

ISSN 0939-5911

C 5732 F

# SUCHT

Zeitschrift für  
Wissenschaft und Praxis

48. Jahrgang · Sonderheft 1 · Dezember 2002

**Suchthilfestatistik 2001 für Deutschland**

**Statistical Report for 2001 on Treatment Facilities  
for Substance Use Disorders in Germany**

Karin Welsch

Deutsche Hauptstelle gegen  
die Suchtgefahren (DHS)

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung  
und Suchttherapie (DG-SUCHT)

**NEULAND**

## IMPRESSUM

### SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis

ehemals »Suchtgefahren« (Jahrgänge 1–36)

#### Herausgeber:

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) e.V. Westring 2, Postfach 1369, 59003 Hamm  
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V., Postfach 1453, 59004 Hamm

#### Verlag:

Neuland-Verlagsgesellschaft mbH.  
Postfach 1422, 21496 Geesthacht  
Telefon: 0 41 528 13 42, Telefax: 0 41 528 13 43  
E-Mail: Vertrieb@neuland.com

Internet: <http://www.zeitschrift-sucht.de>

Bestellungen und Vertriebsfragen: Frank Lindemann

**Erscheinungsweise:** Sechs Hefte pro Jahrgang, jeweils Ende

Februar, April, Juni, August, Oktober, Dezember

**Bezugsbedingungen:** Bestellungen sind nur an den Verlag oder den Buchhandel zu richten.

**Bezugspreise:** Inland: € 86,-, Ausland € 120,- jährlich. Einzelheft € 22,-. Die Preise beinhalten Versandkosten und 7 % Umsatzsteuer. Die Rechnungsstellung erfolgt zu Jahres- bzw. Abonnementsbeginn. Das Abonnement verlängert sich, wenn es nicht einen Monat vor Auslieferung des ersten Heftes gekündigt wird. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt (auch durch Streiks) entstehen keinerlei Rechtsansprüche seitens des Abonnenten.

#### Herstellung:

Satz: KCS GmbH, Buchholz/Hamburg

Druck: Nieswand, Kiel

**Copyright:** Neuland-Verlagsgesellschaft mbH

Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen (mit Ausnahme der genannten Datenbanken).

Die Zeitschrift SUCHT wird ausgewertet für die Datenbanken:

EMBASE/JURIS/PSYINDEX/SOLIS/SoLit

Außerdem werden Aufsätze in folgenden gedruckten Diensten (Referatezeitschriften) nachgewiesen:

EMBASE/Excerpta Medica: Section 40 Drug Dependence (Auszüge aus EMBASE); Referatendienst Kriminologie; Addiction Abstracts

**Haftungsausschluss:** 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 von Angaben, Hinweisen und Ratschlägen.

#### Anzeigenverwaltung:

Eulenhof-Verlag, Iris Wolf, Appener Weg 3b, 20251 Hamburg

Telefon: 040/49 00 05-12, Telefax: 040/49 00 05-15

E-Mail: [verlag@eulenhof.de](mailto:verlag@eulenhof.de)

#### Beirat:

Dr. Dipl.-Psych. Reinhold Aßfalg, Renchen;

Prof. Dr. med. Jobst Böning, Würzburg;

Prof. Dr. med. Gerhard Buchkremer, Tübingen;

Prof. Dr. med. Helmut Busch, Bernkastel-Andel;

Prof. Dr. med. Horst Coper, Berlin;

Prof. Dr. Miles Cox, Bangor, Gwynedd

Prof. Dr. Rudolf Dilling, Lübeck;

Prof. Dr. Rudolf Egg, Wiesbaden;

Prof. Dr. Roman Ferstl, Kiel;

Prof. Dr. phil. Herbert Feser, Aachen;

Prof. Dr. med. Wilhelm Feuerlein, München;

Prof. Dr. Alexa Franke, Dortmund;

Prof. Dr. med. Joachim Gerchow, Frankfurt/Main;

Dr. rer. nat. Gerd Glaeske, Bremen;

PD Dr. rer. nat. Ursula Havemann-

Reinecke, Göttingen;

Dipl.-Päd. Dipl.-Soz. Arb. Irene Helas,

Kassel;

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Bielefeld;

Prof. Dr. phil. Ulrich John, Greifswald;

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Helmut Kampe,

Darmstadt;

Dr. med. Volker Kielstein, Magdeburg;

Prof. Dr. Dieter Kleiber, Berlin;

Prof. Dr. phil. Joachim Körkel, Nürnberg;

Prof. Dr. jur. Otto Ernst Krasney, Kassel;

Prof. Dr. jur. Arthur Kreuzer, Gießen;

Prof. Dr. Hans-Peter Krüger, Würzburg;

