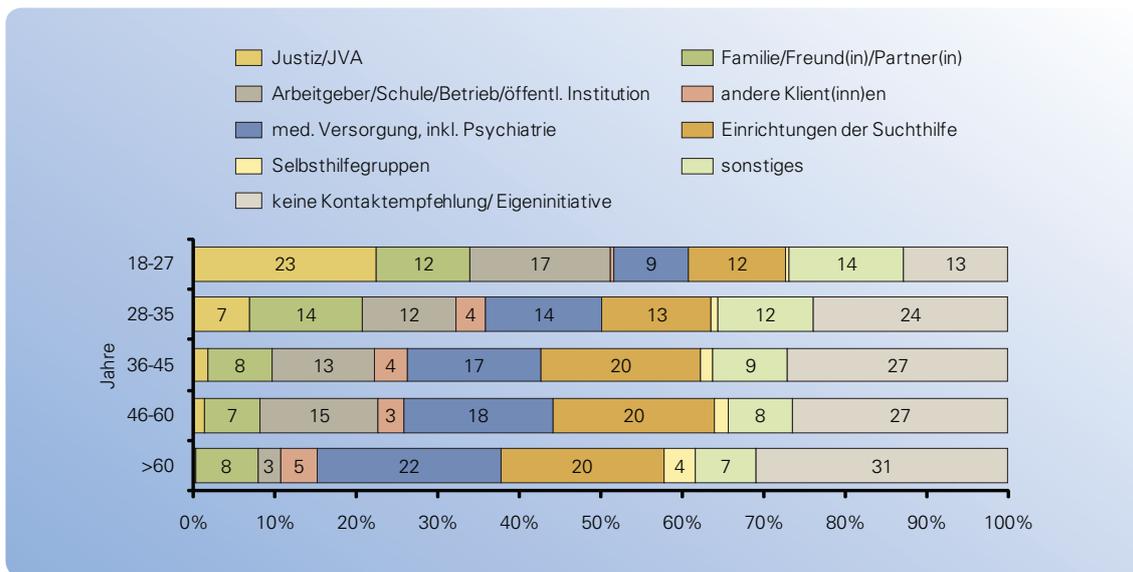
Die weit überwiegende Zahl der Betreuungen erfolgt in Form einer ambulanten Beratung bzw. Betreuung (92 %). Etwa jede elfte Betreuung beinhaltet ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (9 %). Frauen nehmen diese mit 13 % etwas häufiger in Anspruch als die männlichen Klienten. Hingegen erhalten Männer mit einem Anteil von 10 % in höherem Maße niedrigschwellige Hilfen als die Frauen (6 %; Gesamt: 9 %). Eine ambulante medizinische Behandlung ist für 8 % aller Betreuungen von Alkoholklient(inn)en dokumentiert worden. Alle anderen Betreuungstypen sind (bezogen auf deren Anteile) von nachrangiger Bedeutung.

Neben der Betreuung in der dokumentierenden Einrichtung finden für die Hälfte aller Betreuungen (52 %) noch zusätzlich ergänzende Betreuungen in anderen Teilen der Suchthilfe statt. So suchen beispielsweise 16 % der männlichen und 22 % der weiblichen Klient(inn)en Selbsthilfegruppen auf. Für weitere 17 % ist als ergänzende Betreuung eine Entgiftung bzw. ein Entzug dokumentiert. Bei jeder zwölften Betreuung (8 %) findet parallel eine stationäre Entwöhnungsbehandlung statt.

Die Klient(inn)en finden auf sehr verschiedene Art und Weise Zugang zum ambulanten Hilfesystem. Etwa ein Viertel (27 %) nimmt selbst Kontakt mit einer Einrichtung auf; Frauen mit 29 % etwas häufiger als die männlichen Klienten (25 %). 19 % der Betreuungen der Alkoholklientel wurden von anderen Einrichtungen der Suchthilfe und weitere 17 % von Einrichtungen der medizinischen Versorgung vermittelt. Hieran ist die weitgehend funktionierende Vernetzung zwischen dem ambulanten Suchthilfesystem und den anderen Bereichen der Suchtkrankenhilfe Hamburgs erkennbar. Während bei Betreuungen von männlichen Klienten zu 15 % angegeben wird, dass der Kontakt zur Suchthilfe auf Empfehlung des Arbeitgebers, der Schule oder anderer öffentlicher Institutionen zustande kam, trifft dies bei den Betreuungen der weiblichen Klienten nur auf 8 % zu. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich auch in der Vermittlung durch die Justiz bzw. die JVA. So wurde für 4 % der Betreuungen von männlichen Klienten, aber lediglich bei 1 % der Betreuungen der weiblichen Klientel, eine solche Form der Kontaktabahnung dokumentiert. Jede zwölfte Betreuung (8 %) ist mit Hilfe der Familie, der Freunde oder des Partners zustande gekommen. Nennenswerte geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich hier nicht.

In Abbildung 2.1 ist die Kontaktempfehlung in Abhängigkeit vom Lebensalter der Klient(inn)en dargestellt. Auffällig sind insbesondere die Verteilungen der Eigeninitiative und der Kontaktempfehlung durch die Justiz bzw. JVA. Während beispielsweise nahezu ein Drittel der Betreuungen der über Sechzigjährigen auf eigenen Wunsch begonnen wurden, sind es bei den 28- bis 35-Jährigen 24 % und bei den unter 28-Jährigen lediglich 13 %. Dem gegenüber wurde für mehr als jede fünfte Betreuung dieser letztgenannten jüngsten Klient(inn)engruppe eine Vermittlung durch justizielle Einrichtungen dokumentiert. Bei den über 36-Jährigen spielt diese Form der Kontaktempfehlung nur noch eine untergeordnete Rolle. Hier sind neben der bereits erwähnten Eigeninitiative insbesondere die Vermittlung durch andere Einrichtungen der Suchthilfe sowie Einrichtungen der medizinischen Versorgung von Bedeutung. An dieser Stelle sei noch auf die Spezialauswertung zu „Alter und Sucht“ der Alkohol Klient(inn)en verwiesen (Abschnitt 2.10), in der ausführlich altersspezifische Charakteristika dieser Klientel dargestellt werden.

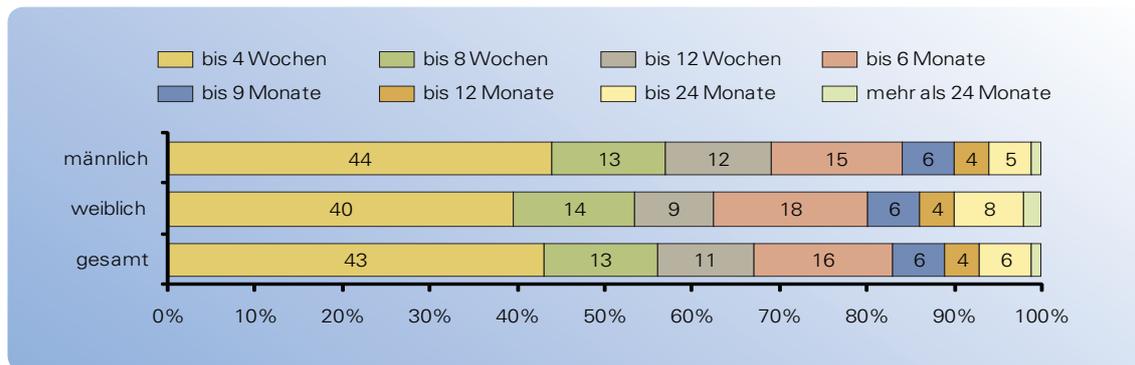
Abbildung 2.1:
Kontaktempfehlung für die Betreuung in 2007 nach Alter



Der vergleichsweise hohe Anteil der Betreuungen mit einer Kontaktempfehlung durch andere Einrichtungen der Suchthilfe bzw. der medizinischen Versorgung spiegelt sich auch in der Verteilung der vorangegangenen Betreuungen während der letzten 60 Tage vor Betreuungsbeginn wider. Mehr als der Hälfte aller Betreuungen des Jahres 2007 (57 %) ging eine suchtspezifische Maßnahme in den 60 Tagen vor Betreuungsbeginn voraus. Bei den Betreuungen der weiblichen Klienten trifft dies mit einem Anteil von 63 % bemerkenswert häufiger zu als bei denen der Männer (53 %). Am häufigsten wurden in diesem Zusammenhang die Entzugsbehandlungen (26 %; Männer: 24 %; Frauen: 29 %), die stationären Entwöhnungsbehandlungen (12 %; Männer: 11 %; Frauen: 14 %) und die Selbsthilfegruppen (8 %; Männer: 7 %; Frauen: 11 %) dokumentiert.

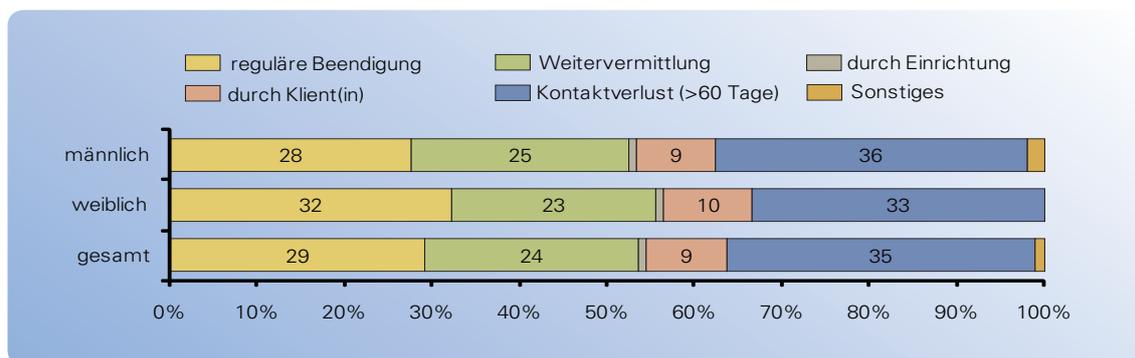
Die weit überwiegende Mehrheit der Betreuungen von Personen mit Alkoholproblemen erfolgte als Auflage (79 %; Frauen 88 %; Männer 75 %). Jeweils 6 % der Betreuungen sind per Auflage durch die Justiz bzw. das Arbeitsamt angebahnt worden; die von Männern jeweils in deutlich höherem Maße (8 % bzw. 7 %) als die der weiblichen Klienten (1 % bzw. 2 %). Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass sich die Vermittlung durch das Arbeitsamt bzw. die ARGE somit gegenüber dem Vorjahr nur unwesentlich erhöht hat (2006: 5 %). Auflagen durch den Arbeitgeber treffen auf 4 % aller Betreuungen zu. Von den 4.553 durchgeführten Betreuungen des Jahres 2007 sind im laufenden Berichtsjahr 3.028 Betreuungen abgeschlossen worden. Die mittlere Betreuungsdauer liegt bei 109 Tagen (± 184) und ist somit gegenüber dem Vorjahr nochmals gesunken (2006: 115 Tage (± 223); 2005: 132 Tage (± 245)). Die Betreuungen der männlichen Klienten nehmen mit durchschnittlich 103 Tagen (± 184) weniger Zeit in Anspruch als die der Frauen (121 Tage (± 184)). Aus Abbildung 2.2 wird deutlich, dass mehr als die Hälfte der durchgeführten ambulanten Betreuungen nur von kurzer Dauer sind (bis zu 8 Wochen: 56 %).

Abbildung 2.2:
Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in 2007 nach Geschlecht



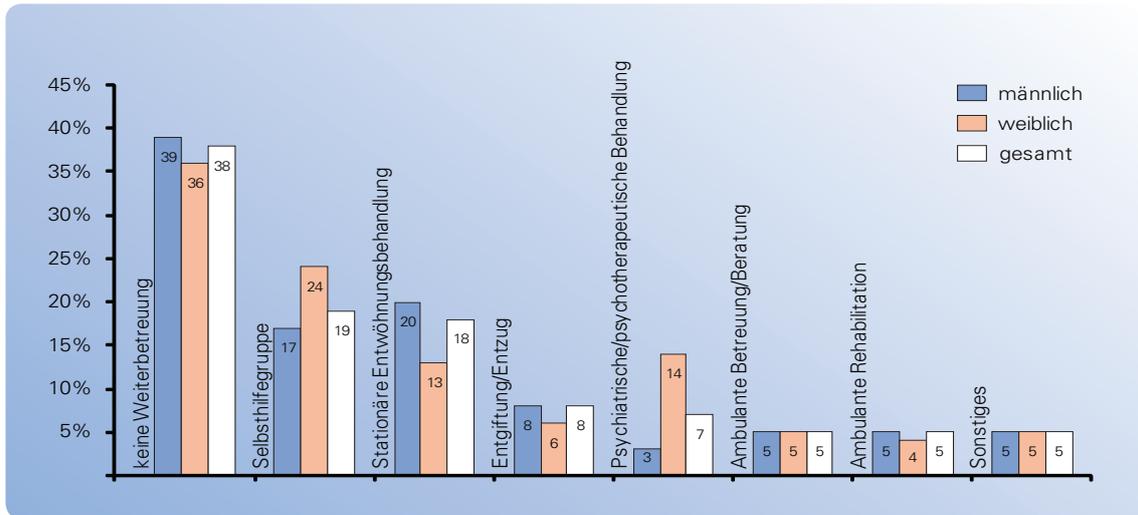
Etwas mehr als die Hälfte aller abgeschlossenen Behandlungen wurden regulär oder durch die Vermittlung in andere Einrichtungen beendet (siehe Abbildung 2.3). Der Anteil regulärer Beendigungen von Betreuungen weiblicher Klienten ist etwas höher als bei den Männern. Dafür stellt unter Letzteren der Kontaktverlust (über 2 Monate) die häufigste Form der Beendigung einer Betreuung dar. Nahezu jede zehnte Betreuung wird formell durch den Klienten bzw. die Klientin abgebrochen. Im Vergleich zu den letzten beiden Erhebungsjahren zeigen sich in 2007 bzgl. der regulären Beendigungen (2006 & 2005: 32 %) und der Weitervermittlungen (2006 & 2005: 22 %) nur jeweils geringe Abweichungen.

Abbildung 2.3:
Art der Beendigung der Betreuungen in 2007 nach Geschlecht



Die Mehrzahl der Betreuungen im Hamburger Hilfesystem wird nach ihrer Beendigung in anderen Einrichtungen oder Maßnahmen des Suchthilfesystems fortgeführt (62 %). So finden beispielsweise 17 % der Betreuungen der männlichen Klienten und 24 % der Betreuungen von Frauen nach Betreuungsende in einer Selbsthilfegruppe ihre Fortsetzung (siehe Abbildung 2.4). Eine stationäre Entwöhnungsbehandlung im Anschluss an die laufende Betreuung ist für ein Fünftel der Betreuungen der männlichen und 13 % der weiblichen Alkoholkielntel dokumentiert worden. Für die Betreuungen der letztgenannten Klientengruppe spielt außerdem die psychiatrische bzw. psychotherapeutische Weiterbetreuung eine nicht unbedeutende Rolle. Weiterbetreuungen in Form einer Entzugsbehandlung oder einer Entgiftung sind für etwa jede zwölfte Betreuung benannt worden. Bei diesem auf den ersten Blick gering erscheinenden Anteil ist jedoch zu berücksichtigen, dass 25 % der Klient(inn)en vor Beginn der aktuellen Betreuung bereits eine Entzugsbehandlung in Anspruch nahmen und weitere 17 % sich aktuell ergänzend zur laufenden Betreuung in einer solchen Maßnahme befinden.

Abbildung 2.4:
Weiterbetreuung in anderen suchtspezifischen Einrichtungen in 2007 nach Geschlecht
(Mehrfachantworten möglich)



Zusammenfassung: Betreuungen

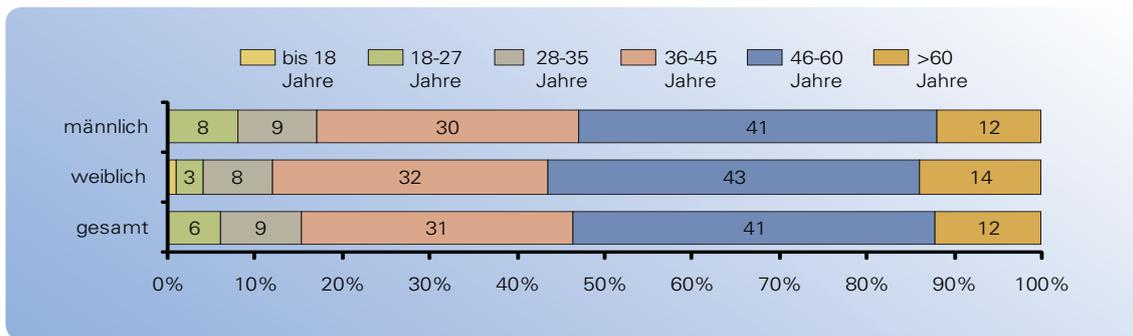
Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Zahl der Betreuungen für Personen mit Alkoholproblemen um etwas mehr als 300 auf jetzt 4.553 Betreuungen für 3.905 verschiedene Personen erhöht. Die Klient(inn)en finden auf sehr verschiedene Art und Weise Zugang zum ambulanten Hilfesystem. Etwa ein Viertel nimmt selbst Kontakt mit einer Einrichtung auf; ein Fünftel der Betreuungen wurde von anderen Einrichtungen der Suchthilfe und weitere 17 % von Einrichtungen der medizinischen Versorgung vermittelt. Mehr als der Hälfte aller begonnenen Betreuungen (57 %) ging eine Betreuung in den 60 Tagen zuvor voraus. Besonders häufig wurden in diesem Zusammenhang der Entzug, die stationäre Entwöhnungsbehandlung und die Selbsthilfegruppen genannt. Die mittlere Betreuungsdauer liegt bei 109 Tagen und ist somit gegenüber dem Vorjahr nochmals gesunken (2006: 115 Tage). Bei mehr als der Hälfte der Betreuungen erfolgt die Beendigung planmäßig, d.h. regulär oder durch Weitervermittlung. Etwa jede dritte Betreuung wird aufgrund des fehlenden Kontaktes zu(r)m Klient(in)en beendet. Nahezu jede zehnte Betreuung ist von de(r)m Klient(in)en formell beendet worden. Die Mehrzahl der Betreuungen im Hamburger Hilfesystem werden nach ihrer Beendigung in anderen Einrichtungen oder Maßnahmen des Suchthilfesystems fortgeführt (62 %); besonders häufig in Form der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe bzw. der stationären Entwöhnungsbehandlung.

2.2. Personen

In den Einrichtungen des ambulanten Hamburger Suchtkrankenhilfesystems sind im Jahre 2007 insgesamt 3.905 unterschiedliche Personen wegen einer alkoholbezogenen Störung betreut worden. Zwei Drittel sind männlichen Geschlechts (66 %). Das Verhältnis von Männern zu Frauen erweist sich somit im Laufe der letzten Jahre als stabil (Frauen: 2005: 33 %; 2006: 34 %).

Auch das durchschnittliche Lebensalter der Alkohol Klient(inn)en variiert im Laufe der zurückliegenden drei Jahre kaum. Es liegt mit 46,3 Jahren ($\pm 11,5$) nur unwesentlich über dem Wert des Vorjahres (2006: 46,1 Jahre ($\pm 11,3$)) und 0,7 Jahre über dem Durchschnittsalter der Klient(inn)en des Jahres 2005 ($\pm 11,3$). Frauen sind mit durchschnittlich 47,4 Jahren ($\pm 11,0$) im Mittel nahezu zwei Jahre älter als die männlichen Alkohol Klienten (45,7 Jahre ($\pm 11,6$)). Dementsprechend sind sie, wie Abbildung 2.5 zu entnehmen ist, in den älteren Alterskohorten auch jeweils etwas überrepräsentiert, während insbesondere bei den 18- bis 27-Jährigen die Männer häufiger vertreten sind.

Abbildung 2.5:
Alter der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht



Genau die Hälfte der Alkohol Klientel ist im Jahre 2007 erstmals in der Hamburger Basisdatendokumentation erfasst worden. Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigen sich, anders als in den früheren Berichtsjahren, nicht mehr. Etwas mehr als ein Drittel (38 %) erhielt auch schon im Jahre 2006 eine ambulante Betreuung (Frauen: 41 %; Männer: 37 %). Hierbei handelt es sich zu einem nicht unerheblichen Teil um Klient(inn)en, deren Betreuung erst im vierten Quartal 2006 begann, und somit, bei einer mittleren Betreuungsdauer von über drei Monaten, noch im Jahre 2007 weitergeführt worden ist.

2.3. Konsum

Das aktuelle Konsumverhalten der Hamburger Alkohol Klientel stellt sich als heterogen dar (siehe Abbildung 2.6). Ein Fünftel trinkt (fast) täglich Alkohol; Männer häufiger als die weiblichen Klienten. Ein weiteres Fünftel konsumiert an acht bis 24 Tagen im Monat Alkohol. Dieser nicht unerheblichen Zahl häufig Alkohol konsumierender Klient(inn)en steht eine Gruppe von betreuten Personen gegenüber, die aktuell abstinent sind. Ihr Anteil beträgt für die Gesamtgruppe 49 %. Bei den weiblichen Klienten ist die Abstinenz von Alkohol häufiger anzutreffen als bei den Männern.

Abbildung 2.6:
Konsumhäufigkeit der letzten 30 Tage (Aktuell) der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht

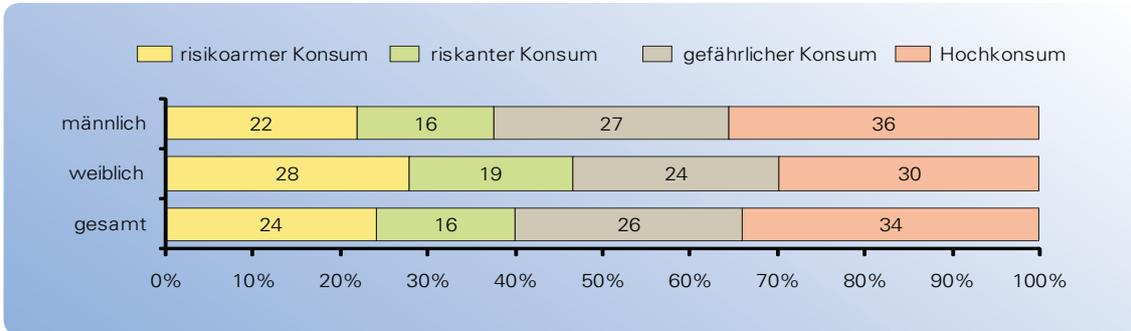


Neben der Konsumhäufigkeit wird seit Einführung des neuen hamburgischen Datensatzes auch die Menge des konsumierten Alkohols an einem durchschnittlichen Trinktag dokumentiert. In Verbindung mit der oben berichteten Konsumhäufigkeit lässt sich daraus die innerhalb eines Monats konsumierte Alkoholmenge bestimmen, die sich wiederum in die während des letzten Monats durchschnittlich pro Tag aufgenommene Menge Alkohol umrechnen lässt. Um die inhaltliche Einordnung der verschiedenen Trinkmengen zu erleichtern, sind diese entsprechend der Klassifikation von Kraus et al. (2005) je nach Betrag bestimmten Konsummustern zugeordnet worden¹.

¹ Die durchschnittliche tägliche Trinkmenge reinen Alkohols während der letzten 30 Tage wurde in die folgenden Konsummuster überführt: Abstinenz (Männer & Frauen: 0g); risikoarmer Konsum (Männer: >0-30g, Frauen: >0-20g), riskanter Konsum (Männer: >30-60g, Frauen: >20-40g), gefährlicher Konsum (Männer: >60-120g, Frauen: >40-80g) sowie Hochkonsum (Männer: >120g, Frauen: >80g).

In Abbildung 2.7 sind diese Konsummuster für die aktuell Alkohol konsumierenden Klienten wiedergegeben. Sie macht deutlich, dass ein erheblicher Teil dieser Klient(inn)en (60 %) ein gefährliches bzw. noch darüber hinaus gehendes Trinkverhalten aufweist. Männer betrifft dies in stärkerem Maße als die weiblichen Klient(inn)en.

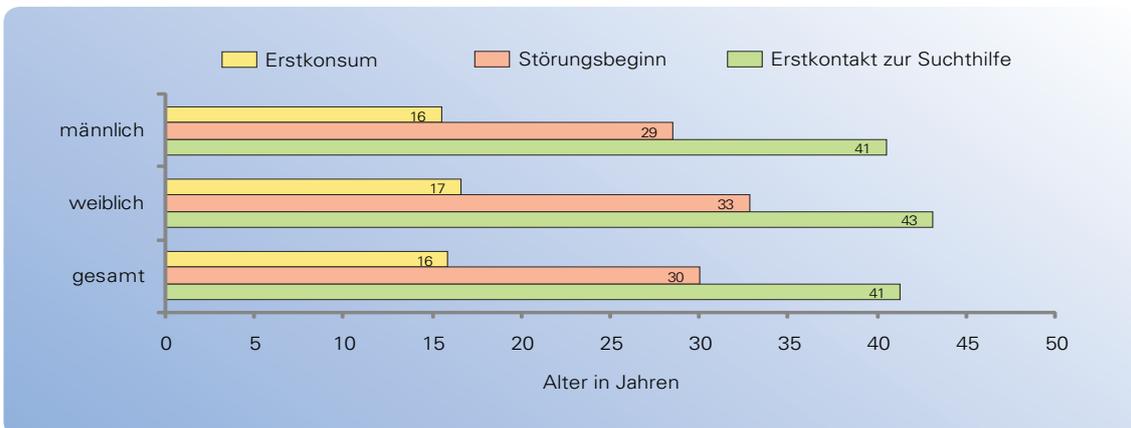
Abbildung 2.7:
Konsummuster (nur Konsument(inn)en) der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht



Die Abbildungen 2.6 und 2.7 machen somit die Anforderungen an die Suchthilfe in Bezug auf die Betreuung von Personen mit Alkoholproblemen sichtbar: Auf der einen Seite gilt es, den stark konsumierenden Klient(inn)en Wege aufzuzeigen, ihren Alkoholkonsum einzuschränken bzw. gänzlich zu beenden und auf der anderen, die aktuell nicht konsumierenden Klient(inn)en zu befähigen, ihre Abstinenz aufrechtzuerhalten.

In Abbildung 2.8 ist das Alter des ersten Konsums, das Alter der erstmals aufgetretenen Störung durch den Alkoholkonsum und das Alter des ersten Kontaktes mit einer Suchthilfeeinrichtung wiedergegeben. Die Klient(inn)en geben an, in einem Alter von durchschnittlich 15,9 Jahren das erste Mal Alkohol konsumiert zu haben; Frauen mit 16,6 Jahren etwas später als die männlichen Klienten (15,5 Jahre). Anders als bei Nikotin und den Opiaten vollzieht sich die Ausbildung substanzbezogener Störungen bzgl. des Alkohols innerhalb eines über viele Jahre andauernden Zeitraums. Die Klient(inn)en berichten, dass sie mit durchschnittlich 30,0 Jahren erstmals alkoholbedingte Störungen registrierten, d. h. etwa 15 Jahre nach dem erstmaligem Konsum von Alkohol. Bei Männern vollzieht sich diese Entwicklung schneller (13,0 Jahre vom Erstkonsum bis zur Störung) als bei den Frauen (16,2 Jahre). Trotz der bereits vorliegenden Störungen vergehen im Mittel noch weitere 11,3 (Frauen) bzw. 12,0 Jahre (Männer), ehe sich die jetzigen Klient(inn)en erstmals an eine Einrichtung der Suchthilfe wenden. Die oben beschriebenen gefährlichen Konsummuster vieler Klient(inn)en sind somit auch Ergebnis eines sich über viele Jahre verfestigten Konsumverhaltens. Das Ziel der ambulanten Suchthilfe muss hier nach wie vor sein, diese Latenzzeiten zu verringern und Menschen mit problematischem Alkoholkonsum möglichst frühzeitig zu erreichen.

Abbildung 2.8:
Alter des Erstkonsums, des Störungsbeginns und des Erstkontakts zur Suchthilfe der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht

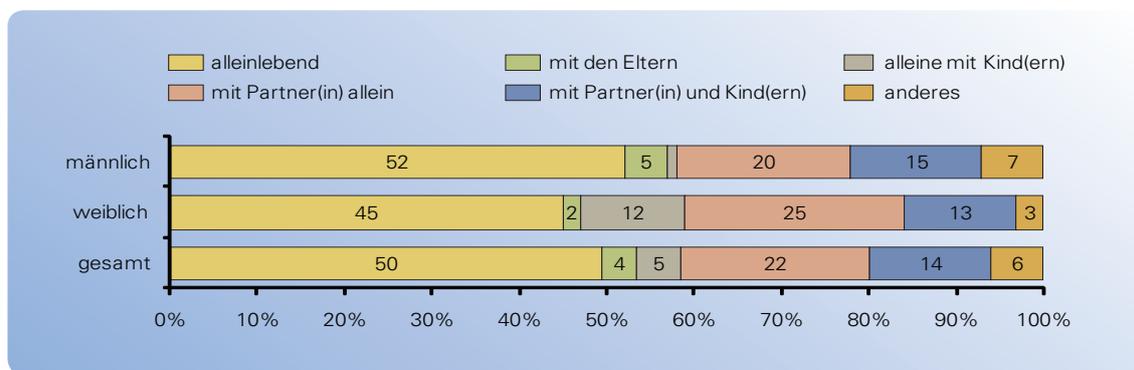


Ein über das Alkoholproblem hinausgehendes problematisches Konsumverhalten ist nur für wenige Klient(inn)en dokumentiert worden. So weisen 4 % ein Medikamentenproblem auf und weitere 3 % haben Essstörungen. Von einem problematischem Glücksspielverhalten sind zusätzlich 2 % betroffen.

2.4. Soziale Beziehungen und Lebenssituation

Alkoholprobleme stellen nicht nur für die Beteiligten selbst, sondern auch für deren Angehörige eine erhebliche Belastung des Lebensalltags dar. In der Darstellung der Lebenssituation der Klient(inn)en in Abbildung 2.9 findet dies seinen Widerhall. Die Hälfte von ihnen ist derzeit alleinlebend. Männer sind hiervon häufiger betroffen als Frauen. Etwa ein Drittel der Alkoholklientel lebt ausschließlich mit dem Partner oder mit dem Partner und den eigenen Kindern zusammen. Etwa jede achte Klientin ist alleinerziehend. Bei den Männern ist diese Lebenssituation erwartungsgemäß selten vorzufinden. Im Vergleich zu den Jahren 2005 und 2006 zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede in der Lebenssituation der Alkoholklientel.

Abbildung 2.9:
Lebenssituation der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht (ohne Inhaftierte)



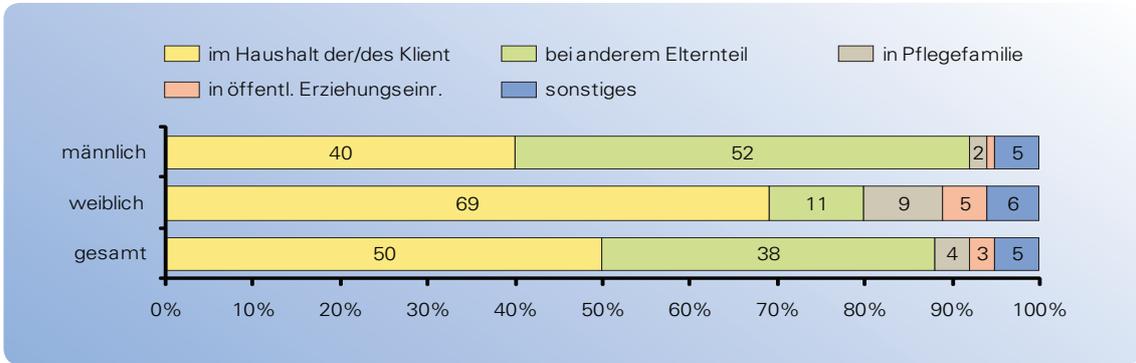
Der hohe Anteil alleinlebender Klient(inn)en spiegelt sich auch im Familienstand wider. Nur etwas mehr als ein Viertel (27 %) ist aktuell verheiratet und weitere 3 % leben in einer eheähnlichen Gemeinschaft. Nahezu jede(r) vierte Klient(in) gibt an, geschieden zu sein; Frauen mit 29 % etwas häufiger als die männlichen Klienten (22 %). Im Vergleich zur Hamburger Normalbevölkerung, die einen Anteil an Geschiedenen von 9 % (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2008) aufweist, wird die große Belastung für Partnerschaften von alkoholabhängigen Personen deutlich. Auch die hohen Anteile der Ledigen unter der Alkoholklientel (Männer: 44 %; Frauen: 33 %) verweisen darauf. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass eine bestehende Partnerschaft nicht zwangsläufig als stabilisierendes Moment im Leben eines Menschen mit Alkoholproblemen angesehen werden muss. Deutlich wird dies an den Anteilen der Personen, die zwar mit einem Partner zusammenleben, dieser jedoch selbst ein Suchtproblem aufweist. Insbesondere die Frauen sind davon überdurchschnittlich häufig betroffen (37 %; Männer 15 %).

Aus den bisherigen Ausführungen dieses Abschnitts wurde bereits deutlich, dass die Ausbildung eines Alkoholproblems zu erheblichen Belastungen des sozialen Beziehungsgefüges der betroffenen Personen führt. Als noch bedeutsamer stellt sich jedoch eine Alkoholproblematik für den Fall dar, dass eigene Kinder zu betreuen und versorgen sind.

Etwa sechs von zehn Klient(inn)en geben an, Kinder zu haben (57 %); Frauen mit 63 % häufiger als die männlichen Klienten (54 %). Die mittlere Anzahl der Kinder in Bezug auf alle Klient(inn)en beträgt 1,1. Auch hier sind die Werte für die Frauen etwas höher (1,2 Kinder) als für die männliche Alkoholklientel. Für die Arbeit der Suchthilfe ist jedoch weniger die gesamte Zahl der Kinder von Interesse, sondern vielmehr die Frage, wie viele minderjährige Kinder die Klient(inn)en haben und ob diese in der Obhut ihrer alkoholabhängigen Eltern sind. Insgesamt gibt etwas mehr als ein Viertel der Klientel an, Kinder im minderjährigen Alter zu haben (27 %). Unterschiede zwischen Männern und Frauen finden sich hier nicht. In Bezug auf den Aufenthaltsort der minderjährigen Kinder sind hingegen erhebliche geschlechtsspezifische Differenzen festzustellen (siehe Abbildung 2.10). So geben beispielsweise lediglich 40 % der männlichen Klienten an, dass sie mit den minderjährigen Kindern in einem Haushalt leben. Der

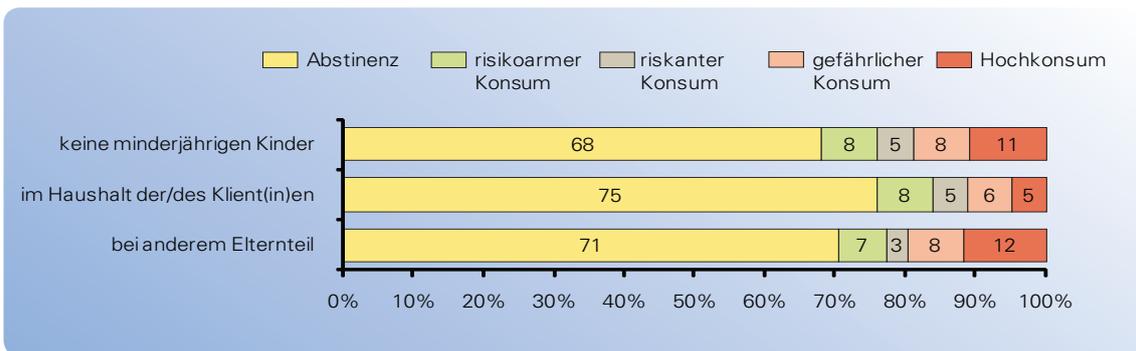
überwiegende Teil dieser Minderjährigen lebt hingegen bei dem anderen Elternteil. Bei den weiblichen Klienten stellt sich die Situation deutlich anders dar. Etwas mehr als zwei Drittel der Frauen, die eigene minderjährige Kinder haben, leben auch mit diesen zusammen. Etwa jeweils ein Zehntel ist bei dem anderen Elternteil oder in einer Pflegefamilie untergebracht.

Abbildung 2.10:
Aufenthaltort der minderjährigen Kinder der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht



In Abbildung 2.11 sind die Konsummuster von Alkoholclient(inn)en mit minderjährigen Kindern in Abhängigkeit vom aktuellen Aufenthaltsstatus der Kinder wiedergegeben. Aus der Grafik wird deutlich, dass mehr als vier Fünftel der Klient(inn)en, deren minderjährige Kinder noch im eigenen Haushalt leben, abstinent sind bzw. einen risikoarmen Alkoholkonsum aufweisen. Ein für die eigene Gesundheit gefährliches Konsumverhalten zeigen 6 % und jeder Zwanzigste ist ein Hochrisikokonsument. Die Erreichung dieser hochriskant konsumierenden Eltern minderjähriger Kinder stellt aufgrund der möglichen Kindeswohlgefährdung eine besondere Herausforderung für das Suchthilfe- und Jugendhilfesystem dar. Bei Klient(inn)en, deren minderjährige Kinder bei dem anderen Elternteil leben, findet sich ein intensiver Alkoholkonsum während einer laufenden Betreuung mit einem Anteil von 12 % der Hochkonsument(inn)en deutlich häufiger. Gleiches gilt für Personen mit Alkoholproblemen, die keine minderjährigen Kinder haben.

Abbildung 2.11:
Konsummuster von Klient(inn)en mit minderjährigen Kindern in 2007 nach Aufenthaltsstatus der Kinder



Für eine erfolgreiche Behandlung der Alkoholprobleme ist eine stabile Wohnsituation unerlässlich. Bei der weit überwiegenden Zahl der Klient(inn)en ist dies gegeben. Dennoch unterscheiden sich die Anteile des aktuellen Aufenthaltsortes von Männern und Frauen. Dies ist zu einem gewissen Grade auf den höheren Anteil der in Haft betreuten männlichen Klienten zurückzuführen (5 %; Frauen 0,4 %). Wird die inhaftierte Klientel bei der Betrachtung des aktuellen Aufenthaltsortes nicht einbezogen, so zeigt sich, dass prozentual mehr Frauen (90 %) als Männer (82 %) in einer eigenen Wohnung leben. Hingegen haben die männlichen Klienten häufiger bei Angehörigen (5 %) oder in Hotels und anderen Unterkünften eine Bleibe gefunden (3 %) bzw. berichten von Klinikaufhalten (3 %).

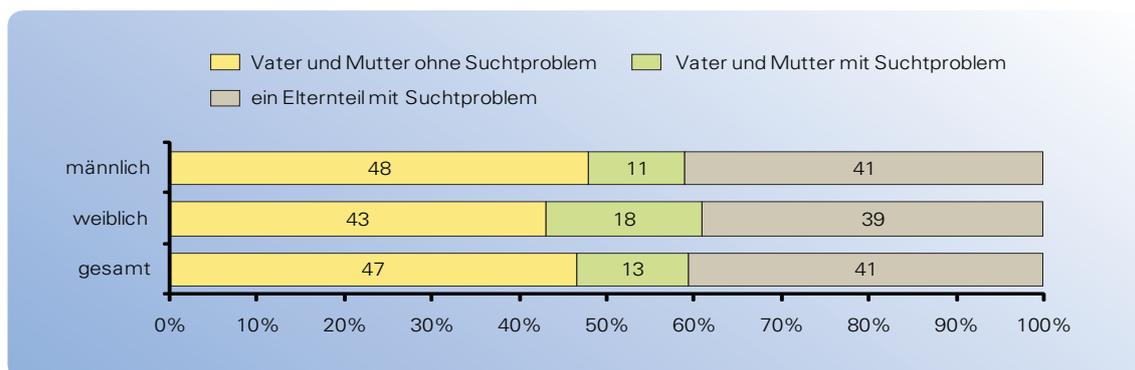
2.5. Biografischer Hintergrund

Die in der Hamburger Basisdatendokumentation betreuten Klient(inn)en mit Alkoholproblemen sind in der weit überwiegenden Mehrheit (92 %) deutsche Staatsangehörige. Weitere 3 % sind Bürger eines anderen Staates der Europäischen Union und 5 % einem Staat angehörig, der nicht der Europäischen Union zuzuordnen ist. Männer sind in der letztgenannten Klienten(inn)engruppe mit einem Anteil von 6 % etwas häufiger vertreten als Frauen (4 %). Bezogen auf die Hamburger Normalbevölkerung, die einen Anteil ausländischer Mitbürger von 14 % (Statistisches Bundesamt 2008a) aufweist, sind Personen mit Alkoholproblemen nichtdeutscher Nationalität somit im hamburgischen Suchtkrankenhilfesystem unterdurchschnittlich vertreten.

In der BADO wird neben der Staatsangehörigkeit auch der Migrationshintergrund der Klient(inn)en erfasst. Demnach haben 85 % der von Alkoholproblemen Betroffenen keine Migrationserfahrungen (Männer 83 %; Frauen 90 %). Etwa jede achte Person ist hingegen selbst migriert (Männer: 14 %; Frauen: 8 %) und weitere 3 % sind Kinder von Migrant(inn)en. Nach den Angaben des Mikrozensus 2006 (Statistisches Bundesamt 2008b) liegt der Anteil der Hamburger Bürger mit Migrationserfahrungen bei ca. 26 %. Somit ist auch diese Bevölkerungsgruppe unter den ambulant betreuten Personen mit Alkoholproblemen unterrepräsentiert. Die Frage, ob Personen mit Migrationserfahrungen aufgrund ihrer kulturellen Prägung ein besonderes, weniger problematisches Konsumverhalten aufweisen oder sie mit den derzeit vorhandenen Strukturen der Suchtkrankenhilfe nicht erreicht werden können, lässt sich anhand der derzeit vorliegenden Informationen nicht beantworten.

Die Biografie von Klient(inn)en mit Alkoholproblemen ist geprägt von einer Vielzahl belastender Lebenserfahrungen. Diese sind zum Teil Folge, oftmals aber auch begünstigende Faktoren der Alkoholkrankung. Besonders deutlich wird dieser letztgenannte Punkt in Bezug auf die Klient(inn)en, die angeben, in einem suchtbelasteten Elternhaus aufgewachsen zu sein (siehe Abbildung 2.12). Vier von zehn berichten, dass ein Elternteil selbst Suchtprobleme aufwies, bei weiteren 13 % waren sogar beide Elternteile hiervon betroffen. Somit war die Hälfte der Alkoholkielntel einer solchen belastenden Sozialisation ausgesetzt; Frauen etwas häufiger als die männlichen Klienten. In Anbetracht der nicht unbeträchtlichen Zahl minderjähriger Kinder, die nach den Daten der BADO noch bei den Klient(inn)en leben (N=689), sind hier zukünftig größere Anstrengungen notwendig, um der transgenerationalen Weitergabe des Suchtproblems erfolgreich zu begegnen. Alkoholkielnt(inn)en mit minderjährigen Kindern sollte daher eine besondere Aufmerksamkeit zu Teil werden, verbunden mit der Möglichkeit einer intensiven problemzentrierten Betreuung.

Abbildung 2.12:
Klient(inn)en in 2007 aus suchtbelastetem Elternhaus nach Geschlecht



Auch Heimerfahrungen bzw. andere Formen der öffentlichen Erziehung spielen für die Herausbildung einer Suchterkrankung offensichtlich eine bedeutende Rolle. Mit einem Anteil von 13 % sind Personen mit solchen Sozialisationserfahrungen im Vergleich zur Hamburger Normalbevölkerung deutlich überrepräsentiert². Männliche Personen sind hiervon mit einem Anteil von 15 % häufiger betroffen als Frauen (11 %).³

Die Klient(inn)en der Hamburger Suchthilfe sind auch nach ihren bisherigen Gewalterfahrungen befragt worden. Da sich diese Frage auf die gesamte Lebensspanne der Klient(inn)en bezieht, können die gemachten Angaben sowohl auf Erfahrungen vor der Ausbildung der Alkoholerkrankung als auch auf die Zeit danach rekurren. Die Hälfte der Alkoholklientel gibt an, schon körperliche Gewalt erfahren zu haben (49 %); Frauen mit 53 % etwas häufiger als die männlichen Klienten (47 %). Deutlich größer sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede in Bezug auf sexuelle Gewalterfahrungen. Mehr als jede dritte Klientin berichtet hiervon (36 %; Männer: 6 %).

Neben körperlichen, sprachlichen und anderen kognitiven Ausfallerscheinungen sind oftmals aggressive Handlungen die Folge eines übermäßigen Konsums von Alkohol. Dieser Umstand spiegelt sich auch in den Angaben zur selbst ausgeübten Gewalt wider. Mehr als ein Drittel der männlichen Klienten (38 %) und etwa jede achte Frau (13 %) berichtet von einem solchen Verhalten. Insbesondere bei den Klient(inn)en, die in ihrer Kindheit in Heimen aufwuchsen, sind solche Formen der Auseinandersetzung häufig anzutreffen (52 %).

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass davon auszugehen ist, dass ein nicht unbeträchtlicher Teil der oben berichteten Gewalterfahrungen Folge der Zugehörigkeit zu einem von Alkoholproblemen und damit einhergehender Gewaltausübung geprägten Milieu ist.

2.6. Ausbildung, Arbeitssituation und finanzielle Lage

Anders als bei den Konsument(inn)en harter illegaler Substanzen treten bei der Alkoholklientel die ersten substanzbezogenen Störungen zu einem Zeitpunkt auf, in welchem sowohl die schulische als auch die berufliche Ausbildung in der Regel bereits abgeschlossen sind. Während sich die Anteile der Personen mit Realschulabschluss zwischen den Alkoholklient(inn)en und der Hamburger Normalbevölkerung nur unwesentlich unterscheiden (28 % bzw. 29 %), sind Hauptschüler dennoch mit einem Anteil von 39 % unter den Personen mit Alkoholproblemen im Vergleich zur hamburgischen Normalbevölkerung mit einem Anteil von 27 % deutlich überrepräsentiert (Kraus et al. 2005). Dem gegenüber liegt der Anteil der Hamburger, deren Schulabschluss den Zugang zu einem Hochschulstudium ermöglicht, mit 41 % (ebd.) fast doppelt so hoch wie bei den Alkoholklient(inn)en (23 %). Weibliche und männliche Klient(inn)en unterscheiden sich hinsichtlich der schulischen Ausbildung vor allem bzgl. des Hauptschulabschlusses (Männer: 44 %; Frauen 30 %) und der mittleren Reife (Männer: 24 %; Frauen: 38 %). Beim Abitur sind diese geschlechtsspezifischen Differenzen weit weniger ausgeprägt (Männer: 22 %; Frauen: 26 %).

Obwohl erheblich mehr Frauen über eine gute schulische Bildung verfügen, unterscheiden sie sich hinsichtlich des Berufsausbildungsabschlusses kaum von den männlichen Klient(inn)en. Die überwiegende Mehrheit aller Alkoholklient(inn)en (Männer & Frauen: 81 %) kann eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen.

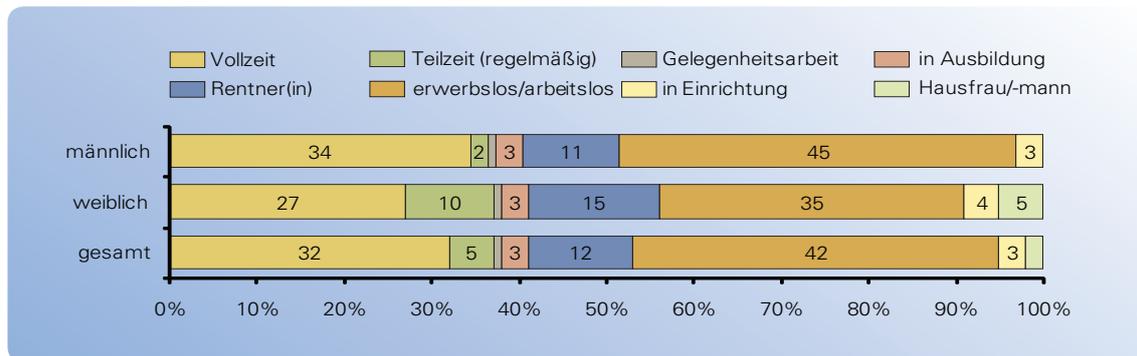
Trotz des hohen Anteils von Klient(inn)en mit abgeschlossener Berufsausbildung sind vier von zehn der erstgenannten Personengruppe aktuell arbeitslos⁴. Männer sind hiervon häufiger betroffen als die weiblichen Klienten. Einer Erwerbstätigkeit bzw. einer Ausbildung gehen vier von zehn der Alkoholklientel nach. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass Frauen häufiger teilzeitbeschäftigt sind als die männliche Alkoholklientel. Auffällig hoch erscheint auf den ersten Blick der Anteil der Rentner(innen) unter den Klient(inn)en. Er entspricht jedoch dem Anteil derer, die bereits das 60. Lebensjahr überschritten haben.

² In den 60er Jahren lebten im Durchschnitt in Deutschland ca. 200.000 Kinder in Heimen. Die Gruppe der bis 14-Jährigen hatte 1960 einen Anteil von 23,3 % an der gesamten Bevölkerung, so dass sich ein Anteil von Heimkindern an den jetzt 45-60 Jährigen von etwa 1,5 % ergibt.

³ In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die Mehrzahl der hier betrachteten Klient(inn)en in den 1950er bzw. 1960er Jahren in Heimen aufgewachsen sind. Die damalige Sozialisation in diesen Einrichtungen ist mit Sicherheit nicht mehr mit den derzeit gängigen Maßnahmen und Möglichkeiten öffentlicher Erziehung vergleichbar.

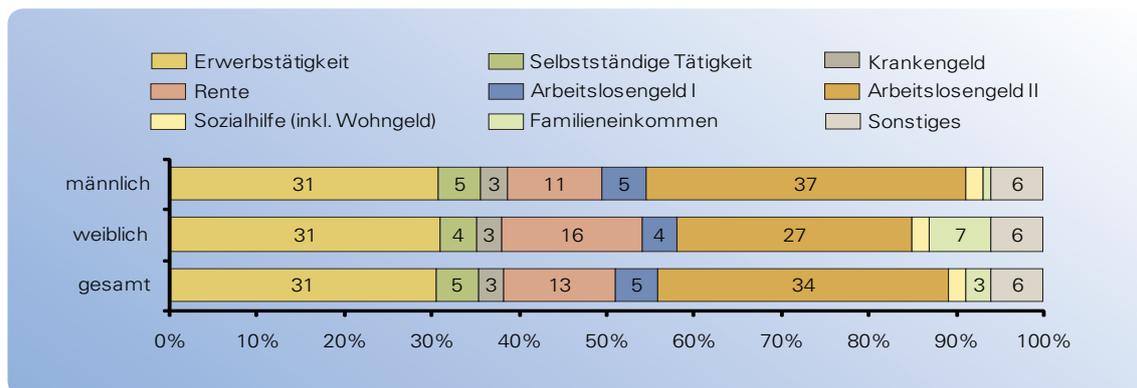
⁴ Inhaftierte sind bei den folgenden Angaben zur Erwerbs- und Einkommenssituation nicht einbezogen.

Abbildung 2.13:
Arbeits- und Ausbildungssituation der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht
(ohne Inhaftierte)



Die Klient(inn)en des ambulanten Hamburger Hilfesystems sind auch zu ihrer Haupteinkommensquelle befragt worden. Trotz guter Ausbildungssituation der Alkohol Klientel ist nur etwas mehr als ein Drittel in der Lage, ihr finanzielles Auskommen mit Hilfe einer Erwerbstätigkeit selbst zu bestreiten (2006: 36 %; 2005: 35 %). Mehr als jeder dritte männliche Klient und jede vierte Klientin ist ALG-II-Empfänger(in) und jede/r Zwölfte erhält Krankengeld oder Arbeitslosengeld-I. Von einer Rente leben bereits 16 % der Frauen und 11 % der männlichen Klienten, und weitere 7 % der weiblichen Klientel sind als Hausfrau auf das Einkommen ihres Partners angewiesen.

Abbildung 2.14:
Haupteinkommensquelle der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht (ohne Inhaftierte)



Die berichteten Schulden der Personen mit Alkoholproblemen sind ein Abbild ihrer Erwerbs- und Einkommenssituation. Nahezu die Hälfte gibt an, aktuell keine Schulden zu haben (47 %). Jedoch berichten Frauen von einer Schuldenfreiheit deutlich häufiger (58 %) als die männlichen Klienten (41 %). Fast jede(r) fünfte Klient(in) gibt an, mit Schulden bis maximal 5.000 Euro belastet zu sein (18 %; Männer: 18 %; Frauen: 17 %). Darüber hinausgehende Schulden sind für genau ein Fünftel der Personen mit Alkoholproblemen dokumentiert worden (Männer 23 %; Frauen: 14 %).⁵

2.7. Justizielle Probleme

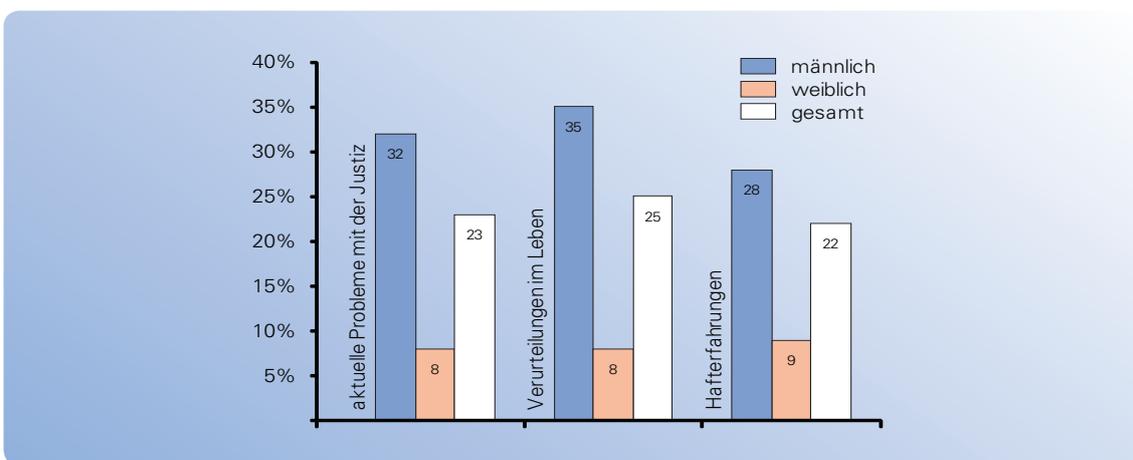
Der übermäßige Konsum von Alkohol hat neben den bereits beschriebenen Auswirkungen auf die ökonomische und soziale Situation auch oft eine Reihe justizieller Probleme zur Folge. Die oben berichtete Gewaltbereitschaft insbesondere der männlichen Alkohol Klientel findet somit womöglich in den Anteilen derer, die aktuell in Haft sind (10 %), zu einer Bewährungsstrafe verurteilt wurden (9 %) oder sich gerade vor Gericht verantworten müssen (4 %) ihren Widerhall. Etwa jedem zehnten männlichen Klienten

⁵ Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass bei 15 % der Klient(inn)en zwar dokumentiert wurde, dass sie verschuldet sind, jedoch über die Höhe der Schulden keine Angaben gemacht wurden. Die Anteile zu den einzelnen Schuldbeträgen und deren Verhältnis zueinander können daher von der realen Verteilung etwas abweichen.

ten und 5 % der weiblichen Alkohol Klientel ist der Führerschein entzogen worden. Von keinen aktuellen Problemen mit der Justiz berichten 92 % der Frauen, jedoch nur etwas mehr als zwei Drittel der männlichen Klienten.

Auch der Blick auf die jemals im bisherigen Leben erfahrenen Verurteilungen bestätigt die erheblich größere justizielle Belastung der männlichen Klientel. In diesem Zusammenhang sind neben der Kategorie „andere/unbekannte Delikte“ mit einem Anteil von 16 % insbesondere Verurteilungen in der Folge von Körperverletzungen (14 %; Frauen: 2 %) und das Führen eines Fahrzeuges unter Alkohol- oder Drogeneinfluss (12 %; Frauen: 4 %) von besonderer Bedeutung. Beschaffungskriminalität spielt erwartungsgemäß aufgrund der geringen Preise für Alkoholika nur eine untergeordnete Rolle (4 %; Frauen: 1 %). Insgesamt geben zwei Drittel der Männer und 92 % der weiblichen Klienten an, in ihrem bisherigen Leben noch nicht verurteilt worden zu sein. Mehr als ein Viertel der männlichen Klientel hat sich während des bisherigen Lebens schon einmal in Straftat befunden. Bei den Frauen ist es etwa jede Zehnte.

