

SUCHT

Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis
German Journal of Addiction Research and Practice

Sonderheft/Supplement

Herausgeber/Editors

K. Welsch, D. Sonntag

Deutsche Suchthilfestatistik 2002
*Statistical report for 2002 on treatment
facilities for substance-abuse disorders
in Germany*

SUCHT

Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis

Gründung 1891

Frühere Titel

- 1891–1901: Internationale Monatsschrift zur Bekämpfung der Trinksitten
- 1902–1919: Internationale Monatsschrift zur Erforschung des Alkoholismus und Bekämpfung der Trinksitten
- 1922–1934 (1): Internationale Zeitschrift gegen den Alkoholismus
- 1934 (2)–1943: Forschungen zur Alkoholfrage Internationale wissenschaftliche Zeitschrift gegen den Alkoholismus
- 1955–1989: Suchtgefahren

Erscheinungsweise

6 Hefte pro Jahr und Sonderhefte

Herausgeber

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), Postfach 1369, 59003 Hamm (www.dhs.de)
 Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT), Postfach 1433, 59004 Hamm (www.dg-sucht.de)

Konzeption

SUCHT ist eine interdisziplinäre Fachzeitschrift und offizielles Organ der DHS und der DG-SUCHT. Sie wendet sich an Wissenschaftler und wissenschaftlich interessierte Praktiker. SUCHT veröffentlicht Beiträge in deutscher und englischer Sprache, die sich mit dem Gebrauch psychoaktiver Substanzen, mit substanzbezogenen Störungen und ihren Grenzgebieten befassen. Manuskripte sollen einen signifikanten Beitrag zur Verbesserung des Wissens im Bereich der Ätiologie, Epidemiologie, Prävention oder Therapie leisten. Auf empirisch fundierte Arbeiten wird Wert gelegt. Eine besondere Zielsetzung ist die Ableitung von praxisnahen fachlichen und gesundheitspolitischen Schlussfolgerungen aus neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Die Zeitschrift ist Mitglied der International Society of Addiction Journal Editors (ISAJE) und wendet die dort erarbeiteten ethischen Leitlinien an (»Ethical Practice Guidelines in Addiction Publishing«, www.zeitschrift-sucht.de). Alle wissenschaftlichen Beiträge werden begutachtet.

Datenbank-Auswertung

SUCHT wird ausgewertet für Addiction Abstracts, EMBASE, ETOH (NIAAA-Databse), IBR, IBZ, JURIS, PsycINFO, PSYNDEX, SoLit.

SUCHT

German Journal of Addiction Research and Practice

Founded 1891

Previous Titles [Partly translations]

- 1891–1901: [International Monthly Journal for the Fight against Drinking Practices]
- 1902–1919: [International Monthly Journal of Research on Alcoholism and the Fight against Drinking Practices]
- 1922–1934 (1): International Review against Alcoholism
- 1934 (2)–1943: Alcohol Studies International Scientific Review against Alcoholism
- 1955–1989: [Dangers of Addiction]

Publication Frequency

Bimonthly and Supplements

Publisher

German Council on Addiction Problems (DHS), P. O. Box 1369, 59003 Hamm, Germany (www.dhs.de)
 German Society for Addiction Research and Addiction Therapy (DG-SUCHT), P. O. Box 1433, 59004 Hamm, Germany (www.dg-sucht.de)

Mission

SUCHT is an interdisciplinary scientific journal and the official publication of the DHS and DG-SUCHT. The journal is directed at researchers and scientifically interested practitioners. SUCHT publishes contributions in German and English, which deal with substance use, substance use disorders and related areas. Manuscripts should make a significant contribution to the improvement of knowledge in the areas of aetiology, epidemiology, prevention, or treatment. Importance is attached on empirically based papers. A special objective is to derive practical conclusions with health-political implications from new scientific findings. The journal is a member of the International Society of Addiction Journal Editors (ISAJE) and conforms to its ethical principles (»Ethical Practice Guidelines in Addiction Publishing«, www.zeitschrift-sucht.de). All scientific contributions are peer-reviewed.

Abstracting Information

SUCHT is indexed in Addiction Abstracts, EMBASE, ETOH (NIAAA-Database), IBR, IBZ JURIS, PsycINFO, PSYNDEX, SoLit.

SUCHT

Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis
German Journal of Addiction Research and Practice

REDAKTION

Chefredakteur/Editor-in-Chief

Gerhard Bühringer
IFT Institut für Therapieforschung, München

Stellvertretender Chefredakteur/ Deputy Editor-in-Chief

Hans Watzl
Universität Konstanz

Redaktionsassistentin/Editorial Assistant

Jutta Künzel
IFT Institut für Therapieforschung, München

Redaktionsbüro/Editorial Office

IFT Institut für Therapieforschung
Parzialstraße 25
80804 München
Tel. +49 (0)89-36 08 04 15
Fax +49 (0)89-36 08 04 19
Email: kuenzel@ift.de

Redakteure/Assistant Editors

Anil Batra, Tübingen
Dieter Caspari, St. Wendel
Ralf Demmel, Münster
Heribert Fleischmann, Neustadt a.d. Waldnaab
Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Köln
Andreas Heinz, Berlin
Thomas Kuhlmann, Bergisch-Gladbach
Johannes Lindenmeyer, Lindow
Thomas Redecker, Oerlinghausen
Fred Rist, Münster
Norbert Scherbaum, Essen
Lutz G. Schmidt, Mainz
Friedhelm Stetter, Porta Westfalica
Stephan Teysen, Bremen
Heinz C. Vollmer, Friedberg
Rolf Hüllinghorst (Vertreter der Herausgeber)

BEIRAT

Beirat/Editorial Advisory Board

David Balfour, Dundee (GB)
Martin Beutel, Münzesheim
Jobst Böning, Würzburg
Wim van den Brink, Amsterdam (NL)
Miles Cox, Bangor (GB)
Rudolf Egg, Wiesbaden
Markus Gastpar, Essen
Gerhard Gmel, Lausanne (CH)
Ursula Havemann-Reinecke, Göttingen
Ulrich John, Greifswald
Georg Kremer, Bielefeld
Arthur Kreuzer, Gießen
Christoph Kröger, München

Hans-Peter Krüger, Würzburg
Heinrich Küfner, München
Dieter Ladewig, Basel (CH)
Karl Mann, Mannheim
Jürgen Margraf, Basel (CH)
Gordon A. Marlatt, Seattle (USA)
Hans Maurer, Homburg/Saar
Jörg Petry, Neunkirchen
Klaus Püschel, Hamburg
Jürgen Rehm, Zürich (CH)
Karl-Heinz Reuband, Düsseldorf
Brigitte Rockstroh, Konstanz
Hans Rommelspacher, Berlin
Hans-Jürgen Rumpf, Lübeck

Gerard Schippers, Amsterdam (NL)
Helmut K. Seitz, Heidelberg
Rainer K. Silbereisen, Jena
Karl-Ludwig Täschner, Stuttgart
Alfred Uhl, Wien (A)
Hans-Ulrich Wittchen, Dresden
Jochen Wolffgramm, Tübingen

Ehrenmitglieder des Beirats/ Honorary Editorial Advisory Board

Wilhelm Feuerlein, München
Joachim Gerchow, Frankfurt a. M.
Dietrich Kleiner, Berlin
Klaus Wanke, Homburg/Saar

IMPRESSUM

Verlag/Publishing Company

Anzeigenverwaltung/Advertisements

Neuland-Verlagsgesellschaft mbH
Postfach 1422
D-21496 Geesthacht
Tel. +49 (0)4152-813 42
Fax +49 (0)4152-813 43
Internet: www.neuland.com
Geschäftsführer/Managing director: Jens Burmester
Email: gf@neuland.com
Abonnementsbetreuung/Journal subscription:
Frank Lindemann
Email: Vertrieb@neuland.com

Herstellung/Production

Gestaltung/Design: zwart design, Hamburg
Druck/Printing: Meiling Druck, Haldensleben

Papier/Paper

Das Papier ist gemäß ISO-Nr. 9706 säurefrei und alterungsbeständig/Acid-free permanent paper to the draft standard ISO-Nr. 9706 is used.

ISSN 0939-5911

Bezugspreise und -bedingungen

Inland: 98,- Euro
Ausland: 138,- Euro
Einzelheft: 26,- Euro
Die Preise beinhalten Versandkosten und Mehrwertsteuer. Die Rechnungsstellung erfolgt zu Jahres- bzw. Abonnementsbeginn. Das Abonnement verlängert sich, wenn es nicht bis zum 30. November gekündigt wird. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks bestehen keinerlei Rechtsansprüche seitens des Abonnenten.

Rechtliche Hinweise

Copyright: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH.
Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme mit Ausnahme der genannten Datenbanken.
Der Inhalt dieses Heftes wurde sorgfältig erarbeitet; jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Herausgeber und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge.

Subscription rates and conditions

Germany: Euro 98.00
Foreign countries: Euro 138.00
Single issues: Euro 26.00 each
Prices include delivery costs and VAT. Subscriptions will be billed from the beginning of the year in which they are placed, and back issues for that year (if any) will be posted to the subscriber. A subscription must be cancelled at least prior to the 30th November; otherwise it will be automatically renewed. In case delivery is prevented by strikes or acts of God, the subscriber is entitled to no legal compensation.

Legal Notices

Copyright: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH.
All parts of the journal are copyrighted. Each use of copyrighted material beyond the limits set by the copyright is inadmissible and subject to fine. Restrictions apply in particular to photocopies, translations, microfilming and electronic storage and processing of material.
Care is taken with each issue to avoid any errors, however errors cannot completely be ruled out. For this reason the authors, editors and publisher accept no responsibility for the accuracy of statements, comments or advices.

Deutsche Suchtkrankenhilfestatistik 2002 *Statistical report for 2002 on treatment facilities for substance-abuse disorders in Germany*

Herausgeber / Editors: K. Welsch, D. Sonntag

Editorial

Fortschritte bei der Implementierung einer bundesweiten Suchthilfestatistik / Progress in implementing a nationwide statistical report on treatment facilities for substance-abuse disorders

Gerhard Bühringer, Rolf Hüllinghorst 5

Jahresstatistik 2002 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland / *Annual Statistical Report for 2002 on Outpatient Treatment Facilities for Substance Use Disorders in Germany*

Karin Welsch, Dilek Sonntag 7

1	Einführung	8
2	Ziele eines Dokumentationssystems	8
3	Methodik	9
3.1	Auswahl und Operationalisierung der berücksichtigten Daten und Auswertungen	9
3.2	Software	11
3.3	System- und länderspezifische Arbeitsgemeinschaften	12
3.4	Daten- und Tabellensätze	12
3.5	Hinweise zum Verständnis der Auswertung	13
4	Datenbasis für die Auswertung 2002	13
4.1	Ausgewertete Einrichtungen	13
4.2	Erreichungsquote	15
4.3	Entwicklungen in den einzelnen Bundesländern und Trägergruppen	16
5	Daten zu den Einrichtungen	17
5.1	Struktur	18
5.2	Mitarbeiter	19
5.3	Finanzierung	19
5.4	Präventionsangebote	20
6	Daten zur Klientel (Statistik der Zugänge)	20
6.1	Übersicht	21
6.2	Verteilung der Hauptdiagnosen	22
6.3	Beschreibung der Klientel nach Substanzbezogenen Störungen	23
6.4	Beschreibung der Klientel nach Hauptdiagnosen: Essstörungen	29
6.5	Beschreibung der Klientel nach Hauptdiagnosen: Pathologisches Spielverhalten	30
6.6	Trendanalysen zu Einzel- und Hauptdiagnosen 1994–2001	30
7	Daten zu Interventionen (Statistik der Entlassungen)	33
7.1	Art der Interventionen	33
7.2	Substanzbezogene Hauptdiagnosen	34
7.3	Essstörungen	38
7.4	Pathologisches Spielverhalten	39
8	Diskussion der Ergebnisse: Cannabis ante portas	39
9	Literaturverzeichnis	40

Jahresstatistik 2002 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland / *Annual Statistical Report for 2002 on Inpatient Treatment Facilities for Substance Use Disorders in Germany*

<i>Karin Welsch, Dilek Sonntag</i>	42
1 Einleitung	43
2 Ziele der Dokumentation	43
3 Methodik	43
3.1 Daten- und Tabellensätze	43
3.2 Hinweise zum Verständnis der Tabellen und Abbildungen	43
4 Datenbasis für die Auswertung 2002	43
5 Daten zu den Einrichtungen	44
5.1 Struktur	44
5.2 Mitarbeiter	45
5.3 Finanzierung	46
6 Daten zur Klientel	46
6.1 Übersicht zur Klientel	46
6.2 Hauptdiagnosen	48
6.3 Substanzbezogene Einzeldiagnosen	52
6.4 Zugang zur Behandlung	53
7 Daten zu Interventionen	54
7.1 Vorbehandlung	55
7.2 Verlauf der Behandlung	55
7.3 Beendigung der Behandlung	57
8 Schlussfolgerungen	60
9 Literaturverzeichnis	62
Hinweise für Autoren/Instructions for Authors	64

Redaktionshinweis

Nach den Regeln der »Ethical Practice Guidelines in Addiction Publishing« (www.isaje.net) gibt die Redaktion folgende Informationen:

- Die Kosten dieses Sonderheftes wurden je zur Hälfte aus Abonnementgebühren und einem Zuschuss des IFT Institut für Therapieforschung aus Mitteln des Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung getragen (4.4.2.2 der Guidelines)
- Die Originalarbeiten des Sonderheftes wurden in der üblichen Form begutachtet (Peer-Review-Verfahren) (4.2.2.7 der Guidelines).
- Wegen möglicher Interessenskonflikte war der Chefredakteur am Begutachtungsprozess nicht beteiligt (4.4.2.4 der Guidelines).

Editorial Note

Under the rules of the »Ethical Practice Guidelines in Addiction Publishing« (www.isaje.net) the Editorial office announces that:

- Costs for the supplement were paid one half each by subscription fees and by an allowance of the IFT Institut für Therapieforschung from the public purse by the Federal Ministry of Health and Social Security (4.4.2.2 of the Guidelines).
- Scientific manuscripts of the supplement were peer reviewed as usual (4.2.2.7 of the Guidelines).
- Because of possible conflicts of interest the Editor-in-chief was not involved in the review process (4.4.2.4 of the Guidelines).

*Progress
in implementing
a nationwide
statistical report on
treatment facilities
for substance-
abuse disorders*

► Gerhard Bühringer, Rolf Hüllinghorst

Fortschritte bei der Implementierung einer bundesweiten Suchthilfestatistik

Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe hat seit Jahren einen hohen Stellenwert auf der gesundheitspolitischen Ebene. Es werden Tagungen durchgeführt, Ausschüsse eingesetzt und anspruchsvolle (kostenaufwendige) Strukturen auf Landes- und Regionalebene für die Organisation von Dokumentationssystemen, die Betreuung der Einrichtungen sowie die Auswertung und Interpretation der Daten gebildet. Die Realität der Umsetzung von Aktionsplänen und Qualitätsstandards sowie der Aufbereitung der Daten für eine bundesweite Auswertung sieht etwas anders aus. Hier gibt es erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Bundesländern und auch zwischen Trägern.

Erfreulich ist, dass die Zahl der Einrichtungen, die Daten für 2002 zur Verfügung stellte, um fast 25 % gegenüber 2001 zugenommen, und damit wieder die Höchstwerte aus der Zeit zwischen 1994 und 1999 erreicht hat. Kritisch sind nach wie vor die erheblichen Unterschiede bei der Umsetzung der – grundsätzlich verpflichtenden – Erhebung des Deutschen Kerndatensatzes als Minimaldokumentation und bei der zur Verfügungstellung für eine

bundesweite Auswertung: Die Erreichungsquote (das heißt der Prozentsatz der Einrichtungen, die Daten zur Verfügung stellen) schwankt zwischen etwa 5 % in zwei Bundesländern und mehr als etwa 90 % in vier Bundesländern.

Problematisch sind nach wie vor deutliche Mängel in der Datenqualität. Zwar sind erfreulicherweise offensichtliche Kodierungsfehler der Mitarbeiter zurückgegangen bzw. können auf Grund von Prüfungsroutinen schneller identifiziert werden. Kritisch ist aber der hohe Anteil fehlender Daten bei zentralen Fragestellungen (z. B. Anzahl der Kontakte: 19 % Missings) sowie der immer größer werdende Prüfungsaufwand durch die zunehmende Anzahl von Software-Programmen, mit denen die Daten erhoben und dokumentiert werden. Die Prüfung auf Plausibilität und Qualität der erhobenen Informationen ist zeitaufwendig, erfordert ständige Rücksprache mit den Herstellern der Software und ist bis heute unbefriedigend geregelt.

Fachlich das auffälligste Ergebnis ist die weiterhin deutliche Zunahme des Anteils von Klienten mit cannabisbe-

zogenen Störungen. Seit 2000 zeigt sich eine Zunahme um 1/3 der Fälle (von 6,3 % auf 8,6 %), seit 1997 um das 2,5fache (3,4 %). Diese auffällige Zunahme im Vergleich zu anderen Substanzen zeigt sich auch in den Bevölkerungsumfragen, sowohl im Hinblick auf die Anzahl der Konsumenten wie die Anzahl der Personen mit einer behandlungsbedürftigen Diagnose (Kraus und Bauernfeind, 2001). Neben den derzeit laufenden Forschungsvorhaben zu diesem Thema wird es notwendig sein, weitere Studien durchzuführen, insbesondere zur Qualität und Adäquatheit von Präventions- und Behandlungsansätzen.

Interessant ist auch die Entwicklung in den neuen Bundesländern seit der Wiedervereinigung. Von Vielen wurde zunächst eine rasche und drastische Zunahme des Drogenproblems auf das Niveau in der alten Bundesrepublik erwartet. Doch die Realität ist wesentlich differenzierter und auf den ersten Blick nicht sofort zu erklären: So liegt z. B. der Anteil der cannabisbezogenen Diagnosen inzwischen in den neuen Bundesländern sowohl bei Männern als auch bei Frauen höher als in den alten Ländern, während die Werte für

opiatbezogene Diagnosen nach wie vor erheblich geringer als im Westen sind. Bei Stimulantien liegen sie in den neuen Bundesländern höher, bei Kokain unter den Werten der alten Bundesländer. Eine differenzierte Analyse dieser Entwicklungen, der Unterschiede zwischen den alten und neuen Ländern und der möglichen Gründe wäre auch unter präventiven Gesichtspunkten interessant.

Tabak spielt nach wie vor eine extrem geringe Rolle in den Einrichtungen, obwohl er neben Alkohol die Substanz mit der größten gesundheitlichen Problematik in Deutschland darstellt. Offensichtlich findet das System der Suchtkrankenhilfe nach wie vor keinen Ansatz, Klienten mit einem entsprechenden Behandlungsbedarf in ihre Arbeit einzubeziehen.

Gerhard Bühringer
Rolf Hüllinghorst

Literatur

Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *SUCHT, Sonderheft 1*.

Korrespondenzadresse

Rolf Hüllinghorst
Deutsche Hauptstelle für
Suchtfragen e. V.
Westring 2
59065 Hamm
Tel. +49 - 23 81 - 90 15 10
huellinghorst@dhs.de

Annual statistical report for 2002 on outpatient treatment facilities for substance-abuse disorders in Germany

Key words

Clinical epidemiology, monitoring, substance abuse treatment service system, outpatient treatment, Germany

Abstract

Aims: The annual analysis of statistical data on outpatient treatment centres in Germany provides information about the service delivery structure, characteristics of clients, results achieved during the reporting year, and trends across time. **Method:** Statistics for 2002 are based on data from 161,553 clients in 454 outpatient treatment centres. Aggregated data were analysed according to federal guidelines, including the requirements of the German core data set. **Results:** 67% of the clients sought help for alcohol-related, 14% for opiate-related and 9% for cannabis-related disorders. The duration of treatment is usually between three and six months. About 39% of the patients complete their treatment as planned. **Conclusions:** The most significant change in the data is the increasing number of cannabis diagnoses in treatment centres. Future research should focus on the cannabis related disorders and specific treatment modalities.

► Karin Welsch¹, Dilek Sonntag¹

Jahresstatistik 2002 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland

Schlüsselwörter

Klinische Epidemiologie, Monitoring, Suchtkrankenhilfe, ambulante Behandlung, Deutschland

Zusammenfassung

Fragestellung: Die regelmäßige Auswertung von statistischen Daten über die Merkmale und Tätigkeit ambulanter Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland ermöglicht eine Beschreibung und Analyse der Versorgungsstruktur und deren eventuell vorhandene Mängel, der Klientencharakteristika sowie der im Bezugsjahr erzielten Ergebnisse. Sie erlaubt Trendanalysen zu langfristigen Veränderungen und dient zusätzlich als Grundlage für die Planung von Forschungsprojekten und Modellprogrammen zur Verbesserung einzelner Aspekte der Struktur und Qualität ambulanter Einrichtungen. **Methodik:** Die Statistik für 2002 basiert auf den Daten von 161.553 Klienten² aus 454 ambulanten Spezialeinrichtungen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen in Deutschland. Ausgewertet werden Aggregatdaten nach den standardisierten Vorgaben des Bundesdaten- und Bundestabellensatzes, der den Deutschen Kerndatensatz und den Kerndatensatz der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogenprobleme (EBDD) einschließt. **Ergebnisse:** Alkohol (schädlicher Ge-

brauch und Abhängigkeit) steht bei 67 % der Klienten mit eigener Symptomatik im Vordergrund der Betreuung³ (Hauptdiagnose), 14 % der Klienten haben eine opiatbezogene und 9 % eine cannabisbezogene Hauptdiagnose. Der Anteil der Klienten mit einer stimulantienbezogenen Hauptdiagnose (Ecstasy u. ä.) liegt mit 2,1 % höher als der Anteil derer mit Kokain (1,7 %). Die weiteren Substanzen sind bei den Hauptdiagnosen mit weniger als einem Prozent der Klientel vertreten; Essstörungen und Pathologisches Spielverhalten werden zusätzlich in geringem Umfang behandelt. Im Verlauf der letzten Jahre nahmen alkohol-, opiat-, cannabis- und stimulantienbezogene Hauptdiagnosen weiter zu. Für die anderen wichtigen Substanzen zeigt sich ein leichter Rückgang bzw. keine bedeutsame Veränderung. Der Anteil der ambulanten medizinischen

1 IFT Institut für Therapieforschung, München

2 »Klient« wird zur sprachlichen Vereinfachung als neutraler Begriff für männliche und weibliche Personen verwendet.

3 Der Begriff »Betreuung« wird als Oberbegriff für Beratung und/oder Behandlung verwendet.

Rehabilitation an der Gesamtfinanzierung hat sich in den letzten fünf Jahren fast verdoppelt (W: 10,8%; O: 2,6%). 39% der Klienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose und 19% derer mit opiatbezogener Hauptdiagnose werden planmäßig entlassen; 17% bzw. 28% werden weiter vermittelt. Nach wie vor ist der Anteil der Klienten, die die Betreuung abbrechen, mit 40% bei Alkohol und 43% bei Opiaten etwa gleich hoch. **Schlussfolgerungen:** Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass das ambulante Suchtkrankenhilfesystem im Durchschnitt bei knapp 50% der Klienten erfolgreich ist (planmäßige Entlassung oder Vermittlung). Im Vergleich zu den Vorjahren gibt es kaum relevante Veränderungen in den Einrichtungs-, Klienten- oder Betreuungsmerkmalen bis auf eine Ausnahme. Die seit einigen Jahren beobachtete Tendenz, dass es in der Bevölkerung immer mehr Cannabiskonsumenten gibt, setzt sich auch in diesem Jahr in den Behandlungszahlen fort. Dies sollte Anlass sein, Studien durchzuführen, die die cannabisbezogene Störung, ihre Behandlungsindikation sowie spezifische dafür notwendige Behandlungsinhalte genauer untersuchen.

1 Einführung

Die Dokumentation von Angebot und Nutzung von Beratungs- und Behandlungstätigkeiten gehört für Einrichtungen im Bereich der psychosozialen Versorgung zur Grundvoraussetzung für die Qualitätsentwicklung. Dieser Prozess wurde bereits 1980 mit der Einführung von EBIS-A (EinrichtungsBezogenes InformationsSystem) in der ambulanten und EBIS-S sowie DOSY (Dokumentationssystem) in der stationären Suchtkrankenhilfe initiiert. Der Schwerpunkt lag zunächst (1.) auf der *Dokumentation* des sich rasch weiterentwickelnden, damals in weiten Bereichen noch jungen Versorgungssegments an der Schnittstelle somatischer, psychischer und sozialer Interventionen und entsprechender Hilfesysteme sowie (2.) auf *Trendanalysen* auf Bundes-, Landes- und Ver-

bandsebene. Einrichtungen benötigten Jahresstatistiken zum Nachweis ihrer Tätigkeit bei finanziellen Verhandlungen über den Jahresetat. Verbände, Länder und Bund rechtfertigten mit den Statistiken das hohe finanzielle Engagement im Suchtkrankensbereich und nutzten Analysen über Defizite für die Entwicklung neuer Modellprogramme. Für die tägliche Arbeit der Beratung und Therapie wurden die Systeme ursprünglich wenig genutzt und waren dafür auch nur eingeschränkt konstruiert.

Seit etwa 1995 haben sich die Schwerpunkte verlagert. Zur Dokumentation und Trendanalyse kamen einrichtungsspezifische Interessen hinzu: Einzelfall-Abrechnungen und Leistungsstandards erforderten eine genauere Leistungsdokumentation, ein besseres Berichtswesen und automatische Abrechnungssysteme. Als zweite Entwicklung versuchten einige Bundesländer sowie alle Leistungsträger, einen wesentlich differenzierteren Einblick in Kosten und Nutzen des Versorgungssystems als bisher zu erhalten, und erwarteten sich viel detailliertere Informationen auf Klientenebene als früher. Insgesamt haben die Dokumentationssysteme seither zwei weitere Aufgaben erhalten: (3.) *Dokumentation des einzelnen Klientenverlaufs* und (4.) *Arbeitshilfe* für die Mitarbeiter der Einrichtungen.

Neue Aufgaben erfordern neue Instrumente. Vorhandene Dokumentationssysteme wie EBIS mussten für die neuen Aufgaben erheblich erweitert werden. Mehrere Varianten für ambulante und stationäre Einrichtungen bzw. spezifische Dienste wurden alleine innerhalb der EBIS-Systemfamilie entwickelt. Neue Softwareprogramme wie HORIZONT und PAT-FAK wurden von professionellen Software-Anbietern angeboten und sind für die Funktion der *Arbeitshilfe* in den Einrichtungen gut geeignet, da sie für spezifische Interessen programmiert werden. Sie mussten aber für die Verwendung als *Dokumentationssystem* mit einrichtungsübergreifender Auswertung erheblich ausgebaut und

ergänzt werden, da ansonsten die Daten aus verschiedenen Einrichtungen nicht hätten zusammengefügt oder verglichen werden können. Die Zusammenfassung und Auswertung der Daten aus verschiedenen Systemen hat sich gegenüber den Anfangsjahren deutlich verbessert: z. B. liegen für die Suchthilfestatistik von 1999 auswertbare Daten von nur fünf HORIZONT-Einrichtungen vor, im aktuellen Jahr immerhin von 132 Einrichtungen. Dennoch ist die Vergleichbarkeit von Daten aus verschiedenen Systemen immer noch nicht sichergestellt, da dazu standardisierte Falldefinitionen, Arbeitsanweisungen, Fragen und Antwortkategorien sowie Schnittstellen notwendig sind. Diese Voraussetzungen stellen derzeit keine verbindlichen Vorgaben für die Systeme dar. Eine *nachträgliche Prüfung* der Kompatibilität während der Datenzusammenführung und -auswertung ist nur noch eingeschränkt möglich, darüber hinaus zeit- und kostenaufwändig.

Bei den beschriebenen Entwicklungen zu »mehr Dokumentation« droht immer wieder die Gefahr, »Datenfriedhöfe« zu produzieren, die Dokumentationssysteme mit ungeeigneten Aufgaben und zusätzlichen Forschungsfragestellungen zu überfrachten und die Mitarbeiter zu überfordern. Wenn zusätzlich die regelmäßige Auswertung und Weiterentwicklung der Dokumentationssysteme nicht sichergestellt ist, sind die datenerhebenden Mitarbeiter bald verärgert. Insofern muss regelmäßig geprüft werden, ob im Sinne eines möglichst geringen Arbeitsaufwandes für einrichtungsübergreifende Auswertungen die jeweiligen Informationen wirklich notwendig sind, und ob zum Beispiel Forschungsfragestellungen nicht qualitativ besser und weniger aufwändig in spezifischen Studien zeit- und einrichtungsbegrenzt untersucht werden können.

2 Ziele eines Dokumentationssystems

Dokumentationssysteme müssen in der heutigen Zeit mehr sein als reine

Software-Produkte, die nur Daten verwalten können. Sie müssen verschiedene Anforderungen erfüllen und somit die Gewähr für ein professionelles Einrichtungs- und Klientenmanagementsystem bieten, wie es heute von stationären und ambulanten Einrichtungen auf allen Ebenen gefordert wird. Denn nicht nur Mitarbeiter in den verschiedenen Suchthilfeeinrichtungen sondern auch ihre Träger, Verbände, Kosten- und Leistungsträger, Länder- und Bundesbehörden benötigen Informationen als Grundlage für die Planung, Steuerung, Bewertung und kontinuierliche Optimierung ihrer Tätigkeit. Die Informationen werden auf unterschiedlichen Ebenen gesammelt und zu verschiedenen Zwecken benötigt. Was also müssen Dokumentationssysteme leisten?

Die folgende Zusammenstellung beschreibt einige Anwendungsbereiche für die Nutzung von Dokumentationssystemen auf unterschiedlichen Ebenen:

- **Steuerung und Optimierung des individuellen Betreuungsprozesses**

Im Rahmen der Anamnese zu Betreuungsbeginn, aber auch während des Behandlungsverlaufs, spielt die individuelle Problemlage für die Planung der Interventionen eine wichtigere Rolle. Dokumentation kann sowohl den Status des Klienten zu Anfang, als auch die Maßnahmen und Veränderungen während der Betreuung erfassen. Ein Grundgerüst an Daten kann Entscheidungen über den Verlauf der Beratung und Behandlung unterstützen und eine Evaluation der einzelnen Betreuungen ermöglichen. Mit Dokumentationssystemen werden die Abläufe transparenter. Das ermöglicht, die Schwachstellen der Arbeit leichter zu identifizieren und zu verändern. Vorhandene Stärken dagegen können weiter ausgebaut werden.

- **Evaluation von Maßnahmen und Programmen**

Dokumentation kann die wichtigsten Merkmale von durchgeführten Maßnahmen bei verschiedenen Kli-

enten zusammenstellen und damit Aussagen über spezifische Betreuungskonzepte und Programme in einer Einrichtung ermöglichen, etwa über Abbruchquoten, Vermittlungszahlen oder Katamnese-Ergebnisse. Die Einführung neuer Konzepte ebenso wie deren Weiterentwicklung unter sich immer wieder verändernden Rahmenbedingungen kann durch die Rückmeldung aus einer geeigneten Dokumentation beobachtet und evaluiert werden. Kritische Entwicklungen werden früher sichtbar, und notwendige Umstellungen können früher vorgenommen werden.

- **Steuerung und Optimierung von ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen**

Auf Einrichtungsebene können Dokumentationssysteme die Mitarbeiter nicht nur in ihrer beratenden, therapeutischen und administrativen Tätigkeit mit Klienten (Einzelfallhilfe) unterstützen (s. o.). Auch bei allen nicht direkt klientenbezogenen Maßnahmen im jeweiligen Gemeinwesen (Präventionsveranstaltungen/Gruppenarbeit etc.) können sie sich als nützliches Instrument zur Qualitätssicherung erweisen. So können die statistischen Auswertungsmöglichkeiten auf lokaler Ebene für die Dokumentation und Analyse der Klientel, für die Verbesserung der Tätigkeit der Mitarbeiter sowie für die Konzeption und Schwerpunktsetzung der gesamten Einrichtung umfassend genutzt werden. Die Leiter von Suchthilfe-Einrichtungen und ihre Träger sind kontinuierlich gefordert, Entscheidungen zu treffen: z. B. über Mitarbeiterauswahl und Verbesserung ihrer Tätigkeit, Schwerpunktsetzungen der Tätigkeit, Konzeptionsentwicklung oder Kooperationsbeziehungen zu anderen Stellen. Dokumentation kann die erforderlichen Informationen über die Klientel (Versorgungsbedarf), die Angebote (Versorgungsangebot) und über die geleistete Tätigkeit (Nutzung des Angebots und Ergeb-

nisse) zur Verfügung stellen, um solche Entscheidungen fundiert treffen zu können.

- **Planung, Evaluation und Optimierung der Versorgung auf regionaler und überregionaler Ebene**

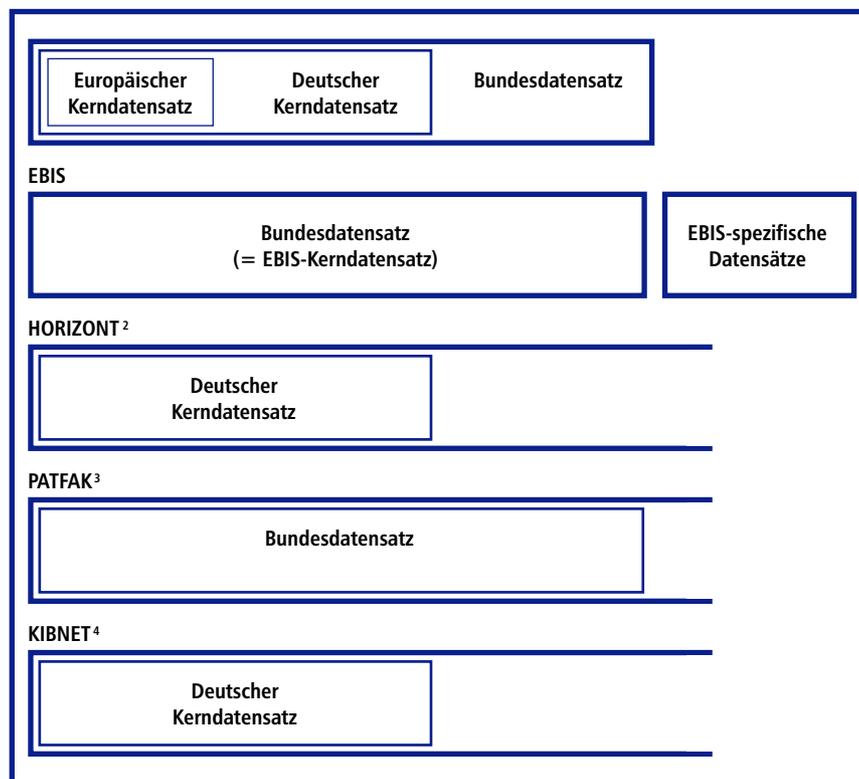
Die Rahmenbedingungen für die Suchthilfe werden durch die Landes- und die nationale Gesundheits- und Sozialpolitik gesetzt. Auf einrichtungsübergreifender Ebene gilt das Interesse in erster Linie der Analyse der Versorgungsstruktur sowie der Angebots- und Nachfragesituation im jeweiligen Hilfesystem. Durch eine vergleichbare Dokumentation können auch auf dieser Ebene, deren Übersicht aufgrund der sehr heterogenen Trägerlandschaft in Deutschland schwierig ist, grundlegende Fakten ermittelt und zur Verfügung gestellt werden. Hierzu zählt z. B. die Ermittlung der Versorgungsdichte, der Auslastung oder der Daten zu Umfang und Problemlage der Klientel.

Als regionale und überregionale Ebene kann je nach Bedarf eine Stadt, ein Bezirk, ein Bundesland, die Gliederung eines Wohlfahrtsverbandes oder das gesamte Bundesgebiet definiert werden. Um auf der jeweiligen Ebene Veränderungen genau und unmittelbar erkennen zu können, ist es notwendig, Informationen in regelmäßigen Abständen und in einheitlicher Form zu erheben. Verwendet zum Beispiel jede Einrichtung in ihrer Statistik unterschiedliche Altersgruppierungen, sind überregionale Trends schwer zu erfassen.

3 Methodik

3.1 Auswahl und Operationalisierung der berücksichtigten Daten und Auswertungen

Um die Leistungen der Einrichtungen gemeinsam beschreiben zu können, ist bereits auf der Einrichtungsebene eine Normierung und Standardisierung der dazu erforderlichen Kriterien erforderlich. Dies betrifft die Auswahl der zu erhebenden Daten, der

Abbildung 3.1: Struktur und Umfang standardisierter Datensätze¹

1 Ausgewählte Beispiele für überregionale Systeme, keine umfassende Darstellung

2 Frei konfigurierbar, deshalb im Prinzip keine Begrenzung; optionales Modul »Deutscher Kerndatensatz« vorhanden (zusätzlich einige Variablen des Bundesdatensatzes)

3 Frei konfigurierbar, deshalb im Prinzip keine Begrenzung; optionales Modul »Bundesdatensatz« vorhanden (kleine Abweichungen)

4 Feste Module (z. B. Deutscher Kerndatensatz) können einzeln oder in Kombination registriert werden. Regionale Anpassungswünsche können erfüllt werden.

Fragen und Antwortkategorien sowie eine einheitliche Definition der jeweiligen Merkmale. Dies gilt ebenso für einrichtungsübergreifende, verbandsbezogene, regionale oder nationale Auswertungen, da sonst »Äpfel mit Birnen« verglichen werden. Für die drei in Deutschland derzeit eingesetzten Standard-Datensätze erfolgt die jeweilige Normierung und Weiterentwicklung durch unterschiedliche Gremien, die im Folgenden beschrieben werden.

Bundesdatensatz

Zu Beginn einer nationalen Dokumentation mit der Einführung des EBIS-Systems für ambulante Einrichtungen im Jahre 1980 entwickelte eine Arbeitsgruppe am IFT mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit einen standardi-

sierten Datensatz und passt ihn seither laufend neuen Erkenntnissen und Erfordernissen aus Forschung, Praxis und Politik an. Dieser Datensatz umfasst zentrale Charakteristika der therapeutischen Einrichtungen, der Mitarbeiter, der Klientel, der Maßnahmen und der Ergebnisse. Bis etwa 1999 war dieser Datensatz identisch mit den im EBIS-System verwendeten Variablen. Durch die separate Weiterentwicklung des EBIS-Systems mit dem Ziel einer stärkeren Nutzbarkeit für die laufende Arbeit der Einrichtungen, über reine Dokumentationszwecke hinaus, wird dieser *Bundesdatensatz* aufgrund wissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Anforderungen eigenständig weiterentwickelt. Dabei stehen überregionale Interessen (1) der Dokumentation des Versorgungssystems und der Leistungen sowie (2) Trend-

analysen im Vordergrund. Der *Bundesdatensatz* enthält sowohl den *Europäischen* wie den *Deutschen Kerndatensatz*, die jeweils lediglich ein Minimum an gemeinsamen Daten umfassen, geht aber in verschiedenen Bereichen im Umfang deutlich darüber hinaus (Abbildung 3.1). Der *Bundesdatensatz* steht allen Softwaresystemen unter der Voraussetzung kostenlos zur Verfügung, dass sie die damit erhobenen Daten aus den beteiligten Einrichtungen jährlich ebenfalls kostenlos nach standardisierten Vorgaben für eine nationale Dokumentation liefern. Der Bundesdatensatz und deren standardisierte Auswertung wird derzeit durch das EBIS-Programm (IFT) komplett und das Programm PATFAK (Redline Data) weitgehend zur Verfügung gestellt.

Datensatz des EBIS-Systems

Der EBIS-Datensatz war bis 1999 mit dem Bundesdatensatz identisch. Seitdem umfasst er zusätzliche Informationen, die zu bestimmten Fragen des Bundesdatensatzes weitergehende Informationen liefern. Je nach Schwerpunktsetzung und Ausrichtung sind diese Fragen nur für jeweils bestimmte Einrichtungen von Interesse, so dass für eine überregionale Auswertung insgesamt zu wenige Einrichtungen Daten liefern. Ein Beispiel hierfür ist die Unterkerntatensatzfrage des Bundesdatensatzes um acht weitere spezifische Fragen ergänzt wird.

Europäischer Kerndatensatz der EBDD

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) wurde von der Europäischen Union im Jahr 1993 mit dem Auftrag eingerichtet, Informationen aus Europa zum Thema Drogen aktuell, objektiv und vergleichbar zu sammeln und zur Verfügung zu stellen. Kern der Situationsbeschreibung sind dabei fünf sogenannte Indikatoren, zu denen auch der »Behandlungsindikator« gehört, der eine Reihe von Angaben zu Personen in Beratung und Behandlung

enthält. Da in allen Mitgliedsländern der EU nach und nach ebenfalls Dokumentationssysteme aufgebaut werden und auch die Organisation der Behandlung eine Reihe gemeinsamer Merkmale aufweist, ist die Entwicklung einheitlicher Erfassungsstandards relativ weit fortgeschritten. Auf der Basis nationaler und internationaler Erfahrungen – EBIS als erstes System in Europa hat dabei eine wichtige Rolle gespielt – wurde im Jahr 2000 von einer Expertengruppe ein gemeinsamer Europäischer Kerndatensatz (Treatment Demand Indicator Protocol TDI 2.0) fertiggestellt. Ein Entwurf lag bereits im Jahr 1997 vor. Dieser wurde Ende 2000 vom wissenschaftlichen Beirat der EBDD und danach vom Verwaltungsrat der EBDD angenommen.

Eine Gruppe von Experten, die sich mindestens einmal pro Jahr trifft und in der jedes Land vertreten ist, wird die Weiterentwicklung des Europäischen Standards in den nächsten Jahren begleiten. Die Standards der EBDD sind für die Mitgliedsländer zwar nicht verpflichtend, es gibt jedoch aus Gründen der Kooperation und des fachlichen Austausches eine hohe Bereitschaft in den meisten Ländern der EU, die Variablen des TDI vollständig in die nationale Dokumentation zu übernehmen. Grundsätzlich ist zu beachten, dass alle Standards nur für den Bereich »illegale Substanzen« gelten. Da bereits während der Entwicklung des Europäischen Standards eine enge Kooperation zwischen der europäischen und der deutschen Arbeitsgruppe bestand, sind alle Bestandteile des aktuellen Europäischen Kerndatensatzes auch im Deutschen Kerndatensatz und im Bundesdatensatz enthalten (vgl. Abbildung 3.1). Er wird also in Deutschland wegen der sehr geringen Datenmenge nicht in eigenständiger Form verwendet, sondern nur als Teil umfassenderer Datensätze.

Deutscher Kerndatensatz der Statistik-Arbeitsgemeinschaft bei der DHS

Mit der Verabschiedung des Europäischen Kerndatensatzes durch die

EBDD im Jahr 2000 ergab sich die Notwendigkeit, diesen Datensatz an die deutschen Verhältnisse zu adaptieren und im Hinblick auf eine standardisierte Datengewinnung einen möglichst breiten Konsens zur Anwendung des Datensatzes zu schaffen. Diese Aufgabe übernahm der Fachausschuss Statistik bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Dieser hat sich zur Aufgabe gemacht, (1.) die europäischen Vorgaben in eine für Deutschland passende Version zu übersetzen und (2.) zusätzlich die wichtigsten nationalen Standards, die nicht durch die EBDD-Kriterien abgedeckt wurden (z. B. Störungsdiagnostik nach ICD-10; Einbeziehung aller psychotropen Substanzen) in einer erweiterten Form (= Deutscher Kerndatensatz) einzubeziehen.