Dr. Dipl.-Psych. Heinrich Küfner,

München;

Prof. Dr. Klaus Kuschinsky, Marburg;

Prof. Dr. med. D. Ladewig, Basel;

Prof. Dr. Otto Michael Lesch, Wien;

Prof. Dr. med. Karl Mann, Mannheim;

Prof. Ph. Dr. G. Alan Marlatt, Seattle,

Washington;

Prof. Dr. Hans H. Maurer, Homburg/Saar;

Dr. Richard Müller, Lausanne;

Prof. Dr. med. Dieter Naber, Hamburg;

Prof. Dr. Dr. Robert Olbrich, Mannheim;

#### Redaktion:

Dr. rer. soc. Gerhard Bühringer, IFT Institut für Therapiefor-

schung, München; E-Mail: [buehringer@ift.de](mailto:buehringer@ift.de) (Chefredakteur);

Dr. Dipl.-Psych. Hans Watzl, Universität Konstanz – Forschungs-

gruppe im Zentrum für Psychiatrie Reichenau, Konstanz, E-Mail:

[hans.watzl@uni-konstanz.de](mailto:hans.watzl@uni-konstanz.de) (stellvertr. Chefredakteur);

PD Dr. med. Anil Batra, Universitätsklinik für Psychiatrie und

Psychotherapie, Tübingen, E-Mail: [albatra@med.uni-tuebingen.de](mailto:albatra@med.uni-tuebingen.de);

PD Dr. med. Dipl.-Psych. Dieter Caspari, Marienkrankenhaus

St. Wendel, St. Wendel, E-Mail: [dcaspari@wnd.st-elisabeth.de](mailto:dcaspari@wnd.st-elisabeth.de);

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Ralf Demmel, Westfälische Wilhelms-

Universität, Psychologisches Institut I, Münster, E-Mail:

[demmel@psy.uni-muenster.de](mailto:demmel@psy.uni-muenster.de);

Dr. med. Heribert Fleischmann, Bezirkskrankenhaus Wöllershof,

Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachklinik für Ab-

hängigkeitserkrankungen, E-Mail: [fleischmann@woellershof.de](mailto:fleischmann@woellershof.de)

PD Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Klinik für Psychia-

trie und Psychotherapie, Medizinische Einrichtungen der RWTH,

Aachen, E-Mail: [egouzoulis@post.klinikum.rwth-aachen.de](mailto:egouzoulis@post.klinikum.rwth-aachen.de);

Prof. Dr. Andreas Heinz, Klinik für abhängiges Verhalten und

Suchtmedizin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit,

Mannheim, E-Mail: [HeinzA@as200.zi-mannheim.de](mailto:HeinzA@as200.zi-mannheim.de);

Dr. med. Thomas Kuhlmann, Psychosomatische Klinik Bergisch

Gladbach, Bergisch Gladbach, E-Mail: [thkuhlmann@psk-bg.de](mailto:thkuhlmann@psk-bg.de)

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Johannes Lindenmeyer, Salus-Klinik

Lindow, Lindow, E-Mail: [lindenmeyer@salus-lindow.de](mailto:lindenmeyer@salus-lindow.de);

Dr. med., Dipl.-Psych. Thomas Redecker, Klinik am Hellweg, Oer-

linghausen, E-Mail: [thomas-redecker@johanneswerk.de](mailto:thomas-redecker@johanneswerk.de)

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Fred Rist, Westfälische Wilhelms-Uni-

versität Psychologisches Institut I, Münster, E-Mail:

[rist@psy.uni-muenster.de](mailto:rist@psy.uni-muenster.de);

PD Dr. med. Norbert Scherbaum, Klinik für Psychiatrie und Psy-

chotherapie, Universitätsklinikum/Rheinische Kliniken Essen,

E-Mail: [norbert.scherbaum@uni-essen.de](mailto:norbert.scherbaum@uni-essen.de);

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Lutz G. Schmidt, Psychiatrische

Klinik der Universität Mainz, Mainz, E-Mail: [\[triklinik.uni-mainz.de\]\(mailto:triklinik.uni-mainz.de\);](mailto:schmidt@psychia-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

Prof. Dr. med. Friedhelm Stetter, Oberbergklinik Extertal für Psy-

chotherapie, Psychiatrie, Psychosomatik, Extertal, E-Mail: [stetter@oberbergkliniken.de](mailto:stetter@oberbergkliniken.de);

PD Dr. med. Stephan J. M. Teyssen, Krankenhaus St. Joseph-Stift

Bremen, E-Mail: [Steyssen@sjs-bremen.de](mailto:Steyssen@sjs-bremen.de);

Dipl.-Psych. Heinz C. Vollmer, Salus Therapiezentrum, Friedberg,

E-Mail: [hcv@tz-friedberg.de](mailto:hcv@tz-friedberg.de);

Rolf Hüllinghorst, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren

e. V., Hamm, E-Mail: [huellinghorst@dhs.de](mailto:huellinghorst@dhs.de) (Vertreter der Heraus-

geber).