Abbildung 2.15:
Aktuelle Probleme mit der Justiz sowie Verurteilung und Hafterfahrungen im bisherigen Leben der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht

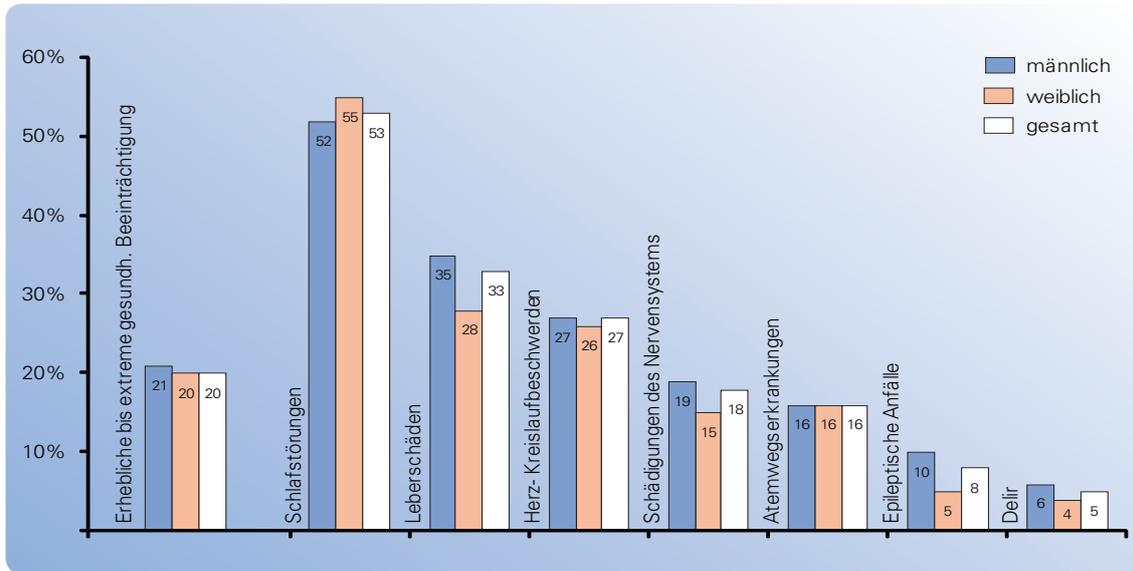


2.8. Gesundheitliche Situation und Behandlungsvorerfahrungen

Ein über viele Jahre ausgeübter hoher Alkoholkonsum hat in der Regel eine Vielzahl gesundheitlicher Beeinträchtigungen zur Folge. Die Daten der Hamburger Basisdatendokumentation spiegeln dies eindrucksvoll wider. So ist nach Auffassung der dokumentierenden Mitarbeiter der Suchthilfe jede(r) fünfte Alkohol Klient(in) erheblich bzw. extrem gesundheitlich beeinträchtigt. Die Anteile von Männern und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich nur geringfügig. Weitere zwei Drittel der Klientel weisen wenige bis mittlere gesundheitliche Beeinträchtigungen auf (Männer: 64 %; Frauen: 69 %). Nur etwa jede(r) siebte Klient(in) ist beschwerdefrei (14 %).

Abbildung 2.16 ist zu entnehmen, von welchen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen die Klient(inn)en in besonderem Maße betroffen sind. Etwas mehr als die Hälfte klagt aktuell über Schlafstörungen und jede(r) dritte Alkohol Klient(in) weist alkoholbedingte Leberschäden auf; Männer etwas häufiger als die weiblichen Klienten. Jede vierte Person mit Alkoholproblemen berichtet über Herz-Kreislaufbeschwerden und ein Fünftel der Männer sowie 15 % der weiblichen Klient(inn)en über Schädigungen des Nervensystems. Des Weiteren wurden häufig genannt: Atemwegserkrankungen, epileptische Anfälle, Delir und sonstige schwere Erkrankungen. Der hohe Anteil der letztgenannten sonstigen Erkrankungen, von denen Frauen häufiger betroffen sind als die männlichen Klienten, deutet auf relevante schwere Erkrankungsformen hin, die bisher mit der BADO nicht erfasst werden und zukünftig genauer untersucht werden sollten.

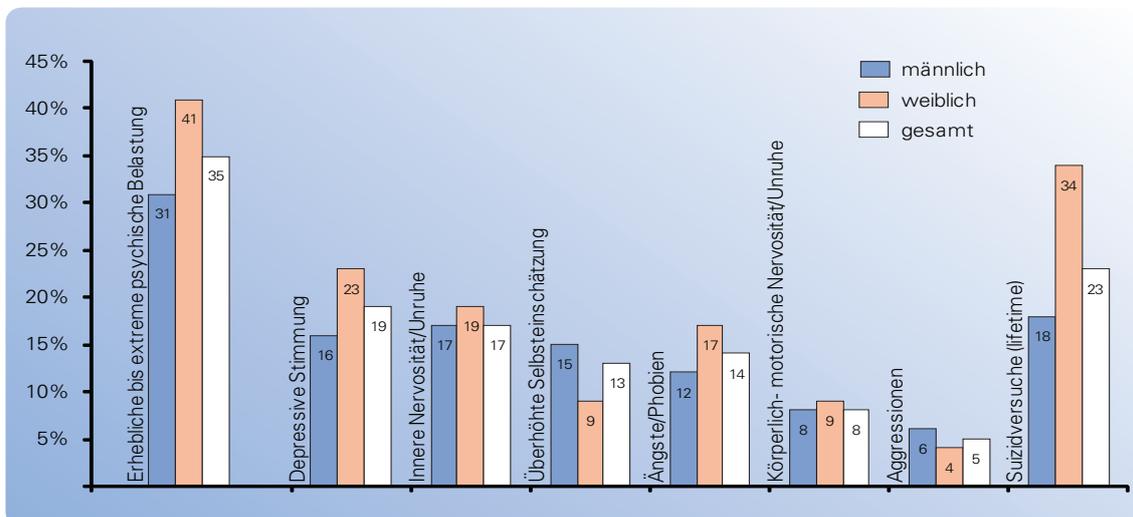
Abbildung 2.16: Einschätzung der gesundheitlich-körperlichen Beeinträchtigung (erheblich/extrem) und gesundheitliche Beschwerden der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht



Das Leben der im Hamburger Suchthilfesystem betreuten Personen mit Alkoholproblemen ist von gravierenden psychischen und/oder seelischen Belastungen begleitet. Mehr als ein Drittel dieser Klientel berichtet von erheblichen bzw. extremen Beschwerden dieser Art. Frauen sind hiervon in deutlich höherem Maße betroffen als die männlichen Klienten. Einen differenzierteren Blick auf die Bedeutung der verschiedenen Arten psychischer und seelischer Belastung gestattet Abbildung 2.17. Demnach leidet nahezu ein Fünftel der Alkoholklientel in erheblichem bzw. extremem Ausmaß an depressiven Stimmungen; Frauen häufiger als die männlichen Klienten. Über innere Nervosität und Unruhe klagen 17 % der betreuten Personen mit Alkoholproblemen. Es folgen Ängste und Phobien, überhöhte Selbsteinschätzung, körperlich-motorische Unruhe und Aggressionen. Über sonstige schwere psychische Probleme berichtet nahezu ein Drittel der Frauen und jeder fünfte männliche Klient.

Die schwierige psychische Verfassung eines nicht unerheblichen Teils der Alkoholklientel findet ihren Ausdruck in dem hohen Anteil derjenigen, die im Laufe ihres Lebens bereits einen Suizidversuch unternommen haben. Jede dritte weibliche Klientin gibt an, mindestens einmal schon versucht zu haben, sich das Leben zu nehmen (34 %). Nahezu jede Zehnte berichtet sogar von mehrmaligen Suizidversuchen (9 %). Die männlichen Klienten zeigten hingegen ein weniger stark ausgeprägtes suizidales Verhalten.

Abbildung 2.17: Einschätzung der psychischen bzw. seelischen Belastung und deren Symptome (erheblich/extrem) der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht



Die gesundheitlichen Probleme der Klientel äußern sich auch in den Anteilen medizinischer Behandlungen im Laufe des zurückliegenden Jahres. Nahezu drei Viertel geben an, in den letzten zwölf Monaten ambulant medizinisch versorgt worden zu sein (73 %); Frauen mit einem Anteil von 78 % häufiger als die männliche Alkohol Klientel (70 %). Von stationären Krankenhausaufenthalten berichteten 40 % der Personen mit Alkoholproblemen. Frauen und Männer unterscheiden sich diesbezüglich nur geringfügig. Der Beginn der letzten dokumentierten Betreuung stellt in der Regel nicht den ersten Kontakt zum Suchthilfesystem dar. Nur ein Fünftel der Klientel gibt an, zuvor noch nie aufgrund eines Suchtproblems betreut worden zu sein (19 %). Wenn bereits ein früherer Kontakt zur Suchthilfe bestand, dann liegt dieser im Mittel 6,5 Jahre bei den Männern und sieben Jahre bei den Frauen zurück. Besonders häufig berichten die Alkohol Klient(inn)en von stationären Entzügen (57 %) und stationären Rehabilitationen (37 %). Die ambulanten Formen dieser Behandlungen spielten bisher mit Anteilen von 14 % resp. 13 % eine deutlich geringere Rolle. Selbsthilfegruppen sind im Rahmen der Betreuung und gesellschaftlichen Wiedereingliederung alkoholkranker Menschen von großer Bedeutung. Dies spiegelt sich auch in den Daten der Hamburger Basisdatendokumentation wider. Nahezu jede(r) dritte Klient(in) hat in den zurückliegenden Jahren eine Selbsthilfegruppe besucht (30 %).

Zusammenfassung: Personen mit Alkoholproblemen

Im Jahr 2007 sind insgesamt 3.905 unterschiedliche Personen wegen eines alkoholbedingten Suchtproblems betreut worden, dies sind ca. 300 Personen mehr als in 2006. Das durchschnittliche Lebensalter der Alkohol Klient(inn)en variiert im Laufe der zurückliegenden drei Jahre kaum. Es liegt mit 46,3 Jahren nur unwesentlich über dem Wert des Vorjahres und 0,7 Jahre über dem Durchschnittsalter der Klient(inn)en des Jahres 2005. Genau die Hälfte der Alkohol Klientel ist im Jahr 2007 erstmals in der Hamburger Basisdatendokumentation erfasst worden. Das aktuelle Konsumverhalten stellt sich als heterogen dar. Während ein Fünftel unter der laufenden Betreuung (fast) täglich Alkohol trinkt, sind 49 % aktuell abstinent. Dieser hohe Anteil abstinenter Klient(inn)en kann als Erfolg der Arbeit der Suchthilfe in Hamburg gewertet werden. Die Klient(inn)en geben an, in einem Alter von durchschnittlich 15,9 Jahren das erste Mal Alkohol konsumiert zu haben. Die erste alkoholbedingte Störung trat mit durchschnittlich 30,0 Jahren auf. Die weit überwiegende Zahl der Alkohol Klient(inn)en verfügt über eine eigene Wohnung (85 %) und nahezu die Hälfte ist derzeit alleinlebend. Insgesamt hat etwas mehr als ein Viertel der Klientel Kinder im minderjährigen Alter.

Die Biografie von Klient(inn)en mit Alkoholproblemen ist geprägt von einer Vielzahl belastender Lebenserfahrungen. So war mehr als die Hälfte von ihnen Suchtproblemen der eigenen Eltern ausgesetzt und jede(r) Achte ist in einem Heim aufgewachsen. Die Hälfte der Alkohol Klientel gibt an, im Laufe des bisherigen Lebens körperliche Gewalt erfahren zu haben. Mehr als jede dritte Klientin berichtet von sexueller Gewalt.

Einer Erwerbstätigkeit bzw. einer Ausbildung gehen 39 % der Alkohol Klientel nach. Dieser Anteil hat sich somit im Vergleich zum Vorjahr nicht verändert. Mehr als jeder dritte männliche Klient (37 %) und jede vierte Klientin (27 %) ist Alg-II-Empfänger, und jede(r) Zwölfte erhält Krankengeld bzw. Arbeitslosengeld-I. Nach Auffassung der dokumentierenden Mitarbeiter der Suchthilfe ist jede(r) fünfte Alkohol Klient(in) erheblich bzw. extrem gesundheitlich beeinträchtigt. Insbesondere Schlafstörungen, Leberschäden, Herz-Kreislaufbeschwerden und Schädigungen des Nervensystems werden häufig genannt. Mehr als ein Drittel der Alkohol Klientel berichtet von erheblichen bzw. extremen psychischen Belastungen (2006: 33 %; 2005: 36 %). Diese äußern sich vor allem in Form von depressiven Stimmungen, innerer Nervosität und Unruhe, Ängsten und Phobien sowie überhöhter Selbsteinschätzung. Die schwierige psychische Verfassung der Alkohol Klient(inn)en spiegelt sich auch in den häufigen Nennungen früherer Suizidversuche wider. Insbesondere Frauen (jede Dritte) berichten hiervon überdurchschnittlich.

2.9. Verlaufsdokumentation

An dieser Stelle wird die so genannte VERLAUDO seit ihrer Einführung in 2005 nun zum dritten Mal jahresbezogen ausgewertet. Die VERLAUDO erhebt systematisch den Eingangs- und Ausgangszustand der Klient(inn)en, wobei sich der Eingangsbefund auf den Beginn der jeweiligen Betreuungsepisode bezieht, 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). Insofern können Veränderungen im Verlauf der Betreuungsphasen kontinuierlich abgebildet und Rückschlüsse auf die Wirkungen der Intervention gezogen werden.

Um Verzerrungen durch Kurz- und Einmalkontakte bei den dargestellten Veränderungen zu vermeiden, erfolgt die Auswertung der Verlaufsdokumentation in diesem Berichtsjahr auf Basis einer speziellen Stichprobendefinition. Einbezogen werden alle Alkohol Klient(inn)en mit ihrer letzten abgeschlossenen Betreuung in 2007 und mit einer Betreuungsdauer von mindestens einem Monat (also 31 Tagen). Ausgeschlossen werden somit kürzer Betreute und Klient(inn)en mit nur einem Kontakt. Dies folgt der Hypothese, dass sich erst nach einer mindestens einmonatlichen Betreuungs- oder Kontaktphase ein nachweisbarer Behandlungseinfluss ergeben kann. Auch Inhaftierte bleiben bei der Auswertung der VERLAUDO unberücksichtigt, da ihre Situation vornehmlich von den Verhältnissen im Gefängnis abhängig sein dürfte.

Obwohl es sich bei der Hamburger BADO um eine Vollerhebung aller ambulanten Klient(inn)en handelt – und nur für diese Klient(inn)engruppen werden Aussagen getroffen –, werden die Veränderungen auf statistische Signifikanz geprüft. Da es sich aufgrund der Stichprobendefinition um eine ausgewählte Gruppe handelt und zudem nicht davon auszugehen ist, dass alle Klient(inn)en in allen Variablen vollständig erfasst wurden, die Ergebnisse jedoch allgemein auf die Behandlungseffekte der ambulanten Klient(inn)en bezogen werden, erfolgt die Interpretation der zu treffenden Aussagen nach statistischer Absicherung durch Signifikanztests.

Die Verlaufsauswertung umfasst N=1.412 Klient(inn)en mit der Hauptproblemsubstanz Alkohol. Zwei Drittel der Betreuten sind männlich (64 %), ein Drittel ist weiblich (36 %). Das aktuelle Durchschnittsalter liegt bei 46,9 ($\pm 11,1$) Jahren, wobei die Frauen mit 47,8 ($\pm 11,1$) Jahren gut ein Jahr älter sind als die Männer (46,4 ($\pm 11,3$) Jahre). Im Vergleich zur Gesamt-Klientel sind diesbezüglich nur geringe Unterschiede auszumachen: der Frauenanteil ist in der VERLAUDO-Stichprobe leicht erhöht, und das Durchschnittsalter liegt lediglich um 6 Monate höher (vgl. Abschnitt 2.2). Die Klient(inn)en wurden im Durchschnitt 187 Tage, also gut 6 Monate betreut. Mit 200 Tagen ist die mittlere Betreuungsdauer der Frauen drei Wochen länger als die der Männer mit 179 Tagen (siehe Tabelle 2.1). Die Hälfte der Klient(inn)en ist nicht länger als dreieinhalb Monate in der Betreuung (Median: 108 Tage). Es ist allerdings mehr als ein Zehntel, das vergleichsweise lange, nämlich zwischen ein und zwei Jahren, betreut wird. Bei der überwiegenden Betreuungsart handelt es sich um Beratung bzw. Betreuung. Dabei hatte gut ein Viertel nicht mehr als zwei bis fünf Kontakte (27 %). Ein weiteres Viertel kam zwischen sechs- und zehnmal in die Betreuung (25 %), bei 30 % bestanden elf bis dreißig Kontakte während der Betreuungsphase. Die Mehrheit kommt ohne Auflagen in die Behandlung; wenn, dann sind es vorwiegend die Männer, die institutionelle Behandlungsaufgaben haben. Bei einem Drittel wurde die aktuelle Betreuung regulär beendet, bei einem Viertel weitervermittelt. Die Männer hatten zur Hälfte, die Frauen zu fast zwei Dritteln Vorbehandlungen innerhalb der letzten zwei Monate vor der aktuellen Betreuungsphase, wobei es sich mehrheitlich um stationäre Entgiftungsbehandlungen handelte. Dem entsprechend – und das ist für die Bewertung der unter der Betreuung eintretenden Veränderungen von Bedeutung – kommt ein mit 31 % nicht geringer Klient(inn)enanteil bereits abstinent, d. h. ohne aktuellen Alkoholkonsum, in die ambulante (Weiter-)Behandlung.

Tabelle 2.1:
Dauer und ausgewählte Merkmale der letzten in 2007 beendeten während der BADO dokumentierten Betreuungsepisoden nach Geschlecht (N=1.412)

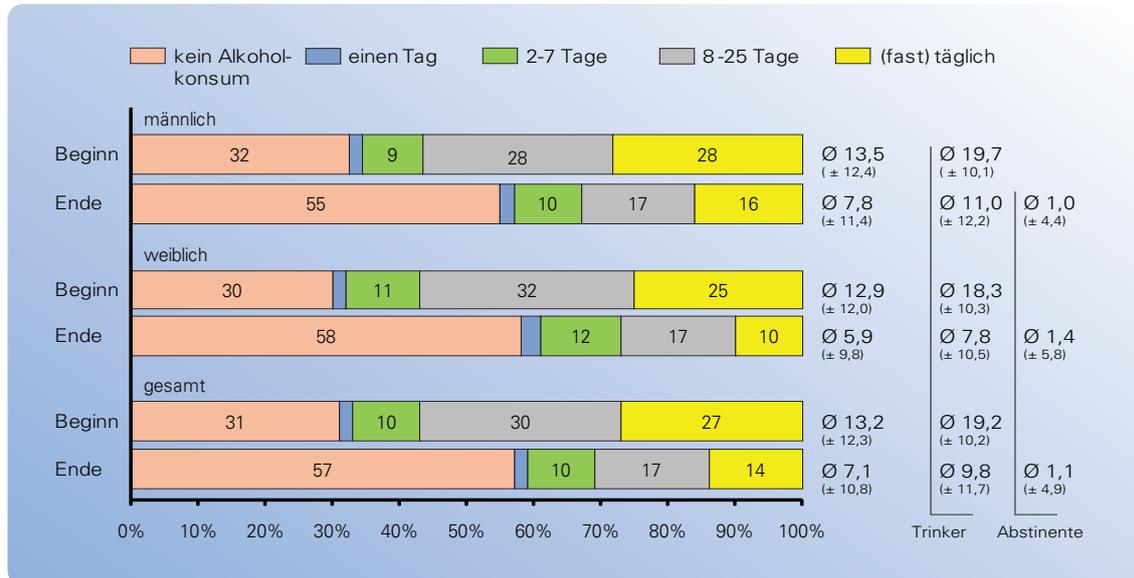
	männlich	weiblich	gesamt
aktuelle Betreuungsdauer			
bis 8 Wochen	24 %	22 %	24 %
bis 12 Wochen	20 %	15 %	18 %
bis 6 Monate	26 %	31 %	28 %
bis 9 Monate	11 %	10 %	10 %
bis 12 Monate	7 %	6 %	7 %
bis 24 Monate	10 %	14 %	11 %
mehr als 24 Monate	2 %	3 %	2 %
Durchschnitt in Tagen	179,4 (±217,6)	200,0 (±208,6)	186,9 (±214,5)
Betreuungsart (Mehrfachnennungen)			
ambulante Betreuung/Beratung	94 %	96 %	94 %
ambulante Reha	11 %	15 %	12 %
Betreuungsaufgabe (Mehrfachnennungen)			
Justiz	5 %	1 %	4 %
Arbeitgeber	6 %	4 %	5 %
Arbeitsamt	10 %	1 %	7 %
keine	73 %	88 %	79 %
Betreuungsende			
regulär	30 %	32 %	31 %
Weitervermittlung	24 %	26 %	25 %
Kontaktverlust	35 %	30 %	33 %
Vorbehandlungen letzte 60 Tage (Mehrf.)			
stationäre Entgiftung	23 %	30 %	25 %
stationäre Entwöhnung	11 %	14 %	12 %
keine	49 %	37 %	45 %
abstinent zu Behandlungsbeginn	32 %	30 %	31 %

Die ambulante Betreuung der Alkohol-Klient(inn)en erfolgt häufig nach stationären Entzugsbehandlungen und/oder längeren Entwöhnungsbehandlungen (stationärer Rehabilitation). Nur ein Fünftel dieser Klient(inn)en-Stichprobe hatte bisher keinen Kontakt zur Suchthilfe. Die Mehrheit der Klient(inn)en hat bereits eine oder mehrere stationäre Entzugsbehandlungen hinter sich (55 %). Bei den Frauen sind es fast zwei Drittel (62 %), die Männer waren zu 51 % bisher in der Entzugstherapie. Stationäre Rehabilitationsbehandlungen machte ein Drittel der Alkohol Klient(inn)en (33 %). Etwas weniger als ein Drittel der Klient(inn)en nahm bisher an Selbsthilfegruppen teil (30 %). Auch hier zeigt sich ein etwas stärker ausgeprägtes Inanspruchnahmeverhalten bei den Frauen (33 %) als bei den Männern (29 %).

Nachfolgend werden die Veränderungen bei der hier beschriebenen (und definierten) Alkohol Klientel hinsichtlich ihres Konsumverhaltens, ihrer sozialen Situation und ihres Gesundheitszustands dargestellt. Die Ergebnisse beziehen sich auf Personen, von denen jeweils zu beiden Zeitpunkten gültige Daten vorliegen. Wie aus Abbildung 2.18 zu ersehen ist, ergibt sich im Betreuungsverlauf fast eine Halbierung und damit deutliche Reduktion der Trinktage (innerhalb der letzten 30 Tage) von durchschnittlich 13,2 auf 7,1 (t-Test: $t=18,2$; $p<0,001$). Dieser Rückgang zeigt sich bei Männern und Frauen gleichermaßen (Interaktion von Geschlecht mit Zeiteffekt: Pillai-Spur=0,003; $p=0,058$). Betrachtet man nur die Personen, die zu Behandlungsbeginn Alkohol konsumieren, reduziert sich die Anzahl an Trinktagen von durchschnittlich 19,2 auf 9,8. Bei den übrigen (zu Beginn nicht trinkenden) Klient(inn)en erhöht sich der Durchschnittswert leicht von 0,0 auf 1,1 Trinktage. Insbesondere der Anteil an Abstinenten nimmt von 31 % auf 57 % deutlich zu. 28 % der Klient(inn)en sind zu Behandlungsbeginn und -ende ohne Alkoholkonsum. Hier

zeigt sich, dass die Aufrechterhaltung der Abstinenz, die den wesentlichen Betreuungsschwerpunkt bei entgifteten Klient(inn)en ausmacht, gelingt. Dem gegenüber halbiert sich der Anteil an (fast) täglichen Trinkern von 27 % auf 14 % (Wilcoxon-Test: $Z=-15,6$; $p<0,001$).

Abbildung 2.18:
Häufigkeit des Alkoholkonsums und durchschnittliche Anzahl an Trinktagen im letzten Monat nach Geschlecht (N=1.068)

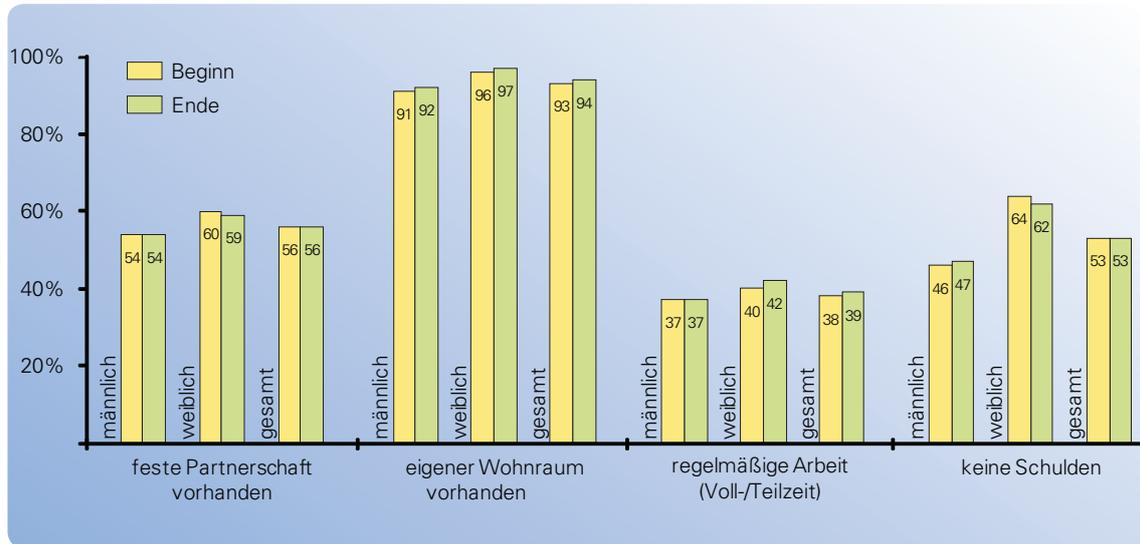


Nicht nur die Trinkfrequenz, gemessen an der Anzahl von Trinktagen, reduziert sich, sondern auch die Trinkmenge. Betrachtet man die durchschnittliche Menge reinen Alkohols pro Trinktag unter den Klient(inn)en, die zu Betreuungsbeginn und -ende weiterhin Alkohol trinken (N=280), so zeigt sich auch hier eine signifikante Abnahme: von 185 (± 130) auf 155 (± 128) Gramm (t-Test: $t=6,6$; $p<0,001$). Es ist allerdings erkennbar, dass sich die konsumierte Menge nach wie vor auf einem nicht geringen Niveau bewegt (155 Gramm Reinalkohol entsprechen etwa 4 Liter Bier). Dabei sind es vor allem die Männer, die ausgesprochen viel Alkohol zu sich nehmen und deren durchschnittliche Trinkmenge sich von 209 (± 143) auf 177 (± 142) Gramm pro Tag reduziert. Bei den Frauen verringert sich der Tageskonsum von 143 (± 86) auf 115 (± 84) Gramm Reinalkohol. Die Reduktion findet bei weiblichen und männlichen Klient(inn)en somit in etwa gleichem Maße statt (Interaktion mit Zeiteffekt: Pillai-Spur=0,001; $p=0,609$). Die hier genannte Untergruppe, die nach wie vor (viel) Alkohol trinkt, unterscheidet sich hinsichtlich ihrer Betreuungsdauer mit durchschnittlich 157 (± 172) Tagen von der Gesamtgruppe der VERLAUDO-Klient(inn)en, die einen Monat länger betreut wurde. Auch der Anteil an regulären Beendern liegt mit 17 % deutlich unter dem der VERLAUDO-Stichprobe (siehe oben).

Größere abbildbare Veränderungen in der sozialen Situation werden innerhalb der hier ermittelten (durchschnittlichen) Betreuungsdauer kaum erwartet. Dies konnte bereits in der ersten VERLAUDO-Auswertung des Jahres 2005 gezeigt werden (vgl. Martens et al. 2006). Da jedoch auch Stabilisierungen bzw. das Vermeiden negativer Entwicklungen zu den Behandlungszielen bei Alkoholabhängigen gehört, sollen auch soziale Merkmale im Verlauf dargestellt werden. Wie aus Abbildung 2.19 ersichtlich ist, bleibt die Lebenssituation der Alkoholklient(inn)en hinsichtlich der Merkmale Partnerschaft, Wohnsituation, Arbeitstätigkeit sowie Schulden unter der ambulanten Betreuung weitgehend stabil. Bei über der Hälfte ist zu Beginn eine feste Partnerschaft vorhanden, was sich zum Betreuungsende nicht verändert (McNemar-Test: $\text{Chi}^2=1,4$; $p=0,243$). Fast alle Klient(inn)en verfügen über eigenen Wohnraum, die 1%ige Zunahme im Betreuungsverlauf ist nicht statistisch signifikant (Binomial-Test: $p=0,109$). Auch der Anteil an Klient(inn)en mit regelmäßiger Arbeit nimmt um 1 % zu (McNemar-Test: $\text{Chi}^2=3,4$; $p=0,066$). Zwei Fünftel der Alkoholklientel arbeiten zum Betreuungsende regelmäßig in Voll- (34 %) oder Teilzeit (6 %). Die Schuldensituation bleibt stabil; über die Hälfte der Klient(inn)en haben zu beiden Zeitpunkten keine Schulden (Binomial-Test: $p=1,0$). Insgesamt stellt sich die soziale Situation der Frauen zu Behandlungsbeginn und -ende etwas stabiler dar. Sie befinden sich zu einem größeren Anteil in fester

Partnerschaft (Beginn: $\chi^2=4,4$; $p<0,05$, Ende: $\chi^2=2,2$; $p=0,134$) und leben im Vergleich zu den Männern häufiger in einer eigenen Wohnung (Beginn: $\chi^2=10,9$; $p<0,01$, Ende: $\chi^2=11,3$; $p<0,01$). Der zu beobachtende Unterschied bei der Arbeitssituation ist nicht statistisch signifikant (Beginn: $\chi^2=1,4$; $p=0,236$, Ende: $\chi^2=3,1$; $p=0,079$). Von einer Belastung durch Schulden sind deutlich weniger Frauen betroffen als Männer (Beginn: $\chi^2=19,0$; $p<0,001$, Ende: $\chi^2=15,5$; $p<0,001$).

Abbildung 2.19:
Partnerschaft (N=1.263), Wohnsituation (N=1.304), Erwerbsstatus (N=1.278) und Schulden (N=674) nach Geschlecht

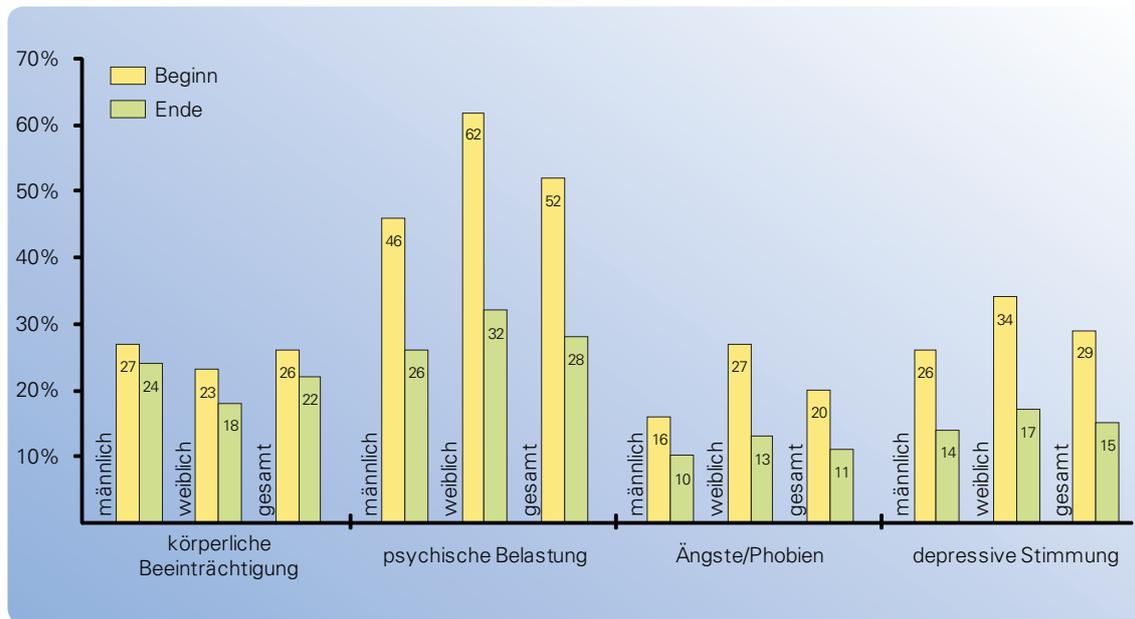


Die Veränderung des gesundheitlichen Befindens wird anhand der Merkmale körperliche Beeinträchtigungen, psychische Belastungen sowie Ängsten/Phobien und depressive Stimmung im Verlauf analysiert. Bei den genannten Merkmalen wird der Zustand jeweils auf einer 5-stufigen Skala zwischen den Kategorien „gar nicht“ und „extrem“ beurteilt. Für den Vergleich der Befunde zwischen Betreuungsbeginn und -ende werden die Kategorien „erheblich“ und „extrem“ zusammengefasst (und deren Anteil auf Signifikanz getestet). Einzelne körperliche Symptome wie z.B. Leberschäden oder Herz-Kreislauf-Beschwerden sowie der Infektionsstatus bei HIV oder HCV werden nicht im Verlauf ausgewertet, da in diesen Bereichen innerhalb der hier geltenden (durchschnittlichen) Betreuungsdauer keine relevanten Veränderungen zu erwarten sind. In Abbildung 2.20 ist ersichtlich, dass sich der Gesundheitszustand im körperlichen Bereich im Betreuungsverlauf verbessert (McNemar-Test: $\chi^2=23,0$; $p<0,001$). Dies vollzieht sich bei den Frauen in etwas stärkerem Maße, so dass sich zum Ende der Betreuung zwischen Männern und Frauen ein signifikanter Unterschied ergibt ($\chi^2=4,5$; $p<0,05$). Zu Betreuungsbeginn sind noch keine signifikanten Geschlechtsunterschiede in der körperlichen Beeinträchtigung festzustellen ($\chi^2=2,2$; $p=0,141$).

Die psychischen Beeinträchtigungen gehen im Betreuungsverlauf deutlich zurück. Dabei fällt zunächst die insgesamt starke seelische Belastung zu Betreuungsbeginn auf, von der mehr als die Hälfte der Klient(inn)en in „erheblichem“ bzw. „extremem“ Ausmaß betroffen sind. In Abbildung 2.20 ist zu erkennen, dass sich dieser Anteil zum Betreuungsende nahezu halbiert (McNemar-Test: $\chi^2=212,9$; $p<0,001$). Die starke Betroffenheit durch Angstsymptome reduziert sich ebenfalls um fast die Hälfte (McNemar-Test: $\chi^2=212,9$; $p<0,001$). Auch die depressive Symptomatik nimmt im Betreuungsverlauf deutlich ab (McNemar-Test: $\chi^2=109,8$; $p<0,001$). In allen hier beschriebenen Symptombereichen gibt es Unterschiede im Geschlecht. Es ist erkennbar, dass die Verbesserung bei der psychischen Belastung, den Ängsten sowie den depressiven Verstimmungen unter den Frauen jeweils deutlicher ausfällt als unter den Männern. Zu Betreuungsbeginn sind die Frauen in allen Bereichen stärker betroffen (psychische Belastung: $\chi^2=25,5$; $p<0,001$, Ängste/Phobien: $\chi^2=16,6$; $p<0,001$, depressive Stimmung: $\chi^2=7,6$; $p<0,01$). Mit Ausnahme der psychischen Gesamtbelastung ($\chi^2=5,4$; $p<0,05$) sind diese Unterschiede zum Betreuungsende nicht mehr statistisch signifikant (Ängste/Phobien: $\chi^2=1,7$; $p=0,191$, depres-

sive Stimmung: $\text{Chi}^2=1,7$; $p=0,188$). Es ist davon auszugehen, dass sowohl die ambulanten (therapeutischen) Interventionen als auch die Abstinenz oder Trinkmengenreduktion bedeutende Wirkfaktoren bei der Verbesserung des psychischen Zustands darstellen.

Abbildung 2.20:
 Körperliche Beeinträchtigung (N=1.030), psychische Belastung (N=1.071), Angstzustände (N=958) und depressive Verstimmungen (N=972), Anteile „erheblich/extrem“ nach Geschlecht



Zusammenfassung

Für die Verlaufsdocumentation des Jahres 2007 wurden Analysen für diejenigen Alkoholklient(inn)en durchgeführt, die die ambulante Betreuung im letzten Jahr beendeten und sich darüber hinaus mindestens einen Monat in Behandlung befanden (N=1.412). Diese Klient(inn)en wurden im Durchschnitt gut 6 Monate betreut, wobei die durchschnittliche Betreuungsdauer der Frauen etwa 3 Wochen länger ist als die der Männer. Bei einem Drittel wurde die Betreuung regulär beendet, ein Viertel wurde in andere Behandlungen weitervermittelt. Der Alkoholkonsum reduzierte sich unter der ambulanten Betreuung deutlich: Die Anzahl an Trinktagen verringerte sich von durchschnittlich 13,2 auf 7,1 Tage; und auch die Trinkmenge der Klient(inn)en, die den Alkoholkonsum während der Betreuung nicht aufgaben, nahm im Durchschnitt von 185 Gramm auf 155 Gramm pro Tag ab. Der Anteil an abstinenten Klient(inn)en erhöhte sich von 31 % auf 57 %. Die Lebenssituation bezüglich der Bereiche Partnerschaft, Wohnen, Arbeit und Schulden bleibt im Großen und Ganzen stabil. Der Gesundheitszustand, insbesondere das psychische Befinden, hat sich im Betreuungsverlauf hingegen deutlich verbessert. Psychische Beeinträchtigungen wie Ängste und depressive Verstimmungen gingen deutlich zurück. Dabei fällt auf, dass die Frauen ihren Gesundheitszustand insgesamt in stärkerem Maße verbesserten als die Männer. In Bezug auf die Entwicklung des Konsumverhaltens und Erreichung bzw. Aufrechterhaltung der Alkoholabstinenz sowie die Verbesserung der gesundheitlichen Situation kann der ambulanten Suchthilfe bei der Betreuung von Klient(inn)en mit alkoholbezogenen Störungen somit eine große Wirksamkeit bescheinigt werden.

2.10. Spezialauswertung – Alter und Sucht

Mit dem Älterwerden der Gesellschaft steht zunehmend auch die Frage der Verbreitung von Suchtkrankheiten bzw. des Umgangs mit Suchtmittelkonsum unter älteren Menschen im Mittelpunkt des Interesses. Wenngleich sich aus den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik 2006 noch kein Altersanstieg unter den Klient(inn)en mit Alkohol- oder Drogenproblemen ausmachen lässt – die Altersdurchschnittswerte sind gegenüber den Vorjahren weitgehend konstant (Sonntag et al. 2007) –, liegt es auf der Hand, dass sich zukünftig der Anteil an Suchtstörungen (und damit der Behandlungsbedarf) bei

alten Menschen erhöhen wird. Auch die bessere medizinische Versorgung sowie der Ausbau (und die Spezialisierung) ambulanter Hilfe- und Unterstützungssysteme tragen dazu bei, dass Menschen mit Alkohol(folge)problemen insgesamt immer älter werden.

Auf Basis der BADO-Daten aus 2007 wird in einer Spezialauswertung das Thema „Alter und Sucht“ bzw. Sucht im Alter behandelt. Dabei werden als Gruppe älterer Menschen mit einer Alkoholproblematik Klient(inn)en mit einem Mindestalter von 60 Jahren betrachtet. Hier ist davon auszugehen, dass sich spezielle mit dem Alkoholkonsum assoziierte Probleme in besonderer Weise niederschlagen. Zum einen dürfte es sich bei den Klient(inn)en dieser Altersgruppe um jene mit einer besonders langen Alkoholiker(innen)-Karriere handeln, zum anderen sind unter den älteren „Trinkern“ vermehrt jene zu finden, deren Suchtstörung sich erst später entwickelte. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass Altersarbeitslosigkeit, Einsamkeit und Perspektivlosigkeit eine wesentliche Rolle in der Alkoholproblematik dieser älteren Klientel spielen dürften. Im Rahmen von überwiegend deskriptiven Analysen sollen mögliche Besonderheiten der Gruppe der älteren Alkoholiker im Vergleich zu den übrigen (18- bis 59-jährigen) Klient(inn)en herausgearbeitet und diskutiert werden.

Unter den 3.685 Klient(inn)en mit einer Alkoholproblematik (ohne Angehörige), bei denen eine gültige Altersangabe vorliegt, sind 453 mindestens 60 Jahre alt (12,3 %). Mit 37,5 % ist der Frauenanteil gegenüber den übrigen (jüngeren) Klient(inn)en (33,0 %) deutlich erhöht. Im Durchschnitt sind die über 60-Jährigen 65,2 ($\pm 4,3$) Jahre alt (übrige Klient(inn)en: 43,8 ($\pm 9,3$) Jahre), wobei die Frauen in beiden Altersgruppen mit durchschnittlich 65,3 ($\pm 3,9$) bzw. 44,9 ($\pm 8,5$) Jahren etwas älter sind als die Männer (65,1 ($\pm 4,5$) bzw. 43,3 ($\pm 9,7$) Jahre). Die älteren Alkoholiker haben mehrheitlich die deutsche Staatsbürgerschaft (96,3 %). Darüber hinaus ist der Anteil an Klient(inn)en mit Migrationshintergrund nur halb so groß (7,5 %) wie der der jüngeren Klientel (15,8 %).

Betrachtet man die Art der Einrichtung, in denen die Alkoholiklient(inn)en 2007 betreut wurden, ist zunächst festzustellen, dass die Älteren zu einem größeren Anteil aus Einrichtungen für legale Drogen stammen: 60,3 % waren in Alkoholeinrichtungen, unter den übrigen Klient(inn)en liegt dieser Anteil bei 38,2 %. Letztere wurden überwiegend in suchtmittelübergreifenden Einrichtungen betreut (55,6 %). Die Dauer der abgeschlossenen Betreuungsphasen (N=2.876) ist bei den über 60-Jährigen insgesamt etwas erhöht: Sie befanden sich durchschnittlich 127 (± 247) Tage, also etwas über 4 Monate, in ambulanter Betreuung, bei den jüngeren Klient(inn)en sind es 110 (± 177) Tage (ca. 3,5 Monate). Gemessen an der Dauer ist der Betreuungsbedarf der älteren Klient(inn)en offensichtlich etwas größer. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Betreuungsdauer in Einrichtungen für legale Drogen insgesamt höher ist, und sich hierin somit strukturelle Effekte auf die unterschiedlichen Betreuungszeiten niederschlagen dürften.

Die dominierende Betreuungsart ist mit 94,6 % die ambulante Beratung (jüngere Klientel: 91,8 %), wobei von den über 60-Jährigen auch zu 14,6 % niedrigschwellige Hilfen (Jüngere: 8,5 %) sowie zu 11,0 % ambulante Rehabilitation in Anspruch genommen wurde (Jüngere: 9,5 %).

Fast zwei Drittel der Älteren befanden sich in den vorangegangenen 60 Tagen bereits in einer Behandlung oder hatten Kontakt zum Hilfesystem (63,8 %). Bei der jüngeren Klientel war dies nur bei 55,7 % der Fall. Überwiegend waren es Entzugseinrichtungen (28,4 %), Selbsthilfegruppen (14,4 %) oder stationäre Entwöhnungseinrichtungen (12,5 %), in denen sich die über 60-Jährigen befanden. Im Vergleich zu den übrigen Klient(inn)en fällt darüber hinaus der größere Anteil an in Anspruch genommener ambulanter medizinischer Behandlung auf (11,0 % gegenüber 5,8 % unter den Jüngeren). Damit geht einher, dass die Kontaktempfehlung der älteren Klient(inn)en häufiger aus der medizinischen Versorgung kommt (22,1 % im Vergleich zu 16,0 % bei den Jüngeren). Behandlungsaufgaben liegen hingegen nur bei 6,0 % der über 60-Jährigen vor, die anderen Klient(inn)en kommen hingegen zu fast einem Viertel (23,0 %) aufgrund von Auflagen in die Betreuung (überwiegend aus Justiz, Arbeitgeber oder Arbeitsamt). Nicht nur die vorangegangenen, sondern auch die betreuungsbegleitenden bzw. -ergänzenden Interventionen und suchtspezifischen Maßnahmen nehmen die älteren Klient(inn)en stärker in Anspruch. Wie Tabelle 2.2 zeigt, ist dies bei fast zwei Dritteln der Älteren der Fall gegenüber nur der Hälfte der übrigen Klient(inn)en. Unterschiede bestehen insbesondere in der medizinischen Behandlung und der Beteiligung an Selbsthilfegruppen, die bei den Älteren zu einem größeren Anteil vorkommen.

Tabelle 2.2:
Ergänzende Betreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen nach Alterskategorien
(Mehrfachangaben, N=2.945)

Ergänzende Betreuungen	18-59 Jahre	≥ 60 Jahre
Niedrigschwellige Hilfen	1,3 %	2,9 %
Ambulante Betreuung/Beratung	3,9 %	3,7 %
Ambulante Rehabilitation	1,7 %	1,9 %
Ambulante medizinische Behandlung	5,6 %	10,4 %
Stationäre medizinische Behandlung	2,3 %	5,9 %
Stationäre Entwöhnungsbehandlung	8,6 %	7,7 %
Betreutes Wohnen	1,4 %	1,1 %
Entgiftung/Entzug	17,3 %	20,5 %
Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung	6,0 %	3,7 %
Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	1,2 %	0,3 %
Selbsthilfegruppe	16,8 %	29,3 %
sonstiges	6,0 %	7,7 %
keine ergänzende Betreuung	49,0 %	35,1 %

Die Betreuungen älterer Klient(inn)en mit einer Alkoholproblematik wurden darüber hinaus häufiger regulär beendet (siehe Tabelle 2.3). Dem entsprechend kam es bei den über 60-Jährigen seltener vor, dass sie den Kontakt zur Einrichtung von sich aus abgebrochen haben, was auf eine insgesamt größere Compliance der älteren Klient(inn)en hindeutet. Gemäß der Erwartung, dass die älteren Alkoholiker(innen) aufgrund fortschreitender (Begleit-)Erkrankungen und gesundheitlicher Komplikationen mit größerer Wahrscheinlichkeit versterben, ist der Anteil dieses Beendigungsgrunds im Vergleich zu den jüngeren Personen mit Alkoholproblemen erhöht.

Tabelle 2.3:
Art der Beendigung der Betreuung nach Alterskategorien (N=2.746)

Art der Beendigung	18-59 Jahre	≥ 60 Jahre
reguläre Beendigung	27,5 %	39,4 %
durch Weitervermittlung in andere Einrichtung	24,9 %	20,3 %
Beendigung durch Einrichtung	1,2 %	0,9 %
formelle Beendigung durch Klientin/en	8,6 %	9,5 %
Beendigung durch Kontaktverlust über 2 Monate	36,5 %	28,3 %
Haft	0,2 %	0,0 %
Abschiebung / Haftverlegung	1,0 %	0,0 %
Tod	0,2 %	1,5 %

Konsum

Die älteren Klient(inn)en haben durchschnittlich im Alter von 41,3 ($\pm 15,1$) Jahren ihre alkoholbezogene Störung entwickelt, die unter 60-Jährigen deutlich früher, nämlich im Alter von 28,7 ($\pm 10,1$) Jahren. Berücksichtigt man das aktuelle Lebensalter (siehe oben), liegt bei den Älteren seit durchschnittlich 23,8 ($\pm 14,9$) Jahren eine Alkoholabhängigkeit vor, bei den übrigen Klient(inn)en seit 15,2 ($\pm 10,0$) Jahren. Es liegt auf der Hand, dass diese Differenzen durch das unterschiedliche Lebensalter der Klient(inn)en beeinflusst sind. Schaut man auf die Verteilung der Werte zum Alter bei Störungsbeginn und zur Störungsdauer (siehe Tabelle 2.4), lässt sich erkennen, dass auch unter den über 60-Jährigen fast ein Viertel bereits frühzeitig, bis zum Alter von 25 Jahren ihre Alkoholproblematik entwickelte (22,3 %). Dem entsprechend befindet sich in dieser Altersgruppe der Großteil mit einer über 25-jährigen Abhängigkeitskarriere (45,7 %). Andererseits begann bei nahezu einem Viertel der älteren Klient(inn)en die Alko-

holproblematik sich (erwartungsgemäß) erst spät (nicht vor dem 56. Lebensjahr) herauszubilden. Unter Letzteren sind die Frauen mit 48,0 % deutlich überrepräsentiert. Sie sind zu einem geringeren Anteil zu Betreuungsbeginn abstinent (25,0 %) und trinken häufiger (fast) täglich Alkohol (43,1 %). Ferner liegt bei ihnen zu einem größeren Anteil eine feste Partnerschaft vor (60,6 %), und sie leben seltener allein (41,7 %). Schließlich ist der Anteil an Rentnern unter den „Spät-Abhängigen“ mit 76,1 % deutlich erhöht, was darauf schließen lässt, dass hier Alkoholproblematik und (Früh-)Berentung unmittelbar miteinander im Zusammenhang stehen.

Tabelle 2.4:
Alter bei Beginn der alkoholbezogenen Störung und Dauer der Störung nach Alterskategorien (N=2.720)

Alter bei Störungsbeginn	18-59 Jahre	≥ 60 Jahre
bis 18 Jahre	18,2 %	6,5 %
19 bis 25 Jahre	28,0 %	15,8 %
26 bis 35 Jahre	28,1 %	19,9 %
36 bis 45 Jahre	19,1 %	14,3 %
46 bis 55 Jahre	6,3 %	20,2 %
56 Jahre und älter	0,2 %	23,3 %
Dauer der Störung		
bis 5 Jahre	19,3 %	12,1 %
6 bis 10 Jahre	19,7 %	12,1 %
11 bis 15 Jahre	17,7 %	14,9 %
16 bis 20 Jahre	13,3 %	7,8 %
21 bis 25 Jahre	11,3 %	7,5 %
26 Jahre und länger	18,7 %	45,7 %

Auch beim Erstkontakt zu Einrichtungen der Suchthilfe ist aufgrund des unterschiedlichen Lebensalters ein insgesamt späterer Kontakt bei den älteren Klient(inn)en zu erwarten. Schaut man auf die Daten, bestätigt sich dies: Die über 60-Jährigen nahmen im Durchschnitt mit 57,1 (±9,9) Jahren erstmalig Kontakt zur Suchthilfe auf, bei den jüngeren Klient(inn)en war dies bereits im Alter von 38,5 (±9,3) Jahren, also fast 20 Jahre früher der Fall – was mit dem Altersunterschied der beiden Gruppen übereinstimmt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass 13,5 % der älteren und 18,9 % der jüngeren Klient(inn)en bisher keinen Kontakt zu Suchthilfeeinrichtungen hatten. Ein Großteil hatte zuvor die Suchthilfe in Anspruch genommen (jeweils etwa 40 %), der Zeitpunkt konnte allerdings nicht bestimmt werden. Betrachtet man dennoch die Zeitspanne zwischen dem Alter des Störungsbeginns und dem des ersten Kontakts zur Suchthilfe, ist festzustellen, dass die über 60-Jährigen im Durchschnitt erst sehr viel später in ihrem Leben, nämlich nach 17,2 (±14,3) Jahren Suchtkarriere, erste (professionelle) Hilfen in Anspruch nahmen. In der Gruppe der übrigen Klient(inn)en geschah dies im Durchschnitt nach bereits 10,5 (±9,1) Jahren. Wenngleich auch bei diesem Unterschied der Einfluss des Lebensalters eine Rolle spielt – größere Differenzen sind bei Älteren wahrscheinlicher, und Extremwerte können in der jüngeren Gruppe nicht auftreten –, wäre es verfehlt, dieses Ergebnis allein als Altersartefakt zu interpretieren. Es ist offensichtlich, dass die jüngeren Klient(inn)en auf ein besser ausgebautes Suchthilfesystem zurückgreifen konnten (und können). Gleichzeitig ging mit der Anerkennung der Alkoholabhängigkeit als chronische Erkrankung eine größere gesellschaftliche Akzeptanz der Betroffenen einher. Ferner ist das Thema Suchtstörungen in den letzten zwei Jahrzehnten (insbesondere unter gesundheitsökonomischen Aspekten) – im Zuge einer aufkommenden Diskussion zu gesundheitsbewusstem Verhalten und der Vermeidung von risikanten Lebensweisen – generell stärker in den Mittelpunkt öffentlicher Diskussionen gerückt. Darüber hinaus hat dieser Befund therapeutische Relevanz: In der Betreuung und Behandlung älterer Alkohol-klient(inn)en ist zu berücksichtigen, dass professionelle Hilfe im Durchschnitt erst nach einer Latenzzeit von fast zwei Jahrzehnten erstmalig in Anspruch genommen wird, was sich auf den Schweregrad der Störungen sowie auf die Prognose ungünstig auswirken dürfte. Auch wenn die Ergebnisse darauf hin-

weisen, dass man sich auf dem richtigen Weg befindet, ist es nach wie vor notwendig, ein besonderes Augenmerk auf Früherkennung und -intervention zu richten, um nach dem ersten Auftreten von Alkoholproblemen möglichst zeitnah mit angemessenen Maßnahmen wirksam zu intervenieren.

In beiden Altersgruppen verändert sich die Konsumhäufigkeit zwischen Betreuungsbeginn und -ende deutlich, wobei zwischen den Gruppen kaum Unterschiede auszumachen sind (siehe Tabelle 2.5). Mit leichter Tendenz ist eine etwas stärkere Konsumreduktion unter den über 60-Jährigen zu beobachten. In beiden Altersgruppen erhöht sich die Alkoholabstinenzrate im Betreuungsverlauf von 34 % auf etwa 50 %.

Tabelle 2.5:
Konsumhäufigkeit von Alkohol innerhalb der letzten 30 Tage zu Betreuungsbeginn und aktuell nach Alterskategorien (N=2.981)

Anzahl Tage	18-59 Jahre		≥ 60 Jahre	
	Beginn	aktuell	Beginn	aktuell
kein Konsum	34,6 %	49,4 %	34,4 %	52,3 %
einen Tag	1,6 %	1,8 %	2,1 %	1,1 %
2 bis 7 Tage	8,8 %	8,8 %	8,0 %	9,3 %
8 bis 25	28,2 %	21,0 %	28,5 %	21,9 %
(fast) täglich	26,8 %	19,0 %	26,9 %	15,5 %

Im Einklang mit der Reduktion an Konsumtagen geht auch die Menge des Alkoholkonsums deutlich zurück, und zwar sowohl unter den älteren als auch den übrigen Klient(inn)en. Es zeigt sich allerdings, dass die älteren Klient(inn)en im Mittel deutlich weniger Alkohol trinken. Wurden zu Betreuungsbeginn von den über 60-Jährigen noch durchschnittlich 125 (± 129) Gramm Reinalkohol an einem typischen Trinktag konsumiert, so reduziert sich dies auf 75 (± 110) Gramm zum abschließenden Dokumentationszeitpunkt. Bei den Jüngeren verringert sich die Trinkmenge von durchschnittlich 170 (± 163) auf 98 (± 136) Gramm Alkohol, was insgesamt eine etwas größere Konsumreduktion bedeutet. Wird als besonders gesundheitsgefährdender „Hochkonsum“ die Grenze von täglich 120 Gramm Alkohol gesetzt (nach Empfehlungen der British Medical Association 1995), zeigt sich auch hier ein geringerer Anteil an Hochrisikotrinkern unter den Älteren: Zu Behandlungsbeginn trinken 45,2 % Alkoholmengen in diesem Ausmaß, unter den Jüngeren sind es 58,6 %. Einhergehend mit den genannten Durchschnittsmengen reduzieren sich diese Anteile im Betreuungsverlauf auf 27,0 % bzw. 33,7 %.