Bei der Neuwahl des Fachausschusses Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen wurden auch Vertreter der Deutschen Referenzstelle der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogensucht (als Verbindungsglied zur EBDD), des IFT (als im Auftrag des Bundes tätigen nationalen Auswertungsinstituts), der BfA (für die Kostenträgerseite), der Länder (als Verantwortliche für die Gesundheitspolitik) sowie der Wohlfahrts- und Fachverbände gewählt. Der Fachausschuss erarbeitete im Konsensprinzip in zwei bis drei Sitzungen jährlich zunächst den kundenbezogenen (1998) und später den einrichtungsbezogenen (Fachausschuss Statistik der DHS, 1999) Deutschen Kerndatensatz für den Bereich der Suchtkrankenhilfe. Im Lauf des Jahres 2000 wurde durch dieses Gremium schließlich auch der Deutsche Kerntabellensatz (d. h. die Kerninformationen der jährlichen Standardauswertung) definiert (DHS, 2001). Deutscher Kerndaten- und Kerntabellensatz sind als kleinster gemeinsamer Nenner der verschiedenen Interessen in Deutschland zu verstehen und bilden den minimalen Konsens für alle eingesetzten Dokumentationssysteme. Der Deutsche Kerndatensatz ist Teil des Bundesdatensatzes (vgl. Abbildung 3.1). Wegen der von

vielen als zu gering eingeschätzten Datenmenge besteht die Tendenz, den deutschen Kerndatensatz allmählich zu erweitern.

Das Manual der DHS (DHS, 2001) hat alle entsprechenden Publikationen zum Deutschen Kerndatensatz zusammengefasst und durch eine Reihe von Definitionen ergänzt. Die Programme EBIS (IFT), PATFAK (Redline Data), HORIZONT (Buchner Pflegeorganisation) und KIBNET (Medicomp) verwenden diesen Datensatz.

3.2 Software

Einrichtungen mit einer Software, die zumindest den Deutschen Kerndatensatz umfasst, können an der Deutschen Suchthilfestatistik teilnehmen. Das IFT stellt allen interessierten Software-Herstellern die technische Schnittstelle für die Integration der Daten in die Deutsche Suchthilfestatistik kostenfrei zur Verfügung.

Es gibt derzeit die drei überregional verbreiteten Programme EBIS, HORIZONT und PATFAK sowie das regional eingesetzte KIBNET, mit denen sich Einrichtungen an der Deutschen Suchthilfestatistik beteiligen können (vgl. Abbildung 3.1):

- EBIS

Die Software EBIS ist integraler Bestandteil des EBIS-Systems, eines Dokumentationssystems für ambulante und stationäre Einrichtungen der Suchtkranken-, Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe sowie weiterer Hilfebereiche. In ihr sind alle Fragen- und Antwortkategorien des Bundesdatensatzes und der zusätzlichen EBIS-spezifischen Datensätze bereits vorkonfiguriert; weiterhin können einrichtungsspezifisch zusätzliche Daten eingegeben und ausgewertet werden. Internet: www.ebis-ift.de.

- HORIZONT

HORIZONT ist eine Software mit hoher Flexibilität bei der Definition und Eingabe der Fragen und Antwortkategorien. Alle Bereiche können durch ein Konfigurationsprogramm weitgehend an die jeweils spezifischen Bedürfnisse der Ein-

richtung angepasst werden. Auch eine Konfigurierung des Deutschen Kerndatensatzes wird angeboten. Im aktuellen Jahr fand ein Wechsel des Vertreibers von der Firma Ohltec zur Firma Buchner Pflegeorganisation GmbH statt. Internet: www.buchner-pflegeorganisation.de.

- PATFAK

PATFAK, eine weitere relevante Software insbesondere im Bereich der stationären Suchtkrankenhilfe, ist durch die offene Struktur flexibel im Hinblick auf Fragen und Antwortkategorien. Das Programm verfügt über ein Modul zur Dokumentation von Daten, die weitestgehend dem Bundesdatensatz entsprechen. Internet: www.redline-data.de

- KIBNET

KIBNET, das erstmalig in diesem Jahr Daten zur Nationalen Suchtkrankenhilfestatistik beigetragen hat, ist ein internet-basiertes Informations- und Servicenetz für ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen sowie zugeordnete Trägerstrukturen. Die statistischen Daten der Einrichtungen werden in einer Online-Datenbank erfasst, gespeichert und ausgewertet. Derzeit bringen nur Einrichtungen des Diakonischen Werkes Pfalz Daten über KIBNET ein. Internet: www.kibnet.de.

3.3 System- und länderspezifische Arbeitsgemeinschaften

Die erste Arbeitsgemeinschaft dieser Art ist seit 1980 die EBIS-Arbeitsgemeinschaft für ambulante Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, seit 1992 ist der stationäre Bereich integriert. In ihr sind die bundesweit tätigen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, die Fachverbände buss (Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe) und FVS (Fachverband Sucht), die DHS als Interessenvertreter der außerverbandlichen Einrichtungen (z. B. kommunale Einrichtungen), die Arbeitsgruppe EBIS am IFT für die fachliche und technische Weiterentwicklung des Systems sowie als Gast die Arbeitsgruppe »Deutsche Sucht-

hilfestatistik« des IFT vertreten. Die Arbeitsgemeinschaft trägt durch ihre mehr als zwanzigjährige Erfahrung maßgeblich zur Entwicklung europäischer und nationaler Standarddatensätze bei. Sie verantwortet die Weiterentwicklung der EBIS-spezifischen Datensätze und Auswertungsrichtlinien, soweit diese über den Bundesdatensatz hinausgehen. Im Prozess der fachlichen Weiterentwicklung wirkt ebenfalls eine EBIS-Anwendergemeinschaft mit Mitarbeitern ambulanter und stationärer Einrichtungen mit (zur weiteren Information siehe www.ebis-ift.de und Türk & Welsch, 2000a und 2000b).

Ähnliche Arbeitsgemeinschaften haben sich auf regionaler oder Länderebene gebildet (u. a. für das BADO-System in Hamburg oder die Landesuchtdokumentation Nordrhein-Westfalen). Solche Arbeitsgruppen sind erforderlich, um für die jeweiligen Systeme, deren Datensätze, Nutzungs- und Auswertungsmöglichkeiten, die ja weit über den Deutschen Kerndatensatz oder den Bundesdatensatz hinausgehen, (1.) die jeweiligen Variablen und Operationalisierungen festzulegen, (2.) Manuale, Schulungen und eine technische Hotline zur Verfügung zu stellen, (3.) Bestimmungen des Datenschutzes auszuarbeiten und deren Einhaltung zu gewährleisten und (4.) Auswertungen zu planen, zu erstellen, zu interpretieren und zu publizieren.

Die Entwicklung und der Betrieb eigenständiger Systeme auf Landes- oder gar Trägerebene sind mit einem erheblichen Arbeits-, Zeit- und Kostenaufwand verbunden. Nicht nur die erforderliche Herstellung sondern vor allem die permanente Gewährleistung (1) der Kompatibilität mit dem Deutschen Kerndatensatz oder dem Bundesdatensatz und (2) der Datenqualität ist aufwändiger. Fordert eine kontinuierliche Beschäftigung mit den genannten Aufgaben. Aus diesem Grund werden die notwendigen Arbeiten bei einigen Systemen bzw. in einigen Regionen noch einige Zeit in Anspruch nehmen, so dass die Beteiligung von Einrichtungen mit neuen Software-

bzw. Dokumentationssystemen nur langsam zunehmen wird.

3.4 Daten- und Tabellensätze Datensätze

In Abbildung 3.1 wird ein Überblick über die bereits erwähnte Struktur der standardisierten und systemspezifischen zusätzlichen Datensätze gegeben. Bei den standardisierten Daten deutet die Größe der Fläche der Abbildungsbalken in etwa die jeweiligen Anteile in Hinblick auf die Gesamtzahl der Items an. Dabei ist ein grundlegender Unterschied zwischen EBIS und anderen Systemen zu beachten. Die EBIS-Software ist integraler Bestandteil des EBIS-Systems; alle Fragen- und Antwortkategorien des Bundesdatensatzes und der EBIS-spezifischen Datensätze sind deshalb vor-konfiguriert. Darüber hinaus gibt es Möglichkeiten zur Eingabe frei definierbarer zusätzlicher Daten. Damit stimmt der EBIS-Kerndatensatz exakt mit dem Bundesdatensatz überein. Die anderen Software-Programme sind zunächst frei konfigurierbar. Das macht sie wesentlich flexibler für spezifische Wünsche von Ländern, Einrichtungen oder Mitarbeitern. Allerdings müssen die genannten Standarddatensätze, Auswertungsroutinen, Fragen- und Kategoriedefinitionen exakt übernommen werden, da sonst die Vergleichbarkeit nicht mehr gegeben ist. Dieser Prozess erfordert nach den bisherigen Erfahrungen sehr viel Zeit und Betreuungsaufwand.

Manuale

Für alle genannten Standarddatensätze liegen Beschreibungen und Operationalisierungen vor. Der Europäische Kerndatensatz ist in EMCDDA (2000) niedergelegt. Der Bundesdatensatz ist identisch mit dem EBIS-Kerndatensatz und ist in einem Manual festgehalten (Strobl und Türk, 2000; Strobl et al., 2003). Das Manual zum Deutschen Kerndatensatz wurde 2001 von der DHS publiziert und ist im wesentlichen ein Auszug aus dem Manual zum EBIS-Kerndatensatz (Download unter www.dhs.de).

Tabellensätze

Über die Standardisierung der Datensätze hinaus ist es notwendig, einheitliche Verknüpfungen und Rechenregeln sowie einheitliche Tabellen- und Abbildungsformen festzulegen, um Daten aus unterschiedlichen Einrichtungen auch zusammenfassend darstellen zu können. Diese liegen für die genannten Standard-Datensätze vor.

Datenschutz

Im Rahmen der Suchthilfestatistik für Deutschland werden keine »personenbezogenen Daten« im Sinne des Gesetzes verarbeitet, sondern Daten, die bereits in den teilnehmenden Einrichtungen aggregiert worden sind. Eine nachträgliche Erzeugung individueller Datensätze (Reidentifikation) ist auch mit einem noch so hohen technischen Aufwand nicht möglich.

3.5 Hinweise zum Verständnis der Auswertung

Zum Jahresbeginn 2000 wurde der Bundesdatensatz in zahlreichen Aspekten überarbeitet. Dies erfolgte teilweise zur Bereinigung von Unterschieden zwischen den verschiedenen Datensätzen (z. B. Differenzierung der Substanzgruppe Stimulantien in Amphetamine, MDMA und sonstige; Erfassung von Einrichtungsmerkmalen), teilweise zur Berücksichtigung fachlicher Entwicklungen (z. B. Ergänzung der Kategorie Ambulante Rehabilitation nach EVARS – Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht – bei der Frage nach der Behandlungsart). Trotz aller Bemühungen um Kompatibilität mit früheren Items führte diese Überarbeitung dazu, dass einige Daten seither nicht mehr bzw. nur eingeschränkt mit den Vorjahreswerten vergleichbar sind.

Weiterhin wurde die Form der Darstellung überarbeitet. Ein Ziel war die leichtere Interpretation von möglichen Trends über die letzten Jahre. Bis 1999 wurden in einem Kapitel die Ergebnisse für das jeweilige Bezugsjahr dargestellt und in einem gesonderten Kapitel ausgewählte Verläufe über längere Zeiträume. Seit 2000 werden die

zeitlichen Verläufe, soweit sie von Interesse sind, jeweils direkt nach den Daten des jeweiligen Bezugsjahres abgebildet.

Die gemeinsame Auswertung von Daten, die mit Hilfe unterschiedlicher Programme gesammelt und aufbereitet wurden, hat möglicherweise systematische Fehler zur Folge, welche die Interpretation von Trends über längere Zeiträume erschweren. Derzeit ist nicht sichergestellt, dass die Datenerhebung in den Einrichtungen nach den gleichen Standards erfolgt, wie sie im Deutschen Kerndatensatz/Bundesdatensatz festgelegt sind. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass sich durch unterschiedliche Definitionen von Variablen bzw. unterschiedliche Auswertungsroutinen systematische Fehler bei der Zusammenfügung der Daten zur Suchthilfestatistik aus den verschiedenen Datenquellen ergeben. Es werden zwar eine Reihe von Fehlerprüfungen vor der zentralen Auswertung durchgeführt, die sich aber überwiegend nur auf der Ebene von Plausibilitätstests bewegen können. Eine inhaltliche Prüfung der von den einzelnen Trägern der Datensysteme verantworteten Programme zur Bedienung der gemeinsam genutzten Datenschnittstelle ist im Nachhinein nicht mehr möglich. Es ist eine Aufgabe der nächsten Jahre, sicherzustellen, dass die Daten aus verschiedenen Quellen auch tatsächlich vergleichbar sind. Dies geschieht am besten durch die vergleichende Eingabe und Auswertung standardisierter Klientendatensätze in unterschiedlichen Systemen. Derzeit fehlt dazu allerdings ein Prüf- und Zertifizierungsauftrag.

Grundlage der folgenden Auswertung ist der Bundesdatensatz. Zusätzliche EBIS-spezifische Daten, die bis 1999 ebenfalls in den jährlichen EBIS-Berichten publiziert wurden, werden seit 2001 in gesonderten Publikationen veröffentlicht. Da die Einrichtungen teilweise nur den Deutschen Kerndatensatz liefern (Software Programm HORIZONT), wird für jede Tabelle und Abbildung jeweils der Bezugsrahmen (Bundesdaten- oder Deutscher

Kerndatensatz (DHS, 2001)) sowie die jeweilige Bezugsgröße von Einrichtungen genannt.

Folgende weitere Besonderheiten sind bei dieser Auswertung zu beachten:

- Auch im dritten Anwendungsjahr nach der Überarbeitung des Bundesdatensatzes bzw. Einführung des Deutschen Kerndatensatzes (siehe oben) ist die Zahl der fehlenden Daten (missings) in einigen Einrichtungen sehr hoch. Zur Vermeidung von systematischen Verzerrungen wurden die jeweiligen Daten einer Einrichtung nur dann für die Gesamtauswertung berücksichtigt, wenn die Zahl der missings (jeweils bezogen auf eine Tabelle oder Abbildung) unter 33 % lag. Die hohen Missing-Werte wurden auch in früheren »Umstellungsjahren« beobachtet und gehen mit zunehmender Erfahrung im Umgang mit den Fragebogen sowie durch Teilnahme an Schulungen wieder zurück. Die Zahl der fehlenden Angaben ist jeweils genannt.
- Wegen zahlreicher Veränderungen in der Stichprobe der einbezogenen Einrichtungen werden seit dem Jahr 2000 für Trendbeobachtungen bei den Einzeldiagnosen nicht mehr die Absolutzahlen verwendet, sondern es wird zu jeder Substanzgruppe die Anzahl der Fälle pro Einrichtung berechnet und über die Jahre verglichen. Dieses Verfahren erscheint langfristig besser als die früheren Berechnungen mit Gesamtwerten, um Unterschiede der Einrichtungsgesamtzahl bei der jährlichen Auswertung auffangen zu können.

4 Datenbasis für die Auswertung 2002

4.1 Ausgewertete Einrichtungen

Insgesamt waren 454 Einrichtungen an der Gesamtauswertung 2002 beteiligt (Tabelle 4.1). Damit ist die Zahl der Teilnehmer gegenüber dem Vorjahr (368 Einrichtungen) deutlich gestiegen. Die Zunahme ist dabei in den beiden Landesteilen unterschiedlich. Während sie im Westen bei 33 % lag,

Tabelle 4.1: Ausgewertete Einrichtungen je Bundesland und Träger

Bundesland	1980	1990	1994	1998	1999	2000	2001	2002	Veränderung zu 2001
Baden-Württemberg	49	74	81	76	75	70	62	83	+33,9%
Bayern	32	41	47	58	51	47	38	41	+7,9%
Berlin	3	4	5	4	6	8	5	8	+60,0%
Bremen	1	2	1	0	0	0	1	1	
Hamburg	6	5	3	5	3	1	1	1	
Hessen	18	33	35	26	22	18	1	24	+++
Niedersachsen	21	44	62	44	51	57	41	40	-2,4%
Nordrhein-Westfalen	61	58	77	98	84	46	53	60	+13,2%
Rheinland-Pfalz	17	30	25	25	28	25	19	26	+36,8%
Saarland	8	13	10	8	8	8	7	7	
Schleswig-Holstein	2	2	11	8	7	4	0	13	+++
Gesamt West	218	306	357	352	335	284	228	304	+33,3%
Brandenburg			2	9	11	9	10	10	
Mecklenburg-Vorpommern			6	11	10	10	17	24	+41,2%
Sachsen			36	40	48	43	42	42	
Sachsen-Anhalt			7	19	14	20	24	30	+25,0%
Thüringen			35	30	30	35	47	44	-6,4%
Gesamt Ost			86	109	113	117	140	150	+7,1%
Gesamt	218	306	443	461	448	401	368	454	+23,4%
Träger									
Arbeiterwohlfahrt	1	3	13	18	18	15	18	20	+11,1%
Caritasverband*	111	153	161	163	157	129	102	127	+24,5%
Diakonisches Werk*	90	121	197	196	185	152	133	174	+30,8%
Paritätischer Wohlfahrtsverband	3	5	12	23	19	31	33	38	+15,2%
Rotes Kreuz	0	0	6	8	7	5	7	9	+28,6%
Sonst. gemeinnützige Vereine	8	17	25	28	27	30	30	38	+26,7%
Land/Kommune/Bezirk	5	7	25	27	43	43	46	31	-32,6%
Sonstige								17	
Gesamt	218	306	443	461	448	401	368	454	23,4%

* Doppelzählungen wegen gemeinsamer Trägerschaft von 1994 bis 2001

+++ Starke Zunahme bei geringen oder fehlenden Ausgangswerten

waren es im Osten nur 7 % mehr, allerdings bei einer deutlich höheren Auswertungsbeteiligung als im Westen. Die Entwicklungen in den einzelnen Bundesländern ist im Abschnitt 4.3 näher beschrieben. Die Einrichtungen, die sich nicht an der Jahresauswertung beteiligen, verwenden entweder einen nicht kompatiblen Datensatz (z. B. Bremen, Hamburg), eine Software, die die systemübergreifende Schnittstelle nicht bedienen kann (in der Regel Eigenentwicklungen von Einrichtungen und Trägern) oder setzen überhaupt keine Dokumentationssoftware ein (nur schriftliche Dokumentation). Dazu kommen noch die Fälle, in denen trotz eigentlich bestehender formaler Voraussetzungen wegen vorübergehenden personellen Engpässen oder technischen Problemen innerhalb des Erhebungsjahres gar keine oder keine

vollständige Jahresstatistik erstellt werden konnte bzw. die Statistik nicht rechtzeitig für die Bundesauswertung fertiggestellt werden konnte.

Eine Aufschlüsselung nach Bundesland und Art des Datensatzes erfolgt in Tabelle 4.2 und zwar ab dem Jahr 2000. Seit 1999 werden in die Auswertung der Nationalen Bundessuchthilfestatistik nach und nach auch Daten von anderen als den EBIS-Einrichtungen einbezogen. 1999 kamen erstmals fünf HORIZONT-Einrichtungen aus Schleswig-Holstein hinzu, 2001 Datensätze aus ambulanten PATFAK-Einrichtungen und 2002 erstmals Datensätze von neun Einrichtungen, die mit dem Online-System KIBNET der Firma Medicomp dokumentieren.

In den Jahren 1999 bis 2001 verringerte sich die Zahl der an EBIS teilnehmenden Einrichtungen vor allem

in den Bundesländern, die landesweit andere Programme in ihren Einrichtungen eingesetzt haben, deutlich. Dies wirkte sich entsprechend auf die Beteiligung bei der Gesamtauswertung aus. Allerdings wurde dieses Minus nur zu etwa 50 % durch Stellen mit anderen Programmen kompensiert. Im aktuellen Berichtsjahr 2002 kam es insgesamt zu einem deutlichen Zuwachs, sowohl bei den EBIS-Einrichtungen, wie auch bei den Einrichtungen, die mit anderen Programmen arbeiten. Damit ist annähernd der Stand von 1998 erreicht – das bisher teilnehmerstärkste Jahr. Die Zunahme basiert vor allem darauf, dass aus den Bundesländern Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Hessen, die in den letzten Jahren wegen des Wechsels von EBIS auf das Programm HORIZONT keine oder nur wenige Daten für die Gesamtaus-

Tabelle 4.2: Art des Datensatzes und der eingesetzten Software

Bundesland	2000		2001			2002			
	Bundesdatensatz	D. Kern-datensatz	Bundesdatensatz		D. Kern-datensatz	Bundesdatensatz		D. Kerndatensatz	
	EBIS	HORIZONT	EBIS	PATFAK**	HORIZONT	EBIS	PATFAK**	HORIZONT	KIBNET
Baden-Württemberg	69	1	37		25	44		39	
Bayern	47		38			41			
Berlin	7	1	5			8			
Bremen			1			1			
Hamburg	1		1			1			
Hessen	18		1			1		23	
Niedersachsen	57		32	9		35	5		
Nordrhein-Westfalen	43	3	26	1	26	28	1	31	
Rheinland-Pfalz	25		19			17			9
Saarland	8		7			7			
Schleswig-Holstein	2	2				0		13	
Gesamt West	277	7	167	10	51	183	6	106	9
Brandenburg	9		10			10			
Mecklenburg-Vorpommern	10		17			24			
Sachsen	43		42			42			
Sachsen-Anhalt	20		24			30			
Thüringen	20	15	19		28	18		26	
Gesamt Ost	102	15	112	0	28	124	0	26	0
Gesamt	379	22	279	10	79	307	6	132	9
Träger									
Arbeiterwohlfahrt	15		15		3	16		4	
Caritasverband*	127	2	95	1	6	106		21	
Diakonisches Werk*	140	13	107	1	25	114	1	50	9
Paritätischer Wohlfahrtsverband	29	2	22	5	6	26	3	9	
Rotes Kreuz	5		7			8		1	
Sonst. gemeinnützige Vereine	24	5	2	3	25	7	1	30	
Land/Kommune/Bezirk	43		31		15	20		11	
Sonstige						10	1	6	
Gesamt	379	22	279	10	79	307	6	132	9

* Doppelzählung wegen gemeinsamer Trägerschaft von 1994 bis 2001

** PATFAK bedient den Bundesdatensatz bisher nicht ganz vollständig: Daten zu den Einzeldiagnosen werden nicht untergliedert nach Schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit.

wertung zur Verfügung gestellt haben, wieder vermehrt Daten geliefert wurden.

Durch die gestiegene Zahl der Einrichtungen, die nur den Deutschen Kerndatensatz liefern und nicht den Bundesdatensatz haben sich die Missing-Werte in den Tabellen, die sich auf den Bundesdatensatz beziehen gegenüber 2001 erhöht.

4.2 Erreichungsquote

Die Erreichungsquote der 2002 ausgewerteten ambulanten Beratungsstellen an allen ambulanten Beratungsstellen wird in Tabelle 4.3 pro Bundesland dargestellt. Die Gesamtzahl der ambulanten Beratungsstellen ist der Statistik der Bundesländer (Bundesministerium für Gesundheit, 2002) ent-

nommen. 89% der Einrichtungen in den neuen Ländern (N=140) und 33% derjenigen in den alten Ländern (N=295) sind vertreten. Für das Bundesgebiet ergibt sich insgesamt eine Erreichungsquote von 41% (N=435). Wie in der Vergangenheit zeigen sich erneut erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern, z. B. zwischen 7% in Schleswig-Holstein und 100% in Thüringen. In Thüringen wurden mit der Bundesauswertung mehr Einrichtungen erfasst, als im Länderkurzbericht 2001 beschrieben sind. Dies beruht darauf, dass in den Länderkurzberichten Einrichtungen erst ab einer Mitarbeiterzahl von zwei Vollzeitstellen gezählt werden (BMG, 2001), im Deutschen Kerndatensatz – auf dem diese Auswertung basiert –

jedoch schon ab einer Vollzeitstelle. Die vorliegende Statistik kann durch die Einbeziehung der – vor allem im Osten häufigeren – kleinen Einrichtungen ein realitätsgetreueres Bild wiedergeben als der Länderkurzbericht (BMG, 2001).

Eine andere Herangehensweise zur Berechnung der Erreichungsquote bietet der Vergleich der Personalstellen. Der Vergleich der Gesamtstellenzahl der Mitarbeiter von ambulanten Beratungsstellen, die in der bundesweiten Auswertung erfasst werden, mit den Angaben der Länder (Bundesministerium für Gesundheit, 2002) für alle Einrichtungen ergibt für 2002 eine Erreichungsquote von 63%. Der höhere Wert bei dieser Berechnung der Stellen im Vergleich zur Berechnung

Tabelle 4.3: Erreichungsquote nach Einrichtungszahlen und Bundesländern (nur ambulante Beratungsstellen)

Bundesland	Einbezogene ambulante Beratungsstellen in 2002	Gesamtzahl ambulanter Beratungsstellen lt. Länderkurzbericht, 2001	Erreichungsquote in 2002	Erreichungsquote in 2001
Baden-Württemberg	82	108	75,9%	56,9%
Bayern	41	106	38,7%	35,8%
Berlin	8	33	24,2%	15,2%
Bremen	1	14	7,1%	7,1%
Hamburg	1	38	2,6%	2,6%
Hessen	22	96	22,9%	1,7%
Niedersachsen	38	122	31,1%	33,9%
Nordrhein-Westfalen	58	242	24,0%	31,9%
Rheinland-Pfalz	25	46	54,3%	41,3%
Saarland	7	19	36,8%	36,8%
Schleswig-Holstein	12	68	17,6%	0%
Gesamt West	295	892	33,1%	29,3%
Brandenburg	10	28	35,7%	33,3%
Mecklenburg-Vorpommern	24	21	100,0%*	63,0%
Sachsen	42	48	87,5%	87,5%
Sachsen-Anhalt	30	31	96,8%	80,0%
Thüringen	34	29	100,0%*	90,4%
Gesamt Ost	140	157	89,2%	74,9%
Gesamt	435	1.049	41,5%	38,1%

* In den Länderkurzberichten werden Einrichtungen erst ab einer Mitarbeiterzahl von zwei Vollzeitstellen gezählt, im Deutschen Kerndatensatz – auf dem diese Auswertung basiert – jedoch schon ab einer Vollzeitstelle.

nach Einrichtungen (41 %) ergibt sich dadurch, dass sich – gemessen an der bundesweiten Durchschnittsgröße einer Suchthilfeeinrichtung – eher größere Stellen an der Suchthilfestatistik beteiligen.

4.3 Entwicklungen in den einzelnen Bundesländern und Trägergruppen

Zusätzlich zu den statistischen Veränderungen in Tabelle 4.1–4.3 werden im folgenden Informationen über Entwicklungen im Bereich der Dokumentationssysteme auf Landesebene gegeben.

Allgemeine Entwicklungen

In den 23 Jahren seit der Einführung von EBIS und DOSY als den ersten Dokumentationssystemen hat sich die Beteiligungsquote der Einrichtungen in den einzelnen Ländern ganz unterschiedlich entwickelt. Sie lag zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung zwischen 0 % und 80 % (Mittelwert etwa 50 %). Kennzeichnend war darüber hinaus, dass viele Länder wenig Interesse an der Entwicklung und Einführung von Dokumentationssystemen in ihren Einrichtungen zeigten. Die hohe

freiwillige Beteiligung von etwa dreihundert Einrichtungen (vor der Wiedervereinigung) war in erster Linie Folge der aktiven Unterstützung der in der EBIS-Arbeitsgemeinschaft mitwirkenden Wohlfahrtsverbände.

Das Interesse der Länder wurde erstmals nach der Wiedervereinigung in den neuen Bundesländern deutlich, die sich von Anfang an mit Dokumentationsauflagen für ihre Einrichtungen beschäftigten. Ab etwa 1995 findet sich diese Entwicklung auch im alten Bundesgebiet. Auslöser waren vermutlich die stärkere Akzeptanz von EDV und Dokumentation bei den (jüngeren) Mitarbeitern der Einrichtungen und Länderverwaltungen, die Anforderungen der Kosten- und Leistungsträger, die Länderwünsche nach Darstellung ihres eigenen Versorgungssystems sowie die Hoffnung, über länderweite Dokumentationsstandards und -systeme die Maßnahmen, Ergebnisse und Kosten besser analysieren und optimieren zu können. Die Länder sind dabei ganz unterschiedliche Wege gegangen:

- Sieben Länder haben in unterschiedlicher Form (zumeist über ein für die Einrichtungen kostenloses

oder kostenreduziertes Angebot) ein bestimmtes System bzw. eine bestimmte Software zentral eingeführt: Hessen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein (HORIZONT), Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen (EBIS) sowie Hamburg (BADO). Die Länder mit HORIZONT bzw. BADO bauen eigene landesweite Arbeitsgemeinschaften und Auswertungssysteme auf, da neben der Software zusätzlich Manuale, Dokumentationsrichtlinien, Auswertungs- und Interpretationsverabredungen notwendig sind, die für EBIS bereits vorliegen.

- Berlin hat den Einrichtungen zur Auflage gemacht, eines von drei Systemen bzw. Softwareprogrammen (EBIS, HORIZONT oder MOONLIGHT) auszuwählen. Auch Berlin ist dabei, eine eigene landesweite Auswertungsorganisation zur Zusammenführung der Daten aus den drei Systemen aufzubauen.
- Thüringen und Baden-Württemberg haben (wie Berlin) die Einführung eines Programms vorgeschrieben, allerdings bestand die Auswahl nur zwischen EBIS und HORIZONT.

Thüringen hat durch ein Bonusprogramm, das sich an der Datenqualität und Termineinhaltung orientiert, eine hohe Beteiligungsquote und Datenvollständigkeit erreicht. In beiden Ländern wurden keine eigenen Auswertungsstrukturen für die landesweiten Daten entwickelt, stattdessen werden die spezifischen Auswertungen, die das IFT im Rahmen der Auswertung der bundesweiten Suchthilfestatistik auch für Länder und Verbände erstellt, genutzt.

- Alle anderen Bundesländer haben keine landesspezifischen Vorgaben oder Auswertungssysteme. Sie nutzen die jeweilige Landesauswertung des IFT.

Die Beteiligungsquoten und Entwicklungen sind in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich

Entwicklungen in den alten Bundesländern

- In **Baden-Württemberg** haben die Einrichtungen des Badischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation e. V. in 2001 HORIZONT eingeführt, während die Einrichtungen der Caritas und der Diakonie EBIS verwenden. In 2002 sind die Umstellungsschwierigkeiten überwunden, und die Beteiligung liegt etwa 11 % höher als in 1999. Damit hat das Land weiter die höchste Erreichungsquote in den alten Bundesländern (76 %).
- In **Bayern** erklärt sich der Rückgang in den letzten Jahren durch den Wegfall der Einrichtungen des Diözesancaritasverbandes München-Freising, der seit 2001 ein zentrales Dokumentationssystem plant. In 2002 kam es zu einem leichten Zuwachs; dennoch liegt die Erreichungsquote mit 39 % deutlich unter der von 1999 (49 %).
- **Berlin** hat ein Verfahren entwickeln lassen, anonymisierte klientenbezogene Daten aus allen drei Systemen (EBIS, HORIZONT und MOONLIGHT) für eine landeseigene Auswertung zusammenzufassen. Aggre-

gierte Daten für die zentrale Auswertung werden bisher nur von EBIS-Einrichtungen durch direkte Zusendung zur Verfügung gestellt; die Erreichungsquote ist seit Jahren gering (15–25 %).

- Aus **Bremen** beteiligen sich traditionell keine Einrichtungen an der bundesweiten Auswertung. In 2001 und 2002 hat erstmals seit Jahren wieder eine Einrichtung Daten geliefert.
- In **Hamburg** wurde landesweit nach und nach der mit dem Deutschen Kerndatensatz bzw. dem Bundesdatensatz nur teilweise kompatible BADO-Datensatz eingeführt, so dass Daten aus diesem Bundesland für die bundesweite Auswertung mit einer Ausnahme vorerst entfallen.
- **Hessen** hat aufgrund einer Landesinitiative seit 1999 schrittweise (zunächst Drogenberatungsstellen, später auch Beratungsstellen für Alkohol- und Medikamentenprobleme) HORIZONT eingeführt. Nach dem starken Rückgang der Zahl datenliefernder Einrichtungen (von 31 % in 2000 auf 2 % in 2001) haben in 2002 wieder 23 % der Einrichtungen an der Jahresauswertung teilgenommen.
- In **Niedersachsen** haben die Einrichtungen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (DPWV) und einigen Einrichtungen des Diakonischen Werkes PATFAK eingeführt. Nur ein Teil von diesen Einrichtungen hat sich in 2002 an der Bundesauswertung beteiligt, die Erreichungsquote ist stark zurückgegangen (von etwa 49 % in 2000 auf 31 % in 2002).
- In **Nordrhein-Westfalen** ist die Zahl der Teilnehmer im Jahr 2002 weiter leicht gestiegen. Von 1999 auf 2000 war es im Zusammenhang mit der landesweiten Einführung von HORIZONT zu einem starken Teilnehmerrückgang gekommen. Die Ausschöpfungsquote ist mit 24 % (nach 28 % im Jahr 2000 und 32 % in 2001) immer noch deutlich niedriger als vor einigen Jahren (50–60 %).

- In **Rheinland-Pfalz** nehmen die Einrichtungen des Diakonischen Werkes der evangelischen Kirche der Pfalz seit dem Jahr 2001 an einem Projekt zur internetbasierten Dokumentation (KIBNET) teil. Die Schnittstelle aus diesem System zur Bundesauswertung wurde in 2002 erstmals genutzt; die Erreichungsquote ist daher wieder angestiegen (54 %; ursprünglich knapp 60 %).
- Das **Saarland** zeigt keine Veränderungen gegenüber dem Vorjahr (Erreichungsquote um etwa 40 %).
- In **Schleswig-Holstein** wird auf Landesinitiative seit 1999 HORIZONT eingesetzt. Die personenbezogenen Daten werden anonymisiert zentral gesammelt und ausgewertet. Die bestehende Schnittstelle zur Bundesauswertung wurde 2002 erstmals genutzt; die Erreichungsquote für die bundesweite Auswertung liegt bei rund 20 %.

Entwicklungen in den neuen Bundesländern

In den neuen Bundesländern sind seit Jahren hohe Teilnehmerzahlen zu beobachten:

- In **Brandenburg** ist die Situation mit einer Teilnahme von etwa zehn Einrichtungen in den letzten Jahren konstant geblieben (Erreichungsquote etwa 36 %).
- **Mecklenburg-Vorpommern** und **Sachsen-Anhalt** haben Anfang des Jahres 2001 landesweit EBIS eingeführt; die Erreichungsquoten sind gegenüber dem Vorjahr nochmals gestiegen und decken nun nahezu alle Einrichtungen ab.
- In **Sachsen** blieb die beachtliche Teilnehmerzahl weiter auf knapp 90 %.
- Die vollständige Beteiligung von Einrichtungen in **Thüringen** und die hohe Datenqualität begründen sich durch das dort eingesetzte Bonussystem.

5 Daten zu den Einrichtungen

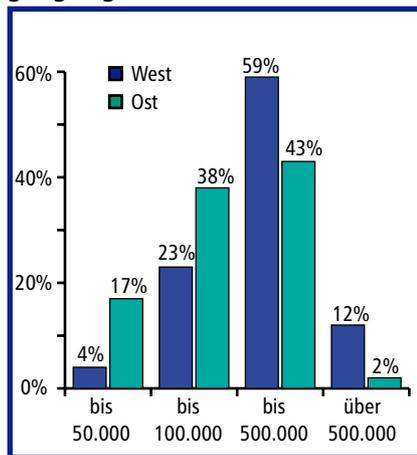
Die Beschreibung der Einrichtungen und die der Klienten beruhen auf den Datensätzen von 454 Einrichtungen

Tabelle 5.1: Spezifische Leistungsangebote

Leistungsangebote*	West N=215	Ost N=144
PSB(B)/Institutsambulanz/Fachambulanz	96,7%	97,2%
Niedrigschwellige Einrichtung	30,2%	48,6%
Ambulantes betreutes Wohnen	10,2%	28,5%
Arbeits-/Beschäftigungsprojekt	5,1%	16,0%
Arzt/Psychotherapeutische Praxis	9,3%	6,3%
Krankenhaus/-abteilung (SGB V § 107.1/JGG - § 93/StGB § 64)	0,0%	0,0%
Rehabilitationseinrichtung (SGB V § 107.2/SGB VI § 9 und § 15)	18,1%	7,6%
Heim/stationäres betreutes Wohnen/Übergangseinrichtung	4,2%	9,0%
Beratung/Behandlung im Strafvollzug	28,8%	21,5%

Unbek.: 95 Einrichtungen (20,9% aller Einrichtungen)
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)
 Basis: EBIS: N=300 (97,7%), HORIZONT: N=53 (40,2%), PATFAK: N=6 (100%), KIBNET: N=0 (0,0%)
 * Mehrfachnennungen möglich

Abbildung 5.1: Größe der Versorgungsregion

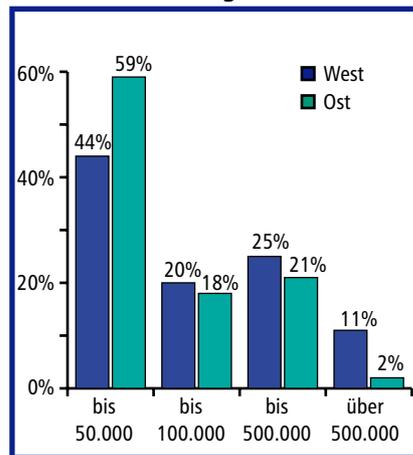


gen. Es folgt eine Darstellung der Einrichtungsmerkmale, die mit Hilfe des *Einrichtungsbearbeiteten Deutschen Kerndatensatzes* (DHS, 2001) erhoben wurde, der auch Bestandteil des Bundesdatensatzes ist.

5.1 Struktur

Die ausgewerteten Einrichtungen unterscheiden sich deutlich in Art, Angebot, Struktur und Größe. Auch die durch die Mitarbeiter selbst definierte Einrichtungsbezeichnung stimmt nicht immer mit der üblichen Bedeutung eines Einrichtungsbegriffs überein. Die Kennziffern, die in den folgenden Tabellen und Abbildungen dargestellt werden, können deshalb nur eine grobe Kategorisierung der beteiligten Einrichtungsarten ermöglichen. Hierzu müssen in Zukunft reli-

Abbildung 5.2: Einwohnerzahl am Sitz der Einrichtung



able und valide Einrichtungstypologien erstellt werden.

Art und Angebote der Einrichtungen

Bei den teilnehmenden Einrichtungen handelt es sich überwiegend um Psychosoziale Beratungsstellen und Ambulanzen (96%, N=435). Je 2% der Datensätze kommen aus niedrigschwelligen Einrichtungen (N=10) und aus Einrichtungen des Ambulanten Betreuten Wohnens (N=9).

Deutliche Unterschiede zwischen Ost und West gibt es bei den spezifischen Angeboten der Einrichtungen (Tabelle 5.1): 49% der Institutionen im Osten und 30% im Westen stellen niedrigschwellige Angebote zur Verfügung – jeweils etwas mehr als im letzten Jahr. Über ein Viertel der Stellen im Osten bietet Ambulantes Betreutes

Wohnen an (West: 10%). Beratung oder Behandlung im Strafvollzug bieten 22% der Einrichtungen im Osten und 29% der Einrichtungen im Westen an.

Trägerschaft

Einen öffentlich-rechtlichen Träger haben 13% der Einrichtungen im Osten und 12% der Einrichtungen im Westen (2000: 14% bzw. 11%, 2001: 13% bzw. 19%). Fast alle übrigen Einrichtungen werden durch Organisationen der freien Wohlfahrtspflege bzw. durch andere gemeinnützige Organisationen getragen.

Zielgruppen

Die meisten Einrichtungen sind auf mehrere Störungsbereiche ausgerichtet: Personen mit Störungen im Umgang mit Alkohol werden bei rund 90% der Einrichtungen im Westen und 97% der Einrichtungen im Osten als Zielgruppe angegeben, Drogenkonsumenten von 92% der Einrichtungen in den neuen und 74% in den alten Bundesländern; Spieler und Personen mit Essstörungen sind weitere wichtige Zielgruppen (73–91%). Die Werte sind durchweg um zehn bis 20 Prozentpunkte höher als in 2001 und 2000. Es scheint eine Tendenz der Einrichtungen zu geben, sich von der Spezialisierung auf ein Störungsbild hin zur allgemeinen Suchtambulanzen zu entwickeln.

Versorgungsregion und Einzugsgebiet

Die Einrichtungen in den neuen Bundesländern befinden sich in kleineren Versorgungsregion und liegen in kleineren Gemeinden als die Einrichtungen in den alten Bundesländern (Abbildung 5.1 und Abbildung 5.2).

Erreichbarkeit

Die Erreichbarkeit der Einrichtungen (Öffnungszeiten) ist in den alten und den neuen Bundesländern sehr ähnlich. Im Osten sind die Einrichtungen im Durchschnitt 37,7 Stunden in der Woche geöffnet und im Westen 38,5 Stunden. Eine Abendsprechstun-

Tabelle 5.2: Eingesetztes System für Qualitätsmanagement

Art des Systems	West N=188	Ost N=129
EFQM	12,2%	0,0%
ISO 9000 ff.	5,9%	13,2%
Sonstige	31,4%	43,4%
Qualitätssicherungsprogramm der Sozialversicherungsträger	27,1%	20,2%
Kein System	35,1%	26,4%

Unbek.: 137 Einrichtungen (30,2% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N=258 (84,0%), HORIZONT: N=53 (40,2%), PATFAK: N=6 (100%), KIBNET: N=0 (0,0%)

de bieten 55% der Einrichtungen im Osten und 37% der Einrichtungen im Westen an. An Krisen-Wochenend-Diensten beteiligen sich 18% der Ost- und 13% der West-Einrichtungen.

Qualitätsmanagement

Etwa 74% der Einrichtungen im Osten (2000: 42%, 2001: 74%) und 65% der Einrichtungen im Westen (2000: 41%, 2001: 64%) verwenden Qualitätsmanagementsysteme (Tabelle 5.2). Die Teilnahme an Qualitätsmanagementsystemen hat von 2000 auf 2001 deutlich zugenommen, blieb seitdem aber fast unverändert.

Rund zwei Drittel der Einrichtungen führen eine formalisierte Eingangsdiagnostik durch. Behandlungs- und Hilfeplanung erfolgen in 57% (West) bzw. 50% (Ost) der Einrichtungen. Der Verlauf wird in 78% bzw. 80% regelmäßig dokumentiert. In über der Hälfte der Einrichtungen erfolgt regelmäßig eine Abschlussdokumentation. Seltener, in 39% bzw. 32% der Einrichtungen, werden auch Therapieevaluationen und Katamnesen durchgeführt. Alle Dokumentationsformen werden häufiger als in 2001 genutzt. Hierin zeigt sich auch der Druck der Leistungsträger, Leistungen immer mehr formalisiert zu dokumentieren.