**Redaktionsbüro:** Dipl.-Psych. Jutta Künzel

IFT Institut für Therapiefor-

schung

Parzivalstraße 25, 80804 München

Telefon : +49-(0)89/36 08 04-15, Telefax: +49-(0)89/36 08 04-19

E-Mail: [kuenzel@ift.de](mailto:kuenzel@ift.de)

Dr. Wolfgang Pittrich, Münster;

Dr. Ph. D. Jerome J. Platt, Camden, New

Jersey;

Dr. med. Niels Pörksen, Bielefeld;

Prof. Dr. Wolfgang Poser, Göttingen;

Prof. Dr. med. Klaus Püschel, Hamburg;

Prof. Dr. rer. pol. Heinz Renn, Hamburg;

Prof. Dr. Karl-Heinz Reuband, Dresden;

Prof. Dr. med. Hans Rommelspacher,

Berlin;

Dipl.-Theol. Dipl.-Soz. Arb. Wolfgang

Scheiblich, Köln;

Dipl.-Psych. Ralf Schneider, Friedrichsdorf;

Prof. Dr. Helmut K. Seitz, Heidelberg;

Prof. Dr. med. Michael Soyka, München;

Prof. Dr. Alfred Springer, Wien;

Prof. Dr. Karl-Ludwig Täschner, Stuttgart;

M. B. A. Dr. med. Jan Auke Walburg,

Amsterdam;

Karl-Rudolf Winkler, Koblenz;

Dr. med. Erik Winter, Berlin.

**Suchthilfestatistik 2001 für Deutschland****Statistical Report for 2001 on Treatment Facilities for Substance Use Disorders in Germany***Karin Welsch*

## Editorial

*Gerhard Bühringer, Rolf Hüllinghorst* ..... 5**Jahresstatistik 2001 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland****Annual Statistical Report for 2001 on Outpatient Treatment Facilities for****Substance Use Disorders in Germany***Karin Welsch* ..... 7**Zusammenfassung** ..... 7**Abstract** ..... 7**1 Einführung** ..... 8**2 Ziele eines Dokumentationssystems** ..... 9**3 Methodik** ..... 10

3.1 Auswahl und Operationalisierung der einbezogenen Daten und Auswertungen ..... 10

3.2 Software-Programme ..... 12

3.3 System- und länderspezifische Arbeitsgemeinschaften ..... 12

3.4 Daten- und Tabellensätze ..... 13

3.5 Hinweise zum Verständnis der Auswertung ..... 13

3.6 Analyse von Stichprobenveränderungen ..... 14

**4 Datenbasis für die Auswertung 2001** ..... 15

4.1 Ausgewertete Einrichtungen ..... 15

4.2 Erreichungsquote ..... 15

4.3 Entwicklungen in den einzelnen Bundesländern und Trägergruppen ..... 15

**5 Daten zu den Einrichtungen** ..... 20

5.1 Struktur ..... 20

5.2 Mitarbeiter ..... 22

5.3 Finanzierung ..... 24

5.4 Prävention ..... 26

**6 Daten zur Klientel (Statistik der Zugänge)** ..... 26

6.1 Übersicht ..... 26

6.2 Verteilung der Hauptdiagnosen ..... 27

6.3 Beschreibung der Klientel nach Hauptdiagnosen: Substanzbezogene Störungen ..... 30

6.4 Beschreibung der Klientel nach Hauptdiagnosen: Ess-Störungen ..... 37

6.5 Beschreibung der Klientel nach Hauptdiagnosen: Pathologisches Spielverhalten ..... 39

6.6 Trendanalysen zu Einzel- und Hauptdiagnosen 1994–2001 ..... 39

**7 Daten zu Interventionen (Statistik der Entlassungen)** ..... 47

7.1 Art der Interventionen ..... 47

7.2 Substanzbezogene Hauptdiagnosen ..... 48

7.3 Ess-Störungen ..... 53

7.4 Pathologisches Spielverhalten ..... 54

**8 Literaturverzeichnis** ..... 56

**Jahresstatistik 2001 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland**  
**Annual Statistical Report for 2001 on Inpatient Treatment Facilities for**  
**Substance Use Disorders in Germany**  
*Karin Welsch*