Biografischer Hintergrund

Von biografischen Belastungen in Bezug auf Suchtprobleme bei den Eltern sind die über 60-Jährigen deutlich seltener betroffen. Ein Drittel hatte mindestens ein Elternteil, das ebenfalls Probleme mit Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen hatte (34,4 %). Bei den Eltern der jüngeren Klientel war dem gegenüber ein Suchtproblem deutlich stärker verbreitet: Mehr als die Hälfte der höchstens 59-Jährigen hatten einen Vater und/oder Mutter mit Suchtproblemen (55,8 %). Dieser gravierende Unterschied dürfte sich nicht allein durch Erinnerungseffekte erklären lassen, sondern deutet auf eine veränderte Sozialisation bzw. dramatischeren biografischen Hintergrund der heute jüngeren Klient(inn)en hin, die im Betreuungs- und Therapieprozess berücksichtigt werden müssen. Damit geht einher, dass ein größerer Anteil der jüngeren Klientel in seiner Kindheit im Heim untergebracht war (13,1 %). Unter über 60-Jährigen waren es nur 8,8 %, die in öffentlichen Erziehungseinrichtungen waren.

Eine weitere Komponente biografischer Belastungen ergibt sich aus der Erfahrung von körperlicher oder gar sexueller Gewalt. Hier zeigt sich ein sehr deutlicher Unterschied zwischen den älteren und jüngeren Alkohol Klient(inn)en. Gut ein Drittel der über 60-Jährigen gibt körperlich erlebte Gewalt an (37,3 %), unter den übrigen Klient(inn)en sind es mehr als die Hälfte (50,8 %). Bei sexuellen Gewalterfahrungen ist der Unterschied (im Verhältnis) noch größer: 7,7 % der älteren im Vergleich zu 17,9 % der jüngeren Klientel erinnert sich an sexuellen Missbrauch. Hier dürften zum einen Erinnerungseffekte sowie andere, über lange Jahre sich verändernde soziale Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster (u. a. vom Erziehungsverhalten) eine Rolle spielen. Zum anderen kann angenommen werden, dass gerade unter den älteren

Klient(inn)en das Thema erlebte (sexuelle) Gewalt stärker tabuisiert wird. Damit dürfte die Dunkelziffer bei der älteren Klientel größer sein, die biografischen Belastungen durch erfahrene körperliche und/oder sexuelle Gewalt somit größer ausfallen als angegeben.

Soziale Situation

Bei der Beschreibung der sozialen Situation sind in einigen Lebensbereichen Besonderheiten der älteren Klient(inn)en zu erwarten, da sich im 6. Lebensjahrzehnt in der Regel eine Reihe von familiären und beruflichen Veränderungen ereignen. Nachfolgend wird der in 2007 aktuell erhobene Zustand dargestellt, d. h. am Ende der Betreuungsphase oder zum Dokumentationszeitpunkt (in der Regel am Ende) des Jahres 2007.

Nur eine Minderheit der Älteren ist ledig (15,6 %, Jüngere: 43,9 %), die Mehrzahl ist verheiratet (43,1 %) oder geschieden (26,1 %). Mehr als ein Zehntel ist bereits verwitwet (11,4 %), wobei die über 60-jährigen Frauen hiervon häufiger betroffen sind (16,9 %) als die männliche Klientel dieser Altersgruppe (8,0 %). Dem entsprechend leben die älteren Klient(inn)en zu einem größeren Anteil mit ihrem festen Partner zusammen (44,7 % gegenüber 34,9 % bei den übrigen Klient(inn)en). Zudem hat – bezogen auf die Klient(inn)en mit einer Partnerschaft – mit 17,2 % ein im Vergleich zu den jüngeren Klient(inn)en (24,8 %) geringerer Anteil eine(n) Partner(in) mit Suchtproblemen.

Die überwiegende Mehrheit der über 60-jährigen lebt in einer eigenen Wohnung (90,7 %, übrige Klient(inn)en: 80,9 %), 4,2 % befinden sich zum Dokumentationszeitpunkt im Krankenhaus (übrige Klient(inn)en: 2,8 %). Die Hälfte lebt allein (50,0 %), ein Großteil mit dem Partner(in) (40,0 %) oder mit Partner(in) und Kind (5,5 %).

Genau 70 % der über 60-Jährigen haben – in der Regel ein oder zwei – Kinder, im Durchschnitt sind es 1,4 ($\pm 1,4$). Bei der jüngeren Klientel liegt die Anzahl im Mittel bei 1,0 ($\pm 1,2$); vier von zehn (44,4 %) haben keine eigenen Kinder. In Bezug auf minderjährige Kinder der Klient(inn)en ergibt sich erwartungsgemäß ein anderes Bild: Unter den Älteren haben nur noch 4,3 % minderjährige Kinder, bei den übrigen Klient(inn)en sind es 30,0 %. Insofern ist die Frage der Unterbringung ihrer Kinder für die Mehrheit der über 60-Jährigen kein relevantes Problem (mehr). Die (wenigen) minderjährigen Kinder leben in der Regel beim Klienten oder beim anderen Elternteil.

Die Schulbildung der älteren Klient(inn)en ist mit der Alkohol-Klientel der Hamburger BADO insgesamt vergleichbar. Es haben zwar nur 2,7 % keinen Schulabschluss (jüngere Klient(inn)en: 6,2 %), der Anteil an Abiturienten ist mit 21,9 % allerdings etwas geringer als unter den jüngeren Klient(inn)en (23,4 %). Wie (tendenziell) zu erwarten war, haben die über 60-Jährigen zu einem größeren Anteil eine abgeschlossene Berufsausbildung: bei 90,8 % im Vergleich zu 79,5 % der übrigen Klient(inn)en ist dies der Fall. Aufgrund des Durchschnittsalters der Klientel, das in etwa dem Renteneintrittsalter entspricht, liegt auch der Anteil an Rentnern mit knapp zwei Dritteln im erwarteten Bereich (siehe Tabelle 2.6). Immerhin gut ein Zehntel ist noch vollzeitbeschäftigt, 17,1 % sind erwerbslos. Rehabilitative Schritte im Sinne einer (Re-)Integration in den Arbeitsprozess stehen somit naturgemäß weniger im Mittelpunkt der Betreuung und Behandlung älterer Alkoholklient(inn)en. Hier dürfte es eher um Elemente der Tagesstrukturierung und sinnvoll ausgefüllten Lebensführung gehen, die zentrale Elemente der Arbeit mit älteren Alkoholkern darstellen. Auch die Verschuldung ist bei den älteren Klient(inn)en ein geringeres Problem: „Nur“ ein Drittel der über 60-Jährigen hat Schulden (34,6 %) im Vergleich zu 55,5 % der jüngeren Klientel.

Tabelle 2.6:
Arbeits- und Ausbildungssituation nach Alterskategorien (N=3.463)

Arbeitssituation	18-59 Jahre	≥ 60 Jahre
Vollzeit	33,1 %	11,6 %
Teilzeit (regelmäßig)	5,4 %	0,5 %
Gelegenheitsarbeit	1,2 %	0,5 %
Schüler(in), Student(in), Auszubildende(r)	3,1 %	1,0 %
Rentner(in)	4,5 %	63,4 %
erwerbslos/arbeitslos	43,3 %	17,1 %
in Einrichtung	7,4 %	3,1 %
Hausfrau/-mann	1,9 %	2,9 %

Gesundheit

Die älteren Klient(inn)en mit Alkoholproblematik sind in ihrer körperlichen Gesundheit stärker beeinträchtigt. Insbesondere der Anteil mit erheblichen bzw. extremen gesundheitlichen Belastungen ist unter den Älteren deutlich höher (siehe Tabelle 2.7). Hier bilden sich die mit zunehmendem Alter sowie fortschreitendem Verlauf der Suchtkarriere zu erwartenden Beschwerden ab.

Tabelle 2.7:
Gesundheitlich-körperliche Beeinträchtigung (erheblich/extrem) nach Alterskategorien (N=2.987)

Körperliche Beeinträchtigung	18-59 Jahre	≥ 60 Jahre
gar nicht	15,2 %	3,7 %
wenig	32,7 %	22,5 %
mittel	32,9 %	44,1 %
erheblich	16,6 %	25,1 %
extrem	2,6 %	4,5 %

Damit korrespondiert ein mit 23,8 % gegenüber der jüngeren Klientel (10,6 %) deutlich höherer Anteil an Schwerbehinderung, wobei der Grad der Behinderung mehrheitlich bei 50 % oder 60 % liegt. HIV- und Hepatitis C-Infektion spielen mit 0,0 % bzw. 0,7 % bei den älteren Klient(inn)en praktisch keine Rolle (Jüngere: HIV: 0,8 %, HCV: 1,6 %). Die starke gesundheitliche Belastung zeigt sich allerdings bei der Prävalenz körperlicher Störungen bzw. Symptome wie sie in der BADO standardisiert dokumentiert werden (siehe Tabelle 2.8).

Tabelle 2.8:
Gesundheitliche Beschwerden nach Alterskategorien (Mehrfachangaben, N_{min}=2.303)

Gesundheitliche Beschwerden	18-59 Jahre	≥ 60 Jahre
Schädigungen des Nervensystems	16,9 %	23,2 %
Leberschäden	31,2 %	38,1 %
Atemwegserkrankungen	13,8 %	23,4 %
Herz-Kreislaufbeschwerden	23,5 %	50,2 %
Schlafstörungen	51,9 %	55,5 %

Die gesundheitliche (Begleit-)Behandlung körperlicher Störungen ist somit ein zentrales Element in der Betreuung der älteren Alkohol Klient(inn)en. Dieser erhöhte Behandlungsbedarf spiegelte sich bereits anhand der oben dargestellten Angaben zu ergänzenden Betreuungen (siehe Tabelle 2.2) wider. Bei der psychischen Gesundheit ist eine geringere Beeinträchtigung der älteren Alkohol Klient(inn)en festzustellen. „Nur“ ein Viertel im Vergleich zu 35,6 % der übrigen Klient(inn)en leidet unter erheblichen oder extremen psychischen Belastungen (siehe Tabelle 2.9). Diese Unterschiede zeigen sich auch in

allen einzeln erhobenen Störungsbereichen wie z.B. Ängsten, depressive Stimmung, Paranoidität oder Aggressionen, so dass man von einer konsistent geringeren psychischen Beeinträchtigung der älteren Klientel ausgehen kann. Ferner liegt die Lifetime-Prävalenz an Suizidversuchen – trotz des höheren Alters – mit 19,6 % unter der der jüngeren Klient(inn)en (24,1 %). Diesen Ergebnissen entsprechend wird von den über 60-Jährigen auch weniger psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen (siehe oben). Über die Frage, inwieweit hier Erhebungs- bzw. Dokumentationsartefakte in der Art eine Rolle spielen, dass mit älteren Klient(inn)en das für viele Menschen schambesetzte Thema psychische Beeinträchtigungen (oder gar Störungen) weniger deutlich angesprochen bzw. bagatellisiert wird, oder eine veränderte Sensitivität für psychische Belastungen zu positiveren Bewertungen führt, kann nur spekuliert werden. Es fällt auf, dass sich die größere körperliche Beeinträchtigung nicht in der psychischen Belastung widerspiegelt. Insofern kann sich hierin auch eine Art allgemeine Erleichterung bzw. größere Zufriedenheit nach dem aktiven Berufs- und Familienleben bemerkbar machen, die zudem mit einer vergleichsweise stabilen sozialen Situation einhergeht.

Tabelle 2.9:
Psychische/seelische Belastung (erheblich/extrem) nach Alterskategorien (N=3.103)

Psychische Belastung	18-59 Jahre	≥ 60 Jahre
gar nicht	2,9 %	2,3 %
wenig	20,7 %	26,3 %
mittel	40,7 %	45,6 %
erheblich	29,9 %	22,9 %
extrem	5,7 %	2,8 %

Zusammenfassung

Ein Achtel der Hamburger Alkohol Klient(inn)en der ambulanten Suchthilfe ist mindestens 60 Jahre alt. Sie werden zum überwiegenden Teil in Einrichtungen für legale Drogen betreut und befanden sich nach Abschluss ihrer Betreuung – der zu fast 40 % regulär erfolgte – im Durchschnitt gut 4 Monate in Behandlung. Bereits vor Beginn der aktuellen Betreuungsepisode hatten knapp zwei Drittel Kontakt zu Einrichtungen der Suchthilfe. Im Alter von durchschnittlich 41 Jahren haben die älteren Klient(inn)en ihre alkoholbezogene Störung entwickelt, so dass sie im Mittel auf eine Abhängigkeitskarriere von fast 24 Jahren zurückblicken. Zwischen dem Beginn der alkoholbezogenen Störung und dem ersten Kontakt zur Suchthilfe liegen im Durchschnitt mehr als 17 Jahre. In diesem langen Zeitraum besteht eine Besonderheit der älteren Klientel, die sich auf den Schweregrad der Störung und die Prognose ungünstig auswirken dürfte. Die über 60-Jährigen sind im Vergleich zu den übrigen Klient(inn)en – nach ihrer eigenen Wahrnehmung und (möglicherweise im Zeitverlauf veränderten) Bewertung – zu einem geringeren Anteil von biografischen Belastungen wie z.B. Suchtstörungen der Eltern oder Gewalterfahrungen betroffen. Ihre aktuelle familiäre und soziale Situation stellt sich insgesamt stabiler dar, wobei zu berücksichtigen ist, dass knapp zwei Drittel (altersgemäß) bereits Rente beziehen und finanziell bedingte Existenzängste eine geringere Rolle spielen dürften. Ein besonderer Behandlungsbedarf der älteren Alkoholiker ergibt sich aus ihrer insgesamt starken Betroffenheit durch körperliche Probleme. Insbesondere Herz-Kreislaufbeschwerden sowie Leberschäden spielen hier eine Rolle. Der Anteil an Klient(inn)en mit schweren psychischen Belastungen oder Beeinträchtigungen ist bei den über 60-Jährigen dagegen geringer als in der jüngeren Klientel.

3. Opiate

Im aktuellen Berichtsjahr 2007 wandten sich insgesamt 4.809 Personen aufgrund ihres problematischen Opiatkonsums an das Hamburger Suchthilfesystem. Sie nahmen hierbei 6.714 Betreuungen in Anspruch. Mit 74 % besteht diese Klientel überwiegend aus Männern. Während die absolute Zahl der geleisteten Betreuungen geringfügig über dem Wert des Vorjahres liegt (2006: 6.692), ist die Zahl der Personen, die diese Betreuungen in Anspruch nahmen, etwas niedriger (2006: 4.851). Es wurden demnach geringfügig mehr Betreuungen für weniger Personen dokumentiert als im Vorjahr. Beim Vergleich der Betreuungs- und Personenzahlen mit denen der vergangenen Jahre sollte jedoch die veränderte Datengrundlage nicht außer Acht gelassen werden. So ist anzunehmen, dass die Reduzierung der dokumentierten Personen vor allem auf die Ausgliederung der proVivere Ambulanzen und dem damit verbundenen Datenverlust zurückgeführt werden kann (siehe Kapitel 1.2).

3.1. Betreuungen

Alle 44 Einrichtungen, die sich im aktuellen Berichtsjahr an der BADO beteiligten, haben an der Betreuung der Hamburger Opiatklientel mitgewirkt. Je nach Einrichtungstyp taten sie dies jedoch in unterschiedlichem Maße: 39 % der Betreuungen fanden in Einrichtungen des Typs „illegale Drogen“ und weitere 35 % in Einrichtungen des Typs „Betreuung Substituierter“ statt. Rund ein Fünftel (21 %) der Betreuung wurde in „suchtmittelübergreifenden“ Einrichtungen dokumentiert. Auch in Einrichtungen des Typs „legale Drogen“ lassen sich dokumentierte Betreuungen von Opiatklient(inn)en (5 %) finden. Während sich die Anteile der beiden letztgenannten Einrichtungstypen im Verlauf der letzten Jahre eher stabil zeigten, kann eine stetige Zunahme der Betreuungen von Opiatklienten durch Einrichtungen des Typs „illegale Drogen“ (2003: 19 %) bei einer gleichzeitigen Abnahme der dokumentierten Betreuungen des Typs „Betreuung Substituierter“ beobachtet werden (2003: 54 %). Am häufigsten werden für diese Klientel ambulante Betreuungen und Beratungen als Betreuungsart in der Einrichtung erbracht (54 %). Rund ein Drittel der Betreuungen sind als Psychosoziale Betreuungen von Substituierten (34 %) deklariert, jede fünfte Betreuung beinhaltet niedrigschwellige Hilfen (21 %).¹ Der Anteil der in Form von externer Haftbetreuung im Gefängnis stattfindenden Betreuungen liegt bei 13 %. Ergänzend zur eigentlichen Betreuung in der Einrichtung werden regelmäßig weitere Betreuungen in anderen Einrichtungen durchgeführt. Bei 67 % der Betreuungen in der Hauptgruppe der Opiatklientel ist dies der Fall. Am häufigsten werden die Betreuungen durch Substitutionsbehandlungen (37 %) ergänzt, aber auch ambulante medizinische Behandlungen (16 %) sowie Entgiftungen und Entzüge (14 %) werden als ergänzende Maßnahmen dokumentiert. Rund jede zehnte Betreuung wird durch niedrigschwellige Hilfen ergänzt. Hier ist zu beobachten, dass der Anteil bei den Frauen deutlich über dem der Männer liegt (Männer: 7 %, Frauen: 17 %). Es zeigt sich auch insgesamt, dass bei der Betreuung von Frauen häufiger ergänzende Betreuungen stattfinden als bei Männern (Männer: 63 %, Frauen: 79 %). Vergleicht man die aktuellen Angaben zu den vorangegangenen Betreuungen mit denen des Vorjahres, so zeigt sich insgesamt eine leichte Zunahme in Höhe von 4 Prozentpunkten an Betreuungen mit ergänzenden Maßnahmen (2005: 64 %, 2006: 63 %). Neben einem Anstieg in der ergänzenden Inanspruchnahme von ambulanten medizinischen Behandlungen um 4 Prozentpunkte (2005: 11 %) zeigt sich die Zunahme auch bezüglich ergänzender Substitutionsbehandlungen in Höhe von 5 Prozentpunkten (2005: 29 %). Ein Grund hierfür kann in der veränderten Struktur der an der BADO beteiligten Einrichtungen in 2007 gesehen werden (siehe 1.2).

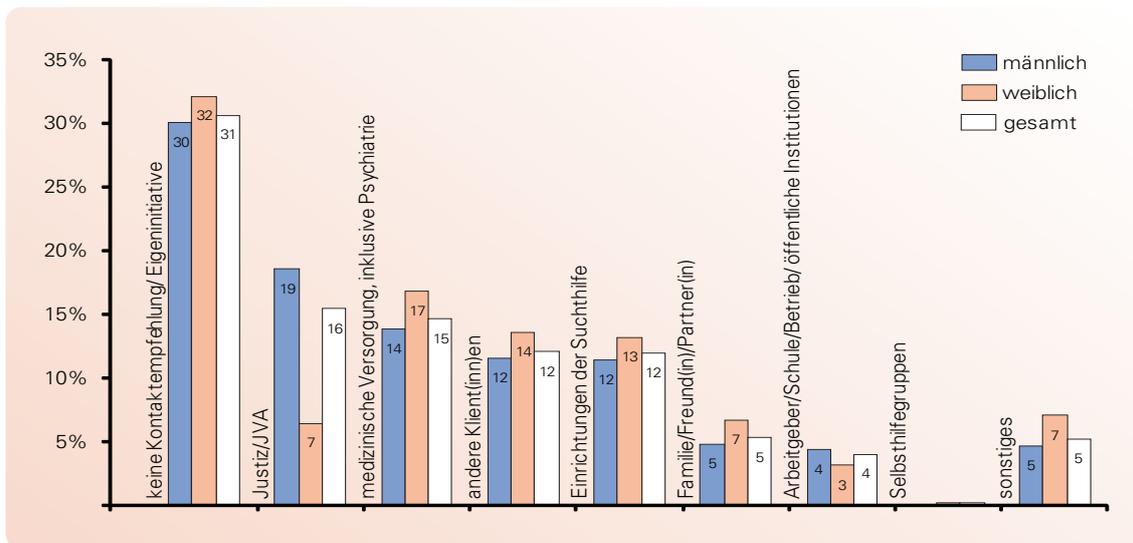
Bei der Frage nach der Kontaktempfehlung zeigt sich, dass knapp ein Drittel der Betreuungen von Opiatklient(inn)en aus Eigeninitiative zustande kommen. Der weitaus größte Teil der Betreuungen wird demnach von anderen vermittelt. Bei 16 % der Betreuungen wird die Justiz bzw. JVA als vermittelnde Institution dokumentiert, worin sich sowohl die Inhaftierten als auch die zur Auflage gemachten Betreuungen widerspiegeln. Darüber hinaus wird der Kontakt zur betreuenden Einrichtung vor allem durch Institutionen der medizinischen Versorgung (15 %), von anderen Einrichtungen der Suchthilfe und anderen Klient(inn)en gebahnt (jeweils 12 %). Ein Vergleich der Werte über die vergangenen drei Jahre

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

hinweg zeigt einen stetigen Zuwachs der Eigeninitiative seitens der Klient(inn)en zur Aufnahme der Betreuung (2005: 23 %, 2006: 26 %, 2007: 30 %).² Der Kontakt wird vor allem seltener durch die Justiz (2005: 25 %, 2006: 22 %, 2007: 19 %) und durch andere Einrichtungen der Suchthilfe (2005: 17 %, 2006: 16 %, 2007: 14 %) empfohlen.

Nicht immer begeben sich die Klienten freiwillig in die ambulante Beratung. Rund ein Fünftel der Betreuungen (22 %) von Opiatkonsument(inn)en sind Gegenstand einer, zumeist justiziellen (15 %), Auflage. Vergleich man die abgeschlossenen Betreuungen mit denen der Jahre 2006 und 2005, so zeigt sich ein stetiger Anstieg der Betreuungen mit einer Auflage um jeweils 2 Prozentpunkte pro Jahr. Zugewonnen haben Auflagen durch die Justiz (2005: 16 %, 2007: 19 %) und Auflagen seitens des Arbeitsamtes (2005: <1 %, 2007: 4 %).

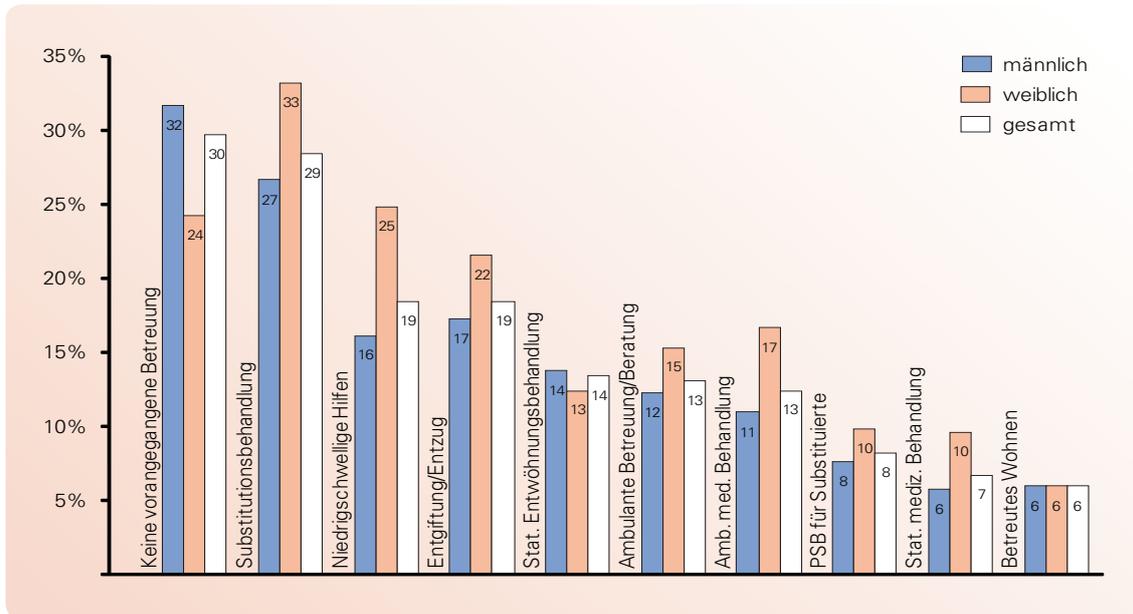
Abbildung 3.1:
Kontaktempfehlung der Betreuungen in 2007 nach Geschlecht



Die Vernetzung der Hamburger Suchthilfeeinrichtungen untereinander spiegelt sich zum Teil auch in der Frage nach vorangegangenen Betreuungen innerhalb der letzten 60 Tagen vor Betreuungsbeginn wider. Man kann sehen, dass bei nur einem vergleichsweise geringen Anteil von 30 % der aktuellen Betreuungen keine suchtspezifischen Betreuungen vorgeschaltet sind. Am häufigsten kommen die Opiatklient(inn)en aus einer Substitutionsbehandlung (29 %) sowie aus einer Entgiftung bzw. einem Entzug (19 %). Fast jeder fünften Betreuung (19 %) gehen niedrigschwellige Hilfen voraus. Darüber hinaus finden im Vorfeld der Betreuungen stationäre Entwöhnungsbehandlungen (14 %), ambulante medizinische Behandlungen (13 %) und andere ambulante Beratungen (13 %) statt.

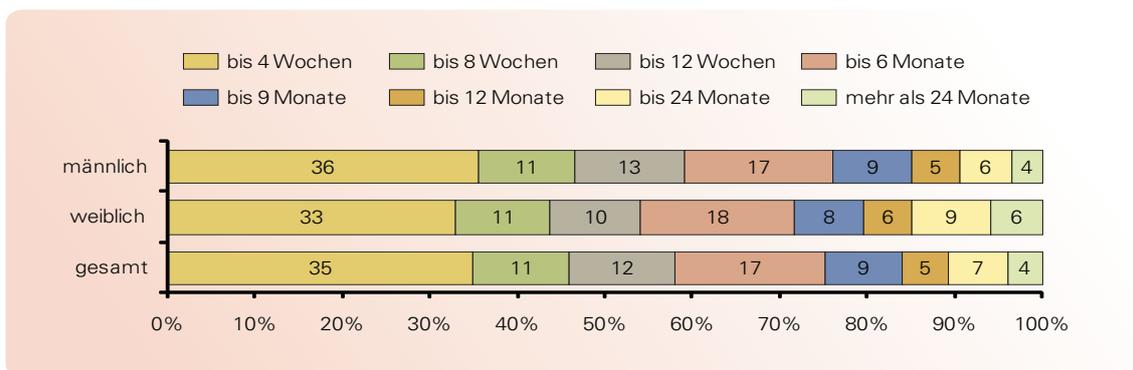
² Für Vergleiche betreuungsbezogener Angaben über die Jahre werden ausschließlich beendete Betreuungen herangezogen. Dieses Vorgehen kann zu abweichenden Angaben bezüglich der einzelnen Jahresauswertungen kommen.

Abbildung 3.2:
Vorangegangene Betreuungen während der letzten 60 Tage vor Betreuungsbeginn in 2007 nach Geschlecht (Mehrfachantworten möglich)



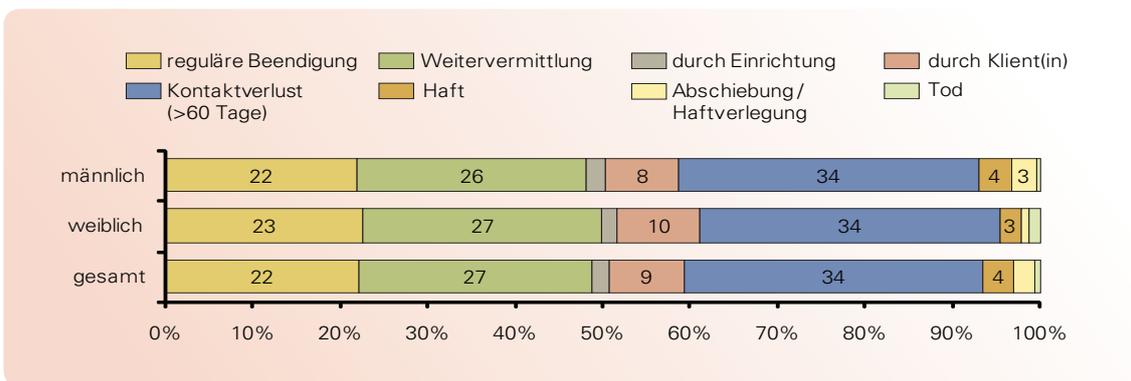
Von den insgesamt 6.714 in der BADO dokumentierten Betreuungen finden 3.523 innerhalb des Berichtsjahres auch ihren Abschluss. Dies entspricht einem Anteil von 52 %. Die mittlere Betreuungsdauer liegt bei 160,7 Tagen (± 290). Bemerkenswert hierbei ist zum einen eine weitere Verkürzung der mittleren Betreuungsdauer im Vergleich zu den Vorjahren (2006: \bar{O} 183 Tage, ± 357 ; 2005: \bar{O} 213 Tage, ± 379), wobei sich der Anteil an dokumentierten Einmalkontakten (25 %) im Vergleich zum Vorjahr stabil zeigt. Zum anderen fällt eine deutliche Differenz zwischen den Betreuungslängen der Männer (\bar{O} 148 Tage, ± 267) und denen der Frauen (\bar{O} 201 Tage, ± 352) auf. Letzteres relativiert sich hingegen, wenn die mittleren Betreuungslängen in Kategorien gefasst und betrachtet werden. Vergleicht man die Verteilung der Betreuungsdauern über die Geschlechter hinweg, so lassen sich die Unterschiede nicht in dem Ausmaß wieder finden, wie sie die Mittelwertvergleiche vermuten ließen. Insgesamt zeigt sich, dass nahezu die Hälfte aller Betreuungen von Opiatklient(inn)en in Hamburg innerhalb der ersten acht Wochen abgeschlossen wird. Ein Viertel der Fälle hat eine Betreuungsdauer von über einem halben Jahr.

Abbildung 3.3:
Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in 2007 nach Geschlecht



Knapp die Hälfte der Betreuungen mündet in einer planmäßigen Beendigung, entweder in Form einer regulären Beendigung (22 %) oder als Weitervermittlung in eine andere Einrichtung (27 %). Aufgrund eines Kontaktverlustes zur betreuten Person von über 60 Tagen muss bei über einem Drittel der Fälle (34 %) die Betreuung beendet werden.

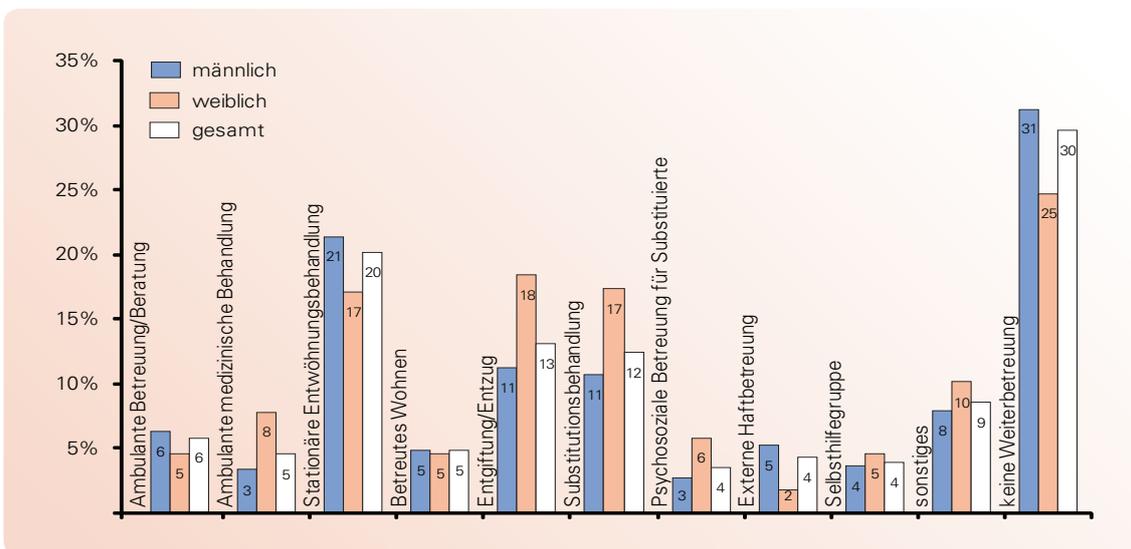
Abbildung 3.4:
Art der Beendigung der Betreuungen in 2007 nach Geschlecht



Wie zuvor beschrieben, finden bei einem überwiegenden Teil der Betreuungen im Vorfeld bereits andere Maßnahmen statt. Ebenso lässt sich zeigen, dass bei einem Großteil von 70 % der beendeten Betreuungen im Anschluss weitere Hilfeleistungen des Suchthilfesystems in Anspruch genommen werden. Am häufigsten finden bei der Opiatklientel Weiterbetreuungen in Form von stationären Entwöhnungsbehandlungen (20 %), Entgiftungen (13 %) und Substitutionsbehandlungen (12 %) statt. Insgesamt zeigt sich bei einem Vergleich der letzten drei Jahre eine kontinuierliche Abnahme an Weiterbetreuungen um insgesamt 6 Prozentpunkte. Im Einzelnen betrifft dies die Weiterbetreuung in Form von stationären Entwöhnungsbehandlungen (2005: 24 %) sowie Entgiftungen und Entzüge (2005: 18 %).

Es wird deutlich, dass die in der BADO dokumentierten einzelnen Betreuungen stets nur einen Ausschnitt einer längeren Kette von mehreren Maßnahmen innerhalb eines vernetzten Suchthilfesystems darstellen: in der Regel kommen die Klient(inn)en aus vorgelagerten Maßnahmen, nehmen ergänzend zur aktuellen Betreuung weitere Maßnahmen in Anspruch und verbleiben im Anschluss aufgrund weiterer Maßnahmen im Suchthilfesystem.

Abbildung 3.5:
Weiterbetreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen in 2007 nach Geschlecht (Mehrfachantworten möglich)



Zusammenfassung: Betreuungen

Insgesamt wurden in der BADO 6.714 Betreuungen von Personen mit einem problematischen Opiatkonsum für das Jahr 2007 dokumentiert. Knapp ein Drittel der Betreuungen kommt aus Eigeninitiative der Klient(inn)en zustande. Die Justiz als vermittelnde Instanz wird mit 16 % am zweithäufigsten genannt. Die mittlere Betreuungsdauer ist im Vergleich zu den Vorjahren erneut gesunken und liegt nun bei 161 Tagen und damit 22 Tage unter dem für das Jahr 2006 ermittelten Wert. Trotz der kurzen Betreu-

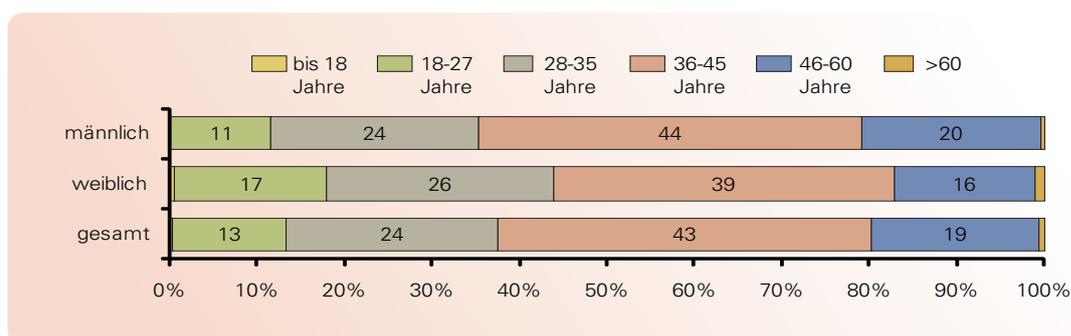
ungsdauer wird, wie auch in den Jahren zuvor, ungefähr die Hälfte der Betreuungen (49 %) planmäßig abgeschlossen, entweder durch Weitervermittlung in eine andere Suchthilfeeinrichtung oder durch reguläre Beendigung. Bei über zwei Drittel der Betreuungen wurden im Vorfeld der Betreuung (60 Tage) andere suchtspezifische Maßnahmen in Anspruch genommen. Ebenso häufig werden Betreuungen der Opiatklientel im Anschluss in Form anderer Maßnahmen fortgeführt. Betrachtet man ausschließlich die beendeten Betreuungen und vergleicht diese mit denen der Jahre 2006 und 2005, so zeigen sich Tendenzen dahingehend, dass häufiger ergänzende Betreuungen in Anspruch genommen werden, die Einrichtungen von Klient(inn)en häufiger ohne Kontaktempfehlung aber mit einer Auflage aufgesucht werden und der Anteil an Weiterbetreuungen im Anschluss an die Betreuung stetig abnimmt.

3.2. Personen

Die Hamburger BADO zählt insgesamt 4.809 Personen, die im Hamburger ambulanten Suchthilfesystem aufgrund eines problematischen Opiatkonsums im Jahr 2007 betreut wurden. Die zu drei Viertel aus Männern bestehende Gruppe der Opiatklienten weist ein mittleres Lebensalter von 38 Jahren ($\pm 8,8$) auf, wobei die Frauen mit 36,9 Jahren ($\pm 9,2$) im Mittel rund 1,5 Jahre jünger als die männlichen Klienten sind (\emptyset 38,5 Jahre, $\pm 8,6$). Ein Vergleich mit den Vorjahren zeigt einen leichten aber stetigen Anstieg des aktuellen Lebensalters (2005: 37,0 Jahre, 2006: 37,7 Jahre).

Wird das durchschnittliche Alter in Kategorien betrachtet, sieht man, dass ein Fünftel der Klient(inn)en bereits älter als 45 Jahre ist. Dem gegenüber steht eine Gruppe vergleichsweise junger Menschen im Alter bis zu 27 Jahren mit einem Anteil von 13 %.

Abbildung 3.6:
Alter der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht



Mit Hilfe des HIV-Codes (siehe 1.2) kann festgestellt werden, inwieweit die aktuell erfassten Personen bereits in den vergangenen Jahren in der BADO dokumentiert wurden. So kann festgehalten werden, dass lediglich 18 % der Opiatklient(inn)en sich im aktuellen Berichtsjahr das erste Mal, innerhalb der vergangenen 10 Jahre, an das in der BADO erfasste ambulante Suchthilfesystem in Hamburg gewandt haben. Knapp zwei Drittel der Klient(inn)en (64 %) wurde bereits in 2006, über die Hälfte der Personen (53 %) aus 2007 wurden auch bereits in 2005 erfasst. Begrenzt man den Blick nicht nur auf den ambulanten Teil des Suchthilfesystems, so kann man zeigen, dass lediglich 3 % der in der BADO dokumentierten Opiatklient(inn)en zuvor keinerlei Kontakt zum Suchthilfesystem hatten. Dies kann zur erfreulichen Annahme führen, dass die Personen mit problematischem Opiatkonsum in Hamburg größtenteils durch das Hamburger Suchthilfesystem erreicht werden und zum anderen wenige Personen mit opiatbezogenen Problemen neu hinzukommen. Gestützt wird diese Annahme auch durch die Ermittlung des zeitlichen Abstandes zwischen dem Erstkontakt zur Suchthilfe und dem aktuellen Betreuungsbeginn in der BADO: bei 90 % der Klient(inn)en liegt der Erstkontakt außerhalb der vergangenen zwei Jahre.

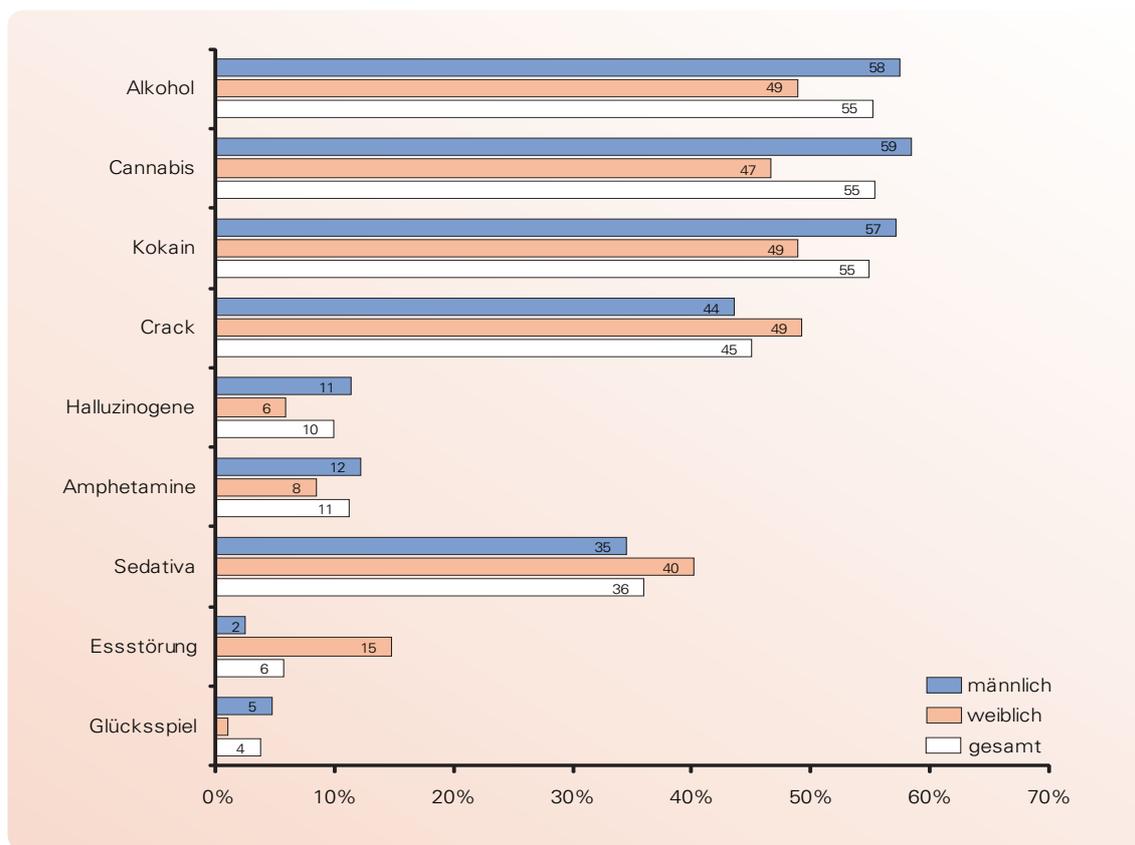
Die ausgeprägte Vernetzung innerhalb des Suchthilfesystems in Hamburg sowie die angenommene hohe Erreichungsquote spiegeln sich nicht nur in der seit Jahren gleich bleibend hohen Anzahl an dokumentierten Klient(inn)en in der BADO wider, sondern auch in der Anzahl an Rauschgifttoden als externes Validierungskriterium. Seit Jahren liegt die Zahl an Rauschgifttoden laut Bundeskriminalamt (2007) in Hamburg auf einem sehr niedrigen Niveau im Verhältnis zur hohen Anzahl der Opiatabhängigen (2000: 102, 2003: 64, 2005: 61, 2007: 59). So schreibt das Bundeskriminalamt im Rauschgiftjahresbericht 2000: „Diese Entwicklung [der seit Jahren rückläufigen Anzahl registrierter Drogentoter]

wird auf das seit 1996 auf einen größeren Personenkreis ausgedehnte Methadon-Programm sowie auf Hilfsangebote der Drogenhilfeeinrichtungen und der Straßensozialarbeit sowie auf die Einrichtung von Gesundheitsräumen etc. (harm reduction) zurückgeführt.“

3.3. Konsum und Behandlungsvorerfahrungen

In der hier betrachteten Gruppe der Klient(inn)en, die sich aufgrund einer opiatbedingten Störung an das Hamburger Suchthilfesystem gewandt haben, werden nicht selten neben den Opiaten noch weitere Substanzen konsumiert. Bei über der Hälfte der Klient(inn)en (55 %) wird als zusätzlicher Problembereich der Konsum von Alkohol festgehalten, ein gleich hoher Anteil nennt den problematischen Konsum von Cannabis. Crack wird bei 45 % der Klient(inn)en als weitere problematisch konsumierte Substanz dokumentiert. Der Anteil der Sedativa konsumierenden Opiatklient(inn)en liegt bei 36 %, wobei 63 % dieser Konsument(inn)en das Sedativum auf legalem Wege per Rezept erhalten. Andersherum betrachtet zeigt sich, dass 94 % aller in der BADO erfassten Crackkonsument(inn)en und 84 % aller Sedativaklient(inn)en sich aufgrund ihres problematischen Opiatkonsums in der hier betrachteten Gruppe befinden. Vergleicht man die Angaben zu den Hauptproblemen mit denen der letzten zwei Jahre, so lässt sich innerhalb der Gruppe der Opiatkonsument(inn)en eine Zunahme weiterer dokumentierter Hauptprobleme für Alkohol (2005: 52 %, 2006: 54 %), Crack (2005: 38 %, 2006: 45 %) sowie Sedativa (2005/2006: 34 %) verzeichnen.

Abbildung 3.7:
Weitere dokumentierte Hauptdrogen bzw. -probleme der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht (Mehrfachantwort möglich)

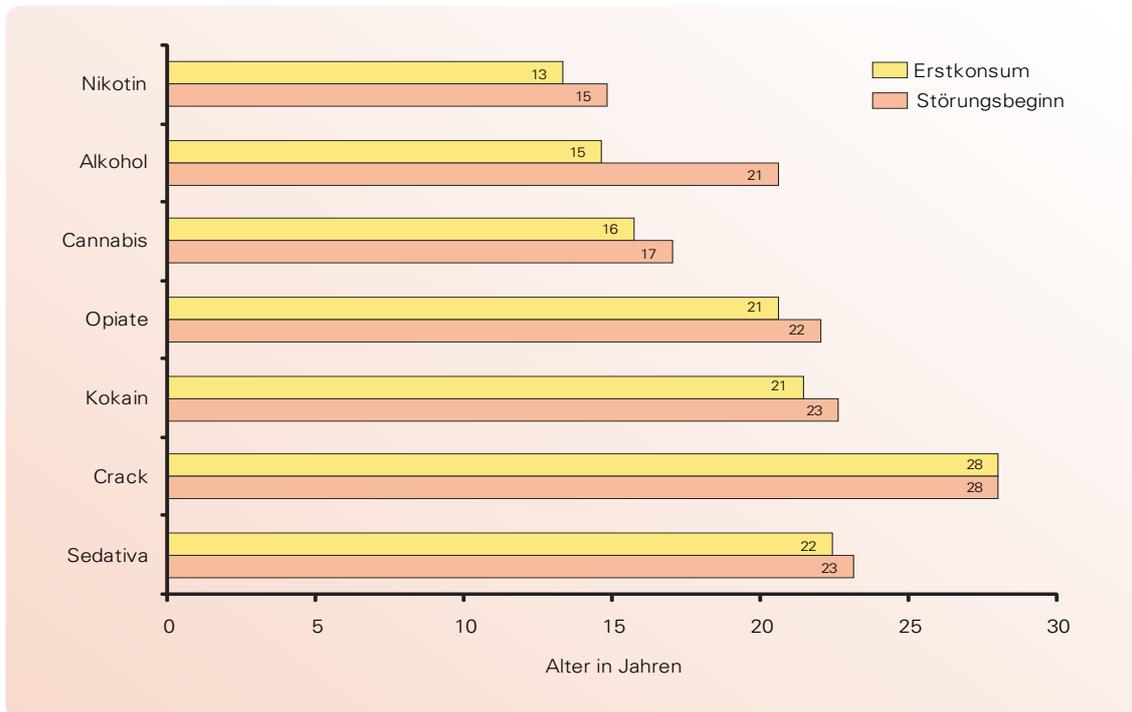


Die BADO erhebt zu den einzelnen Substanzen neben dem Alter bei Erstkonsum auch das Alter bei Störungsbeginn. Die Gegenüberstellung beider Angaben ist in Abbildung 3.8 dargestellt.

Der Erstkonsum von Opiaten findet nach Auskunft der Klient(inn)en durchschnittlich mit 20,6 Jahren ($\pm 6,1$) statt. Knapp zwei Jahre später (\emptyset 22 Jahre, $\pm 6,6$) wird der Opiatkonsum als so problematisch erachtet, dass dieser als Störung wahrgenommen wird. Wenn das Alter bei Erstkontakt zur Suchthilfe in die Betrachtung mit einbezogen wird, so zeigt sich, dass im Mittel weitere fünf Jahre vergehen, bis die

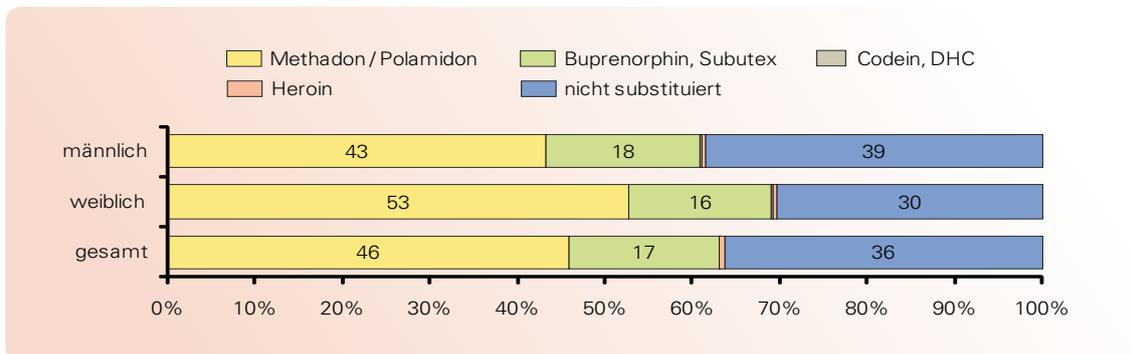
betroffene Person suchtbezogene Maßnahmen in Anspruch nimmt. Alkohol wird in der hier betrachteten Klientengruppe im Mittel das erste Mal mit 14,6 Jahren ($\pm 4,0$) getrunken, eine alkoholbezogene Störung tritt mit einer durchschnittlichen Latenz von 6 Jahren ($\bar{\Delta}$ 20,6 Jahre, $\pm 8,4$) ein. Im Mittel konsumierten die Klient(inn)en das erste Mal Cannabis im Alter von 15,7 Jahren ($\pm 3,7$), das Alter bei Störungsbeginn liegt hier bei 17 Jahren ($\pm 4,7$). Kokain wird durchschnittlich im Alter von 21,4 Jahren ($\pm 6,2$) das erste Mal konsumiert, der Störungsbeginn liegt im Mittel bei 22,6 Jahren ($\pm 6,5$). Sowohl der Erstkonsum als auch der Störungsbeginn für Crack liegt bei 28 Jahren. Hält man sich die relativ junge Geschichte von Crack in Hamburg und das mittlere Lebensalter der Opiatklientel vor Augen, so können diese Werte als plausibel erachtet werden (siehe Buth et al, 2007).

Abbildung 3.8:
Alter des Erstkonsums und des Störungsbeginns von Klient(inn)en in 2007



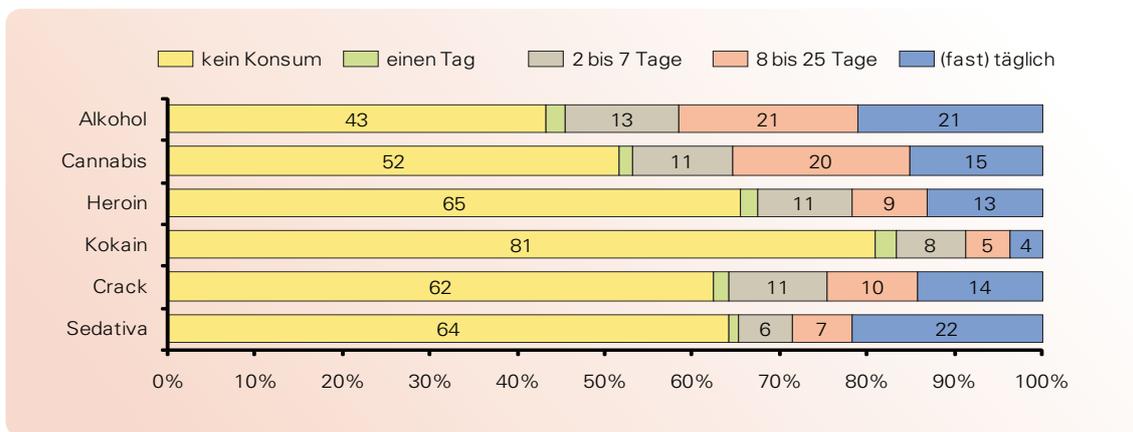
Knapp zwei Drittel (63 %) der Klient(inn)en in der Hauptgruppe „Opiate“ befindet sich zurzeit in einer Substitutionsbehandlung. Bei den dokumentierten Frauen liegt der Anteil mit 70 % deutlich über dem der Männer (61 %). Am häufigsten wird als Substitut Methadon bzw. Polamidon (46 %) eingesetzt, 17 % der Klient(inn)en erhalten Buprenorphin. Die Vergabe von Heroin oder Codein findet in Hamburg mit Anteilen von jeweils unter einem 1 % eher selten statt. Während der Anteil der in Substitution befindlichen Klient(inn)en im Verlauf der letzten drei Jahre stabil ist, zeigt sich eine Veränderung bezüglich des eingesetzten Medikaments dahingehend, dass die Vergabe von Methadon tendenziell abnimmt (2005: 49 %, 2006: 46 %) und die Vergabe von Buprenorphin (2005: 14 %, 2006: 16 %) eher zunimmt.

Abbildung 3.9:
Zur Substitution eingesetztes Medikament der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht



In Abbildung 3.10 sind die aktuellen Konsumhäufigkeiten der einzelnen Substanzen innerhalb der vergangenen 30 Tage abgetragen. Als Ergebnis der langjährigen Betreuung der Klient(inn)en innerhalb des Suchthilfesystems sowie des hohen Anteils an Substituierten lassen sich insgesamt hohe Abstinenzraten beobachten. Nahezu zwei Drittel der Klient(inn)en haben zum aktuellen Zeitpunkt an keinem der vergangenen 30 Tage Heroin konsumiert.

Abbildung 3.10:
Konsumhäufigkeit der letzten 30 Tage (Aktuell) der Klient(inn)en in 2007 (ohne Inhaftierte)



Wie weiter oben bereits erwähnt, handelt es sich bei der aktuellen Betreuung selten um den ersten Versuch, das Suchtproblem anzugehen. Dies zeigt sich, neben dem zeitlichen Abstand zwischen Erstkontakt und jetziger Betreuung von durchschnittlich 11 Jahren, auch in den Angaben zu den Vorerfahrungen bezüglich einzelner Maßnahmen: 80 % der Klient(inn)en haben in der Vergangenheit mindestens einen, rund ein Fünftel bereits fünf oder mehr stationäre Entzüge durchgeführt. 40 % der Personen geben an, bereits mindestens einen ambulanten Entzugsversuch unternommen zu haben. Von mindestens einer stationären Rehabilitation in der Vorgeschichte berichten 63 %, von mindestens einer ambulanten Rehabilitation 32 % der Klient(inn)en. Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen spielt in diesem Personenkreis eine vergleichsweise geringe Rolle (10 %).

3.4. Biografischer Hintergrund

Der Anteil an Klient(inn)en mit einer deutschen Staatsbürgerschaft liegt bei 86 %. Die Staatsbürgerschaft eines Landes außerhalb der Europäischen Union besitzen 11 % der Klient(inn)en. Mehr Informationen bezüglich des kulturellen Hintergrundes birgt jedoch der Migrationshintergrund der Klient(inn)en, der seit 2005 auch in der BADO erhoben wird. Rund ein Fünftel der Klient(inn)en ist entweder selbst migriert (15 %) oder als Kind von Migranten geboren worden (6 %). Nahezu jede(r) zweite Klient(in) gibt an, dass mindestens ein Elternteil ebenso durch Suchtprobleme belastet war oder ist. Am häufigsten wird der Vater als suchtbelastetes Elternteil genannt (41 %), bei 24 % der Klient(inn)en die Mutter. Es lässt sich festhalten, dass Frauen nicht nur insgesamt häufiger von einem suchtbelasteten Elternhaus berichten (Männer: 45 %, Frauen: 56 %), sondern sich vor allem darin unterscheiden, dass Frauen im Vergleich zu den Männern häufiger die Mutter mit einem Suchtproblem erlebt haben (Männer: 20 %, Frauen: 34 %). Neben den Suchtproblemen im Elternhaus geben auch die Angaben über etwaige Heimaufenthalte in der Kindheit der Klienten einen Hinweis, inwieweit die Klient(inn)en bereits im Kindes- und Jugendalter mit schwierigen Rahmenbedingungen konfrontiert wurden. Über ein Viertel der Klient(inn)en geben an (27 %), zumindest einen Teil ihrer Kindheit in einem Heim bzw. einer öffentlichen Erziehungseinrichtung verbracht zu haben, wobei der Anteil der Frauen mit 31 % fünf Prozentpunkte über dem Wert der Männer liegt.