5.2 Mitarbeiter

Für die folgenden Berechnungen sind die vorhandenen Mitarbeiter auf Vollzeitstellen umgerechnet.

Stellenanzahl

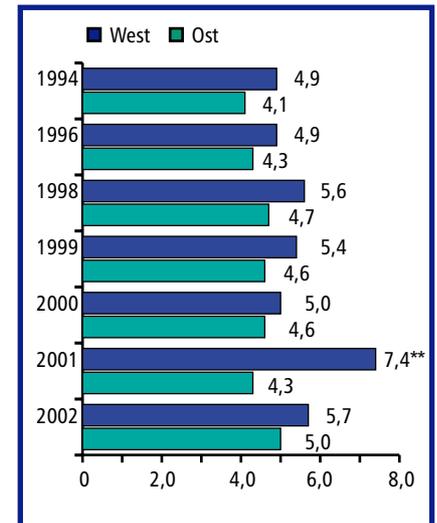
Die durchschnittliche personelle Besetzung pro Einrichtung (Teilzeit-

kräfte sind auf Vollzeitstellen umgerechnet) ist in 2002 im Vergleich zu früheren Jahren im Osten deutlich höher und im Westen leicht angestiegen (Abbildung 5.3). Der sehr hohe Wert des Jahres 2001 im Westen war durch einen hohen Rückgang der fehlenden Angaben und durch Eingabefehler von erstmals teilnehmenden Einrichtungen bedingt und darf deshalb nicht interpretiert werden. Insgesamt hat 2002 eine durchschnittliche West-Einrichtung mit 5,74 Vollzeitstellen etwa 0,8 Stellen mehr als im Jahr 2000. Die Einrichtungen im Osten haben durchschnittlich 4,96 Vollzeitstellen und damit etwa 0,4 Stellen mehr als in 2000.

Berufsgruppen

Tabelle 5.3 zeigt, dass Sozialarbeiter und -pädagogen die größte Berufsgruppe in ambulanten Einrichtungen stellen (53%). Die Anteile der verschiedenen Berufsgruppen unterscheiden sich in den Einrichtungen in Ost und West wenig. Einzig der höhere Anteil an Sozialarbeitern und Sozialpädagogen in den alten Bundesländern von rund 59% gegenüber 43% in den neuen Bundesländern fällt ins Auge. Auf der anderen Seite liegt mit etwa 13% der Anteil des sonstigen Personals (z. B. Theologen), dessen formale Qualifikation keiner der therapeutischen Berufsgruppen entspricht, in den neuen Bundesländern relativ hoch. Die noch bestehenden Unterschiede zwischen Ost und West spiegeln auch die unterschiedliche Geschichte dieser Einrichtungen und Mitarbeiter vor 1990 wider. Etwa ein Fünftel des Personals ist in Ost wie West

Abbildung 5.3: Personelle Besetzung je Einrichtung*



* Auf Vollzeitstellen umgerechnet.

** Bedingt durch Eingabefehler neuer Einrichtungen

mit Verwaltungs- und technischen Aufgaben betreut.

5.3 Finanzierung Gesamtetat

Nur etwa 31% der Einrichtungen haben Daten über ihre finanzielle Situation zur Verfügung gestellt (2000: 25%, 2001: 45%). Vergleicht man die Angaben zum Jahreshaushalt 2002 mit jenen in 2001, so zeigt sich in den alten Bundesländern ein unerwartet hoher Anstieg von 48%. Dieser starke Anstieg ist vermutlich auf den hohen Anteil fehlender Angaben oder einen Eingabefehler von erstmals teilnehmenden Einrichtungen zurückzuführen und sollte erst nach weiterer Beobachtung interpretiert werden. In den neuen Bundesländern ist ein leichter Anstieg von 3% zu erkennen (Tabelle 5.4). Die Unterschiede zwischen Ost und West über alle Jahre sind erheblich.

Finanzierungsquellen

Der Jahreshaushalt einer ambulanten Einrichtung setzt sich aus mehreren Finanzierungsbestandteilen zusammen. Den größten Anteil machen schon seit Jahren die kommunalen Mittel aus (West: 39%, Ost: 54%). Landesmittel bilden den zweitgrößten

Tabelle 5.3: Durchschnittliche Anzahl der Mitarbeiter je Berufsgruppe und Einrichtung

Berufsgruppen	West N=203		Ost N=134		Gesamt N=337	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Arzt	0,16	2,8%	0,10	2,1%	0,14	2,5%
Diplom-Psychologe	0,59	10,3%	0,49	9,9%	0,55	10,2%
Diplom-Pädagoge/Sozialwissenschaftler	0,37	6,4%	0,38	7,7%	0,37	6,8%
Sozialarbeiter/-pädagog	3,38	58,9%	2,15	43,4%	2,89	53,2%
Erzieher	0,01	0,2%	0,08	1,6%	0,04	0,7%
Fachkraft für soziale Arbeit	0,04	0,6%	0,28	5,7%	0,13	2,5%
Krankenschwester/-pflege(helfer)	0,02	0,4%	0,04	0,9%	0,03	0,5%
Ergo-/Arbeitstherapeut	0,00	0,0%	0,04	0,8%	0,01	0,3%
Kunst-/Musiktherapeut	0,01	0,2%	0,00	0,0%	0,01	0,1%
Sport-/Bewegungstherapeut	0,00	0,0%	0,01	0,2%	0,00	0,1%
Physiotherapeut	0,00	0,0%	0,00	0,0%	0,00	0,0%
Sonstige in Beratung/Therapie Tätige	0,06	1,0%	0,63	12,7%	0,28	5,2%
Zwischensumme (Stellen bzw. %)	4,64	80,7%	4,20	84,7%	4,46	82,2%
Ökonom/Betriebswirt	0,00	0,0%	0,04	0,8%	0,02	0,3%
Büro-/Verwaltungspersonal	0,80	13,9%	0,51	10,3%	0,69	12,6%
Technisches Personal/Wirtschaftsbereich	0,04	0,7%	0,05	1,1%	0,04	0,8%
Jahrespraktikanten/Azubi	0,19	3,4%	0,08	1,6%	0,15	2,7%
Zivildienstleistende	0,08	1,3%	0,08	1,6%	0,08	1,4%
Gesamt (Stellen bzw. %)	5,74	100%	4,96	100%	5,43	100%

Unbek.: 117 Einrichtungen (25,8% aller Einrichtungen)
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)
 Basis: EBIS: N=279 (90,0%), HORIZONT: N=52 (39,4%), PATFAK: N=6 (100%), KIBNET: N=0 (0,0%)

Anteil (West: 28 %, Ost 30 %). Eine weitere wichtige Finanzierungsquelle für Einrichtungen in den alten Bundesländern sind die Mittel der Kranken- und Rentenversicherungen (in der Regel Leistungen nach den Vereinbarungen zur ambulanten Rehabilitation). In den alten Bundesländern machen diese Einnahmen wie im Vorjahr 10,8 % des Jahreshaushalts aus (Tabelle 5.5). In den neuen Bundesländern liegt der Anteil erst bei 2,6 %, damit sogar um 0,6 Prozentpunkte niedriger als in 2001. Allerdings haben etwa 69 % der Einrichtungen keine Angaben gemacht (2000: 68 %, 2001: 56 %), so dass die Angaben nur vorsichtig interpretiert werden dürfen. Ein erheblicher Anteil des Haushaltes einer Einrichtung kommt aus Eigenmitteln, diese wurden aber bisher im Deutschen Kerndatensatz nicht explizit erhoben.

5.4 Präventionsangebote

Prävention und Öffentlichkeitsarbeit stellen einen wichtigen Anteil der Arbeit der Einrichtungen dar. Da sich die Maßnahmen nicht über längere Zeit auf spezifische Personen beziehen, wird keine einzelfallbezogene

Tabelle 5.4: Entwicklung des Jahreshaushalts pro Einrichtung seit 1994 (in Euro)

	1994	1996	1998	2000	2001	2002	Veränderung zu 2001
West	242.957	255.106	280.228	317.520	290.252	(429.753)*	(+48,1%)*
Ost	144.492	155.123	166.164	187.857	168.822	173.382	+2,7%

Unbek.: 311 Einrichtungen (68,5% aller Einrichtungen)
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)
 Basis: EBIS: N=142 (46,3%), HORIZONT: N=1 (0,8%), PATFAK: N=0 (0,0%), KIBNET: N=0 (0,0%)
 * Möglicherweise durch Euromstellung bedingte Eingabefehler neuer Einrichtungen

Tabelle 5.5: Finanzierung durch die Kranken- und Rentenversicherung (Anteil am Jahreshaushalt)

	1994	1996	1998	2000	2001	2002
Anteil West	4,7%	6,5%	8,0%	9,7%	10,8%	10,8%
Anteil Ost	0,7%	2,0%	2,5%	2,9%	3,2%	2,6%

Unbek.: 311 Einrichtungen (68,5% aller Einrichtungen)
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)
 Basis: EBIS: N=142 (46,3%), HORIZONT: N=1 (0,8%), PATFAK: N=0 (0,0%), KIBNET: N=0 (0,0%)

Dokumentation geführt. Um bei Präventionsmaßnahmen junge Personen zu erreichen, bieten Veranstaltungen an Schulen einen Ansatzpunkt. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die Arbeit an weiterführenden Schulen bei den von den Einrichtungen durchgeführten Aktivitäten eine herausragende Bedeutung hat (Tabelle 5.6). Die 2.389 durchgeführten Maßnahmen erreichen pro Maßnahme etwa 33 Per-

sonen. Daneben ist insbesondere die Arbeit in Betrieben und die außerschulische Jugendarbeit von großer Bedeutung.

6 Daten zur Klientel (Statistik der Zugänge)

Das folgende Kapitel 6 enthält zentrale Angaben zur Klientel, die 2002 in ambulanten Einrichtungen in Deutschland eine Betreuung begonnen hat

Tabelle 5.6: Präventionsangebote

Prävention im Bereich	Anzahl der Maßnahmen	Durchschnittliche Anzahl erreichter Personen pro Maßnahme	Durchschnittlicher Zeitaufwand pro Maßnahme (Stunden)*
Kindergarten/Miniclub	125	40,3	9,6
Grundschule/Hort	229	28,1	5,4
Weiterführende Schule	2.389	32,9	5,2
Außerschulische Jugendarbeit	548	38,1	7,6
Betrieb/Verwaltung	744	17,9	6,9
Medizinische Einrichtung	175	17,6	5,0
Verband/Verein/Kommune	406	28,4	5,7
Sonstige spezifische Zielgruppe	1.698	20,5	7,2
Unspezifisch	208	114,6	13,1
Keine Angabe	125	23,7	6,2
Gesamt pro Einrichtung	33,7	1.018,2	218,2
Gesamt	6.647	200.578	42.986,9

Unbek.: 257 Einrichtungen (56,6% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N=197 (64,2%), HORIZONT: N=0 (0,0%), PATFAK: N=0 (0,0%), KIBNET: N=0 (0,0%)

* inklusive Vor- und Nachbereitung

(Zugänge), sowie eine Auswahl wichtiger Trends. In Kapitel 7 werden die Interventionen für die in 2002 abgeschlossenen Betreuungen beschrieben (*Entlassungen*). Das vorhergehende Kapitel zu den Einrichtungsdaten sowie die Kapitel 6 und 7 stellen den Standardteil der Bundesauswertung dar, der mit wenigen Modifikationen jährlich publiziert wird. Damit wird ein Vergleich wichtiger Kennziffern über die Jahre hinweg möglich. Die hier dargestellten Auswertungen sind ein Auszug aus einem sehr viel umfassenderen Tabellenband, der allen Interessierten unter www.ebis-ift.de zur Verfügung steht.⁴

Eine Reihe von Sonderauswertungen, die Teilgruppen oder spezifische Betreuungsansätze betreffen oder auf Daten zurückgreifen, die über den Bundesdatensatz hinausgehen (systemspezifische Datensätze, derzeit nur von EBIS erhoben), werden in gesonderten Publikationen veröffentlicht.

6.1 Übersicht

Im Jahr 2002 wurden einschließlich der Einmalkontakte insgesamt 161.553 Personen in den ausgewerteten 454 Einrichtungen betreut. Von diesen haben 95.468 Personen (ohne Einmalkontakte) den Kontakt in 2002 aufgenommen, dies sind 40,4 % mehr Klientenzugänge als im Jahr 2001 (Zugänge

2001: 67.992) bei 23,4 % mehr Einrichtungen als 2001, die an der Auswertung teilgenommen haben (Einrichtungen 2001: 368). Im Kapitel 6 wird nur diese Gruppe der neu aufgenommenen Klienten (Zugänge) analysiert, da sie mögliche Trends besser erkennen lässt als eine Gesamtbeurteilung aller Klienten, die teilweise über mehrere Jahre betreut werden.

Angehörige

Frauen kommen nicht nur wegen einer eigenen Störung in die Beratungsstelle (Tabelle 6.1): Etwa jede fünfte Frau im Westen und jede vierte Frau im Osten sucht Rat wegen eines Angehörigen. Dagegen sind Männer fast ausschließlich wegen einer eigenen Störungen in Beratung, Behandlung oder Betreuung. Diese Verteilung hat sich gegenüber den Vorjahren kaum verändert.

Primärer Hilfebedarf

Bei den Klienten mit einer eigenen Störung stehen legale Substanzen im Vordergrund, nämlich bei etwa 64 % im Westen und bei fast 76 % im Osten (2001: 63 % vs. 80 %). Umgekehrt ist der Anteil von Klienten mit illegalem Drogenkonsum im Westen deutlich höher: 29 % vs. 19 % (Tabelle 6.2; 2001: 31 % vs. 16 %), was auch die geringere Verfügbarkeit illegaler Substanzen im

Osten widerspiegelt. Die Veränderungen gegenüber 2001 zeigen jedoch die weitere »Angleichung« der neuen an die alten Bundesländer. Die Kategorisierung der behandlungsbedürftigen Probleme erfolgt bei dieser Frage nach den Angaben der Klienten, der Anteil fehlender Daten ist leider immer noch hoch.

Bei den Angehörigen sind die Schwerpunkte ihres Hilfebedarfs anders verteilt: Vorwiegend Frauen suchen besonders wegen Störungen durch legale Substanzen bei Ehemännern oder Kindern die Beratungsstelle auf. Dabei ist der Anteil der wegen legaler Substanzprobleme kommenden Angehörigen kleiner als der der selbstbetroffenen Klienten (48 % vs. 64 %). Im Osten sind die entsprechenden Werte bei Angehörigen für illegale Drogen höher als bei den selbst von der substanzbezogenen Störung betroffenen Klienten (39 % vs. 19 %) und auch höher als bei den Angehörigen im Westen. Im Westen kommt ein Fünftel der Angehörigen nicht direkt wegen einer substanzbezogenen Stö-

4 Die Gesamtdatenbasis mit etwa 54 Tabellen steht in Form eines Tabellenbandes zur Verfügung, der im Internet zum Herunterladen bereitliegt (www.ebis-ift.de). Alle Interessenten können die entsprechenden Daten auch von den Mitgliedern der EBIS-Arbeitsgemeinschaft anfordern.

Tabelle 6.1: Klienten mit eigener Störung und Angehörige (Zugänge)

Klientengruppe	West		Ost		Gesamt		Gesamt 2002		2001	2000
	M	F	M	F	M	F	%	Abs.	%	%
Eigene Symptomatik	94,9%	78,7%	94,0%	70,6%	94,5%	76,1%	89,7%	60.740	90,4%	89,5%
Familienangehörige	1,9%	18,3%	2,6%	23,7%	2,2%	20,0%	6,9%	4.665	7,3%	7,3%
Sonstige	3,2%	3,0%	3,5%	5,7%	3,3%	3,9%	3,5%	2.339	2,3%	3,2%
Gesamt	30.857	12.265	18.929	5.693	49.786	17.958	100%	67.744	67.473	69.294

Unbek.: 27.724 Klienten (29,0%) aller Klienten, bzw. 0 Klienten (0,0%) der ausgew. Eindr.

Bezug: Bundesdatensatz; Bezugsgruppe: Zugänge

Basis: EBIS: N=301 (98,0%), HORIZONT: N=0 (0,0%), PATFAK: N=6 (100%), KIBNET: N=0 (0,0%)

Tabelle 6.2: Primärer Hilfebedarf*

Primärer Hilfebedarf	West		Ost		Gesamt 2002		2001	2000
	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	%
Klienten mit eigener Störung								
Legale Substanzen	24.505	63,9%	16.330	76,0%	40.835	68,2%	68,1%	67,3%
Illegale Substanzen	11.184	29,2%	4.041	18,8%	15.225	25,4%	26,0%	26,2%
Essstörungen	832	2,2%	325	1,5%	1.157	1,9%	1,9%	2,0%
Pathologisches Spielverhalten	890	2,3%	352	1,6%	1.242	2,1%	2,0%	1,8%
Andere Störungsbereiche	956	2,5%	425	2,0%	1.381	2,3%	2,0%	2,6%
Gesamt	38.367	100%	21.473	100%	59.840	100%	49.463	58.981
Angehörige								
Legale Substanzen	1.314	48,8%	797	47,0%	2.111	48,1%	46,1%	41,3%
Illegale Substanzen	683	25,4%	659	38,8%	1.342	30,6%	31,3%	26,4%
Essstörungen	80	3,0%	69	4,1%	149	3,4%	3,5%	3,9%
Pathologisches Spielverhalten	60	2,2%	40	2,4%	100	2,3%	2,0%	3,2%
Andere Störungsbereiche	553	20,6%	132	7,8%	685	15,6%	17,1%	25,2%
Gesamt	2.690	100%	1.697	100%	4.387	100%	3.659	4.470

Unbek.: 27.945 Klienten (30,3%) aller Klienten, bzw. 1.178 Klienten (1,8%) der ausgew. Eindr.

Bezug: Bundesdatensatz; Bezugsgruppe: Zugänge

Basis: EBIS: N=301 (98,0%), HORIZONT: N=0 (0,0%), PATFAK: N=6 (100%), KIBNET: N=0 (0,0%)

* Keine Diagnosen, sondern Angaben der Klienten

rung eines Dritten in die Einrichtung, sondern aufgrund von damit zusammenhängenden anderen Störungsbereichen, etwa im Arbeits- oder finanziellen Bereich. Gegenüber 2001 haben sich die Werte nur geringfügig verändert.

6.2 Verteilung der Hauptdiagnosen *Hinweise zur Methodik*

In den Einrichtungen werden Diagnosen für Störungen im Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen, Pathologischem Spielverhalten und Essstörungen nach dem internationalen Diagnoseschema der WHO, ICD in der aktuellen Fassung 10 (WHO, 1999) erfasst. Für psychoaktive Substanzen werden nur die Bereiche »schädlicher Gebrauch« und »Abhän-

gigkeitssyndrom« kodiert. Der Begriff »Störung« wird als Oberbegriff für beide Klassifikationen verwendet. Für jede einzelne Störung wird von der Einrichtung gemäß ICD-10 eine entsprechende spezifische Diagnose vergeben. Da multipler Konsum unter Drogenkonsumenten die Regel ist, ergeben sich für diese meist mehrere *Einzeldiagnosen*. Gemäß den Regeln von ICD-10 wird eine Diagnose nur dann gestellt, wenn die Störung innerhalb der letzten zwölf Monate aufgetreten ist, aber nicht mehr, wenn sie länger zurückliegt.

Die behandlungsleitende Diagnose, z. B. der schädliche Gebrauch oder die Abhängigkeit von Opiaten, wird durch den Mitarbeiter zusätzlich als *Hauptdiagnose* gekennzeichnet. Pro Klient

ist im Gegensatz zu den Einzeldiagnosen nur eine Hauptdiagnose möglich. In großen Teilen der Bundesauswertung wird diese Hauptdiagnose für eine differenzierte Darstellung der Klientel herangezogen. In 2002 wurden unter den Zugängen mit einer eigenen Störung (85.598) in 86,3% der Fälle (73.896) eine Hauptdiagnose vergeben. Auf diese Gruppe bezieht sich der nachfolgende Text in den Abschnitten 6.2 bis 6.5.

Hauptdiagnosen

Alkohol ist sowohl im Westen wie im Osten die »Problemsubstanz Nummer Eins«. Alkoholbezogene Diagnosen stehen bei 76% der Klienten im Osten (2000: 80%; 2001: 79%) und 63% im Westen (2000: 65%; 2001: 64%)

Tabelle 6.3: Hauptdiagnosen und Geschlecht bei Klienten mit eigener Störung

Hauptdiagnose	West		Ost		Gesamt		Gesamt 2002		2001		2000	
	M	F	M	F	M	F	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.
Alkohol	62,6%	63,2%	78,0%	66,8%	67,8%	64,2%	67,0%	49.515	69,2%	35.863	69,5%	40.054
Opioide	19,6%	16,4%	4,6%	7,0%	14,5%	13,9%	14,4%	10.637	13,6%	7.038	14,4%	8.278
Cannabinoide	9,3%	4,9%	9,8%	7,8%	9,5%	5,7%	8,6%	6.368	7,1%	3.700	6,3%	3.632
Sedativa/ Hypnotika	0,6%	2,1%	0,4%	1,9%	0,5%	2,1%	0,8%	626	0,9%	462	0,9%	526
Kokain	2,2%	1,1%	1,3%	0,7%	1,9%	1,0%	1,7%	1.231	1,8%	942	1,6%	935
Stimulantien	1,6%	1,7%	2,7%	4,2%	2,0%	2,4%	2,1%	1.541	2,3%	1.185	1,8%	1.029
Halluzinogene	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	87	0,2%	114	0,2%	124
Tabak	0,4%	1,1%	0,4%	1,0%	0,4%	1,1%	0,6%	423	0,5%	257	0,4%	242
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	13	0,0%	11	0,0%	8
And. psychotr. Substanzen	0,5%	0,6%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	386	0,3%	155	0,7%	415
Essstörungen	0,1%	8,0%	0,2%	8,8%	0,2%	8,2%	1,9%	1.433	2,0%	1.029	2,3%	1.323
Pathologisches Spielverhalten	3,0%	0,9%	1,8%	1,1%	2,6%	1,0%	2,2%	1.636	2,1%	1.084	1,8%	1.055
Gesamt	38.046	11.999	19.465	4.386	57.511	16.385	100%	73.896	100%	51.840	100%	57.621

Unbek.: 11.702 Klienten (13,7%) aller Klienten, bzw. 11.702 Klienten (13,7%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS); Bezugsgruppe: Zugänge

Basis: EBIS: N=307 (100%), HORIZONT: N=132 (100%), PATFAK: N=6 (100%), KIBNET: N=9 (100%)

im Vordergrund. Die zweithäufigste Hauptdiagnose bezieht sich in den alten Bundesländern auf Opiate (etwa 19 % gegenüber nur 5 % in den neuen Bundesländern; 2001: 18 % vs. 4 %). An dritter Stelle stehen cannabisbezogene Diagnosen mit 8 % im Westen und 9 % im Osten (2001: je 7 %). Die restlichen Diagnosegruppen spielen mit je 1 bis 3 % nur eine geringe Rolle. Die Veränderungen gegenüber 2001 sind gering: Lediglich ein leichter Zuwachs bei Opioiden und bei Cannabis gegenüber einem leichten Rückgang bei Alkohol ist zu beobachten.

Die Verteilung aller Hauptdiagnosen nach Geschlecht ist in Tabelle 6.3 dargestellt. Der Geschlechtereffekt zeigt sich in den Einrichtungen durchgängig bei Störungen mit Cannabinoiden und Kokain, im Osten bei alkohol- und im Westen bei opiatbezogenen Störungen (jeweils mehr Männer als Frauen). Umgekehrt kommen im Osten mehr Frauen als Männer mit einer opiatbezogenen Diagnose. Störungen durch Sedativa und Hypnotika sowie Tabak treten in beiden Teilen Deutschlands prozentual bei Frauen ebenfalls häufiger auf als bei Männern. Im Falle der Tabakabhängigkeit kommt hier vielleicht der in der Literatur diskutierte »Teleskop-Effekt« zum Tragen (u. a. Mann, Ackermann, Günthner, Jung, Morlock & Mundle, 1997); dieser besagt, dass es bei

Frauen im Vergleich zu Männern schneller vom normalen Konsum zum schädlichen Konsum oder zu Abhängigkeit kommt, d. h. dass Frauen in signifikant kürzerer Zeit ein ähnliches Ausmaß an körperlichen Folgeschäden wie Männer entwickeln. Denn hier sieht man – wie in Repräsentativerhebungen auch (Perkonig, 1997; Sonntag et al., 2000) –, dass die Frauen in Bezug auf die Prävalenz der Hauptdiagnose »Tabakabhängigkeit« die Männer einholen. Darüber hinaus gibt es wahrscheinlich ein geschlechtsspezifisches »Nutzungsverhalten« solcher Einrichtungen.

Auch bei Essstörungen und Pathologischem Spielverhalten finden sich Geschlechtsunterschiede. Essstörungen machen bei Frauen einen Anteil von etwa 8 % der Hauptdiagnosen im Westen und 9 % im Osten aus, während der Anteil bei den Männern lediglich 0,1 % bzw. 0,2 % beträgt. Pathologisches Spielverhalten wird im Westen bei etwa 3 % und im Osten bei 2 % der männlichen Klienten als Hauptdiagnose vergeben (bei Frauen je etwa 1 %).

Betrachtet man die Veränderung der Verteilung der Hauptdiagnosen über die letzten drei Jahre (Tabelle 6.3) und bezieht noch die Daten von 1999 ein, so fällt vor allem auf, dass der Anteil der alkoholbezogenen Diagnosen um 4,5 Prozentpunkte abgenommen hat, der der opiatbezogenen Diagnosen

wieder auf dem Stand von 2000 ist, während der Anteil cannabisbezogener Diagnosen in vier Jahren von 5,1 % auf 8,6 % zugenommen hat, was einem Anstieg von etwa 69 % entspricht. Eine derzeit laufende Studie am IFT untersucht die Gründe für diese starke Veränderung.

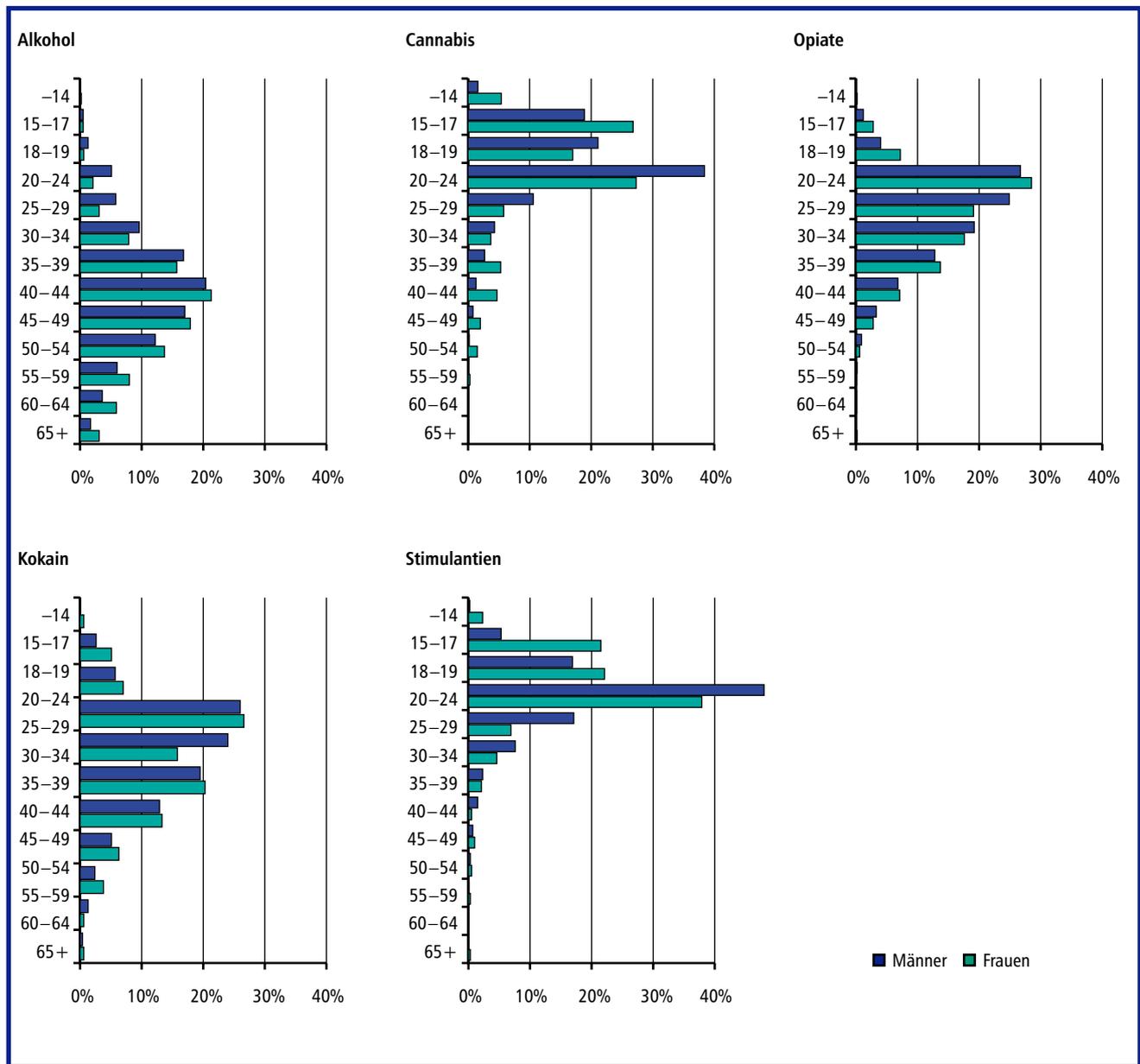
Die Hauptdiagnose »schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Stimulantien« ist seit 2000 um nur 0,3 Prozentpunkte gestiegen und tritt damit weiterhin etwas häufiger auf als die kokainbezogene Hauptdiagnose (2,1 % vs. 1,7 %). Die Anteile der übrigen Hauptdiagnosen sind annähernd gleich geblieben.

6.3 Beschreibung der Klientel nach Hauptdiagnosen: Substanzbezogene Störungen

In diesem Abschnitt werden die Klienten mit verschiedenen Hauptdiagnosen anhand verschiedener Moderator-Variablen wie Geschlecht, Alter bei Behandlungsbeginn etc. beschrieben, um Subgruppen von Klienten besser zu identifizieren.

Wie seit 2000 werden in diesem Abschnitt auch Klienten mit der Hauptdiagnose »schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Stimulantien« beschrieben, damit MDMA und verwandte Substanzen (Ecstasy) für Trendanalysen eindeutig klassifiziert werden können.

Abbildung 6.1: Altersverteilung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen



Geschlecht

Störungen durch legale oder illegale Substanzen betreffen überwiegend Männer: Die Unterschiede zwischen den fünf Substanzgruppen sind dabei erstaunlich gering: Der höchste Männeranteil findet sich unter den Klienten mit der Hauptdiagnose Kokain (87%), der geringste bei denen mit der Hauptdiagnose Stimulantien (75%). Die Werte für Alkohol (79%), Opiate (79%) und Cannabis (85%) liegen dazwischen. Gegenüber 2001 ist der

Männeranteil überall geringfügig angestiegen (Ausnahme: Alkohol).

Alter bei Betreuungsbeginn

In Abbildung 6.1 ist die Altersverteilung für die verschiedenen Hauptdiagnosen dargestellt. Die Mehrheit der Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol befindet sich in der Altersgruppe 40 bis 44 Jahre. Unter 30 und über 55 Jahren sind nur wenige Klienten mit einer primären Alkoholdiagnose in Betreuung. Gravierende Unter-

schiede zwischen den Geschlechtern ergeben sich bei der Hauptdiagnose Alkohol nicht: Frauen sind in der Tendenz etwas älter als die Männer. Der Frauenanteil ist in der Alterskategorie unter 40 Jahren niedriger und in der Kategorie ab 40 Jahren höher als der der Männer.

Auch bei den vier illegalen Substanzen ergibt sich ein sehr typisches Altersprofil. Cannabis, das in der individuellen Biographie in der Regel als erste illegale Substanz konsumiert wird

Abbildung 6.2: Durchschnittliches Alter bei Betreuungsbeginn (substanzbezogene Hauptdiagnosen)

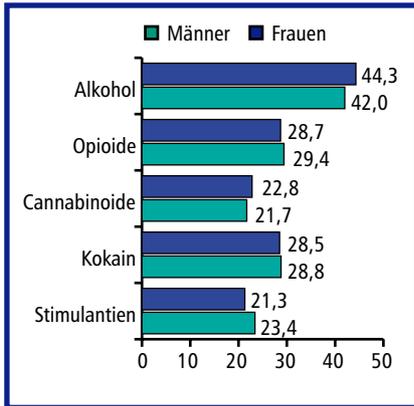


Abbildung 6.3: Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum einzelner Substanzklassen mit Missbrauchsverhalten (Einzeldiagnosen)

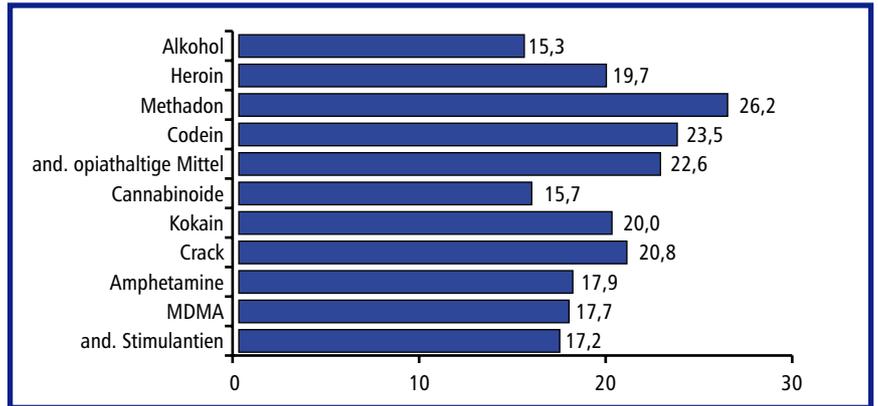
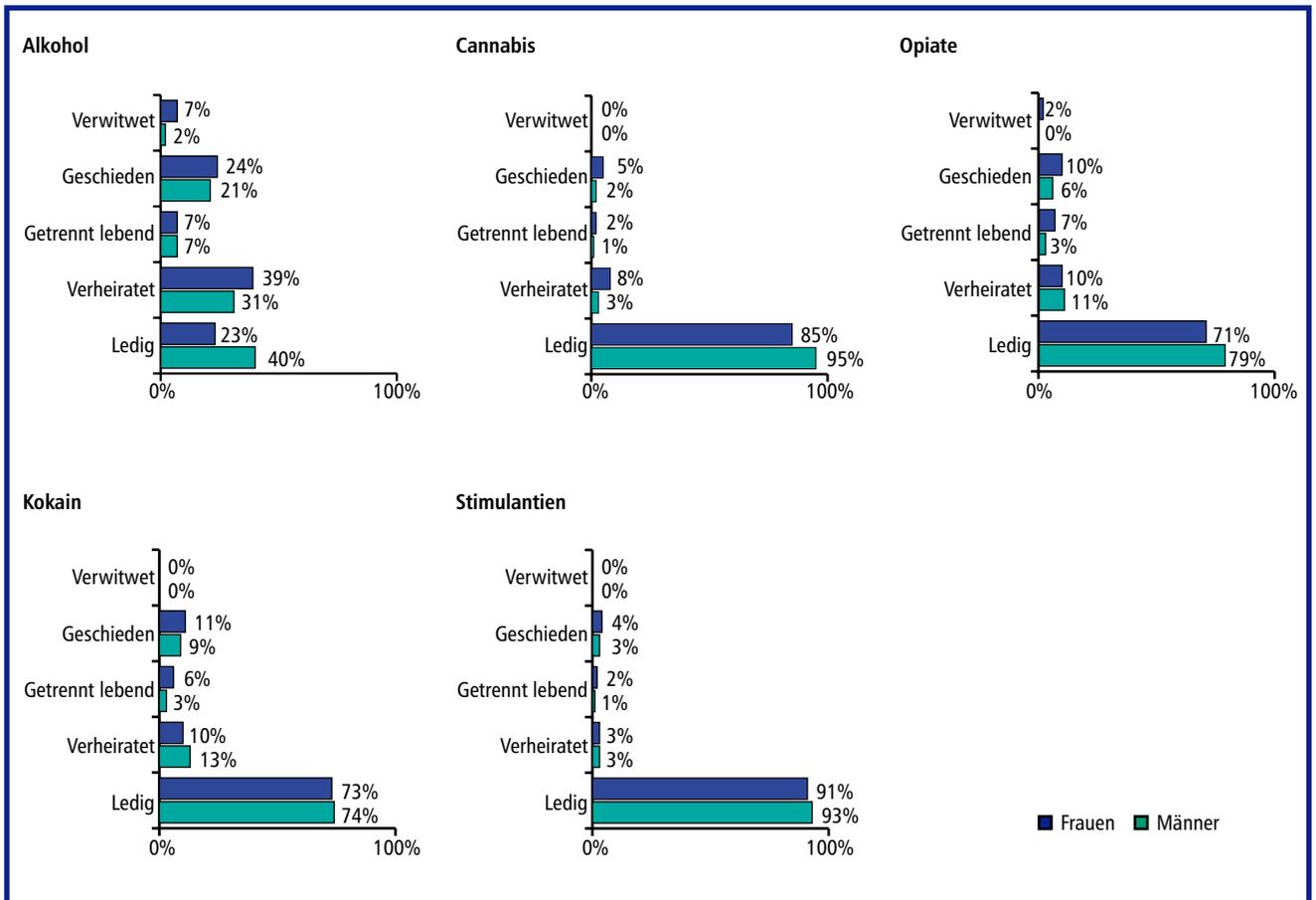


Abbildung 6.4: Familienstand bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen

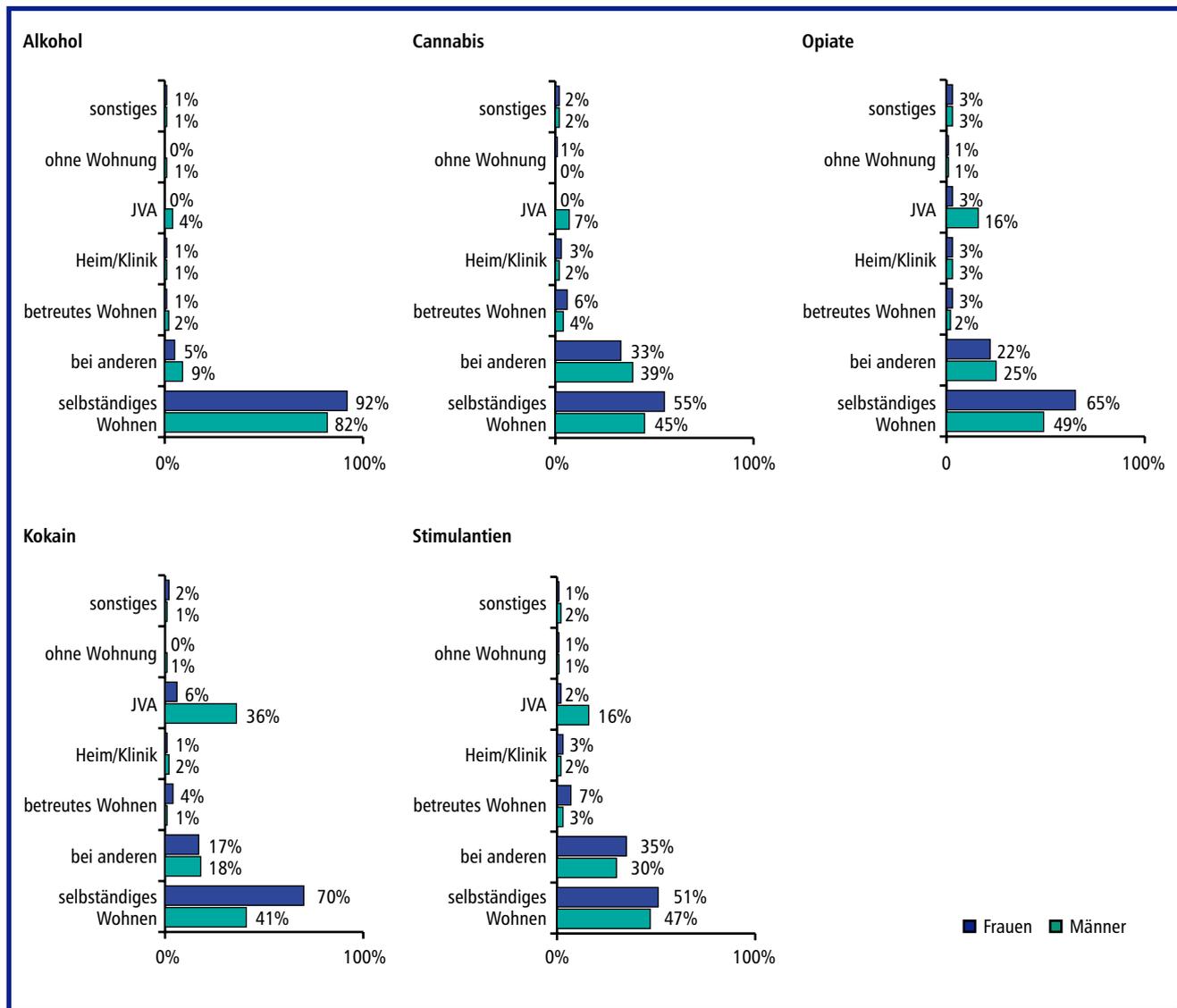


(z. B. Müller & Gmel, 2002) tritt als Hauptdiagnose vor allem in der jüngeren Altersgruppe der 15–24-Jährigen auf. Frauen mit dieser Diagnose sind sogar noch etwas jünger als die Männer. Nur eine Minderheit aller Personen mit einer cannabisbezogenen

Hauptdiagnose ist älter als 25 Jahre. Dies entspricht der Erfahrung, dass Entwicklungsprozesse in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter bei Mädchen und jungen Frauen um ein bis zwei Jahre früher beginnen als bei den Männern.

Ähnlich wie bei Personen, die wegen cannabisbezogenen Störungen betreut werden, sind auch Klienten, die aufgrund von Störungen wegen Stimulantien in den Beratungsstellen sind, jünger als die übrigen Klientengruppen. Der überwiegende Teil der Män-

Abbildung 6.5: Wohnsituation bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen



ner ist zwischen 18 und 24 Jahre alt, der überwiegende Teil der Frauen zwischen 15 und 24 Jahren. Frauen mit dieser Diagnose sind insgesamt etwas jünger als die männlichen Klienten. Demgegenüber liegt der Altersschwerpunkt für Klienten mit opiat- und kokainbezogenen Störungen bei 20 bis 34 Jahren.