Ein weiterer belastender Faktor kann in den Gewalterfahrungen der Klient(inn)en gesehen werden: über zwei Drittel der Klient(inn)en (67 %) haben im bisherigen Leben schwere körperliche Gewalterfahrungen machen müssen (Männer: 65 %, Frauen: 75 %). Vor allem Frauen sind zudem sexueller Gewalt ausgesetzt gewesen (63 %), aber auch jeder zehnte Mann gibt dies an. Man kann vermuten, dass sich solch

schwere Gewalterfahrungen, sowohl in körperlicher als auch sexueller Form, in posttraumatischen Belastungsstörungen der Klient(inn)en niederschlagen können und diese wiederum in einem kausalen Zusammenhang mit den aktuellen Suchtproblemen stehen könnten. Detailliertere Untersuchungen hierzu sind mehr als wünschenswert.

3.5 Justizielle Probleme

Hinsichtlich der justiziellen Vorgeschichte der Klient(inn)en zeigt die BADO, dass fast drei Viertel der Klient(inn)en bereits mindestens einmal in ihrem Leben inhaftiert waren (72 %). Der Anteil der bereits mindestens einmal im Leben verurteilten Opiatklient(inn)en liegt bei 79 %. Am häufigsten werden Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (64 %) und Straftaten aufgrund von Beschaffungskriminalität (52 %) als Gegenstand bisheriger Verurteilungen genannt. Ein Viertel der Klient(inn)en gibt an, dass begangene Körperverletzungen zu einer Verurteilung führten. Die Angaben zu den gewaltbedingten Verurteilungen decken sich mit den Angaben zu den bisherigen Gewaltausübungen im Leben der Klient(inn)en, von denen insgesamt 51 % berichten.

3.6. Soziale Beziehungen und Lebenssituation

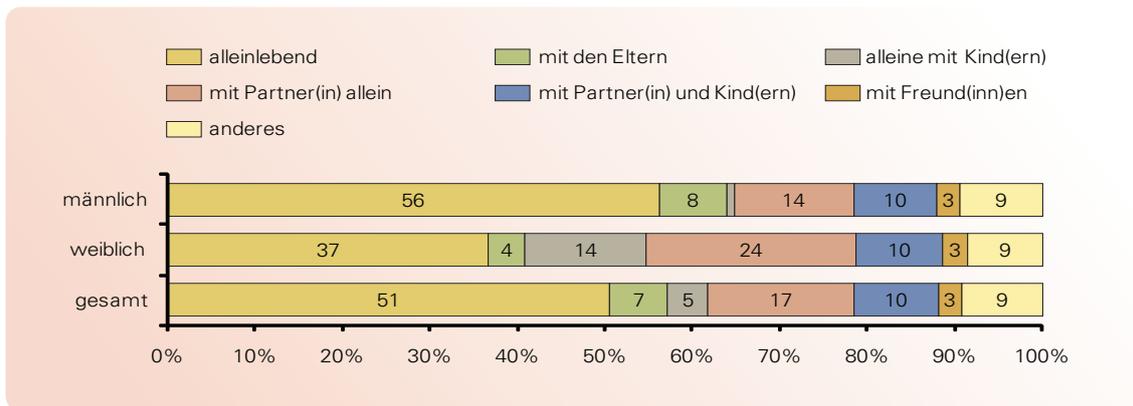
Der überwiegende Teil der Opiatklient(inn)en ist ledig (69 %), wobei dies vor allem für die männlichen Personen gilt (Männer: 72 %, Frauen: 60 %). Während die Anteile an verheirateten Männern und verheirateten Frauen in etwa gleich groß sind (Männer: 11 %, Frauen: 12 %), geben die Frauen häufiger an, in Scheidung zu leben (Männer: 12 %, Frauen: 19 %). Besser als der formale Familienstand spiegelt jedoch die Frage nach der aktuellen Partnerbeziehung die soziale Situation wider. Auch hier zeigt sich eine hohe Rate allein stehender Menschen (57 %), wobei hier wieder die Gruppe der Alleinstehenden bei den Männern größer als die bei den Frauen ist (Männer: 61 %, Frauen: 47 %). Bei der Betrachtung der sozialen Beziehung muss man sich jedoch stets vor Augen halten, dass eine Partnerbeziehung hinsichtlich der Überwindung von suchtbezogenen Problemen nicht per se von Vorteil ist. So weist bei 40 % der Männer und bei 78 % der Frauen, sofern sie in einer festen Partnerschaft leben, der Partner ebenfalls eine Suchtstörung auf.

Die Lebenssituation der Klient(inn)en ist in Abbildung 3.11 dargestellt und bestätigt die soziale Isolation der Opiatklientel. Jede(r) Zweite gibt an, allein zu leben (Männer: 56 %, Frauen: 37 %), 15 % leben - mit oder ohne Partner- zusammen mit Kindern, wobei dieses jedoch deutlich häufiger bei den Frauen (24 %) als bei den Männern der Fall ist (11 %).

Mehr als die Hälfte der Opiatklient(inn)en hat mindestens ein Kind (51 %), wobei der Anteil an Klient(inn)en mit mindestens einem minderjährigen Kind entsprechend darunter liegt (35 %). Auch hier zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede derart, dass Frauen häufiger Kinder (Männer: 48 %, Frauen: 60 %) und entsprechend auch häufiger minderjährige Kinder (Männer: 31 %, Frauen: 44 %) haben. Im Mittel werden für Opiatkonsument(inn)en in der BADO 0,9 Kinder ($\pm 1,2$) bzw. 0,5 minderjährige Kinder (± 1) dokumentiert. In absoluten Zahlen ausgedrückt, werden durch die BADO insgesamt 4.144 Kinder³ von Opiatklient(inn)en gezählt, 2.425 von ihnen sind noch minderjährig. Nahezu die Hälfte der Mütter lebt mit ihren minderjährigen Kindern zusammen im eigenen Haushalt (46 %). Bei knapp einem Viertel der Mütter leben die minderjährigen Kinder in Pflegefamilien, bei weiteren 14 % sind die minderjährigen Kinder bei den Großeltern untergebracht. Bei Männern gestaltet sich die Situation deutlich anders: lediglich 24 % der Väter von minderjährigen Kindern leben mit diesen auch zusammen im eigenen Haushalt, am häufigsten wachsen die betroffenen Kinder jedoch beim anderen Elternteil auf (63 %).

³ Bei der Anzahl der erfassten Kinder kann es zu Doppelzählungen kommen für den Fall, dass sich beide Elternteile eines Kindes in Betreuung befinden.

Abbildung 3.11:
Lebenssituation der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht (ohne Inhaftierte)



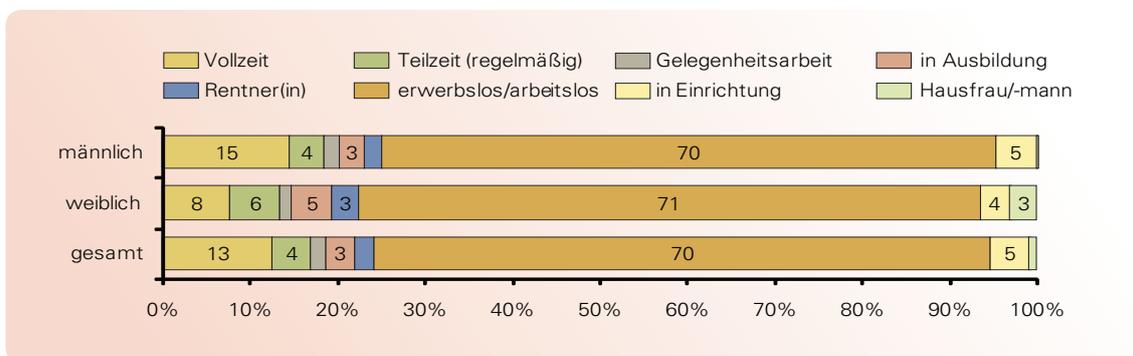
15 % der Opiatklient(inn)en geben die Justizvollzugsanstalt als aktuellen Aufenthaltstort an. Schließt man diese Gruppe von der weiteren Betrachtung aus, so zeigt sich, dass 70 % der Klient(inn)en in einer eigenen Wohnung leben. Werden diejenigen hinzugezählt, die bei dem Partner oder bei Angehörigen leben, ergibt sich ein Anteil von 80 % an Opiatklient(inn)en mit einer stabilen Wohnsituation.

3.7. Ausbildung, Arbeitssituation und finanzielle Situation

Die hier beschriebenen Opiatklient(inn)en haben zumeist einen Schulabschluss. Lediglich jede(r) Zehnte hat seine Schullaufbahn ohne Abschluss absolviert. Nicht ganz die Hälfte der Klientel kann einen Hauptschulabschluss (44 %), über ein Viertel die mittlere Reife (29 %) aufweisen. 15 % der Klient(inn)en geben an, die Fachhochschulreife oder einen höherwertigen Abschluss erreicht zu haben. Vor dem Hintergrund des mittleren Alters bei Störungsbeginn von 22 Jahren spiegeln sich die Auswirkungen des problematischen Opiatkonsums mehr in der beruflichen Ausbildungssituation als in der schulischen wider. Rund ein Drittel der Opiatklientel hat keine abgeschlossene Berufsausbildung, nur 2 % befinden sich zurzeit in Ausbildung. Vergleicht man die Ausbildungssituation zwischen den Geschlechtern zeigen sich die auch in der Gesamtbevölkerung bestehenden Unterschiede (Hartung & Janik, 2006) zu Ungunsten der Frauen: trotz durchschnittlich besserer Schulausbildung haben sie im Vergleich zu den Männern seltener auch eine abgeschlossene Berufsausbildung (Männer: 68 %, Frauen: 57 %).

Betrachtet man die aktuelle Arbeitssituation der Opiatklientel, zeigt sich eine hohe Arbeitslosenquote von 70 %. Aufgrund ihrer besonderen Situation werden inhaftierte Opiatkonsument(inn)en in dieser Auswertung nicht berücksichtigt. Lediglich 13 % der Klienten gehen einer Vollbeschäftigung, weitere 4 % einer regelmäßigen Teilzeitbeschäftigung nach.

Abbildung 3.12:
Arbeits- und Ausbildungssituation der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht (ohne Inhaftierte)



Das Haupteinkommen der Opiatklient(inn)en zeigt ein äquivalentes Bild zur oben beschriebenen Arbeitssituation: Knapp zwei Drittel der Klientel beziehen Arbeitslosengeld II, 3 % erhalten Arbeitslosengeld I und weitere 5 % sind Sozialhilfeempfänger(innen). Zusätzlich erhebt die BADO seit 2005 auch

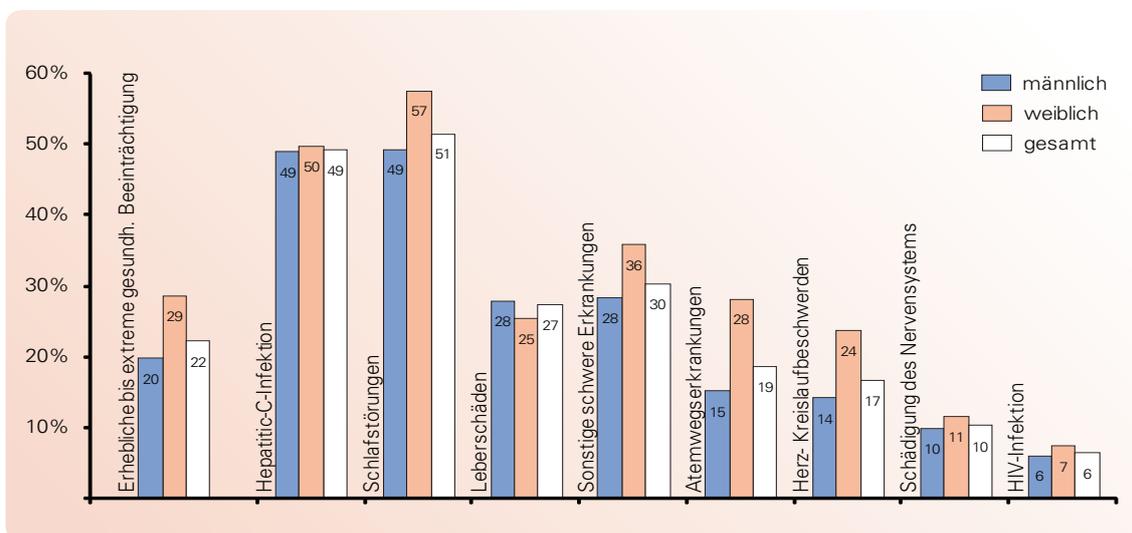
das Einkommen durch Prostitution sowie Einkommen in illegaler Form. Demnach geht jede fünfte Frau der Prostitution nach (Männer: 1 %), illegale Einkünfte geben 17 % der Klient(inn)en an (Männer: 16 %, Frauen: 20 %). Im Vergleich der letzten drei Jahre lässt sich eine stetige Zunahme an Prostitution bei den Frauen (2005: 16 %, 2006: 18 %) und bei den illegalen Einkünften insgesamt verzeichnen (2005: 13 %, 2006: 15 %).

Vor dem Hintergrund der zunehmend schwieriger werdenden Einkommenssituation der Klientel insgesamt müssen auch die Angaben zur Schuldsituation betrachtet werden. Lediglich jeder Fünfte gibt an, schuldenfrei zu sein. Bei einem Drittel der Klientel belaufen sich die Schulden auf eine Summe, die unterhalb von 5.000 Euro liegt. Bis zu 25.000 Euro Schulden geben weitere 21 % an. Darüber hinaus haben 17 % Schulden, deren Höhe jedoch nicht beziffert werden kann.

3.8. Gesundheitliche und psychische Situation

Zur Einschätzung der gesundheitlichen sowie der psychischen Situation der Opiatkonsument(inn)en bietet die BADO die Möglichkeit, einerseits das Ausmaß der Beeinträchtigung hinsichtlich einzelner Symptome und zum anderen Einschätzungen auf globaler Ebene zu dokumentieren. Über ein Fünftel der Opiatklient(inn)en wird von den Mitarbeitern der ambulanten Suchthilfe als erheblich oder extrem gesundheitlich belastet eingestuft. Bei weiteren 31 % wird zum aktuellen Zeitpunkt eine gesundheitliche Beeinträchtigung mittleren Ausmaßes angegeben. Als zentrales gesundheitliches Problem muss weiterhin die Infektion mit Hepatitis C gesehen werden: jede(r) zweite Opiatkonsument(in) ist infiziert. Die HIV-Rate liegt bei 6 %, wobei Frauen (7 %) häufiger als Männer (6 %) HIV-positiv sind. Bei etwas weniger als einem Drittel der Klient(inn)en sind Leberschäden dokumentiert, mehr als die Hälfte der Opiatklientel leidet an Schlafstörungen. Während sich die HIV-Rate im Verlauf der vergangenen drei Jahre stabil zeigte, konnte die Hepatitis-C Infektionsrate gesenkt werden (2005: 56 %, 2006: 53 %).

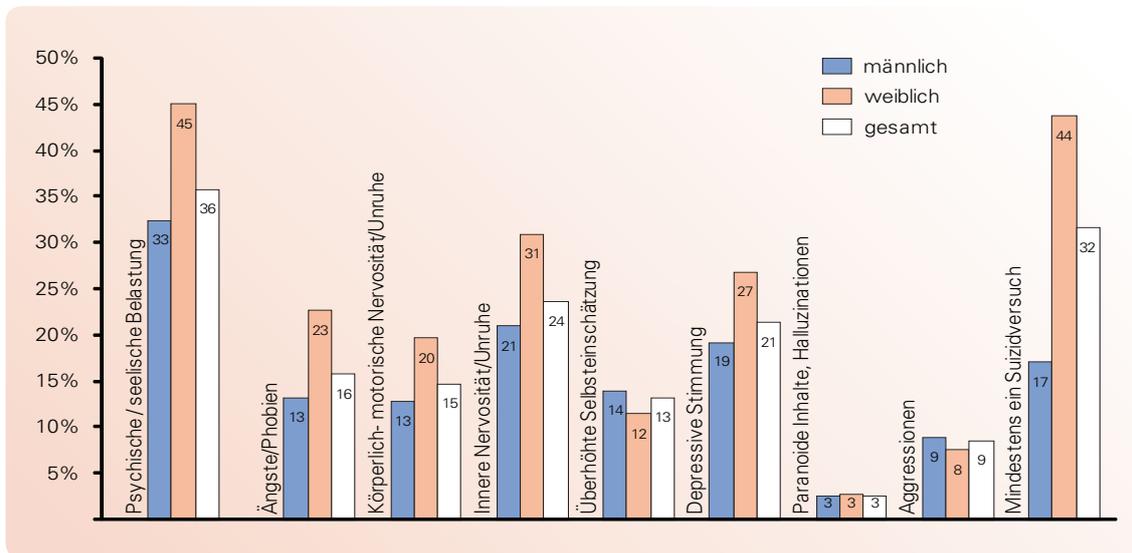
Abbildung 3.13:
Einschätzung der gesundheitlich-körperlichen Beeinträchtigung (erheblich/extrem) und gesundheitliche Beschwerden der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht



Neben den gesundheitlichen körperlichen Problemen muss auch ein besonderes Augenmerk auf die psychischen Probleme gerichtet werden: zum einen aufgrund ihrer Rolle bei der Entstehung süchtigen Verhaltens und zum anderen als Folge von süchtigem Verhalten. Bei über einem Drittel der Opiatklientel wird das Ausmaß der psychischen und seelischen Belastung von den Mitarbeitern der Hamburger Suchthilfeeinrichtungen als erheblich bis extrem eingeschätzt. Nahezu jede(r) Vierte leidet in erheblicher oder extremer Weise unter inneren Unruhezuständen, ein Fünftel ist durch depressive Stimmungen ebenso stark betroffen. Fast ein Drittel der Klient(inn)en haben mindestens einen Suizidversuch im Laufe ihres Lebens unternommen (Männer: 27 %, Frauen: 44 %). Neben einer deutlichen psychischen Belastung der Opiatklientel insgesamt zeigt sich auch, dass vor allem Frauen von psychischen Problemen

und Belastungen betroffen sind. Hinsichtlich der globalen Einschätzung liegt der Anteil mit 45 % deutlich über dem der Männer (33 %). Aber auch bezüglich der einzelnen Symptomebenen ist die Belastung der Klientinnen, bis auf wenige Ausnahmen, deutlich stärker ausgeprägt als bei den Männern.

Abbildung 3.14:
Einschätzung der psychischen bzw. seelischen Belastung und deren Symptome (erheblich/extrem) von Klient(inn)en nach Geschlecht



Zusammenfassung: Beschreibung der betreuten Personen

In 2007 hat die Hamburger BADO insgesamt 4.809 unterschiedliche Personen gezählt, die aufgrund eines problematischen Opiatkonsums betreut wurden. Dies sind 42 Personen weniger als im Vorjahr. Das durchschnittliche Alter der Opiatklient(inn)en liegt bei 38 Jahren, drei Viertel von ihnen sind Männer. Über 80 % der Opiatklientel wurde bereits in mindestens einem der vergangenen zehn Erhebungsjahre im ambulanten Suchthilfesystem von Hamburg betreut. Lediglich 3 % der Opiatklient(inn)en geben an, im Vorfeld der Betreuung keinerlei Kontakt zur Suchthilfe gehabt zu haben. Neben den opiatbezogenen Problemen werden für die hier betrachtete Klientengruppe noch Alkohol, Cannabis, Crack und Sedativa als weitere Hauptprobleme dokumentiert. Opiate werden durchschnittlich das erste Mal im Alter von 21 Jahren konsumiert. Das mittlere Lebensalter bei Störungsbeginn liegt mit 22 Jahren ein Jahr darüber. Knapp zwei Drittel der Opiatklient(inn)en befinden sich derzeit in einer Substitutionsbehandlung. Der überwiegende Teil von 80 % hat in der Vergangenheit bereits mindestens einen stationären Entzug angetreten. Nahezu die Hälfte der Klient(inn)en gibt an, in einem suchtbelasteten Elternhaus aufgewachsen zu sein, über ein Viertel zumindest teilweise in einem Heim oder einer Erziehungsanstalt. Über zwei Drittel der Klient(inn)en haben schwere körperliche Gewalterfahrungen machen müssen und über 60 % der Frauen sind Opfer sexueller Gewalt geworden. In stabilen Wohnverhältnissen leben vier Fünftel der Opiatklientel. Sieben von zehn Opiatklient(inn)en sind derzeit arbeits- bzw. erwerbslos. Entsprechend wird am häufigsten zu knapp zwei Dritteln das Arbeitslosengeld II als Haupteinnahmequelle genannt. Für über ein Fünftel der Opiatklient(inn)en wird von den Mitarbeitern der Suchthilfe eine erhebliche oder extreme gesundheitliche Belastung dokumentiert. Als zentrales gesundheitliches Problem muss weiterhin die Infektion mit Hepatitis-C, welche die Hälfte der Opiatklientel betrifft, gesehen werden. Unter einer erheblichen bis extremen psychischen Belastung leiden nach Auffassung der Mitarbeiter über zwei Drittel der Klient(inn)en, wobei die Belastung der Frauen meist höher als die der Männer ist. Am stärksten ausgeprägt sind die Belastungen durch depressive Stimmungen sowie durch innere Unruhezustände. Nahezu ein Drittel der Opiatklient(inn)en hat im bisherigen Leben schon mindestens einmal versucht, sich das Leben zu nehmen.

3.9. Verlaufsdokumentation

Im Rahmen der VERLAUDO wird systematisch der Eingangs- und Ausgangszustand der Klient(inn)en erhoben, wobei sich der Eingangsbefund auf den Beginn der jeweiligen Betreuungsepisode bezieht; 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 abgebildet und Rückschlüsse auf die Wirkungen der in Anspruch genommenen Intervention gezogen werden.

Wie bereits im VERLAUDO-Kapitel der Alkoholklient(inn)en beschrieben, erfolgt die Auswertung der Verlaufsdokumentation auf Basis einer speziellen Stichprobendefinition. Es werden alle Opiatklient(inn)en mit ihrer letzten abgeschlossenen Betreuung in 2007 einbezogen, die eine Betreuungsdauer von mindestens einem Monat (also 31 Tagen) aufweisen. Kürzer Betreute sowie Klient(inn)en mit nur einem Kontakt bleiben in der Verlaufsauswertung unberücksichtigt. Auch Inhaftierte werden nicht einbezogen, da ihre Situation vornehmlich von den Verhältnissen im Gefängnis abhängig sein dürfte. Da die Ergebnisse allgemein auf die Behandlungseffekte der ambulanten Klient(inn)en bezogen werden, erfolgt die Interpretation der zu treffenden Veränderungsaussagen nach statistischer Absicherung durch Signifikanztests.

Die Stichprobe der Verlaufsauswertung umfasst $N=1.320$ Klient(inn)en mit der Hauptproblemsubstanz Opiate. Drei Viertel der Betreuten sind männlich (73 %), ein Viertel ist weiblich (27 %). Das aktuelle Durchschnittsalter beträgt 37,8 ($\pm 8,9$) Jahre, wobei die Frauen mit 36,5 ($\pm 9,6$) Jahren knapp zwei Jahre jünger sind als die Männer (38,2 ($\pm 8,5$) Jahre). Bezüglich Geschlecht und Alter ist die VERLAUDO-Stichprobe somit mit der Gesamt-Klientel der betreuten Opiatabhängigen vergleichbar (vgl. Abschnitt 3.2). Die Klient(inn)en waren im Durchschnitt 280 Tage, also etwas über neun Monate in der Betreuung. Dabei gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Mit 350 Tagen ist die mittlere Betreuungsdauer der Frauen um drei Monate länger als die der Männer mit 254 Tagen (siehe Tabelle 3.1). Die Mehrheit der Klient(inn)en war allerdings nicht länger als 6 Monate in Betreuung (56 %); 8 % wurden überdurchschnittlich lange, d. h. mehr als zwei Jahre betreut. Bei der überwiegenden Betreuungsart handelt es sich um Beratung bzw. Betreuung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich knapp zwei Drittel der VERLAUDO-Klient(inn)en in der Substitutionsbehandlung befinden. Dem entsprechend gehört auch die psychosoziale Betreuung mit einem Drittel zu den häufigsten Betreuungsarten. Ein Drittel hatte im Betreuungsverlauf nicht mehr als zwei bis fünf Kontakte (33 %). Ein weiteres Viertel kam zwischen sechs- und zehnmal zu Terminen (23 %), bei 26 % bestanden elf bis dreißig Kontakte während der Betreuungsphase. Die große Mehrheit nimmt die Behandlung ohne institutionelle Anordnung auf, 15 % der Männer und 9 % der Frauen haben justizielle Auflagen. Bei einem Fünftel wurde die aktuelle Betreuung regulär beendet, ein Viertel wurde in andere Behandlungen oder Versorgungsbereiche weitervermittelt. Die Opiatklient(inn)en hatten zu zwei Dritteln Vorbehandlungen innerhalb der letzten zwei Monate vor der aktuellen Betreuungsphase, wobei es sich am häufigsten um Substitutionsbehandlungen handelte. Auch stationäre Entzugsbehandlungen, Langzeittherapien sowie niedrigschwellige Hilfen wurden von jeweils etwa einem Siebtel der Opiatabhängigen zuvor in Anspruch genommen.

Tabelle 3.1:
Dauer und ausgewählte Merkmale der letzten in 2007 beendeten während der BADO dokumentierten Betreuungsepisoden nach Geschlecht (N=1.316)

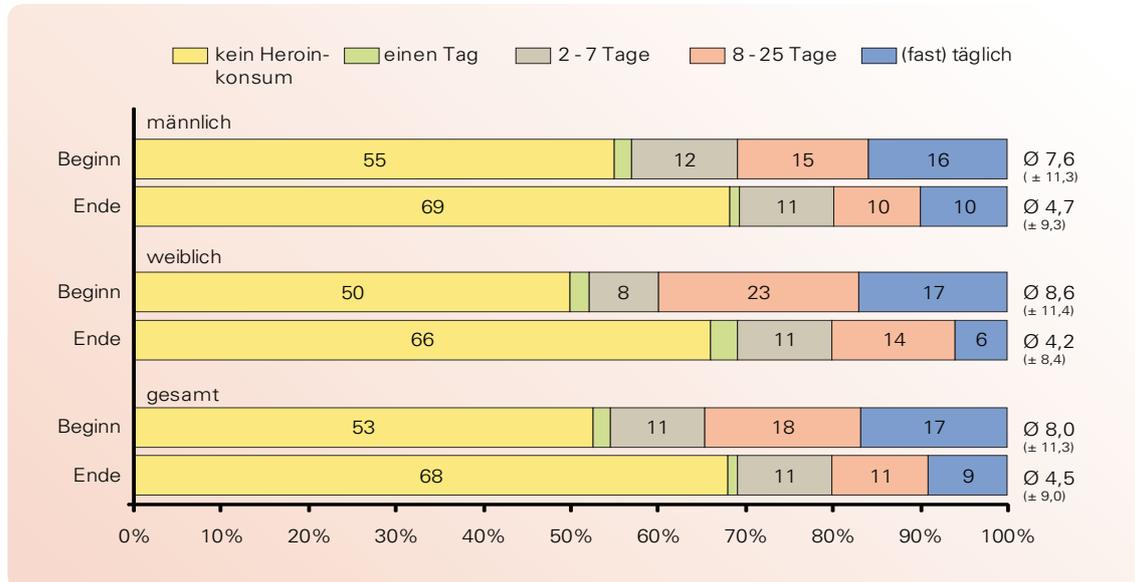
	männlich	weiblich	gesamt
aktuelle Betreuungsdauer			
bis 8 Wochen	17 %	15 %	16 %
bis 12 Wochen	16 %	11 %	15 %
bis 6 Monate	26 %	25 %	25 %
bis 9 Monate	14 %	12 %	14 %
bis 12 Monate	9 %	9 %	9 %
bis 24 Monate	11 %	17 %	13 %
mehr als 24 Monate	7 %	12 %	8 %
Durchschnitt in Tagen	254,2 (±352,5)	349,6 (±433,4)	280,4 (±378,7)
Betreuungsart (Mehrfachnennungen)			
ambulante Betreuung/Beratung	66 %	58 %	64 %
psychosoziale Betreuung Substituierter	33 %	37 %	34 %
niedrigschwellige Hilfen	20 %	23 %	21 %
ambulante Reha	5 %	6 %	5 %
in Substitutionsbehandlung aktuell	62 %	68 %	64 %
Betreuungsaufgabe (Mehrfachnennungen)			
Justiz	15 %	9 %	13 %
Arbeitsamt	5 %	3 %	4 %
keine	76 %	82 %	78 %
Betreuungsende			
regulär	18 %	22 %	19 %
Weitervermittlung	25 %	27 %	25 %
Kontaktverlust	40 %	33 %	38 %
Vorbehandlungen letzte 60 Tage (Mehrf.)			
Substitutionsbehandlung	23 %	27 %	24 %
stationäre Entgiftung	15 %	19 %	16 %
stationäre Entwöhnung	14 %	11 %	13 %
niedrigschwellige Hilfen	11 %	20 %	14 %
keine	34 %	28 %	33 %

Die ambulante Betreuung der Opiatabhängigen erstreckt sich meistens über mehrere Jahre in teilweise mehrfachem Wechsel mit stationären Entzugsbehandlungen, Entwöhnungstherapien sowie Phasen (längerfristiger) Substitutionsbehandlung. Nur 6 % der VERLAUDO-Stichprobe hatten bisher keinen Kontakt zur Suchthilfe. Neben der schon genannten Substitutionstherapie, die von 68 % der Klient(inn)en bisher jemals in Anspruch genommen wurde, haben knapp drei Viertel bereits eine oder mehrere stationäre Entzugsbehandlungen hinter sich (72 %). Auch ambulante Entzugsbehandlungen wurden schon von 31 % in Anspruch genommen. Stationäre Rehabilitationsbehandlungen machten 54 % der Opiatabhängigen, in ambulante Cleantherapie begaben sich bisher 12 %. Nur ein Zehntel der Klient(inn)en nahm bisher an Selbsthilfegruppen teil (11 %).

Nachfolgend werden die Veränderungen bei den Opiatklient(inn)en hinsichtlich ihres Konsumverhaltens, ihrer sozialen Situation und ihres Gesundheitszustands dargestellt, wobei sich die Ergebnisse auf jene Personen beziehen, von denen jeweils zu beiden Zeitpunkten gültige Daten vorliegen. Aus Abbildung 3.15 ist ersichtlich, dass sich im Betreuungsverlauf eine deutliche Reduktion der Konsumfrequenz (innerhalb der letzten 30 Tage) von durchschnittlich 8,0 auf 4,5 Tage ergibt (t-Test: $t=9,4$; $p<0,001$). Diese Reduktion ist bei den Frauen etwas stärker ausgeprägt als bei den Männern (Interaktion von Geschlecht

mit Zeiteffekt: Pillai-Spur=0,008; $p < 0,05$). Bemerkenswert ist auch, dass der Anteil an Klient(inn)en ohne Heroinkonsum von 53 % auf 68 % deutlich zunimmt. Dem gegenüber halbiert sich der Anteil an Opiatklient(inn)en mit täglichem Heroinkonsum von 17 % auf 9 % (Wilcoxon-Test: $Z = -8,9$; $p < 0,001$).

Abbildung 3.15:
Häufigkeit des Heroinkonsums und durchschnittliche Anzahl an Konsumtagen im letzten Monat nach Geschlecht (N=560)



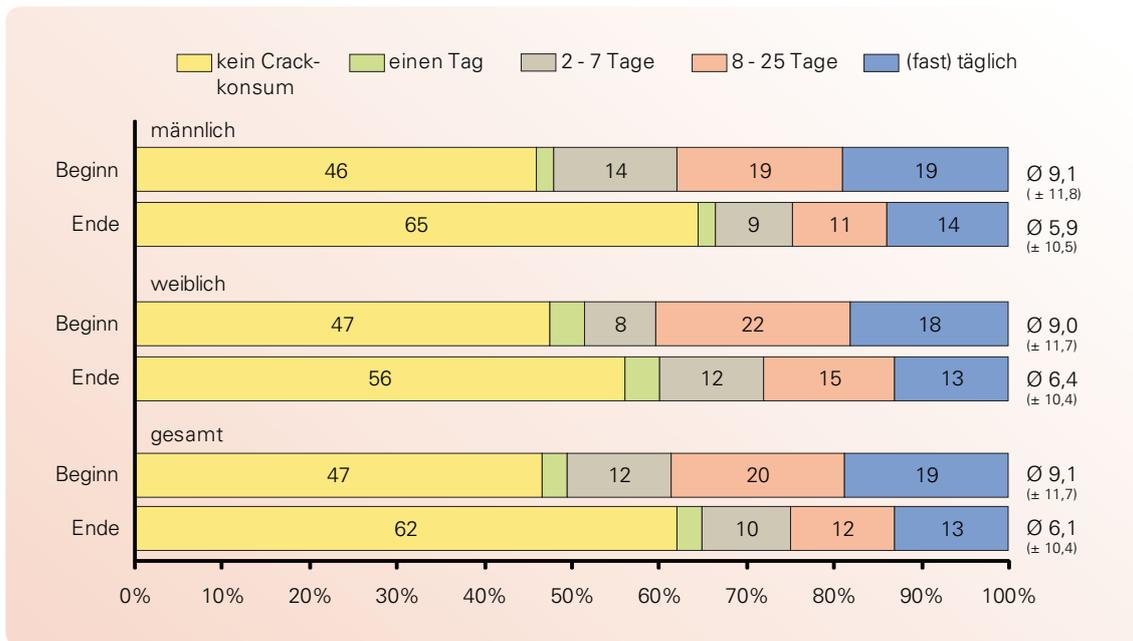
Auch der Konsum von Kokain unter den Opiatabhängigen nimmt im Verlauf der Betreuung ab (siehe Abbildung 3.16). Die Anzahl von Konsumtagen verringert sich im Durchschnitt von 3,4 auf 2,4 (t-Test: $t = 4,6$; $p < 0,001$), wobei sich Männer und Frauen in der Tendenz nicht unterscheiden (Interaktion von Geschlecht mit Zeiteffekt: Pillai-Spur=0,000; $p = 0,671$). Ferner erhöht sich der Anteil an Kokain-Abstinenter um knapp 10 % bei gleichzeitiger Abnahme an regelmäßigen Konsument(inn)en (Wilcoxon-Test: $Z = -4,9$; $p < 0,001$).

Abbildung 3.16:
Häufigkeit des Kokainkonsums und durchschnittliche Anzahl an Konsumtagen im letzten Monat nach Geschlecht (N=358)



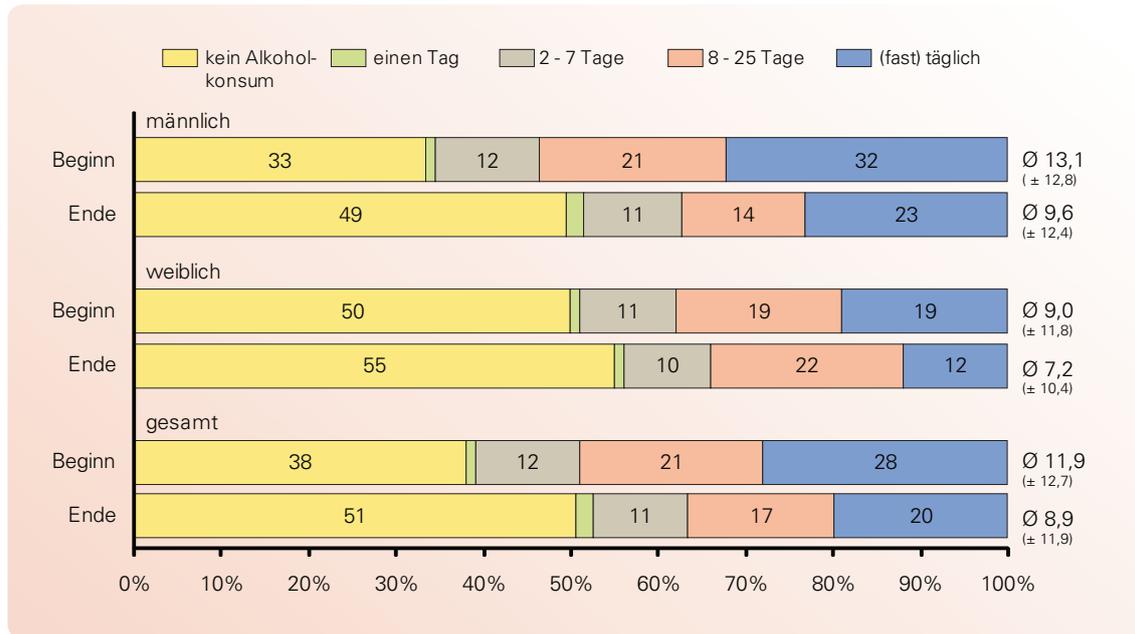
Von den Opiatabhängigen wird auch Crack in z. T. nicht unerheblichem Ausmaß konsumiert. Zwar nimmt fast die Hälfte zu Betreuungsbeginn kein Crack, der Anteil an regelmäßigen Konsumenten (mindestens 2mal pro Woche) liegt allerdings bei knapp 40 % (siehe Abbildung 3.17). Im Verlauf der Betreuung reduziert sich dieser Anteil auf ein Viertel, der Prozentsatz an Nicht-Konsumenten erhöht sich auf 62 % (Wilcoxon-Test: $Z=-6,5$; $p<0,001$). Sind es zu Betreuungsbeginn im Mittel noch 9,1 Tage, so reduziert sich die Konsumfrequenz zum Ende der Betreuung um ein Drittel auf durchschnittlich 6,1 Tage (t-Test: $t=6,8$; $p<0,001$). Unterschiede in der Konsumreduktion zwischen Männern und Frauen sind dabei nicht festzustellen (Interaktion von Geschlecht mit Zeiteffekt: Pillai-Spur=0,000; $p=0,766$).

Abbildung 3.17:
Häufigkeit des Crackkonsums und durchschnittliche Anzahl an Konsumtagen im letzten Monat nach Geschlecht (N=336)



Viele Opiatclient(inn)en trinken regelmäßig Alkohol, ein Großteil täglich. In Abbildung 3.18 ist ersichtlich, dass sich dieser Anteil von 28 % auf 20 % im Betreuungsverlauf verringert. Zugleich steigt die Anzahl an Alkohol-Abstinenten (Wilcoxon-Test: $Z=-7,2$; $p<0,001$). Ferner lässt sich eine signifikante Reduktion der Trinktage beobachten (t-Test: $t=7,2$ $p<0,001$), die bei den Männern in der Tendenz etwas (allerdings nicht statistisch signifikant) stärker ausfällt (Interaktion von Geschlecht mit Zeiteffekt: Pillai-Spur=0,005; $p=0,079$). Auch die Trinkmenge – unter den Opiatclient(inn)en, die zu Betreuungsbeginn und -ende weiterhin Alkohol trinken (N=109) – nimmt ab. Zu Betreuungsbeginn trinken die Klient(inn)en im Durchschnitt 164 (±120) Gramm reinen Alkohol am Tag; zum Ende sind es noch 141 (±113) Gramm, was etwa 3,5 Litern Bier entspricht (t-Test: $t=3,0$; $p<0,01$). Dabei sind die Männer in ihrer Trinkmengenreduktion tendenziell (aber nicht signifikant) erfolgreicher (Interaktion von Geschlecht mit Zeiteffekt: Pillai-Spur=0,009; $p=0,338$). Ihre durchschnittliche Konsummenge bewegt sich allerdings insgesamt auf höherem Niveau (Beginn: 174 (±125) g Ende: 146 (±116) g). Bei den Frauen geht die durchschnittliche Trinkmenge reinen Alkohols von 137 (±98) g auf 126 (±105) g täglich zurück.

Abbildung 3.18:
Häufigkeit des Alkoholkonsums und durchschnittliche Anzahl an Konsumtagen im letzten Monat nach Geschlecht (N=502)

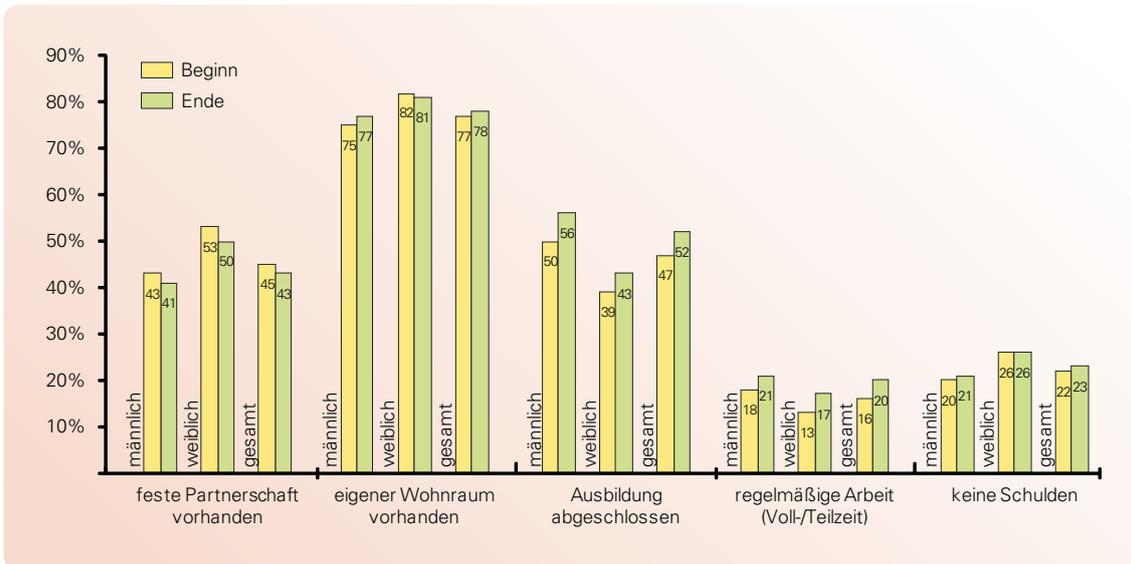


Im Einklang mit dem Rückgang des Drogenkonsums reduziert sich auch das Risikoverhalten der Opiat-abhängigen. Den gemeinsamen Gebrauch von Spritzen praktizieren zu Betreuungsbeginn noch 6 % der Klient(inn)en (Männer: 7 %, Frauen: 6 %, $\chi^2=0,1$; $p=0,754$). Zum Betreuungsende halbiert sich dieser Anteil auf 3 % (Männer: 3 %, Frauen: 2 %, $\chi^2=0,8$; $p=0,382$), womit es sich um eine statistisch signifikante Abnahme des riskanten Konsumverhaltens handelt (McNemar-Test: $\chi^2=17,5$; $p<0,001$). Gesundheitsgefährdendes Verhalten ist auch im Zusammenhang mit Prostitution ein Problem, da insbesondere sich prostituierende Drogenabhängige Safer-use-Praktiken nicht immer konsequent einhalten (können). Insofern ist es bemerkenswert, dass der Anteil an sich prostituierenden Frauen im Betreuungsverlauf von 22 % auf 16 % zurückging (Binomial-Test: $p<0,05$). Bei den Männern verringerte sich der Anteil von 0,9 % auf 0,6 %.

Die soziale Situation der Opiatklient(inn)en ist während des hier betrachteten Betreuungszeitraums von durchschnittlich neun Monaten in der Regel keinen oder nur geringen Veränderungen unterworfen (vgl. Martens et al. 2006). In Bezug auf die partnerschaftliche Situation bestätigt sich dies: Wie aus Abbildung 3.19 ersichtlich ist, liegt der Anteil an Opiatklient(inn)en mit festem Partner bzw. Partnerin zu Betreuungsende leicht unter dem zu Beginn (McNemar-Test: $\chi^2=6,2$; $p<0,05$). Insofern ist es bemerkenswert, dass die ambulante Behandlung eher zu einem Rückgang an festen Partnerschaften führt, es offensichtlich vermehrt darum ging, sich aus instabilen oder prekären Verhältnissen zu lösen. Zu beiden Zeitpunkten sind es die weiblichen Opiatklienten, die häufiger in einer festen Beziehung leben (Beginn: $\chi^2=8,8$; $p<0,01$, Ende: $\chi^2=7,2$; $p<0,01$), wobei es bei Männern und Frauen zu einer vergleichbaren Abnahme kommt. Die Mehrheit der Klient(inn)en verfügt über eigenen Wohnraum, die 1 %ige Zunahme im Betreuungsverlauf ist nicht statistisch signifikant (McNemar-Test: $\chi^2=2,6$; $p=0,109$). Dennoch fällt auf, dass sich diesbezüglich bei Männern und Frauen gegenläufige Tendenzen zeigen. Zu Betreuungsbeginn stellt sich die Situation der weiblichen Klienten signifikant günstiger dar ($\chi^2=6,8$; $p<0,01$), der Frauenanteil mit eigenem Wohnraum nimmt aber um 1 % ab. Bei den Männern ergibt sich eine 2 %ige Zunahme, so dass sich zum Ende der Betreuung kein signifikanter Geschlechtsunterschied mehr nachweisen lässt ($\chi^2=2,3$; $p=0,130$). Positiv hervorzuheben ist, dass es einem Teil der Opiatklientel gelingt, während der Betreuung eine Berufsausbildung abzuschließen: dieser Anteil steigt von 47 % auf 52 % (McNemar-Test: $\chi^2=56,0$; $p<0,001$). Wenngleich die Verbesserung bei Männern und Frauen gleichermaßen zu beobachten ist, haben relativ weniger Frauen eine abgeschlossene Berufsausbildung (Beginn: $\chi^2=11,8$; $p<0,01$, Ende: $\chi^2=1,92$; $p=0,167$). Darüber hinaus ist erfreulich, dass sich der Anteil an Opiatklient(inn)en mit regelmäßiger (Voll- oder Teilzeit-) Arbeit im Betreuungsverlauf von 16 % auf 20 % erhöht (McNemar-Test: $\chi^2=15,8$; $p<0,001$). Dies betrifft Männer und Frauen gleicher-

maßen, wobei die Frauen jedoch insgesamt seltener einer geregelten Beschäftigung nachgehen (Beginn: $\chi^2=3,9$; $p<0,05$, Ende: $\chi^2=1,92$; $p=0,167$). Die Schuldensituation bleibt stabil; knapp ein Viertel der Opiatabhängigen haben zu beiden Zeitpunkten keine Schulden (Binomial-Test: $p=0,383$). Von einer Belastung durch Schulden sind die Frauen tendenziell (aufgrund des kleineren Stichprobenumfangs allerdings nicht statistisch signifikant) weniger betroffen als die Männer (Beginn: $\chi^2=3,0$; $p=0,083$, Ende: $\chi^2=2,0$; $p=0,162$).

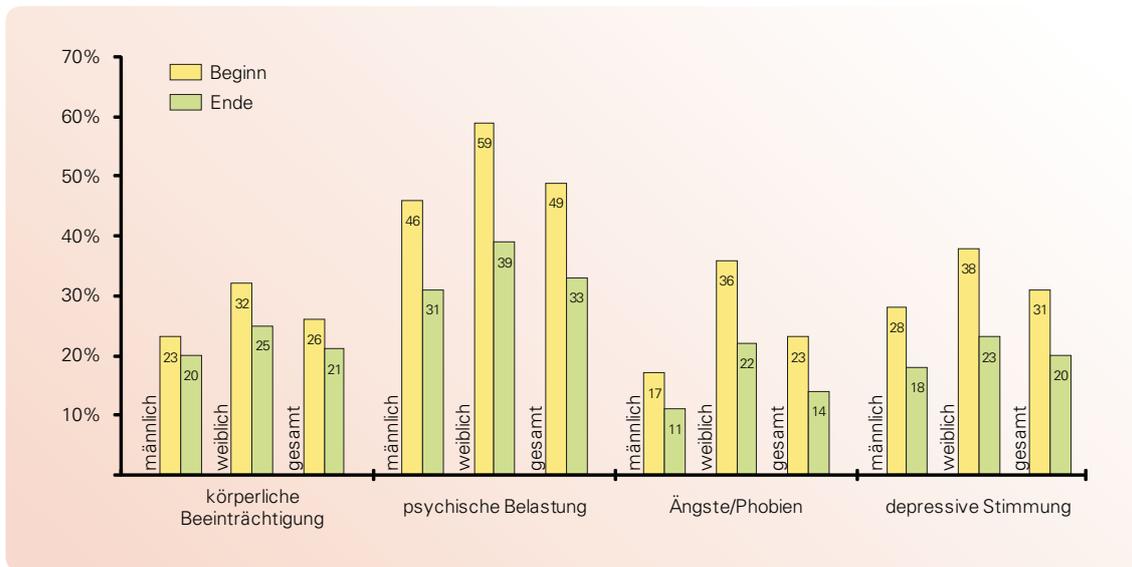
Abbildung 3.19:
Partnerschaft (N=1.097), Wohnsituation (N=1.137), Ausbildungsabschluss (N=1.043), Erwerbsstatus (N=1.067) und Schulden (N=611) nach Geschlecht



Die Veränderungen im gesundheitlichen Befinden werden anhand der Merkmale körperliche Beeinträchtigungen, psychische Belastungen sowie Ängste/Phobien und depressive Stimmung im Verlauf dargestellt. Für den Vergleich der Befunde zwischen Betreuungsbeginn und -ende werden wiederum die Kategorien „erheblich“ und „extrem“ (der ursprünglich 5-stufigen Beurteilungsskala) zusammengefasst. Die Veränderungen dieser Anteile werden auf statistische Signifikanz geprüft. Einzelne körperliche Symptome wie z.B. Herz-Kreislauf-Beschwerden oder Leberschäden sowie der Infektionsstatus bei HIV oder HCV werden nicht im Verlauf ausgewertet, da in diesen Bereichen innerhalb der hier geltenden (durchschnittlichen) Betreuungsdauer nicht mit relevanten Veränderungen zu rechnen ist. Abbildung 3.20 ist zu entnehmen, dass sich der körperliche Gesundheitszustand im Betreuungsverlauf verbessert (McNemar-Test: $\chi^2=15,6$; $p<0,001$). Dies geschieht bei den Frauen in deutlicherem Ausmaß. Zu Betreuungsbeginn sind noch signifikante Geschlechtsunterschiede in der Weise festzustellen, dass die Frauen stärker betroffen sind ($\chi^2=7,4$; $p<0,01$). Zum Ende der Betreuung besteht zwischen Männern und Frauen in der körperlichen Beeinträchtigung kein signifikanter Unterschied mehr ($\chi^2=2,8$; $p=0,096$).

Die psychischen Beeinträchtigungen gehen im Betreuungsverlauf deutlich zurück. Dabei fällt zunächst die insgesamt starke seelische Belastung zu Betreuungsbeginn auf, von der die Hälfte der opiatabhängigen Klientel in „erheblichem“ bzw. „extremem“ Ausmaß betroffen ist. In Abbildung 3.20 ist ersichtlich, dass sich dieser Anteil zum Betreuungsende deutlich verringert (McNemar-Test: $\chi^2=89,0$; $p<0,001$). Die starke Betroffenheit durch Angstsymptome reduziert sich ebenfalls in relevantem Ausmaß (McNemar-Test: $\chi^2=45,1$; $p<0,001$). Auch die depressive Symptomatik nimmt im Betreuungsverlauf deutlich ab (McNemar-Test: $\chi^2=56,9$; $p<0,001$). In allen hier dargestellten Symptombereichen gibt es Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Es ist erkennbar, dass die Verbesserung bei der psychischen Belastung, den Ängsten sowie den depressiven Verstimmungen unter den weiblichen Klienten jeweils deutlicher ausfällt als unter den Männern. Zu Betreuungsbeginn sind die Frauen in allen Bereichen signifikant stärker betroffen (psychische Belastung: $\chi^2=14,4$; $p<0,001$, Ängste/Phobien: $\chi^2=27,5$; $p<0,001$, depressive Stimmung: $\chi^2=6,7$; $p<0,01$). Mit Ausnahme der depressiven Verstimmung ($\chi^2=2,1$; $p=0,147$) bleibt dies, trotz der insgesamt deutlicheren Symptomreduktion, auch zum Betreuungsende so (psychische Belastung: $\chi^2=4,6$; $p<0,05$, Ängste/Phobien: $\chi^2=12,5$; $p<0,001$).

Abbildung 3.20:
Körperliche Beeinträchtigung (N=773), psychische Belastung (N=795), Angstzustände (N=677) und depressive Verstimmungen (N=703), Anteil „erheblich/extrem“ nach Geschlecht



Zusammenfassung

Die Analyse der Verlaufsdocumentation des Jahres 2007 basiert auf denjenigen Opiatklient(inn)en, die die ambulante Betreuung im letzten Jahr beendeten und sich zugleich mindestens einen Monat in Behandlung befanden (N=1.320). Die Opiatabhängigen werden im Durchschnitt gut 9 Monate betreut, wobei die durchschnittliche Betreuungsdauer der Frauen etwa 3 Monate länger ist als die der Männer. Knapp zwei Drittel der VERLAUDO-Klient(inn)en befinden sich in der Substitutionsbehandlung. Bei einem Fünftel wird die aktuelle Betreuung regulär beendet, ein Viertel wird in andere Behandlungen oder Versorgungsbereiche weitervermittelt. Der Drogenkonsum reduziert sich unter der ambulanten Betreuung deutlich: Bei Heroinkonsum verringert sich die Anzahl an Konsumtagen von durchschnittlich 8,0 auf 4,5. Der Anteil an heroinabstinenten Klient(inn)en erhöht sich entsprechend von 53 % auf 68 %. Auch der Gebrauch von Kokain und Crack geht im Betreuungsverlauf zurück. Beim Alkoholkonsum reduzieren sich nicht nur die Trinktage, sondern auch die Trinkmenge. Bemerkenswert ist ferner die Abnahme des riskanten Konsumverhaltens. Der Anteil an Opiatabhängigen, die zu Betreuungsbeginn noch gemeinsamen Gebrauch von Spritzen praktizierten, halbiert sich von 6 % auf 3 %.

Die Lebenssituation bezüglich der Bereiche Partnerschaft, Wohnen, Arbeit und Schulden verändert sich im Großen und Ganzen kaum. Bemerkenswert ist jedoch, dass sich der Anteil an Opiatklient(inn)en mit regelmäßiger Arbeit im Betreuungsverlauf von 16 % auf 20 % erhöht. Auch der Gesundheitszustand, insbesondere das psychische Befinden, verbessert sich im Betreuungsverlauf. Psychische Beeinträchtigungen wie Ängste und depressive Verstimmungen gehen deutlich zurück. Insgesamt verbessert sich der Gesundheitszustand bei den Frauen in stärkerem Maße als bei den Männern. Als Fazit der Auswertung der Verlaufsdocumentation in 2007 kann festgehalten werden, dass in Bezug auf die Reduktion des Drogen- und Alkoholkonsums, des Risikoverhaltens, der Verbesserung der Arbeitssituation sowie der positiven Entwicklung des Gesundheitszustands der ambulanten Suchthilfe bei der Betreuung von opiatabhängigen Klient(inn)en eine große Wirksamkeit bescheinigt werden kann.

3.10. Spezialauswertung – Alter und Sucht

Blickt man zurück auf die letzten 10 Jahre, lässt sich feststellen, dass die von der Hamburger BADO erfassten Opiatabhängigen immer älter werden. Betrug das Durchschnittsalter im Jahr 1998 noch 32,0 Jahre, so stieg es bis 2007 kontinuierlich auf 38,1 Jahre an. Dies hat u. a. damit etwas zu tun, dass die Mehrzahl der Opiatabhängigen bereits mehrere Jahre die ambulante Suchthilfe in Anspruch nimmt und dem entsprechend in der BADO dokumentiert ist. Nur knapp ein Fünftel der Opiatabhängigen ist im Jahre 2007 – seit Einführung des Basisdokumentationssystems 1997 – zum ersten Mal in ambulanter Betreuung bzw. in der Hamburger BADO erfasst; ihr Durchschnittsalter liegt mit 34,7 Jahren deutlich unter dem der Gesamtklientel. Wenngleich es auch heute noch vereinzelt kritische Stimmen gibt, die der Suchthilfe im Zuge des in den Hintergrund tretenden Abstinenzparadigmas eine „Klientalisierung“ unterstellen, steht jedoch außer Zweifel, dass das Älterwerden, und damit das (Über-)Leben mit dem Konsum oder der Abhängigkeit von illegalen Drogen eine positive Wirkung der breiteren Einführung niedrigschwelliger Hilfen (harm reduction), der Ausweitung und Diversifizierung von Substitutionsbehandlungen sowie des Ausbaus des Suchthilfesystems insgesamt ist. Effekte von Interventionen messen sich nicht allein an Abstinenzraten, sondern werden graduell anhand von Symptomlinderung, Lebensqualität und sozialer Reintegration beurteilt. Die Wahrscheinlichkeit, eine chronische Störung wie die Opiatabhängigkeit möglichst komplikationsarm zu überleben, ist in den letzten Jahren gestiegen; die Möglichkeiten adäquater Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen sind – zumindest in großstädtischen Regionen wie Hamburg – vielfältiger und ausgereifter.

Mit dem Älterwerden der Opiatabhängigen steht die Suchthilfe aber auch vor neuen Herausforderungen. Es stellt sich die Frage, mit welchen besonderen Problemen die älteren Opiatabhängigen konfrontiert sind und inwieweit sich ein spezifischer Behandlungsbedarf bei dieser Klientel ausmachen lässt. Anhand der BADO-Daten aus 2007 wird in einer Spezialauswertung die Gruppe älterer Menschen mit einer Opiatabhängigkeit eingehender analysiert, wobei als „Ältere“ Opiatklient(inn)en mit einem Mindestalter von 45 Jahren betrachtet werden. Zum einen dürften in dieser Altersgruppe die Klient(inn)en mit einer besonders langen Suchtkarriere vertreten sein, zum anderen sind unter den Älteren vermehrt jene zu finden, deren Opiatabhängigkeit sich erst später entwickelte. Im Rahmen von überwiegend deskriptiven Analysen sollen mögliche Besonderheiten der Gruppe der älteren Opiatabhängigen im Vergleich zu den übrigen (18- bis 44-jährigen) Klient(inn)en herausgearbeitet und diskutiert werden.

Unter den 4.630 Opiatklient(inn)en des Jahres 2007 (ohne Angehörige) ist mit $N=1.058$ fast ein Viertel 45 Jahre oder älter (22,9%). Mit 23,3% ist der Frauenanteil etwas geringer als unter den jüngeren Klient(inn)en (26,8%). Das Durchschnittsalter der über 45-Jährigen beträgt $49,8 (\pm 4,3)$ Jahre, das der übrigen Klientel liegt bei $34,7 (\pm 6,4)$ Jahren. Die Frauen unter den älteren Opiatabhängigen sind mit durchschnittlich $50,1 (\pm 4,8)$ Jahren geringfügig älter als die Männer ($49,7 (\pm 4,1)$ Jahre). Bei den übrigen Klient(inn)en ist es hingegen umgekehrt: hier beträgt das Durchschnittsalter der Frauen $33,8 (\pm 6,6)$ und das der Männer $35,1 (\pm 6,3)$ Jahre. Die Mehrheit der Älteren sind deutsche Staatsbürger(innen) (88,4% im Vergleich zu 85,3% der jüngeren Klientel). 13,1% haben einen Migrationshintergrund, was deutlich weniger ist als unter den jüngeren Klient(inn)en, die zu fast einem Viertel Wurzeln ausländischer Herkunft aufweisen (23,2%).

Der Anteil an aktuell Substituierten ist unter den über 45-Jährigen mit 70,3% höher als unter der jüngeren Klientel (61,9%). Dem entsprechend befinden sich die älteren Klient(inn)en fast zur Hälfte in psychosozialer Betreuung (47,3%), unter den jüngeren sind es nur 36,6%. Letztere werden zu einem Großteil in Einrichtungen für illegale Drogen betreut (38,4%), bei den älteren Klient(inn)en liegt dieser Anteil nur bei 22,7%. Weitere 20,8% der über 45-Jährigen sind Klient(inn)en von suchtmittelübergreifenden Einrichtungen. Wie schon bei den Alkoholklient(inn)en zu beobachten, ist die Dauer der abgeschlossenen Betreuungsphasen ($N=3.449$) bei den Älteren insgesamt etwas höher: Sie befanden sich durchschnittlich $177 (\pm 352)$ Tage, also knapp 6 Monate, in ambulanter Betreuung, bei den jüngeren Klient(inn)en sind es $159 (\pm 275)$ Tage (etwas über 5 Monate). Hier deutet sich einerseits eine höhere Compliance der älteren Klient(inn)en an, andererseits verweist die längere Betreuungszeit auf einen vermehrten Betreuungsbedarf.

Die dominierende Betreuungsart ist zum einen mit 50,6% die Ambulante Beratung und zum anderen mit 45,5% die psychosoziale Betreuung. Von den über 45-Jährigen wurden ferner zu 17,0% niedrigschwellige Hilfen sowie zu 4,1% aufsuchende Arbeit in Anspruch genommen. Abgesehen von der bereits

erwähnten stärkeren Inanspruchnahme psychosozialer Betreuungsleistungen gegenüber den jüngeren Klient(inn)en und einem geringeren Anteil an extern in Haft Betreuten (Ältere: 4,5 %, Jüngere: 13,2 %) bestehen in der Betreuungsart keine relevanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen.

Die Mehrheit der älteren Klient(inn)en befand sich in den zurückliegenden 60 Tagen vor Beginn der letzten Betreuung bereits in einer Behandlung oder hatte Kontakt zum Hilfesystem (69,5 %), wobei zu der jüngeren Klientel sowohl insgesamt (70,2 %) als auch in den einzelnen Behandlungs-/Betreuungssegmenten keine oder nur geringe Unterschiede bestehen. Überwiegend waren die Klient(inn)en innerhalb dieses Zweimonatszeitraums bereits in Substitutionsbehandlung (31,5 %), in Entzugseinrichtungen (15,9 %) oder in ambulanter medizinischer Behandlung (12,3 %). 14,1 % nahmen niedrigschwellige Hilfen in Anspruch. Damit geht einher, dass die Kontaktempfehlung der älteren Klient(inn)en oft aus der medizinischen Versorgung (19,4 %), von Mitklient(inn)en (15,3 %) oder aus Einrichtungen der Suchthilfe (12,1 %) kommt. 28,4 % nahmen ohne Kontaktempfehlung und somit aus eigenem Antrieb die Betreuung auf. Die über 45-Jährigen hatten im Vergleich zu den jüngeren Klient(inn)en (23,3 %) zu einem geringeren Anteil Betreuungsaufgaben (17,4 %). Vor allem justizielle Auflagen waren bei den Älteren (9,1 %) deutlich seltener vorhanden als bei der übrigen Klientel (17,1 %).

Die betreuungsbegleitenden bzw. -ergänzenden Interventionen und suchtspezifischen Maßnahmen werden von älteren und jüngeren Klient(inn)en in etwa gleichem Maße in Anspruch genommen. Nennenswerte Unterschiede bestehen lediglich in der ambulanten medizinischen Behandlung (17,6 % vs. 15,1 %), die von den über 45-Jährigen häufiger, sowie in niedrigschwelliger Hilfen (7,1 % vs. 10,4 %) und Entgiftungsbehandlungen (10,4 % vs. 14,5 %), die von den Älteren seltener nachgefragt werden.

Die Betreuungen älterer Opiatklient(inn)en wurden im Vergleich zur übrigen Klientel zu einem etwas größeren Anteil regulär beendet, jedoch seltener mit Weitervermittlung abgeschlossen (siehe Tabelle 3.2). Aufgrund des fortgeschrittenen Alters und damit vermehrt einhergehenden (Begleit-)Erkrankungen und gesundheitlichen Komplikationen ist der Anteil an während der Betreuung Verstorbenen im Vergleich zu den jüngeren Klient(inn)en erhöht. Wenngleich es sich hier nicht um eine standardisierte Mortalitätsrate handelt, liegt der Anteil von 1,4 % unter den Älteren eher im unteren Bereich. Untersuchungen zeigen, dass die Mortalität bei Opiatabhängigen allgemein – also inklusive jüngerer Drogenkonsumenten – bei 1 % bis 3 % liegt (Rehm et al. 2005). In der deutschen Heroinstudie, an deren Behandlung eine mit durchschnittlich 36,4 Jahren relativ alte Klientel teilnahm, lag die Mortalität im ersten Behandlungsjahr bei 1,2 % (Verthein et al. 2008).

Tabelle 3.2:
Art der Beendigung der Betreuung nach Alterskategorien (N=3.226)

Art der Beendigung	18-44 Jahre	≥ 45 Jahre
reguläre Beendigung	21,0 %	25,3 %
durch Weitervermittlung in andere Einrichtung	27,8 %	22,2 %
Beendigung durch Einrichtung	1,9 %	2,7 %
formelle Beendigung durch Klientin/en	8,4 %	9,7 %
Beendigung durch Kontaktverlust über 2 Monate	33,8 %	35,4 %
Haft	3,8 %	2,5 %
Abschiebung / Haftverlegung	2,7 %	0,8 %
Tod	0,5 %	1,4 %

Konsum

Bei den älteren Klient(inn)en begann ihre Opiatabhängigkeit im Alter von durchschnittlich 26,4 ($\pm 8,7$) Jahren, bei den unter 45-Jährigen deutlich früher, nämlich im Alter von 20,7 ($\pm 5,2$) Jahren. Erstmals Opiate konsumiert haben die älteren Klient(inn)en im Durchschnittsalter von 24,3 ($\pm 8,6$) Jahren, also zwei Jahre vor ihrem Abhängigkeitsbeginn. Bei den 18- bis 44-Jährigen liegen Störungsbeginn und Erstkonsum näher beieinander: sie nahmen im durchschnittlichen Alter von 19,7 ($\pm 4,9$) Jahren zum ers-

ten Mal Opiate, d. h. nur etwa ein Jahr vor Beginn ihrer Abhängigkeit. Berücksichtigt man das aktuelle Lebensalter (siehe oben), sind die Älteren seit durchschnittlich 23,1 ($\pm 8,8$) Jahren opiatabhängig, die übrigen Klient(inn)en seit 14,1 ($\pm 6,4$) Jahren.

Es liegt nahe, dass diese (durchschnittlichen) Differenzen maßgeblich vom unterschiedlichen Lebensalter der Klient(inn)engruppen beeinflusst sind. Betrachtet man die Verteilung der Werte zum Alter bei Beginn der Opiatabhängigkeit und zur Abhängigkeitsdauer (siehe Tabelle 3.3), lässt sich erkennen, dass auch unter den über 45-Jährigen fast ein Viertel bereits sehr früh, im jugendlichen Alter bis zu 18 Jahren ihre Opiatabhängigkeit entwickelte (22,3 %). Dem entsprechend befindet sich in dieser Altersgruppe ein Großteil mit einer über 25-jährigen Abhängigkeitskarriere (43,6 %). Andererseits begann sich bei 15,4 % der älteren Klient(inn)en die Opiatabhängigkeit erst vergleichsweise spät, nach dem 35. Lebensjahr herauszubilden.

Tabelle 3.3:
Alter bei Beginn der Opiatabhängigkeit und Dauer der Störung nach Alterskategorien (N=3.485)

Alter bei Beginn der Opiatabhängigkeit	18-44 Jahre	≥ 45 Jahre
bis 18 Jahre	40,0 %	22,3 %
19 bis 25 Jahre	43,2 %	29,9 %
26 bis 35 Jahre	15,5 %	32,5 %
36 bis 45 Jahre	1,3 %	12,8 %
46 Jahre und älter	-	2,6 %
Dauer der Opiatabhängigkeit		
bis 5 Jahre	11,3 %	2,7 %
6 bis 10 Jahre	18,1 %	4,9 %
11 bis 15 Jahre	27,9 %	14,6 %
16 bis 20 Jahre	25,8 %	18,0 %
21 bis 25 Jahre	14,1 %	16,2 %
26 Jahre und länger	2,8 %	43,6 %

Die Opiatabhängigen konsumieren neben Heroin oder anderen Opioiden in der Regel noch weitere (illegale) Drogen. Insbesondere Cannabis, Kokain/Crack sowie Benzodiazepine sind hier zu nennen, die entweder wechselnd oder sogar gleichzeitig (als „Cocktail“) mit Heroin eingenommen oder gespritzt werden. Betrachtet man das Alter des Erstkonsums sowie des Beginns der Abhängigkeit von diesen Substanzen, zeigen sich hohe Lebenszeitprävalenzen für Cannabis, Kokain, Crack und Sedativa (siehe Tabelle 3.4). Cannabis, Kokain und insbesondere Crack wurden von den über 45-Jährigen zu einem geringeren Anteil konsumiert, der jemalige Sedativagebrauch ist unter den Älteren hingegen leicht erhöht. Bei allen Substanzen erfolgt der Erstkonsum später als in der Gruppe der jüngeren Klient(inn)en. Insbesondere zum Crack greifen die älteren Opiatabhängigen erst sehr spät, im Durchschnitt mit über 37 Jahren. Ein insgesamt geringerer Anteil der Klient(inn)en entwickelt eine Abhängigkeitsstörung. Bei den über 45-Jährigen sind wiederum weniger Klient(inn)en betroffen; mit einer Ausnahme: der Sedativamissbrauch bzw. die Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln tritt bei den Älteren etwas häufiger auf. Eine crackbezogene Störung bildet sich erst in höherem Alter von 38 Jahren – im Durchschnitt mehr als 12 Jahre später als bei den jüngeren Klient(inn)en – heraus. Allerdings ist hiervon nur gut ein Viertel der älteren Klientel betroffen. Hier können Verfügbarkeitseffekte eine Rolle spielen, in der Art, dass für einen Großteil der Älteren während der „Hauptphase“ ihrer Abhängigkeitskarriere kein Crack angeboten wurde. Darauf verweist das hohe Durchschnittsalter bei Störungsbeginn und die höhere Prävalenz bei den Jüngeren. Der relativ späte Einstieg in den Crackkonsum – bei den Älteren im Durchschnitt 12 Jahre nach Beginn der Opiatabhängigkeit – kann aber auch kritisch betrachtet werden: Der Großteil der Opiatklientel hat bereits seit vielen Jahren Kontakt zur Suchthilfe (siehe unten), dennoch ist es bei einem Teil von ihnen nicht gelungen, problematischen Crackkonsum zu vermeiden. Andererseits spricht die insgesamt etwas geringere Prävalenzrate an zusätzlich konsumierten Substanzen – mit Ausnahme von Sedativa, die häufig im Rahmen der Suchtbehandlung ärztlich verschrieben werden – unter den Älteren dafür, dass diese Klient(inn)en unter dem Einfluss betreuender Maßnahmen seltener neben den

Opiaten noch zusätzlich andere Drogen konsumieren. In jedem Fall aber deutet sich im polyvalenten Konsummuster der große Behandlungsbedarf der Opiatklient(inn)en an, deren Konsum- bzw. Abhängigkeitsproblematik einen chronischen Verlauf nimmt und einer langfristigen Behandlung bzw. kontinuierlichen Betreuung bedarf.

Tabelle 3.4:
Prozentanteil (Prävalenz) und durchschnittliches Alter bei Erstkonsum und Störungsbeginn nach Alterskategorien

	18-44 Jahre		≥ 45 Jahre	
	Anteil	Alter	Anteil	Alter
Erstkonsum (N=4.154)				
Cannabis	77,6 %	15,4 (±3,1)	72,2 %	17,0 (±5,3)
Opiate*	91,9 %	19,7 (±4,9)	87,7 %	24,3 (±8,6)
Kokain	73,0 %	20,1 (±4,8)	69,5 %	25,9 (±8,1)
Crack	51,9 %	25,9 (±6,6)	39,2 %	37,6 (±8,0)
Sedativa	45,7 %	21,3 (±5,5)	49,4 %	25,8 (±9,0)
Störungsbeginn (N=3.988)				
Cannabis	51,0 %	16,7 (±4,0)	43,5 %	18,3 (±6,5)
Opiate*	88,4 %	20,7 (±5,2)	83,9 %	26,4 (±8,7)
Kokain	53,1 %	21,3 (±5,1)	48,7 %	27,7 (±8,3)
Crack	38,1 %	25,9 (±6,5)	26,5 %	38,3 (±7,9)
Sedativa	29,5 %	21,9 (±5,7)	32,1 %	26,8 (±9,1)

* Es liegen nicht von allen Opiatklient(inn)en Daten zum Erstkonsum bzw. Störungsbeginn vor. Die Prävalenzangaben basieren somit nur auf den Teilstichproben mit gültigen Angaben bei mindestens einer der in der BADO abgefragten Substanzen.

Beim Erstkontakt zu Einrichtungen der Suchthilfe ist aufgrund des unterschiedlichen Lebensalters ein insgesamt späterer Kontakt bei den älteren Klient(inn)en zu erwarten. Schaut man auf die Daten, bestätigt sich dies: Die über 45-Jährigen nahmen im Durchschnitt mit 34,0 (±10,1) Jahren erstmalig Kontakt zur Suchthilfe auf, bei den jüngeren Klient(inn)en war dies bereits im Alter von 25,1 (±6,8) Jahren, also neun Jahre früher der Fall.⁴ Nur 1,4 % der älteren und 3,1 % der jüngeren Klient(inn)en hatten bisher keinen Kontakt zu Suchthilfeeinrichtungen. Betrachtet man die Zeitspanne zwischen dem Alter des Beginns der Opiatabhängigkeit und dem des ersten Kontakts zur Suchthilfe, ist festzustellen, dass die über 45-Jährigen im Durchschnitt erst nach 6,8 (±9,4) Jahren Suchtkarriere erste (professionelle) Hilfen in Anspruch nahmen. In der Gruppe der jüngeren Klient(inn)en geschah dies im Durchschnitt nach bereits 4,0 (±5,3) Jahren. Dieser Unterschied lässt sich nicht allein als Altersartefakt interpretieren. Die jüngeren Opiatabhängigen konnten auf ein besser ausgebautes (niedrigschwelliges) Suchthilfesystem zurückgreifen. Vor allem die Substitutionsbehandlung kann seit geraumer Zeit als Behandlung ohne Indikations-Einschränkungen (wie sie lange Zeit Bestand hatten) eingesetzt werden.

In beiden Altersgruppen verändert sich die Konsumhäufigkeit zwischen Betreuungsbeginn und -ende deutlich, wobei zwischen den Gruppen kaum Unterschiede auszumachen sind (siehe Tabelle 3.5). Sowohl bei den über 45-Jährigen als auch bei den jüngeren Klient(inn)en erhöht sich die Abstinenzrate von Opiaten/Heroin im Betreuungsverlauf von 37 % auf etwa 46 %.

⁴ Hier ist zu beachten, dass der Großteil zuvor die Suchthilfe in Anspruch genommen hatte (jeweils etwa 60%), der genaue Zeitpunkt allerdings nicht bestimmt werden konnte.

Tabelle 3.5:
Konsumhäufigkeit von Opiaten/Heroin innerhalb der letzten 30 Tage zu Betreuungsbeginn (N=1.961) und aktuell (N=1.867) nach Alterskategorien

Anzahl Tage	18-44 Jahre		≥ 45 Jahre	
	Beginn	aktuell	Beginn	aktuell
kein Konsum	37,2 %	45,9 %	37,6 %	46,5 %
einen Tag	1,6 %	2,2 %	1,8 %	2,1 %
2 bis 7 Tage	12,8 %	12,4 %	10,1 %	12,4 %
8 bis 25	21,6 %	20,0 %	20,6 %	18,3 %
(fast) täglich	26,8 %	19,6 %	30,0 %	20,7 %

Biografischer Hintergrund

Von biografischen Belastungen in Bezug auf Suchtprobleme bei den Eltern sind die über 45-Jährigen etwas seltener betroffen. 45,3 % hatten mindestens ein Elternteil, das ebenfalls Suchtprobleme mit Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen hatte. Bei der jüngeren Klientel hatte die Hälfte einen Vater und/oder Mutter mit Suchtproblemen (50,2 %). Damit geht einher, dass ein etwas größerer Anteil der Jüngeren in seiner Kindheit im Heim untergebracht war (27,6 %). Unter über 45-Jährigen waren es 25,4 %, die in öffentlichen Erziehungseinrichtungen lebten.

Eine weitere Komponente biografischer Belastungen ergibt sich aus der Erfahrung von körperlicher oder sexueller Gewalt. Hier zeigt sich ein relevanter Unterschied zwischen den älteren und jüngeren Opiat-klient(inn)en nur im Bereich erlebter sexueller Gewalt: 20,6 % der über 45-Jährigen geben sexuellen Missbrauch an, unter den jüngeren Klient(inn)en sind es mehr als ein Viertel (26,1 %). Erwartungsgemäß sind in beiden Altersgruppen vermehrt die Frauen betroffen: 63,0 % unter den jüngeren, 59,3 % unter den älteren Klientinnen (männliche Klientel: Jüngere: 10,7 %, Ältere: 8,2 %). Körperliche Gewalt erlebten beide Klient(inn)engruppen mit jeweils zwei Dritteln zu gleichen – extrem hohen – Anteilen.

Soziale Situation

Die Entwicklung der sozialen Situation ist in der Regel vom Lebensalter abhängig, da sich mit dem Älterwerden zunehmend familiäre und berufliche Veränderungen ereignen, die sich in Unterschieden zwischen den Altersgruppen abbilden müssten. Nachfolgend wird der in 2007 aktuell erhobene Zustand dargestellt, d. h. am Ende der Betreuungsphase oder zum Dokumentationszeitpunkt (in der Regel am Ende) des Jahres 2007.

Gut die Hälfte der Älteren ist ledig (53,4 %), unter den Jüngeren sind es knapp drei Viertel (73,4 %). 13,0 % sind verheiratet (Jüngere: 10,9 %), ein Viertel der über 45-Jährigen ist geschieden (25,6 %). Bei den Jüngeren liegt die Scheidungsrate mit 10,2 % erwartungsgemäß niedriger. Dennoch leben die älteren Klient(inn)en nur selten mit ihrem festen Partner zusammen (22,4 % gegenüber 27,1 % bei den unter 45-Jährigen). Ferner hat – bezogen auf die Klient(inn)en mit einer Partnerschaft – mit 48,8 % ein im Vergleich zu den jüngeren Klient(inn)en (53,9 %) etwas geringerer Anteil eine(n) Partner(in) mit Suchtproblemen. Dies ist vor allem ein Problem der Frauen: Unter den über 45-Jährigen haben 68,1 % der Frauen im Vergleich zu 40,1 % der Männer eine(n) Partner(in) mit Suchtproblemen. Bei der jüngeren Klientel sind es sogar 79,6 % der Frauen im Vergleich zu nur 39,5 % der Männer.

Insgesamt deutet sich an, dass die Opiatabhängigen mit zunehmendem Alter im Verlauf der Suchtkarriere von Einsamkeit und sozialer Isolation betroffen sind; ein Problem, dass bereits in der Hamburger Substitutionsstudie aufgezeigt werden konnte (Raschke 1994). Ein Großteil der bestehenden Partnerschaften ist darüber hinaus von gemeinsamen Suchtproblemen geprägt, was die Chance verringert, die Konsum- oder Abhängigkeitsprobleme zu überwinden.

Die Mehrheit der über 45-jährigen lebt in einer eigenen Wohnung (72,8 %), 7,6 % befinden sich zum Dokumentationszeitpunkt in Haft. Ein geringer Anteil lebt in Hotels oder Pensionen (4,7 %), weitere 2,6 % sind obdachlos. Anders stellt sich die Wohnsituation der jüngeren Klientel dar: Von ihnen hat nur gut die Hälfte eine eigene Wohnung (55,9 %), und mit 17,2 % ist ein nicht geringer Anteil im Gefängnis. Insgesamt 11,1 % leben bei Angehörigen oder dem Partner. Ein den älteren Klient(inn)en vergleichbarer Anteil

ist in Hotels untergebracht (4,4 %) oder obdachlos (3,3 %). Mehr als die Hälfte der über 45-Jährigen lebt allein (54,9 %), 14,1 % mit dem Partner oder, zu einem Anteil von 6,0 %, mit Partner(in) und Kind. Auch hier stellt sich die Situation der übrigen Klient(inn)en anders dar: nur 39,3 % leben alleine, 14,2 % mit der Partner(in) und 8,9 % mit Partner(in) und Kind. Ein mit 6,3 % gegenüber den Älteren (3,2 %) doppelt so hoher Anteil lebt bei den Eltern.

Nicht ganz zwei Drittel der über 45-Jährigen haben – meistens ein oder zwei – Kinder (62,6 %), im Durchschnitt sind es 1,2 ($\pm 1,4$). Bei der jüngeren Klientel liegt die Anzahl im Mittel bei 0,8 ($\pm 1,2$); die Hälfte hat keine eigenen Kinder (51,9 %). In Bezug auf minderjährige Kinder der Klient(inn)en ergibt sich ein anderes Bild: Unter den Älteren haben nur noch 27,9 % minderjährige Kinder (Gesamtdurchschnitt: 0,4 ($\pm 0,9$)), bei den übrigen Klient(inn)en sind es 36,7 % (Gesamtdurchschnitt: 0,6 ($\pm 0,4$)). Insofern ist die Frage der Unterbringung ihrer Kinder für die über 45-Jährigen ein (zahlenmäßig) geringeres Problem; die minderjährigen Kinder leben überwiegend beim anderen Elternteil oder zusammen mit der/m Klientin/en.

Die Schulbildung der älteren Klient(inn)en stellt sich deutlich besser dar als die der übrigen Klientel. 6,3 % haben keinen Schulabschluss (jüngere Klient(inn)en: 10,8 %), und der Anteil an Abiturienten ist mit 23,1 % fast doppelt so hoch wie unter den jüngeren Klient(inn)en (12,3 %). Es zeigt sich, dass die schlechtere Schulbildung der Jüngeren mit einem höheren Migrant(inn)enanteil korrespondiert (siehe oben). Wie (tendenziell) zu erwarten war, haben die über 45-Jährigen zu einem größeren Anteil eine abgeschlossene Berufsausbildung: bei 78,2 % im Vergleich zu 61,8 % der jüngeren Klient(inn)en ist dies der Fall. Die aktuelle Arbeitssituation stellt sich (unter Ausschluss der Inhaftierten) bei den über 45-Jährigen hingegen tendenziell schlechter dar. Gut ein Zehntel ist vollzeitbeschäftigt, weitere 7,2 % arbeiten Teilzeit oder in Gelegenheitsjobs oder befinden sich in der Ausbildung (siehe Tabelle 3.6). Mit fast drei Vierteln ist die überwiegende Mehrheit der älteren Klient(inn)en allerdings erwerbslos. Dies gilt auch für die Mehrheit der jüngeren Klientel (69,3 %). Unter ihnen haben allerdings vergleichsweise mehr eine Vollzeitstelle (13,5 %) oder sind in Teilzeit-, Gelegenheitsarbeit oder in Ausbildung (insgesamt 10,0 %). Mit durchschnittlich knapp 50 Jahren wäre es verfrüht, rehabilitative Schritte im Sinne einer (Re-)Integration in den Arbeitsprozess aufzugeben. Es dürften weniger eine mangelnde Schul- und Berufsausbildung als vielmehr gesundheitliche Beeinträchtigungen (siehe unten) inklusive der wiederkehrenden Sucht- oder Konsumprobleme sowie die allgemeine Arbeitsmarktsituation der Grund sein, dass es nur schwerlich gelingt, die Opiatabhängigen in eine Beschäftigung oder zumindest Gelegenheitsarbeit zu vermitteln. Des Weiteren ist die Schuldensituation sowohl bei den älteren als auch bei den jüngeren Klient(inn)en ein nicht geringes Problem: 77 % der über 45-Jährigen haben Schulden im Vergleich zu 80,1 % der jüngeren Klientel.

Tabelle 3.6:
Arbeits- und Ausbildungssituation nach Alterskategorien (ohne Inhaftierte) (N=3.824)

Arbeitssituation	18-44 Jahre	≥ 45 Jahre
Vollzeit	13,5 %	10,7 %
Teilzeit (regelmäßig)	4,3 %	4,3 %
Gelegenheitsarbeit	1,6 %	2,1 %
Schüler(in), Student(in), Auszubildende(r)	4,1 %	0,8 %
Bundeswehr, Zivildienst	0,1 %	0,0 %
Rentner(in)	1,3 %	5,5 %
erwerbslos/arbeitslos	69,3 %	72,3 %
in Einrichtung	4,9 %	3,4 %
Hausfrau/-mann	0,9 %	0,8 %

Gesundheit

Die älteren Opiatklient(inn)en sind in ihrer körperlichen Gesundheit stärker beeinträchtigt. Insbesondere der Anteil mit erheblichen bzw. extremen gesundheitlichen Belastungen ist unter den Älteren deutlich höher (siehe Tabelle 3.7). Hier bilden sich die mit zunehmendem Alter sowie fortschreitendem Verlauf der Suchtkarriere zu erwartenden Beschwerden ab.

Tabelle 3.7:
Gesundheitlich-körperliche Beeinträchtigung nach Alterskategorien (N=4.085)

Körperliche Beeinträchtigung	18-44 Jahre	≥ 45 Jahre
gar nicht	20,0 %	11,8 %
wenig	31,0 %	24,7 %
mittel	30,4 %	31,5 %
erheblich	14,9 %	25,0 %
extrem	3,7 %	7,1 %

Damit korrespondiert ein mit 24,8 % gegenüber der jüngeren Klientel (10,8 %) deutlich höherer Anteil an Schwerbehinderung, wobei der Grad der Behinderung mehrheitlich bei 50 % bis 70 % liegt. 7,0 % der über 45-Jährigen sind HIV-positiv; etwas weniger sind es mit 6,0 % bei den jüngeren Klient(inn)en, was mit ihrer insgesamt kürzeren Abhängigkeitsdauer einhergeht (siehe oben). Auch die Prävalenz der Hepatitis C-Infektion ist unter den Älteren erhöht: 53,7 % im Vergleich zu 47,9 % der Jüngeren sind HCV-positiv. Die starke gesundheitliche Belastung zeigt sich darüber hinaus bei der Prävalenz körperlicher Störungen bzw. Symptome wie sie in der BADO dokumentiert werden (siehe Tabelle 3.8).

Tabelle 3.8:
Gesundheitliche Beschwerden nach Alterskategorien (Mehrfachangaben, N_{min}=3.257)

Gesundheitliche Beschwerden	18-44 Jahre	≥ 45 Jahre
Schädigungen des Nervensystems	8,2 %	15,8 %
Leberschäden	23,7 %	38,1 %
Atemwegserkrankungen	16,2 %	24,8 %
Herz-Kreislaufbeschwerden	13,6 %	25,2 %
Schlafstörungen	49,4 %	57,1 %

Die gesundheitliche (Begleit-)Behandlung körperlicher Störungen ist somit eine zentrale Aufgabe in der Betreuung der älteren Opiatklient(inn)en. Dieser erhöhte Behandlungsbedarf dürfte im Rahmen der Substitutionsbehandlung, in der sich die Mehrheit der Hamburger Opiatabhängigen befindet (siehe oben), Berücksichtigung finden. Für nicht substituierte Klient(inn)en bedeutet es, in der Regel eine ärztliche Behandlung anzustreben, damit somatische Komplikationen möglichst folgenfrei bleiben.

Bei der psychischen Gesundheit lässt sich keine erhöhte Beeinträchtigung der über 45-Jährigen feststellen. 36,3 % im Vergleich zu 35,6 % der jüngeren Klient(inn)en leiden unter erheblichen oder extremen psychischen Belastungen (siehe Tabelle 3.9). Auch in allen einzeln erhobenen Störungsbereichen wie z.B. Ängsten, depressive Stimmung, Paranoidität oder Aggressionen lassen sich keine relevanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen aufzeigen. Auch die Lifetime-Prävalenz an Suizidversuchen liegt – trotz des höheren Alters – mit 30,1 % nicht über der der jüngeren Klient(inn)en (32,2 %). Insgesamt spiegelt sich die größere körperliche Beeinträchtigung der über 45-Jährigen nicht in der psychischen Belastung wider. Aus Sicht der jüngeren Klientel könnte dieses Ergebnis in die Richtung gedeutet werden, dass bereits in den ersten Jahren der Abhängigkeit ein ähnlicher psychischer Beeinträchtigungsgrad erreicht ist, wie zu einem späteren Zeitpunkt der Drogenkarriere. Andersherum kann eine positive Interpretation darüber erfolgen, dass sich der psychische Zustand der älteren Opiatabhängigen nicht weiter verschlechtert – dies gilt insbesondere für die Entwicklung innerhalb der aktuellen Betreuungsepisoden, wie die Auswertung der VERLAUDO zeigen konnte (siehe Abschnitt 3.9).

Tabelle 3.9:
Psychische/seelische Belastung nach Alterskategorien (N=4.092)

Psychische Belastung	18-44 Jahre	≥ 45 Jahre
gar nicht	5,5 %	4,6 %
wenig	22,3 %	21,7 %
mittel	36,6 %	37,4 %
erheblich	28,6 %	29,6 %
extrem	7,0 %	6,7 %

Zusammenfassung

Die Hamburger Opiatabhängigen der ambulanten Suchthilfe werden älter, im Jahr 2007 ist fast ein Viertel bereits mindestens 45 Jahre alt. Das Durchschnittsalter dieser Klient(inn)engruppe liegt bei knapp 50 Jahren. 70 % der Älteren befinden sich in Substitutionsbehandlung, nicht ganz die Hälfte in psychosozialer Betreuung. Im Durchschnitt befanden sich die über 45-Jährigen nach Abschluss ihrer Betreuungsphase – der zu einem Viertel regulär erfolgte – knapp 6 Monate in Behandlung. Mit 70 % hatte die Mehrheit bereits unmittelbar vor Beginn der aktuellen Betreuungsepisode Kontakt zu Einrichtungen der Suchthilfe. Im Alter von durchschnittlich 26 Jahren haben die über 45-Jährigen ihre Opiatabhängigkeit entwickelt, so dass sie im Mittel eine Störungsdauer von 23 Jahren aufweisen. Die Opiatabhängigen haben in der Regel auch Konsumerfahrungen mit anderen illegalen Substanzen; insbesondere Cannabis, Kokain und auch Crack wurden von den meisten bereits konsumiert. Hier besteht ein relevanter Unterschied zur jüngeren Klientel, die – mit Ausnahme von Sedativa – zu einem größeren Anteil andere illegale Substanzen zusätzlich gebrauchten. Nahezu alle älteren Klient(inn)en hatten zuvor in ihrem Leben Kontakt zur Suchthilfe, allerdings vergingen seit dem Beginn ihrer Opiatabhängigkeit bis zum ersten Kontakt im Durchschnitt knapp 7 Jahre. Die über 45-Jährigen sind im Vergleich zu den übrigen Klient(inn)en zu einem etwas geringeren Anteil von biografischen Belastungen wie z.B. Suchtstörungen der Eltern oder sexueller Gewalt betroffen. Sie haben eine insgesamt bessere Schulbildung, was mit einem geringeren Migrant(inn)enanteil korrespondiert. Ihre aktuelle Wohnsituation ist stabiler als die der jüngeren Klientel. Die berufliche Situation stellt sich vergleichsweise schlecht dar, fast drei Viertel sind erwerbslos. Ein erhöhter Behandlungsbedarf der älteren Opiatabhängigen ergibt sich aus ihrer insgesamt stärkeren Betroffenheit durch körperliche Probleme. Insbesondere Leberschäden spielen hier eine Rolle, zumal mehr als die Hälfte Hepatitis C-infiziert sind. Mit 36 % leidet ein großer Anteil der über 45-jährigen Klient(inn)en an erheblichen oder extremen psychischen Belastungen oder Beeinträchtigungen. Eine vergleichbar hohe Belastung zeigt sich auch in der jüngeren Klientel.

4. Kokain

Im Jahr 2007 suchten 993 Personen die Einrichtungen des Hamburger Suchthilfesystems wegen eines problematischen Kokainkonsums auf. Die insgesamt 1.235 Betreuungen dieser Klient(inn)en wurden von 35 verschiedenen Einrichtungen geleistet.

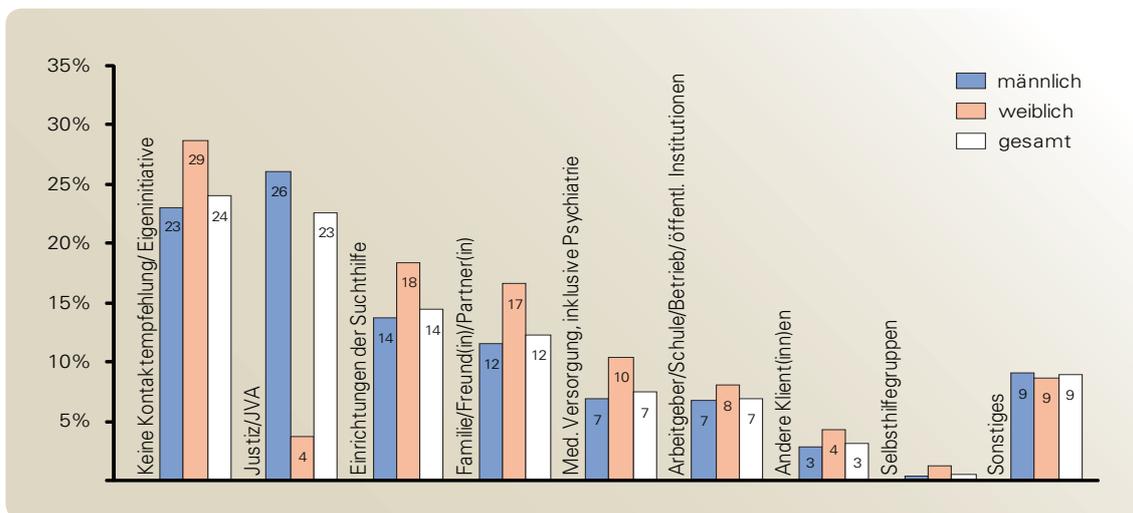
4.1. Betreuungen

Bei der Hälfte der hier betrachteten Betreuungen (50,2 %) wandten sich die Klient(inn)en wegen ihres problematischen Kokainkonsums an suchtmittelübergreifende Einrichtungen, gut ein Drittel der Betreuungen (34 %) erfolgte in Einrichtungen des Typs „illegale Drogen“ und 12,8 % wurden von Einrichtungen für legale Drogen geleistet.

Ein Viertel und somit die meisten Betreuungen kamen dadurch zustande, dass die Klient(inn)en aus Eigeninitiative eine Suchthilfeeinrichtung aufsuchten. Bei rund einem Fünftel der Betreuungen erfolgte die Kontaktempfehlung über die Justiz bzw. eine JVA, gefolgt von Weiterempfehlungen durch Einrichtungen der Suchthilfe. Eine wichtige Instanz sind offensichtlich auch Familie und Freunde bzw. Partner, die bei gut jeder zehnten Betreuung den Kontakt zur Suchthilfe herstellten. Beim Vergleich der Kontaktempfehlungen durch die Justiz in den Jahren 2005 bis 2007 (nur für abgeschlossene Betreuungen) zeigt sich diesbezüglich eine deutliche Abnahme (2005: 31,6 %; 2006: 26,1 %; 2007: 20,9 %).

Betrachtet man die Kontaktempfehlungen geschlechtsspezifisch, so treten vor allem hinsichtlich der Empfehlungen durch die Justiz gravierende Unterschiede zu Tage. Bei 26,1 % der Betreuungen männlicher Klienten wurde der Kontakt durch die Justiz hergestellt, während dies bei den Frauen nur in 3,7 % der Fälle dokumentiert ist. Eigeninitiative war hingegen häufiger bei den Betreuungen weiblicher Klienten der Grund für den Kontakt zur Suchthilfe ebenso wie die Weitervermittlung aus anderen Einrichtungen. Auch die Kontaktempfehlung aus dem privaten Umfeld erfolgte häufiger bei der Betreuung von Frauen als von Männern.

Abbildung 4.1:
Kontaktempfehlung der Betreuungen in 2007 nach Geschlecht



Bei Betrachtung der Frage, ob die Kokainkonsument(inn)en mit Auflagen in die Suchthilfeeinrichtungen kommen, zeigt sich, dass dies bei über zwei Drittel der Betreuungen (69,2 %) nicht der Fall ist. Wenn Auflagen bestehen, dann wurden diese in den meisten Fällen durch die Justiz ausgesprochen (20,9 %). Allerdings handelt es sich hier zumeist um Betreuungen männlicher Klienten (23,9 %), während nur 4,8 % der Betreuungen von Frauen mit justiziellen Auflagen verbunden waren.

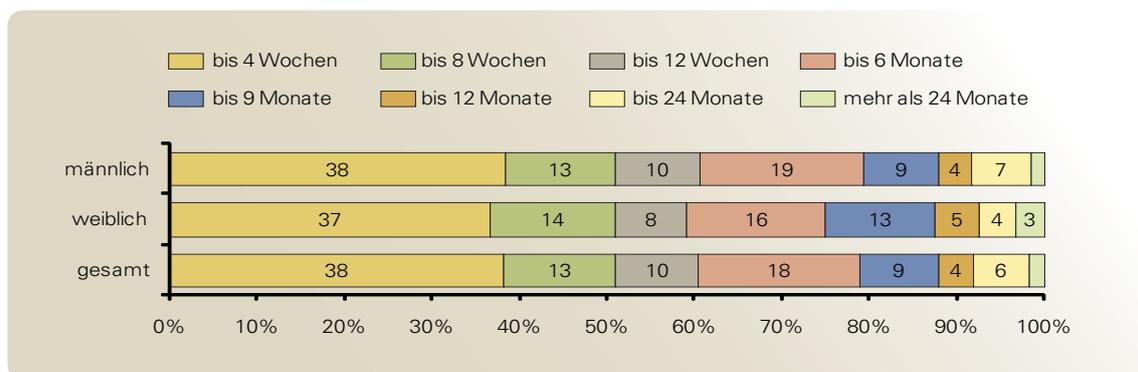
Der überwiegende Anteil der Betreuungen von Kokainkonsument(inn)en in der Hamburger BADO erfolgt in Form einer ambulanten Betreuung/ Beratung (81,2 %), wobei der Anteil der Frauen hier mit 94,4 % deutlich über dem der Männer liegt (78,7 %). An zweiter Stelle der Betreuungsarten folgt mit 14,3 % die externe Haftbetreuung. Hier sind erwartungsgemäß mehr Betreuungen von Männern (16,4 %) als von

Frauen (3,4 %) zu finden. Der Anteil der externen Haftbetreuung an den geleisteten Betreuungsarten hat im Vergleich zu den Vorjahren abgenommen. In 2005 wurde diese Betreuungsart noch bei 19,4 % der (abgeschlossenen) Betreuungen dokumentiert, in 2006 bei 18,2 % und in 2007 bei 14,3 %. Bei 61,2 % der Betreuungen werden keine ergänzenden Betreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen wahrgenommen. In 12,5 % der Fälle findet eine Entgiftung bzw. ein Entzug als ergänzende Betreuung statt.

Im Jahr 2007 wurden 791 der insgesamt 1.235 Betreuungen beendet. Die häufigsten Gründe für die Beendigung sind „Kontaktverlust über 2 Monate“ in über einem Drittel der Fälle (35,4 %), „Weitervermittlung in andere Einrichtung“ (23,5 %) und „reguläre Beendigung“ (22,8 %). Knapp die Hälfte der Betreuungen weiblicher Klienten wurde aufgrund von Kontaktverlust abgebrochen (46,2 %), während dies nur bei einem Drittel der Männer zu beobachten ist (33,5 %). 23,7 % der Betreuungen männlicher aber nur 17,1 % der weiblicher Klienten endeten regulär.

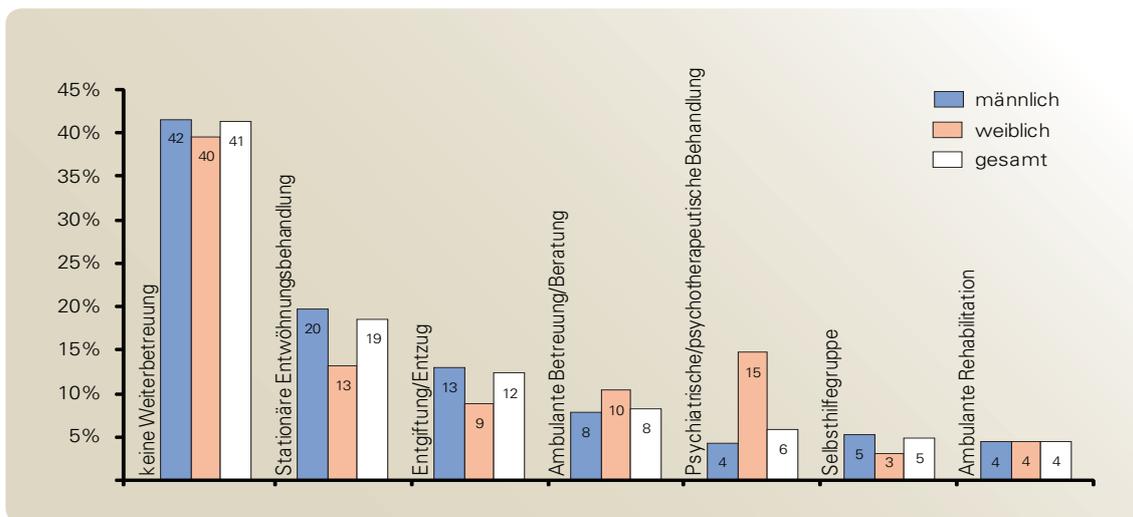
Im Schnitt wird eine Betreuung nach 122 Tagen ($\pm 179,7$) beendet. Die mittlere Betreuungsdauer der Frauen beträgt 137,2 Tage ($\pm 228,6$), die Männer bleiben mit 119,4 Tagen (± 170) durchschnittlich 17,8 Tage kürzer in der Betreuung. Mehr als ein Drittel der Betreuungen dauert nicht länger als vier Wochen, Betreuungszeiten über 9 Monate können bei etwa jeder achten Betreuung festgestellt werden.

Abbildung 4.2:
Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in 2007 nach Geschlecht



Wenn nach Beendigung der Betreuung weiterer Hilfebedarf besteht, so werden häufiger abstinentenzorientierte Maßnahmen in Anspruch genommen. Für knapp ein Fünftel der Betreuungen ist eine stationäre Entwöhnungsbehandlung dokumentiert, jede achte Betreuung mündet in eine Entgiftung bzw. Entzug. Aber auch psychosoziale Betreuungsangebote wie ambulante Betreuung/ Beratung, psychiatrische/ psychotherapeutische Behandlung und Selbsthilfegruppen werden als Weiterbetreuungsmaßnahmen genutzt. Für gut 40 % der Betreuungen ist keine weiterführende Maßnahme dokumentiert. Dieser Anteil war in den Vorjahren niedriger (2005: 31,5 %; 2006: 36,8 %).

Abbildung 4.3:
Weiterbetreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen in 2007 nach Geschlecht
(Mehrfachantwort möglich)



Zusätzliche Informationen über die Situation der Klient(inn)en vor Betreuungsbeginn lassen sich aus den Daten zu vorangegangenen Betreuungen in den letzten 60 Tagen vor dem in der BADO 2007 dokumentierten Betreuungsbeginn gewinnen. Bei 45 % der Betreuungen wurden in den letzten zwei Monaten vor Betreuungsbeginn andere Angebote des Hamburger Suchthilfesystems in Anspruch genommen. In den meisten Fällen wurde die Möglichkeit einer Entgiftung oder eines Entzugs (13,3 %), einer ambulanten Betreuung und Beratung (13 %) sowie einer stationären Entwöhnungsbehandlung (11,8 %) wahrgenommen.

Zusammenfassung: Betreuungen

Im Jahr 2007 wurden 1.235 Betreuungen von Kokainkonsument(inn)en in Anspruch genommen und damit mehr als im Jahr zuvor (1.084). Auch die Anzahl der betreuten Personen stieg von 845 in 2006 auf 993 in 2007. Die Betreuungen fanden überwiegend in suchtmittelübergreifenden Einrichtungen statt (50,2 %), des Weiteren in Einrichtungen für illegale Drogen (34 %) und legale Drogen (12,8 %). Die meisten Betreuungen kamen durch Eigeninitiative der Klient(inn)en zustande, gefolgt von Empfehlungen durch die Justiz. Das am häufigsten wahrgenommene Angebot der Suchthilfeeinrichtungen ist „ambulante Betreuung/ Beratung“ (81,2 %). Mit 137,2 Tagen bleiben die Klient(inn)en im Durchschnitt länger in den Einrichtungen als im Vorjahr (2006: 116 Tage). Über die Hälfte der dokumentierten Betreuungen wurde regulär oder durch Weitervermittlung beendet. Auffällig ist, dass die Option, nach der Betreuung an Selbsthilfegruppen teilzunehmen, nur für 4,8 % der Betreuungen dokumentiert worden ist. Im Jahr 2006 waren es noch 9,8 %.

4.2. Personen

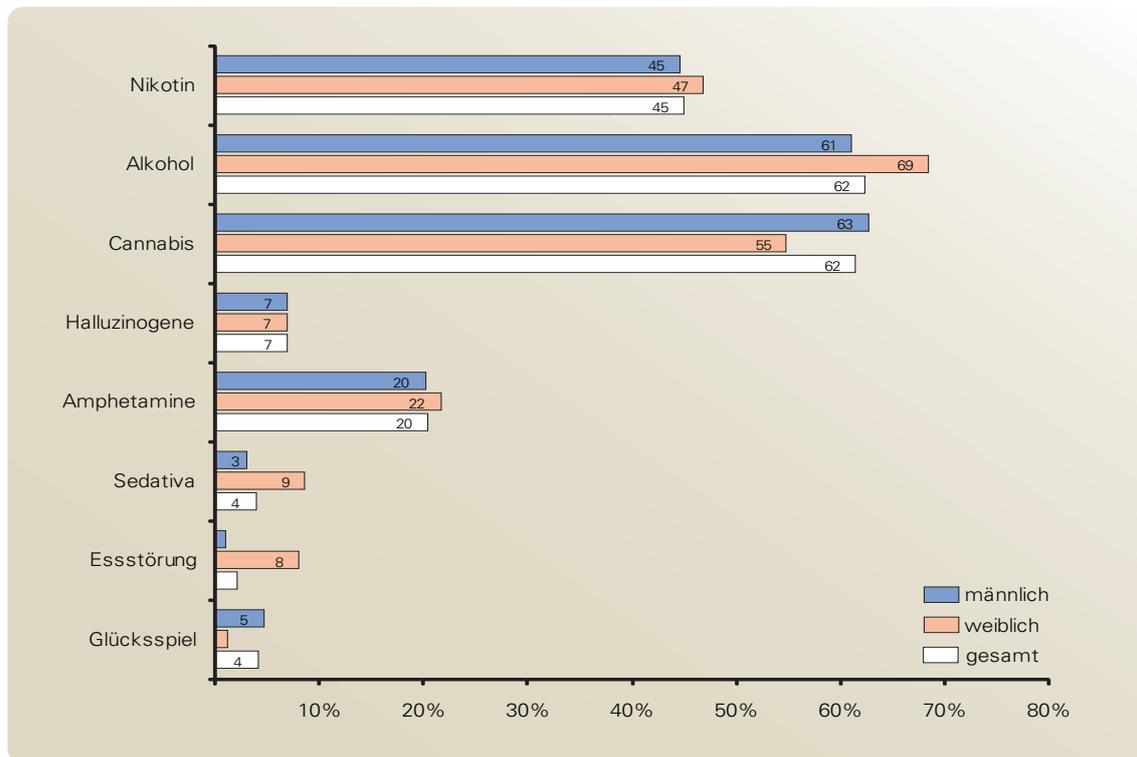
Der überwiegende Anteil der 993 Personen, die im Jahr 2007 das Hamburger Suchthilfesystem wegen ihres problematischen Kokainkonsums aufsuchten, waren Männer (84 %). Mit 31,9 Jahren ($\pm 8,8$) sind sie im Durchschnitt 0,8 Jahre jünger als die betreuten Frauen, die durchschnittlich 32,7 Jahre ($\pm 9,2$) alt sind. (Gesamt: 32,1 Jahre; $\pm 8,9$).

Ein Blick auf die Altersstruktur der Kokainklient(inn)en zeigt, dass jüngere Personen etwas häufiger in der Hamburger BADO vertreten sind. So ist über ein Drittel der Konsument(inn)en zwischen 18 und 27 Jahre alt (35 %), 29,1 % sind zwischen 28 und 35 Jahre alt und für 28,7 % ist ein Alter zwischen 36 und 45 Jahre dokumentiert. Relevante Geschlechtsunterschiede sind hier nicht erkennbar.

4.3. Konsum

Bei den meisten Personen, die in der Hamburger BADO dokumentiert werden, liegt ein problematischer Konsum hinsichtlich mehrerer Substanzen vor. Mit Hilfe einer vorher festgelegten Hierarchisierung erfolgt im Zuge der Datenaufbereitung die Zuordnung der jeweiligen Personen zu einer Hauptdroge. Der gleichzeitige Konsum anderer Substanzen wird ebenfalls dokumentiert. Einen Überblick über die weiteren Hauptdrogen der dokumentierten Personen mit Kokainproblemen bietet Abbildung 4.4.

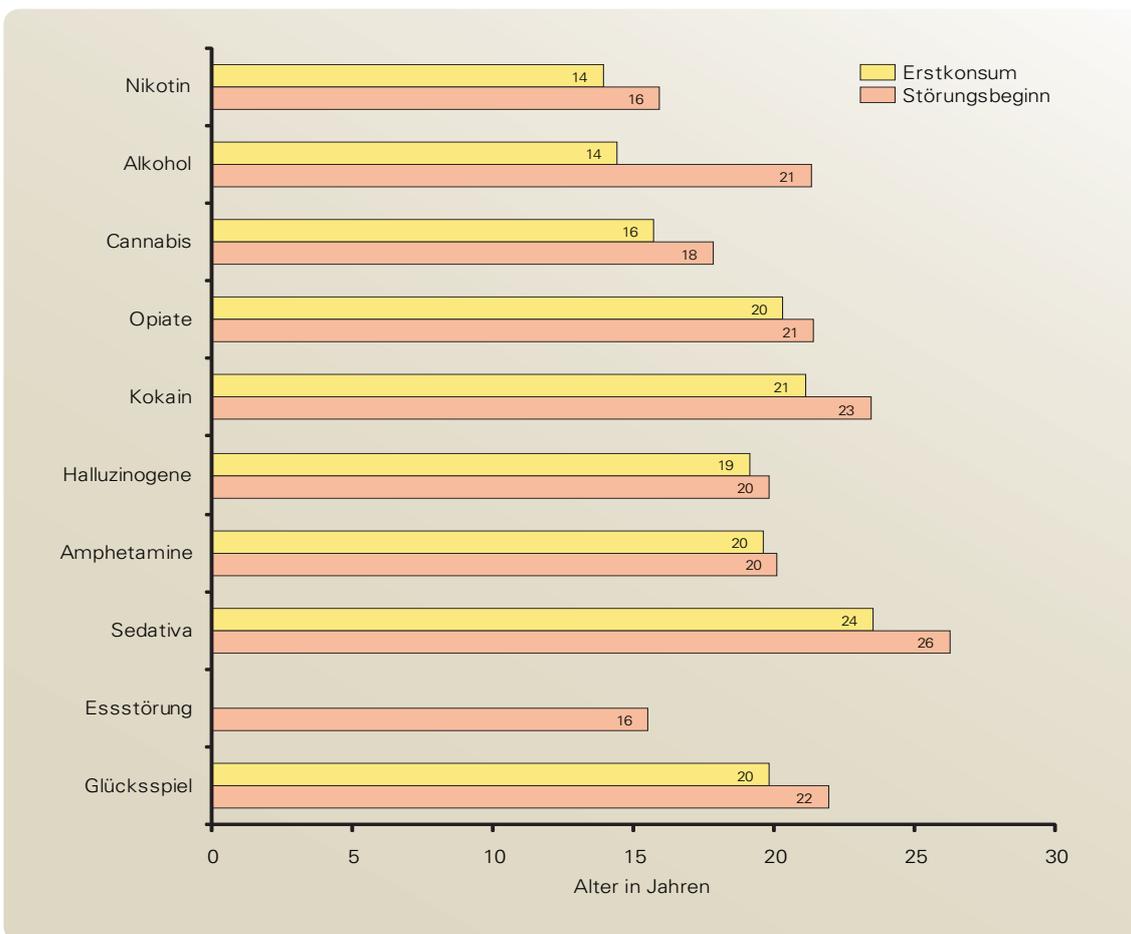
Abbildung 4.4:
Weitere dokumentierte Hauptprobleme der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht (Mehrfachantwort möglich)



Jeweils fast zwei Drittel der hier betrachteten Kokainkonsument(inn)en haben zusätzlich ein Alkoholproblem und ebenso häufig einen problematischen Cannabiskonsum. Als ein weiteres Hauptproblem für die Kokainklientel stellt sich der Konsum von Amphetaminen dar, wovon gut jede(r) Fünfte berichtet.