In Abbildung 6.2 ist das durchschnittliche Alter bei Beginn der Betreuung in dieser Einrichtung für Klienten mit verschiedenen Hauptdiagnosen dargestellt. Das Alter für Klienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen liegt – trotz aller neuen Ansätze zur Frühintervention – nach wie

vor mit 42 bzw. 44 Jahren sehr hoch, d. h. verglichen mit den Daten vor 5 Jahren ist das Alter bei Betreuungsbeginn nicht zurückgegangen, sondern sogar leicht angestiegen (1997: 41 vs. 43 Jahre; 1998: 41 vs. 43 Jahre; 1999: 41 vs. 44 Jahre).

Alter bei Erstkonsum

Alkohol, Cannabis und Stimulantien werden schon mit 15 bis 18 Jahren als erste psychotrope Substanzen konsumiert (Abbildung 6.3). Laut Kraus et al. (1998) liegt das durchschnittliche Alter bei Erstkonsum von illegalen Drogen in der Gesamtbevölkerung schon seit Jahren unverändert bei etwa

18 Jahren. Cannabis und Stimulantien werden lebenszeitlich zuerst konsumiert, das Alter bei Konsumbeginn liegt hier durchschnittlich etwa zwei bis drei Jahre darunter (u. a. Müller & Gmel, 2002). Zwischen Erstkonsum und Behandlungsbeginn in einer Einrichtung liegen bei Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol rund 25 Jahre, bei Klienten mit der Hauptdiagnose Opiate oder Cannabis etwa fünf bis acht Jahre und bei Stimulantien etwa drei bis fünf Jahre. Das bedeutet, dass Personen mit Störungen durch Stimulantien den Weg in den Betreuungsprozess schneller zu finden scheinen. Der Grund hierfür ist noch nicht unter-

sucht. Zukünftige Studien müssten den Fokus auf die Unterschiede in den Ausstiegsprozessen bei Personen mit unterschiedlichen Substanzstörungen legen. Der höhere Wert bei Methadon gibt das durchschnittliche Alter bei Beginn einer Substitutionsbehandlung in Deutschland wieder.

Lebenssituation

Beim Familienstand zeigt sich, dass Personen mit Alkoholstörungen häufig in zumindest formal stabilen Beziehungen leben (Abbildung 6.4): 31 % der Männer und 39 % der Frauen sind verheiratet. Dagegen ist der Anteil der verheirateten Klienten bei den Konsumenten illegaler Drogen mit 3 % bis 13 % sehr gering. Während sich der hohe Anteil Lediger bei Cannabis- und Stimulantien-Klienten als Effekt des niedrigeren Durchschnittsalters dieser Gruppe erklärt, reflektieren die Zahlen bei den Opiat-Diagnosen auch die schwächere soziale Einbindung dieser Personengruppe.

Auch bei der Lebenssituation erweisen sich die Klienten mit alkoholbezogener Störung als sozial deutlich besser integriert: Rund 42 % leben mit einem Partner zusammen. Für Klienten mit der Hauptdiagnose Opiate oder Kokain gilt dies nur für knapp ein Viertel (23 % und 22 %) der Gruppe. Bei den Hauptdiagnosen Cannabis und Stimulantien spiegelt sich bei der Lebenssituation wiederum das junge Durchschnittsalter wider: 47 % bzw. 38 % leben mit den Eltern zusammen. Von den Klienten mit opiatbezogenen Störungen leben 24 % und von denen mit kokainbezogenen Störungen nur 18 % mit den Eltern.

Wohnsituation

In Bezug auf die Daten zur Wohnsituation bestehen für 2002 wie schon in den beiden Vorjahren Auswertungsprobleme, da die Kategorien »selbständiges Wohnen« (im Sinne einer gesicherten Wohnsituation) und »Wohnen bei anderen Personen« in den vorhandenen Standarddatensätzen unterschiedlich kodiert werden. Laut Deutschem Kerndatensatz sind

Jugendliche, die bei den Eltern wohnen, in der zweiten Kategorie zu kodieren (HORIZONT), laut Bundesdatensatz aber in der ersten (EBIS und PATFAK). Man kann aber davon ausgehen, dass 82 % der Männer und 92 % der Frauen mit alkoholbezogenen Problemen in einer eigenen Wohnung leben, während das bei den Klienten mit Störungen im Bereich illegaler Substanzen deutlich weniger sind (teilweise wiederum durch das geringere Alter bedingt; Abbildung 6.5).

Von den opiatabhängigen Klienten wohnt die Hälfte der Männer und zwei Drittel der Frauen selbständig bzw. bei den Eltern (Abbildung 6.5). Rund ein Viertel der Klienten wohnt bei anderen Personen. 16 % der Männer befinden sich in einer Justizvollzugsanstalt. Kokainabhängige Frauen wohnen ebenfalls häufiger als die Männer selbständig bzw. bei den Eltern (70 % vs. 41 %). Etwas mehr als ein Drittel der männlichen Klienten mit Kokainproblematik ist zum Zeitpunkt der Betreuung in einer Justizvollzugsanstalt.

Besondere Aufmerksamkeit verdient der Anteil der Klientinnen, die ohne Partner, aber mit Kindern leben. Dies sind bei Frauen mit einer Alkohol-Hauptdiagnose immerhin 12 %, bei einer Opiatdiagnose 11 % und bei einer Kokaindiagnose sogar 15 %. Zu der ohnehin schon belastenden Situation als alleinerziehender Elternteil kommt hier noch die substanzbezogene Störung hinzu, was sicherlich sowohl für die Mütter als auch für die betroffenen Kinder extrem schwierig ist. Väter leben weit weniger häufig in dieser belastenden Situation des Alleinerziehenden (Alkohol: 2 %, Opiate: 1 %), was damit zusammenhängt, dass das Sorgerecht eher den Müttern anvertraut wird. Aus den Daten wird ersichtlich, dass zum einen spezielle Angebote für alleinerziehende Frauen mit Substanzstörungen in großen Umfang bereitgestellt werden müssen. Zum anderen sind präventive Maßnahmen für die Risikogruppe der Kinder von (alleinerziehenden) Suchtkranken erforderlich, um das aus der

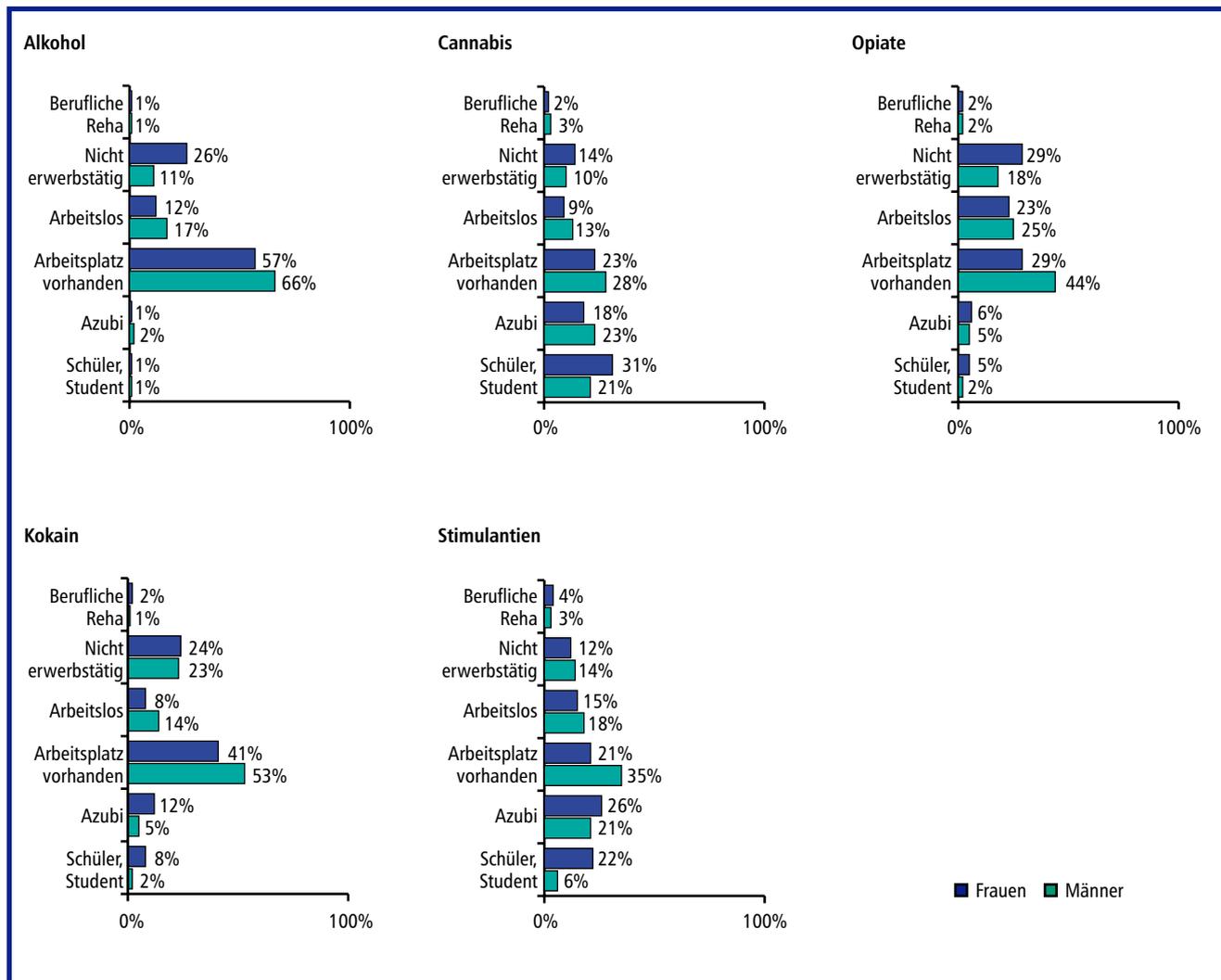
Literatur bekannte erhöhte Risiko von Kindern von Suchtkranken für ein Missbrauchsverhalten zu reduzieren.

Schulbildung

Zur Abbildung der Schulbildung gibt es derzeit ein Klassifikationsproblem: Während es im Bundesdatensatz (EBIS) die Kategorie »derzeit in Schulausbildung« gibt, wurde es im Deutschen Kerndatensatz leider versäumt, diese Kategorie aufzunehmen. Klienten, die sich noch in der Schulausbildung befinden, werden laut KDS in der Kategorie »ohne Schulabschluss« kodiert. Es kann daher unter Einbeziehung der Informationen zur Erwerbstätigkeit nur näherungsweise angegeben werden, wie viele Klienten noch in der Schulausbildung sind und wie viele keinen Schulabschluss haben: 43 % der Alkohol-Klienten haben mindestens einen Realschulabschluss (41 % der Männer und 50 % der Frauen). Etwa die Hälfte sowohl der Männer als auch der Frauen hat einen Hauptschulabschluss. Bei den Opiatabhängigen haben nur 20 % der Männer und 33 % der Frauen mindestens einen Realschulabschluss. Etwa 61 % der Männer und die Hälfte der Frauen hat einen Hauptschulabschluss. Etwa 15 % der Männer und Frauen sind ohne Schulabschluss oder noch in Schulausbildung.

Bei Cannabis-Klienten haben 28 % der Männer und 35 % der Frauen zumindest einen Realschulabschluss, 42 % bzw. 28 % einen Hauptschulabschluss. 27 % bzw. 35 % gehen aktuell noch zur Schule oder haben keinen Abschluss. Von den Kokain-Klienten haben 31 % der Männer und 52 % der Frauen mindestens einen Realschul-, 52 % bzw. 34 % einen Hauptschulabschluss. Ohne Schulabschluss oder noch in Schulausbildung sind etwa 14 % der Männer und 15 % der Frauen. Bei den Stimulantien-Klienten haben 34 % (Männer) und 40 % (Frauen) mindestens einen Realschul-, 45 % bzw. 35 % einen Hauptschulabschluss, 18 % gehen noch zur Schule und 24 % haben keinen Schulabschluss.

Abbildung 6.6: Berufliche Integration bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen



Berufliche Integration

Angesichts ihrer insgesamt schwierigen Situation überrascht es nicht, dass sich der Anteil der Arbeitslos-Gemeldeten und Nicht-Erwerbstätigen bei Opiatabhängigen auf 43 % bei den Männern und 52 % bei den Frauen addiert (Abbildung 6.6). Der Anteil der opiatabhängigen Personen, die einen Arbeitsplatz haben, liegt bei 44 % der Männer und 29 % der Frauen. Hierbei werden jedoch auch zeitweilige Arbeitsverhältnisse mitgezählt. Die hohen Werte erfordern besonderer Integrationshilfen und Fördermaßnahmen. Den höchsten Anteil an Personen mit einem Arbeitsplatz findet man bei den Alkohol-Klienten (66 % der

Männer und 57 % der Frauen). Unter den Alkohol-Klienten gibt es mit einem Anteil von 26 % auch viele nicht-erwerbstätige Frauen, wovon die Hälfte Hausfrauen sind. Von den Kokain-Klienten haben 53 % der Männer und 41 % der Frauen einen Arbeitsplatz. Mit 37 % bei den Männern und 32 % bei den Frauen ist allerdings auch hier ein großer Teil der Klienten ohne Arbeit. Bei der cannabisbezogenen Hauptdiagnose macht sich wiederum das junge Durchschnittsalter der Klienten bemerkbar: 44 % der Männer und 49 % der Frauen sind noch in Ausbildung. Auch bei den Klienten mit stimulantienbezogenen Störungen sind 27 % der Männer und 48 % der Frauen in

Ausbildung. Bei den Männern mit primär stimulantienbedingter Problematik haben 35 % einen Arbeitsplatz.

Charakterisierung von Kliententypen

Vereinfacht lassen sich folgende Kliententypen nach Hauptdiagnosen beschreiben:

- Klienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose sind überwiegend männlich, Anfang 40, konsumieren seit ihrem 16. Lebensjahr Alkohol, sind eher verheiratet, wohnen selbstständig und haben überwiegend einen Arbeitsplatz.
- Klienten mit opiatbezogener Hauptdiagnose sind überwiegend männlich

Abbildung 6.7:
Klienten mit Essstörungen
als Hauptdiagnose

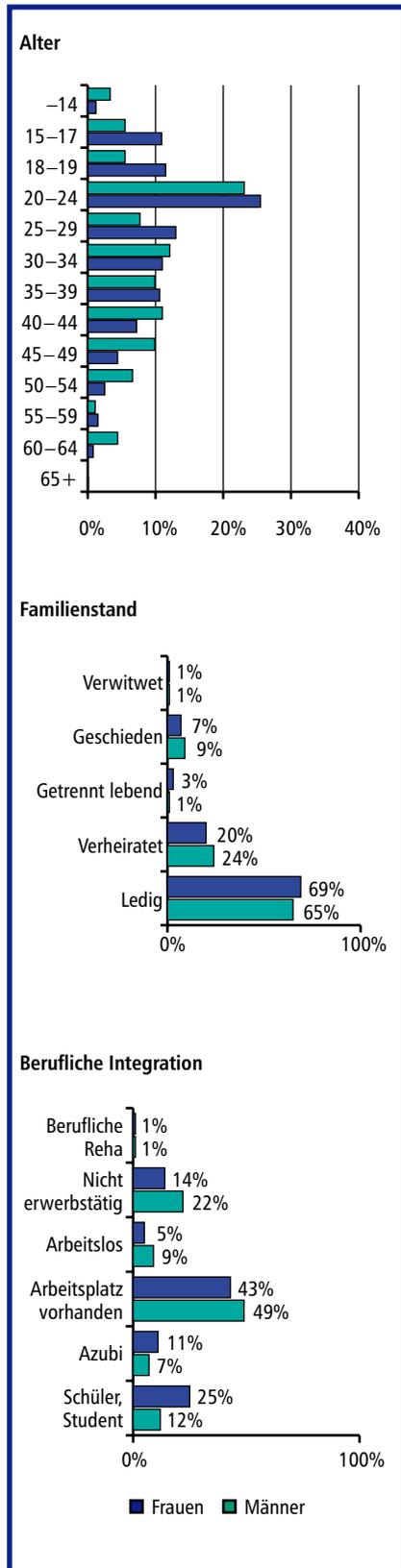
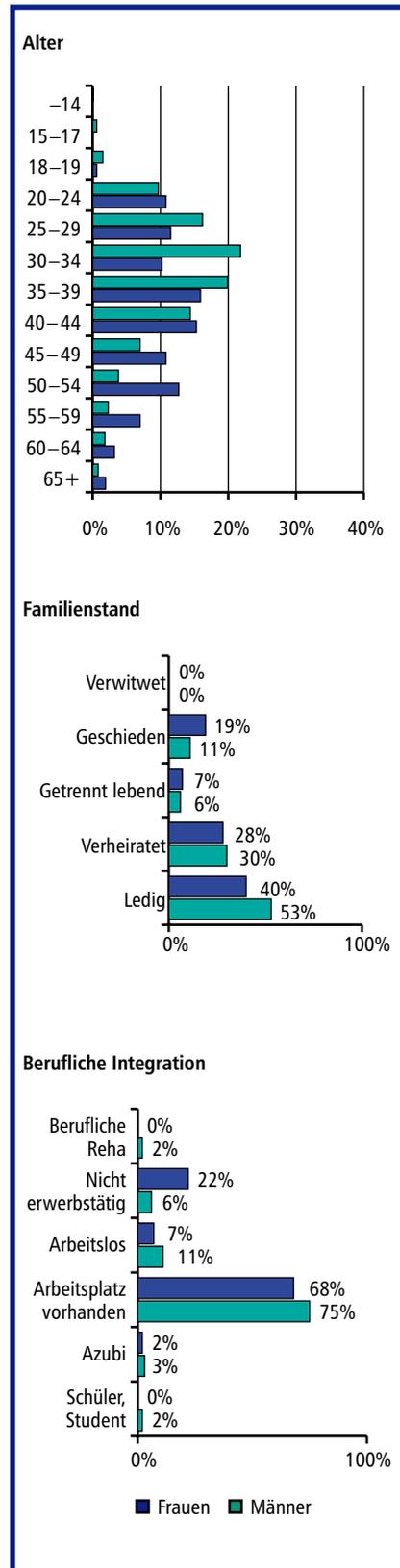


Abbildung 6.8:
Klienten mit Pathologischem
Spielverhalten als Hauptdiagnose



lich, Ende 20, konsumieren seit ihrem 20. Lebensjahr Heroin, sind ledig, wohnen selbständig oder bei anderen und sind überwiegend ohne Arbeitsplatz.

- Klienten mit cannabisbezogener Hauptdiagnose sind überwiegend männlich, Anfang 20, konsumieren seit ihrem 16. Lebensjahr Cannabinoide, sind ledig, wohnen bei den Eltern oder bei anderen, sind überwiegend in Ausbildung oder haben einen Arbeitsplatz.
- Klienten mit kokainbezogener Hauptdiagnose sind überwiegend männlich, Ende 20, konsumieren seit ihrem 21. Lebensjahr Kokain, sind ledig, wohnen selbständig oder sind derzeit in einer JVA und etwa die Hälfte hat einen Arbeitsplatz.
- Klienten mit stimulantienbezogener Hauptdiagnose sind überwiegend männlich, Anfang bis Mitte 20, konsumieren seit ihrem 18. Lebensjahr Stimulantien, sind ledig, wohnen selbständig, bei den Eltern oder bei anderen, haben überwiegend einen Arbeitsplatz, machen eine Lehre oder sind Schüler.

6.4 Beschreibung der Klientel nach Hauptdiagnosen: Essstörungen

Rund 77% der Einrichtungen nennen Klienten mit Essstörungen als eine Zielgruppe ihrer Einrichtung. Es handelt sich um einen Störungsbereich, der auch in allgemein-medizinischen, psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bzw. durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten behandelt wird und ein hochspezialisiertes und weit über das in ambulanten Suchteinrichtungen übliche Therapiekonzept hinausgehendes Fachwissen erfordert. Es gibt allerdings derzeit keine Studie über das Fachwissen in den Einrichtungen zu diesem Störungsbereich. Die relativ kleine Absolutzahl dieser Klienten (2002: 1.433 Hauptdiagnosen Essstörungen) erlaubten keine Rückschlüsse auf die Anzahl der behandelten Personen in Deutschland.

Abbildung 6.9: Entwicklung alkoholbezogener Einzel- und Hauptdiagnosen 1994-2002

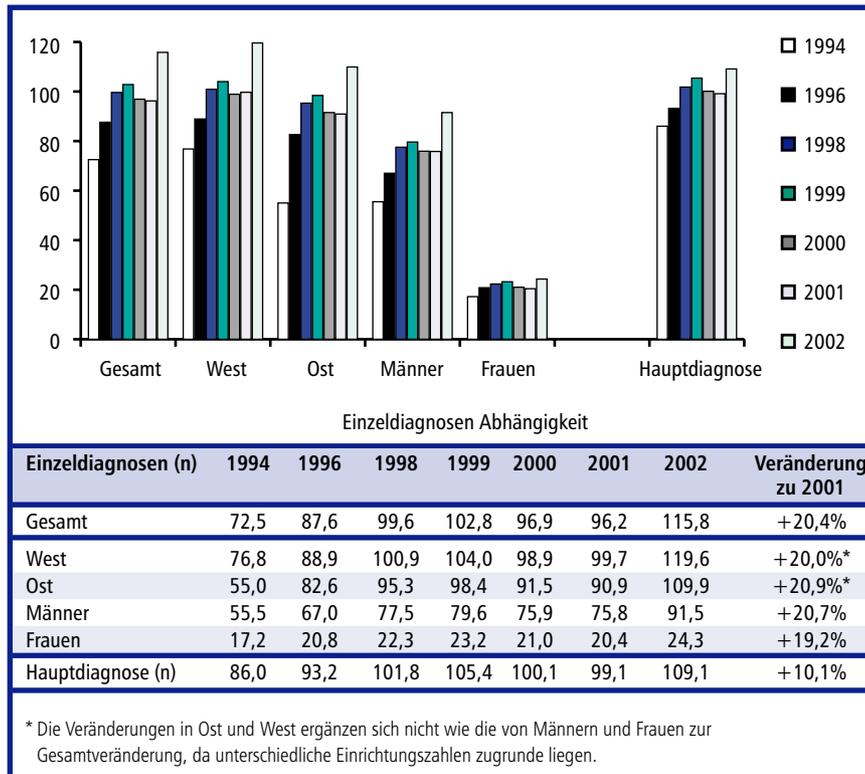
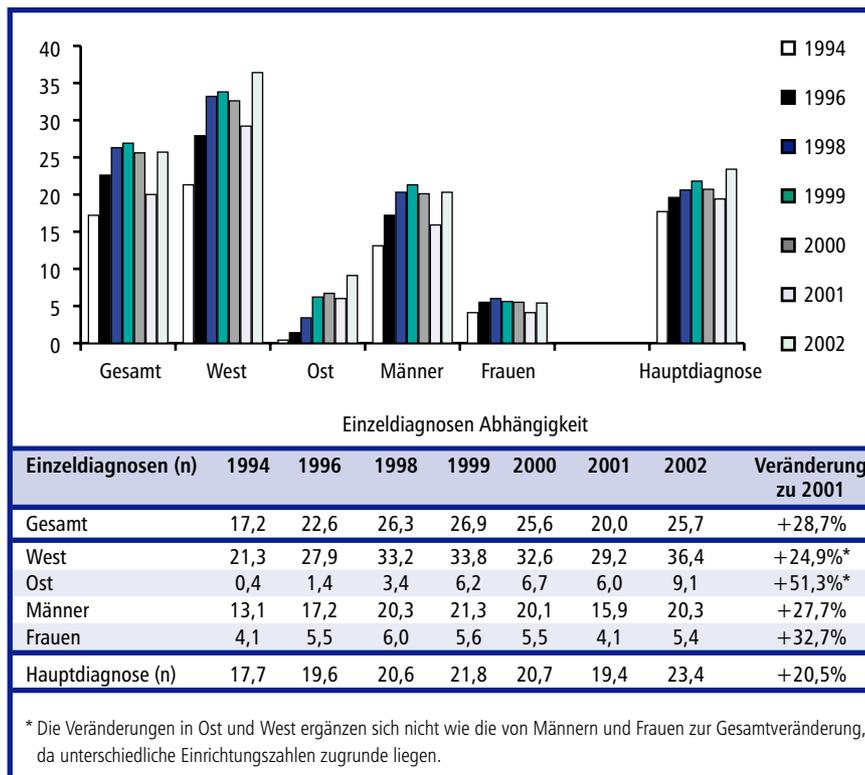


Abbildung 6.10: Entwicklung opiatbezogener Einzel- und Hauptdiagnosen 1994-2002



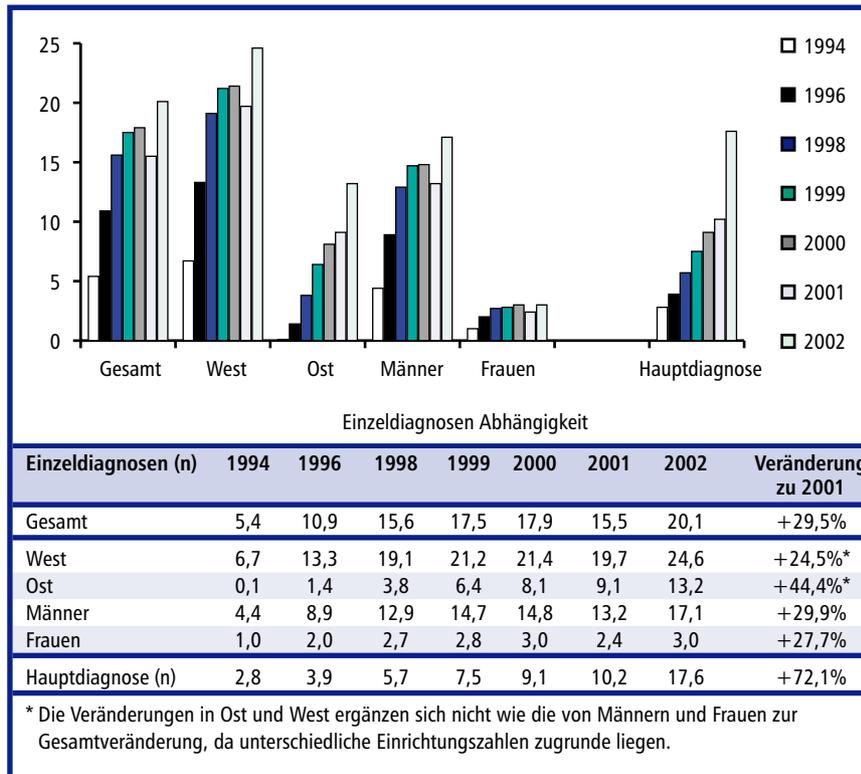
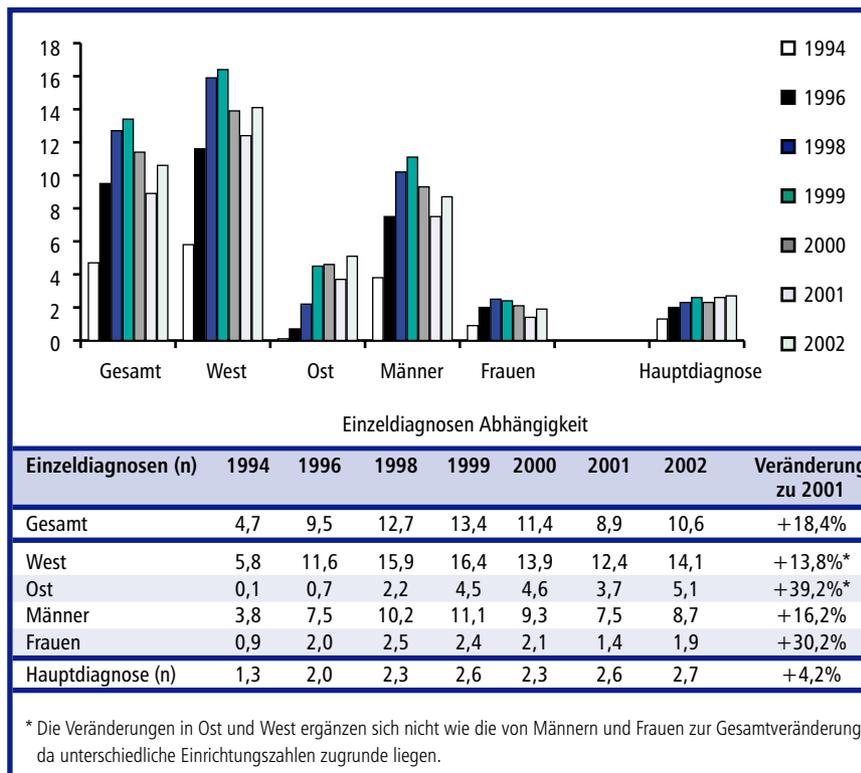
Essstörungen betreffen nach wie vor überwiegend Frauen. Nur etwa 6% der Klienten mit einer primären Essstörung in ambulanter Betreuung sind Männer. Die Altersverteilung in dieser Gruppe ist breit gestreut und relativ gleichmäßig verteilt (Abbildung 6.7). Die jüngsten sind unter 14 Jahre, am häufigsten kommen Personen zwischen 20 bis 24 Jahren in die Einrichtungen. Darüber hinaus finden sich jedoch auch noch Klientinnen mit 40 und älter in Betreuung. Die Lebensumstände dieser Personengruppe unterscheiden sich von den Personen mit substanzbezogenen Problemen: 68% sind ledig, 24% leben allein, fast drei Viertel (73%) wohnen selbständig, ein Viertel (24%) lebt bei anderen Personen. Was die berufliche Integration betrifft, stellt sich die Lage der Klientinnen mit Essstörungen recht positiv dar. Mehr als die Hälfte der Frauen hat einen Arbeitsplatz oder macht eine Lehre, ein Viertel ist noch in Schulbildung.

6.5 Beschreibung der Klientel nach Hauptdiagnosen: Pathologisches Spielverhalten

Pathologisches Spielverhalten betrifft hauptsächlich Männer. Nur 10% der Klienten mit dieser Hauptdiagnose sind weiblichen Geschlechts. Der Altersschwerpunkt liegt zwischen 25 und 44 Jahren (Abbildung 6.8). Wie bei den Essstörungen befinden sich auch noch Klienten über 50 in Betreuung. 30% der Männer sind verheiratet, 53% sind ledig. Jeder Zweite lebt mit einer Partnerin bzw. mit einem Partner zusammen (45%). Die Wohnsituation ist bei den meisten Klienten gesichert: 79% wohnen selbständig, 12% bei anderen und 6% befinden sich in einer JVA. Die Erwerbssituation ist als vergleichsweise gut zu bezeichnen: Drei Viertel der Männer haben einen Arbeitsplatz, 11% sind arbeitslos.

6.6 Trendanalysen zu Einzel- und Hauptdiagnosen 1994-2001

Bei den Einzeldiagnosen wird gemäss ICD-10 zwischen »schädlichem

Abbildung 6.11: Entwicklung cannabisbezogener Einzel- und Hauptdiagnosen 1994–2002**Abbildung 6.12: Entwicklung kokainbezogener Einzel- und Hauptdiagnosen 1994–2002**

Gebrauch« und »Abhängigkeit« unterschieden. Die im folgenden dargestellten Daten über zeitliche Verläufe beziehen sich für jede einzelne Störung ausschließlich auf die Diagnose »Abhängigkeitssyndrom«. Zusätzlich wurden zum Vergleich Daten zur Anzahl der Hauptdiagnosen (schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit) aufgenommen. Für diese Trendanalysen werden Mittelwerte pro Einrichtung verwendet, um die Schwankungen bei der Anzahl der ausgewerteten Einrichtungen auszugleichen.

Die Zahl und Zusammensetzung der in die bundesweite Auswertung einbezogenen Einrichtungen war zwischen den Jahren 1994 und 1999 weitgehend stabil; Datenunterschiede im zeitlichen Verlauf konnten als Trends interpretiert werden (vgl. auch Tabelle 4.1). In 2000 und 2001 gab es zahlreiche Veränderungen bei Anzahl und Struktur der ausgewerteten Einrichtungen, bei den Erhebungsbogen sowie bei der in den Einrichtungen eingesetzten Software, was – wie bei früheren Überarbeitungen – zu einer vorübergehend höheren Quote fehlerhafter oder fehlender Angaben führte. Es wird erwartet, dass die durch die Umstellung bedingten Probleme wieder zurückgehen. Dies zeigt sich bereits daran, dass bei den meisten Substanzen bzw. Störungen die Trends wieder einen Verlauf nehmen wie in den Jahren vor den Umstellungen. Weiterhin ist anzunehmen, dass sich die Stichprobe nach den großen Veränderungen in 2000 und 2001 wieder stabilisiert. Deshalb sollten Unterschiede zwischen den Daten für 2000 und 2001 nicht als Trends interpretiert werden.

Alkoholbezogene Störungen

Alkohol ist die in den Einrichtungen am häufigsten behandelte Substanz. In 2002 wurden pro Einrichtung 116 alkoholbezogene Abhängigkeitsdiagnosen gestellt (Abbildung 6.9). In 2002 ist damit die Zahl der Klienten mit dieser Einzeldiagnose gegenüber dem Vorjahr deutlich gestiegen (20,4 %). Dieser Anstieg entspricht der Steigerung in den Jahren vor 2000. Es

Abbildung 6.13: Entwicklung von Ecstasy und Substanzen im Umfeld: Einzel- und Hauptdiagnosen 1994–2002

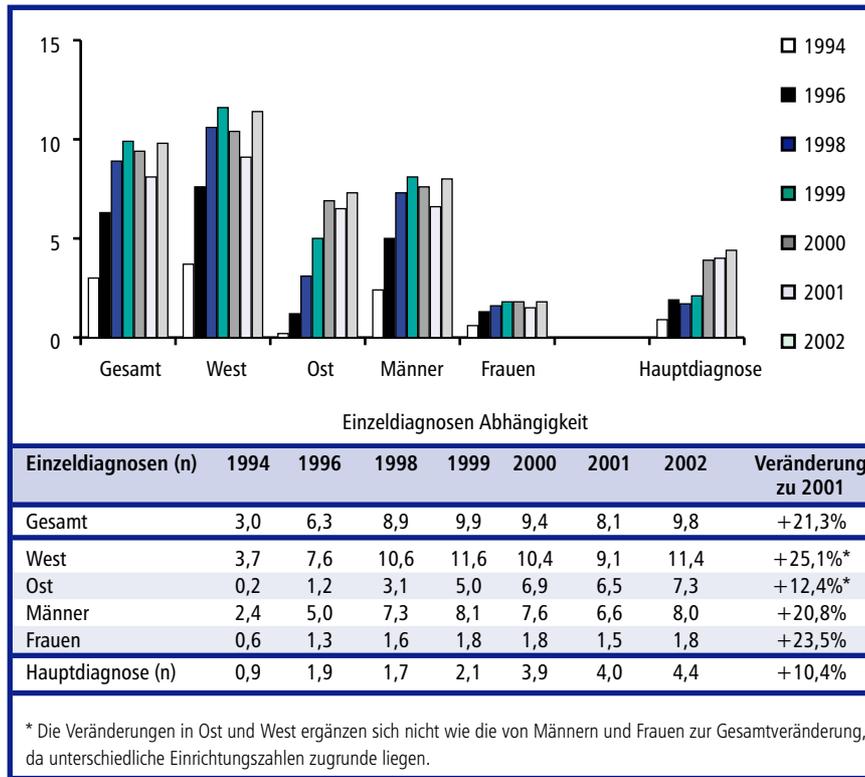
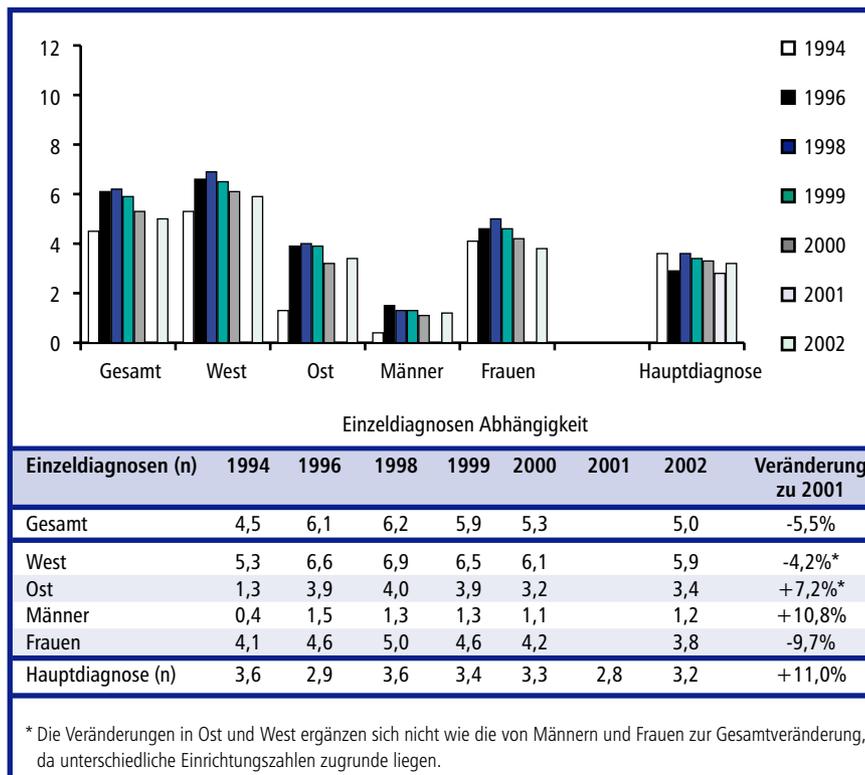


Abbildung 6.14: Entwicklung der Essstörungen: Einzel- und Hauptdiagnosen 1994–2002



scheint, als ob mit einer Verzögerung von zwei Jahren, der Trend der Jahre vor der Umstellungen weiterlief. Die Zahl der Klienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose ist ebenfalls gestiegen, wie in den Jahren vor 2000 (+10,1%).

Opiatbezogene Störungen

Im illegalen Bereich spielen Opiate die größte Rolle: Rund bei 26 Klienten wurde pro Einrichtung die Einzeldiagnose für diese Substanzgruppe 2002 gestellt (Abbildung 6.10). Vor allem im Osten, aber auch im Westen zeigt sich ein deutlicher Anstieg dieser Diagnosen gegenüber dem Vorjahr (insgesamt +29%). Insgesamt ist damit wieder der Stand von 2000 erreicht. Auch die Zahl der Klienten mit der Hauptdiagnose Opiate ist gegenüber 2001 um 21% angestiegen und liegt damit auf dem Niveau des Wertes, der dem Trend aus der Zeit vor 2000 entspricht.

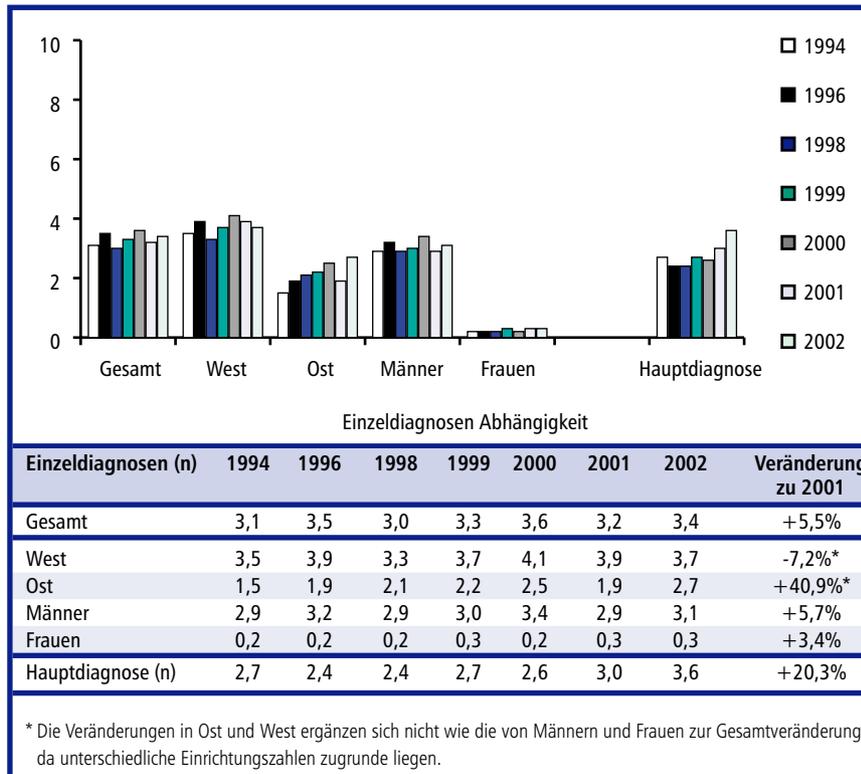
Cannabisbezogene Störungen

Eine erneute Steigerung zeigt sich 2002 gegenüber 2001 besonders deutlich bei den cannabisbezogenen Hauptdiagnosen pro Einrichtung (um 72%). Seit 1984 haben sich die Werte für die Hauptdiagnosen versechsfacht. Die Zahl der Einzeldiagnosen hat ebenfalls um insgesamt 30% zugenommen (Abbildung 6.11). Hier hat sich wie bei alkoholbezogenen Störungen der Wachstumsprozess früherer Jahre fortgesetzt.

Kokainbezogene Störungen

Der schädliche bzw. abhängige Konsum von Kokain ist als Hauptdiagnose relativ selten. Die Einzeldiagnose wurde 2002 dagegen fast viermal so häufig gestellt wie die Hauptdiagnose (Abbildung 6.12). Dies bedeutet, dass Kokain von den Klienten meist als Beikonsum verwendet wird. Rund 50% der Kokainabhängigen haben eine opiatbezogene Hauptdiagnose. Die Zahl der Einzeldiagnosen nahm gegenüber dem Vorjahr etwas zu (+18%), bleibt aber unter den Werten von 2000 und 1999.

Abbildung 6.15: Entwicklung des Pathologischen Spielverhalten: Einzel- und Hauptdiagnosen 1994–2002



Ecstasybezogene Störungen

Da bis ins Jahr 1999 MDMA und verwandte Substanzen (Ecstasy) mehreren Rubriken im EBIS-Erhebungsbogen zugeordnet werden konnten – in der Weiterentwicklung des Bogens seit Anfang 2000 wird Ecstasy nur in der Rubrik Stimulantien codiert – wird für Trendanalysen vorläufig mit folgender Hilfskonstruktion gearbeitet: Nennungen für Ecstasy konnten bis 1999 unter den Kategorien »Andere Stimulantien«, »Halluzinogene« und »Andere Psychotrope Substanzen« codiert werden. Daher wurden diese drei Kategorien zur Kategorie »Ecstasy und Substanzen im Umfeld« zusammengefasst. Dadurch entstehen zwar nur Annäherungswerte, im Hinblick auf die gesundheitspolitische Bedeutung der Designerdrogen erschien die Aufnahme dieser Mischkategorie aber angezeigt. Bei Ecstasy und verwandten Substanzen ist bei den Einzeldiagnosen im Westen und Osten gegenüber den Daten von 2000 ein deutlicher Anstieg

festzustellen (+21 %, Abbildung 6.13). Auch hier ist damit wieder annähernd das Niveau der Jahre vor der Umstellung erreicht. Die Anzahl der Hauptdiagnosen ist ebenfalls leicht gestiegen. Für Stimulantien alleine (ab 2000 wird Ecstasy hier codiert) liegen die Werte bei 7,1 Einzeldiagnosen (2000: 6,2; 2001: 5,7) und 3,4 Hauptdiagnosen pro Einrichtung (2000: 2,6; 2001: 3,3).

Essstörungen

In den letzten vier Jahren ist die Zahl der Klientinnen und Klienten, die primär wegen Essstörungen in Betreuung waren (Hauptdiagnose), recht stabil auf sehr niedrigem Niveau geblieben (Abbildung 6.14). Der Anteil dieser Fälle beträgt seit Jahren rund 2 % der Hauptdiagnosen. In 2001 ließ sich zu den Einzeldiagnosen aufgrund eines unerklärten Datenfehlers keine Aussage machen. In diesem Jahr kommt es bei Männern zu einem leichten Anstieg und bei Frauen zu einer leichten Abnahme der Einzeldi-

agnose Essstörung je Einrichtung, insgesamt aber zu keiner wesentlichen Veränderung.

Pathologisches Spielverhalten

Die Zahl der Hauptdiagnosen ist bei geringen Ausgangswerten um 20 % gegenüber 2001 gestiegen (Abbildung 6.15); hier zeigt sich seit 1994 eine deutliche Zunahme. Die Zahl der Einzeldiagnosen ist 2002 im Westen leicht gesunken und im Osten wie in früheren Jahren gestiegen. Langfristig schwanken die Werte für Einzeldiagnosen zwischen etwa drei und vier Klienten pro Einrichtung, ohne dass ein Trend erkennbar ist.

7 Daten zu Interventionen (Statistik der Entlassungen)

Die Daten zu den Interventionen im Kapitel 7 beziehen sich mit Ausnahme von Tabelle 7.2 und 7.3 auf alle Klienten, die in 2002 ihre Betreuung beendet haben (unabhängig vom Grund der Beendigung). Insgesamt schlossen 83.039 Klienten ihre Betreuung in 2002 ab, davon hatten 59.950 Klienten eine der fünf häufigsten Hauptdiagnosen (alkoholbezogen, opiatbezogen, cannabisbezogen, kokainbezogen oder stimulantienbezogen), 1.283 Klienten waren wegen einer Essstörung in Betreuung und 1.402 wegen Pathologischem Spielverhalten. Die Darstellung der Vorbehandlung und des Aufnahmegrundes (Tabelle 7.2 und 7.3) bezieht sich auf die Zugänge des Jahres.

7.1 Art der Interventionen

Den ambulanten Einrichtungen stehen zahlreiche Interventionsformen für ihre Tätigkeit zur Verfügung (Tabelle 7.1). Beratung von Einzelpersonen ist eine Basisleistung und wird auch in vielen Fällen durchgeführt (etwa 89 %), während Gruppenberatung nur bei etwa 22 % der Betroffenen angewandt wird. Etwa 13 % der Klienten sind in Einzelbehandlung; Behandlung für Gruppen oder für Familien werden seltener eingesetzt. 28 % erhalten eine Krisenintervention. Etwas häufiger, bei 43 % der Fälle, wird

Tabelle 7.1: Maßnahmen

Maßnahmen in der Einrichtung*	Männer	Frauen	Gesamt 2002		2001 %	2000 %
			%	Abs.		
Einzelberatung	89,5%	88,1%	89,2%	48.592	75,5%	88,5%
Gruppenberatung	22,9%	20,2%	22,3%	12.134	19,1%	22,9%
Partner-/Familienberatung	20,1%	23,9%	21,0%	11.425	19,2%	23,4%
Psych./med./soz. Untersuchung (Diagnostik)	40,1%	40,6%	40,2%	21.904	35,3%	38,1%
Krisenintervention	25,8%	34,3%	27,7%	15.114	24,5%	28,2%
Einzeltherapie	11,9%	18,2%	13,3%	7.243	12,6%	15,2%
Gruppentherapie	7,7%	10,7%	8,4%	4.557	7,7%	8,7%
Partner-/Familietherapie	2,0%	2,8%	2,2%	1.204	2,4%	2,9%
Aufsuchende Betreuung	9,4%	8,9%	9,3%	5.051	9,0%	9,7%
Seelsorge/Sterbebegleitung	0,7%	0,8%	0,7%	375	0,6%	0,7%
Beistand vor Gericht/Polizei	5,1%	2,5%	4,5%	2.453	4,2%	4,7%
Hilfen beim Umgang mit Behörden	22,7%	16,9%	21,5%	11.690	18,7%	22,8%
Hilfen im Bereich Wohnen	5,4%	5,8%	5,5%	3.007	4,6%	5,2%
Hilfen im Bereich Arbeit/Schule	8,6%	9,4%	8,8%	4.771	7,3%	8,4%
Hilfen im Bereich soz. Beziehungen	15,4%	18,0%	16,0%	8.710	13,5%	15,0%
Hilfen im Bereich Finanzen	4,4%	4,0%	4,3%	2.338	3,5%	3,9%
Vermittlung in Entzug	13,6%	13,4%	13,5%	7.368	11,8%	11,9%
Vermittlung in ambulante Beratung	5,4%	8,0%	6,0%	3.276	4,7%	4,8%
Vermittlung in stationäre Therapie (Entwöhnung)	23,9%	20,4%	23,1%	12.591	20,2%	22,1%
Vorbereitung/Durchführung Kombitherapie	0,6%	0,5%	0,6%	307	0,4%	0,4%
Sonstige Hilfsmaßnahmen	7,2%	6,5%	7,0%	3.831	6,1%	7,5%
Gesamt	42.318	12.177	100%	54.495	54.177	56.898

Unbek.: 31.103 Klienten (36,3%) aller Klienten, bzw. 0 Klienten (0,0%) der ausgew. Einr., da Mehrfachnennungen

Bezug: Bundesdatensatz; Bezugsgruppe: Beender

Basis: EBIS: N=304 (99,0%), HORIZONT: N=0 (0,0%), PATFAK: N=6 (100%), KIBNET: N=0 (0,0%)

* Mehrfachnennungen möglich

eine Vermittlung vorbereitet bzw. durchgeführt. Felder »klassischer« Sozialarbeit, wie z. B. fachliche Hilfen in schwierigen Lebenslagen, stellen einen großen Teil der Tätigkeit dar: bis zu 20 % der Klienten benötigen eine entsprechende Hilfe in den verschiedenen Bereichen. In Anbetracht der Vielfalt spezifischer Hilfeangebote und zuständiger Einrichtungen wird es für die Mitarbeiter immer wichtiger, die Klienten im Rahmen eines spezifischen Hilfeplans umfassend zu unterstützen (»case-management«).

Während die Arbeit der ambulanten Einrichtungen bisher üblicherweise durch die Förderung der Kommune, des Landes und anderer Stellen finanziert wurde, gewinnt mit der »Ambulanten Rehabilitation« seit einigen Jahren eine durch die Rentenversicherung finanzierte Behandlungsform an Bedeutung. Damit ging auch die Einführung entsprechender Qualitätsstandards einher (u. a. Mindestkriterien für die sachliche und personelle Ausstattung der Einrichtungen und für die durchgeführten Maßnahmen). Nach

einer langen Anlaufzeit wurden 1999 rund 11 % der Klienten mit einer alkoholbezogenen Störung, 2000 6,3 %, 2001 7,0 % und 2002 7,1 % (9,7 % der Frauen und 6,4 % der Männer) in dieser Form behandelt. Die Unterschiede begründen sich in einer Änderung der Erhebungsform: Die Daten von 1999 bezogen sich nur auf die gültigen Fälle, seit 2000 hingegen können aufgrund von Mehrfachwahlantworten die Non-Responder bei der Berechnung der Prozentwerte nicht ausgeschlossen werden.

Bei Patienten mit Störungen im Zusammenhang mit Sedativa/Hypnotika finden sich ähnliche Werte, bei den anderen Substanzen sind die Anteile deutlich geringer.

Im Anschluss folgt die Beschreibung des Betreuungsverlaufs bei den Hauptdiagnosen nach ICD-10 für die zahlenmäßig wichtigsten Klientengruppen mit den Substanzen Alkohol, Opiate, Cannabis, Kokain und Stimulantien (Kap. 7.2). In Kapitel 6 wurde für diese Gruppe bereits die Ausgangssituation anhand anamnestischer

Daten dargestellt. Danach werden die wichtigsten Daten zum Betreuungsverlauf für die Hauptdiagnosen Essstörungen und Pathologisches Spielverhalten (Kap. 7.3 und 7.4) dargestellt.

7.2 Substanzbezogene Hauptdiagnosen Erstbehandlungen

Während bei den Cannabis-Klienten etwa 80 % der Männer und 77 % der Frauen erstmals in Betreuung sind und bei den Klienten mit stimulantienbedingten Störungen 63 % (Männer) und 71 % (Frauen), sind es bei den Opiatabhängigen nur 30 % und 27 %. Bei Alkohol-Klienten befinden sich 46 % (Männer) bzw. 44 % (Frauen) erstmalig in einer ambulanten Spezial-einrichtung und bei Kokain-Klienten 56 % und 49 %. Daraus lässt sich schließen, dass insbesondere Opiatabhängige in hohem Maß wiederholt, Personen mit Cannabisproblemen eher selten ambulant behandelt werden. Dies liegt vermutlich auch am Alterseffekt, Cannabis-klienten sind im

Tabelle 7.2: Vorbehandlungen

Frühere Behandlungen*	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulantien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Ambulante Suchtberatung	26,8%	26,8%	39,8%	40,1%	14,3%	12,2%	27,6%	26,2%	22,8%	16,4%
Stationärer Entzug	33,1%	35,0%	40,4%	45,7%	8,0%	8,2%	18,1%	18,5%	15,2%	14,7%
Ambulante Substitution	0,4%	0,4%	27,9%	35,9%	0,4%	0,7%	4,5%	6,2%	0,5%	0,6%
Ambulante Entwöhnung	3,2%	4,6%	3,7%	4,7%	0,7%	0,4%	2,5%	6,2%	1,5%	1,2%
Teilstationäre Entwöhnung	0,4%	0,7%	1,0%	0,7%	0,2%		0,7%	1,5%		0,4%
Stationäre Entwöhnung	19,0%	19,4%	29,4%	28,7%	3,7%	3,8%	19,2%	16,2%	11,6%	7,2%
Suchtbezogene Selbsthilfegruppe	8,9%	10,6%	2,5%	2,8%	0,6%	0,8%	2,4%	6,2%	0,8%	1,2%
Nicht-suchtspezifische Institution	2,9%	4,1%	2,5%	3,8%	1,9%	2,7%	1,3%	4,6%	2,2%	2,9%
Gesamt	31.555	8.312	6.114	1.735	4.250	723	818	117	967	332

Unbek.: 14.369 Klienten (20,7%) aller Klienten, bzw. 0 Klienten (0,0%) der ausgew. Einr., da Mehrfachnennungen

Bezug: Bundesdatensatz; Bezugsgruppe: Zugänge

Basis: EBIS: N=288 (93,8%), HORIZONT: N=0 (0,0%), PATFAK: N=5 (83,3%), KIBNET: N=9 (100%)

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 7.3: Aufnahmegrund

Aufnahmegrund	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulantien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Freiwillige Behandlung	88,3%	94,9%	78,8%	84,6%	71,9%	86,3%	75,5%	91,3%	75,4%	83,9%
§§ 35–38 BtmG	0,3%	0,1%	10,7%	5,6%	7,2%	2,6%	12,1%	1,9%	7,4%	4,6%
Andere strafrechtl. Grundlage	4,8%	1,0%	6,0%	3,6%	14,7%	6,5%	9,5%	3,8%	13,1%	5,2%
Zivilrechtliche Grundlage	4,5%	2,3%	1,3%	1,9%	3,4%	1,3%	1,4%	2,9%	2,5%	1,3%
Unterbringung (Psych-KK, LUG)	0,1%	0,1%	0,1%		0,1%		0,5%		0,1%	
Sonstige Gründe	2,0%	1,6%	3,0%	4,3%	2,8%	3,3%	1,0%		1,4%	4,9%
Gesamt	32.179	8.458	5.736	1.592	4.066	694	779	104	905	305

Unbek.: 14.474 Klienten (20,9%) aller Klienten, bzw. 1.587 Klienten (2,8%) der ausgew. Einr.

Bezug: Bundesdatensatz; Bezugsgruppe: Zugänge

Basis: EBIS: N=269 (87,6%), HORIZONT: N=37 (28,0%), PATFAK: N=5 (83,3%), KIBNET: N=9 (100%)

Tabelle 7.4: Vermittlung

Vermittlung durch	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulantien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Ohne Vermittlung	23,2%	26,9%	39,1%	37,9%	19,0%	23,7%	38,8%	33,6%	23,2%	24,6%
Angehörige / Freunde / Bekannte	12,1%	14,8%	11,7%	16,2%	24,2%	28,4%	13,2%	26,0%	20,8%	26,2%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	5,2%	3,5%	1,1%	0,9%	5,6%	6,9%	2,1%	1,5%	4,9%	8,3%
Niedergel. Arzt / Psychotherapeut	9,2%	12,1%	14,2%	18,1%	3,4%	5,8%	3,4%	5,3%	3,1%	8,6%
Krankenhaus	9,6%	11,9%	1,5%	2,1%	1,7%	2,8%	1,1%	3,1%	2,2%	4,2%
Stationäre Suchteinrichtung	7,2%	9,1%	4,3%	4,5%	1,5%	1,5%	2,9%	5,3%	4,1%	3,2%
Suchtberatung	1,3%	1,7%	3,0%	2,3%	1,1%	1,5%	2,7%	3,1%	1,2%	
Andere Beratungsdienste	7,5%	8,4%	4,1%	6,4%	9,3%	12,2%	4,1%	6,1%	6,5%	10,5%
Justizbehörde / Soziale Verwaltung	15,2%	4,3%	18,7%	9,2%	30,0%	12,1%	28,6%	11,5%	30,4%	10,5%
Abstinenz- / Selbsthilfegruppe	1,1%	1,6%	0,1%		0,1%		0,1%		0,4%	
Kosten- / Leistungsträger	5,4%	3,1%	0,6%	0,5%	0,7%	0,4%	0,2%	0,8%	0,2%	0,6%
Sonstiges	2,9%	2,5%	1,7%	2,0%	3,5%	4,6%	2,7%	3,8%	2,9%	3,2%
Gesamt	32.255	8.513	6.375	1.682	4.192	721	885	131	902	313

Unbek.: 3.981 Klienten (6,6%) aller Einr., bzw. 1.844 Klienten (3,2%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS); Bezugsgruppe: Beender

Basis: EBIS: N=295 (96,1%), HORIZONT: N=111 (84,1%), PATFAK: N=6 (100%), KIBNET: N=9 (100%)

Durchschnitt 10 Jahre jünger. Ob es darüber hinaus auch daran liegt, dass Klienten mit Cannabisproblemen besser auf die Beratung und Behandlung ansprechen, müssen künftige Untersuchungen erforschen.

Bezüglich der Vorbehandlungserfahrung unterscheiden sich die Geschlechter kaum voneinander. Betrachtet man die Behandlungserfahrung der Klienten über die letzten fünf Jahre im Verlauf, so gibt es insgesamt

wenig Veränderungen. Bei den Frauen mit alkoholbezogener Störung ist erfreulicherweise ein leichter Zuwachs des Anteils Erstbehandelter seit 1997 beobachtbar: von 37% auf 44% und bei Männern mit kokainbezoge-

Tabelle 7.5: Dauer der Betreuung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen

Betreuungsdauer	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulantien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Bis 4 Wochen	13,2%	13,3%	11,4%	10,8%	19,9%	20,2%	11,7%	16,2%	12,9%	16,5%
Bis 8 Wochen	11,4%	11,6%	9,0%	9,1%	14,8%	14,8%	10,3%	10,6%	12,2%	14,0%
Bis 12 Wochen	9,8%	9,6%	8,3%	8,4%	12,2%	11,1%	10,4%	11,3%	10,2%	11,9%
Bis 6 Monate	23,8%	21,6%	24,1%	22,5%	24,1%	26,5%	29,8%	21,8%	28,3%	25,0%
Bis 9 Monate	12,7%	12,4%	14,0%	12,5%	10,8%	10,2%	13,9%	16,9%	12,1%	12,8%
Bis 12 Monate	9,2%	9,3%	10,1%	8,4%	7,2%	5,9%	7,9%	10,6%	10,4%	6,4%
Bis 24 Monate	14,0%	15,2%	15,7%	18,2%	8,8%	9,3%	11,6%	11,3%	10,8%	11,6%
Mehr als 24 Monate	5,8%	7,0%	7,4%	10,0%	2,2%	2,0%	4,5%	1,4%	3,1%	1,8%
Mittelwert in Wochen	33,6	38,0	39,1	44,4	24,4	22,7	31,0	27,4	28,7	25,4
Gesamt	34.112	9.004	7.192	1.906	4.527	784	964	142	966	328

Unbek.: 25 Klienten (0,0%) aller Klienten, bzw. 25 Klienten (0,0%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS); Bezugsgruppe: Beender

Basis: EBIS: N=304 (99,0%), HORIZONT: N=130 (98,5%), PATFAK: N=6 (100%), KIBNET: N=9 (100%)

Tabelle 7.6: Anzahl der Kontakte bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen

Kontaktzahlen	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulantien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
2 bis 5	36,5%	35,1%	32,9%	34,1%	54,1%	57,2%	38,4%	47,8%	43,6%	49,2%
6 bis 10	24,4%	22,3%	24,0%	20,9%	24,7%	20,6%	23,6%	23,0%	28,6%	25,0%
11 bis 29	27,8%	27,6%	28,8%	28,0%	17,4%	18,2%	28,8%	19,5%	21,5%	20,5%
30 und mehr	11,4%	15,0%	14,3%	17,0%	3,8%	4,0%	9,2%	9,7%	6,2%	5,3%
Mittelwert	14,1	16,7	19,4	22,1	8,3	8,6	12,0	11,7	10,2	9,7
Gesamt	28.037	7.324	5.503	1.538	3.508	582	721	113	724	264

Unbek.: 11.636 Klienten (19,4%) aller Klienten, bzw. 2.469 Klienten (4,9%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS); Bezugsgruppe: Beender

Basis: EBIS: N=264 (86,0%), HORIZONT: N=95 (72,0%), PATFAK: N=5 (83,3%), KIBNET: N=0 (0,0%)

ner Störung von 51 % auf 56 %. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen bleiben ebenfalls weitgehend konstant.

Vorbehandlungen

Frühere Behandlungsversuche beziehen sich vor allem auf ambulante Suchtberatung, Entzug und stationäre Entwöhnung (Tabelle 7.2). Die Alkohol-Klienten haben bereits eine ambulante Suchtberatung (27 %) und einen stationären Entzug (Männer: 33 %; Frauen: 35 %) hinter sich. Opiat-Klienten zeigen den höchsten Anteil von Vorbehandlungen im ambulanten und stationären Bereich. Cannabis-Klienten zeigen die geringsten Behandlungserfahrungen.

Aufnahme

Die Klienten suchen die ambulanten Beratungsstellen überwiegend freiwillig auf (Tabelle 7.3). Über alle Substanzen hinweg zeigt sich ein Ge-

schlechterunterschied dahingehend, dass Frauen häufiger freiwillig eine Betreuung beginnen als Männer, während Männer eher straf- und zivilrechtliche Behandlungsaufgaben haben. Der höchste Anteil an freiwilligen Behandlungen findet sich bei den Alkohol-Klienten. Bei Klienten mit opiatbezogener Hauptdiagnose spielen strafrechtliche Gründe eine große Rolle: Rund 17 % der Männer und 9 % der Frauen kommen aufgrund von juristischen Bedingungen und Auflagen (zumeist Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz) in die Suchthilfeeinrichtung. Interessanterweise suchen gut ein Fünftel der männlichen Kokain-, Cannabis- und Stimulantien-Klienten, also mehr als bei Klienten mit opiatbezogenen Störungen, aufgrund von »Zwangmaßnahmen« die Beratungsstelle auf. In der Regel handelt es sich dabei um eine Zurückstellung der Strafverfolgung zum Zweck der Therapie.

Zwischen 19 % und 39 % der Klienten kommen ohne Vermittlung in die Beratungsstelle. Vor allem Männer mit der Cannabis-Hauptdiagnose oder der Stimulantien-Hauptdiagnose kommen überwiegend über Vermittlungen durch die Justizbehörde oder die soziale Verwaltung, Frauen kommen eher aufgrund der Vermittlungen durch Angehörige (Tabelle 7.4). Alkohol- und Opiat-Klienten werden neben den Bezugspersonen und Behörden vor allem durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser vermittelt

Dauer und Intensität der Betreuung

Bei 25 % bis 35 % der Klienten mit Störungen durch Alkohol, Cannabis, Kokain (nur Frauen) und Stimulantien ist die Beratung und Behandlung nach relativ kurzer Zeit (bis acht Wochen) beendet (Tabelle 7.5). Bei Opiat- und Kokainhauptdiagnosen (nur Männer) liegt der Anteil für diesen Zeitraum nur bei 20 % bis 22 %. Neben diesen kur-

Tabelle 7.7: Art der Beendigung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen

Art der Beendigung	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulantien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Planmäßig	39,6%	38,5%	18,8%	18,8%	43,8%	37,1%	26,9%	31,8%	30,1%	26,6%
Weitervermittlung	17,3%	17,3%	29,0%	24,4%	11,4%	13,3%	30,9%	21,7%	19,7%	19,9%
Abbruch Einrichtung	1,8%	1,8%	3,3%	2,4%	1,5%	0,7%	2,4%	0,8%	0,9%	1,7%
Abbruch Klient	39,7%	41,5%	41,0%	49,0%	41,4%	48,5%	33,1%	44,2%	45,5%	51,9%
Strafvollzug	0,7%	0,1%	6,7%	3,9%	1,8%	0,3%	6,5%	1,6%	3,6%	
Verstorben	1,0%	0,9%	1,1%	1,6%	0,1%	0,1%	0,2%		0,2%	
Gesamt	31.602	8.315	6.360	1.701	4.121	699	837	129	871	297

Unbek.: 5.018 Klienten (8,4%) aller Klienten, bzw. 3.015 Klienten (5,2%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS); Bezugsgruppe: Beender

Basis: EBIS: N=282 (91,9%), HORIZONT: N=122 (92,4%), PATFAK: N=6 (100%), KIBNET: N=9 (100%)

Tabelle 7.8: Ergebnisse der Betreuung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen

	Alkohol	Opiate	Cannabis	Kokain	Stimulantien
Planmäßig beendet*					
Behoben / abstinent	49,6%	27,6%	32,0%	32,1%	32,2%
Gebessert	34,7%	46,2%	46,7%	41,8%	46,9%
Unverändert	14,8%	25,0%	20,9%	25,3%	20,8%
Verschlechtert	0,8%	1,3%	0,4%	0,8%	0,2%
Gesamt	20.708	3.490	2.387	505	510
Vorzeitig beendet					
Behoben / abstinent	11,3%	4,4%	6,0%	6,2%	6,5%
Gebessert	27,6%	21,4%	31,0%	31,0%	31,1%
Unverändert	54,1%	64,6%	58,7%	54,6%	57,4%
Verschlechtert	6,9%	9,6%	4,3%	8,2%	5,0%
Gesamt	16.836	3.946	2.131	390	582

Unbek.: 3.027 Klienten (5,6%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS); Bezugsgruppe: Beender

Basis: EBIS: N=296 (96,4%), HORIZONT: N=118 (89,4%), PATFAK: N=6 (100%), KIBNET: N=7 (77,8%)

* Einschließlich Vermittlung

zen Zeiten (vor allem durch Abbrüche bedingt) liegt ein weiterer Schwerpunkt bei einer Dauer von vier bis sechs Monaten (je nach Gruppe 22%–30%). Ein großer Anteil der Klienten mit Alkohol- und Opiatdiagnose ist länger als ein Jahr in Betreuung (20%–28%).

Durch diesen hohen Anteil an länger dauernden Behandlungen liegt die durchschnittliche Betreuungsdauer der Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol und der Hauptdiagnose Opiate bei 34 bis 44 Wochen (Tabelle 7.5). Im Vergleich dazu liegt die durchschnittliche Betreuungsdauer der Cannabis-, Kokain- und Stimulantien-Klienten bei 23 bis 31 Wochen.

Ein Klient hat im Durchschnitt 14 Kontakte zur Beratungsstelle. Inge-

samt werden alle Klientengruppen jedoch vorwiegend kurz informiert oder beraten: Der Anteil der Klienten mit »Kurzkontakten« (2–5) beträgt je nach Substanzgruppe zwischen 33% und 57% und spiegelt den hohen Anteil an Kurzberatungen und Abbrechern wider (Tabelle 7.6). Etwas seltener sind Fälle mit sechs bis zehn oder elf bis 29 Kontakten. Eine Ausnahme bilden wiederum die Cannabis- und Stimulantien-Klienten mit vorwiegend niedrigen Kontaktzahlen. Auch bei den Kontaktzahlen spiegelt sich die intensive Betreuung der Klienten mit Opiat-Hauptdiagnosen wider: 14% bzw. 17% haben mehr als 30 Kontakte. Gegenüber 2001 zeigen sich keine bedeutenden Unterschiede in den Kontaktzahlen der betreuten Klienten.

Abschluss der Betreuung

Betrachtet man die Art der Beendigung, so fällt als erstes auf, dass bei allen Klientengruppen »Abbruch durch den Klienten« die häufigste Art der Beendigung einer Beratung oder Behandlung ist (je nach Gruppe 35% bis 58%, Tabelle 7.7); Klienten mit Stimulantien-Hauptdiagnose weisen besonders hohe, Klienten mit Alkohol-Hauptdiagnose besonders niedrige Abbruchquoten auf. Die Abbruchquoten für Frauen sind durchgängig höher als die für Männer. Eine planmäßige Beendigung der Betreuung liegt bei 39% der Personen mit Alkoholstörungen bzw. 43% der Personen mit Cannabisdiagnose und bei 29% der Personen mit einer Stimulantien- bzw. 28% der Personen mit einer Kokaindiagnose vor. Sie ist bei Klienten mit Opi-

Tabelle 7.9: Betreuungsdauer bei Essstörungen (Hauptdiagnosen)

	M	F
Bis 4 Wochen	17,1%	18,2%
Bis 8 Wochen	14,6%	12,7%
Bis 12 Wochen	8,5%	9,2%
Bis 6 Monate	15,9%	21,7%
Bis 9 Monate	14,6%	10,5%
Bis 12 Monate	8,5%	7,2%
Bis 24 Monate	17,1%	12,8%
Mehr als 24 Monate	3,7%	7,7%
Mittelwert in Wochen	30,5	36,7
Gesamt	82	1.201

Unbek.: 0 Klienten (0,0%) aller Klienten, bzw. 0 Klienten (0,0%) der ausgew. Einr.
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS);
 Bezugsgruppe: Beender
 Basis: EBIS: N=304 (99,0%), HORIZONT: N=130 (98,5%), PATFAK: N=6 (100%), KIBNET: N=9 (100%)

Tabelle 7.10: Anzahl der Kontakte bei Essstörungen (Hauptdiagnosen)

	M	F
2 bis 5	46,6%	44,3%
6 bis 10	19,0%	21,7%
11 bis 29	20,7%	23,1%
30 und mehr	13,8%	11,0%
Mittelwert	12,8	12,9
Gesamt	58	992

Unbek.: 233 Klienten (18,2%) aller Klienten, bzw. 5 Klienten (4,7%) der ausgew. Einr.
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS);
 Bezugsgruppe: Beender
 Basis: EBIS: N=264 (86,0%), HORIZONT: N=95 (72,0%), PATFAK: N=5 (83,3%), KIBNET: N=0 (0,0%)

Tabelle 7.11: Art der Beendigung bei Essstörungen (Hauptdiagnosen)

	M	F
Planmäßig	36,8%	37,9%
Weitervermittlung	20,6%	22,1%
Abbruch Einrichtung	4,4%	1,0%
Abbruch Klient	36,8%	38,9%
Strafvollzug	1,5%	0,1%
Verstorben		0,1%
Gesamt	68	1.119

Unbek.: 96 Klienten (7,5%) aller Klienten, bzw. 48 Klienten (3,9%) der ausgew. Einr.
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS);
 Bezugsgruppe: Beender
 Basis: EBIS: N=282 (91,9%), HORIZONT: N=122 (92,4%), PATFAK: N=6 (100%), KIBNET: N=9 (100%)

atabhängigkeit mit 19% deutlich seltener. Wie weiter oben beschrieben, sind allerdings auch die Lebensbedingungen der Klienten mit Alkohol- oder Cannabisstörungen besser als die der anderen Gruppen. Dies betrifft Bildungsstand, Beschäftigungssituation und soziale Einbindung. Etwa jeder dritte bis fünfte Fall wird – in der Regel in stationäre Behandlung – vermittelt. Vermittlung spielt insbesondere bei Opiaten und bei Kokain eine zentrale Rolle. Im Vergleich zum Vorjahr fällt auf, dass der Anteil der Klienten mit planmäßiger Beendigung bei allen Substanzen angestiegen ist.

Die bei ambulanter Betreuung erzielten Ergebnisse werden in der folgenden Tabelle 7.8 getrennt nach planmäßigen und vorzeitigen Beendigungen dargestellt. Planmäßige Beendigung setzt voraus, dass die Ziele der Betreuung entsprechend eines vorhandenen Hilfeplanes erreicht wurden bzw. Einverständnis zwischen Therapeut und Klient über die reguläre Beendigung der Betreuung vorliegt. D. h., ein erfolgreiches Ergebnis im Sinn der Beendigung der Störung ist nicht unbedingt Voraussetzung für eine planmäßige Beendigung. Es ist möglich, dass nur ein Teilziel im Hilfeplan vereinbart wurde. Vorzeitige Beendigung umfasst Abbrüche sowohl durch Klienten als auch durch die Einrichtung. Die Einschätzung des Status des Klienten nimmt der Therapeut vor.

Etwa jeder zweite Klient mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose ist am Ende einer planmäßigen Beendigung erfolgreich. Darüber hinaus berichten 35% von einer Besserung der Situation. Dagegen ist Abstinenz bei den Opiatfällen deutlich seltener anzutreffen: Nur 28% der Betreuten werden dieser Kategorie zugeordnet. Allerdings wird auch hier in fast der Hälfte der Fälle zumindest über eine Verbesserung der Situation berichtet. Mit 25% ist der Anteil der Unveränderten in der Gruppe der Opiatabhängigen am höchsten. Rund ein Drittel der Klienten mit der Hauptdiagnose Cannabis, Kokain oder Stimulantien werden am Betreuungsende als erfolgreich

eingestuft, bei weiteren 42% bis 47% hat sich die Situation gebessert. Insgesamt schließen damit rund drei Viertel der planmäßig beendeten Fälle die Betreuung mit einem positiven Ergebnis ab, bei Alkohol-Hauptdiagnosen sogar 84%.

Wie zu erwarten, fallen die Ergebnisse bei einer vorzeitigen Beendigung deutlich schlechter aus. Etwa 54% bis 65% der Klienten zeigen ein unverändertes Konsumverhalten. Bei weiteren 4% bis 10% hat sich der Status in diesem Zeitraum sogar verschlechtert. Dagegen ist immerhin bei 21% bis 31% eine Besserung zu verzeichnen. Abstinenz ist nur in wenigen Fällen erreicht worden.

7.3 Essstörungen

65% der Klienten mit Essstörungen sind das erste Mal in einer entsprechenden Betreuung, etwa so viele wie im Vorjahr (2001: 66%), bei steigender Tendenz seit 1997 (57%). Die Dauer der Betreuung ist breit gestreut, 40% der Frauen und Männer bleiben unter drei Monaten, 22% bzw. 16% drei bis sechs Monate in Betreuung (Tabelle 7.9). Die durchschnittliche Betreuungsdauer liegt bei 36 Wochen. Entsprechend finden zwar bei 44% bzw. 47% nur zwei bis fünf Kontakte statt (Tabelle 7.10), im Durchschnitt kommt es aber zu 13 Kontakten.

Die Betreuung beenden 38% der Frauen und 37% der Männer planmäßig (Tabelle 7.11). Jeweils etwas mehr als ein Fünftel wird in andere Einrichtungen zur Weiterbetreuung vermittelt. Die Abbruchquote durch die Klienten liegt ähnlich hoch wie bei den substanzbezogenen Störungen. Auch bei planmäßigem Abschluss ist die Rate erfolgreicher Betreuungen bei den Essstörungen mit 18% gering (Tabelle 7.12). Die meisten Klienten haben aber einen gebesserten Status (51%). Bei vorzeitiger Beendigung – in der Regel Abbruch durch den Klienten – hat sich zumindest bei 36% der Betroffenen die Situation verbessert. Insgesamt scheint das therapeutische Angebote zu wenig spezifisch für dieses Störungsbild zu sein.

Tabelle 7.12: Ergebnisse der Betreuungen bei Essstörungen (Hauptdiagnosen)

	Planmäßig beendet	Vorzeitig beendet
Erfolgreich	18,4%	3,2%
Gebessert	51,4%	35,7%
Unverändert	28,9%	59,0%
Verschlechtert	1,3%	2,1%
Gesamt	685	473

Unbek.: 37 Klienten (3,1%) der ausgew. Einr.
 Deutscher Kerndatensatz (DHS);
 Bezugsgruppe: Beender
 Basis: EBIS: N=296 (96,4%), HORIZONT: N=118 (89,4%), PATFAK: N=6 (100%), KIBNET: N=7 (77,8%)

Tabelle 7.13: Betreuungsdauer bei Pathologischem Spielverhalten (Hauptdiagnosen)

	M	F
Bis 4 Wochen	21,0%	19,7%
Bis 8 Wochen	14,0%	11,0%
Bis 12 Wochen	9,8%	13,4%
Bis 6 Monate	23,2%	22,8%
Bis 9 Monate	12,5%	9,4%
Bis 12 Monate	5,9%	10,2%
Bis 24 Monate	10,5%	7,9%
Mehr als 24 Monate	3,1%	5,5%
Mittelwert in Wochen	26,0	27,9
Gesamt	1.275	127

Unbek.: 0 Klienten (0,0%) aller Klienten, bzw. 0 Klienten (0,0%) der ausgew. Einr.
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS);
 Bezugsgruppe: Beender
 Basis: EBIS: N=304 (99,0%), HORIZONT: N=130 (98,5%), PATFAK: N=6 (100%), KIBNET: N=9 (100%)

Tabelle 7.14: Anzahl der Kontakte bei Pathologischem Spielverhalten (Hauptdiagnosen)

	M	F
2 bis 5	46,3%	43,2%
6 bis 10	24,6%	18,9%
11 bis 29	21,5%	25,3%
30 und mehr	7,6%	12,6%
Mittelwert	11,2	15,2
Gesamt	1.054	95

Unbek.: 253 Klienten (18,0%) aller Klienten, bzw. 73 Klienten (6,0%) der ausgew. Einr.
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS);
 Bezugsgruppe: Beender
 Basis: EBIS: N=264 (86,0%), HORIZONT: N=95 (72,0%), PATFAK: N=5 (83,3%), KIBNET: N=0 (0,0%)

7.4 Pathologisches Spielverhalten

Pathologisches Spielverhalten als Hauptdiagnose ist im Durchschnitt der Einrichtungen relativ selten (2,2% der Hauptdiagnosen), spielt aber bei einem Teil der Stellen eine höhere Rolle. Die hier beschriebenen Klienten haben die Störung als behandlungsleitendes und vorrangiges Problem (Hauptdiagnose). 68% der Spieler sind das erste Mal in Betreuung. Dieser Anteil steigt seit Jahren leicht an. Die Betreuungsdauer ist breit gestreut: Etwa zwei Drittel bleiben bis zu sechs Monate (Tabelle 7.13). Ihre durchschnittliche Betreuungsdauer liegt bei 26 Wochen, dabei haben sie im Schnitt elf Kontakte. Annähernd die Hälfte der Klienten hat nur zwei bis fünf Kontakte (Tabelle 7.14).

Der Abbruch durch Klienten ist extrem häufig: 57% (Männer) und 47% (Frauen) brechen den Kontakt von sich aus ab (Tabelle 7.15). Eine planmäßige Beendigung wird in etwa 27% (Männer) bzw. 38% (Frauen) der Fälle erreicht, eine Vermittlung findet bei etwa 14% statt. In der Summe scheint das Angebot für diese Personengruppe verbesserungsbedürftig. Möglicherweise ist das Suchtkonzept der Einrichtungen zumindest für einen Teil der Klienten nicht geeignet; die Forschung zu störungsspezifischen Behandlungskonzepten ist noch wenig entwickelt.

Bei planmäßiger Beendigung sind die Ergebnisse der Betreuung von Klienten mit Pathologischem Spielverhalten, gemessen am hohen Anteil von Abbrüchen (über 50%), zu Ende der Betreuung, erstaunlich positiv. Etwa 45% der Behandelten weisen eine Behebung der Spielprobleme auf und weitere 35% eine gebesserte Situation (Tabelle 7.16). Im Vergleich dazu ist das Ergebnis bei unplanmäßigen Beendigungen deutlich schlechter, aber mit 44% (erfolgreich + gebessert) immer noch erstaunlich hoch.

8 Diskussion: Cannabis ante portas

Die Ergebnisse der ambulanten Suchthilfestatistik für 2002 legen im allgemeinen den Schluss nahe, dass weder in den einrichtungsbezogenen,

noch in den klientenbezogenen, noch in den betreuungsbezogenen Merkmalen gravierende Änderungen gegenüber den Vorjahren vorliegen. Es gibt allerdings eine Ausnahme:

Seit 1996 zeigt sich in den ambulanten Beratungsstellen ein bedeutsamer Anstieg der Klientenzahlen mit einer primären Cannabisproblematik (Türk & Welsch, 2000: 6,3%; Welsch, 2001: 7,1; 2002: 8,6%). Gegenüber letztem Jahr gibt es einen Anstieg von 10,5% der Hauptdiagnosen auf 9,5%. Dabei tritt Cannabis nicht als Begleitsubstanz zu Heroin oder Kokain auf, sondern wird als Hauptschubstanz konsumiert. Dies gibt Anlass zu vermehrter Aufmerksamkeit, wobei diese stetige Zunahme der Verbreitung von Cannabis nicht nur in Deutschland (vgl. Kraus & Augustin 2001: Hoch et al. 2002), sondern in Europa (EBDD, 2002) und im außereuropäischen Ausland (Johnston et al. 2000) auftritt. Auch bei den polizeilich erfassten Delikten spielt Cannabis eine immer wichtigere Rolle: Die Zahl der polizeilich erfassten Delikte mit Bezug zu Cannabis lag 2001 mit 93.449 fast ebenso hoch wie im Vorjahr, in dem der bisherige Höchstwert von 94.633 (Bundeskriminalamt, 2002) erreicht wurde.

Die konsistenten Hinweise aus verschiedenen Quellen auf einen kontinuierlichen Anstieg und die Tatsache, dass Cannabis bereits die am häufigsten konsumierte illegale Substanz ist, wurde gesundheitspolitisch und fachlich als Hinweis gesehen, das Ausmaß des Risikos dieser Substanz nach Jahren geringerer Aufmerksamkeit erneut zu prüfen. Zu Beginn der Ausbreitung des Cannabiskonsums in Europa in den 70er Jahren wurde zunächst ein hohes Risikopotential angenommen. In der folgenden Zeit entwickelte sich eine zunehmend differenzierte Bewertung. Aktuelle Übersichtsarbeiten haben eine große Zahl vorhandener Forschungsergebnisse in Bezug auf die negativen Effekte von Cannabis zusammengetragen (Inserm, 2001, Ministry of Public Health Belgium, 2002) und ermöglichen damit eine kritische Auseinandersetzung mit möglichen

Tabelle 7.15: Art der Beendigung bei Pathologischem Spielverhalten (Hauptdiagnosen)

	M	F
Planmäßig	26,6%	37,6%
Weitervermittlung	14,2%	13,7%
Abbruch Einrichtung	0,8%	1,7%
Abbruch Klient	57,1%	47,0%
Strafvollzug	0,8%	
Verstorben	0,4%	
Gesamt	1.186	117

Unbek.: 99 Klienten (7,1%) aller Klienten, bzw. 62 Klienten (4,5%) der ausgew. Einr.
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS);
 Bezugsgruppe: Beender
 Basis: EBIS: N=282 (91,9%), HORIZONT: N=122 (92,4%), PATFAK: N=6 (100%), KIBNET: N=9 (100%)

Tabelle 7.16: Ergebnisse der Betreuungen bei Pathologischem Spielverhalten (Hauptdiagnosen)

	Planmäßig beendet	Vorzeitig beendet
Erfolgreich	45,5%	10,4%
Gebessert	35,3%	33,6%
Unverändert	18,4%	54,2%
Verschlechtert	0,8%	1,8%
Gesamt	499	732

Unbek.: 65 Klienten (5,0%) der ausgew. Einr.
 Deutscher Kerndatensatz (DHS);
 Bezugsgruppe: Beender
 Basis: EBIS: N=296 (96,4%), HORIZONT: N=118 (89,4%), PATFAK: N=6 (100%), KIBNET: N=7 (77,8%)

problematischen Folgen des Cannabiskonsums. In einigen Fällen werden heute die Risiken niedriger eingeschätzt, in anderen Bereichen wurden problematische Folgen nachgewiesen. Wie eine Studie von Kleiber, Tossmann und Kollegen von Anfang der neunziger Jahre zeigt, ist ein großer Teil der dort erreichten Konsumenten weitgehend unauffällig (Kleiber et al. 1992, Soellner, Kleiber & Tossmann 1995). Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung von Küfner et al. (2000) weisen in die gleiche Richtung. Insbesondere die große Zahl von Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung spricht jedoch dafür, mögliche problematische Folgen der Substanz nicht unkritisch zu beobachten. Selbst kleine Prozentanteile von Personen mit cannabisbezogenen Störungen können absolut sehr hohe Werte annehmen: Bei einem

Anteil von 6% (12-Monatsprävalenz) bzw. 3% (30-Tagesprävalenz) abhängigen Cannabiskonsumenten und einem Anteil von 20% unter diesen 3%, die fast täglich konsumieren, gibt es einen harten Kern von 300.000 Betroffenen in der erwachsenen Bevölkerung von 18 bis 59 Jahren in Gesamtdeutschland, die einen täglichen und problematischen Cannabiskonsum haben (Kraus & Augustin, 2001).

Die öffentliche Diskussion über Cannabis wird zur Zeit stärker von seinem möglichen therapeutischen Nutzen (dazu ein kritischer Überblick von z. B. Stevens, 2002) als von seinen Risiken bestimmt – unter anderem, weil Anfang September 2003 Cannabis in den Niederlanden unter besonderen Umständen als Medikament zugelassen wurde. Diese Entwicklung wird in der Öffentlichkeit fälschlicherweise als Schritt zur Liberalisierung des alltäglichen Gebrauchs missverstanden, obwohl das eine nichts mit dem anderen zu tun hat.

Für die Zukunft sind differenzierte, aussagekräftige Studien mit Cannabiskonsumenten und -klienten notwendig, die diese auch im Längsschnitt untersuchen, um die Entwicklung des Konsummusters und möglicher cannabisbezogenen Störungen besser zu erforschen. Weiterhin sind spezielle Therapiestudien nötig, die Empfehlungen für eine bedarfsgerechte Beratung und Behandlung von Cannabis-klienten geben, da gerade in diesem Bereich noch wenig Wissen vorliegt.