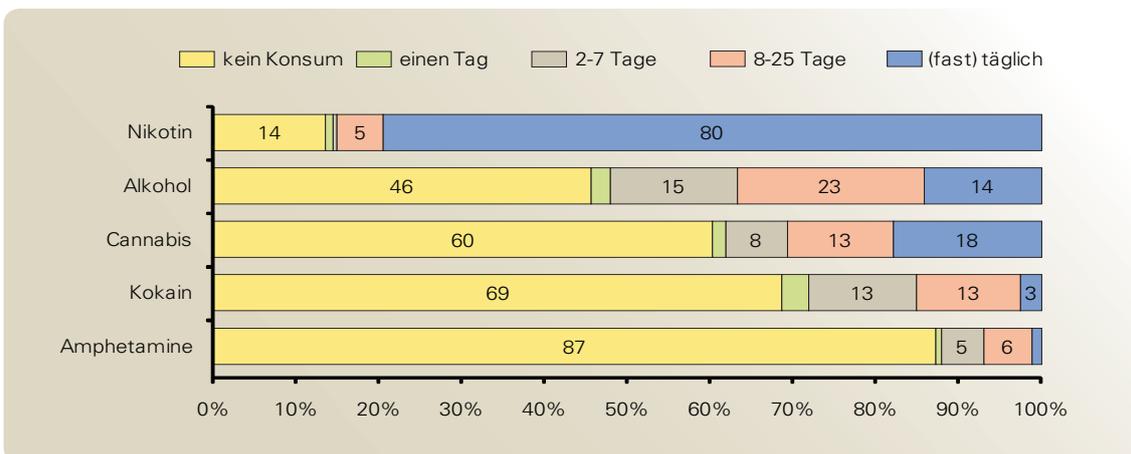
Des Weiteren wird in der BADO dokumentiert, wie viele Jahre zwischen dem Erstkonsum und dem Beginn der Störung liegen. Das Durchschnittsalter des Erstkonsums von Kokain liegt bei 21,1 Jahren ($\pm 5,9$), einen relevanten Geschlechtsunterschied gibt es nicht. Im Schnitt beginnt der problematische Konsum mit 23,4 Jahren ($\pm 6,8$), also 2,3 Jahre nach dem Erstkonsum. Die weiblichen Klienten entwickeln ihre Störung im Mittel mit 24,5 Jahren ($\pm 7,1$) und somit etwas später als die Männer. Da die betreuten Frauen im Schnitt ca. ein Jahr älter als die Männer sind, ergibt sich für die Klienten beider Geschlechter eine ähnlich lange Kokainabhängigkeit von über 8 Jahren.

Abbildung 4.5:
Alter des Erstkonsums und des Störungsbeginns von Klient(inn)en in 2007



Betrachtet man die Konsumhäufigkeit zum Zeitpunkt der Erhebung (siehe Abbildung 4.6), so fällt zunächst auf, dass über zwei Drittel der Personen, die wegen eines problematischen Kokainkonsums das Suchthilfesystem aufsuchen, aktuell kokainabstinent sind. Auch hinsichtlich der anderen oben angeführten Hauptproblemdrogen werden relativ hohe Abstinenzraten ermittelt. Allerdings kommen viele Klient(inn)en bereits abstinent in die Betreuung, was u. a. darauf zurückzuführen sein könnte, dass diese bereits zuvor einen erfolgreichen Entzug absolviert hatten und die Einrichtung zur Weiterbetreuung aufsuchen (vgl. hierzu die Angaben im Abschnitt „Betreuungen“). Außerdem ist ein Teil der dokumentierten Personen zum Erhebungszeitpunkt in Haft (vgl. Kapitel 4.7) und haben somit keinen oder einen erschwerten Zugang zu illegalen Suchtmitteln.

Abbildung 4.6:
Konsumhäufigkeit der letzten 30 Tage (Aktuell) der Klient(inn)en in 2007



Mit 90,3 % ist das Schnupfen erwartungsgemäß die am häufigsten praktizierte Art, Kokain zu konsumieren. 7,6 % der Personen rauchen Kokain (dies allerdings vermutlich in Form von „Crack“ oder „Freebase“).

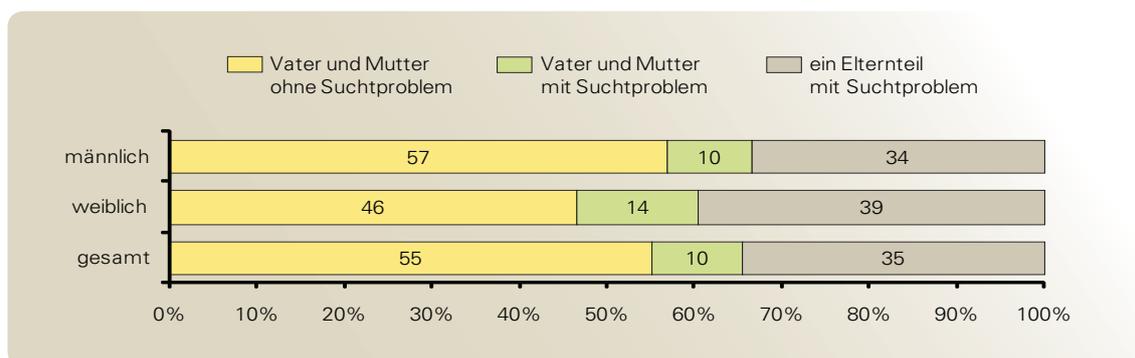
4.4. Biografischer Hintergrund

An dieser Stelle sollen überblicksartig einige biografische Erfahrungen skizziert werden, mit denen die dokumentierten Personen in die Betreuung kamen.

Unter den Kokainkonsument(inn)en, die das Hamburger Suchthilfesystem aufsuchen, befinden sich überwiegend Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit (82,4 %). Nur 2,8 % kommen aus einem anderen EU-Land, 14,8 % aus einem Land außerhalb der EU. Auf die Frage nach einem Migrationshintergrund unabhängig von der aktuellen Staatsangehörigkeit geben 17,2 % der Betreuten an, selbst migriert zu sein. 14,1 % wurden als Kind von Migranten geboren, die restlichen Befragten haben keinen Migrationshintergrund (68,8 %).

Im Zuge der Dokumentation werden die Klient(inn)en zu verschiedenen familiären Hintergründen befragt, die sich möglicherweise belastend auf ihre eigene Biografie ausgewirkt haben könnten. So ist unter anderem erhoben worden, ob bei den Eltern Suchtprobleme vorlagen. Bei etwas mehr als der Hälfte der Betreuten ist dies nicht der Fall. Ein Drittel der Personen berichtet von einem Elternteil mit Suchtproblemen, bei 10,2 % waren beide Elternteile davon betroffen. Die weiblichen Kokainkonsumenten stammen etwas häufiger aus suchtbelasteten Elternhäusern als die Männer.

Abbildung 4.7:
Eltern mit Suchtproblemen der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht



Einen weiteren häufig belastenden Faktor in der Biografie stellt ein Heimaufenthalt in der Kindheit dar. 17,6 % der Befragten berichten von Heim- bzw. öffentlicher Erziehung in der Kindheit, wobei Frauen und Männer hiervon fast gleich häufig betroffen waren.

Auch Erfahrungen mit Gewalt gehören oft zur Biografie der in der BADO dokumentierten Personen. Die Frage, ob die Klient(inn)en jemals in ihrem Leben körperlicher Gewalt ausgesetzt waren, wird von weit mehr als der Hälfte bejaht (59,4 %). Die Frauen waren hiervon häufiger betroffen (70,2 %) als die Männer (57,3 %). Noch eklatanter fällt der Geschlechtsunterschied bei sexuellen Gewalterfahrungen aus. Über die Hälfte der weiblichen Klienten (53,1 %) hatte dies schon einmal erlebt, bei den Männern sind es 7,5 %. Hinsichtlich eigenen Gewalthandelns weisen die Männer hingegen höhere Anteile auf. Mehr als jeder zweite der männlichen Kokainkonsumenten (54,3 %) gibt an, bereits körperliche Gewalt angewendet zu haben, bei den Frauen sind es in etwa halb so viele (25,8 %).

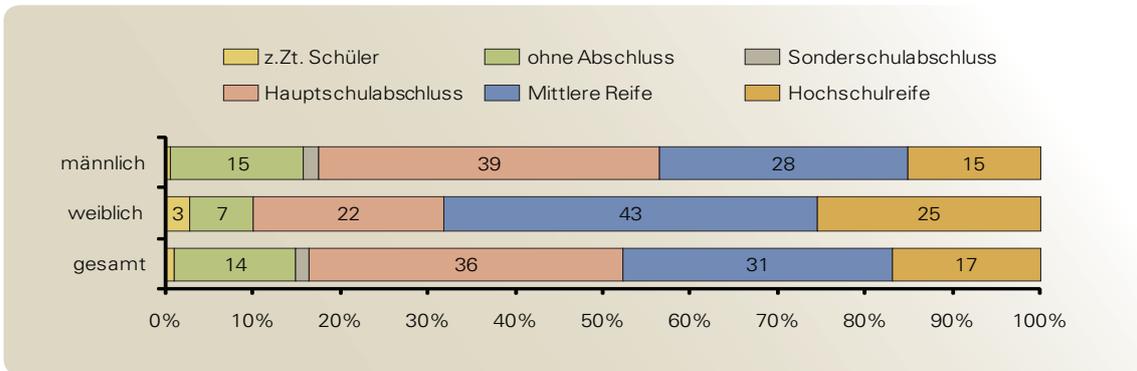
4.5. Ausbildung, Arbeitssituation und finanzielle Lage

Um den sozialen Status der hier betrachteten Klient(inn)en zu erfassen, werden diese zu ihrer schulischen bzw. Berufsausbildung befragt. Des Weiteren wird erhoben, wie die Befragten ihren Lebensunterhalt bestreiten und ob sie verschuldet sind.

Gut ein Drittel der Betreuten verfügt über einen Hauptschulabschluss, ein knappes weiteres Drittel hat die Realschule erfolgreich beendet. Bei 16,9 % der Klient(inn)en liegt die Fachhochschulreife oder ein höherwertiger Abschluss vor. Nur etwa jede/r Siebte kann keinen Schulabschluss vorweisen. Das

Bildungsniveau ist also insgesamt als gut zu bezeichnen, wobei die weiblichen Klienten bei den höheren Schulabschlüssen deutlich stärker vertreten sind als die Männer. So haben ein Viertel der Frauen mindestens die Fachhochschulreife und 42,8 % die Mittlere Reife. Einen Hauptschulabschluss hingegen haben mehr Männer als Frauen vorzuweisen.

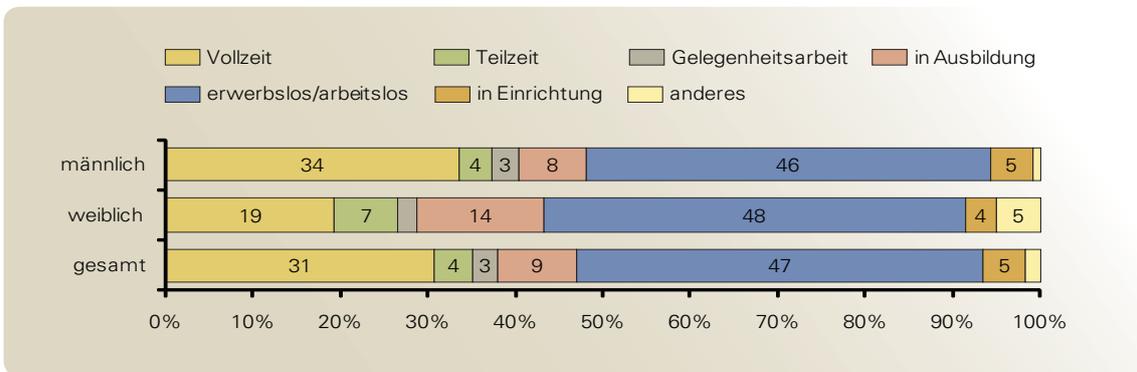
Abbildung 4.8:
Höchster Schulabschluss der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht



Obwohl über die Hälfte der in der BADO dokumentierten Personen eine Ausbildung abgeschlossen hat, ist doch knapp jede/r Zweite aktuell arbeitslos. Immerhin kann aber insgesamt gut ein Drittel den Lebensunterhalt durch Vollzeitarbeit bzw. regelmäßige Teilzeitjobs selbst verdienen.

Die Aufschlüsselung nach Haupteinkommen zeigt, dass 28,7 % der Kokainkonsument(inn)en (ohne Inhaftierte) abhängig beschäftigt sind und 8,6 % als Selbständige arbeiten. 4,9 % bzw. 35,4 % der Betreuten beziehen Arbeitslosengeld I bzw. II und 2,2 % bekommen Sozialhilfe/Wohngeld.

Abbildung 4.9:
Arbeits- und Ausbildungssituation der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht



Knapp ein Drittel (32,5 %) der Klient(inn)en gibt an, keine Schulden zu haben (Männer 38,5 %; Frauen: 31,3 %). Ein Viertel berichtet von mäßiger Verschuldung bis 5.000 Euro (25,2 %) und gut jede(r) Fünfte hat höhere Schulden zwischen 5.000 und 25.000 Euro (21,4 %).

4.6. Soziale Beziehung und Lebenssituation

Der überwiegende Teil der hier betrachteten Kokainkonsument(inn)en ist ledig (71 %), verheiratet sind 14,1 % und 10,8 % geschieden. Die Männer sind etwas häufiger ledig (Männer: 71,8 %; Frauen: 66,7 %). 15,5 % der Männer gegenüber 7,2 % der Frauen sind verheiratet. Die weiblichen Klienten sind häufiger geschieden (21,6 %) als die Männer (8,7 %). Dieses Bild relativiert sich allerdings, wenn man die Angaben zu aktuellen Partnerbeziehungen berücksichtigt. Hier zeigt sich, dass etwas über die Hälfte (50,7 %) unabhängig vom formalen Familienstand in einer festen Beziehung lebt. Dieser eigentlich positive As-

pekt kann allerdings z.B. hinsichtlich eigener Abstinenzbemühungen Probleme mit sich bringen, wenn auch der/ die Partner(in) mit Suchtproblemen belastet ist. Bei 10,2 % der Klient(inn)en ist dies der Fall; Frauen berichten davon über dreimal häufiger (24 %) als Männer (7,6 %).

29,4 % der Klient(inn)en haben minderjährige Kinder, wobei aber nur 10,8 % mit diesem/n zusammenleben (Männer: 8,5 %; Frauen: 23,1 %). 19 % der männlichen Klienten geben an, dass die eigenen minderjährigen Kinder im Haushalt des anderen Elternteils leben (Frauen: 3 %).

Schließt man die Inhaftierten (20,1 %) aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation aus der Betrachtung aus, so lebt die überwiegende Anzahl der in der BADO dokumentierten Kokainkonsument(inn)en in stabilen Wohnverhältnissen: in eigener Wohnung (72,6 %), bei Angehörigen (14,3 %) oder bei dem/der Partner(in) (3,7 %).

4.7. Justizielle Probleme und Behandlungsvorerfahrungen

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung geben 53,9 % der im Hamburger Suchthilfesystem wegen ihres Kokainkonsums betreuten Personen an, gegenwärtig Probleme mit der Justiz zu haben. Als Hauptproblem ist hier vor allem eine aktuelle Inhaftierung zu nennen: Ein Viertel der Klient(inn)en befindet sich in U-Haft bzw. Strafhaft (25,4 %).

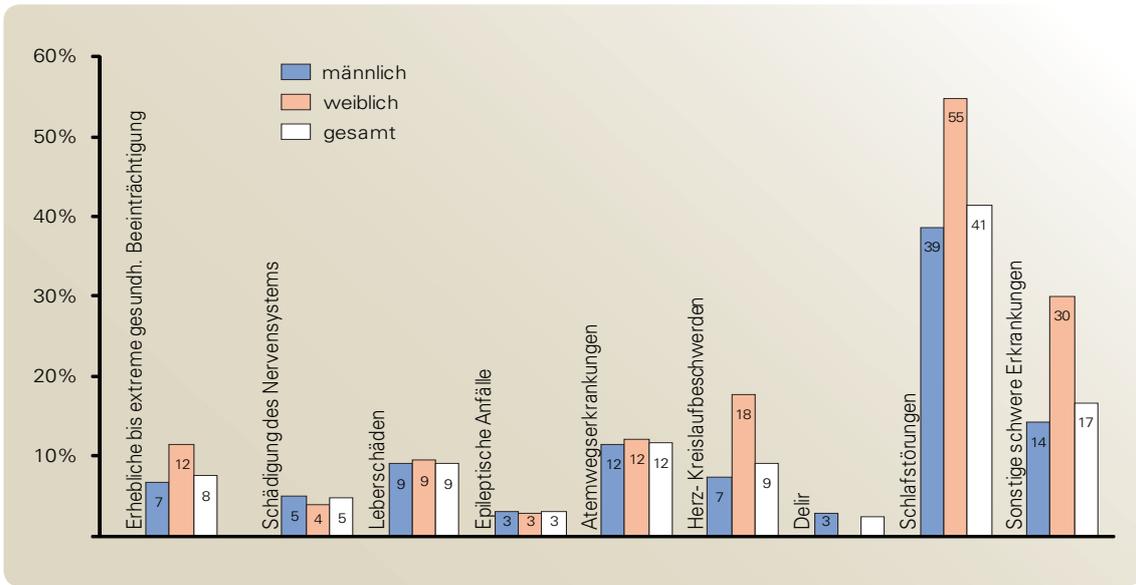
53,1 % der dokumentierten Personen, geben an, schon einmal in ihrem Leben rechtskräftig verurteilt worden zu sein. Wiederum sind die Verurteilungsraten bei den Männern mit 59,5 % weitaus höher als bei den Frauen (19,8 %). Die häufigsten Delikte, wegen derer eine Verurteilung erfolgte, sind Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (23,1 %) sowie Körperverletzungen (22,6 %) und Beschaffungskriminalität (15,8 %).

Ein Viertel der dokumentierten Kokainklient(inn)en (24,5 %) hatte vor Beginn der aktuellen Betreuung keinen Kontakt zu suchtspezifischen Einrichtungen. Nahezu die Hälfte der Befragten (45,5 %) hatte bereits mindestens einmal einen stationären Entzug angetreten. Weitere 34,5 % waren schon mindestens einmal in stationären Rehabilitationsmaßnahmen und 13 % hatten eine Selbsthilfegruppe aufgesucht.

4.8. Gesundheitliche Situation

Der allgemeine körperliche Gesundheitszustand der hier betrachteten Kokainkonsument(inn)en ist insbesondere im Vergleich zur Alkohol- und Opiatklientel als relativ gut zu bezeichnen. Für über zwei Drittel der Personen ist dokumentiert, in dieser Hinsicht gar nicht oder nur wenig beeinträchtigt zu sein. Relevante Geschlechtsunterschiede sind hier nicht zu beobachten. Die häufigsten gesundheitlichen Beschwerden sind Schlafstörungen. Dies ist angesichts der Hauptproblemdrogen dieser Klientel (Kokain und Amphetamine) nicht unüblich. Ebenfalls verbreitet unter den Kokainkonsument(inn)en sind Atemwegserkrankungen und Herz-Kreislaufbeschwerden bzw. Leberschäden. Schwerwiegendere Erkrankungen wie Hepatitis C oder HIV treten in dieser Gruppe nur selten auf.

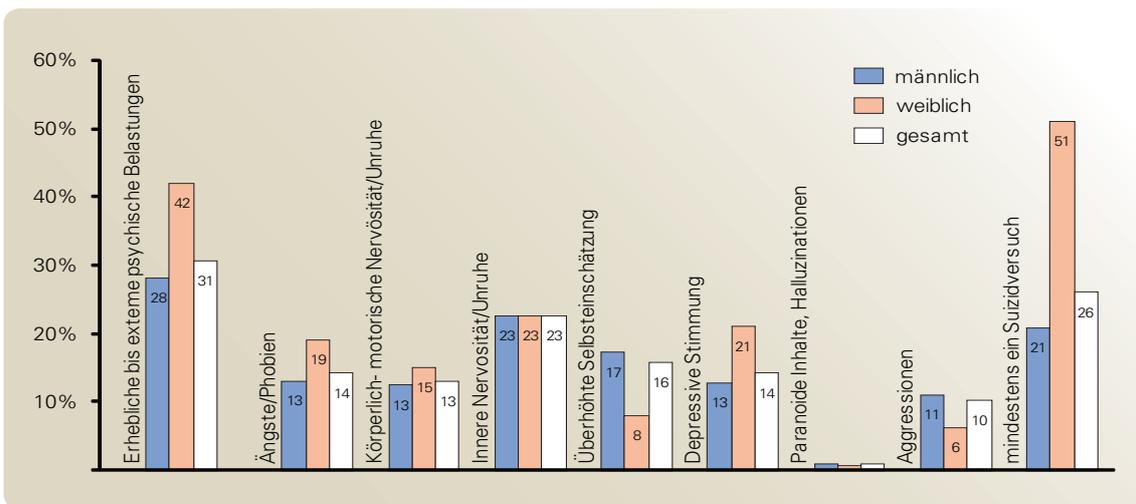
Abbildung 4.10:
Einschätzung der gesundheitlich- körperlichen Beeinträchtigung (erheblich/extrem) und gesundheitliche Beschwerden der Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht



Hinsichtlich psychischer bzw. seelischer Probleme sind die Kokainkonsument(inn)en weitaus stärker belastet. Nur nahezu ein Drittel wird von den Mitarbeiter(inne)n der Suchthilfeeinrichtungen diesbezüglich als gar nicht oder wenig belastet eingestuft. Am häufigsten leiden die Betreuten unter erheblicher bzw. extremer innerer Nervosität bzw. Unruhe, was sich vermutlich auch in den oben angeführten hohen Anteilen der Schlafstörungen äußert. Auch erheblich bis extrem starke Depressionen gehören immer wieder zu den psychischen Beschwerden der Kokainklientel.

Über die Hälfte der weiblichen Klienten hat im Leben mindestens einen Suizidversuch unternommen (51,1 %), bei den Männern waren es ca. ein Fünftel (20,9 %). Die Suizidbelastung zeigt eine steigende Tendenz. Im Jahr 2005 hatten 38,5 % der Frauen angegeben, mindestens einen Suizidversuch im Leben unternommen zu haben, im Jahr 2006 46,4 %. Der entsprechende Wert für die Männer lag im Jahr 2005 bei 12,4 %, in 2006 bei 15,6 %.

Abbildung 4.11:
Einschätzung der psychischen bzw. seelischen Belastung und deren Symptome (erheblich/ extrem) von Klient(inn)en in 2007 nach Geschlecht



Zusammenfassung: Beschreibung der betreuten Personen

Im Jahr 2007 wurden in der Hamburger BADO 993 Personen dokumentiert, die eine Suchthilfeeinrichtung wegen problematischen Kokainkonsums aufgesucht hatten. Die überwiegend männlichen Klienten (84 %) sind im Mittel 32,1 Jahre alt und zeigen neben ihrer Hauptdroge Kokain auch häufig einen problematischen Konsum von Alkohol, Cannabis und Amphetaminen. Der Störungsbeginn aufgrund des Kokainkonsums liegt im Mittel bei 23,4 Jahren und damit durchschnittlich 2,3 Jahre nach dem Erstkonsum. Daraus ergibt sich, dass die Klient(inn)en im Durchschnitt seit ca. achteinhalb Jahren kokainabhängig sind. Allerdings waren 59,6 % der Personen bereits abstinent in die Betreuung gekommen. Hierbei handelt es sich vermutlich vorrangig um diejenigen, die aus einer Entzugsbehandlung in andere Einrichtungen weitervermittelt wurden.

Die meisten Klient(inn)en stammen aus Deutschland (82,4 %) und haben häufig problembelastete Biografien vorzuweisen. So berichtet fast die Hälfte von Eltern mit Suchtproblemen, mehr als jede/r Zweite war im Leben körperlicher Gewalt ausgesetzt oder selbst gewalttätig geworden. Über die Hälfte der weiblichen Klienten hat sexuelle Gewalterfahrungen gemacht.

Fast alle dokumentierten Personen haben einen Schulabschluss und über die Hälfte eine abgeschlossene Ausbildung, allerdings liegt die Arbeitslosenquote der Betreuten bei 46,5 %.

Die allgemeine Lebenssituation im Sinne fester Partnerschaften und eigenen Wohnraums stellt sich für die Mehrzahl der Personen als relativ gut dar. Für über die Hälfte sind jedoch aktuelle Probleme mit der Justiz (53,9 %) bzw. Verurteilungen (53,1 %) im Laufe ihres Lebens dokumentiert.

Der körperliche Gesundheitszustand wird für mehr als zwei Drittel als relativ gut beschrieben, über erhebliche bis extreme psychische Probleme wird hingegen bei 30,7 % der Klient(inn)en berichtet. Die Suizidbelastung der Kokainklientel ist sehr hoch. Über die Hälfte der betreuten Frauen und ca. jeder fünfte männliche Klient hat im Leben mindestens einen Suizidversuch unternommen.

4.9. Verlaufsdokumentation

Die auf Basis der in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Definition der VERLAUDO-Stichprobe umfasst 352 Klient(inn)en mit einer kokainbezogenen Störung. Vier Fünftel sind männlich (82 %), ein Fünftel ist weiblich (18 %). Das aktuelle Durchschnittsalter beträgt 32,8 ($\pm 9,1$) Jahre, wobei zwischen Frauen und Männern diesbezüglich keine Unterschiede bestehen. Die Klient(inn)en waren im Durchschnitt 199 (± 200) Tage, also 6,5 Monate in der Betreuung. Mit 226 (± 180) Tagen ist die mittlere Betreuungsdauer der Frauen einen Monat länger als die der Männer mit 193 (± 275) Tagen. Bei der aktuellen Betreuungsart handelt es sich überwiegend um Beratung bzw. Betreuung (90 %). 10 % der VERLAUDO-Klient(inn)en befinden sich in der ambulanten Rehabilitation. Insgesamt drei Viertel – 72 % der Männer und 89 % der Frauen – nehmen die Behandlung ohne institutionelle Anordnung auf, 15 % haben justizielle Auflagen (Männer: 18 %, Frauen: 2 %). Ein Viertel beendete die aktuelle Betreuung regulär (23 %), ein weiteres Viertel wurde in andere Behandlungen oder Versorgungsbereiche vermittelt (24 %). Die Hälfte der Kokainklient(inn)en hatte Vorbehandlungen innerhalb der letzten zwei Monate vor der aktuellen Betreuungsphase (51 %), wobei es sich am häufigsten um Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlungen sowie ambulante Beratung handelte. Ein Viertel der Kokainklient(inn)en hatte in ihrem Leben bisher gar keinen Kontakt zur Suchthilfe (23 %). Knapp die Hälfte hat bereits eine oder mehrere stationäre Entzugsbehandlungen hinter sich (47 %), in stationärer Entwöhnungstherapie war ein Drittel (33 %). 12 % der Klient(inn)en nahmen bisher niemals an Selbsthilfegruppen teil.

Auch bei der Kokain-Klientel lässt sich unter der ambulanten Betreuung eine Reihe positiver Veränderungen feststellen. Im Betreuungsverlauf ergibt sich eine Reduktion der Frequenz des Kokainkonsums (innerhalb der letzten 30 Tage) von durchschnittlich 3,0 ($\pm 5,7$) auf 1,3 ($\pm 3,8$) Tage (t-Test: $t=4,6$; $p<0,001$). Dieser Rückgang vollzieht sich bei Frauen und Männern in ähnlichem Ausmaß (Interaktion von Geschlecht mit Zeiteffekt: Pillai-Spur=0,001; $p=0,675$). Der Anteil an Klient(inn)en ohne Kokainkonsum nimmt von 63 % auf 76 % zu. Dem gegenüber verringert sich der Anteil regelmäßig (mind. 2mal pro Woche) Kokain Gebraucher deutlich von 16 % auf 5 % (Wilcoxon-Test: $Z=-4,5$; $p<0,001$). Zudem halbiert sich der Anteil an Klient(inn)en, die regelmäßig, d. h. mindestens 2mal pro Woche Alkohol konsumieren, im Betreuungsverlauf von 49 % auf 24 %. Dem gegenüber steigt die Anzahl an Alkohol-Abstinenten von 32 % auf 44 % (Wilcoxon-Test: $Z=-4,6$; $p<0,001$). Ferner lässt sich eine signifikante Reduktion der Trink-

age von 10,0 ($\pm 10,7$) auf 7,0 ($\pm 9,9$) innerhalb des letzten Monats beobachten (t-Test: $t=4,4$ $p<0,001$), die bei den Frauen tendenziell etwas (jedoch nicht statistisch signifikant) stärker ausfällt (Interaktion von Geschlecht mit Zeiteffekt: Pillai-Spur=0,013; $p=0,105$). Auch die Trinkmenge – unter den Klient(inn)en, die zu Betreuungsbeginn und -ende weiterhin Alkohol trinken (N=44) – nimmt deutlich ab. Am Anfang trinken die Klient(inn)en im Durchschnitt 211 (± 173) Gramm reinen Alkohol am Tag; zu Betreuungsende sind es noch 130 (± 92) Gramm, was etwas mehr als 3 Litern Bier pro Tag entspricht (t-Test: $t=3,4$; $p<0,01$). Trotz dieser positiven Tendenz, deutet sich damit an, dass es auch unter den Kokainklient(inn)en eine nicht einfach zu behandelnde Untergruppe mit einem großen (zusätzlichen) Alkoholproblem gibt. Der körperliche Gesundheitszustand verbessert sich im Betreuungsverlauf nur geringfügig, was mit der im Vergleich zu anderen Klient(inn)engruppen (z.B. Alkohol- oder Opiatabhängige) positiven Ausgangssituation zu tun hat. Sind es zu Betreuungsbeginn noch 12 %, die unter „erheblichen“ oder „extremen“ körperlichen Beeinträchtigungen leiden, so nimmt dieser Anteil auf 8 % ab (Binomial-Test: $p<0,05$). Die psychischen Belastungen gehen im Betreuungsverlauf deutlicher zurück. Zu Beginn ist die Hälfte der Kokain-Klientel in „erheblichem“ bzw. „extremem“ Ausmaß von psychischen Belastungen betroffen (48 %). Zum Betreuungsende verringert sich dieser Anteil deutlich auf 27 % (McNemar-Test: $\chi^2=43,4$; $p<0,001$). Die Betroffenheit durch Angstsymptome reduziert sich ebenfalls deutlich; erhebliche bzw. extreme Symptome gehen von 21 % auf 11 % zurück (Binomial-Test: $p<0,001$). Auch die depressive Symptomatik nimmt im Betreuungsverlauf stark ab. Hier reduziert sich der Anteil an Klient(inn)en mit erheblichen bzw. extremen Beeinträchtigungen von 30 % auf 13 % (McNemar-Test: $\chi^2=31,2$; $p<0,001$). Bei den psychischen Belastungen und Symptomen gibt es deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Die Verbesserungen vollziehen sich bei beiden Geschlechtern zwar in etwa gleichem Maße; die Frauen sind jedoch in allen Bereichen zu Betreuungsbeginn und -ende insgesamt stärker von psychischen Problemen betroffen.

5. Cannabis

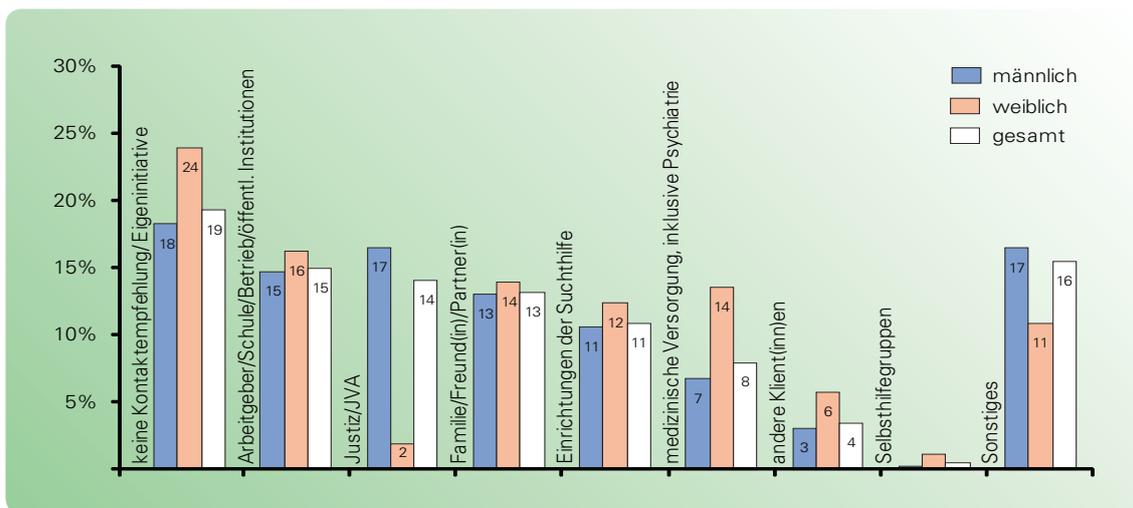
Im folgenden Kapitel wird auf Personen eingegangen, die das Hamburger ambulante Suchthilfesystem im Jahr 2007 aufgrund eines problematischen Cannabiskonsums aufgesucht haben. Insgesamt waren das 1.536 Klient(inn)en, die 1.763 Betreuungen in Anspruch nahmen. Damit setzt sich der schon in den Vorjahren beobachtete Trend zum Anstieg der dokumentierten Hilfesuchenden und Betreuungen erneut fort (2006: 1.478 Betreuungen für 1.271 Personen). Insgesamt beteiligten sich im aktuellen Berichtsjahr 33 Einrichtungen an der Betreuung der Cannabisklientel (2006:34, 2005:33). Kamen im Jahr 2003 im Durchschnitt auf jede beteiligte Einrichtung 15,5 erfasste Cannabispatient(inn)en, so sind dies 2005 29,2, und 2007 bereits 38,5 Hilfesuchende.

Die Gruppe der Cannabiskonsument(inn)en besteht zu über vier Fünftel (82 %) aus Männern. Im Folgenden werden - wie schon in den Vorjahren - die Hamburger Cannabisklient(inn)en nicht nur nach Geschlecht, sondern auch danach unterschieden, ob sich ihr problematischer Substanzenkonsum neben Cannabis zusätzlich auch auf Alkohol erstreckt. Letztere Gruppe weist nämlich einige Besonderheiten auf, und zwar sowohl im Vergleich mit der Gruppe der reinen Cannabisklient(inn)en als auch mit der Gruppe der reinen Alkohol klient(inn)en.

5.1. Betreuungen

Der größte Teil der 1.763 Betreuungen kommt aufgrund der Eigeninitiative der Klient(inn)en zustande: 19 % der Cannabiskonsument(inn)en finden ohne Vermittlung den Weg in eine Einrichtung des Hamburger ambulanten Suchthilfesystems. Frauen (24 %) tun dies häufiger als Männer (18 %); letztere wiederum werden oft auch von der Justiz vermittelt (16 %) - im Gegensatz zu weiblichen Klienten (2 %), für die dagegen häufiger eine psychiatrische oder sonstige medizinische Versorgung den Anlass darstellt, sich auch suchtspezifisch betreuen zu lassen (14 % im Vergleich zu 7 % bei männlichen Cannabisklienten). Die Hilfesuchenden, die nicht nur in Bezug auf Cannabis, sondern auch auf Alkohol ein problematisches Konsumverhalten aufweisen, kommen etwas öfter aus eigenem Antrieb zu einer Betreuung (22 %) als die reinen Cannabisklient(inn)en (17 %). Erstere werden auch häufiger als letztere über die Justiz (18 % gegenüber 11 %) oder eine andere Suchthilfeeinrichtung (15 % gegenüber 8 %) vermittelt. Die Betreuungen der Personen, die nur wegen ihres Cannabiskonsums Leistungen der Suchthilfe in Anspruch nehmen, werden hingegen etwas öfter durch Menschen aus dem sozialen Umfeld (Familie, Freunde, Partner) einerseits und durch Arbeitgeber oder durch die Schule oder eine sonstige öffentliche Einrichtung andererseits angebahnt als bei Cannabisklient(inn)en mit zusätzlichem Alkoholproblem. Die zuletzt genannten Institutionen im Kontext von Arbeit und Ausbildung spielen jedoch generell für alle Cannabiskonsument(inn)en genauso eine bedeutsame Rolle bei der Kontaktvermittlung (15 %) wie die Personen aus dem lebensweltlichen Nahbereich (13 %). Im Zeitvergleich zu den beiden Vorjahren verlieren Familie, Freunde und Partner gegenüber den beruflichen bzw. erzieherischen Einrichtungen etwas an Einfluss als vermittelnde Instanzen für eine Betreuung im Hamburger ambulanten Suchthilfesystem.

Abbildung 5.1:
Kontaktempfehlung der Betreuungen in 2007 nach Geschlecht



Ein nicht unbeträchtlicher Teil der männlichen Cannabisklientel (17 %) kommt mit Auflagen der Justiz zu einer Betreuung. Dieses Phänomen ist dagegen bei weiblichen Klienten nahezu bedeutungslos (2%), die um einiges öfter als Männer (85 % gegenüber 65 %) ihre Betreuung ohne Auflagen starten. Cannabisklient(inn)en, die auch auf eine problematische Art und Weise Alkohol konsumieren, sind häufiger mit einer Betreuungsaufgabe durch die Justiz konfrontiert (17 %) als reine Cannabiskonsument(inn)en (11 %); diese kommen hingegen etwas öfter als jene (7 % gegenüber 4 %) im Zusammenhang mit einer medizinisch-psychologischen Untersuchung in Kontakt mit einer Suchthilfeeinrichtung. Für 5 % aller Klient(inn)en wird das Arbeitsamt als Auflagen erteilende Instanz tätig; hier gibt es keine großen Unterschiede zwischen den Gruppen und Geschlechtern.

An den (im Vergleich mit den Suchthilfestatistiken der Vorjahre für Berlin und Westdeutschland) relativ kurzen Betreuungsepisoden der Hamburger Cannabisklientel hat sich seit letztem Jahr nichts geändert: die durchschnittliche Dauer einer Betreuung liegt 2007 erneut bei 93 Tagen (± 143 Tage). Da im Jahr 2005 im Mittel noch 128 Tage (± 232 Tage) dokumentiert wurden, stellt sich die Frage nach den Ursachen und Einschätzungen dieser deutlichen Verkürzung der mittleren Betreuungszeit. Männer (90 Tage, ± 139) und reine Cannabiskonsument(inn)en (79 Tage, ± 123) bleiben im Durchschnitt kürzer in Behandlung als Frauen (106 Tage, ± 164) und Klient(inn)en mit der in diesem Kapitel in den Blick genommenen doppelten Substanzproblematik (110 Tage, ± 164). Der hier deutlich zutage tretende Geschlechterunterschied konnte in den beiden Vorjahren nicht beobachtet werden.

Wer eine Betreuung wegen eines Cannabisproblems in Anspruch nimmt, beendet diese zu 56 % entweder regulär oder durch Weitervermittlung in eine andere Einrichtung - egal ob Mann oder Frau: bei der Art der Betreuungsbeendigung zeigen sich nach wie vor kaum geschlechtsspezifische Differenzen. Bedeutsame Unterschiede, die sich im Vergleich zu den letzten beiden Jahren noch verschärft haben, lassen sich hier allerdings zwischen den Konsumentengruppen ausmachen: während fast jede(r) zweite reine Cannabisklient(in) die Betreuung regulär beendet (47 %), trifft dies nur auf 29 % der Hilfesuchenden mit Cannabis- und Alkoholdiagnose zu. Zählt man zu den regulären Beendigungen die Weitervermittlungen in andere Einrichtungen hinzu, so beträgt deren Gesamtanteil in ersterer Gruppe 60 %, in letzterer dagegen nur 51 %. Klient(inn)en, die sowohl Cannabis als auch Alkohol konsumieren, beenden ihre Betreuung häufiger durch Kontaktverlust über zwei Monate (38 %) als die Personen, die nur ein Cannabisproblem aufweisen (31 %).

Männliche Cannabiskonsumenten, die ihre Betreuung regulär beenden, tun dies im Durchschnitt nach weniger als drei Monaten (84 Tage, ± 137) - um einen Monat kürzer als die Klienten, deren Betreuung durch Weitervermittlung in eine andere Einrichtung des Hamburger ambulanten Suchthilfesystems endet (114 Tage, ± 190). Bei den weiblichen Konsumentinnen ist es umgekehrt: hier dauern die Betreuungen, die regulär beendet werden, im Mittel um einen Monat länger (122 Tage, ± 192) als jene, an deren Ende eine Weitervermittlung steht (87 Tage, ± 119).

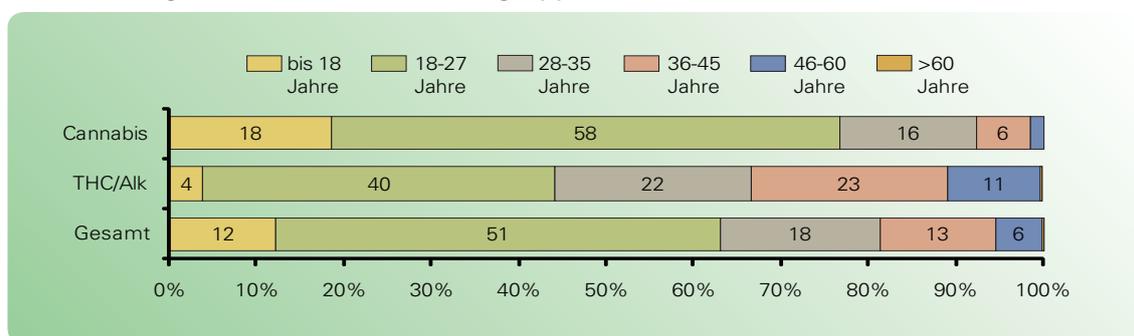
Zusammenfassung : Betreuungen

Die durchschnittliche Dauer der 1.763 Betreuungen, die im Jahr 2007 wegen eines Cannabisproblems von den Einrichtungen des Hamburger ambulanten Suchthilfesystems erbracht wurden, beträgt 93 Tage. Dies entspricht exakt dem Mittelwert des Vorjahres. Frauen und reine Cannabispatienten bleiben im Durchschnitt etwas länger in Behandlung als Männer und Hilfesuchende, die Alkohol und Cannabis gleichermaßen problematisch gebrauchen. Die meisten Klient(inn)en kommen aus eigenem Antrieb zur Suchthilfe (19 %). Wichtig bei der Kontaktvermittlung sind aber auch Arbeitgeber, Schule, Ausbildungsbetrieb bzw. sonstige öffentliche Institutionen (15 %) und Familie, Freunde oder Partner (13 %). Die Rolle letzterer Bezugspersonen hat im Vergleich mit den beiden Vorjahren zugunsten der zuerst genannten Instanzen abgenommen. Für Männer spielt ferner die Justiz als vermittelnde Institution eine große Rolle (16 %), was in der Regel nicht ganz freiwillig – nämlich im Zusammenhang mit einer Auflage – geschieht. Von mehr als der Hälfte aller Klient(inn)en (56 %) wird die Behandlung regulär oder durch Weitervermittlung in einer andere Einrichtung beendet.

5.2. Personen

Die im Jahr 2007 in der BADO erfassten 1.536 Hamburger Cannabisklient(inn)en sind bei Betreuungsbeginn im Durchschnitt 26 (\pm 9) Jahre alt und damit jünger als die 879 Personen, die zwei Jahre zuvor (2005: 28 Jahre) erfasst wurden. Einen bedeutsamen Unterschied gibt es hier zwischen den Konsumentengruppen: der Altersmittelwert der reinen Cannabisklientel liegt mit 23 (\pm 7) Jahren deutlich unter dem der Klient(inn)en mit Cannabis- und Alkoholproblematik, von denen weit über die Hälfte (56 %) älter als 27 Jahre ist. Bei den Hilfesuchenden, die nur wegen ihres Cannabiskonsums betreut werden, überschreiten diese Altersschwelle nur 23 %.

Abbildung 5.2:
Alter in Kategorien nach Konsumentengruppen in 2007



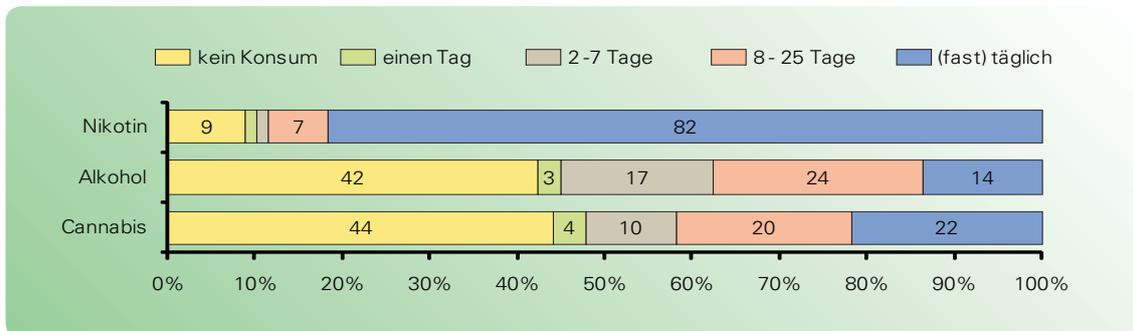
Nach wie vor besitzen die meisten Hamburger Cannabisklient(inn)en die deutsche Staatsbürgerschaft (87 %). Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund - das sind Menschen, die entweder als Kinder von Migranten geboren worden oder selbst migriert sind - ist gegenüber den beiden Vorjahren leicht angestiegen (26 % gegenüber 22 % in den Jahren 2006 und 2005). Innerhalb der Klient(inn)en, die ausschließlich Cannabis konsumieren, finden sich häufig Personen, bei denen schon die Eltern nach Deutschland zugewandert sind (17 %). In der Gruppe derer, die zusätzlich auf eine prekäre Art und Weise Alkohol zu sich nehmen, ist dies deutlich seltener der Fall (10 %).

5.3. Konsum

An den schon in den beiden Vorjahren dokumentierten - im Vergleich mit der westdeutschen Suchthilfestatistik - relativ unproblematischen aktuellen Konsumgewohnheiten der Hamburger Cannabisklient(inn)en hat sich erfreulicherweise nur wenig geändert: erneut geben mehr als vier von zehn Konsument(inn)en (44 %) zum letzten Erhebungszeitpunkt an, abstinent zu leben. Der Anteil derer, die täglich konsumieren, liegt mit 22 % allerdings geringfügig über den Werten für 2006 und 2005 (jeweils 19 %).

Stabil geblieben ist das Konsummuster für Alkohol: 14 % trinken täglich; 42 % trinken überhaupt keinen Alkohol. Nach wie vor spielt Nikotin eine bedeutende Rolle: 82 % aller Cannabisklient(inn)en rauchen täglich.

Abbildung 5.4:
Konsumhäufigkeit von Cannabis, Alkohol und Nikotin innerhalb der letzten 30 Tage (Aktuell) der Klient(inn)en in 2007



Die ersten Erfahrungen mit Cannabis haben sowohl die männlichen als auch die weiblichen Klienten im Durchschnitt (± 3) als 16jährige Teenager gemacht, wobei die reinen Cannabiskonsument(inn)en noch etwas jünger waren (Mittelwert: 15 Jahre, ± 3). Problematische Konsumgewohnheiten beginnen dann nach Angaben der Klient(inn)en in der Regel zwei Jahre später (bei Frauen drei Jahre später).

5.4. Biografischer Hintergrund

Als ein entscheidender Faktor für die Ursachen und Bedingungen, die zur Ausbildung eines problematischen Substanzenkonsums führen, wird in der Regel die Biografie der Betroffenen angesehen. Dabei werden insbesondere traumatische Lebensereignisse und Mangelereferenzen genannt. So sollen in diesem Abschnitt Suchtprobleme der Eltern, Heimaufenthalte sowie körperliche und sexuelle Gewalterferenzen in den Blick genommen werden. Insgesamt zeigen sich hier sowohl zwischen den Geschlechtern als auch zwischen den Konsumentengruppen beeindruckende und bedeutsame Unterschiede. Klient(inn)en mit problematischem Cannabis- und Alkoholkonsum berichten im Vergleich mit reinen Cannabisklient(inn)en viel öfter, dass mindestens ein Elternteil ein eigenes Suchtproblem aufweist oder aufgewiesen hat (54 % gegenüber 32 %). Die zweifach suchtblastete Gruppe ist in hohem Ausmaß von Gewalterferenzen betroffen: 63 % berichten von körperlichen, 15 % von sexuellen gewalttätigen Übergriffen. 55 % haben laut ihren eigenen Angaben zudem schon selbst schwere körperliche Gewalt ausgeübt. Bei der reinen Cannabisklientel fallen diese Zahlen viel geringer aus (körperliche Gewalterferenzen: 38 %, sexuelle Gewalterferenzen: 8 %, Gewaltausübung: 26 %). Etwas häufiger geben die Klient(inn)en mit Doppelproblematik denn auch an, im Heim gelebt zu haben (24 %; reine Cannabisklientel: 18 %).

Frauen sind sehr viel öfter traumatischen Lebensumständen ausgesetzt als Männer: 56 % berichten von körperlichen Gewalterferenzen (Männer: 50 %); vier von zehn Frauen (41 %) geben an, mit gewaltvollen sexuellen Übergriffen konfrontiert gewesen zu sein (Männer: 5 %). Dennoch sagen Frauen viel seltener aus, selbst körperliche Gewalt anzuwenden (22 %; Männer: 45 %). Abgesehen davon, dass weibliche Klienten häufiger Opfer von Gewalt werden, müssen sie auch noch öfter als Männer mit mangelhaft funktionierenden Familienstrukturen klarkommen: für 51 % ist dokumentiert, dass mindestens ein Elternteil suchtkrank ist oder war (Männer: 41 %). Für fast jede dritte Klientin (29 %) musste eine Einrichtung der öffentlichen Erziehung anstelle der Familie tätig werden (Männer: 19 %).

Zu den lebensgeschichtlichen Umständen eines problematischen Konsumverhaltens lässt sich somit abschließend festhalten, dass die Cannabisklient(inn)en mit zusätzlicher Alkoholproblematik einerseits und die weiblichen Cannabiskonsumenten andererseits als außerordentlich belastet angesehen werden müssen. Diese beiden Einflussfaktoren wirken darüber hinaus dergestalt kumulativ zusammen, dass weibliche Cannabisklienten mit zusätzlicher Alkoholproblematik ganz besonders häufig massive biografisch bedingte Beeinträchtigungen aufweisen.

5.5. Soziale Situation

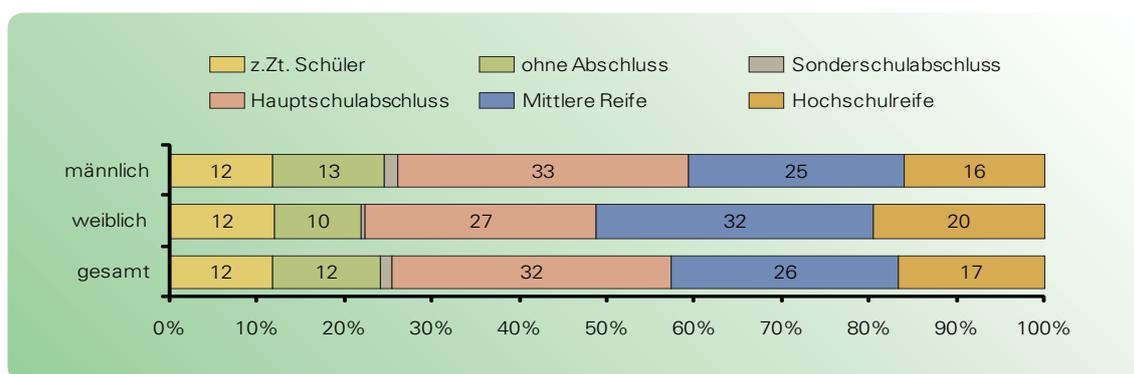
In diesem Abschnitt wird anhand einiger Indikatoren, die Partnerschaft, Wohnen, Bildung und Arbeit betreffen, die soziale Situation der Cannabisklientel näher beleuchtet. Der Großteil der Betreuten ist ledig (87 %), was aufgrund des jungen Durchschnittsalters kaum verwundert. Der Anteil der Ledigen ist gegenüber den Vorjahren leicht angestiegen (2006: 85 %; 2005: 83 %), was mit der insgesamt geringfügig jünger gewordenen erfassten Klientel zu tun haben dürfte. Der Anteil der Ledigen unter den etwas älteren Klient(inn)en mit Alkoholproblem fällt mit 82 % (reine Cannabisklientel: 91 %) erwartungsgemäß geringer aus; sie sind ungefähr genauso häufig verheiratet (8 %) wie geschieden (7 %).

38 % aller Cannabiskonsument(inn)en geben an, in einer festen Beziehung zu leben, 16 % leben überdies mit dem Partner zusammen. Zwei Drittel der weiblichen Betreuten, die in einer Beziehung leben, haben nach eigenen Angaben einen Partner mit Suchtproblem. Bei den männlichen Klienten trifft dies nur auf 19 % zu - ein bemerkenswerter geschlechtsspezifischer Unterschied. Etwas mehr als ein Drittel aller Cannabiskonsument(inn)en lebt alleine (34 %), etwas weniger als ein Drittel lebt mit den Eltern zusammen. Männer leben öfter (noch) bei den Eltern (33 %; Frauen: 22 %); nicht wenige Frauen leben hingegen alleine mit Kindern (9 %), während diese Art der Lebenssituation bei Männern praktisch nicht vorkommt (0,2 %).

Sieben von zehn weiblichen und fünf von zehn männlichen Konsument(inn)en leben in einer eigenen Wohnung. Wie bereits oben im Rahmen des Zusammenlebens mit Eltern angedeutet, spielt für Männer das Wohnen bei Angehörigen eine größere Rolle (30 %) als für Frauen (19 %). Während immerhin jeder zehnte männliche Konsument in einer Justizvollzugsanstalt untergebracht ist, findet sich bei den Frauen kein einziger diesbezüglicher Fall. Sieht man von den Klienten in Haft einmal ab, so liegt der Anteil der Hilfesuchenden mit prekärer Wohnsituation (vorübergehend bei Freunden, betreutes Wohnen, Klinik, Hotel/Pension/Unterkunft, auf der Straße/auf Trebe) für beide Geschlechter bei 9 %. Insgesamt betrachtet stellt sich die Wohnsituation für Frauen indes freilich günstiger dar als für Männer.

Etwas besser ist es auch um den Bildungsstand der Frauen bestellt: 50 % haben die mittlere Reife oder einen höheren Abschluss vorzuweisen, während dies nur 41 % der Männer können. Diese verlassen die Schule dafür öfter bereits nach dem Hauptschulabschluss (33 %; Frauen: 27 %) oder ohne jeden Bildungsabschluss (13 %; Frauen: 10 %). Mehr als ein Zehntel aller Cannabisklient(inn)en (12 %) geht noch zur Schule. Damit ist der Anteil der Schüler gegenüber den beiden Vorjahren deutlich erkennbar angestiegen (2005: 5 %; 2006: 10 %) - auch dies ist ein Hinweis auf die bereits angesprochene Verjüngung der erfassten Klientel.

Abbildung 5.3:
Höchster Schulabschluss (Aktuell) nach Geschlecht



Mit der besseren Bildungsqualifikation der Frauen korrespondiert keine entsprechend günstigere Arbeitssituation: sie sind sogar häufiger arbeitslos (39 %) als die Männer (35 %). Der Anteil der Klient(inn)en mit einem Vollzeitjob liegt jedoch mit 19 % für beide Geschlechter gleich hoch; Frauen haben noch etwas öfter Teilzeitjobs (6 %; Männer: 2 %). Mit einem Anteil von 27 % ist eine große Gruppe der Cannabiskonsument(inn)en - egal ob männlich oder weiblich - als Schüler, Studierende oder Auszubildende noch nicht direkt mit den Härten des Arbeitsmarktes konfrontiert. Gerade die Zeit der Ausbildung muss indessen

im Hinblick auf biografische Weichenstellungen und spätere Berufschancen als eine außerordentlich kritische Phase betrachtet werden. Hier stützend einzugreifen stellt gleichermaßen Chance wie Herausforderung für die Einrichtungen der Suchthilfe dar.

Mehr als die Hälfte des gesamten Cannabisklientels (51 %) hat Schulden; auf männliche Betreute trifft dies häufiger zu (56 %) als auf weibliche (39 %). Bei 13 % liegt die Höhe der Schulden über 5.000 Euro, was angesichts der oben dargelegten nicht eben günstigen Ausbildungs- und Arbeitssituation vieler Klient(inn)en eine beträchtliche Hypothek für das Führen eines selbst bestimmten Lebens darstellt. In den letzten beiden Jahren lässt sich hinsichtlich der finanziellen Situation der Cannabiskonsument(inn)en eine beunruhigende Entwicklung beobachten: Der Anteil der verschuldeten Betreuten nimmt insgesamt zu. Dieser Anstieg geht nahezu ausschließlich auf das Konto der Männer: So lag der Anteil der Klient(inn)en mit Schulden 2005 noch für Männer und Frauen einheitlich bei 39 %.

5.6. Justizielle Probleme

Knapp vier von zehn Cannabisklient(inn)en geben an, aktuell Probleme mit der Justiz zu haben. Dies betrifft sehr viel öfter Männer (44 %) und Cannabiskonsument(inn)en mit zusätzlicher Alkoholdiagnose (43 %) als Frauen (11 %) und reine Cannabiskonsument(inn)en (36 %). Für 12 % aller Männer, bei denen Angaben zu justiziellen Probleme vorliegen, ist aktuell eine U-Haft oder Strafhaft dokumentiert; bei den Betreuten mit einem doppelten Substanzproblem trifft dies auf 6,6 % zu. Bei den weiblichen Klienten findet sich hingegen kein einziger Fall von Haft; bei den Hilfesuchenden, die nur wegen Cannabis betreut werden, befinden sich 13 % in Untersuchungs- oder Strafhaft. Der Anteil der beiden Haftarten hält sich für alle erwähnten Kategorien ziemlich genau die Waage. Männliche Klienten sind schließlich relativ oft mit laufenden Gerichtsverfahren (8 %) oder Bewährungsaufgaben bzw. Weisungen konfrontiert (10 %). Ähnliches gilt für Doppelkonsumenten (offene Verfahren: 9 %; Auflagen/Weisungen: 12 %). Die entsprechenden Werte für reine Cannabiskonsumenten und Frauen fallen deutlich geringer bzw. fast vernachlässigbar aus.

5.7. Gesundheitliche Situation

In diesem Abschnitt wird auf die körperliche und seelische Gesundheit sowie auf die Behandlungsvorerfahrungen der Cannabisklient(inn)en eingegangen. Von diesen sind insgesamt 9 % nach Beurteilung der betreuenden Personen der Suchthilfeeinrichtungen erheblich bis extrem körperlich beeinträchtigt. Eine derart massive Beeinträchtigung der physischen Gesundheit betrifft Cannabisklient(inn)en mit einer gleichzeitigen Alkoholproblematik fast doppelt so häufig wie reine Cannabiskonsument(inn)en (13 % gegenüber 7 %). Etwas besser stellt sich der körperliche Gesundheitszustand der Männer dar: 72 % werden als wenig bis gar nicht beeinträchtigt beschrieben; der entsprechende Wert für die Frauen beträgt nur 61 %. Schlafstörungen sind unter den Cannabisklient(inn)en generell weit verbreitet (44 %), auch wenn deren Anteil gegenüber den beiden Vorjahren leicht zurückgegangen ist (2006: 47 %; 2005: 49 %). Frauen berichten hiervon häufiger als Männer (58 % gegenüber 40 %), Cannabisbenutzer(innen) mit Alkoholdiagnose häufiger als pure Cannabiskonsument(inn)en (48 % gegenüber 39 %). Zwischen den beiden letzten Gruppen finden sich erwartungsgemäß Unterschiede, was typische alkoholbedingte Krankheiten betrifft: bei 9 % der Alkohol problematisch konsumierenden Cannabisklient(inn)en sind Schädigungen des Nervensystems dokumentiert (reine Cannabisklientel: 3 %), bei 14 % Leberschäden (reine Cannabisklientel: 1 %), bei 13 % Herz-Kreislaufbeschwerden (reine Cannabisklientel: 6 %) und bei 6 % Delir (reine Cannabisklientel: 0 %).

Nach Einschätzung der Suchtbetreuer(innen) sind 31 % aller Cannabisklient(inn)en erheblich bis extrem seelisch belastet - das sind 3 % mehr als noch im Vorjahr. Frauen haben darunter weitaus häufiger zu leiden als Männer (46 % gegenüber 28 %). Der Geschlechterunterschied zeigt sich - auf etwas niedrigerem Niveau - denn auch bei den Anteilen derer, die erheblich oder extrem von konkret bezeichneten psychischen Krankheiten betroffen sind. Dies gilt beispielsweise für Ängste und Phobien (Frauen: 25 %; Männer: 12 %) oder depressive Stimmungen (Frauen: 26 %; Männer: 15 %). Zwischen den Konsumgruppen (Cannabis und Cannabis/Alkohol) zeigen sich hingegen kaum Unterschiede, was die seelische Gesundheit betrifft.

Welche therapeutischen Vorerfahrungen besitzen die Cannabisklient(inn)en? Etwa jede(r) Dritte hat schon einmal einen stationären Entzug durchgemacht; nur jede(r) Zehnte einen ambulanten Entzug. Nach wie vor relativ selten wird auch über stationäre und ambulante Rehabilitationen berichtet (18 % bzw. 6 %), wobei sich der Anteil ersterer gegenüber dem Vorjahr (10 %) erhöht hat. Nicht gerade typisch ist auch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen (11 %). Bei den zuvor gemachten Erfahrungen mit der Suchtbehandlung gibt es kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Mehr suchttherapeutische Vorerfahrungen weisen jedoch die Cannabiskonsument(inn)en auf, die auch auf eine problematische Art und Weise Alkohol zu sich nehmen. Dies kann die stärkere Vorbelastung dieser Gruppe genauso widerspiegeln wie deren höheres Durchschnittsalter: wer schon eine längere Suchtkarriere mit zwei Substanzen hinter sich hat, nimmt begrifflicherweise eher einer größere Anzahl von Behandlungen in Anspruch.

Zusammenfassung: Beschreibung der betreuten Personen

Im Jahr 2007 wurden 1.536 Personen wegen eines Cannabisproblems von insgesamt 33 Einrichtungen des Hamburger ambulanten Suchthilfesystems betreut. Mit einem kräftigen Anstieg der Klient(inn)en korrespondiert dabei ein leichter Rückgang der Betreuungseinrichtungen. Die Zahl der betreuten Personen pro Einrichtung ist damit deutlich angestiegen. Im Vergleich zu den beiden Vorjahren hat sich die Klientel erneut leicht verjüngt: das durchschnittliche Alter zum letzten Erhebungszeitpunkt betrug 26,8 ($\pm 9,5$) Jahre (2006: 27,4; 2005: 29,2); das Alter beim Erstkonsum betrug 15,5 ($\pm 3,1$) Jahre (2006: 15,7 Jahre; 2005: 16,5 Jahre). Auch das Alter beim Störungsbeginn (17,8 Jahre, $\pm 4,6$) ist erneut gesunken (2006: 18,4 Jahre; 2005: 19,6 Jahre). Der gestiegene Anteil der Schüler sowie der ledigen Personen deutet ebenfalls auf eine Verjüngung der dokumentierten Klient(inn)en hin. Der Anteil der Cannabiskonsument(inn)en, die berichten, Schulden zu haben, hat sich deutlich erhöht. Relativ wenig verändert haben sich im Vergleich zum Vorjahr die Konsummuster und die Anteile der Klient(inn)en mit justiziellen Problemen. Bei der gesundheitlichen Situation ist der Rückgang der Schlafprobleme bemerkenswert; der psychische Gesundheitszustand hat sich nach globaler Einschätzung gegenüber dem Vorjahr hingegen leicht verschlechtert. Nach wie vor sind Frauen sowie Klient(inn)en mit Cannabis- und Alkoholproblemen stärker von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen. Menschen, die diesen beiden Kategorien angehören, sind auch besonders stark biografisch vorbelastet, was traumatische Lebensereignisse (körperliche und seelische Gewalterfahrungen) sowie dysfunktionale familiäre Strukturen (Heimaufenthalte, Eltern mit Suchtproblematik) betrifft.

5.8. Verlaufsdokumentation

Die VERLAUDO-Stichprobe besteht aus 518 Klient(inn)en mit einer cannabisbezogenen Störung. Vier Fünftel sind männlich (81 %), ein Fünftel ist weiblich (19 %). Das aktuelle Durchschnittsalter beträgt 27,3 ($\pm 9,5$) Jahre, wobei die Frauen mit 28,1 ($\pm 9,8$) Jahren im Mittel ein Jahr älter sind als die Männer (27,1 ($\pm 9,4$) Jahre). Die Cannabisklient(inn)en wurden im Durchschnitt 155 (± 157) Tage, also über 5 Monate betreut. Mit 187 (± 193) Tagen ist die mittlere Betreuungsdauer der Frauen deutlich (um eineinhalb Monate) länger als die der Männer mit 147 (± 147) Tagen. Bei der aktuellen Betreuungsart handelt es sich grundsätzlich um Beratung bzw. Betreuung (96 %), 5 % befinden sich in der ambulanten Rehabilitation. Zwei Drittel der Cannabisklient(inn)en (68 %) – 64 % der Männer und 86 % der Frauen – beginnen die Behandlung ohne institutionelle Anordnung. 8 % haben justizielle Auflagen (Männer: 9 %, Frauen: 2 %), weitere 8 % werden vom Arbeitsamt „überwiesen“ (Männer: 8 %, Frauen: 5 %). Fast ein Zehntel der VERLAUDO-Klientel folgt den Auflagen aus der medizinisch-psychologischen Untersuchung zur Fahreignungsprüfung MPU (9 %, Männer: 10 %, Frauen: 1 %). 39 % beendeten die aktuelle Betreuung regulär, weitere 15 % wurden in andere Behandlungen oder Versorgungsbereiche vermittelt. Mit 65 % hatte die Mehrheit der Cannabisklient(inn)en keine Vorbehandlungen innerhalb der letzten zwei Monate vor der aktuellen Betreuungsphase. Wenn es doch dazu kam, handelte es sich am häufigsten um ambulante Beratung (in anderen Einrichtungen) (11 %) oder Entzugsbehandlungen (10 %). 36 % der VERLAUDO-Klient(inn)en hatten in ihrem Leben bisher gar keinen Kontakt zur Suchthilfe. 29 % waren bereits in stationärer Entzugsbehandlung, 15 % begaben sich schon einmal in stationäre Entwöhnungstherapie. 12 % der Cannabisklient(inn)en nahmen jemals an Selbsthilfegruppen teil.

Auch bei der Cannabis-Klientel lassen sich im Verlauf der ambulanten Betreuung deutlich positive Veränderungen feststellen. Es ergibt sich eine Reduktion der Frequenz des Cannabiskonsums (innerhalb der letzten 30 Tage) von durchschnittlich 13,2 ($\pm 13,1$) auf 8,1 ($\pm 11,4$) Tage (t-Test: $t=8,6$; $p<0,001$). Dieser Rückgang vollzieht sich bei den Frauen in stärkerem Ausmaß, da insbesondere ihr Ausgangswert mit durchschnittlich 16,9 ($\pm 13,3$) Konsumtagen deutlich über dem der Männer mit 12,3 ($\pm 8,0$) Tagen liegt (Interaktion von Geschlecht mit Zeiteffekt: Pillai-Spur=0,016; $p<0,05$). Der Anteil an Klient(inn)en ohne Cannabiskonsum erhöht sich von 38 % auf 54 %. Dem gegenüber nimmt der Anteil regelmäßig (mind. 2mal pro Woche) Cannabis Konsumierender deutlich von 55 % auf 36 % ab (Wilcoxon-Test: $Z=-7,5$; $p<0,001$). Darüber hinaus verringert sich der Anteil an Klient(inn)en, die regelmäßig (mind. 2mal pro Woche) Alkohol konsumieren, im Betreuungsverlauf deutlich von 50 % auf 30 %. Gleichzeitig steigt die Anzahl an Alkohol-Abstinenter von 29 % auf 44 % (Wilcoxon-Test: $Z=-5,3$; $p<0,001$). Im Durchschnitt lässt sich eine signifikante Reduktion der Trinktage von 11,5 ($\pm 11,5$) auf 6,6 ($\pm 9,6$) innerhalb des letzten Monats beobachten (t-Test: $t=6,6$ $p<0,001$), wobei es keinen relevanten Unterschied zwischen den Geschlechtern gibt (Interaktion von Geschlecht mit Zeiteffekt: Pillai-Spur=0,001; $p=0,727$). Auch die Trinkmenge – unter den Klient(inn)en, die bei Betreuungsbeginn und -ende weiterhin Alkohol trinken ($N=46$) – nimmt ab. Am Anfang trinken die Cannabisklient(inn)en im Durchschnitt 143 (± 105) Gramm reinen Alkohol am Tag; zu Betreuungsende sind es noch 113 (± 105) Gramm (t-Test: $t=3,2$; $p<0,01$).

Der körperliche Gesundheitszustand verbessert sich im Betreuungsverlauf nur geringfügig, was u. a. (ähnlich wie bei der Kokain-Klientel) mit der relativ positiven Ausgangssituation zu tun hat. Sind es zu Betreuungsbeginn noch 10 %, die unter „erheblichen“ oder „extremen“ körperlichen Beeinträchtigungen leiden, so geht dieser Anteil leicht auf 7 % zurück (Binomial-Test: $p<0,01$). Die psychischen Belastungen nehmen im Betreuungsverlauf deutlicher ab. Zu Beginn sind 40 % der Cannabis-Klientel in „erheblichem“ bzw. „extremem“ Ausmaß von psychischen Belastungen betroffen. Zum Betreuungsende verringert sich dieser Anteil auf 23 % (McNemar-Test: $\chi^2=49,8$; $p<0,001$). Die Betroffenheit durch Angstsymptome reduziert sich ebenfalls deutlich; erhebliche bzw. extreme Symptome gehen von 17 % auf 7 % zurück (McNemar-Test: $\chi^2=25,0$; $p<0,001$). Auch die depressive Symptomatik nimmt im Betreuungsverlauf stark ab. Hier halbiert sich der Anteil an Klient(inn)en mit erheblichen bzw. extremen Beeinträchtigungen von 25 % auf 13 % (McNemar-Test: $\chi^2=30,6$; $p<0,001$). Die Verbesserungen bei psychischen Belastungen und Symptomen vollziehen sich bei beiden Geschlechtern in etwa gleichem Maße. Die Frauen sind allerdings in allen Bereichen zu Betreuungsbeginn und -ende insgesamt stärker von psychischen Problemen betroffen.

6. Literaturverzeichnis

- British Medical Association (1995): *Alcohol: Guidelines on sensible drinking*. London: BMA.
- Bundeskriminalamt (2001): *Rauschgiftjahresbericht 2000 Bundesrepublik Deutschland*, Wiesbaden.
- Bundeskriminalamt (2008): *Rauschgiftkriminalität: Bundeslagebild 2007- Tabellenanhang*, Wiesbaden.
- Hartung S., Janik F. (2006): *Frauen in der betrieblichen Berufsausbildung: Seltener am Start, genauso oft am Ziel*. (IAB-Kurzbericht, 15/2006), Nürnberg.
- Kraus L., Augustin R. & Orth B. (2005): *Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg: Epidemiologischer Suchtsurvey 2003*, IFT-Berichte Band 146, Institut für Therapieforschung, München.
- Martens M.-S., Buth S., Neumann E., Kloss M. & Oechsler H. (2006): *Statusbericht 2005 der Hamburger Basisdatendokumentation. Auswertungsleistungen und Bericht zur Hamburger Basisdatendokumentation 2005*. BADO e.V. (Hrsg.) Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Hamburg: BADO e.V.
- Raschke P. (1994): *Substitutionstherapie – Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen*. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Rehm J., Frick U., Hartwig C., Gutzwiller F., Gschwend P. & Uchtenhagen A. (2005): *Mortality in heroin-assisted treatment in Switzerland 1994-2000*. Drug and Alcohol Dependence 79: 137-143.
- Sonntag D., Bauer C. & Hellwich A.K. (2007): *Deutsche Suchthilfestatistik 2006 für ambulante Einrichtungen*. Sucht 53 (Sonderheft): S7-S41.
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2008): *Die Bevölkerung auf einen Blick Hamburg und Schleswig-Holstein*, Quelle: http://www.statistik-nord.de/fileadmin/download/faltblaetter/Bevoelkerung_2007_09.pdf
- Statistisches Bundesamt (2008a): *Die Bundesländer. Strukturen und Entwicklungen* (Ausgabe 2008), Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008b): *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2006*, Wiesbaden.
- Verthein U., Degkwitz P. & Haasen C. (2008): *Die Wirksamkeit der Diamorpinbehandlung im Vergleich zur Methadonsubstitution – Ergebnisse der 1. und 2. Studienphase*. In: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. Band 1. Baden-Baden: Nomos.

7. Tabellenanhang¹

		unbekannt	Alkohol	Cannabis	Opiate	Kokain	Angehörige
Geschlecht unbekannt	Personen	28	9	12	14	2	11
	Betreuungen	28	9	12	14	2	11
männlich	Personen	206	2586	1251	3526	829	365
	Betreuungen	207	3023	1440	5001	1046	385
weiblich	Personen	140	1310	273	1269	162	934
	Betreuungen	142	1521	311	1699	187	969
Gesamt	Personen	374	3905	1536	4809	993	1310
	Betreuungen	377	4553	1763	6714	1235	1365
Überlappung der Klientel aus 2007 mit den Vorjahren	2007	374	3.905	1.536	4.809	993	1.310
	2006	16	1.489	407	3.081	394	177
	2005	1	628	120	2.144	182	44
	2004	0	240	40	1.383	88	21
	2003	0	128	20	996	42	15
	2002	0	62	8	756	19	9
	2001	0	32	4	590	10	6
	2000	0	17	1	444	4	3
	1999	0	3	1	311	1	0
	1998	0	0	0	123	0	0
1997	0	0	0	94	0	0	
Überlappung der Klientel aus 2007 mit den Vorjahren	in der BADO	6,7%	49,7%	33,8%	82,0%	53,2%	18,9%
	nicht in der BADO	93,3%	50,3%	66,2%	18,0%	46,8%	81,1%
	Gesamt N	374	3.905	1.536	4.809	993	1.310
Mehrfachbetreuungen	in einer Einrichtung	99,7%	93,4%	92,9%	78,5%	86,5%	98,1%
	in zwei Einrichtungen	0,3%	6,1%	6,6%	16,6%	12,8%	1,6%
	in drei Einrichtungen	0,0%	0,5%	0,5%	3,8%	0,6%	0,3%
	> drei Einrichtungen	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,1%	0,0%
	Gesamt N	374	3.905	1.536	4.809	993	1.310

		männlich		weiblich		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Hauptdrogen/ Hauptprobleme der Betreu- ten in 2007 (Mehrfachantwort)	Alkohol	5.799	66,7%	2.197	66,4%	8.013	66,6%
	Cannabis	3.972	45,7%	995	30,1%	4.983	41,4%
	Opiate	3.526	40,6%	1.269	38,3%	4.809	39,9%
	Kokain	2.923	33,6%	803	24,3%	3.732	31,0%
	Crack	1.661	19,1%	660	19,9%	2.323	19,3%
	Halluzinogene	510	5,9%	100	3,0%	610	5,1%
	Amphetamine	694	8,0%	196	5,9%	890	7,4%
	Sedativa	1.353	15,6%	702	21,2%	2.058	17,1%
	Essstörung	134	1,5%	457	13,8%	591	4,9%
	Glücksspiel	534	6,1%	47	1,4%	581	4,8%
	Anderes	99	1,1%	51	1,5%	150	1,2%
	Gesamt N	8.692		3.309		12.039	

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Betreuungsdauer der abgeschlos- senen Betreuungen in Tagen nach Einrichtungsort	illegale Drogen	122,3	104,6	118,2	137,3	201,4	151,4
	legale Drogen	109,6	129,3	116,5	89,3	80,5	87,3
	suchtmittel-übergreifend	96,1	116,7	102,6	109,9	121,7	112,4
	Betreuung Substituierter	158,3	76,4	123,2	237,7	293,4	254,2
	Gesamt	103,1	121,0	108,9	148,1	201,3	160,7
	Gesamt N	2.047	981	3.028	2.689	834	3.523
Kostenträger der Betreuung (Mehrfachantwort)	pauschal/institutionell finanziert	96,9%	95,7%	96,5%	97,7%	97,4%	97,6%
	Selbstzahler	4,5%	5,7%	4,9%	0,5%	0,5%	0,5%
	Rentenversicherung	6,3%	11,3%	8,0%	2,4%	2,6%	2,5%
	Krankenversicherung	1,1%	1,9%	1,4%	0,6%	0,7%	0,6%
	Sozialhilfe/Jugendhilfe	0,0%	0,1%	0,0%	0,3%	0,4%	0,3%
	sonstige	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Gesamt N	2844	1445	4289	4054	1401	5455	

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
Betreuungsart in der eigenen Einrichtung (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	10,3%	5,5%	8,7%	19,0%	25,7%	20,7%
	Ambulante Betreuung/Beratung	91,2%	94,5%	92,3%	53,6%	53,3%	53,6%
	Ambulante Rehabilitation	7,0%	12,5%	8,8%	2,2%	2,9%	2,4%
	Ambulante medizinische Behandlung	7,9%	7,4%	7,8%	3,4%	8,5%	4,7%
	Entgiftung/Entzug	1,9%	3,8%	2,6%	0,5%	0,3%	0,5%
	Substitutionsbehandlung	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	1,9%	1,9%
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,0%	0,0%	0,0%	32,8%	36,6%	33,8%
	Psychiatrische/psychotherap. Behandlung	0,4%	0,3%	0,4%	0,6%	1,1%	0,7%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,1%	0,2%	0,2%	0,4%	0,3%	0,4%
	Aufsuchende Arbeit	4,1%	0,5%	2,9%	3,1%	7,4%	4,2%
	Externe Haftbetreuung	4,8%	0,3%	3,3%	14,5%	9,6%	13,2%
	sonstiges	3,1%	4,8%	3,6%	3,6%	4,9%	3,9%
	Gesamt N	2931	1483	4414	4280	1486	5766
Ergänzende Betreuungen in anderen suchts- spezifischen Einrichtungen (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	1,8%	0,9%	1,5%	7,4%	16,7%	9,9%
	Ambulante Betreuung/Beratung	2,6%	6,0%	3,8%	6,4%	9,5%	7,2%
	Ambulante Rehabilitation	1,4%	2,1%	1,7%	1,5%	1,8%	1,6%
	Ambulante medizinische Behandlung	4,8%	8,7%	6,2%	13,8%	20,6%	15,6%
	Stationäre medizinische Behandlung	2,1%	4,0%	2,8%	4,0%	6,4%	4,6%
	Stationäre Entwöhnungsbehandlung	7,5%	9,6%	8,3%	6,4%	6,9%	6,5%
	Betreutes Wohnen	1,5%	1,3%	1,4%	5,0%	5,7%	5,2%
	Entgiftung/Entzug	17,1%	18,1%	17,4%	12,2%	17,0%	13,5%
	Substitutionsbehandlung	0,0%	0,1%	0,0%	35,0%	42,1%	36,9%
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,1%	0,1%	0,1%	3,2%	6,9%	4,2%
	Psychiatrische/psychotherap. Behandlung	2,9%	10,4%	5,5%	4,6%	7,9%	5,5%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,7%	1,7%	1,0%	3,6%	3,5%	3,6%
	Aufsuchende Arbeit	0,1%	0,0%	0,1%	0,7%	2,7%	1,3%
	Externe Haftbetreuung	0,4%	0,1%	0,3%	1,4%	1,2%	1,4%
	Selbsthilfegruppe	15,8%	22,4%	18,1%	3,9%	4,9%	4,2%
sonstiges	5,0%	8,3%	6,1%	6,8%	10,9%	7,9%	
	keine ergänzende Betreuung	51,4%	41,1%	47,8%	37,1%	21,4%	32,9%
	Gesamt N	1975	1078	3053	2835	1054	3889
Art der Be- endigung der Betreuung	reguläre Beendigung	27,7%	32,2%	29,1%	21,9%	22,6%	22,1%
	Beendigung durch Weitervermittlung in andere Einrichtung	24,5%	23,0%	24,0%	26,3%	27,4%	26,6%
	Beendigung durch Einrichtung	1,1%	1,3%	1,2%	2,2%	1,7%	2,0%
	formelle Beendigung durch Klientin/en	8,6%	9,8%	9,0%	8,3%	9,5%	8,6%
	Beendigung durch Kontaktverlust über 2 Monate	36,3%	33,3%	35,3%	34,2%	34,1%	34,2%
	Haft	0,3%	0,0%	0,2%	3,8%	2,5%	3,5%
	Abschiebung / Haftverlegung	1,2%	0,0%	0,8%	2,8%	0,8%	2,3%
	Tod	0,3%	0,4%	0,3%	0,5%	1,4%	0,7%
	Gesamt N	1961	933	2894	2504	786	3290
Weiterbetreu- ungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	0,8%	0,6%	0,7%	2,8%	6,0%	3,6%
	Ambulante Betreuung/Beratung	4,9%	5,0%	4,9%	6,3%	4,6%	5,8%
	Ambulante Rehabilitation	4,7%	4,1%	4,5%	4,2%	2,3%	3,7%
	Ambulante medizinische Behandlung	2,5%	4,8%	3,3%	3,3%	7,8%	4,5%
	Stationäre medizinische Behandlung	1,9%	3,3%	2,4%	2,0%	2,8%	2,2%
	Stationäre Entwöhnungsbehandlung	20,0%	12,6%	17,6%	21,4%	17,1%	20,2%
	Betreutes Wohnen	2,5%	2,6%	2,5%	4,8%	4,6%	4,8%
	Entgiftung/Entzug	8,4%	6,1%	7,6%	11,2%	18,4%	13,1%
	Substitutionsbehandlung	0,0%	0,2%	0,1%	10,7%	17,3%	12,4%
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,0%	0,4%	0,1%	2,7%	5,8%	3,5%
	Psychiatrische/psychotherap. Behandlung	3,1%	13,9%	6,6%	2,3%	6,9%	3,5%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,4%	0,4%	0,4%	0,8%	1,6%	1,0%
	Aufsuchende Arbeit	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	2,1%	0,7%
	Externe Haftbetreuung	0,3%	0,0%	0,2%	5,2%	1,8%	4,3%
	Selbsthilfegruppe	16,8%	23,6%	19,0%	3,6%	4,6%	3,9%
sonstiges	5,0%	5,2%	5,1%	7,9%	10,1%	8,5%	
	keine Weiterbetreuung	38,6%	35,8%	37,7%	31,3%	24,7%	29,6%
	Gesamt N	1113	539	1652	1227	434	1661

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Kontaktempfehlung	Justiz/JVA	9,2%	0,8%	6,4%	18,6%	6,5%	15,5%
	Familie/Freund(in)/Partner(in)	8,2%	7,1%	7,8%	4,9%	6,8%	5,4%
	Arbeitgeber/Schule/Betrieb/ öffentliche Institutionen	13,6%	7,6%	11,6%	4,4%	3,2%	4,1%
	andere Klient(inn)en	3,9%	3,4%	3,7%	11,6%	13,7%	12,1%
	medizinische Versorgung, inkl. Psychiatrie	14,8%	19,6%	16,4%	13,9%	16,9%	14,7%
	Einrichtungen der Suchthilfe	16,2%	21,1%	17,9%	11,5%	13,3%	12,0%
	Selbsthilfegruppen	1,7%	2,1%	1,8%	0,2%	0,3%	0,3%
	sonstiges	8,1%	9,5%	8,6%	4,7%	7,1%	5,3%
	keine Kontaktempfehlung/ Eigeninitiative	24,3%	28,7%	25,8%	30,1%	32,2%	30,7%
Gesamt N	2617	1354	3971	3630	1259	4889	
Auflagen für die Betreuung	keine	74,6%	88,3%	79,3%	76,1%	84,0%	78,2%
	Krankenkasse/Rentenversicherer	1,8%	1,4%	1,6%	1,9%	1,2%	1,7%
	Justiz	8,0%	1,1%	5,6%	17,0%	10,0%	15,2%
	Arbeitgeber	5,0%	3,4%	4,4%	0,7%	0,2%	0,6%
	Arbeitsamt	7,4%	2,1%	5,6%	2,8%	1,3%	2,4%
	sonstige öffentliche Einrichtungen	1,2%	2,9%	1,8%	0,9%	3,1%	1,5%
	Wohnungssicherung	0,3%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%
	MPU (mediz.-psych. Untersuchung)	1,7%	0,7%	1,4%	0,5%	0,1%	0,4%
Gesamt N	2613	1358	3971	3905	1366	5271	
Bezirk des Wohnorts der betreuten Person	Hamburg-Mitte	14,6%	13,5%	14,2%	19,2%	16,2%	18,4%
	Altona	12,5%	15,9%	13,7%	12,4%	14,0%	12,8%
	Eimsbüttel	10,2%	16,0%	12,2%	8,0%	8,6%	8,2%
	Hamburg-Nord	12,2%	13,4%	12,6%	15,9%	11,5%	14,7%
	Wandsbek	16,4%	15,5%	16,1%	12,3%	12,9%	12,5%
	Bergedorf	9,8%	6,2%	8,6%	5,8%	4,7%	5,5%
	Harburg	14,7%	10,9%	13,4%	13,6%	14,5%	13,8%
	außerhalb Hamburg	7,3%	7,7%	7,5%	4,5%	7,5%	5,3%
	ohne festen Wohnsitz	2,2%	1,1%	1,8%	8,3%	10,0%	8,8%
Gesamt N	2293	1196	3489	3177	1128	4305	
weitere Hauptdrogen/Hauptprobleme der Betreuten in 2007 (Mehrfachantwort)	Alkohol				57,5%	48,9%	55,2%
	Cannabis				58,5%	46,7%	55,4%
	Kokain				57,2%	49,0%	55,0%
	Crack				43,6%	49,3%	45,1%
	Halluzinogene				11,3%	5,9%	9,9%
	Amphetamine				12,2%	8,4%	11,2%
	Sedativa	2,2%	7,9%	4,2%	34,5%	40,2%	36,0%
	Essstörung	0,9%	7,3%	3,0%	2,4%	14,8%	5,7%
	Glücksspiel	2,7%	0,5%	2,0%	4,7%	0,9%	3,7%
Gesamt N	2586	1310	3896	3526	1269	4795	
Alter zu Betreuungsbeginn		44,9	46,6	45,5	37,5	35,8	37,0
	Gesamt N	2586	1310	3896	3526	1269	4795
Alter in Kategorien	bis 18	0,3%	0,9%	0,5%	0,3%	0,7%	0,4%
	18-27	7,8%	3,0%	6,2%	11,3%	17,3%	12,9%
	28-35	9,5%	7,5%	8,8%	23,7%	25,9%	24,3%
	36-45	30,3%	32,3%	30,9%	43,9%	39,0%	42,6%
	46-60	40,6%	42,6%	41,3%	20,3%	16,1%	19,2%
	>60	11,5%	13,6%	12,3%	0,5%	1,1%	0,6%
Alter bei Erstkonsum	Nikotin	15,4	16,1	15,6	13,3	13,3	13,3
	Alkohol	15,5	16,6	15,9	14,4	15,0	14,6
	Cannabis				15,7	15,7	15,7
	Opiate				20,9	19,8	20,6
	Kokain				21,6	20,7	21,4
	Crack				28,6	26,4	28,0
	Halluzinogene				18,0	17,7	17,9
	Amphetamine				19,7	19,2	19,6
	Sedativa				22,7	21,7	22,4
Glücksspiel				18,9	22,5	19,0	

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Alter bei Störungsbeginn	Nikotin	17,5	18,4	17,8	14,9	14,5	14,8
	Alkohol	28,5	32,8	30,0	20,2	21,7	20,6
	Cannabis				17,0	16,9	17,0
	Opiate				22,3	21,1	22,0
	Kokain				22,9	21,7	22,6
	Crack				28,7	26,1	28,0
	Halluzinogene				18,0	17,2	17,9
	Amphetamine				19,9	19,5	19,8
	Sedativa				23,3	22,6	23,1
	Essstörung				26,1	18,9	21,3
Glücksspiel				21,2	27,8	21,6	

		kein Konsum	einen Tag	2 bis 7 Tage	8 bis 25	(fast) täglich	Gesamt
Alkohol: Konsumhäufigkeit innerhalb der letzten 30 Tage	Nikotin	12,8%	1,6%	0,5%	4,9%	80,2%	1316
	Alkohol	48,8%	1,8%	8,9%	21,4%	19,1%	3197
Opiate: Konsumhäufigkeit innerhalb der letzten 30 Tage	Nikotin	6,5%	1,2%	0,5%	2,8%	89,0%	1826
	Alkohol	46,1%	2,1%	12,3%	19,4%	20,1%	1899
	Cannabis	54,8%	1,5%	10,8%	18,8%	14,1%	1568
	Heroin	67,5%	1,7%	9,8%	7,9%	13,1%	2384
	Methadon, Subutex	7,8%	0,1%	0,7%	1,2%	90,2%	3105
	Opiate	82,1%	2,2%	7,2%	4,7%	3,8%	1490
	Crack	64,9%	1,7%	10,3%	9,4%	13,7%	1481
	Halluzinogene	98,0%	0,4%	0,8%	0,2%	0,6%	843
	Amphetamine	96,1%	1,0%	1,6%	0,8%	0,6%	893
	Sedativa	65,1%	1,1%	5,8%	6,5%	21,5%	1165
Essstörung	94,0%	0,2%	0,2%	0,5%	5,1%	602	
Glücksspiel	97,3%	0,3%	0,5%	1,8%	0,2%	621	

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Trinkmenge Alkohol in Gramm reiner Alkohol an Tage mit Konsum Aktuell,	0g	66,1%	70,9%	67,8%	63,6%	70,0%	65,4%
	bis 20g	0,7%	1,0%	0,8%	3,4%	2,6%	3,2%
	bis 40g	2,2%	2,9%	2,4%	7,9%	5,5%	7,2%
	bis 60g	1,7%	2,2%	1,9%	4,0%	3,2%	3,7%
	bis 80g	3,4%	4,8%	3,9%	4,7%	2,6%	4,1%
	bis 120g	6,5%	7,0%	6,7%	4,4%	3,7%	4,2%
	bis 200g	8,0%	7,0%	7,7%	5,7%	5,3%	5,6%
	bis 300g	5,5%	2,7%	4,5%	2,2%	3,7%	2,6%
	bis 400g	3,4%	0,7%	2,5%	2,7%	2,6%	2,7%
	bis 500g	1,5%	0,5%	1,1%	0,5%	0,3%	0,4%
	über 500g	1,0%	0,2%	0,7%	0,8%	0,5%	0,7%
Gesamt N	1483	814	2297	958	380	1338	
Substitution	Methadon / Polamidon				43,3%	52,7%	45,8%
	Buprenorphin, Subutex				17,6%	16,3%	17,2%
	Codein, DHC				0,1%	0,2%	0,1%
	Heroin				0,5%	0,5%	0,5%
	nicht substituiert				38,5%	30,2%	36,3%
	Gesamt N				3219	1164	4383

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Vorangegangene Betreuungen in den letzten 60 Tagen vor Betreuungsbeginn	Niedrigschwellige Hilfen	1,6%	1,4%	1,5%	16,2%	24,9%	18,5%
	Ambulante Betreuung/Beratung	7,0%	8,8%	7,6%	12,3%	15,4%	13,1%
	Amb. Reha	1,8%	2,5%	2,0%	1,8%	1,8%	1,8%
	Amb. mediz. Behandlung	4,7%	9,2%	6,2%	11,0%	16,7%	12,5%
	Stat. mediz. Behandlung	4,2%	6,5%	5,0%	5,8%	9,7%	6,8%
	Stat. Entwöhnungsbehandlung	10,9%	13,9%	11,9%	13,8%	12,5%	13,5%
	Betreutes Wohnen	1,3%	1,4%	1,3%	6,0%	6,0%	6,0%
	Entgiftung/Entzug	24,3%	29,2%	26,0%	17,3%	21,6%	18,5%
	Substitutionsbehandlung	0,0%	0,1%	0,0%	26,7%	33,3%	28,5%
	PSB für Substituierte	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%	9,9%	8,3%
	Psychia./psychothera. Behandlung	2,3%	8,5%	4,5%	3,1%	5,2%	3,6%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,2%	0,9%	0,4%	1,3%	1,5%	1,4%
	Aufsuchende Arbeit	0,6%	0,2%	0,4%	1,0%	4,1%	1,8%
	Externe Haftbetreuung	0,8%	0,0%	0,5%	5,1%	2,8%	4,5%
	Selbsthilfegruppe	6,8%	11,3%	8,4%	2,0%	1,8%	2,0%
sonstiges	3,0%	4,3%	3,4%	3,4%	3,9%	3,5%	
keine Betreuung	47,0%	36,8%	43,5%	31,7%	24,3%	29,8%	
Gesamt N		2193	1173	3366	2906	1037	3943
Zeitlicher Abstand zwischen Erstkon- takt zur Suchthilfe und aktuellem Betreuungsbeginn	kein Kontakt	19,0%	17,6%	18,6%	3,1%	1,9%	2,8%
	Kontakt, Alter unbekannt	39,1%	44,0%	40,8%	61,2%	63,2%	61,7%
	letzten 12 Monate	8,1%	7,4%	7,9%	1,6%	1,4%	1,6%
	bis 2 Jahre	6,4%	5,5%	6,1%	2,2%	2,1%	2,2%
	bis 5 Jahre	9,6%	9,2%	9,5%	6,0%	5,0%	5,7%
	bis 10 Jahre	8,9%	6,9%	8,2%	8,3%	9,6%	8,7%
	bis 15 Jahre	4,4%	3,4%	4,0%	7,8%	7,5%	7,7%
	mehr als 15 Jahre	4,5%	5,9%	5,0%	9,7%	9,4%	9,6%
Gesamt N		2063	1083	3146	3164	1160	4324
Zeitlicher Abstand zwischen erster Substitution und aktuellem Betreuungsbeginn	nicht substituiert gewesen				29,4%	23,3%	27,8%
	substituiert gewesen, Alter unbekannt				19,5%	23,6%	20,6%
	letzten 12 Monate				15,2%	13,4%	14,7%
	bis 2 Jahre				6,1%	6,0%	6,1%
	bis 5 Jahre				7,3%	10,3%	8,1%
	bis 10 Jahre				9,9%	10,3%	10,0%
	bis 15 Jahre				8,6%	9,5%	8,8%
	mehr als 15 Jahre				3,9%	3,7%	3,9%
Gesamt N				2778	1013	3791	
Dauer aller Substitutionsbe- handlungen zu Betreuungsbeginn	nie substituiert				29,4%	23,2%	27,7%
	substituiert gewesen, Dauer unbekannt				12,3%	14,3%	12,8%
	bis 1 Jahr				22,8%	22,4%	22,7%
	bis 2 Jahre				6,5%	6,9%	6,6%
	bis 3 Jahre				4,7%	6,1%	5,1%
	bis 5 Jahre				7,0%	6,8%	6,9%
	bis 7 Jahre				4,2%	5,8%	4,7%
	bis 10 Jahre				7,2%	8,0%	7,4%
	>10 Jahre				6,0%	6,5%	6,1%
Gesamt N				2779	1016	3795	
Anzahl stationä- rer Entzüge zu Betreuungsbeginn	keinen Entzug	44,1%	40,5%	42,9%	21,1%	17,4%	20,1%
	mind 1 Entzug	0,9%	0,6%	0,8%	1,2%	1,9%	1,4%
	1 Entzug	25,2%	28,0%	26,1%	17,6%	18,1%	17,8%
	2 Entzüge	11,4%	14,0%	12,3%	14,9%	14,9%	14,9%
	3 Entzüge	5,8%	7,2%	6,3%	11,7%	11,7%	11,7%
	bis 5 Entzüge	6,9%	5,9%	6,6%	13,3%	13,6%	13,4%
	bis 10 Entzüge	3,1%	2,5%	2,9%	12,9%	15,2%	13,5%
	> 10 Entzüge	2,5%	1,3%	2,1%	7,2%	7,1%	7,2%
	Gesamt N		1871	944	2815	2933	1037

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Anzahl ambulanter Entzüge zu Betreuungsbeginn	keinen Entzug	87,9%	83,4%	86,4%	61,0%	55,6%	59,6%
	mind. 1 Entzug	0,2%	0,2%	0,2%	0,7%	1,1%	0,8%
	1 Entzug	6,0%	10,1%	7,4%	9,1%	9,9%	9,3%
	2 Entzüge	2,5%	2,5%	2,5%	8,0%	7,9%	7,9%
	3 Entzüge	0,9%	2,0%	1,2%	4,6%	6,0%	5,0%
	bis 5 Entzüge	1,3%	0,9%	1,2%	6,8%	8,3%	7,2%
	bis 10 Entzüge	0,9%	0,5%	0,8%	7,1%	7,9%	7,3%
	> 10 Entzüge	0,4%	0,5%	0,4%	2,7%	3,3%	2,8%
	Gesamt N	1745	865	2610	2902	1028	3930
Anzahl stationärer Rehabilitationen zu Betreuungsbeginn	keine Reha	63,7%	62,9%	63,4%	36,3%	38,7%	36,9%
	mind. 1 Reha	0,7%	0,4%	0,6%	0,7%	0,6%	0,7%
	1 Reha	23,1%	25,8%	24,0%	26,1%	29,3%	26,9%
	2 Rehas	8,8%	7,4%	8,4%	17,8%	17,2%	17,7%
	3 Rehas	2,5%	2,5%	2,5%	10,2%	8,1%	9,7%
	bis 5 Rehas	1,3%	1,0%	1,2%	7,0%	4,8%	6,5%
	bis 10 Rehas	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	1,1%	1,4%
	> 10 Rehas	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,3%	0,2%
	Gesamt N	1890	922	2812	3000	1045	4045
Anzahl ambulanter Rehabilitationen zu Betreuungsbeginn	keine Reha	88,7%	83,1%	86,9%	68,3%	68,6%	68,4%
	mind. 1 Reha	0,4%	0,3%	0,4%	2,5%	2,3%	2,5%
	1 Reha	9,8%	15,0%	11,5%	20,6%	19,4%	20,3%
	2 Rehas	0,8%	1,2%	1,0%	6,9%	7,8%	7,2%
	3 Rehas	0,1%	0,2%	0,1%	1,2%	1,1%	1,2%
	bis 5 Rehas	0,1%	0,0%	0,1%	0,4%	0,7%	0,5%
	bis 10 Rehas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	> 10 Rehas	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
	Gesamt N	1811	882	2693	2868	990	3858
Dauer aller Teilnahmen an Selbsthilfegruppen zu Betreuungsbeginn	nie Selbsthilfe	71,2%	69,2%	70,5%	89,4%	91,2%	89,8%
	bis 1 Jahr	20,6%	20,9%	20,7%	8,1%	6,7%	7,8%
	bis 2 Jahre	3,4%	4,7%	3,8%	1,1%	0,6%	1,0%
	bis 3 Jahre	1,4%	2,3%	1,6%	0,5%	0,5%	0,5%
	bis 5 Jahre	1,8%	1,7%	1,7%	0,5%	0,6%	0,5%
	bis 7 Jahre	0,5%	0,3%	0,4%	0,3%	0,1%	0,2%
	bis 10 Jahre	0,8%	0,3%	0,6%	0,0%	0,1%	0,1%
	>10 Jahre	0,4%	0,6%	0,5%	0,1%	0,0%	0,1%
	Gesamt N	1481	702	2183	2240	772	3012
Anzahl an Krankenhaustagen im letzten Jahr vor dieser Betreuung	keinen KKH-Tag	60,2%	57,8%	59,3%	73,9%	66,1%	71,8%
	bis 5 Tage	4,8%	7,3%	5,7%	5,5%	7,2%	5,9%
	bis 10 Tage	7,9%	8,6%	8,2%	4,2%	5,3%	4,5%
	bis 20 Tage	9,1%	7,7%	8,6%	5,8%	6,4%	6,0%
	bis 30 Tage	12,1%	11,8%	12,0%	5,8%	7,3%	6,2%
	bis 2 Monate	3,7%	3,9%	3,8%	2,6%	3,3%	2,8%
	bis 6 Monate	1,1%	1,5%	1,3%	1,3%	2,2%	1,6%
	>6 Monate	1,0%	1,3%	1,1%	0,9%	2,2%	1,2%
	Gesamt N	1450	839	2289	2407	872	3279
Ambulante medizinische Versorgung in den letzten 12 Monaten vor dieser Betreuung		69,8%	78,3%	72,9%	74,1%	83,5%	76,6%
	Gesamt N	1571	880	2451	2522	937	3459
Familienstand	ledig	44,4%	32,8%	40,4%	72,3%	59,5%	68,9%
	verheiratet	26,4%	29,3%	27,4%	11,1%	12,2%	11,4%
	geschieden	21,8%	26,3%	23,3%	11,6%	19,2%	13,6%
	verwitwet	1,8%	4,0%	2,6%	0,6%	1,3%	0,8%
	eheähnliche Gemeinschaft	2,6%	3,1%	2,8%	3,0%	4,8%	3,5%
	dauerhaft getrennt lebend	3,0%	4,5%	3,5%	1,4%	3,0%	1,8%
	Gesamt N	2375	1220	3595	3352	1213	4565

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Partnerbeziehung	alleinstehend	51,0%	43,9%	48,5%	61,3%	46,6%	57,3%
	festе Beziehung, getrennt lebend	13,8%	18,3%	15,4%	15,9%	19,0%	16,7%
	festе Beziehung, zusammen lebend	35,2%	37,8%	36,1%	22,9%	34,4%	26,0%
	Gesamt N	2273	1213	3486	3302	1202	4504
Partner mit Suchtproblemen	keinen Partner	57,3%	50,3%	54,8%	67,5%	52,3%	63,4%
		6,3%	18,6%	10,6%	12,9%	37,3%	19,4%
	Gesamt N	2064	1094	3158	3202	1162	4364
Lebenssituation (ohne Inhaftierte)	alleinlebend	52,1%	45,3%	49,7%	56,1%	36,8%	50,6%
	mit den Eltern	4,6%	1,7%	3,6%	7,8%	4,1%	6,7%
	alleine mit Kind(ern)	1,0%	12,2%	5,0%	0,8%	13,9%	4,6%
	mit Partner(in) allein	20,3%	24,5%	21,8%	13,6%	24,0%	16,6%
	mit Partner(in) und Kind(ern)	15,2%	13,0%	14,4%	9,6%	9,9%	9,7%
	mit Freund(innen)	1,2%	0,6%	1,0%	2,6%	2,9%	2,7%
	anderes	5,6%	2,7%	4,6%	9,4%	8,5%	9,2%
	Gesamt N	2208	1222	3430	2743	1102	3845
Aufenthaltort des Klienten	in eigener Wohnung	77,9%	90,0%	82,0%	56,5%	67,0%	59,3%
	vorübergehend bei Freund(innen)	1,4%	0,7%	1,2%	2,6%	3,4%	2,8%
	bei Partner(in)	1,7%	1,9%	1,8%	2,7%	4,0%	3,1%
	bei Angehörigen	4,6%	1,9%	3,7%	7,5%	4,4%	6,7%
	betreutes Wohnen (Suchthilfeeinrichtung, Nachsorge)	2,2%	1,5%	1,9%	3,9%	3,4%	3,8%
	Frauenhaus	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%
	Klinik/Krankenhaus	3,2%	2,4%	3,0%	1,2%	1,8%	1,4%
	JVA/Haftanstalt	5,2%	0,4%	3,5%	17,5%	8,6%	15,1%
	Hotel/ Pension/Unterkunft	2,5%	0,5%	1,8%	5,0%	3,5%	4,6%
	auf der Straße/auf Trebe	1,3%	0,6%	1,0%	3,1%	3,8%	3,3%
Gesamt N	2385	1239	3624	3401	1234	4635	
Eigener Wohnraum der Klienten (ohne Inhaftierte)		90,0%	96,1%	92,2%	77,5%	81,2%	78,6%
	Gesamt N	2232	1235	3467	2763	1118	3881
Anzahl Kinder	keine Kinder	46,0%	37,0%	42,8%	51,5%	40,2%	48,5%
	ein Kind	22,2%	26,3%	23,6%	24,7%	28,7%	25,8%
	2 Kinder	20,9%	25,5%	22,5%	15,8%	19,2%	16,7%
	3 Kinder	7,3%	7,4%	7,4%	5,1%	7,3%	5,7%
	4 Kinder	2,2%	2,8%	2,4%	1,7%	3,2%	2,1%
	5 Kinder	0,8%	0,4%	0,7%	0,5%	1,1%	0,7%
	>5 Kinder	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%	0,4%	0,6%
	Gesamt N	2237	1210	3447	3279	1195	4474
Anzahl minderjähriger Kinder	keine mind. Kinder	73,3%	72,5%	73,0%	68,6%	55,8%	65,2%
	ein Kind	15,3%	15,7%	15,4%	19,7%	25,6%	21,2%
	2 Kinder	8,2%	8,8%	8,4%	8,5%	12,7%	9,6%
	3 Kinder	2,3%	1,9%	2,2%	2,3%	3,8%	2,7%
	4 Kinder	0,5%	0,8%	0,6%	0,5%	1,3%	0,7%
	5 Kinder	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,6%	0,3%
	>5 Kinder	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
	Gesamt N	2195	1190	3385	3241	1172	4413
Aufenthaltort der minderjährigen Kinder	keine minderjährigen Kinder	73,7%	74,3%	73,9%	69,2%	56,2%	65,7%
	im Haushalt des Klienten	10,5%	17,6%	13,0%	7,3%	20,1%	10,7%
	bei anderem Elternteil	13,7%	2,8%	10,0%	19,0%	2,9%	14,7%
	bei Großeltern	0,2%	0,5%	0,3%	0,9%	6,0%	2,3%
	in Pflegefamilie	0,6%	2,2%	1,2%	1,9%	9,9%	4,0%
	in öffentl. Erziehungseinrichtung	0,3%	1,4%	0,7%	0,5%	2,0%	0,9%
	im eigenen Haushalt	0,6%	0,5%	0,6%	0,6%	0,8%	0,6%
	sonstiges	0,3%	0,6%	0,4%	0,6%	2,1%	1,0%
Gesamt N	2184	1162	3346	3212	1164	4376	

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Höchster Schulabschluss	z.Zt. Schüler	0,6%	1,0%	0,7%	0,1%	0,3%	0,1%
	ohne Abschluss	6,9%	3,6%	5,7%	9,3%	11,9%	10,0%
	Sonderschulabschluss	3,1%	2,2%	2,8%	2,0%	2,4%	2,1%
	Hauptschulabschluss	43,6%	29,8%	38,8%	46,3%	38,6%	44,3%
	Mittlere Reife	24,0%	37,9%	28,8%	27,7%	31,4%	28,7%
	Fachhochschulreife oder höherwertiger Abschluss	21,8%	25,6%	23,1%	14,6%	15,5%	14,8%
	Gesamt N	1918	1025	2943	3223	1139	4362
Berufsausbildung	z.Zt. Schüler/Auszubildender	2,7%	2,9%	2,8%	1,3%	2,9%	1,8%
	keine Ausbildung	16,6%	16,0%	16,4%	30,4%	40,1%	32,9%
	Ausbildung abgeschlossen	80,7%	81,1%	80,8%	68,3%	56,9%	65,3%
	Gesamt N	2166	1119	3285	3267	1166	4433
Arbeits- und Ausbildungssituation (ohne Inhaftierte)	Vollzeit	34,4%	26,7%	31,7%	14,6%	7,8%	12,6%
	Teilzeit (regelmäßig)	2,2%	10,2%	5,0%	3,8%	5,7%	4,3%
	Gelegenheitsarbeit	1,2%	1,1%	1,2%	1,8%	1,3%	1,7%
	Schüler(in), Student(in), Auszubildende(r)	3,3%	3,3%	3,3%	2,8%	4,6%	3,3%
	Bundeswehr, Zivildienst	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
	Rentner(in)	10,7%	14,6%	12,1%	2,1%	3,0%	2,3%
	erwerbslos/arbeitslos	45,2%	34,6%	41,5%	70,0%	71,0%	70,3%
	in Einrichtung	2,8%	4,1%	3,2%	4,8%	3,6%	4,5%
	Hausfrau/-mann	0,3%	5,4%	2,1%	0,1%	3,1%	0,9%
	Gesamt N	2246	1212	3458	2766	1112	3878
Haupteinkommen (ohne Inhaftierte)	Einkommen aus Erwerbstätigkeit (Arbeitnehmer)	30,9%	31,0%	31,0%	14,1%	10,2%	13,0%
	Krankengeld	2,5%	3,2%	2,8%	0,8%	1,6%	1,0%
	Arbeitslosengeld I	5,3%	4,2%	4,9%	2,9%	1,3%	2,5%
	Arbeitslosengeld II	36,9%	27,3%	33,5%	65,0%	65,7%	65,2%
	Ausbildungsvergütung/ Umschulungsgeld/BAFÖG	1,1%	0,6%	0,9%	1,2%	1,6%	1,3%
	Sozialhilfe (inkl. Wohngeld)	1,6%	2,4%	1,9%	4,9%	6,2%	5,3%
	Rente	11,0%	15,5%	12,6%	2,5%	3,4%	2,8%
	Unterstützung durch Eltern/Verwandte	1,8%	1,1%	1,5%	0,9%	1,9%	1,2%
	Unterstützung durch Partner(in)	0,4%	2,1%	1,0%	0,4%	1,0%	0,6%
	Familieneinkommen (Hausfrau/-mann)	0,6%	6,5%	2,7%	0,1%	1,4%	0,5%
	Versorgung in einer Institution	1,0%	0,3%	0,8%	2,8%	1,6%	2,5%
	Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit	5,2%	3,6%	4,6%	1,8%	0,6%	1,5%
	keine Einkommen/mittellos	0,5%	0,2%	0,4%	1,1%	1,4%	1,2%
	sonstiges	1,1%	1,9%	1,4%	1,4%	2,1%	1,6%
Gesamt N	2236	1211	3447	2754	1104	3858	
Einkommen durch Prostitution (ohne Inhaftierte)		0,2%	1,3%	0,6%	1,1%	20,1%	6,6%
	Gesamt N	1598	839	2437	1991	822	2813
Illegale Einkünfte (ohne Inhaftierte)		1,1%	0,7%	1,0%	15,9%	20,1%	17,2%
	Gesamt N	1247	747	1994	1744	755	2499
Schulden	keine	41,4%	57,9%	47,3%	19,6%	24,0%	20,8%
	bis 5.000 Euro	18,4%	17,1%	18,0%	32,8%	33,9%	33,1%
	über 5.000 bis 25.000 Euro	15,1%	9,0%	12,9%	21,8%	19,2%	21,1%
	über 25.000 bis 50.000 Euro	4,5%	3,2%	4,0%	6,3%	3,4%	5,5%
	über 50.000 Euro	3,6%	1,5%	2,8%	3,2%	1,2%	2,6%
	Schulden, Höhe der/dem Kl. unklar	16,9%	11,3%	15,0%	16,3%	18,3%	16,8%
	Gesamt N	1605	882	2487	3046	1090	4136