Erste Forschungsansätze verfolgen u. a. Simon und Kollegen (Sonntag & Simon, 2003), die aufgrund der steigenden Cannabis-Patientenprävalenzen in der Nationalen Suchthilfestatistik seit 2002 eine Stichprobe von Cannabispatienten aus einer repräsentativen Gruppe von EBIS-Einrichtungen rekrutiert haben, die sie mittels Fragebogen und Experteninterviews eingehend analysieren. Längsschnittuntersuchungen wurden u. a. von Wittchen und Kollegen am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München (Perkonig et al., 1997) sowie Küfner und Kollegen am Institut für Therapie-

forschung in München (Küfner et al., 2000) durchgeführt.

9 Literatur

- Bundeskriminalamt (2002). Rauschgiftjahresbericht 2001. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Bundesministerium für Gesundheit (2001). Zusammenstellung der Länderkurzberichte über die Situation im Suchtbereich. Stand 01.05.2001.
- DHS (2001). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Hamm: DHS.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2000). Treatment demand indicator. Standard protocol 2.0. (EMCDDA Scientific Report). Lisbon.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2000). Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union – 2000. Luxembourg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Fachausschuss Statistik der DHS (1999). Einrichtungsbezogener Deutscher Kerndatensatz (Stand 29.10.99). Sucht 45 (6), 419–434.
- Hoch, E., Simon, R., Hüllinghorst, R., Nöcker, G. & Spahlinger, M. P. (2002). Bericht zur Drogensituation. Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Deutschen Bundesministeriums für Gesundheit. München: Deutsche Referenzstelle für die Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD).
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M. & Bachman, J. G. (Dec. 2000). »Ecstasy« use rises sharply among teens in 2000; use of many other drugs steady, but significant declines are reported for some. University of Michigan News and Information Services: Ann Arbor, MI. [On-line]. Available: www.monitoringthefuture.org; accessed 08.03.2001.
- Kleiber, D., Stosberg, K., Täschner, K.-L., Tossmann, H.P. & Wiesbeck, G.A. (1992). Erfahrungen mit Cannabiskonsumenten. Ergebnisse einer Umfrage bei Kliniken und Drogenberatungsstellen. Sucht, 38, 7–17.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Sucht, Sonderheft 1.

- Kraus, L., Bauernfeind, R. & Herbst, K. (1998). Hat sich das Alter des Erstkonsums illegaler Drogen verschoben? Survivalanalyse retrospektiver Querschnittsdaten 1980–1995. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27 (1), 20–29.
- Küfner, H., Duwe, A., Schumann, J. & Bühner, G. (2000). Prädiktion des Drogenkonsums und der Suchtentwicklung durch Faktoren in der Kindheit: Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Studie. *Sucht*, 46, 32–53.
- Mann, K., Ackermann, K., Günthner, A., Jung, M., Morlock, P. & Mundle, G. (1997) Langzeitverlauf und Rückfallprophylaxe bei alkoholabhängigen Frauen und Männern. Abschlussbericht zum BMBF-Projekt.
- Ministry of Public Health in Belgium (2002). Cannabis 2002 Report. A joint international effort at the initiative of the Ministers of Public Health of Belgium, France, Germany, The Netherlands, Switzerland. Technical Report of the International Scientific Conference. Brussels, Belgium, 25/2/2002. Brussels: Ministry of Public Health in Belgium.
- Müller, S & Gmel, G. (2002). Veränderung im Age of Onset von Cannabisgebrauch: Ergebnisse der 2. Schweizer Gesundheitsstudie 1997. *Soziale Präventivmedizin*, 47 (1): 14–23.
- Perkonig, A. Beloch, E., Garczynski, E., Nelson, C., Pfister, H., Wittchen, H-U. (1997) Prävalenz von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Gebrauch, Diagnosen und Auftreten erster Missbrauchs- und Abhängigkeitsmerkmale, *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 247–257.
- Simon, R. & Pfeiffer, T. (1998). Feasibility study on the implementation of the proposals given in the final reports of REI-TOX subtasks on improving the quality and comparability of treatment reporting systems. Development of a core Item List for Monitoring the treatment of Drug Misusers. Final Report. EMCDDA project CT.97.EP.07
- Soellner, R., Kleiber, D. & Tossmann, H. P. (1995). Einmal Cannabis – immer Cannabis? Prädiktoren für fortgesetzten Cannabiskonsum. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 65–77.
- Sonntag, D. & Simon, R. (2003). Umfang und Analyse von problematischem Cannabiskonsum in Deutschland: Eine Untersuchung der Klientel ambulanter Beratungsstellen mit primärer Cannabisdiagnose. 3. Zwischenbericht. München: IFT.
- Sonntag, H., Wittchen, H. U., Höfler, M., Kessler, R. C. & Stein, M. B. (2000). Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? *European Psychiatry* 15 (1): 67–74.
- Stevens, A. (2002). Cannabis und Cannabinoide als Medizin. *Sucht*, 48 (5), 329–335.
- Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K. H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, S. N. (2002). Jahresstatistik 2001 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.2001–31.12.2001. IFT-Berichte Bd. 132. München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K. H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, S. N. (2003). Jahresstatistik 2002 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.2002–31.12.2002. IFT-Berichte Bd. 136. München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Strobl, M. & Türk, D. (2000). Manual EBIS 2000. Erläuterungen zu den Erhebungsbögen und zum PC-Programm für Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe. IFT-Manuale Bd. 32. München: IFT.
- Strobl, M., Welsch, K. & Schiessl, A. (2003). EBIS A/S. Manual für die ambulante und stationäre Suchtkrankenhilfe. Erläuterungen zu den Erhebungsbögen und zum PC-Programm. IFT-Manuale Bd. 36. München: IFT.
- Türk, D. & Welsch, K. (2000a). EBIS-Jahresstatistik 1999 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in Deutschland. *Sucht*, 46, Sonderheft 1, 7–52.
- Türk, D. & Welsch, K. (2000b). SEDOS-Jahresstatistik 1999 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. *Sucht*, 46, Sonderheft 1, 53–83.
- Welsch, K. (2001). Jahresstatistik 2000 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland. *Sucht*, 47, Sonderheft 3.
- Welsch, K. (2001). Jahresstatistik 2000 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. *Sucht*, 47, Sonderheft 3.
- Welsch, K. (2002). Jahresstatistik 2001 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland. *Sucht*, 48, Sonderheft 1.
- Welsch, K. (2002). Jahresstatistik 2001 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. *Sucht*, 48, Sonderheft 1.
- Weltgesundheitsorganisation (1999). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 3. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.

Korrespondenzadresse

Dilek Sonntag, Dipl. Psych.
IFT Institut für Therapieforchung
Parzivalstr. 25
80804 München
Tel. 089 - 36 08 04 60
Fax 089 - 36 08 04 69
sonntag@ift.de

Karin Welsch, Mag. rer. nat.
IFT- Institut für Therapieforchung
Parzivalstraße 25
80804 München
Tel. 089 - 36 08 04 64
Fax 089 - 36 08 04 69
welsch@ift.de

Annual statistical report for 2002 on inpatient treatment facilities for substance-abuse disorders in Germany

Key words

Clinical epidemiology, monitoring, substance abuse treatment service system, inpatient treatment, Germany

Abstract

Aims: The annual analysis of statistical data on inpatient treatment centres in Germany provides information about the service delivery structure, characteristics of patients, results achieved during the reporting year, and trends across time. **Method:** Statistics for 2002 are based on data from 25,502 patients in 85 inpatient treatment centres. Aggregated data were analysed according to federal guidelines, including the requirements of the German core data set. **Results:** 87% of patients are treated for alcohol-related problems, 4% for opiate-related disorders. The duration of treatment is usually between three and six months. About 78% of the patients complete their treatment as planned. **Conclusions:** The outcomes reflect a high quality of work delivered in inpatient addiction care. Still the data show the continuing necessity to focus on development and evaluation of treatment modalities for inpatient care.

► Karin Welsch¹, Dilek Sonntag¹

Jahresstatistik 2002 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland

Schlüsselwörter

Klinische Epidemiologie, Monitoring, Suchtkrankenhilfe, stationäre Behandlung, Deutschland

Zusammenfassung

Fragestellung: Die jährliche Auswertung der statistischen Daten über die Art und Tätigkeit stationärer Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland ermöglicht eine Analyse der Versorgungsstruktur und deren eventuell vorhandener Mängel, der Patientencharakteristika sowie der im Bezugsjahr erzielten Ergebnisse. Sie erlaubt Trendanalysen über langfristige Veränderungen und dient zusätzlich als Grundlage für die Planung von Forschungsprojekten und Modellprogrammen zur Verbesserung einzelner Aspekte der Struktur und Qualität stationärer therapeutischer Einrichtungen. **Methodik:** Die Dokumentation für das Jahr 2002 basiert auf den Daten von 25.502 Patienten² darunter 20.945 Zugänge und 23.768 Entlassungen aus 85 stationären Einrichtungen in Deutschland. Ausgewertet werden Aggregatdaten nach den standardisierten Vorgaben des Bundesdaten- und Bundestabellensatzes, der den Deutschen Kerndatensatz und den Kerndatensatz der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogenprobleme einschließt. **Ergebnisse:** 76 % der Einrichtungen sind auf die Behandlung

von vorwiegend legalem Substanzkonsum, 20 % der Einrichtungen auf die Behandlung von Patienten mit vorwiegend illegalem Substanzkonsum spezialisiert. 75 % der Patienten sind männlich. Unter den Konsumenten illegaler Drogen ist der Anteil von Personen unter 25 Jahren sehr hoch. Bei 87 % der Patienten stehen alkoholbezogene Störungen (schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit) und bei 4 % opiatbezogene Störungen im Vordergrund der Behandlung. Die Behandlungsdauer liegt in der Regel zwischen drei und sechs Monaten. Etwa 81 % der alkohol- und 43 % der opiatbedingten Behandlungen werden planmäßig beendet. Bei einer planmäßigen Beendigung verlassen 62 % (Alkohol) bzw. 51 % (Opiate) der Patienten die Behandlung erfolgreich und 33 % bzw. 39 % in gebessertem Zustand. **Schlussfolgerungen:** Die Zahlen von 2002 belegen die insgesamt guten Behandlungserfolge und sprechen für die qua-

1 IFT Institut für Therapieforschung, München

2 »Patient« wird zur sprachlichen Vereinfachung als neutraler Begriff für männliche und weibliche Personen verwendet.

linitiv hochwertige Arbeit, die in der stationären Suchtkrankenhilfe geleistet wird. Die Zahlen zeigen aber auch, wie wichtig es weiterhin ist, dass sich Forschung und Praxis mit der (Weiter-) Entwicklung und Evaluation spezifischer Behandlungskonzepte für den stationären Bereich befasst.

1 Einleitung

Dokumentation spielt in den stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe aufgrund der höher strukturierten Tätigkeit und den Anforderungen der Leistungsträger traditionell eine größere Rolle als in ambulanten Einrichtungen. Diese allgemeine Aussage muss insofern differenziert werden, als sie aus historischen Gründen überwiegend für medizinisch orientierte Einrichtungen (z. B. psychiatrische Kliniken) und für Rehabilitationseinrichtungen mit dem Behandlungsschwerpunkt Alkoholabhängigkeit gilt. Dem gegenüber gab es in den zumeist erst ab 1970 geschaffenen Einrichtungen für Drogenabhängige über Jahre erhebliche Probleme in Hinblick auf moderne Therapie- und damit auch Dokumentationsstandards (Diagnose, Therapieplan und Therapieverlauf sowie Status bei Behandlungsende). Trotz dieser längeren Tradition einer Dokumentation – und teilweise gerade wegen der sehr unterschiedlichen Anforderungen einzelner Leistungsträger – war es im stationären Bereich schwierig, einheitliche Standards für alle Einrichtungen und damit ein gemeinsames Dokumentationssystem zu entwickeln.

2 Ziele der Dokumentation

Die Ziele einer Dokumentation sind im stationären Bereich vergleichbar mit denen ambulanter Einrichtungen (vergl. Welsch & Sonntag, 2003a, Kap. 2; in diesem Band). Allerdings spielen einzelne Aspekte, wie etwa die Analyse der Problemlage im Einzugsgebiet als Grundlage für die Planung der Versorgung von Zielgruppen und Leistungen, bis heute eine sehr viel geringere Rolle. Dies liegt u. a. daran, dass ein großer Teil der stationären Ein-

richtungen sich nicht an definierten regionalen Einzugsgebieten orientiert, sondern am jeweiligen Bundesland oder gar am gesamten Bundesgebiet. Allerdings ist in den letzten Jahren eine Änderung zu beobachten, so dass die Analyse eines regional definierten Einzugsgebiets sowie eine darauf basierende Einrichtungsplanung in Zukunft eine sehr viel größere Rolle spielen werden als bisher.

3 Methodik

3.1 Daten- und Tabellensätze

Die Daten- und Tabellensätze wurden ursprünglich getrennt vom ambulanten Bereich entwickelt und bis 1999 von einer eigenen Arbeitsgemeinschaft betreut. Zur besseren Übereinstimmung der ausgewerteten Charakteristika und der Auswertungsprozeduren wurden in den letzten Jahren vor allem im Bereich des EBIS-Systems eine weitgehende Vereinheitlichung vorgenommen, die sich auch darin ausdrückt, dass es in der Zwischenzeit nur noch eine EBIS-Arbeitsgemeinschaft für beide Bereiche gibt. Diesem Prozess der weitgehenden Vereinheitlichung ist auch der Europäische und Deutsche Kerndatensatz gefolgt. Für die weiteren Erläuterungen wird auf die Ausführungen zum ambulanten Bereich verwiesen (siehe Welsch & Sonntag, 2003a, Kap. 3.1–3.3). Die Vereinheitlichung erlaubt es, in Zukunft differenzierte Analysen zu den Unterschieden zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen zu erstellen (z. B. bezüglich Klientel, Behandlungsdauer und Ergebnissen).

3.2 Hinweise zum Verständnis der Tabellen und Abbildungen

Um der sehr unterschiedlichen Klientel und den unterschiedlichen Aufgabenstellungen der Einrichtungen Rechnung zu tragen, um die Vergleichbarkeit der Daten aller in diesem Jahr beteiligter Einrichtungen und ihrer Daten zu gewährleisten und schließlich um die Qualität und Interpretierbarkeit der Daten zu verbessern, wurde die in früheren Berichten (z. B. Türk & Welsch, 2000) verwendete Ein-

teilung der Einrichtungen wieder aufgegriffen: Die ausgewerteten Einrichtungen wurden demnach entsprechend ihres Behandlungsschwerpunktes drei Gruppen zugeordnet:

- Einrichtungen, die vorwiegend Patienten mit Störungen durch legale Substanzen – Alkohol, Sedativa / Hypnotika, Tabak – behandeln (im Weiteren mit »Einrichtungen für legale Substanzen« bezeichnet),
- Einrichtungen, die vorwiegend Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen – Opiate, Cannabinoide, Kokain, Stimulantien, Halluzinogene – behandeln (im Weiteren mit »Einrichtungen für illegale Substanzen« bezeichnet) sowie
- Einrichtungen, die keinen eindeutigen Behandlungsschwerpunkt haben. Aufgrund der niedrigen Zahl werden diese nicht extra als Teilgruppe ausgewertet, gehen aber in die Gesamtdarstellungen ein.

In den Tabellen werden zur Verbesserung der Übersichtlichkeit nur die Begriffe »Legal« und »Illegal« als Bezeichnung der Einrichtungsart verwendet.

4 Datenbasis für die Auswertung 2002

Anzahl und Art der Einrichtungen

An der Jahresauswertung 2002 der stationären Suchthilfeeinrichtungen haben sich insgesamt 85 Einrichtungen beteiligt. Die Statistik des Vorjahres basierte auf 67 Einrichtungen (1999: 107; 2000: 84). Die Erhebung der Daten erfolgte 2002 in 38 Institutionen mit dem EBIS-Programm, in 13 Einrichtungen mit der Software Patfak der Firma Redline Data und in neun Einrichtungen mit der Software Horizont der Firma Ohltec. Außerdem hat sich der Fachverband Sucht e. V. (FVS) mit 25 Einrichtungen an der Auswertung beteiligt, welche überwiegend ein anderes Dokumentationssystem als EBIS-S einsetzen. Hierzu gehören das Referenzsystem des FVS, das Basisdo-

kumentationssystem Sucht der AHG (Ott, et. al., 1997; Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2001) und daran angeschlossene Systeme sowie das Dokumentationssystem der Wigbertshöhe-Krankenhausgesellschaft. Der Datensatz des FVS umfasst insgesamt 13.130 Patienten (Beender).

Eine differenzierte Berechnung der Ausschöpfungsquote nach Einrichtungstypen ist derzeit nicht möglich, da es keine entsprechende Aufschlüsselung der Gesamtzahl der stationären Suchthilfeeinrichtungen gibt. Insgesamt werden etwa 43 % der geschätzten 200 stationären Einrichtungen (informelle Mitteilung der DHS) erfasst.

Anzahl der Patienten

Insgesamt wurden im Jahr 2002 in 85 Einrichtungen die Daten von 25.502 Patienten erfasst, das sind doppelt so viel wie im Vorjahr (1999: 18.234; 2000: 15.525; 2001: 12.573). Von den 25.502 haben 23.768 Patienten die Behandlung in 2002 abgeschlossen (»Beender«). In 2000 und 2001 war die Gruppe der »Zugänge« (Patienten, die im Bezugsjahr die Behandlung begonnen haben) Grundlage der Auswertung. Um die Aussagekraft der Gesamtstatistik zu erhöhen, wurde, entsprechend der Empfehlungen der Dokumentationsstandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht), die vorliegende Auswertung wie in den Jahren vor 2000 mit der Bezugsgruppe der »Beender« durchgeführt. Dadurch wird auch die Vergleichbarkeit der Daten mit nationalen und internationalen Publikationen erleichtert (z. B. jährliche Basisdokumentation des FVS, zuletzt 2002).

Datenqualität

Erfreulicherweise ist die Anzahl der Missings, die im Zeitraum 2000/2001 wegen der Umstellung der Software überproportional hoch war, im Vergleich zum Vorjahr gesunken. In den EBIS-Einrichtungen sind die Variablen Geschlecht und Alter und seit Mitte 2002 auch die Variable Hauptdi-

agnose (bei vorhandener Einzeldiagnose) Pflichteingaben, so dass hier überhaupt keine Missing-Werte mehr entstehen können. Der FVS hat bei den Variablen Geschlecht, Alter, Hauptdiagnose, Behandlungsdauer, Leistungsträger und Art der Beendigung als qualitative Anforderung an ihre Einrichtungen einen Missing-Wert von unter 5 %, ansonsten gehen die Daten von Einrichtungen nicht in die Basisdokumentation des FVS ein. Des weiteren entspricht bei den beteiligten Einrichtungen des FVS der jeweilige Patientenentlassjahrgang bzw. Dokumentationsjahrgang auch dem entsprechenden »Patientenverwaltungs-jahrgang«, d. h. alle leistungsrechtlich erfassten Patienten gehen ohne Ausnahme auch in die Dokumentationsstichprobe ein.

Trendanalysen

Unterschiede in den Daten gegenüber den Vorjahren können in diesem Bericht nicht als Trends interpretiert werden, da die Effekte möglicher Trends mit denen einer veränderten Stichprobenzusammensetzung vermischt sind. Zum einen ist ein großer Teil an Einrichtungen für legale Substanzen hinzugekommen. Zum anderen bezieht sich die diesjährige Auswertung auf die Beender des Jahres, wie vor 2000, und nicht auf die Zugänge des Jahres, wie 2000 und 2001. Trendanalysen im Vergleich des Jahrgangs 2002 mit 1999 sind mit Vorsicht möglich, da Auswertungsgrundlage und Stichprobenzusammensetzung eher vergleichbar sind.

5 Daten zu den Einrichtungen

Die folgenden Tabellen beziehen sich auf maximal 85 Einrichtungen, die Angaben zu ihrer Einrichtung gemacht haben. Gegenüber 2001 hat sich in 2002 auch die Antwortrate bei den Einrichtungsdaten verbessert, ist in manchen Fragen aber noch nicht ausreichend. Die Prozentangaben beziehen sich jeweils auf die gültigen Antworten zur entsprechenden Frage. Die Anzahl der Missings war dabei je nach datenlieferndem Softwaresystem bzw.

Verband unterschiedlich hoch. In einigen Tabellen sind Vergleichszahlen für 2000 und 2001 angegeben.

5.1 Struktur

Behandlungsschwerpunkt

76 % der Einrichtungen (n=65) behandelt vorwiegend Patienten mit Störungen durch legale Substanzen (Alkohol, Medikamente, Tabak), 20 % (n=17) hauptsächlich Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen. Dies entspricht annähernd der Häufigkeitsverteilung der Hauptdiagnosen. Weitere drei Einrichtungen (4 %) behandeln zu gleichen Anteilen Patienten mit Störungen durch legale und illegale Substanzen.

90 % der Patienten (n=21.411) werden in Einrichtungen für legale Substanzen behandelt, 8 % in Einrichtungen für illegale Substanzen (n=1.812) und 2 % in »gemischten« Einrichtungen (n=512). In den Einrichtungen für legale Substanzen werden also durchschnittlich mehr Patienten behandelt als in den Einrichtungen für illegale Substanzen (329 vs. 108).

Art der Einrichtungen

Bei den ausgewerteten Einrichtungen handelt es sich vor allem um Rehabilitationseinrichtungen, in der Regel Fachkliniken (n=68; 80 %). 7 % der Einrichtungen sind Krankenhäuser (n=6), bzw. deren Suchtabteilungen. Die Gruppe der Adaptions- und Nachsorgeeinrichtungen (Heime/ stationäres betreutes Wohnen/ Übergangseinrichtungen) machen 13 % (n=11) der Einrichtungen aus. Diese ungleiche Verteilung liegt daran, dass sich traditionell ein größerer Anteil von (verbandlich organisierten) Rehabilitationseinrichtungen an der Suchthilfestatistik beteiligt.

Einrichtungsgröße

Insgesamt liegen nur von 20 Einrichtungen Angaben zur Einrichtungsgröße vor, so dass eine Interpretation nicht möglich ist. Ihre Größe schwankt beträchtlich und liegt zwischen 12 und 132 Plätzen, im Durchschnitt bei 49 Plätzen.

Tabelle 5.1: Trägerschaft

Trägerschaft	Legal	Illegal	Gesamt 2002		Gesamt 2001	Gesamt 2000
	%	%	%	Abs.	%	%
Öffentliche Träger	20,8%	40,0%	20,8%	15	23,3%	21,6%
Freie Wohlfahrtspflege / Freigemeinnützige Träger	55,6%	40,0%	55,6%	40	63,3%	60,8%
Privatwirtschaftliche Träger	27,8%	20,0%	27,8%	20	13,3%	17,6%
Gesamt	54	15	100%	72	60	51

Unbek.: 13 Einrichtungen (15,3% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N=38 (100%), HORIZONT: N=9 (100%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=12 (48,0%)

Tabelle 5.2: Zielgruppen der Behandlung nach Einrichtungstyp

Störungsbereich (nach ICD 10) *	Legal	Illegal	Gesamt 2002		Gesamt 2001	Gesamt 2000
	%	%	%	Abs.	%	%
Alkohol	100%	56,3%	91,6%	76	71,9%	31,8%
Illegale Drogen	54,7%	100%	65,1%	54	49,1%	26,1%
Medikamente	93,8%	75,0%	90,4%	75	64,9%	33,0%
Tabak	57,8%	31,3%	50,6%	42	22,8%	11,4%
Pathologisches Spielverhalten	51,6%	37,5%	49,4%	41	24,6%	20,5%
Ess-Störungen	50,0%	31,3%	45,8%	38	15,8%	11,4%
Sonstiges	48,4%	18,8%	41,0%	34	10,5%	5,7%
Gesamt	64	16	100%	83	57	88

* Mehrfachnennungen möglich

Unbek.: 2 Einrichtung (2,4% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N=36 (94,7%), HORIZONT: N=9 (100%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=25 (100%)

Trägerschaft

Die Trägerschaft der Einrichtungen liegt in rund 56 % der Fälle bei der Freien Wohlfahrtspflege bzw. bei freigemeinnützigen Trägern. 21 % der Einrichtungen sind bei öffentlichen Trägern angesiedelt und 28 % sind privatwirtschaftlich organisiert (Tabelle 5.1). Der Anteil von Einrichtungen mit privatwirtschaftlichem Träger hat gegenüber dem Vorjahr deutlich zugenommen, bedingt durch die Teilnahme von Einrichtungen des Fachverbandes Sucht.

Zielgruppen

Über 90 % der Einrichtungen nennt Personen mit alkoholbezogenen Störungen als eine Zielgruppe. Fast ebenso oft werden Personen mit medikamentenbezogenen Störungen angegeben. Personen mit Abhängigkeit oder schädlichem Gebrauch von illegalen Drogen werden von zwei Drittel der

Einrichtungen als Zielgruppe benannt (Tabelle 5.2). Auffällig ist, dass sich das Zielgruppenspektrum der stationären Einrichtungen noch stärker als in 2001 verbreitert hat. Etwa die Hälfte der Einrichtungen benennt Patienten aller Störungsbereiche als Zielgruppe. Besonders deutlich ist dies bei Einrichtungen für legale Substanzen. Die gleiche Entwicklung im Sinne »allgemeiner Suchthilfeinrichtungen«, ist im ambulanten System zu beobachten (Welsch & Sonntag, 2003a, Kapitel 5.1).

Versorgungsauftrag und Einzugsgebiet

15 % der Einrichtungen behandeln mit einem Pflichtversorgungsauftrag. Einrichtungen für legale Substanzen unterscheiden sich dabei nicht von Einrichtungen für illegale Substanzen. 31 Einrichtungen machen Angaben zur Größe ihrer Versorgungsregion: 15

haben eine Versorgungsregion mit bis zu 50.000 Einwohnern, 11 haben eine Versorgungsregion mit bis zu 500.000 Einwohnern, der Rest liegt darüber.

Qualitätsmanagement

Von 67 Einrichtungen liegen Angaben zur Qualitätssicherung vor; etwa 60 % verwenden Qualitätsmanagementsysteme (Tabelle 5.3). Das System EFQM wird von 15 % der Einrichtungen eingesetzt, ISO 9000 ff. verwenden 36 % der Einrichtungen. 41 Einrichtungen (61 %) geben an, das Qualitätssicherungssystem der Sozialversicherungsträger durchzuführen. Von 69 Einrichtungen führen lediglich 86 % eine Eingangsdiagnostik durch. Therapie- und Hilfeplanung erfolgt in 75 % der Einrichtungen, Verlaufsdokumentation in 88 % und Abschlussdokumentation in 90 % (2001: alle Werte bei etwa 50 %). In 78 % (2001: 42 %) der Einrichtungen werden auch Maßnahmen zur Evaluation und Katamnese durchgeführt. So hat der FVS erst kürzlich eine Katamnese seiner Einrichtungen publiziert (Kluger et al., 2003).

Vernetzung

Die Koordination und Vernetzung mit anderen Diensten ist wesentlich für die Qualität und Kontinuität der Arbeit in der Suchthilfe. 64 Einrichtungen machen Angaben zu verbindlichen Absprachen bezüglich einer Arbeitsteilung (Tabelle 5.4): überwiegend mit Rehabilitationseinrichtungen (53 %) sowie mit ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen (41 %) und anderen Krankenhäusern (41 %). Eine Koordinierung bezüglich der Therapie- und Hilfeplanung erfolgt in 65 Einrichtungen. Am häufigsten bestehen Absprachen mit anderen Rehabilitationseinrichtungen (48 %), mit ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen (43 %) und mit anderen Krankenhäusern (38 %).

5.2 Mitarbeiter

Für die folgenden Berechnungen sind die vorhandenen Mitarbeiter auf Vollzeitstellen umgerechnet. Dabei sind einige Unterschiede zwischen den

Einrichtungstypen zu beobachten. Die Gesamtzahl der Vollzeitstellen ist in Einrichtungen für legale Substanzen mit rund 30 Vollzeitstellen pro Einrichtung deutlich höher als in Einrichtungen für illegale Substanzen mit rund 19 Vollzeitstellen pro Einrichtung. In den 52 von 65 Einrichtungen für legale Substanzen, von denen entsprechende Daten zur Verfügung stehen, sind Krankenschwestern bzw. -pfleger mit etwa 16 % die größte Berufsgruppe, gefolgt von etwa 12 % Diplom-Psychologen, sowie 11 % Sozialarbeiter/-pädagogen. In den 13 von 17 Einrichtungen für illegale Substanzen, von denen Informationen zur personellen Ausstattung vorliegen, sind die Sozialarbeiter/-pädagogen, mit etwa 17 % des Personals die größten Berufsgruppen, Psychologen mit 15 % die zweitgrößte. Etwa 11 % des Personals sind Krankenschwestern bzw. -pfleger. Vergleichbar hoch in allen Einrichtungstypen ist der Anteil der Zivildienstleistenden mit etwa 7%. Gegenüber den Vorjahren ist in 2002 die durchschnittliche Personalzahl über alle Einrichtungen mit rund 27 Vollzeitstellen deutlich höher (2000: 16; 2001: 23).

5.3 Finanzierung

Angaben zum Tagessatz wurden in 2002 nur von 32 Einrichtungen gemacht. Die Sätze liegen zwischen 67 und 118 Euro, im Durchschnitt bei 90 Euro. Wegen der hohen Missing-Werte ist hier keine genauere Analyse und Interpretation möglich.

6 Daten zur Klientel

6.1 Übersicht zur Klientel

Im Jahr 2002 wurden in 85 Einrichtungen insgesamt 25.502 Personen behandelt (2001: 12.573 in 67 Einrichtungen; 2000: 15.525 in 84 Einrichtungen; 1999: 18.234 in 107 Einrichtungen). In diesem Kapitel werden die Daten von 23.768 Patienten berücksichtigt, deren Behandlung 2002 beendet wurde (»Beender«), da sich in dieser Gruppe mögliche Trends bei den Patientencharakteristika am schnellsten zeigen. Aufgegliedert nach Ein-

Tabelle 5.3: Qualitätsmanagementsysteme

Art des Systems*	%	Abs.	2001	2000
EFQM	14,9%	10	6,4%	12,1%
ISO 9000 ff.	35,8%	24	25,5%	24,2%
Sonstige	43,3%	29	25,5%	30,3%
Qualitätssicherungsprogramm der Sozialversicherungsträger	61,2%	41	61,7%	
Kein System	16,4%	11	40,4%	33,3%
Gesamt	100%	67	47	33

* Mehrfachnennungen möglich
 Unbek.: 18 Einrichtungen (21,2% aller Einrichtungen)
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)
 Basis: EBIS: N=33 (86,8%), HORIZONT: N=9 (100%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=12 (48,0%)

Tabelle 5.4: Koordination und Vernetzung mit anderen Einrichtungen/Diensten

Verbindliche Absprachen mit (Einrichtungsart)*	bezüglich Arbeitsteilung		bezüglich Therapie- und Hilfeplanung	
	%	Abs.	%	Abs.
Niedrigschwellige Einrichtung	23,4%	15	23,1%	15
PSB/Instituts-/Fachambulanz	40,6%	26	43,1%	28
Ambulantes Betreutes Wohnen	25,0%	16	21,5%	14
Arbeits-/Beschäftigungsprojekt	34,4%	22	27,7%	18
Arzt/Psychotherapeutische Praxis	28,1%	18	23,1%	15
Krankenhäuser (SGB V § 107.1/JGG-§ 93/StGB § 64)	40,6%	26	38,5%	25
Rehabilitationseinrichtung (SGB V § 107.2/SGB VI § 9 u. § 15)	53,1%	34	47,7%	31
Heim/stationäres betreutes Wohnen/Übergangseinrichtung	26,6%	17	29,2%	19
Beratung und Behandlung im Strafvollzug	21,9%	14	21,5%	14
Gesamt	100%	64	100%	65

* Mehrfachnennungen möglich
 Unbek.: 21 Einr. (24,7% aller Einr.) bzw. Unbek.: 20 Einr. (23,5% aller Einr.)
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)
 Basis: EBIS: N=32 (84,2%), HORIZONT: N=9 (100%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=11 (44,0%)

richtungstyp liegen vor: 21.411 abgeschlossene Behandlungen in Einrichtungen für legale Substanzen, 1.828 in Einrichtungen für illegale Substanzen und 529 in sonstigen Einrichtungen. Daten zum Vorjahr werden nur angegeben, soweit deutliche Unterschiede vorliegen. Diese Vergleiche sollen nur erste Anhaltspunkte für die Interpretation liefern, da die Bezugsgruppen der Daten nicht mehr die »Zugänge« sind, wie in den letzten beiden Jahren, sondern wie in den Jahren zuvor die »Beender«.

Alter und Geschlecht

Drei Viertel der Behandelten waren Männer und ein Viertel Frauen (Tabelle 6.1). Etwas mehr als die Hälfte der

Patienten ist zwischen 35 und 49 Jahren alt (56 %). In Einrichtungen für legale Substanzen ist dieser Anteil etwas höher und liegt bei rund 60 %. Dagegen sind in Einrichtungen für illegale Substanzen 73 % der Patienten zwischen 20 und 34 Jahre alt. Frauen in Einrichtungen für legale Substanzen sind etwas älter als Männer, in Einrichtungen für illegale Substanzen sind sie dagegen etwas jünger.

Gegenüber 2001 sind Personen unter 35 etwas seltener vertreten, darüber etwas häufiger – eine Veränderung, die schon im Vorjahr zu beobachten war. Ursache ist möglicherweise der gestiegene Anteil an Alkoholpatienten durch die stärkere Teilnahme von Einrichtungen für legale Substanzen. Insgesamt

Tabelle 5.5: Personelle Besetzung

Berufsgruppe	Legal	Illegal	Gesamt % 2002	Gesamt Abs. (in Stellen)	Gesamt 2001	Gesamt 2000
Arzt	7,3%	9,9%	7,6%	2,1	6,2%	7,5%
Psychologe	12,4%	14,9%	12,7%	3,5	8,8%	9,1%
Pädagoge/ Sozialwissenschaftler	3,2%	2,5%	3,2%	0,9	4,6%	4,6%
Sozialarbeiter/-pädagogin	11,4%	17,1%	12,3%	3,4	14,2%	15,1%
Erzieher	1,8%	2,1%	1,8%	0,5	3,2%	1,9%
Fachkraft für soziale Arbeit	1,2%	0,0%	1,0%	0,3	1,1%	1,2%
Krankenschwester/ -pflege(helfer)	15,5%	10,5%	14,7%	4,0	15,7%	14,3%
Ergo-/Arbeitstherapeut	8,2%	9,2%	8,4%	2,3	11,4%	9,9%
Kunst-/Musiktherapeut	0,5%	0,7%	0,5%	0,1	0,7%	1,1%
Sport-/Bewegungs- therapeut	2,2%	2,6%	2,3%	0,6	1,9%	2,6%
Physiotherapeut	1,8%	1,4%	1,7%	0,5	0,4%	1,1%
Sonstige in Beratung/ Therapie Tätige	3,1%	2,1%	2,9%	0,8	5,0%	2,5%
Zwischensumme (Stellen bzw. %)	68,6%	73,1%	69,1%	19,0	73,1%	70,9
Ökonom/Betriebswirt	0,8%	0,0%	0,8%	0,2	0,5%	0,8%
Büro-/Verwaltungs- personal	10,6%	10,8%	10,6%	2,9	9,3%	8,8%
Technisches Personal/ Wirtschaftsbereich	9,8%	4,2%	9,1%	2,5	5,2%	9,1%
Jahrespraktikanten/Azubi	2,8%	3,7%	2,9%	0,8	3,5%	2,2%
Zivildienstleistende	7,3%	8,2%	7,5%	2,1	8,4%	8,2%
Gesamt (Stellen bzw. %)	30,1	18,8	100%	27,5	23,1	15,7

Unbek.: 17 Einrichtungen (20,0% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N=34 (89,5%), HORIZONT: N=9 (100%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=12 (48,0%)

samt liegt der Altersdurchschnitt der Patienten in stationären Einrichtungen mit 42,8 (legal: 44,3, illegal: 28,1) Jahren etwas höher als in den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen (37,6 Jahre).

Familienstand

38 % der männlichen Patienten sind ledig (2001: 44 %), 9 % leben getrennt und 22 % sind geschieden; nur 28 % sind verheiratet (2001: 25 %). Alleinstehend, also ohne feste oder zeitweilige Beziehung, leben 47 % (2001: 52 %). In den Einrichtungen für illegale Substanzen ist diese Zahl mit 57 % deutlich höher, was das schwache soziale Netzwerk kennzeichnet, in dem sich diese Patienten bewegen. Der Anteil lediger Frauen liegt bei 25 % (2001: 30 %). 9 % leben getrennt von ihrem Ehepartner, 26 % der Frauen sind geschieden (2001: 23 %); ein etwas höherer Anteil als bei Männern ist verhei-

ratet (33 %; 2001: 31 %). Ohne feste oder zeitweilige Beziehung leben insgesamt 38 % der Frauen (2001: 40 %), in den Einrichtungen für illegale Substanzen sogar 43 %.

Nur 7 % der Frauen leben mit Partner und Kind/ern (2001: 18 %), weitere 15 % sind alleinerziehend, sie leben ohne Partner mit Kind/ern (2001: 11 %). 22 % aller weiblichen Patienten hat demnach mindestens ein Kind zu versorgen. Bezogen auf die Bevölkerung in Deutschland wären dies etwa 338.000 alkoholabhängige und -missbrauchende Frauen mit zumindest ebenso vielen Kindern. Die Zahl alleinerziehender Väter ist mit 5 % auch deutlich höher als 2001 (2001: 1,4 %). Die Veränderungen gegenüber dem Vorjahr liegen wahrscheinlich an der stärkeren Beteiligung von Einrichtungen, die vorwiegend (ältere) Patienten mit alkoholbezogenen Störungen behandeln.

Sozioökonomische Lage

Frauen haben höhere Schulabschlüsse vorzuweisen als Männer. Der Anteil der Patientinnen mit Mittlerer Reife liegt bei 36 %, der der Männer bei 26 %. Auch Hochschulabschluss und (Fach-)Abitur findet sich bei Frauen etwas häufiger. Demgegenüber haben 6 % (2001: 9 %) aller männlichen Patienten keinen Schulabschluss, 3 % einen Sonderschulabschluss. Bei den Frauen liegen diese Anteile bei 3 % (2001: 7 %) und 2 %. Zwischen den Einrichtungstypen gibt es ganz deutliche Unterschiede. Der Anteil von Personen ohne Schulabschluss ist in Einrichtungen für illegale Substanzen um ein vielfaches höher als in Einrichtungen für legale Substanzen (16 % vs 4 %). Angesichts der schwierigen Arbeitsmarktsituation haben diese Patienten geringere Chancen auf einen Arbeitsplatz. Besondere Fördermaßnahmen zur Qualifikation sind dringend erforderlich, um eine erfolgreiche (Re-)Integration in das Berufsleben zu fördern.

Erwerbstätigkeit

Etwa 52 % aller Männer und 46 % der Frauen sind erwerbstätig (Tabelle 6.2; 2001: 48 % und 41 %). Die Arbeitslosenquote liegt bei rund 38 % bzw. 30 % (2001: 41 % bzw. 32 %). Besonders ungünstig ist die Lage der Patienten in Einrichtungen für illegale Substanzen: lediglich 41 % bzw. 35 % sind erwerbstätig.

Wohnsituation

81 % aller Männer und 91 % aller Frauen lebten vor Aufnahme in die jeweilige Einrichtung in einer eigenen Wohnung (Tabelle 6.3). Am höchsten sind diese Werte bei Aufnahmen in eine Einrichtungen für legale Substanzen (86 % bzw. 94 %), in Einrichtungen für illegale Substanzen erwartungsgemäß viel geringer (39 % bzw. 53 %). Vor der Aufnahme in eine Einrichtungen für illegale Substanzen haben 35 % der Männer und 30 % der Frauen bei anderen, ohne eigenem Mietvertrag gewohnt, 18 % der Männer waren zuvor in einer JVA.

Tabelle 6.1: Alter nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Alter	Legal		Illegal		Gesamt		Gesamt 2002		Gesamt 2001	Gesamt 2000
	M	F	M	F	M	F	%	Abs.	%	%
15 - 17	0,0%		0,8%	2,4%	0,1%	0,2%	0,1%	25	0,3%	0,4%
18 - 19	0,1%	0,3%	4,9%	10,2%	0,7%	0,9%	0,7%	176	1,5%	1,7%
20 - 24	1,2%	1,2%	30,8%	29,5%	4,2%	3,0%	3,9%	936	6,1%	7,4%
25 - 29	3,2%	2,4%	24,8%	20,9%	5,3%	3,6%	4,9%	1.162	7,0%	7,4%
30 - 34	8,6%	7,0%	19,3%	16,1%	9,7%	7,7%	9,2%	2.174	10,8%	11,5%
35 - 39	17,4%	16,4%	12,0%	12,9%	16,8%	16,3%	16,6%	3.946	17,0%	16,7%
40 - 44	22,6%	21,0%	5,8%	7,2%	20,9%	20,1%	20,7%	4.905	19,6%	19,4%
45 - 49	20,9%	20,6%	1,1%	0,5%	18,9%	19,2%	19,0%	4.500	15,6%	15,1%
50 - 54	14,9%	15,5%	0,3%		13,4%	14,4%	13,7%	3.244	11,6%	10,5%
55 - 59	6,8%	8,7%	0,2%		6,1%	8,1%	6,6%	1.567	5,9%	6,3%
60 - 64	2,9%	4,0%		0,3%	2,6%	3,8%	2,9%	692	3,0%	2,5%
65 +	2,9%	4,0%		0,3%	2,6%	3,8%	2,9%	692	3,0%	1,0%
Durchschnitt	44,0	45,3	28,3	27,6	42,4	44,1		42,8	41,1	*
Gesamt	15.906	5.468	1.440	373	17.828	5.888		23.717	9.770	12.183
	74,4%	25,6%	79,4%	20,6%	75,2%	24,8%	100%			

Unbek.: 51 Pat. (0,2%) aller Pat., bzw. 51 Pat. (0,2%) der ausgew. Eindr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=38 (100%), HORIZONT: N=9 (100%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=25 (100%)

* Wurde in 2000 nicht ausgewertet.

Tabelle 6.2: Erwerbstätigkeit nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Erwerbstätigkeit	Legal		Illegal		Gesamt		Gesamt 2002		Gesamt 2001	Gesamt 2000
	M	F	M	F	M	F	%	Abs.	%	%
Auszubildende(r)	0,3%	0,5%	4,8%	5,2%	0,8%	0,8%	0,8%	180	1,3%	1,1%
(Fach-) ArbeiterIn	28,6%	8,8%	28,2%	15,9%	28,4%	9,3%	23,6%	5.312	24,6%	25,9%
Angestellt(r), Beamte(r)	21,4%	35,3%	6,1%	11,8%	19,8%	33,5%	23,2%	5.214	16,3%	14,0%
Selbständig, FreiberuflerIn	2,6%	1,7%	0,6%	0,3%	2,4%	1,6%	2,2%	488	2,2%	1,8%
Mithelfende Familienangehörige/r	0,1%	0,4%	0,2%	0,8%	0,1%	0,4%	0,2%	36	0,2%	0,2%
Berufliche Rehabilitation	0,6%	0,5%	1,3%	1,1%	0,7%	0,6%	0,6%	146	1,2%	0,9%
Arbeitslos	37,3%	29,1%	47,1%	44,7%	38,4%	30,2%	36,4%	8.170	38,3%	41,6%
Schüler/in, Student/in	0,2%	0,5%	1,4%	3,3%	0,3%	0,7%	0,4%	96	0,9%	0,6%
Hausfrau/-mann	0,4%	12,6%	0,1%	4,4%	0,3%	12,0%	3,3%	731	4,2%	3,3%
RentnerIn	6,2%	7,8%	0,1%	0,8%	5,6%	7,3%	6,0%	1.348	5,8%	5,5%
Sonstige Nichterwerbspersonen	1,8%	2,0%	7,6%	8,8%	2,5%	2,4%	2,5%	554	4,5%	5,0%
Sonstige	0,6%	1,0%	2,6%	3,0%	0,8%	1,1%	0,9%	191	0,5%	0,0%
Gesamt	15.019	5.194	1.364	365	16.859	5.606	100%	22.466	9.311	11.311

Unbek.: 1.302 Pat. (5,5%) aller Pat., bzw. 356 Pat. (1,6%) der ausgew. Eindr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=37 (97,4%), HORIZONT: N=5 (55,6%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=23 (92,0%)

Oberflächlich betrachtet stellt sich die Situation der Gesamtklientel gegenüber dem Vorjahr als besser dar. Dies beruht jedoch nicht auf einer tatsächlichen Besserung der Situation der Patienten, sondern auf der Teilnahme zusätzlicher Einrichtungen mit Alkoholpatienten. Betrachtet man nur die Daten der EBIS-Einrichtungen, so zeigen sich keine nennenswerten Veränderungen gegenüber den Vorjahren. Für eine aussagekräftige Interpretation

der Daten ist es daher für die Zukunft wichtig, die Patienten nach ihren Hauptdiagnosen zu unterteilen und Einrichtungstypen zu unterscheiden.

6.2 Hauptdiagnosen

Jeder dokumentierte Patient erhält zu Behandlungsbeginn eine Diagnose auf der Basis der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (Dilling, Mombour und Schmidt,

1999). Unterschieden wird bei den substanzbezogenen Störungen zwischen »Schädlichem Gebrauch« (F1x.1) und »Abhängigkeitssyndrom« (F1x.2). Weitere nennenswerte Diagnosegruppen betreffen Ess-Störungen (F50.x) und Pathologisches Spielverhalten (F63.0). In den Fällen, in denen mehrere Diagnosen gestellt wurden, wird diejenige Diagnose zusätzlich als »Hauptdiagnose« bestimmt, die für die Behandlung die

Tabelle 6.3: Wohnsituation vor Behandlung (nach Einrichtungstyp und Geschlecht)

Wohnsituation	Legal		Illegal		Gesamt		Gesamt 2002		Gesamt 2001	Gesamt 2000
	M	F	M	F	M	F	%	Abs.	%	%
Selbständiges Wohnen	86,0%	93,5%	39,0%	53,0%	81,3%	90,9%	83,7%	18.786	76,6%	75,6%
Bei anderen Personen	7,4%	3,8%	35,2%	30,4%	10,1%	5,5%	8,9%	2.004	10,9%	10,4%
Betreutes Wohnen	1,7%	0,7%	0,7%	2,5%	1,6%	0,9%	1,4%	323	1,7%	1,7%
Heim / Klinik	1,2%	0,6%	2,7%	1,4%	1,3%	0,6%	1,2%	259	3,1%	3,1%
JVA	0,7%	0,2%	18,3%	7,7%	2,3%	0,7%	1,9%	435	4,2%	4,7%
Ohne Wohnung	1,5%	0,6%	2,5%	2,5%	1,7%	0,7%	1,5%	326	1,5%	1,7%
Sonstiges	1,6%	0,6%	1,6%	2,5%	1,6%	0,7%	1,4%	310	2,0%	2,8%
Gesamt	14.997	5.191	1.368	362	16.842	5.600	100%	22.443	9.274	11.180

Unbek.: 1.325 Pat. (5,6%) aller Pat., bzw. 351 Pat. (1,5%) der ausgew. Eindr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N=37 (97,4%), HORIZONT: N=3 (33,3%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=23 (92,0%)

größte Bedeutung hat. Das heißt, der zuständige Mitarbeiter muss entscheiden, welche von den Störungen vorrangig zu bewerten ist.

In der diesjährigen Auswertung gibt es zwei Auffälligkeiten:

- Der Anteil der Patienten ohne Angaben zur Hauptdiagnose (2,9 %) ist deutlich niedriger als in den letzten Jahren (1999: 10,8 %; 2000: 18,0 %; 2001: 12,0 %). Diese positive Entwicklung liegt u. a. daran, dass einige Einrichtungen ihre Hauptdiagnosen immer erst spät im Behandlungsverlauf dokumentieren, und in diesem Jahr für die Beschreibung der Klientel die Gruppe der Beender und nicht die der Zugänge ausgewertet wurde. Im EBIS-System wird außerdem seit Mitte des Jahres 2002 technisch die Eingabe einer Hauptdiagnose erzwungen, wenn mindestens eine Einzeldiagnose vorliegt. In der Auswertung der HORIZONT-Einrichtungen findet sich dieses Jahr ein sehr hoher Anteil an Patienten ohne Hauptdiagnose (66 %). Ursache dafür ist eine Änderung der Datenexportfunktion, die die Firma Ohltec zur Verbesserung der Kompatibilität vorgenommen hat, die jedoch gleichzeitig eine Änderung der Eingabepaxis bei historischen Dokumentation von Diagnosedaten innerhalb des HORIZONT-Programms erfordert hätte. Diese ist bei vielen HORIZONT-Anwendern möglicher-

weise noch nicht vollzogen worden.

Darüber hinaus wurde im Aggregierungsprogramm die Abfragemethodik dahingehend erweitert, dass nun den Einrichtungen die Anzahl der Missings rückgemeldet wird und fehlende Angaben vor der Auswertung nachgetragen werden können.

- Der Anteil der Patienten mit der Hauptdiagnose »Andere psychotrope Substanzen« (F19.x) (3,4 %) ist erstmals wieder gesunken (1999: 0,3 %; 2000: 5,4 %; 2001: 6,4 %). Nach ICD-10 werden unter F19.x auch Störungen durch »multiplen Substanzgebrauch« (Polytoxikomanie) kodiert. Nach dem Bundesdatensatz und dem Deutschen Kerndatensatz sind unter F19.x nur Störungen aufgrund »anderer psychotroper Substanzen« zu kodieren. In EBIS wurde deshalb die Codierung der Diagnose Polytoxikomanie explizit ausgeschlossen. In vielen stationären Einrichtungen wurde diese Vorgabe in den letzten Jahren zunehmend häufiger nicht beachtet, so dass 2002 im EBIS-System für den internen Gebrauch der Einrichtungen eine zusätzliche Variable zur Codierung von Polytoxikomanie eingeführt wurde.

Verteilung von Hauptdiagnosen und Geschlecht

Mit 87 % stehen alkoholbezogene Störungen als Hauptdiagnose wieder-

um an erster Stelle (2000: 67 %; 2001: 71 %; Tabelle 6.4). Der Anstieg der Alkohol-Patienten ist durch die Teilnahme von mehr Einrichtungen für legale Substanzen bedingt. Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch von Opiaten wurde bei 4 % als Hauptdiagnose genannt (2000: 6 %; 2001: 7 %). Sedativa und Hypnotika erscheinen als Hauptdiagnose-Gruppe an dritter Stelle: 0,4 % der Männer und 1,9 % der Frauen (182 Nennungen; 2000: 0,2 % bzw. 1,5 %; 2001: 0,3 % bzw. 1,7 %). Andere Substanzen sind ebenfalls selten als Hauptdiagnose zu finden. Cannabis zum Beispiel wird bei den stationären Einrichtungen nur 159 Mal genannt (2000: 1,0 % der Männer und 0,3 % der Frauen; 2001: 1,1 % bzw. 0,4 %), Kokain nur 118 Mal (Männer: 0,6 %, Frauen: 0,3 %; 2000: 0,7 % bzw. 0,1 %; 2001: 0,7 % bzw. 0,4 %). Die Kategorie, in der Ecstasy erfasst wird – »Stimulantien« – wurde insgesamt 75 Mal angegeben (Männer und Frauen je 0,3 %; 2000: 0,6 % bzw. 0,2 %; 2001: 0,4 % bzw. 0,2 %). Insgesamt 136 Personen (Gesamt: 0,6 %; Männer: 0,7 %, Frauen: 0,2 %) wurden in erster Linie wegen Pathologischen Spielverhaltens (gewerbliches Automatenenspiel und Glücksspiel) behandelt (2000: 33; 0,3 %; 2001: 78; 0,8 %).

Die in Einrichtungen für illegale Substanzen mit 28 % bzw. 43 % der Hauptdiagnosen sehr häufig genannte Kategorie »Andere psychotrope Substanzen« beinhaltet auch Patienten mit Polytoxikomanie, die hier, entgegen der Richtlinien des Manuals zum

Tabelle 6.4: Hauptdiagnose nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Hauptdiagnose	Legal		Illegal		Gesamt		Gesamt 2002		Gesamt 2001	Gesamt 2000
	M	F	M	F	M	F	%	Abs.	%	%
Alkohol	95,3%	91,9%	4,2%	5,0%	86,9%	86,0%	86,7%	20.603	71,2%	67,1%
Opiode	0,2%	0,5%	47,4%	39,7%	4,3%	3,3%	4,1%	965	6,8%	6,5%
Cannabinoide	0,1%	0,1%	5,8%	2,1%	0,8%	0,3%	0,7%	159	0,9%	0,8%
Sedativa/Hypnotika	0,4%	2,0%	0,6%	0,5%	0,4%	1,9%	0,8%	182	0,7%	0,5%
Kokain	0,1%	0,1%	5,4%	3,7%	0,6%	0,3%	0,5%	118	0,6%	0,6%
Stimulantien	0,0%	0,1%	3,3%	2,4%	0,3%	0,3%	0,3%	75	0,3%	0,5%
Halluzinogene		0,0%	0,3%		0,0%	0,0%	0,0%	5	0,0%	0,1%
Tabak	0,1%	0,1%			0,1%	0,1%	0,1%	15	0,1%	0,0%
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	0,0%			0,0%	0,0%	0,0%	2	0,0%	0,0%
And. psychotr. Substanzen	0,9%	1,5%	28,4%	43,4%	3,1%	4,1%	3,4%	807	6,4%	5,4%
Ess-Störungen		0,3%				0,2%	0,1%	14	0,3%	0,2%
Pathologisches Spielverhalten	0,4%	0,1%			0,7%	0,2%	0,6%	136	0,8%	0,3%
Ohne	2,6%	3,3%	4,6%	3,2%	2,7%	3,3%	2,9%	687	12,0%	18,0%
Gesamt	15.930	5.480	1.450	378	17.862	5.905	100%	23.768	9.806	12.195

Unbek.: Pat. (0,0 %) aller Pat., bzw. 0 Pat. (0,0%) der ausgew. Eindr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=38 (100%), HORIZONT: N=9 (100%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=25 (100%)

Tabelle 6.5: Hauptdiagnose und Alter

Hauptdiagnose	Alter beim Behandlungsbeginn													Gesamt		
	-14	15-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+	Ø	Abs.	%
Alkohol		0,0%	0,2%	1,3%	3,0%	8,0%	17,1%	22,2%	20,8%	15,1%	7,3%	3,2%	1,8%	44,3	20.575	86,8%
Opiode		0,5%	5,4%	27,7%	26,0%	19,1%	12,7%	5,8%	2,1%	0,4%	0,1%		0,2%	28,7	962	4,1%
Cannabinoide		3,1%	12,6%	43,4%	18,9%	10,7%	5,7%	3,8%	1,3%		0,6%			25,0	159	0,7%
Sedativa/ Hypnotika			1,1%	2,8%	4,4%	8,8%	17,7%	17,1%	19,3%	13,8%	5,5%	5,0%	4,4%	44,1	181	0,8%
Kokain		1,7%	4,3%	29,9%	16,2%	25,6%	10,3%	10,3%	1,7%					28,9	117	0,5%
Stimulantien		1,3%	14,7%	36,0%	20,0%	8,0%	8,0%	6,7%	2,7%		1,3%	1,3%		27,3	75	0,3%
Halluzinogene					80,0%					20,0%				31,2	5	0,0%
Tabak					6,7%		6,7%	13,3%	33,3%	13,3%	20,0%		6,7%	48,9	15	0,1%
Flüchtige Lösungsmittel							50,0%	50,0%						39,0	2	0,0%
And. psychotr. Substanzen		1,1%	4,2%	26,0%	17,6%	18,1%	14,0%	12,8%	3,0%	1,6%	1,0%	0,4%	0,1%	30,9	795	3,4%
Ess-Störungen			7,1%	14,3%		21,4%	28,6%	7,1%	21,4%					35,3	14	0,1%
Pathologisches Spielverhalten				7,4%	17,6%	22,8%	21,3%	12,5%	8,8%	5,9%	2,2%	1,5%		36,0	136	0,6%
Ohne Diagnose		0,1%	0,6%	5,6%	7,6%	14,2%	15,3%	16,6%	17,0%	12,9%	4,3%	4,0%	1,8%	41,4	681	2,9%
Gesamt	0	25	176	936	1.162	2.174	3.946	4.905	4.500	3.244	1.567	692	692	42,8	23.717	1000%
%		0,1%	0,7%	3,9%	4,9%	9,2%	16,6%	20,7%	19,0%	13,7%	6,6%	2,9%	2,9%			1000%

Unbek.: 51 Pat. (0,2%) aller Pat., bzw. 51 Pat. (0,2%) der ausgew. Eindr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=38 (100%), HORIZONT: N=9 (100%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=25 (100%)

Bundesdatensatz bzw. Deutschen Kerndatensatz, kodiert wurden. Nähere Analysen haben gezeigt, dass dabei in mindestens einem von drei Fällen auch eine opiatbezogene Störung vorliegt.

Zwischen den Geschlechtern ergeben sich nur wenige auffallende Unterschiede. Lediglich bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln überwiegen die Frauen deutlich, pathologisches Spiel-

verhalten ist dagegen eine »Männerdomäne«.

Hauptdiagnose und Alter

Die Altersverteilung der Patienten variiert je nach Hauptdiagnose (Tabelle 6.5). Patienten unter 20 Jahre sind vor allem bei den cannabis- und stimulantienbezogenen Hauptdiagnosen zu finden (je 16%), ansonsten aber selten. Etwa 73% (2000: 75%; 2001:

71%) der Patienten mit opiatbezogenen Hauptdiagnosen liegen in der Altersgruppe zwischen 20 und 34 Jahren (Mittelwert: 29 Jahre); für Patienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose liegen 60% der Fälle in der Altersgruppe 35 bis 49 Jahre (Mittelwert: 44,3 Jahre).

Die Altersgruppe über 50 Jahre ist bei den meisten Diagnosen nur wenig vertreten, lediglich bei den alkoholbe-

Tabelle 6.6a: Hauptdiagnose und Erwerbstätigkeit

Hauptdiagnose	Erwerbstätigkeit					
	Auszu- bildende	(Fach-) Arbeiter	Angestellte, Beamte	Selbständig, Freiberufler	Mithelfende Familien- angehörige	Berufliche Rehabi- litation
Alkohol	0,4%	23,9%	24,8%	2,4%	0,2%	0,6%
Opioid	4,9%	29,2%	9,3%	0,6%	0,3%	1,2%
Cannabinoide	8,3%	22,4%	3,2%	1,3%		1,3%
Sedativa/Hypnotika	0,6%	9,9%	29,3%	1,1%		0,6%
Kokain	1,8%	20,7%	15,3%	3,6%		1,8%
Stimulantien	9,3%	28,0%	10,7%	1,3%		
Halluzinogene		20,0%	20,0%			
Tabak			53,3%	6,7%		
Flüchtige Lösungsmittel						
And. psychotr. Substanzen	3,2%	16,1%	6,2%	0,4%	0,4%	1,3%
Ess-Störungen			35,7%			7,1%
Pathologisches Spielverhalten	3,7%	28,9%	17,0%	3,0%		1,5%
Ohne Diagnose	1,0%	20,0%	20,2%	0,7%		1,0%
Gesamt	180	5.312	5.214	488	36	146
%	0,8%	23,6%	23,2%	2,2%	0,2%	0,6%

Unbek.: 1.302 Pat. (5,5%) aller Pat., bzw. 356 Pat. (1,6%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=37 (97,4%), HORIZONT: N=5 (55,6%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=23 (92,0%)

Tabelle 6.6b: Hauptdiagnose und Erwerbstätigkeit

Hauptdiagnose	Erwerbstätigkeit						Gesamt	
	Arbeitslos	Schüler, Student	Hausfrau/ -mann	Rentner	Sonstige Nichterwerbs- personen	Sonstige	Abs.	%
Alkohol	35,0%	0,3%	3,5%	6,4%	1,9%	0,6%	19.638	87,4%
Opioid	39,7%	1,4%	0,7%	0,7%	8,5%	3,4%	938	4,2%
Cannabinoide	50,0%	3,8%	1,3%		7,7%	0,6%	156	0,7%
Sedativa/Hypnotika	37,0%	0,6%	7,2%	12,2%	1,7%		181	0,8%
Kokain	42,3%	2,7%			10,8%	0,9%	111	0,5%
Stimulantien	44,0%	1,3%	2,7%		2,7%		75	0,3%
Halluzinogene	20,0%				40,0%		5	0,0%
Tabak	20,0%		6,7%	6,7%	6,7%		15	0,1%
Flüchtige Lösungsmittel	100,0%						1	0,0%
And. psychotr. Substanzen	59,0%	1,4%	2,3%	2,1%	6,1%	1,6%	791	3,5%
Ess-Störungen	42,9%		7,1%		7,1%		14	0,1%
Pathologisches Spielverhalten	35,6%			3,0%	7,4%		135	0,6%
Ohne Diagnose	41,1%		1,5%	7,9%	2,5%	4,2%	406	1,8%
Gesamt	8.170	96	731	1.348	554	191	22.466	100%
%	36,4%	0,4%	3,3%	6,0%	2,5%	0,9%	100%	

Unbek.: 1.302 Pat. (5,5%) aller Pat., bzw. 356 Pat. (1,6%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=37 (97,4%), HORIZONT: N=5 (55,6%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=23 (92,0%)

zogenen Hauptdiagnosen und bei den Schlafmitteln liegt über ein Viertel der Fälle in diesem Altersbereich.

Hauptdiagnose und Erwerbstätigkeit

Der Anteil der Erwerbstätigen in der Gesamtgruppe der stationär Behandelten liegt bei etwa 51 % (2000:

44 %; 2001: 46 %), 36 % (2000: 42 %; 2001: 38 %) sind arbeitslos. (Tabelle 6.6). Auch hier unterscheiden sich die Konsumenten der einzelnen Substanzen. Bei den Patienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose liegt der Anteil der Erwerbstätigen bei 52 %; 35 % sind arbeitslos und 13 % stehen dem Arbeitsmarkt nicht zur

Verfügung. Bei den Patienten mit opiatbezogener Hauptdiagnose sind die Werte ungünstiger (46 % Erwerbstätige, 40 % Arbeitslose bzw. 15 % Nicht-Erwerbstätige), aber deutlich besser als im Vorjahr (2001: 33 % bzw. 46 % bzw. 20 %). Es bedarf aber noch weiterer Beobachtung, bevor ein Interpretation dieser Ver-

Tabelle 6.7: Substanzbezogene Einzeldiagnosen und Alter bei Männern

Einzeldiagnosen*	Alter									Gesamt 2002		Gesamt 2001	Gesamt 2000
	15 - 17	18 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 -	Ø	%	Abs.	%	%
Alkohol													
Schädl. Gebrauch	0,9%	4,1%	27,7%	21,6%	30,6%	11,7%	3,2%	0,3%	30,0	343	2,3%	5,3%	4,6%
Abhängigkeit	0,0%	0,4%	2,5%	4,2%	26,2%	41,7%	20,8%	4,1%	43,3	13.148	89,6%	79,6%	75,1%
Opiode													
Schädl. Gebrauch	2,4%	5,7%	26,0%	17,9%	31,7%	14,6%	1,6%		30,0	123	0,8%	2,1%	2,8%
Abhängigkeit	0,2%	3,1%	21,7%	22,5%	35,0%	14,3%	2,1%	1,0%	31,5	1.070	7,3%	15,4%	14,0%
Cannabinoide													
Schädl. Gebrauch	1,2%	5,1%	22,4%	23,9%	34,9%	11,9%	0,6%		29,9	335	2,3%	5,8%	4,1%
Abhängigkeit	0,2%	3,2%	21,1%	19,1%	36,7%	17,1%	2,0%	0,7%	31,9	1.299	8,8%	14,5%	16,1%
Sedativa/Hypnotika													
Schädl. Gebrauch	1,5%	3,8%	17,4%	24,9%	37,0%	13,6%	1,1%	0,8%	31,1	265	1,8%	2,3%	2,4%
Abhängigkeit		1,3%	8,9%	12,8%	28,8%	30,0%	14,6%	3,7%	39,1	711	4,8%	6,5%	7,8%
Kokain													
Schädl. Gebrauch	1,3%	4,7%	22,8%	23,4%	35,3%	11,9%	0,6%		30,0	320	2,2%	3,3%	3,3%
Abhängigkeit	0,3%	3,3%	21,7%	21,6%	38,4%	13,2%	0,9%	0,5%	30,8	635	4,3%	10,3%	10,1%
Stimulantien													
Schädl. Gebrauch	0,8%	6,8%	28,0%	25,6%	29,6%	8,8%	0,4%		28,7	250	1,7%	3,1%	3,8%
Abhängigkeit	0,8%	4,2%	29,9%	23,4%	28,9%	9,8%	2,6%	0,4%	29,5	529	3,6%	6,1%	6,6%
Halluzinogene													
Schädl. Gebrauch	1,2%	4,8%	21,6%	26,3%	33,8%	11,4%	0,9%		29,9	334	2,3%	3,9%	3,6%
Abhängigkeit	0,5%	4,1%	29,3%	23,0%	26,1%	13,5%	1,8%	1,8%	30,2	222	1,5%	3,4%	4,4%
Tabak													
Schädl. Gebrauch	1,8%	3,3%	13,3%	16,6%	26,9%	27,7%	8,5%	1,8%	35,6	271	1,8%	5,5%	6,7%
Abhängigkeit	0,0%	0,9%	5,7%	6,6%	28,7%	39,3%	16,5%	2,3%	41,0	6.739	45,9%	58,6%	50,6%
Flüchtige Lösungsmittel													
Schädl. Gebrauch	2,0%	3,5%	15,1%	26,6%	37,7%	14,6%	0,5%		31,0	199	1,4%	0,5%	0,4%
Abhängigkeit		4,0%	12,0%	12,0%	28,0%	16,0%	28,0%		39,0	25	0,2%	0,3%	0,6%
And. psychotr. Substanzen													
Schädl. Gebrauch		37,5%	25,0%	12,5%	25,0%				24,6	16	0,1%	0,4%	0,2%
Abhängigkeit	0,6%	1,7%	23,3%	15,1%	36,8%	18,5%	3,1%	1,0%	32,5	524	3,6%	4,9%	0,7%
Gesamt	11	102	652	794	3.910	5.810	2.845	555	42,3	14.679	100%	3.751	6.571

* Mehrfachnennungen möglich

Unbek.: 4.271 Pat. (18,0%) aller Pat., bzw. 0 Pat. (0,0%) der ausgew. Einr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N=38 (100%), HORIZONT: N=0 (0,0%), PATFAK: N=2 (15,4%), FVS: N=17 (68,0%)

änderungen möglich ist. Zu beachten ist auch, dass rund 25 % der Patienten mit Störungen durch Beruhigungsmittel Hausfrauen oder Rentner sind.

6.3 Substanzbezogene Einzeldiagnosen

Während die Hauptdiagnose über die wichtigste problematische Substanz Auskunft gibt, die in der Regel therapeutisch leitend ist, geht es in der folgenden Darstellung der Einzeldiagnosen darum, alle Substanzen zu beschreiben, die eine Bedeutung für den einzelnen Patienten haben. Diese zweigleisige Betrachtungsweise ist notwendig, da zum Beispiel bei den illegalen Substanzen häufig Heroin im

Vordergrund der Betrachtung und Behandlung steht. Würde man die Statistiken allein auf diese Hauptdiagnose beziehen, so gingen Informationen über die Verbreitung und Konsummuster anderer Substanzen in der behandelten Klientel verloren. Dies gilt insbesondere für Cannabis, Stimulantien und Kokain.

Betrachtet man die Verteilung der suchtspezifischen Einzeldiagnosen nach Geschlechtern getrennt, so fallen einige Zahlen besonders auf (Tabelle 6.7 und Tabelle 6.8):

- Für 92 % der Männer und Frauen wird die Diagnose schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Alkohol gestellt (2000: 80 % bzw. 83 %; 2001: 85 % bzw. 91 %). Alko-

hol ist damit auch im stationären Bereich bei weitem die häufigste Substanz. Im Vergleich zum Vorjahr fand eine deutliche Steigerung statt, etwa auf das Niveau von 1999 und früher, bedingt durch die stärkere Teilnahme von Einrichtungen für legale Substanzen.

- Nach Alkohol ist Tabak die am häufigsten in problematischer Form konsumierte Substanz. Bei etwa 48 % der Männer und etwa 39 % der Frauen wurde eine Tabakabhängigkeit oder ein schädlicher Gebrauch diagnostiziert (2000: 57 % bzw. 56 %; 2001: 64 % bzw. 59 %). Da nicht alle Kliniken diese Diagnosen berücksichtigen, dürften die tatsächlichen Zahlen

Tabelle 6.8: Substanzbezogene Einzeldiagnosen und Alter bei Frauen

Einzeldiagnosen*	Alter									Gesamt 2002		Gesamt 2001	Gesamt 2000
	15 - 17	18 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 -	Ø	%	Abs.	%	%
Alkohol													
Schädl. Gebrauch		8,0%	21,8%	20,7%	28,7%	18,4%	2,3%		30,7	87	1,8%	2,8%	4,4%
Abhängigkeit	0,1%	0,3%	1,4%	2,5%	24,0%	40,7%	24,6%	6,5%	45,1	4.324	89,7%	88,1%	78,4%
Opioide													
Schädl. Gebrauch	3,8%	3,8%	7,7%	34,6%	42,3%	3,8%	3,8%		30,5	26	0,5%	1,5%	1,7%
Abhängigkeit	0,8%	4,9%	19,7%	13,3%	37,1%	18,9%	4,9%	0,4%	32,7	264	5,5%	14,2%	14,6%
Cannabinoide													
Schädl. Gebrauch	1,4%	9,7%	15,3%	25,0%	34,7%	11,1%	1,4%	1,4%	30,1	72	1,5%	2,5%	5,3%
Abhängigkeit	2,7%	3,2%	16,0%	12,3%	43,4%	18,7%	3,2%	0,5%	33,3	219	4,5%	13,2%	9,7%
Sedativa/Hypnotika													
Schädl. Gebrauch	1,1%	5,4%	16,3%	20,7%	37,0%	14,1%	3,3%	2,2%	32,3	92	1,9%	3,1%	3,0%
Abhängigkeit	0,2%	1,1%	6,8%	5,0%	26,1%	34,9%	17,1%	8,8%	42,7	444	9,2%	12,3%	11,8%
Kokain													
Schädl. Gebrauch	2,4%	9,4%	12,9%	24,7%	36,5%	14,1%			30,1	85	1,8%	1,9%	2,6%
Abhängigkeit	1,0%	4,1%	15,3%	17,3%	50,0%	11,2%	1,0%		31,6	98	2,0%	10,4%	8,3%
Stimulantien													
Schädl. Gebrauch	1,6%	7,8%	17,2%	23,4%	39,1%	10,9%			29,7	64	1,3%	1,5%	3,8%
Abhängigkeit	3,4%	7,8%	20,7%	18,1%	25,9%	19,0%	3,4%	1,7%	31,5	116	2,4%	7,2%	4,6%
Halluzinogene													
Schädl. Gebrauch	2,4%	8,4%	15,7%	25,3%	34,9%	13,3%			29,9	83	1,7%	1,9%	2,4%
Abhängigkeit		3,4%	20,7%	17,2%	10,3%	31,0%	13,8%	3,4%	36,1	29	0,6%	4,7%	2,8%
Tabak													
Schädl. Gebrauch	1,6%	3,2%	12,9%	14,5%	32,3%	29,0%	4,8%	1,6%	35,4	62	1,3%	3,2%	4,1%
Abhängigkeit	0,3%	1,1%	3,4%	4,2%	27,6%	40,0%	19,8%	3,5%	42,5	1805	37,5%	55,6%	51,4%
Flüchtige Lösungsmittel													
Schädl. Gebrauch	1,5%	7,7%	18,5%	21,5%	36,9%	13,8%			30,0	65	1,3%	0,2%	0,9%
Abhängigkeit			14,3%		14,3%	57,1%	14,3%		39,9	7	0,1%	0,6%	0,5%
And. psychotr. Substanzen													
Schädl. Gebrauch			50,0%	50,0%					26,0	2	0,0%	0,1%	0,6%
Abhängigkeit	1,4%	7,4%	20,3%	16,6%	30,9%	18,9%	4,1%	0,5%	31,8	217	4,5%	6,5%	0,3%
Gesamt	10	41	137	172	1.170	1.879	1.103	306	44,2	4.818	100,0%	1.391	1.450

* Mehrfachnennungen möglich

Unbek.: 4.271 Pat. (18,0%) aller Pat., bzw. 0 Pat. (0,0%) der ausgew. Eindr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N=38 (100%), HORIZONT: N=0 (0,0%), PATFAK: N=2 (15,4%), FVS: N=25 (100%)

noch deutlich höher liegen. Die dennoch sehr hohen Werte stehen in großer Diskrepanz zu der immer noch geringen therapeutischen Beachtung dieser gefährlichen Substanz in stationären Einrichtungen. Eine seit 2001 laufende Studie des IFT untersucht in diesem Zusammenhang die Effektivität von unterschiedlichen Entwöhnungsmaßnahmen in Kliniken (Metz et al., in Vorbereitung).

- An dritter Stelle der Diagnosen steht schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Cannabis bei rund 11 % der Männer und 6 % der Frauen (2000: 20 % bzw. 15 %; 2001: 20 % bzw. 16 %), noch vor Opiaten (8 % bzw. 6 %; 2000: 17 %

bzw. 16 %; 2001: 17 % bzw. 16 %) und Kokain (7 % bzw. 4 %; 2000: 13 % bzw. 11 %; 2000: 14 % bzw. 12 %).

- Von den legalen Substanzen spielen Beruhigungsmittel bei weiblichen Patienten traditionell eine große Rolle. Rund 11 % sind hiervon betroffen (2000 und 2001: 15 %). Bei den männlichen Patienten erhielten nur 7 % diese Diagnose (2000: 10 %; 2001: 9 %).

6.4 Zugang zur Behandlung Erst-/Wiederbehandlung

Nur etwa 14 % der Patienten sind zum ersten Mal in Behandlung (Tabelle 6.9). In Einrichtungen für legale Substanzen liegt dieser Wert etwas höher

als in Einrichtungen für illegale Substanzen. Die Aufschlüsselung der Klienten mit Vorbehandlung zeigt, dass der größte Teil (70 % aller Klienten) zum ersten Mal in der jeweiligen Einrichtung ist, etwa 16 % sind Wiederaufnahmen. Gegenüber den Vorjahren ist keine auffällige Veränderung der Zahl der Erstbehandelten zu beobachten.

Aufgrund unterschiedlicher Definitionen konnten die Datensätze des FVS für diese Variable leider nicht miteinbezogen werden.

Der Anteil an Erstbehandlungen bei Patienten mit den Hauptdiagnosen Cannabis (19 %) und Kokain (24 %) liegt deutlich über dem der Patienten mit der Hauptdiagnose

Tabelle 6.9: Erst-/Wiederbehandelte nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Erst-/Wiederbehandelte	Legal		Illegal		Gesamt		Gesamt 2002		Gesamt 2001	Gesamt 2000
	M	F	M	F	%	Abs.	%	%		
Erstbehandelt	14,9%	12,3%	11,9%	8,1%	14,3%	11,6%	13,7%	1.291	10,8%	12,3%
Wiederbehandelte	85,1%	87,7%	88,1%	91,9%	85,7%	88,4%	86,3%	8.129	89,2%	87,7%
Aufgeschlüsselt:										
Erstaufnahme	68,4%	72,4%	73,5%	77,6%	69,6%	73,2%	70,5%	6.639	77,5%	71,9%
Wiederaufnahme*	16,7%	15,3%	14,6%	14,3%	16,0%	15,2%	15,8%	1.490	11,7%	15,7%
Gesamt	5.754	1.923	991	223	7.227	2.193		9.420	5.374	7.745

Unbek.: 14.348 Pat. (60,4%) aller Pat., bzw. 145 Pat. (1,5%) der ausgew. Einr.
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
 Basis: EBIS: N=36 (94,7%), HORIZONT: N=9 (100%), PATFAK: N=8 (61,5%), FVS: N=0 (0,0%)
 * Bezogen auf die jeweilige aufnehmende Einrichtung

Tabelle 6.10: Erst-/Wiederbehandelte und Hauptdiagnose

Hauptdiagnose	Wiederbehandelte			Erstbe- handelt	Gesamt 2002 Abs.	Erstbe- handelt 2001 %	Erstbe- handelt 2000 %
	Gesamt	Erstauf- nahme	Wieder- aufnahme*				
Alkohol	86,5%	70,4%	16,1%	13,5%	7.632	8,0%	11,0%
Opioide	91,8%	78,3%	13,5%	8,2%	741	8,8%	13,5%
Cannabinoide	80,7%	72,8%	7,9%	19,3%	114	31,4%	26,4%
Sedativa/Hypnotika	87,8%	79,3%	8,5%	12,2%	82	9,1%	13,5%
Kokain	75,9%	69,0%	6,9%	24,1%	87	22,2%	30,2%
Stimulantien	85,5%	76,4%	9,1%	14,5%	55	22,7%	18,4%
Halluzinogene	100,0%	100,0%			4		12,5%
Tabak	100,0%	100,0%			2	25,0%	0,0%
Flüchtige Lösungsmittel					0		0,0%
And. psychotr. Substanzen	87,0%	61,6%	25,4%	13,0%	401	4,4%	8,6%
Ess-Störungen	75,0%	66,7%	8,3%	25,0%	12	6,3%	0,0%
Pathologisches Spielverhalten	85,7%	74,3%	11,4%	14,3%	70	33,3%	25,0%
Ohne Diagnose	65,9%	56,8%	9,1%	34,1%	220	29,9%	16,9%
Gesamt	8.129	6.639	1.490	1.291	9.420	580	955
%	86,3%	70,5%	15,8%	13,7%	100%	10,8%	12,3%

Unbek.: 14.348 Pat. (60,4%) aller Pat., bzw. 145 Pat. (1,5%) der ausgew. Einr.
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
 Basis: EBIS: N=36 (94,7%), HORIZONT: N=9 (100%), PATFAK: N=8 (61,5%), FVS: N=0 (0,0%)
 * Bezogen auf die jeweilige aufnehmende Einrichtung

Alkohol (13 %) oder Opiate (8 %; Tabelle 6.10). Der Einfluss der Altersvariable kommt hier jedoch nur bei Alkohol und Cannabis zum Tragen. Kokain- und Opiat-Klienten haben mit 28,9 bzw. 28,7 Jahren nahezu das gleiche Durchschnittsalter. Möglicherweise kommen also Opiatklienten viel schneller wieder in stationäre Behandlung als Kokain-Klienten. 87 % der Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und 92 % derer mit opiatbezogenen Störungen waren also mindestens einmal vorher schon in Behandlung. Hier spiegelt sich die

zum Teil lange Behandlungsgeschichte der Patienten wider.

Rechtliche Grundlage der Aufnahme

Die Aufnahme des Patienten erfolgt in den stationären Einrichtungen zu meist freiwillig (95 %; Tabelle 6.11). Der Anteil der Aufnahmen aufgrund einer rechtlichen Anordnung liegt allerdings in Einrichtungen für illegale Substanzen bedeutend höher als in Einrichtungen für legale Substanzen (Männer: 41 % vs. 1 %; Frauen: 23 % vs. 0 %).

Leistungsträger

Tabelle 6.12 bezieht sich auf den vorrangigen Leistungsträger der stationären Maßnahme. Aufgrund der Vereinbarung »Abhängigkeitserkrankungen« vom 04.05.2001 wie schon in der Empfehlungsvereinbarung von 1978 sind die Rentenversicherer, sofern die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen, Leistungsträger für die Entwöhnungsbehandlung, während die Krankenversicherungen für die Entzugsbehandlung zuständig sind. Die Krankenversicherungen übernehmen auch in anderen Fällen die Kosten, z. B. wenn die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt sind oder bei der Behandlung von Ausländern im Rahmen der EU-Abkommen. Am häufigsten treten als Leistungsträger die Rentenversicherungen auf (etwa 79 %). Die Krankenversicherungen tragen bei insgesamt 16 % der Patienten die Kosten.

Behandlungen in Einrichtungen für illegale Substanzen werden in rund einem Drittel der Fälle von den Krankenversicherungen getragen, in rund 57 % von der Rentenversicherung und in 9 % von der Sozialhilfe oder Jugendhilfe. Behandlungen in Einrichtungen für legale Substanzen werden dagegen in 81 % von der Rentenversicherung und nur in etwa 14 % von den Krankenversicherungen vergütet.

7 Daten zu Interventionen

In diesem Kapitel werden die Vorbehandlungen, der Verlauf und die Been-

Tabelle 6.11: Rechtliche Grundlagen der Aufnahme nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Aufnahmegrund	Legal		Illegal		Gesamt		Gesamt 2002		Gesamt 2001	Gesamt 2000
	M	F	M	F	M	F	%	Abs.	%	%
Freiwillige Behandlung	98,2%	99,4%	58,3%	74,7%	94,4%	97,6%	95,2%	20.324	90,4%	90,3%
§§ 35 - 38 BtmG	0,2%	0,1%	33,6%	20,9%	3,2%	1,6%	2,8%	599	5,8%	6,2%
Andere strafrechtliche Grundlage	0,9%	0,2%	7,1%	2,7%	1,6%	0,4%	1,3%	284	1,9%	2,2%
Zivilrechtliche Grundlage	0,3%	0,1%	0,1%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%	54	1,0%	0,2%
Unterbringung (Psych-KK, LUG)	0,0%	0,0%			0,0%	0,0%	0,0%	3	0,0%	
Sonstige Gründe	0,4%	0,1%	0,9%	1,4%	0,4%	0,2%	0,4%	78	0,9%	1,2%
Gesamt	14.281	4.829	1.352	364	16.103	5.239	100%	21.342	7.985	6.527

Unbek.: 2.426 Pat. (10,2%) aller Pat., bzw. 452 Pat. (2,1%) der ausgew. Einr. Unbek.: 2.426 Pat. (10,2%) aller Pat., bzw. 452 Pat. (2,1%) der ausgew. Einr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N=37 (97,4%), HORIZONT: N=1 (11,1%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=21 (84,0%)

Tabelle 6.12: Kostenträger, Einrichtungstyp und Geschlecht

Kostenträger	Legal		Illegal		Gesamt		Gesamt 2002		Gesamt 2001
	M	F	M	F	M	F	%	Abs.	%
Pauschal/institutionell	0,8%	0,7%	0,3%	1,9%	0,7%	0,8%	0,7%	172	0,4%
Selbstzahler/in	1,5%	2,0%	0,3%	0,0%	1,4%	1,8%	1,5%	350	0,8%
Rentenversicherung	81,5%	77,5%	58,3%	49,9%	79,6%	75,7%	78,6%	18.379	67,3%
Krankenversicherung	13,0%	17,7%	30,2%	38,8%	14,4%	19,1%	15,5%	3.636	25,4%
Sonstige Kostenträger	1,1%	0,6%	2,0%	0,5%	1,3%	0,6%	1,1%	259	1,8%
Sozialhilfe/Jugendhilfe	2,1%	1,5%	8,9%	8,9%	2,7%	2,0%	2,5%	590	4,4%
Gesamt	15.627	5.443	1.435	371	17.525	5.860	100%	23.386	9.288

Unbek.: 382 Pat. (1,6%) aller Pat., bzw. 277 Pat. (1,2%) der ausgew. Einr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N=38 (100%), HORIZONT: N=1 (11,1%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=25 (100%)

digung der Behandlung dargestellt. Dabei wird die Hauptdiagnose für eine differenzierte Darstellung herangezogen.

7.1 Vorbehandlung

Aufgrund der Organisationsstruktur des Suchthilfesystems in Deutschland kommt nur eine Minderheit der Patienten ohne Vorbehandlung in die stationäre Einrichtung. In der Regel hat bei substanzbezogenen Störungen eine Entzugsbehandlung direkt vor Beginn der aktuellen Behandlung stattgefunden (Tabelle 7.1). Nach wie vor relativ selten sind ambulante Vorbehandlungen (rund 11 % der Fälle). Die Angaben für Männer und Frauen unterscheiden sich nur geringfügig, Frauen sind etwas häufiger als Männer erstmalig in Behandlung (Tabelle 7.2).

Die Beendigung des letzten Entzugs erfolgte bei 95% der Patienten mit der Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch /Abhängigkeit von Alkohol planmäßig (Cannabis: 85%, Kokain: 94%).

Bei den opiat- und stimulantienbezogenen Hauptdiagnosen ist eine planmäßige Beendigung des letzten Entzugs seltener (88% und 93%) als bei Alkohol, aber immer noch beachtlich. Frühere stationäre Entwöhnungen wurden von Alkoholpatienten in 83 % der Fälle planmäßig beendet. Für Opiatpatienten liegt die Zahl deutlich niedriger (49%). Hier verdeutlicht sich die Chronizität der Störung, da trotz des hohen Anteils planmäßiger Beendigungen 30 % aller Klienten (sogar rund 45 % derer mit einer Störung durch illegale Substanzen) bereits mindestens eine stationäre Entwöhnung als Vorbehandlung aufweisen. Dieses Thema sollte dringend im Rahmen von Katamnese-Studien näher untersucht werden.

Vermittlung in stationäre Behandlung

Etwa 44 % der Vermittlungen in stationäre Behandlung erfolgen durch ambulante Fachberatungsstellen, die

den Hauptanteil der notwendigen Vorbereitungsarbeit leisten (1996: 51%; Abbildung 7.1). Die Anteile stationärer Facheinrichtungen (andere Entwöhnungseinrichtungen und Entzugseinrichtungen) und niedergelassener Ärzte/Psychotherapeuten bei der Vermittlung haben sich seit 1996 kaum verändert (1996: 11 % und 10%; 2002: 10 % und 11 %). Rund 9 % der Patienten werden mittlerweile von Krankenhäusern vermittelt. Ein Großteil der zahlreichen Stellen, die im Prinzip vermittelnd oder vorbereitend tätig werden könnten, spielt zahlenmäßig bisher kaum eine Rolle.