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Probleme mit der Justiz (Mehrfachantworten)	keine	68,5%	92,1%	77,0%	40,8%	56,9%	45,1%
	BtMG § 35: Therapie statt Strafe	0,1%	0,2%	0,2%	4,0%	3,5%	3,9%
	BtMG § 37: Zurückstellung der Hauptverhandlung	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
	einfache Bewährung	2,1%	0,5%	1,5%	8,0%	8,1%	8,0%
	Bewährung mit Weisung bzw. Auflage	6,8%	0,7%	4,6%	12,0%	8,4%	11,0%
	laufendes bzw. offenes Gerichtsverfahren	3,9%	0,6%	2,7%	11,6%	13,0%	11,9%
	in U-Haft	8,7%	0,7%	5,8%	26,6%	13,2%	23,0%
	in Strafhaft	9,1%	0,7%	6,1%	26,1%	12,7%	22,6%
	sonstiges (z.B. Führungsaufsicht /§63/§64 StGB)	2,5%	1,3%	2,0%	3,0%	2,8%	3,0%
Führerscheinentzug	10,1%	4,6%	8,1%	4,1%	0,9%	3,2%	
Gesamt N	1500	843	2343	2337	849	3186	
Verurteilungen (lifetime) (Mehrfachantworten)	BTM-Delikte (Handel, Besitz)	2,5%	1,4%	2,1%	67,5%	54,2%	63,9%
	Körperverletzungen	14,3%	1,5%	9,7%	30,7%	11,1%	25,5%
	andere Delikte/Delikt unbekannt	16,0%	2,5%	11,1%	44,7%	29,1%	40,6%
	Alkohol-oder Drogeneinfluss am Steuer	11,9%	4,2%	9,1%	10,2%	2,8%	8,2%
	Beschaffungskriminalität	4,0%	0,6%	2,8%	56,3%	40,6%	52,1%
	keine	65,2%	92,0%	74,9%	16,5%	32,2%	20,7%
	Gesamt N	1641	937	2578	3029	1098	4127
Dauer der Strafhaft	keine Haft	71,6%	90,7%	78,5%	22,2%	45,5%	28,3%
	Haft, Dauer unbekannt	7,6%	5,5%	6,8%	6,9%	10,1%	7,8%
	bis 3 Monate	5,2%	2,2%	4,1%	5,5%	9,2%	6,5%
	bis 6 Monate	1,7%	0,1%	1,2%	4,8%	5,6%	5,0%
	bis 12 Monate	2,4%	0,3%	1,6%	8,0%	8,0%	8,0%
	bis 2 Jahre	3,0%	0,5%	2,1%	11,5%	9,0%	10,8%
	bis 3 Jahre	2,3%	0,2%	1,5%	7,6%	4,2%	6,7%
	bis 5 Jahre	3,0%	0,0%	1,9%	10,9%	4,5%	9,3%
	bis 10 Jahre	2,2%	0,3%	1,5%	13,3%	2,4%	10,4%
>10 Jahre	1,1%	0,2%	0,8%	9,3%	1,4%	7,2%	
Gesamt N	1721	969	2690	3087	1105	4192	
Nationalität	deutsch	91,1%	93,9%	92,1%	83,9%	91,8%	86,0%
	EU - Europäische Union	2,6%	2,5%	2,6%	3,0%	3,2%	3,1%
	andere Staatsangehörigkeit	6,3%	3,6%	5,3%	13,0%	5,0%	10,9%
	Gesamt N	2439	1266	3705	3439	1235	4674
Migrationshintergrund	kein Migrationshintergrund	83,2%	89,7%	85,4%	76,4%	86,6%	79,1%
	selbst migriert	13,7%	8,4%	11,9%	17,5%	7,5%	14,8%
	als Kind von Migranten geboren	3,1%	1,8%	2,7%	6,2%	5,9%	6,1%
	Gesamt N	2334	1198	3532	3299	1193	4492
Vater mit Suchtproblemen		45,6%	48,5%	46,6%	39,6%	46,4%	41,4%
	Gesamt N	1380	754	2134	2789	981	3770
Mutter mit Suchtproblemen		16,6%	27,3%	20,4%	19,8%	33,9%	23,5%
	Gesamt N	1366	743	2109	2804	989	3793
Heim, öffentliche Erziehung in der Kindheit		12,3%	13,4%	12,7%	26,1%	30,7%	27,2%
	Gesamt N	1661	872	2533	3124	1089	4213
Körperliche Gewalterfahrung im Leben		47,1%	52,9%	49,2%	64,5%	74,7%	67,3%
	Gesamt N	1346	768	2114	2809	1062	3871
Sexuelle Gewalterfahrung im Leben		5,6%	36,2%	16,7%	10,1%	63,2%	25,3%
	Gesamt N	1181	676	1857	2516	1008	3524
Gewaltausübung im Leben		37,5%	12,6%	29,1%	56,1%	37,7%	51,3%
	Gesamt N	1350	688	2038	2765	979	3744
Gesundheitliche-körperliche Beeinträchtigung	gar nicht	15,0%	11,4%	13,8%	20,0%	12,9%	18,1%
	wenig	29,7%	34,3%	31,3%	30,2%	26,9%	29,3%
	mittel	34,4%	34,8%	34,6%	30,2%	31,8%	30,6%
	erheblich	18,0%	16,7%	17,5%	15,5%	22,5%	17,4%
	extrem	2,8%	2,8%	2,8%	4,1%	6,0%	4,6%
	Gesamt N	2007	1083	3090	3051	1102	4153

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Grad der Behinderung	Keine Behinderung	87,1%	89,6%	88,0%	85,6%	87,1%	86,0%
	behindert, aber nicht beantragt	4,5%	2,6%	3,8%	6,7%	6,0%	6,5%
	20%	0,2%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%
	30%	0,7%	0,4%	0,6%	0,3%	0,2%	0,3%
	40%	0,8%	0,8%	0,8%	0,5%	0,6%	0,5%
	50%	2,3%	2,1%	2,3%	1,8%	1,5%	1,7%
	60%	1,1%	1,8%	1,3%	1,2%	1,7%	1,3%
	70%	1,2%	0,7%	1,0%	1,4%	0,8%	1,2%
	80%	0,7%	1,2%	0,9%	1,0%	0,8%	0,9%
	90%	0,3%	0,0%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%
	100%	1,0%	0,8%	0,9%	1,0%	0,9%	1,0%
	Gesamt N	1664	908	2572	2641	974	3615
HIV Infektion		1,0%	0,0%	0,7%	5,9%	7,3%	6,2%
	kein Test bisher	12,0%	8,3%	10,7%	3,7%	4,0%	3,8%
	Gesamt N	1463	797	2260	2816	1032	3848
Hepatitis C Infektion		1,3%	1,8%	1,5%	48,8%	49,6%	49,0%
	kein Test bisher	10,8%	7,3%	9,6%	3,3%	4,0%	3,5%
	Gesamt N	1472	794	2266	2845	1053	3898
Schädigungen des Nervensystems		19,2%	15,1%	17,7%	9,7%	11,4%	10,1%
	Gesamt N	1597	895	2492	2771	1000	3771
Leberschäden		35,3%	28,3%	32,8%	27,8%	25,3%	27,2%
	Gesamt N	1613	873	2486	2768	975	3743
Epileptische Anfälle		9,5%	5,1%	7,9%	7,0%	8,3%	7,4%
	Gesamt N	1614	899	2513	2445	903	3348
Atemwegserkrankungen		15,6%	15,6%	15,6%	15,0%	28,0%	18,5%
	Gesamt N	1518	846	2364	2399	898	3297
Herz- Kreislaufbeschwerden		27,1%	26,0%	26,7%	14,0%	23,5%	16,5%
	Gesamt N	1614	885	2499	2745	997	3742
Delir		6,1%	4,2%	5,4%	3,6%	2,9%	3,4%
	Gesamt N	1699	924	2623	2778	1010	3788
Schlafstörungen		52,2%	54,9%	53,1%	49,2%	57,4%	51,4%
	Gesamt N	1649	916	2565	2810	1027	3837
Sonstige schwere Erkrankungen		27,8%	33,1%	29,7%	28,2%	35,7%	30,2%
	Gesamt N	1602	872	2474	2777	996	3773
Zahnstatus	normal / saniert	66,1%	83,3%	72,3%	56,1%	59,0%	56,9%
	behandlungsbedürftig	27,2%	13,6%	22,4%	35,5%	32,4%	34,6%
	ruinös	6,6%	3,1%	5,4%	8,4%	8,6%	8,5%
	Gesamt N	1747	971	2718	2720	1003	3723
Psychische/seelische Belastung	gar nicht	3,7%	1,0%	2,8%	5,8%	3,8%	5,3%
	wenig	21,7%	20,6%	21,3%	23,6%	18,1%	22,1%
	mittel	43,6%	37,1%	41,3%	38,1%	33,0%	36,7%
	erheblich	26,5%	34,3%	29,3%	26,9%	34,3%	28,9%
	extrem	4,4%	7,0%	5,3%	5,6%	10,8%	7,0%
	Gesamt N	2083	1127	3210	3044	1114	4158
Ängste/Phobien	gar nicht	21,2%	15,4%	19,1%	29,9%	16,6%	26,2%
	wenig	37,4%	34,9%	36,5%	32,2%	29,6%	31,5%
	mittel	29,9%	32,4%	30,8%	24,7%	31,1%	26,5%
	erheblich	9,9%	15,0%	11,7%	11,2%	19,0%	13,3%
	extrem	1,6%	2,3%	1,9%	2,1%	3,7%	2,5%
	Gesamt N	1880	1034	2914	2670	1018	3688
Körperlich-motorische Nervosität/Unruhe	gar nicht	18,2%	16,3%	17,5%	27,5%	22,0%	26,0%
	wenig	41,5%	44,1%	42,4%	33,5%	29,2%	32,3%
	mittel	32,2%	31,2%	31,9%	26,1%	29,1%	26,9%
	erheblich	7,4%	8,0%	7,6%	11,3%	17,8%	13,1%
	extrem	0,7%	0,5%	0,6%	1,5%	1,9%	1,7%
	Gesamt N	1961	1068	3029	2729	1028	3757

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Innere Nervosität/Unruhe	gar nicht	8,9%	6,6%	8,1%	16,2%	10,6%	14,7%
	wenig	32,1%	33,7%	32,7%	27,6%	25,6%	27,1%
	mittel	42,4%	40,8%	41,9%	35,1%	32,9%	34,5%
	erheblich	15,5%	17,5%	16,2%	18,5%	27,0%	20,8%
	extrem	1,0%	1,4%	1,2%	2,5%	4,0%	2,9%
	Gesamt N	1949	1065	3014	2723	1031	3754
Überhöhte Selbsteinschätzung	gar nicht	21,0%	31,9%	24,9%	35,4%	46,7%	38,5%
	wenig	27,9%	34,6%	30,3%	27,4%	26,2%	27,0%
	mittel	36,5%	24,9%	32,4%	23,2%	15,6%	21,2%
	erheblich	12,7%	7,2%	10,8%	11,7%	10,6%	11,4%
	extrem	1,9%	1,4%	1,7%	2,3%	0,9%	1,9%
	Gesamt N	1934	1046	2980	2715	1012	3727
Depressive Stimmung	gar nicht	14,9%	8,5%	12,6%	15,8%	10,6%	14,3%
	wenig	32,6%	29,3%	31,4%	31,2%	26,4%	29,9%
	mittel	36,2%	39,2%	37,3%	33,7%	36,1%	34,4%
	erheblich	13,9%	20,5%	16,2%	16,4%	22,8%	18,2%
	extrem	2,4%	2,6%	2,5%	2,9%	4,1%	3,2%
	Gesamt N	1921	1052	2973	2734	1030	3764
Paranoide Inhalte, Halluzinationen	gar nicht	82,7%	84,6%	83,4%	79,7%	76,0%	78,7%
	wenig	12,5%	11,5%	12,2%	13,1%	15,8%	13,8%
	mittel	3,4%	2,9%	3,2%	4,5%	5,4%	4,8%
	erheblich	0,9%	0,8%	0,8%	2,1%	2,1%	2,1%
	extrem	0,5%	0,2%	0,4%	0,6%	0,7%	0,6%
	Gesamt N	1870	1006	2876	2607	968	3575
Aggressionen	gar nicht	31,1%	40,4%	34,4%	33,7%	36,3%	34,4%
	wenig	43,2%	39,6%	42,0%	35,0%	37,1%	35,6%
	mittel	19,7%	16,1%	18,4%	22,2%	18,9%	21,3%
	erheblich	5,1%	3,5%	4,5%	7,6%	6,0%	7,2%
	extrem	0,9%	0,3%	0,7%	1,4%	1,6%	1,4%
	Gesamt N	1866	1004	2870	2643	983	3626
Sonstige schwere psychische Probleme		18,9%	28,9%	22,5%	25,4%	38,1%	28,9%
	Gesamt N	1562	893	2455	2446	938	3384
Anzahl Suizidversuche (lifetime)	keine	82,2%	66,1%	76,6%	72,9%	56,2%	68,3%
	1 Suizidversuch	13,2%	24,9%	17,3%	16,3%	28,1%	19,6%
	2 Suizidversuche	2,7%	5,7%	3,7%	5,5%	6,8%	5,9%
	3 Suizidversuche	1,1%	1,9%	1,4%	2,9%	3,8%	3,1%
	bis 5 Suizidversuche	0,6%	1,1%	0,8%	1,5%	2,5%	1,8%
	bis 10 Suizidversuche	0,2%	0,3%	0,2%	0,7%	2,2%	1,1%
	> 10 Suizidversuche	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,3%	0,3%
	Gesamt N	1336	720	2056	2243	866	3109

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in Tagen nach Einrichtungsart	illegale Drogen	145,8	146,0	145,8	150,6	158,5	151,5
	legale Drogen	81,7	44,9	74,6	70,7	84,8	73,2
	suchtmittel-übergreifend	101,4	161,5	111,9	74,8	88,0	77,1
	Betreuung Substituierter	266,3	170,7	252,7	259,4	321,8	290,6
	Gesamt	119,4	137,2	122,0	90,3	106,1	93,0
	Gesamt N	703	120	823	973	199	1.172
Kostenträger der Betreuung (Mehrfachantwort)	pauschal/institutionell finanziert	95,0%	97,1%	95,3%	97,0%	97,4%	97,1%
	Selbstzahler	1,7%	4,1%	2,0%	0,8%	1,8%	1,0%
	Rentenversicherung	6,3%	4,7%	6,0%	3,6%	3,7%	3,6%
	Krankenversicherung	0,5%	1,7%	0,7%	0,5%	0,7%	0,5%
	Gesamt N	957	172	1129	1317	272	1589

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Betreuungsart in der eigenen Einrichtung (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	2,1%	2,2%	2,2%	2,5%	1,4%	2,3%
	Ambulante Betreuung/Beratung	78,7%	94,4%	81,2%	89,2%	96,5%	90,4%
	Ambulante Rehabilitation	6,4%	5,0%	6,2%	3,7%	3,5%	3,7%
	Ambulante medizinische Behandlung	1,5%	3,9%	1,9%	1,3%	1,8%	1,4%
	Entgiftung/Entzug	1,6%	3,4%	1,9%	2,2%	3,5%	2,4%
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,0%	0,6%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
	Psychiatrische/psychotherap. Behandlung	0,9%	0,0%	0,7%	0,1%	0,0%	0,1%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,1%
	Aufsuchende Arbeit	0,6%	0,0%	0,5%	2,0%	0,7%	1,8%
	Externe Haftbetreuung	16,4%	3,4%	14,3%	8,0%	0,4%	6,7%
	sonstiges	3,4%	4,5%	3,6%	6,3%	7,1%	6,4%
	Gesamt N	933	179	1112	1347	282	1629
Ergänzende Betreuungen in anderen suchts- spezifischen Einrichtungen (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	2,6%	3,6%	2,8%	0,5%	0,5%	0,5%
	Ambulante Betreuung/Beratung	6,5%	13,1%	7,7%	4,6%	4,5%	4,5%
	Ambulante Rehabilitation	1,4%	1,5%	1,4%	0,6%	1,0%	0,7%
	Ambulante medizinische Behandlung	6,1%	11,7%	7,0%	2,8%	4,5%	3,1%
	Stationäre medizinische Behandlung	3,2%	4,4%	3,4%	1,0%	2,5%	1,2%
	Stationäre Entwöhnungsbehandlung	5,5%	6,6%	5,6%	2,9%	6,5%	3,5%
	Betreutes Wohnen	2,6%	1,5%	2,4%	2,6%	3,5%	2,8%
	Entgiftung/Entzug	12,3%	13,9%	12,5%	8,0%	9,0%	8,2%
	Substitutionsbehandlung	0,0%	1,5%	0,3%	0,2%	0,0%	0,2%
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
	Psychiatrische/psychotherap. Behandlung	4,5%	13,1%	6,0%	5,0%	15,0%	6,7%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	1,5%	4,4%	2,0%	0,7%	3,0%	1,1%
	Aufsuchende Arbeit	0,2%	0,7%	0,3%	0,0%	0,5%	0,1%
	Externe Haftbetreuung	2,0%	0,0%	1,6%	0,5%	0,0%	0,4%
	Selbsthilfegruppe	6,2%	9,5%	6,8%	4,9%	4,0%	4,7%
sonstiges	6,7%	10,2%	7,3%	2,5%	6,0%	3,1%	
	keine ergänzende Betreuung	64,8%	43,8%	61,2%	71,2%	58,5%	69,0%
	Gesamt N	660	137	797	945	200	1145
Art der Be- endigung der Betreuung	reguläre Beendigung	23,7%	17,1%	22,8%	40,2%	34,7%	39,3%
	Beendigung durch Weitervermittlung in andere Einrichtung	23,7%	22,2%	23,5%	16,2%	19,5%	16,8%
	Beendigung durch Einrichtung	1,9%	0,9%	1,8%	1,7%	2,6%	1,9%
	formelle Beendigung durch Klientin/en	11,6%	13,7%	11,9%	6,7%	6,3%	6,7%
	Beendigung durch Kontaktverlust über 2 Monate	33,5%	46,2%	35,4%	33,0%	36,8%	33,7%
	Haft	2,1%	0,0%	1,8%	1,3%	0,0%	1,1%
	Abschiebung / Haftverlegung	3,4%	0,0%	2,9%	0,9%	0,0%	0,7%
	Gesamt N	674	117	791	936	190	1126
Weiterbetreu- ungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	0,6%	1,5%	0,7%	0,2%	0,0%	0,2%
	Ambulante Betreuung/Beratung	7,8%	10,3%	8,2%	6,4%	7,5%	6,6%
	Ambulante Rehabilitation	4,3%	4,4%	4,4%	2,0%	1,9%	2,0%
	Ambulante medizinische Behandlung	1,2%	4,4%	1,7%	0,7%	1,9%	0,9%
	Stationäre medizinische Behandlung	2,6%	2,9%	2,7%	0,5%	0,9%	0,6%
	Stationäre Entwöhnungsbehandlung	19,7%	13,2%	18,6%	8,1%	8,4%	8,1%
	Betreutes Wohnen	2,3%	0,0%	1,9%	1,5%	0,9%	1,4%
	Entgiftung/Entzug	13,0%	8,8%	12,3%	6,8%	6,5%	6,7%
	Substitutionsbehandlung	0,3%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
	Psychiatrische/psychotherap. Behandlung	4,1%	14,7%	5,8%	5,3%	14,0%	6,7%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	1,7%	1,5%	1,7%	0,4%	0,0%	0,3%
	Aufsuchende Arbeit	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
	Externe Haftbetreuung	3,5%	0,0%	2,9%	0,5%	0,0%	0,5%
	Selbsthilfegruppe	5,2%	2,9%	4,8%	3,1%	8,4%	4,0%
sonstiges	6,7%	5,9%	6,5%	4,4%	5,6%	4,6%	
	keine Weiterbetreuung	41,7%	39,7%	41,4%	65,0%	50,5%	62,6%
	Gesamt N	345	68	413	546	107	653

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Kontaktempfehlung	Justiz/JVA	26,1%	3,7%	22,6%	16,6%	1,9%	14,1%
	Familie/Freund(in)/Partner(in)	11,5%	16,6%	12,3%	13,1%	14,0%	13,2%
	Arbeitgeber/Schule/Betrieb/ öffentliche Institutionen	6,7%	8,0%	6,9%	14,8%	16,3%	15,0%
	andere Klient(inn)en	2,8%	4,3%	3,0%	3,1%	5,8%	3,5%
	medizinische Versorgung, inkl. Psychiatrie	6,8%	10,4%	7,4%	6,8%	13,6%	8,0%
	Einrichtungen der Suchthilfe	13,7%	18,4%	14,4%	10,6%	12,4%	10,9%
	Selbsthilfegruppen	0,3%	1,2%	0,5%	0,3%	1,2%	0,5%
	sonstiges	9,0%	8,6%	8,9%	16,5%	10,9%	15,5%
	keine Kontaktempfehlung/ Eigeninitiative	23,1%	28,8%	24,0%	18,3%	24,0%	19,3%
	Gesamt N	869	163	1032	1238	258	1496
Auflagen für die Betreuung	keine	66,3%	84,8%	69,2%	64,8%	85,3%	68,3%
	Krankenkasse/Rentenversicherer	0,7%	0,0%	0,6%	0,5%	0,4%	0,5%
	Justiz	23,9%	4,8%	20,9%	16,6%	1,2%	13,9%
	Arbeitgeber	1,9%	1,2%	1,8%	2,0%	0,8%	1,7%
	Arbeitsamt	3,8%	3,6%	3,8%	4,9%	5,4%	5,0%
	sonstige öffentliche Einrichtungen	0,5%	3,6%	1,0%	4,6%	6,2%	4,8%
	MPU (mediz.-psych. Untersuchung)	2,9%	1,8%	2,8%	6,8%	0,8%	5,7%
		Gesamt N	884	165	1049	1229	258
Bezirk des Wohnorts der betreuten Person	Hamburg-Mitte	17,3%	13,6%	16,7%	12,2%	9,4%	11,8%
	Altona	12,7%	18,6%	13,7%	14,6%	15,0%	14,7%
	Eimsbüttel	10,1%	15,0%	10,9%	12,8%	15,5%	13,3%
	Hamburg-Nord	18,7%	16,4%	18,3%	15,8%	17,6%	16,1%
	Wandsbek	13,4%	11,4%	13,1%	16,7%	18,0%	17,0%
	Bergedorf	6,5%	5,0%	6,2%	7,9%	3,9%	7,2%
	Harburg	12,4%	10,0%	12,0%	13,0%	16,3%	13,6%
	außerhalb Hamburg	5,6%	7,9%	6,0%	5,2%	4,3%	5,0%
	ohne festen Wohnsitz	3,3%	2,1%	3,1%	1,7%	0,0%	1,4%
	Gesamt N	694	140	834	1094	233	1327
weitere Hauptdrogen/Hauptprobleme der Betreuten in 2007 (Mehrfachantwort)	Alkohol	61,2%	68,5%	62,4%	42,9%	38,5%	42,1%
	Cannabis	62,7%	54,9%	61,5%			
	Halluzinogene	6,9%	6,8%	6,9%			
	Amphetamine	20,1%	21,6%	20,4%			
	Sedativa	2,9%	8,6%	3,8%	1,8%	4,8%	2,4%
	Essstörung	1,0%	8,0%	2,1%	0,5%	11,7%	2,5%
	Glücksspiel	4,6%	1,2%	4,0%	2,2%	0,0%	1,8%
	Gesamt N	829	162	991	1251	273	1524
Alter zu Betreuungsbeginn		31,3	32,0	31,4	26,0	26,7	26,1
	Gesamt N	829	162	991	1251	273	1524
Alter in Kategorien	bis 18	1,0%	1,3%	1,0%	12,1%	13,1%	12,3%
	18-27	35,4%	33,3%	35,0%	51,1%	49,3%	50,8%
	28-35	29,5%	26,9%	29,1%	19,3%	14,9%	18,5%
	36-45	28,3%	30,8%	28,7%	12,2%	16,0%	12,9%
	46-60	5,6%	7,7%	5,9%	5,1%	6,7%	5,4%
	>60	0,2%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,1%
Alter bei Erstkonsum	Nikotin	13,9	13,9	13,9	14,1	13,5	14,0
	Alkohol	14,4	14,8	14,4	14,5	14,4	14,5
	Cannabis	15,7	15,8	15,7	15,5	15,6	15,5
	Kokain	21,0	21,7	21,1			
	Halluzinogene	18,9	20,2	19,1			
	Amphetamine	19,4	20,4	19,6			
	Sedativa	23,6	23,1	23,5	26,1	23,4	25,3
	Glücksspiel	19,9	16,0	19,8	20,5		20,5

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Alter bei Störungsbeginn	Nikotin	15,9	16,0	15,9	15,6	16,1	15,7
	Alkohol	20,7	23,8	21,3	21,0	21,8	21,1
	Cannabis	17,8	17,9	17,8	17,6	18,5	17,8
	Kokain	23,1	24,5	23,4			
	Halluzinogene	19,4	22,4	19,8			
	Amphetamine	19,8	21,3	20,1			
	Sedativa	26,0	26,4	26,2			
	Glücksspiel	22,1	16,0	21,9	23,9		23,9

		kein Konsum	einen Tag	2 bis 7 Tage	8 bis 25	(fast) täglich	Gesamt N
Kokain: Konsumhäufigkeit innerhalb der letzten 30 Tage	Nikotin	13,5%	0,9%	0,6%	5,4%	79,6%	334
	Alkohol	45,5%	2,3%	15,4%	22,5%	14,3%	488
	Cannabis	60,2%	1,5%	7,5%	12,7%	18,0%	455
	Kokain	68,7%	3,2%	12,9%	12,7%	2,5%	598
	Halluzinogene	96,2%	1,0%	1,0%	1,9%	0,0%	105
	Amphetamine	87,2%	0,6%	5,2%	5,8%	1,2%	172
	Sedativa	88,5%	0,0%	0,0%	3,3%	8,2%	61
	Essstörung	91,8%	0,0%	0,0%	2,0%	6,1%	49
Glücksspiel	95,6%	0,0%	4,4%	0,0%	0,0%	68	
Cannabis: Konsumhäufigkeit innerhalb der letzten 30 Tage	Nikotin	8,8%	1,3%	1,3%	7,0%	81,7%	398
	Alkohol	42,2%	2,8%	17,3%	24,1%	13,6%	543
	Cannabis	44,1%	3,6%	10,4%	20,1%	21,8%	1022

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Trinkmenge Alkohol in Gramm reiner Alkohol an Tagen mit Konsum	0g	66,2%	65,5%	66,1%	62,1%	63,5%	62,4%
	bis 20g	2,5%	1,8%	2,4%	4,3%	1,6%	3,8%
	bis 40g	3,2%	3,6%	3,3%	7,3%	4,8%	6,9%
	bis 60g	2,8%	3,6%	3,0%	2,0%	4,8%	2,5%
	bis 80g	4,3%	9,1%	5,1%	5,0%	7,9%	5,5%
	bis 120g	5,0%	3,6%	4,8%	4,0%	3,2%	3,8%
	bis 200g	5,0%	5,5%	5,1%	7,6%	7,9%	7,7%
	bis 300g	6,4%	5,5%	6,3%	4,0%	3,2%	3,8%
	bis 400g	2,5%	1,8%	2,4%	2,0%	1,6%	1,9%
	bis 500g	1,1%	0,0%	0,9%	0,3%	0,0%	0,3%
	über 500g	1,1%	0,0%	0,9%	1,3%	1,6%	1,4%
Gesamt N	281	55	336	301	63	364	
Vorangegangene Betreuungen eines Klienten in den letzten 60 Tagen vor Betreuungsbeginn der letzten dokumentierten Betreuung (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	1,9%	4,2%	2,3%	0,5%	0,9%	0,6%
	Ambulante Betreuung/Beratung	12,6%	15,5%	13,0%	8,8%	11,1%	9,2%
	Amb. Reha	0,6%	2,1%	0,8%	0,9%	1,8%	1,1%
	Amb. mediz. Behandlung	3,7%	10,6%	4,8%	1,8%	6,5%	2,6%
	Stat. mediz. Behandlung	3,6%	3,5%	3,6%	2,0%	5,5%	2,6%
	Stat. Entwöhnungsbehandlung	11,2%	14,8%	11,8%	4,3%	6,0%	4,6%
	Betreutes Wohnen	1,7%	2,1%	1,7%	2,8%	2,8%	2,8%
	Entgiftung/Entzug	12,7%	16,2%	13,3%	11,7%	11,5%	11,7%
	Substitutionsbehandlung	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
	PSB für Substituierte	0,1%	0,7%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
	Psychia./psychothera. Behandlung	3,2%	12,7%	4,7%	3,6%	11,5%	5,0%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,7%	1,4%	0,8%	0,3%	1,4%	0,5%
	Aufsuchende Arbeit	0,1%	0,0%	0,1%	0,4%	0,0%	0,3%
	Externe Haftbetreuung	3,7%	0,7%	3,2%	1,5%	0,0%	1,2%
	Selbsthilfegruppe	1,0%	5,6%	1,7%	2,6%	2,3%	2,5%
	sonstiges	2,2%	4,9%	2,7%	2,1%	4,1%	2,4%
keine Betreuung	57,5%	42,3%	55,0%	66,8%	55,8%	64,9%	
Gesamt N	725	142	867	1016	217	1233	

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Zeitlicher Abstand zwischen Erstkontakt zur Suchthilfe und aktuellem Betreuungsbeginn	kein Kontakt	26,1%	16,4%	24,5%	36,9%	29,6%	35,6%
	Kontakt, Alter unbekannt	30,6%	43,4%	32,7%	26,7%	40,2%	29,2%
	letzten 12 Monate	5,5%	6,6%	5,7%	8,6%	7,8%	8,4%
	bis 2 Jahre	6,8%	13,1%	7,9%	7,7%	6,7%	7,5%
	bis 5 Jahre	17,1%	8,2%	15,6%	11,1%	8,9%	10,7%
	bis 10 Jahre	8,6%	9,0%	8,7%	4,9%	3,9%	4,7%
	bis 15 Jahre	4,1%	2,5%	3,8%	2,6%	1,7%	2,5%
	mehr als 15 Jahre	1,1%	0,8%	1,1%	1,5%	1,1%	1,4%
	Gesamt N	614	122	736	794	179	973
Anzahl stationärer Entzüge zu Betreuungsbeginn	keinen Entzug	55,2%	50,5%	54,5%	69,1%	63,2%	68,0%
	mind 1 Entzug	0,2%	1,0%	0,3%	0,1%	0,0%	0,1%
	1 Entzug	25,1%	26,3%	25,3%	18,8%	19,7%	19,0%
	2 Entzüge	8,6%	7,1%	8,3%	5,8%	7,9%	6,2%
	3 Entzüge	4,6%	9,1%	5,3%	3,1%	3,3%	3,1%
	bis 5 Entzüge	3,5%	4,0%	3,6%	1,5%	2,0%	1,6%
	bis 10 Entzüge	2,2%	2,0%	2,2%	1,5%	2,0%	1,6%
	> 10 Entzüge	0,6%	0,0%	0,5%	0,1%	2,0%	0,5%
	Gesamt N	538	99	637	685	152	837
Anzahl ambulanter Entzüge zu Betreuungsbeginn	keinen Entzug	86,0%	78,3%	84,8%	91,8%	86,6%	90,9%
	mind 1 Entzug	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	1 Entzug	8,3%	14,1%	9,2%	5,9%	7,4%	6,2%
	2 Entzüge	3,4%	4,3%	3,5%	0,8%	3,4%	1,2%
	3 Entzüge	0,6%	2,2%	0,8%	0,6%	0,7%	0,6%
	bis 5 Entzüge	1,4%	0,0%	1,2%	0,3%	1,3%	0,5%
	bis 10 Entzüge	0,2%	1,1%	0,3%	0,3%	0,7%	0,4%
	> 10 Entzüge	0,2%	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%	0,2%
	Gesamt N	507	92	599	661	149	810
Anzahl stationärer Rehabilitationen zu Betreuungsbeginn	keine Reha	65,7%	64,3%	65,5%	83,1%	78,0%	82,2%
	mind 1 Reha	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,7%	0,1%
	1 Reha	24,7%	23,5%	24,5%	11,4%	16,0%	12,3%
	2 Rehas	7,3%	9,2%	7,6%	3,6%	2,7%	3,4%
	3 Rehas	1,7%	2,0%	1,7%	1,6%	2,7%	1,8%
	bis 5 Rehas	0,4%	1,0%	0,5%	0,3%	0,0%	0,2%
	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	531	98	629	674	150	824
Anzahl ambulanter Rehabilitationen zu Betreuungsbeginn	keine Reha	87,2%	82,3%	86,4%	94,8%	89,3%	93,8%
	mind 1 Reha	0,6%	1,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%
	1 Reha	10,5%	14,6%	11,1%	4,9%	10,0%	5,8%
	2 Rehas	1,6%	1,0%	1,5%	0,1%	0,7%	0,2%
	3 Rehas	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
	bis 5 Rehas	0,2%	0,0%	0,2%	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%	1,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
	Gesamt N	516	96	612	671	150	821
Dauer aller Teilnahmen an Selbsthilfegruppen zu Betreuungsbeginn	nie Selbsthilfe	87,0%	86,8%	87,0%	88,6%	89,2%	88,7%
	bis 1 Jahr	10,5%	8,8%	10,3%	9,4%	10,8%	9,7%
	bis 2 Jahre	1,4%	0,0%	1,2%	1,1%	0,0%	0,9%
	bis 3 Jahre	0,7%	1,5%	0,8%	0,2%	0,0%	0,1%
	bis 5 Jahre	0,2%	2,9%	0,6%	0,2%	0,0%	0,1%
	bis 7 Jahre	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%
	bis 10 Jahre	0,2%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,1%
	>10 Jahre	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Gesamt N	438	68	506	616	130	746

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Anzahl an Krankenhaus-Tagen im letzten Jahr vor dieser Betreuung	keinen KKH-Tag	75,6%	75,2%	75,6%	82,3%	76,9%	81,2%
	bis 5 Tage	3,9%	10,1%	5,0%	3,3%	6,4%	3,9%
	bis 10 Tage	3,3%	0,9%	2,9%	2,0%	0,0%	1,6%
	bis 20 Tage	6,9%	1,8%	6,0%	3,6%	3,8%	3,7%
	bis 30 Tage	6,5%	2,8%	5,8%	6,3%	5,8%	6,2%
	bis 2 Monate	1,4%	5,5%	2,1%	1,6%	4,5%	2,1%
	bis 6 Monate	1,4%	1,8%	1,5%	0,6%	1,9%	0,9%
	>6 Monate	1,0%	1,8%	1,1%	0,3%	0,6%	0,4%
	Gesamt N	509	109	618	638	156	794
Ambulante medizinische Versorgung im letzten Jahr vor dieser Betreuung		56,5%	68,5%	58,7%	50,5%	65,7%	53,4%
	Gesamt N	504	108	612	610	143	753
Familienstand	ledig	71,8%	66,7%	71,0%	88,0%	84,4%	87,4%
	verheiratet	15,5%	7,2%	14,1%	6,7%	6,1%	6,6%
	geschieden	8,7%	21,6%	10,8%	3,3%	6,1%	3,8%
	verwitwet	0,1%	1,3%	0,3%	0,1%	0,4%	0,1%
	eheähnliche Gemeinschaft	2,4%	2,6%	2,5%	1,4%	0,8%	1,3%
	dauerhaft getrennt lebend	1,4%	0,7%	1,3%	0,5%	2,0%	0,8%
	Gesamt N	781	153	934	1141	244	1385
Partnerbeziehung	alleinstehend	50,3%	44,1%	49,3%	63,0%	57,8%	62,1%
	feste Beziehung, getrennt lebend	22,1%	31,7%	23,7%	21,3%	23,4%	21,7%
	feste Beziehung, zusammen lebend	27,6%	24,1%	27,0%	15,7%	18,8%	16,3%
	Gesamt N	736	145	881	1005	218	1223
Partner mit Suchtproblemen	keinen Partner	57,3%	52,8%	56,6%	68,5%	63,2%	67,5%
		7,6%	24,0%	10,2%	6,1%	24,5%	9,4%
	Gesamt N	670	125	795	932	204	1136
Lebenssituation (ohne Inhaftierte)	alleinlebend	44,6%	47,2%	45,1%	36,6%	37,6%	36,8%
	mit den Eltern	17,1%	6,3%	15,0%	36,2%	21,5%	33,4%
	alleine mit Kind(ern)	1,4%	17,6%	4,6%	0,2%	8,9%	1,9%
	mit Partner(in) allein	17,1%	12,0%	16,1%	7,6%	14,3%	8,9%
	mit Partner(in) und Kind(ern)	12,8%	10,6%	12,3%	6,9%	4,2%	6,4%
	mit Freund(innen)	1,9%	2,1%	1,9%	2,9%	3,8%	3,1%
	anderes	5,2%	4,2%	5,0%	9,6%	9,7%	9,6%
Gesamt N	579	142	721	991	237	1228	
Aufenthaltort des Klienten	in eigener Wohnung	53,6%	79,7%	58,0%	49,6%	69,9%	53,2%
	vorübergehend bei Freund(innen)	2,2%	2,6%	2,3%	2,0%	1,3%	1,9%
	bei Partner(in)	2,6%	4,6%	3,0%	1,0%	1,8%	1,1%
	bei Angehörigen	12,8%	4,6%	11,4%	30,2%	18,6%	28,1%
	betreutes Wohnen (Sucht- hilfeeinrichtung, Nachsorge)	2,1%	1,3%	2,0%	3,7%	5,8%	4,0%
	Frauenhaus	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,1%
	Klinik/Krankenhaus	1,3%	0,7%	1,2%	1,4%	0,4%	1,3%
	JVA/Haftanstalt	23,1%	5,2%	20,1%	9,5%	0,0%	7,8%
	Hotel/ Pension/Unterkunft	0,9%	0,7%	0,9%	1,7%	1,3%	1,7%
	auf der Straße/auf Trebe	1,3%	0,7%	1,2%	1,0%	0,4%	0,9%
Gesamt N	759	153	912	1037	226	1263	
Eigener Wohnraum der Klienten (ohne Inhaftierte)		83,3%	94,4%	85,6%	72,2%	83,6%	74,5%
	Gesamt N	576	144	720	890	219	1109
Anzahl Kinder	keine Kinder	61,8%	56,9%	61,0%	76,7%	73,0%	76,0%
	ein Kind	21,5%	24,8%	22,0%	15,3%	16,7%	15,5%
	2 Kinder	11,9%	11,8%	11,9%	5,1%	5,4%	5,1%
	3 Kinder	2,1%	3,3%	2,3%	2,1%	1,8%	2,0%
	4 Kinder	1,4%	2,0%	1,5%	0,5%	2,7%	0,9%
	5 Kinder	0,7%	0,7%	0,7%	0,1%	0,5%	0,2%
	>5 Kinder	0,7%	0,7%	0,7%	0,2%	0,0%	0,2%
	Gesamt N	764	153	917	963	222	1185

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Anzahl minderjähriger Kinder	keine mind. Kinder	70,7%	64,7%	69,7%	80,6%	78,8%	80,3%
	ein Kind	17,8%	22,9%	18,7%	13,7%	16,2%	14,2%
	2 Kinder	8,3%	8,5%	8,3%	4,1%	3,6%	4,0%
	3 Kinder	1,7%	2,0%	1,7%	1,5%	0,5%	1,3%
	4 Kinder	1,0%	1,3%	1,1%	0,1%	0,9%	0,3%
	>5 Kinder	0,4%	0,7%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%
	Gesamt N	762	153	915	961	222	1183
Aufenthaltort der minderjährigen Kinder	keine minderjährigen Kinder	71,2%	67,3%	70,6%	80,7%	80,6%	80,7%
	im Haushalt des Klienten	8,5%	23,1%	10,8%	7,0%	13,8%	8,2%
	bei anderem Elternteil	18,6%	2,7%	16,0%	11,7%	1,8%	9,9%
	bei Großeltern	0,4%	1,4%	0,6%	0,0%	0,5%	0,1%
	in Pflegefamilie	0,3%	2,7%	0,7%	0,1%	0,9%	0,3%
	in öffentl. Erziehungseinrichtung	0,3%	1,4%	0,4%	0,1%	0,9%	0,3%
	im eigenen Haushalt	0,7%	0,7%	0,7%	0,1%	0,5%	0,2%
	sonstiges	0,1%	0,7%	0,2%	0,3%	0,9%	0,4%
	Gesamt N	757	147	904	960	217	1177
Höchster Schulabschluss	z.Zt. Schüler	0,7%	2,9%	1,1%	11,8%	12,1%	11,8%
	ohne Abschluss	15,2%	7,2%	13,9%	12,9%	9,8%	12,3%
	Sonderschulabschluss	1,7%	0,0%	1,4%	1,5%	0,5%	1,3%
	Hauptschulabschluss	38,9%	21,7%	36,0%	33,2%	26,5%	32,0%
	Mittlere Reife	28,3%	42,8%	30,7%	24,7%	31,6%	25,9%
	Fachhochschulreife oder höherwertiger Abschluss	15,2%	25,4%	16,9%	16,0%	19,5%	16,6%
	Gesamt N	697	138	835	1003	215	1218
Berufsausbildung	z.Zt. Schüler/Auszubildender	4,2%	10,5%	5,2%	26,1%	25,2%	25,9%
	keine Ausbildung	40,8%	30,1%	39,0%	35,5%	31,8%	34,8%
	Ausbildung abgeschlossen	55,0%	59,4%	55,7%	38,4%	43,0%	39,2%
		Gesamt N	720	143	863	1023	214
Arbeits- und Ausbildungssituation (ohne Inhaftierte)	Vollzeit	33,6%	19,4%	30,8%	21,1%	19,2%	20,8%
	Teilzeit (regelmäßig)	3,7%	7,2%	4,3%	2,6%	5,5%	3,1%
	Gelegenheitsarbeit	3,1%	2,2%	2,9%	3,1%	2,7%	3,1%
	Schüler(in), Student(in), Auszubildende(r)	7,7%	14,4%	9,0%	30,1%	26,9%	29,5%
	Bundeswehr, Zivildienst	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,5%
	Rentner(in)	0,5%	0,7%	0,6%	0,9%	1,4%	1,0%
	erwerbslos/arbeitslos	46,1%	48,2%	46,5%	38,6%	38,8%	38,6%
	in Einrichtung	5,0%	3,6%	4,8%	2,9%	2,3%	2,8%
	Hausfrau/-mann	0,3%	4,3%	1,1%	0,0%	3,2%	0,6%
	Gesamt N	575	139	714	961	219	1180
Haupteinkommen (ohne Inhaftierte)	Einkommen aus Erwerbstätigkeit (Arbeitnehmer)	30,3%	22,1%	28,7%	23,3%	23,0%	23,2%
	Krankengeld	2,1%	2,1%	2,1%	0,9%	2,5%	1,2%
	Arbeitslosengeld I	5,0%	4,3%	4,9%	3,6%	1,5%	3,2%
	Arbeitslosengeld II	33,7%	42,1%	35,4%	31,9%	35,8%	32,6%
	Ausbildungsvergütung/ Umschulungsgeld/BAFÖG	3,5%	5,7%	3,9%	8,3%	10,3%	8,7%
	Sozialhilfe (inkl. Wohngeld)	2,6%	0,7%	2,2%	2,1%	2,0%	2,1%
	Rente	0,5%	0,7%	0,6%	1,2%	1,5%	1,2%
	Unterstützung durch Eltern/Verwandte	6,1%	7,1%	6,3%	14,6%	8,3%	13,4%
	Unterstützung durch Partner(in)	0,3%	1,4%	0,6%	0,3%	2,0%	0,7%
	Familieneinkommen (Hausfrau/-mann)	0,3%	2,1%	0,7%	3,2%	3,4%	3,3%
	Versorgung in einer Institution	3,6%	0,7%	3,1%	2,9%	2,0%	2,7%
	Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit	9,3%	5,7%	8,6%	4,0%	3,9%	4,0%
	keine Einkommen/mittellos	1,7%	1,4%	1,7%	0,9%	1,5%	1,0%
sonstiges	0,9%	3,6%	1,4%	2,8%	2,5%	2,7%	
	Gesamt N	578	140	718	868	204	1072
Einkommen durch Prostitution (ohne Inhaftierte)		0,0%	7,6%	1,4%	0,0%	1,5%	0,3%
	Gesamt N	417	92	509	627	134	761
Illegale Einkünfte (ohne Inhaftierte)		8,2%	6,0%	7,7%	3,4%	0,9%	3,0%
	Gesamt N	343	84	427	523	117	640

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Schulden	keine	31,3%	38,5%	32,5%	45,4%	60,8%	48,2%
	bis 5.000 Euro	25,2%	25,6%	25,2%	31,1%	25,3%	30,0%
	über 5.000 bis 25.000 Euro	22,1%	17,9%	21,4%	11,8%	7,0%	11,0%
	über 25.000 bis 50.000 Euro	4,9%	3,4%	4,7%	2,4%	0,6%	2,1%
	über 50.000 Euro	4,9%	0,0%	4,1%	0,3%	0,6%	0,3%
	Schulden, Höhe der/dem Kl. unklar	11,6%	14,5%	12,1%	9,1%	5,7%	8,4%
	Gesamt N	588	117	705	718	158	876
Probleme mit der Justiz (Mehrfachantworten)	keine	40,1%	80,3%	46,1%	55,6%	89,1%	61,1%
	BtMG § 35: Therapie statt Strafe	1,5%	0,0%	1,3%	0,5%	0,0%	0,4%
	BtMG § 37: Zurückstellung der Hauptverhandlung	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,5%
	einfache Bewährung	3,0%	1,7%	2,8%	2,6%	0,6%	2,3%
	Bewährung mit Weisung bzw. Auflage	14,5%	3,4%	12,9%	10,2%	1,1%	8,7%
	laufendes bzw. offenes Gerichtsverfahren	11,3%	3,4%	10,2%	7,7%	2,9%	6,9%
	in U-Haft	28,0%	6,8%	24,8%	11,4%	0,0%	9,5%
	in Strafhaft	27,2%	6,8%	24,2%	11,2%	0,0%	9,3%
	sonstiges (z.B. Führungsaufsicht /§63/§64 StGB)	1,5%	0,9%	1,4%	4,2%	4,6%	4,2%
	Führerscheinentzug	8,9%	5,1%	8,4%	11,6%	2,3%	10,1%
	Gesamt N	661	117	778	886	174	1060
Verurteilungen (iifetime) (Mehrfachantworten)	BTM-Delikte (Handel, Besitz)	26,0%	7,9%	23,1%	10,8%	1,6%	9,1%
	Körperverletzungen	26,2%	4,0%	22,6%	13,9%	4,8%	12,3%
	andere Delikte/Delikt unbekannt	27,9%	4,8%	24,1%	16,0%	3,2%	13,7%
	Alkohol/oder Drogeneinfluss am Steuer	11,7%	6,3%	10,9%	9,0%	0,0%	7,4%
	Beschaffungskriminalität	18,3%	3,2%	15,8%	8,8%	2,1%	7,6%
	keine	40,5%	80,2%	46,9%	60,7%	89,9%	65,9%
	Gesamt N	657	126	783	865	188	1053
Dauer der Strafhaft	keine Haft	45,4%	81,4%	51,3%	67,4%	87,7%	70,8%
	Haft, Dauer unbekannt	9,3%	7,8%	9,0%	6,1%	8,0%	6,4%
	bis 3 Monate	7,3%	3,1%	6,6%	6,4%	2,5%	5,7%
	bis 6 Monate	3,4%	1,6%	3,1%	3,1%	0,0%	2,6%
	bis 12 Monate	6,9%	0,8%	5,9%	3,8%	0,6%	3,2%
	bis 2 Jahre	9,6%	0,0%	8,0%	5,4%	0,6%	4,6%
	bis 3 Jahre	7,0%	2,3%	6,3%	3,0%	0,0%	2,5%
	bis 5 Jahre	6,6%	0,8%	5,6%	2,4%	0,6%	2,1%
	bis 10 Jahre	3,1%	2,3%	3,0%	1,4%	0,0%	1,1%
	>10 Jahre	1,3%	0,0%	1,1%	1,1%	0,0%	0,9%
Gesamt N	669	129	798	800	162	962	
Nationalität	deutsch	80,4%	92,4%	82,4%	86,0%	93,4%	87,3%
	EU - Europäische Union	2,7%	3,2%	2,8%	3,8%	2,2%	3,5%
	andere Staatsangehörigkeit	16,8%	4,4%	14,8%	10,2%	4,4%	9,1%
	Gesamt N	802	158	960	1019	229	1248
Migrationshintergrund	kein Migrationshintergrund	65,8%	83,7%	68,8%	73,0%	80,4%	74,3%
	selbst migriert	18,8%	8,8%	17,2%	13,3%	6,2%	12,1%
	als Kind von Migranten geboren	15,4%	7,5%	14,1%	13,7%	13,3%	13,6%
	Gesamt N	749	147	896	1058	225	1283
Vater mit Suchtproblemen		36,3%	42,2%	37,3%	35,4%	39,2%	36,0%
	Gesamt N	543	109	652	667	143	810
Mutter mit Suchtproblemen		17,2%	27,2%	18,9%	19,4%	30,6%	21,5%
	Gesamt N	547	114	661	684	157	841
Heim, öffentliche Erziehung in der Kindheit		17,4%	18,3%	17,6%	18,9%	29,8%	20,8%
	Gesamt N	671	120	791	845	178	1023
Körperliche Gewalterfahrung im Leben		57,3%	70,2%	59,4%	50,2%	56,1%	51,2%
	Gesamt N	522	104	626	662	148	810
Sexuelle Gewalterfahrung im Leben		7,5%	53,1%	16,0%	4,5%	41,1%	11,5%
	Gesamt N	416	96	512	530	124	654
Gewaltausübung im Leben		54,3%	25,8%	50,2%	44,5%	21,5%	40,8%
	Gesamt N	521	89	610	667	130	797

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Gesundheitliche-körperliche Beeinträchtigung	gar nicht	34,7%	17,3%	31,7%	40,2%	25,0%	37,4%
	wenig	35,6%	46,0%	37,4%	32,2%	36,1%	32,9%
	mittel	23,0%	25,2%	23,4%	18,6%	28,8%	20,5%
	erheblich	5,8%	10,8%	6,6%	8,2%	9,1%	8,3%
	extrem	0,9%	0,7%	0,9%	0,9%	1,0%	0,9%
	Gesamt N	674	139	813	931	208	1139
Grad der Behinderung	Keine Behinderung	96,5%	95,5%	96,4%	95,1%	96,4%	95,3%
	behindert, aber nicht beantragt	2,1%	0,9%	1,9%	1,7%	2,4%	1,8%
	20%	0,0%	0,9%	0,1%	0,4%	0,0%	0,3%
	30%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
	40%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
	50%	0,3%	0,9%	0,4%	1,3%	0,6%	1,1%
	60%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,6%	0,2%
	70%	0,3%	1,8%	0,6%	0,6%	0,0%	0,5%
	80%	0,2%	0,0%	0,1%	0,4%	0,0%	0,3%
	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
Gesamt N	577	112	689	710	165	875	
HIV Infektion		0,6%	1,0%	0,6%	0,5%	0,0%	0,4%
	kein Test bisher	5,9%	4,0%	5,6%	11,3%	6,5%	10,5%
	Gesamt N	539	100	639	602	124	726
Hepatitis C Infektion		2,0%	5,2%	2,5%	1,7%	1,6%	1,6%
	kein Test bisher	5,2%	4,1%	5,0%	10,9%	8,8%	10,6%
	Gesamt N	542	97	639	604	125	729
Schädigungen des Nervensystems		5,0%	3,9%	4,8%	5,4%	9,1%	6,1%
	Gesamt N	562	102	664	645	154	799
Leberschäden		9,0%	9,4%	9,0%	7,8%	5,9%	7,4%
	Gesamt N	558	106	664	642	152	794
Epileptische Anfälle		3,0%	2,9%	3,0%	3,5%	3,4%	3,4%
	Gesamt N	540	104	644	665	149	814
Atemwegserkrankungen		11,5%	12,1%	11,6%	11,1%	14,9%	11,8%
	Gesamt N	529	99	628	638	141	779
Herz- Kreislaufbeschwerden		7,4%	17,8%	9,1%	9,8%	10,4%	9,9%
	Gesamt N	564	107	671	665	154	819
Delir		2,8%	0,0%	2,3%	2,6%	3,8%	2,8%
	Gesamt N	573	111	684	683	160	843
Schlafstörungen		38,7%	54,9%	41,4%	40,3%	58,4%	43,8%
	Gesamt N	573	113	686	683	166	849
Sonstige schwere Erkrankungen		14,3%	30,1%	16,7%	12,5%	21,4%	14,2%
	Gesamt N	554	103	657	662	154	816
Zahnstatus	normal / saniert	77,3%	87,8%	79,1%	77,8%	87,3%	79,7%
	behandlungsbedürftig	19,8%	10,4%	18,2%	19,3%	11,4%	17,8%
	ruinös	2,9%	1,7%	2,7%	2,8%	1,3%	2,5%
	Gesamt N	546	115	661	668	158	826
Psychische/seelische Belastung	gar nicht	5,6%	3,6%	5,3%	7,5%	3,4%	6,7%
	wenig	26,9%	17,1%	25,3%	30,0%	13,1%	26,8%
	mittel	39,1%	37,1%	38,7%	34,8%	37,4%	35,3%
	erheblich	23,7%	37,1%	26,0%	23,1%	37,4%	25,8%
	extrem	4,6%	5,0%	4,7%	4,6%	8,7%	5,4%
	Gesamt N	691	140	831	883	206	1089
Ängste/Phobien	gar nicht	27,5%	18,4%	25,9%	29,1%	7,3%	24,9%
	wenig	35,6%	31,2%	34,8%	35,6%	32,6%	35,0%
	mittel	23,7%	31,2%	25,0%	23,7%	34,8%	25,9%
	erheblich	12,2%	17,6%	13,2%	10,4%	21,9%	12,7%
	extrem	1,0%	1,6%	1,1%	1,1%	3,4%	1,5%
	Gesamt N	596	125	721	738	178	916

		Kokain			Cannabis		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Körperlich-motorische Nervosität/Unruhe	gar nicht	22,9%	15,1%	21,6%	25,5%	18,6%	24,1%
	wenig	36,7%	42,1%	37,7%	34,7%	36,1%	35,0%
	mittel	27,8%	27,8%	27,8%	30,0%	31,7%	30,3%
	erheblich	10,7%	15,1%	11,5%	9,1%	12,0%	9,7%
	extrem	1,8%	0,0%	1,5%	0,7%	1,6%	0,8%
	Gesamt N	615	126	741	766	183	949
Innere Nervosität/Unruhe	gar nicht	12,6%	6,3%	11,5%	11,9%	4,9%	10,5%
	wenig	31,7%	28,9%	31,2%	33,0%	27,3%	31,9%
	mittel	33,0%	42,2%	34,6%	38,0%	44,3%	39,2%
	erheblich	20,7%	21,1%	20,8%	15,5%	20,2%	16,4%
	extrem	2,0%	1,6%	1,9%	1,6%	3,3%	1,9%
	Gesamt N	609	128	737	766	183	949
Überhöhte Selbsteinschätzung	gar nicht	24,4%	39,0%	26,9%	25,1%	39,8%	27,9%
	wenig	29,0%	35,0%	30,0%	34,7%	36,5%	35,1%
	mittel	29,2%	17,9%	27,3%	26,2%	16,0%	24,2%
	erheblich	15,2%	7,3%	13,9%	12,3%	6,6%	11,2%
	extrem	2,1%	0,8%	1,9%	1,7%	1,1%	1,6%
	Gesamt N	606	123	729	757	181	938
Depressive Stimmung	gar nicht	21,4%	12,5%	19,9%	20,9%	7,6%	18,3%
	wenig	36,2%	29,7%	35,1%	35,4%	25,5%	33,5%
	mittel	29,5%	36,7%	30,7%	29,3%	40,8%	31,5%
	erheblich	10,4%	20,3%	12,1%	12,5%	21,7%	14,3%
	extrem	2,5%	0,8%	2,2%	2,0%	4,3%	2,4%
	Gesamt N	607	128	735	762	184	946
Paranoide Inhalte, Halluzinationen	gar nicht	81,4%	81,3%	81,4%	79,1%	74,8%	78,3%
	wenig	13,2%	10,6%	12,8%	14,0%	16,6%	14,5%
	mittel	4,3%	7,3%	4,8%	4,5%	6,7%	4,9%
	erheblich	0,9%	0,8%	0,9%	2,2%	0,6%	1,9%
	extrem	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	1,2%	0,3%
	Gesamt N	582	123	705	728	163	891
Aggressionen	gar nicht	28,1%	30,4%	28,5%	32,6%	36,6%	33,3%
	wenig	34,9%	48,0%	37,2%	37,3%	32,6%	36,4%
	mittel	25,7%	15,2%	23,9%	21,2%	25,1%	21,9%
	erheblich	9,5%	5,6%	8,8%	8,3%	5,1%	7,7%
	extrem	1,7%	0,8%	1,5%	0,7%	0,6%	0,7%
	Gesamt N	587	125	712	737	175	912
Sonstige schwere psychische Probleme		20,0%	33,3%	22,4%	22,7%	44,4%	26,9%
	Gesamt N	544	117	661	640	153	793
Anzahl Suizidversuche (lifetime)	keine	79,1%	48,9%	73,9%	84,9%	66,7%	81,4%
	1 Suizidversuch	16,1%	41,5%	20,6%	11,0%	22,5%	13,2%
	2 Suizidversuche	2,7%	7,4%	3,5%	2,7%	3,3%	2,9%
	3 Suizidversuche	0,4%	2,1%	0,7%	0,8%	3,3%	1,3%
	bis 5 Suizidversuche	1,1%	0,0%	0,9%	0,4%	3,3%	1,0%
	bis 10 Suizidversuche	0,4%	0,0%	0,4%	0,2%	0,8%	0,3%
	Gesamt N	446	94	540	510	120	630