7.2 Verlauf der Behandlung Maßnahmen

Eine »stationäre Entwöhnung« wird erwartungsgemäß in drei von vier Fällen durchgeführt (Tabelle 7.3). Auch der stationäre Entzug in der Einrichtung selbst (etwa 8 %) spielt eine wesentliche Rolle bei den Behandlungsmaßnahmen.

Tabelle 7.1: Vorbehandlung und Hauptdiagnose

Hauptdiagnose	Erstbe- handlung	Vorbehandlung*						Gesamt Abs.
		Stationärer Entzug	Ambulante Substitution	Ambulante Entwöhnung	Teilstationäre Entwöhnung	Stationäre Entwöhnung	Art un- bekannt	
Alkohol	12,5%	79,3%	0,5%	4,6%	1,3%	27,9%	17,0%	8.510
Opiode	8,0%	84,6%	45,9%	7,0%	3,5%	47,7%	7,4%	842
Cannabinoide	18,2%	66,7%	9,1%	5,1%	1,0%	22,2%	28,3%	121
Sedativa/Hypnotika	11,4%	83,3%	3,8%			20,5%	12,8%	88
Kokain	23,5%	73,3%	18,7%	5,3%	2,7%	32,0%	18,7%	98
Stimulantien	12,5%	64,3%		1,8%	1,8%	23,2%	28,6%	64
Halluzinogene		100,0%				75,0%		4
Tabak		66,7%				33,3%	33,3%	3
Flüchtige Lösungsmittel		100,0%				100,0%		2
And. Psychotr. Substanzen	12,7%	89,6%	41,7%	3,9%	1,1%	48,5%	5,6%	409
Ess-Störungen	25,0%	88,9%		11,1%		77,8%		12
Pathologisches Spielverhalten	14,3%	11,7%	1,7%	6,7%	1,7%	23,3%	70,0%	70
Ohne Hauptdiagnose	33,5%	77,5%	5,3%	1,3%	0,7%	39,1%	15,2%	227
Gesamt	1.336	7.239	579	428	134	2.781	1.476	10.450
%	12,8%	79,4%	6,4%	4,7%	1,5%	30,5%	16,2%	100%

* Mehrfachnennungen möglich; Art der früheren Behandlung nicht notwendigerweise auf die aktuelle Störung ausgerichtet

Unbek.: 13.318 Pat. (56,0%) aller Pat., bzw. 141 Pat. (1,3%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=37 (97,4%), HORIZONT: N=9 (100%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=0 (0,0%)

Tabelle 7.2: Vorbehandlung nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Vorbehandlungen*	Legal		Illegal		Gesamt		Gesamt 2002		Gesamt 2001
	M	F	M	F	M	F	%	Abs.	%
Erstbehandlung	14,1%	11,7%	11,3%	7,9%	13,3%	11,1%	12,8%	1.336	11,2%
Stationärer Entzug	78,8%	79,0%	84,6%	88,3%	79,2%	80,2%	79,4%	7.239	71,5%
Ambulante Substitution	0,5%	0,7%	40,8%	47,3%	6,4%	6,0%	6,4%	579	5,7%
Ambulante Entwöhnung	4,4%	4,9%	6,6%	3,6%	4,6%	5,0%	4,7%	428	3,7%
Teilstationäre Entwöhnung	1,2%	1,3%	3,3%	2,7%	1,5%	1,4%	1,5%	134	1,4%
Stationäre Entwöhnung	29,4%	25,6%	47,3%	38,3%	31,5%	27,0%	30,5%	2.781	30,8%
Art unbekannt	17,1%	17,8%	8,8%	3,2%	16,2%	16,0%	16,2%	1.476	12,1%
Gesamt	6.351	2.020	1.105	241	8.142	2.308	100%	10.450	10.503

* Mehrfachnennungen möglich. Kein Vergleich mit 2000, wegen Einbeziehung der Erstbehandelten.

Unbek.: 13.318 Pat. (56,0%) aller Pat., bzw. 141 Pat. (1,3%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=37 (97,4%), HORIZONT: N=9 (100%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=0 (0,0%)

Die Arbeitsschwerpunkte zeigen die konzeptionellen Unterschiede zwischen Einrichtungen für legale Substanzen und Einrichtungen für illegale Substanzen. Ein Entzug wird in Letzteren deutlich häufiger durchgeführt (22 % vs. 7 %). Auch Arbeits- und Beschäftigungsprojekte spielen hier eine wichtigere Rolle (5 % vs. 1 %). Die Veränderungen gegenüber dem Vorjahr sind durch die stärkere Beteiligung von Einrichtungen für legale Substanzen bedingt.

Behandlungsdauer

In Tabelle 7.4 sind sowohl planmä-

ßige als auch unplanmäßige Beendigungen berücksichtigt. Die Behandlungsdauer liegt bei knapp der Hälfte der Patienten zwischen drei und sechs Monaten, die andere Hälfte verteilt sich gleichmäßig auf eine Dauer von einem, zwei oder drei Monaten. Durchschnittlich dauert eine Behandlung in Einrichtungen für legale Substanzen zwölf Wochen (planmäßige und unplanmäßige Beendigungen) und in Einrichtungen für illegale Substanzen 14 Wochen (planmäßige und unplanmäßige Beendigungen). Es zeigt sich eine erhebliche Verringerung der Behandlungsdauer in den letzten Jah-

ren. Es sind jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Konsumenten verschiedener Substanzen und den Einrichtungstypen festzustellen. Während von den Patienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose nur etwa 1 % länger als sechs Monate in stationärer Behandlung sind, gilt dies bei opiat- und kokainbezogenen Störungen für 17 % bzw. 20 %. Überraschend ist ein ähnlich hoher Wert bei der kleinen Gruppe der Personen mit einer Hauptdiagnose Cannabis (16 %). Da diese Personen in der Regel jünger sind und die Behandlung cannabisbezogener Störungen häufig als weniger kri-

Tabelle 7.3: Art der Behandlung nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Art der Betreuung*	Legal		Illegal		Gesamt		Gesamt 2002		Gesamt 2001	Gesamt 2000
	M	F	M	F	M	F	%	Abs.	%	%
Ambulante Beratung/ Behandlung	0,8%	0,7%	3,6%	1,3%	1,0%	0,8%	1,0%	229	1,1%	1,3%
Ambulante Reha	0,2%	0,2%	0,7%	0,8%	0,2%	0,3%	0,2%	56	0,4%	0,5%
Entzug	7,3%	7,3%	21,9%	22,2%	8,3%	8,2%	8,3%	1.969	16,7%	12,9%
Substitution	0,0%	0,1%	0,4%	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	13	0,1%	0,1%
Stationäre Entwöhnung	78,1%	76,6%	72,9%	66,1%	78,2%	76,1%	77,7%	18.469	78,5%	76,5%
Krankenhausbehandlung	2,6%	2,1%	4,1%	6,3%	2,7%	2,4%	2,6%	614	0,7%	0,6%
Betreutes Wohnen	0,1%	0,0%	0,3%		0,1%	0,0%	0,1%	16	0,1%	0,1%
Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,9%	0,4%	4,7%	3,7%	1,1%	0,6%	1,0%	240	3,1%	2,2%
Gesamt	15.930	5.480	1.450	378	17.862	5.905	100%	23.768	11.017	13.934

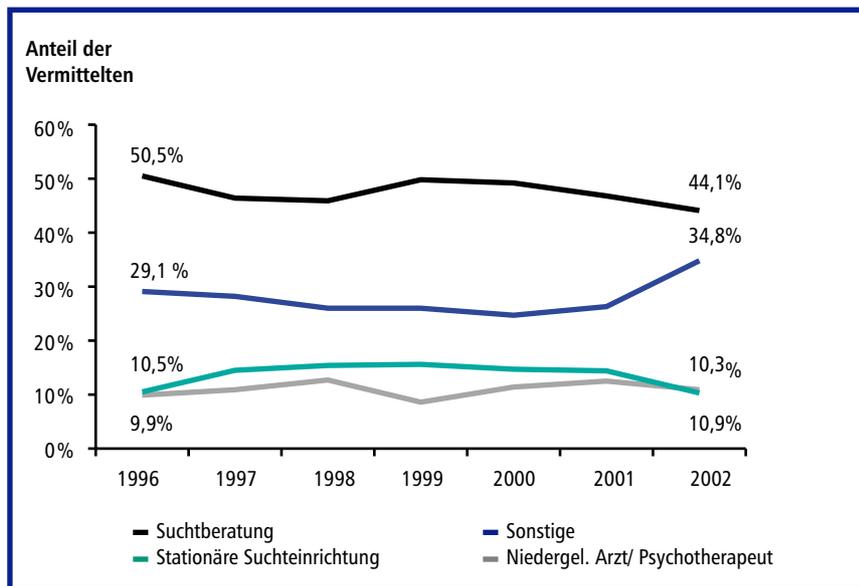
* Mehrfachnennungen möglich

Unbek.: 0 Pat. (0,0%) aller Pat., bzw. 0 Pat. (0,0%) der ausgew. Einr., da Mehrfachnennungen

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=38 (100%), HORIZONT: N=9 (100%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=25 (100%)

Abbildung 7.1: Vermittlung in stationäre Behandlung 1996 bis 2002



tisch angesehen wird, sind die Daten erstaunlich. Möglicherweise spielen dabei zusätzliche Störungen eine wichtige Rolle. Weitere Analysen sind erforderlich.

Relativ kurze Behandlungszeiten finden sich bei Pathologischem Spielverhalten. Bei nur 1% der Patienten werden Zeiträume von mehr als sechs Monaten genannt. Über nahezu alle Störungen hinweg findet sich ein hoher Anteil an Patienten in der Gruppe der bis zu vier Wochen Behandelten. Dabei handelt es sich vorwiegend um Patienten, die ihre Behandlung vorzeitig abbrechen.

Da sich mit der Umsetzung des Deutschen Kerndatensatzes auch die Kategorien der Behandlungsdauer geändert haben, die mit der Einführung kürzerer Behandlungsdauern im Rahmen individueller Verweildauerbudgets durch die Kostenträger korrespondieren, ist es seit 2000 nur unter Bildung übergeordneter Kategorien möglich, die Tendenz zur Behandlungsverkürzung der letzten Jahre weiter zu verfolgen. Es zeigt sich folgendes: Der Anteil der langen Behandlungszeiten (Alkohol: über 6 Monate; Opiate: über 9 Monate) hat sich seit 1995 zugunsten mittelfristiger Behand-

lungen (2 bis 6 Monate) kontinuierlich verringert (Abbildung 7.2). Eine Meta-Analyse von Sonntag und Künzel (2000) hat gezeigt, dass die einfache und lange Zeit in Deutschland vermutete Formel, »je länger, desto besser« nicht gilt. Die Autorinnen haben in Hinblick auf einen möglichst guten Therapieerfolg optimale Zeitfenster von drei bis neun Monate gefunden. Allerdings war die empirische Basis für diesen Befund eher schwach und sie gilt auch nicht im Einzelfall und nicht für besonders belastete Gruppen. Doch ist nicht nur die reine Behandlungsdauer relevant für den Erfolg; kürzere Zeiten können wahrscheinlich durch Verbesserungen der Intensität und Qualität der Therapie kompensiert werden.

7.3 Beendigung der Behandlung

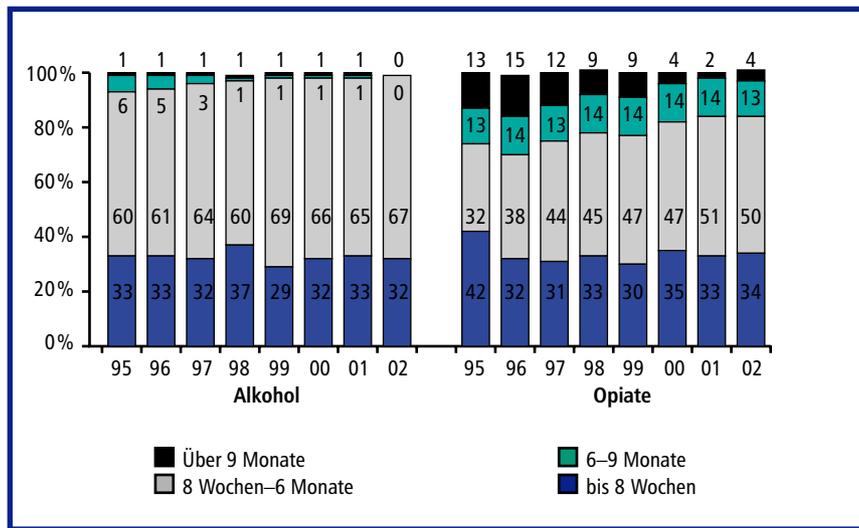
Insgesamt werden 78% der Behandlungen planmäßig beendet, weitere 6% durch Verlegung oder Vermittlung (Tabelle 7.5). In 10% der Fälle kommt es zu einem vorzeitigen Abbruch durch den Patienten. Planmäßige Beendigung setzt voraus, dass die Therapieziele entsprechend eines vorhandenen Hilfeplanes erreicht wurden bzw. Einverständnis zwischen Therapeut und Patient über die Beendigung der Behandlung vorliegt. Unplanmäßige Beendigung umfasst dagegen Abbrüche sowohl durch Patienten als auch durch die Einrichtung. Die Einschätzung des Status des Patienten nimmt der Thera-

Tabelle 7.4: Hauptdiagnose und Behandlungsdauer

Hauptdiagnose	Dauer der Behandlung									Gesamt Abs.
	bis 4 Wochen	>4 bis 8 Wochen	>8 bis 12 Wochen	>3 bis 6 Monate	>6 bis 9 Monate	>9 - 12 Monate	>12 - 24 Monate	Über 24 Monate	Ø	
Alkohol	11,5%	20,9%	19,4%	47,5%	0,4%	0,1%	0,2%	0,1%	11,8	20.591
Opiode	24,0%	9,8%	13,5%	36,1%	12,8%	3,7%			14,6	965
Cannabinoide	28,3%	8,8%	13,8%	33,3%	11,9%	3,8%			13,4	159
Sedativa/ Hypnotika	20,3%	18,1%	16,5%	42,9%	2,2%				10,9	182
Kokain	20,3%	12,7%	13,6%	33,1%	11,9%	8,5%			16,2	118
Stimulantien	20,0%	5,3%	5,3%	58,7%	8,0%	2,7%			15,3	75
Halluzinogene		40,0%		40,0%	20,0%				18,6	5
Tabak	26,7%	26,7%	26,7%	20,0%					8,6	15
Flüchtige Lösungsmittel		50,0%	50,0%						9,2	2
And. psychotr. Substanzen	44,7%	8,7%	8,8%	30,0%	4,3%	3,2%	0,1%	0,1%	10,8	807
Ess-Störungen	21,4%	14,3%	7,1%	57,1%					11,8	14
Pathologisches Spielverhalten	6,6%	31,6%	33,1%	27,2%	0,7%	0,7%			10,8	136
Ohne Diagnose	20,6%	16,7%	14,9%	38,2%	4,5%	1,5%	1,6%	1,9%	15,6	683
Gesamt	3.237	4.698	4.415	10.890	316	108	44	44	12,0	23.752
	13,6%	19,8%	18,6%	45,8%	1,3%	0,5%	0,2%	0,2%		100%

Unbek.: 16 Pat. (0,1%) aller Pat., bzw. 16 Pat. (0,1%) der ausgew. Eindr.
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
 Basis: EBIS: N=38 (100%), HORIZONT: N=9 (100%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=25 (100%)

Abbildung 7.2: Behandlungsdauer 1995 bis 2002



peut vor. Der große Zuwachs bei der Zahl der planmäßigen Beendigungen ist durch die Teilnahme zusätzlicher Einrichtungen für legale Substanzen bedingt, die einen Anteil von 89 % planmäßiger Beendigungen erreichen. Informativer als der zusammenfassende Wert ist eine differenzierte Betrachtung der Einrichtungstypen: In den Einrichtungen für legale Substanzen finden sich die meisten planmäßigen Beendigungen (81 %). In Einrich-

tungen für illegale Substanzen gibt es extrem hohe Abbruchquoten (30 % durch Patienten und 13 % durch die Institution) und entsprechend eine sehr geringe Quote planmäßiger Beender (40 %).

Die Art der Beendigung ist in Tabelle 7.6 für die einzelnen Hauptdiagnosen dargestellt. Erhebliche Differenzen zeigen sich für die unterschiedlichen Substanzen: Während bei der Hauptdiagnose Alkohol in 81 % und für Seda-

tiva/Hypnotika in 82 % der Fälle eine planmäßige Beendigung vorliegt, betragen die entsprechenden Werte für Cannabis 48 %, für Opiate nur 43 % und für Kokain 48 %. Bei den illegalen Substanzen ist sowohl der deutlich erhöhte Anteil von Abbrüchen durch den Patienten als auch die hohe Zahl disziplinarischer Therapiebeendigungen durch die Klinik auffällig.

Neben der Art der Beendigung wird auch das Behandlungsergebnis von den Einrichtungen angegeben. Bei planmäßiger Beendigung gelten über 60 % der Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung am Ende einer stationären Behandlung als erfolgreich behandelt (Tabelle 7.7). Darüber hinaus wird bei 33 % eine Besserung der Situation berichtet. Dagegen ist eine erfolgreiche Behandlung bei den Opiatfällen auch bei planmäßiger Beendigung der Behandlung seltener anzutreffen; etwa jeder zweite Behandelte wird dieser Kategorie zugeordnet. Allerdings wird auch hier in 39 % der Fälle zumindest eine Verbesserung der Situation angegeben. Diese Zahlen sind vergleichbar mit den in der Literatur zitierten Werten (vgl. Sonntag und Künzel, 2000).

Tabelle 7.5: Art der Beendigung nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Art der Beendigung	Legal		Illegal		Gesamt		Gesamt 2002		Gesamt 2001	Gesamt 2000
	M	F	M	F	M	F	%	Abs.	%	%
Planmäßig	80,1%	84,6%	41,0%	38,0%	76,5%	81,6%	77,8%	17.371	64,6%	65,8%
Weitervermittlung	6,1%	4,3%	9,4%	8,1%	6,2%	4,5%	5,8%	1.300	5,7%	4,7%
Abbruch Einrichtung	4,1%	2,9%	16,7%	10,4%	5,3%	3,4%	4,8%	1.077	8,2%	8,4%
Abbruch Patient	8,2%	7,1%	28,7%	33,1%	10,3%	8,9%	9,9%	2.213	21,3%	21,0%
Strafvollzug	0,6%	0,4%	2,0%	5,5%	0,7%	0,7%	0,7%	163	0,1%	0,0%
Verstorben	0,9%	0,6%	2,2%	4,9%	1,0%	0,9%	1,0%	213	0,1%	0,1%
Gesamt	14.905	5.170	1.386	347	16.772	5.564	100%	22.337	10.414	12.788

Unbek.: 1.431 Pat. (6,0%) aller Pat., bzw. 523 Pat. (2,3%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=38 (100%), HORIZONT: N=6 (66,7%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=23 (92,0%)

Tabelle 7.6: Art der Beendigung und Hauptdiagnose

Hauptdiagnose (Störungsbereich)	Art der Beendigung						Gesamt Abs.
	Planmäßig	Weiter- vermittlung	Abbruch Einrichtung	Abbruch Patient	Strafvollzug	Verstorben	
Alkohol	81,4%	5,5%	3,7%	8,1%	0,5%	0,8%	19.498
Opioid	42,8%	7,9%	18,9%	29,4%	0,4%	0,6%	940
Cannabinoide	48,1%	4,5%	12,2%	32,1%	1,3%	1,9%	156
Sedativa/Hypnotika	81,6%	1,1%	5,0%	11,2%	0,6%	0,6%	179
Kokain	48,3%	5,2%	13,8%	31,0%	1,7%		116
Stimulantien	51,4%	9,5%	8,1%	27,0%		4,1%	74
Halluzinogene	100,0%						5
Tabak	73,3%	13,3%	6,7%	6,7%			15
Flüchtige Lösungsmittel	50,0%		50,0%				2
And. psychotr. Substanzen	44,6%	12,6%	10,7%	21,6%	5,1%	5,4%	763
Essstörungen	71,4%		7,1%	21,4%			14
Pathologisches Spielverhalten	83,1%	5,1%	2,2%	7,4%	1,5%	0,7%	136
Ohne Diagnose	70,6%	7,5%	7,1%	11,6%	2,1%	1,1%	439
Gesamt	17.371	1.300	1.077	2.213	163	213	22.337
	77,8%	5,8%	4,8%	9,9%	0,7%	1,0%	100%

Unbek.: 1.431 Pat. (6,0%) aller Pat., bzw. 523 Pat. (2,3%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=38 (100%), HORIZONT: N=6 (66,7%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=23 (92,0%)

Die erzielten Ergebnisse werden in der Abbildung 7.3 getrennt nach planmäßigen und unplanmäßigen Beendigungen dargestellt. Wie zu erwarten, fallen die Ergebnisse bei einer unplanmäßigen Beendigung deutlich schlechter aus. Während bei einer planmäßigen Beendigung 95 % der Patienten die Behandlung zumindest in gebessertem Zustand verlassen, erreichen dies nur 50 % bei unplanmäßiger Beendigung. 46 % der unplanmäßigen Beender weisen am Ende der Behandlung ein unverändertes Störungsbild auf.

Therapieerfolg bei substanzbezogenen Störungen kann nicht ausschließlich an substanzbezogenen Zielen (Abstinenz oder Verringerung des Kon-

sums) gemessen werden. Vielmehr muss eine Stabilisierung der gesamten Lebensumstände der Patienten angestrebt werden, ohne die substanzbezogene Therapieziele auf Dauer nur schwer haltbar sind. Von den dazu vorliegenden Parametern wurde (exemplarisch) die Wohnsituation als Indikator der sozialen Lage des Patienten herausgegriffen. Die Veränderung der Wohnsituation und des Beschäftigungsverhältnisses im Laufe der Behandlung lässt sich ablesen, wenn man in Tabelle 7.8 und Tabelle 7.9 die Diagonale verfolgt. So konnten 25 % der Patienten, die zu Beginn der Behandlung in einem Heim oder einer Klinik untergebracht waren, in »Selbständi-

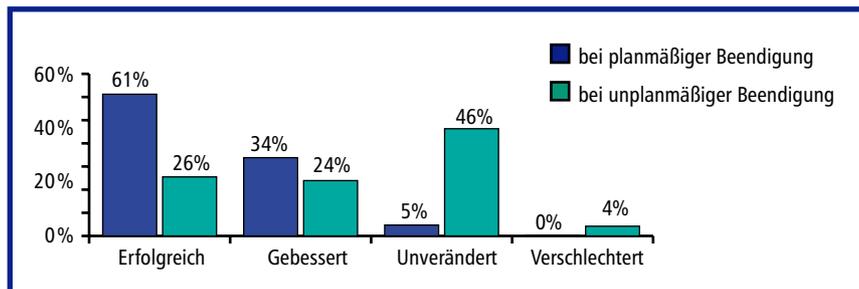
ges Wohnen« entlassen werden. Etwa 11 % der Patienten, die zu Behandlungsbeginn bei anderen Personen gewohnt haben, wohnen bei Abschluss der Behandlung selbständig in einer eigenen Wohnung, also rechtlich gesichert. Von denjenigen Patienten, die zu Behandlungsbeginn in Betreutem Wohnen gelebt haben, leben am Ende der Behandlung 6 % selbständig. Aus Notunterkünften wechseln 23 % der Patienten im Laufe der Behandlung in betreute Wohnungen, ebenso 16 % der vormals Wohnungslosen. Es werden aber auch einige Patienten nach der Behandlung wohnungslos: 4 % der vormals in Heimen und Kliniken untergebrachten, 5 % derer, die zuvor

Tabelle 7.7: Behandlungsergebnis und Hauptdiagnose bei planmäßiger Beendigung

Hauptdiagnose	Behandlungsergebnis				Gesamt Abs.
	Erfolgreich	Gebessert	Unverändert	Verschlechtert	
Alkohol	62,3%	33,3%	4,1%	0,2%	11.092
Opioide	51,4%	39,2%	8,9%	0,5%	436
Cannabinoide	53,0%	43,9%	3,0%		66
Sedativa/Hypnotika	63,3%	31,6%	5,1%		98
Kokain	44,1%	40,7%	15,3%		59
Andere Stimulantien	53,7%	41,5%	4,9%		41
Halluzinogene	50,0%	50,0%			4
Tabak	50,0%	16,7%	33,3%		6
Flüchtige Lösungsmittel					0
And. psychotrope Substanzen	48,8%	25,9%	24,9%	0,5%	201
Essstörungen	10,0%	90,0%			10
Substanzen ohne Abhängigkeit	11,1%	88,9%			9
Pathologisches Spielverhalten	37,7%	59,4%	2,9%		69
Ohne Diagnose	53,5%	41,2%	4,8%	0,5%	187
Gesamt	7.514	4.152	574	29	12.269
%	61,2%	33,8%	4,7%	0,2%	100%

Unbek.: 11.499 (48,4%) aller Pat., bzw. 1.276 Pat. (9,4%) der ausgew. Eindr.
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
 Basis: EBIS: N=37 (97,4%), HORIZONT: N=9 (100%), PATFAK: N=11 (84,6%), FVS: N=14 (56,0%)

Abbildung 7.3: Behandlungserfolg bei Entlassung und Art der Beendigung



in Notunterkünften und Übernachtungsstellen genächtigt hatten und 10 % der aus Justizvollzugsanstalten Entlassenen. Insgesamt sind aber deutliche Verbesserungen in der Wohnsituation zu verzeichnen.

Von den anfangs Arbeitslosen sind am Ende nur knapp 5 % vollzeitbeschäftigt, und von den zu Beginn Arbeitssuchenden 5 %. Von den anfangs Beschäftigten sind 6 % ohne Arbeit. Hier gibt es erheblichen Bedarf an flankierenden Maßnahmen.

8 Diskussion

Gegenüber den Vorjahren fällt bei genauerer Betrachtung auf, dass sich insgesamt nur wenig verändert hat. Zwar ändert sich durch das Hinzu-kommen der FVS Einrichtungen das Gesamtbild (mehr Alkohol-Patienten,

mehr planmäßige Beendigungen), differenziert man jedoch nach Datenquelle, so zeigt sich, dass die Ergebnisse gegenüber 2001 nahezu unverändert geblieben sind. Erfreulich sind die nach wie vor sehr guten Behandlungsergebnisse, vor allem bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen. Kritisch ist der hohe stabile Anteil an Patienten mit Störungen durch den Konsum illegaler Substanzen, die zum wiederholten Mal eine stationäre Behandlung durchlaufen, sowie der nicht unbedeutenden Anteil an Patienten unter 25 Jahren.

Durch die Wiedereinführung der Aufteilung der Einrichtungen nach ihrem Behandlungsschwerpunkt werden deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen sichtbar. In Einrichtungen für legale Substanzen

sind die Patienten durchschnittlich 44,3 Jahre alt, in Einrichtungen für illegale Substanzen deutlich jünger: 28,1 Jahre. Die soziale Situation der Klientel unterscheidet sich ebenfalls: während Alkohol-Patienten meist eine gesichere Lebenssituation haben – verheiratet oder geschieden sind, in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und selbständig wohnen –, stehen Konsumenten illegaler Drogen häufiger in einer ungünstigen Lebenssituation. Ein wesentlich höherer Anteil ist ledig und alleinstehend (also ohne feste oder zeitweilige Bindung), ohne Schulabschluss und arbeitslos.

Die durchgeführten Maßnahmen sind bei Alkoholpatienten vor allem eine Entwöhnungsbehandlung, bei Konsumenten illegaler Drogen Entwöhnungsbehandlungen mit teilweise vorgeschalteten Entzugsbehandlungen. Konsumenten illegaler Drogen werden im Durchschnitt zwei Wochen länger behandelt und beenden weniger häufig planmäßig. Auch das Behandlungsergebnis unterscheidet sich: drei Viertel der Alkohol-Patienten, aber nur die Hälfte der Konsumenten illegaler Drogen verlassen die Behandlung zumindest gebessert.

Dieses Jahr gibt es erstmals seit 1999 wieder eine große und repräsentative

Tabelle 7.8 : Wohnsituation bei Aufnahme und Entlassung

Wohnsituation bei Behandlungsbeginn	Wohnsituation am Behandlungsende									Gesamt	
	Selbständiges Wohnen	Bei anderen Personen	Betreutes Wohnen	Heim / Klinik	JVA / Maßregelvollzug	Notunterkunft Übern.stelle	Einrichtung nach § 72	Ohne Wohnung	Sonstiges	Abs.	%
Selbständiges Wohnen	93,3%	1,6%	2,3%	1,3%	0,1%	0,1%	0,2%	0,4%	0,7%	7.920	79,4%
Bei anderen Personen	10,7%	71,4%	7,0%	5,5%	0,5%	0,3%	1,1%	1,4%	2,1%	1.040	10,4%
Betreutes Wohnen	6,3%	6,3%	76,0%	5,7%	0,6%	0,6%	0,6%	3,4%	0,6%	175	1,8%
Heim / Klinik	25,0%	8,3%	11,4%	47,0%		2,3%		3,8%	2,3%	132	1,3%
JVA / Maßregelvollzug	27,3%	31,7%	7,8%	11,5%	6,2%	0,3%		10,2%	5,0%	322	3,2%
Notunterkunft / Übern.stelle	12,4%	3,9%	23,3%	7,0%		41,1%	3,1%	3,9%	5,4%	129	1,3%
Einrichtung nach § 72 BSHG	3,9%	9,8%	15,7%	3,9%	2,0%	2,0%	54,9%	7,8%		51	0,5%
Ohne Wohnung	13,0%	9,3%	15,5%	5,0%	0,6%		1,9%	47,8%	6,8%	161	1,6%
Sonstiges	13,6%	9,1%	6,8%	2,3%			2,3%	6,8%	59,1%	44	0,4%
Gesamt.	7.681	1.025	493	288	36	71	60	178	142	9.974	100%
%	77,0%	10,3%	4,9%	2,9%	0,4%	0,7%	0,6%	1,8%	1,4%	100%	

Unbek.: 13.794 Pat. (58,0%) aller Pat., bzw. 442 Pat. (4,2%) der ausgew. Einr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N=36 (94,7%), HORIZONT: N=3 (33,3%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=0 (0,0%)

Tabelle 7.9 : Beschäftigungsverhältnis bei Aufnahme und Entlassung

Beschäftigungsverhältnis am Betreuungsbeginn	Betreuungsende					Gesamt	
	Vollzeit	Teilzeit	Arbeitslos	Arbeitsuchend	Sonstiges	Abs.	%
Vollzeit	92,4%	0,6%	4,0%	2,2%	0,9%	2.703	31,8%
Teilzeit	3,2%	86,5%	6,8%	2,8%	0,8%	251	3,0%
Arbeitslos	4,2%	0,6%	86,5%	7,7%	1,1%	4.443	52,3%
Arbeitsuchend	5,1%	1,0%	3,6%	88,5%	1,8%	506	6,0%
Sonstiges (z.B. Erziehungsurlaub)	1,8%	0,5%	5,4%	5,4%	86,9%	595	7,0%
Gesamt	2.729	266	4.015	889	599	8.498	100%
%	32,1%	3,1%	47,2%	10,5%	7,0%	100%	

Unbek.: 15.270 (64,2%) aller Pat., bzw. 998 Pat. (10,5%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=30 (94,7%), HORIZONT: N=0 (0,0%), PATFAK: N=13 (100%), FVS: N=0 (0,0%)

Datenbasis, bedingt durch die Beteiligung weiterer FVS-Einrichtungen. Dadurch ist in der Gesamtbetrachtung der Schwerpunkt noch stärker als bisher auf Alkohol-Patienten gerückt. Durch die wiedereingeführte Unterscheidung von Einrichtungen für legale Substanzen und Einrichtungen für illegale Substanzen ist jedoch eine differenzierte Analyse der unterschiedlichen Patientengruppen möglich, so dass mögliche Verzerrungen der Gesamtwerte durch Analysen nach Einrichtungsgruppen vermieden werden können.

Um die breite Datenbasis sicherzustellen, müssen Daten aus verschiede-

nen Erhebungsprogrammen integriert werden. Dazu sind aufwendige Prüf- und Korrekturmaßnahmen notwendig. Dies zeigt zum einen, wie wichtig eine enge Zusammenarbeit mit den Software-Anbietern und eine exakte und zeitnahe Umsetzung von Datensatzänderungen ist. Zum anderen wird deutlich, dass noch immer ein großer inhaltlicher und programmtechnischer Schulungsbedarf bei den Anwendern der Dokumentationsprogramme besteht.

Beachtenswert ist der geringe Prozentsatz von Missing-Werten bei den Hauptdiagnosen und andern Basisvariablen, wie z. B. Behandlungsdauer

und Art der Beendigung. Ursache der Verbesserung sind u. a. die programmtechnischen Änderungen im EBIS-System und die strengen Richtlinien des FVS. Bei den Daten zu den Einrichtungsmerkmalen liegen jedoch noch immer hohe Missing-Werte vor, die genauere Analysen der Einrichtungsstruktur unmöglich machen. Hier sind Verbesserungen durch die Einrichtungen und technische Weiterentwicklungen nötig, um die Datenbasis zu verbessern.

Eine Darstellung von Trends war in diesem Berichtsjahr nicht möglich, da in den letzten beiden Jahren im Gegensatz zu früheren Jahren die Bezugs-

gruppe der Zugänge verwendet wurde. Ab 2002 kann die Kontinuität der früheren Jahre fortgesetzt werden, da wieder die Beender des Jahres als Bezugsgruppe verwendet werden. Auch die Veränderung der Stichprobensammensetzung macht eine Interpretation von Gesamtveränderungen als Trends schwierig, so dass in Zukunft überwiegend Auswertungen nach dem Einrichtungstyp vorgesehen sind.

Eine Reihe von differenzierten Auswertungen sind als nächstes vorgesehen. Um Trends besser darstellen zu können, soll ein repräsentativer und über Jahre stabiler Block von Einrichtungen gebildet und hinsichtlich Veränderungen bei den Patientenmerkmalen untersucht werden. Mit den Daten von 2002 werden u. a. ausgewählte Konsumentengruppen hinsichtlich ihrer sozialen Situation und unterschiedlicher Konsummuster verglichen. Von großer Bedeutung ist auch eine Gegenüberstellung von Erst- und Mehrfachbehandelten und eine Charakterisierung der jungen Patienten.

9 Literatur

- DHS (2001). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Hamm: DHS.
- Dilling, H., Mombour, W. und Schmidt, M. (Hrsg.) (1999). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien (3. Auflage). Bern: Huber.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2000) (ed.). Treatment demand indicator. Standard protocol 2.0. (EMCDDA Scientific Report). Lisbon.
- Fachausschuss Statistik der DHS (1999). Einrichtungsbezogener Deutscher Kerndatensatz (Stand 29.10.99). Sucht 45 (6), 419–434.
- Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2001). Basisdokumentation Sucht (Bado Sucht 2002), Version 1.1. Hilden: Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates.
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2002). Basisdokumentation 2001. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V.. Bonn: Fachverband Sucht e.V..
- Kluger, H., Funke, W., Bachmeier, R., Brünge, M., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, P. & Wüst, G. (2003). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2000 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 1/2003.
- Metz, K., Bühler, A. & Kraus, L. (in Vorbereitung). Raucher mit und ohne Alkoholproblematik: demographische, rauchanamnestische und motivationale Unterschiede.
- Ott, S., Braukmann, W., Buschmann, H., Dehmlow, A., Fischer, M., Herder, F., Jahrreiss, R., Missel, P., Quinten, C., Rösch, W., Schleede, S., Schneider, B. & Zemlin, U. (1997). Neuentwicklung einer Basisdokumentation für den Bereich stationärer Rehabilitation Suchtkranker (BADO Sucht 1997), in: Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.). Qualitätsstandards – Prozess- und Ergebnisqualität in der Behandlung Suchtkranker. Verhaltensmedizin Heute – Fortschritte in der Rehabilitation, Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG, Heft 7/1997, S. 15–24.
- Sonntag, D. & Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? Sucht, 46, Sonderheft 2.
- Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K. H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, S. N. (2002). Jahresstatistik 2001 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.2001–31.12.2001. IFT-Berichte Bd. 132. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K. H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, S. N. (2003). Jahresstatistik 2002 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.2002–31.12.2002. IFT-Berichte Bd. 137. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Türk, D. & Welsch, K. (2000). SEDOS-Jahresstatistik 1999 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Sucht, 46, Sonderheft 1, 53–83.
- Welsch, K. (2001). Jahresstatistik 2000 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Sucht, 47, Sonderheft 3.
- Welsch, K. (2002). Jahresstatistik 2001 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Sucht, 48, Sonderheft 1.
- Welsch, K. & Sonntag, D. (2003). Jahresstatistik 2003 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Sucht, 49, Sonderheft 1.

Korrespondenzadresse

Dilek Sonntag, Dipl. Psych.
IFT Institut für Therapieforschung
Parzivalstr. 25
80804 München
Tel. 089-36 08 04 60
Fax 089-36 08 04 69
sonntag@ift.de

Karin Welsch, Mag. rer. nat.
IFT- Institut für Therapieforschung
Parzivalstraße 25
80804 München
Tel. 089 - 36 08 04 64
Fax 089 - 36 08 04 69
welsch@ift.de

Instructions for Authors

All submissions are accepted on the condition that they have not been published in whole or in part elsewhere or are not currently being considered or accepted for publication elsewhere. In case a submission has been published in part elsewhere, this must be stated in the covering letter to the Editor with the published version attached. If a manuscript is accepted for publication, the author(s) must assign copyright to the publisher.

Sections

Editorial
Research Reports
Short Communications
Reviews
In Practice
Case Studies
Forum (Commentaries, Discussions)
Letters to the Editor
Book and Conference Reviews
News
New Publications
Upcoming Conferences

Manuscript Format

Please observe the formal instructions for the format and length of manuscripts for the individual sections as found on the Internet (www.zeitschrift-sucht.de). Incorrectly formatted manuscripts will be returned, considerably prolonging the review process.

Submission

At the beginning of 2003 manuscripts should preferably be submitted in electronic form. Please send your text via email to the following address: kuenzel@ift.de. In addition, we ask for a hard copy for the editorial office, which must exactly correspond to the electronic version. In case you are unable to send your submission in electronically, we ask for four hard copies and a copy on disk.

Refereeing policy

Scientific manuscripts are processed by an assistant editor until they are ready for publication or have been rejected. Each manuscript is reviewed by at least two independent referees. Submissions to the other sections and decisions about their publication are processed by the editorial office or by assistant editors (for more information see www.zeitschrift-sucht.de).

Hinweise für Autoren

Beiträge für die Zeitschrift werden unter der Voraussetzung angenommen, dass sie weder als ganzes noch in Teilen an anderer Stelle publiziert oder zur Publikation eingereicht oder angenommen wurden. Falls Teilveröffentlichungen vorliegen, müssen diese im Begleitbrief deklariert und beigelegt werden. Mit der Annahme zur Publikation gehen alle Rechte an den Verlag über.

Rubriken

Editorial
Originalarbeiten
Kurze Mitteilungen
Übersichtsarbeiten
Praxis
Fallberichte
Forum (Kommentare, Diskussionsforen)
Leserbriefe
Buch- und Tagungsbesprechungen
Nachrichten
Neuerscheinungen
Tagungsankündigungen

Manuskriptform

Bitte beachten Sie die formalen Hinweise zur Manuskriptgestaltung und zum Manuskriptumfang für die einzelnen Rubriken im Internet (www.zeitschrift-sucht.de). Formale Fehler führen zu einer Rücksendung des Manuskripts und verlängern den Begutachtungsprozess erheblich.

Manuskripteinreichung

Ab Beginn des Jahres 2003 erfolgt die Manuskriptbearbeitung vorzugsweise in elektronischer Form. Bitte senden Sie Ihren Text per Email an folgende Adresse: kuenzel@ift.de. Zusätzlich erbitten wir eine Papierkopie an das Redaktionsbüro, die in allen Bestandteilen exakt mit der elektronischen Form übereinstimmen muss. Falls Sie Ihren Beitrag nicht elektronisch einsenden können, bitten wir um vier Papierkopien und eine Diskette.

Manuskriptbearbeitung

Wissenschaftliche Manuskripte werden jeweils von einem Redakteur bis zur Publikationsreife bzw. Ablehnung betreut. Jeder Text wird von zumindest zwei unabhängigen Gutachtern beurteilt. Die Betreuung der Beiträge für die anderen Rubriken und die Entscheidung über eine Publikation erfolgt durch das Redaktionsbüro oder einzelne Redakteure (weitere Informationen unter www.zeitschrift-sucht.de).

Jetzt gleich abonnieren bei Neuland +++ per Fax unter 0 41 52/8 13 43 +++ Jetzt abonnieren

SUCHT

Das gesamte Spektrum der Forschung und Praxis in einer Zeitschrift

SUCHT erscheint zweimonatlich, jeweils Ende Februar, April, Juni, August, Oktober und Dezember. Zusätzlich erscheinen Sonderhefte. Jahresabonnement (Hefte 1–6) Euro 98,- und Ausland Euro 138,-

Ja, ich möchte **SUCHT** abonnieren!

Vor- und Nachname

ggf. Einrichtung

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon tagsüber

Fax

E-mail

Kundennummer, falls vorhanden

Datum 1. Unterschrift

Mir ist bekannt, dass ich diese Bestellung innerhalb von acht Tagen gegenüber der NEULAND-Verlagsgesellschaft widerrufen kann. Dazu genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Datum 2. Unterschrift

Ihre Bestellung an:

NEULAND Verlagsgesellschaft mbH
Fachverlag und Versandbuchhandlung
Postfach 14 22, 21496 Geesthacht
Markt 24–26, 21502 Geesthacht
Telefon: 0 41 52/8 13 42
Fax: 0 41 52/8 13 43
E-mail: vertrieb@neuland.com
Internet: www.neuland.com

Drogen- Analytik

Multi-Tests und Einzeltests

1-Schritt-Drogen-Schnelltests:
Keine weiteren Reagenzien / Zubehör notwendig

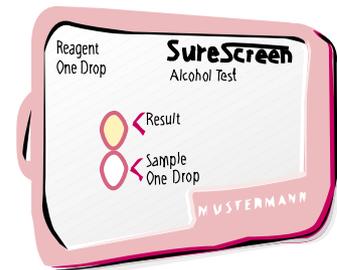
Unser Komplettangebot:
11 Parameter als Einzeltests,
9 Drug-Screen-Cards.

Drogen-Screening im Urin:
Einfache Handhabung,
Ergebnis nach 5-10 Minuten.



positiv negativ

Alkohol-Screen



Ab 0,2‰ Alkohol im Speichel und Urin nachweisbar.

Bitte kostenlose Infos anfordern!



von minden GmbH
Carl-Peschken-Str. 9 · D-47441 Moers

free fax

003

Fax 0 800 / 86 46 336

oder einfach unseren Namen eintippen:

Fax 0 800 / vminden

Telefon +49 (0) 28 41 / 13 51

www.vonminden.de

info@vonminden.de