<b>Zusammenfassung</b> .....	57
<b>Abstract</b> .....	57
<b>1 Einleitung</b> .....	58
<b>2 Ziele der Dokumentation</b> .....	58
<b>3 Methodik</b> .....	59
3.1 Daten- und Tabellensätze .....	59
3.2 Hinweise zum Verständnis der Tabellen und Abbildungen .....	59
<b>4 Datenbasis für die Auswertung 2001</b> .....	59
<b>5 Daten zu den Einrichtungen</b> .....	60
5.1 Struktur .....	60
5.2 Mitarbeiter .....	64
5.3 Finanzierung .....	64
<b>6 Daten zur Klientel (Statistik der Zugänge)</b> .....	64
6.1 Übersicht .....	64
6.2 Hauptdiagnosen .....	66
6.3 Substanzbezogene Einzeldiagnosen .....	73
6.4 Zugang zur Behandlung .....	76
<b>7 Daten zu Interventionen (Statistik der Entlassungen)</b> .....	78
7.1 Vorbehandlung .....	78
7.2 Verlauf der Behandlung .....	79
7.3 Beendigung der Behandlung .....	81
<b>8 Literaturverzeichnis</b> .....	86

---

## Editorial

### Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe: Viele Wege führen nach Rom – oder in eine Sackgasse?

Gerhard Bühringer und Rolf Hüllinghorst

---

Vor 15 Jahren war die Welt der Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe noch in Ordnung: die Dokumentations-Technik war simpel (Randloch-Karteikarte mit zumeist ja/nein-Antworten), die dokumentierte Datenmenge war durch den Umfang der Karteikarte begrenzt. Genutzt wurden die Informationen zumeist nur für die eigene Jahresstatistik (zur Beantragung des nächsten Haushaltes) und für die Auswertung auf überregionaler Ebene. Zwei Drittel der ambulanten Einrichtungen verzichtete völlig auf eine Dokumentation; im stationären Bereich hielten sich vor allem die kleineren Einrichtungen für Drogenabhängige von jeglicher Datenerhebung fern.

Seit etwa 1990 sind verschiedene Entwicklungen zu beobachten, die einerseits zur Qualitätssicherung in den Einrichtungen beitragen und andererseits die überregionale statistische Auswertung verbessern könnten:

- Die technische Entwicklung der Hard- und Software erlaubt den relativ kostengünstigen Einsatz von EDV-gestützten Arbeitshilfen wie Terminkalender, Verschlüsselung der geleisteten Maßnahmen, Übernahme der Daten in Briefe und Abrechnungen, einfache statistische Übersichten für die beratende und therapeutische Tätigkeit.
- Die Einstellung jüngerer Mitarbeiter mit einer entsprechenden Ausbildung und mit Interesse an der Nutzung der EDV führt dazu, dass die frühere Distanz zu diesem Thema mehr und mehr abgebaut wird.
- Im Vergleich zu früher zeigen zahlreiche Bundesländer ein hohes Interesse und fördern über Länderprogramme die Anschaffung der technischen Voraussetzungen und die Schulung der Mitarbeiter.

Alle genannten Entwicklungen müssten eigentlich dazu beitragen, die zentralen Zielsetzungen einer EDV-gestützten Dokumentation besser als bisher zu

verwirklichen: (1) Mitarbeiter und Träger sollen einen eigenen Vorteil im Sinne von zusätzlichen Arbeitshilfen und Instrumenten zur Qualitätssicherung haben. (2) Ein Teil der Informationen soll für regionale und bundesweite Analysen genutzt werden können. Beide Zielsetzungen stehen grundsätzlich im Widerspruch: Strikte individuelle Gestaltung und Nutzung von Dokumentationshilfen führt dazu, dass Auswertungen über mehrere Mitarbeiter oder Einrichtungen wegen unterschiedlicher Datenauswahl und -definitionen nicht mehr möglich sind. Die Beschränkung auf zentral nutzbare Daten für Trendanalysen macht die Mitarbeiter zu reinen Datenlieferanten ohne eigene Nutzungsmöglichkeiten. Praxisgeeignete Dokumentationssysteme sind demnach immer ein Kompromiss zwischen beiden Polen, der von Zeit zu Zeit neu austariert werden muss.

Die Realität der letzten Jahre zeigt allerdings, dass wir insgesamt aus unseren allgemeinen Erfahrungen mit dem Föderalismus in Deutschland für die Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe wenig gelernt haben. Ein oberflächlicher Beobachter wird den Eindruck bekommen, dass nahezu jede Einrichtung in Deutschland, am liebsten sogar jeder Mitarbeiter, die Software selbst auswählt oder gar für spezifische Bedürfnisse speziell entwickeln lässt, über die Auswahl der zu erhebenden Daten selbst entscheidet und am liebsten auch persönlich festlegt, wie die einzelnen Fachbegriffe zu definieren sind. Nahezu jedes einzelne Bundesland geht seinen eigenen Weg, wie die Aufstellung in Kapitel 4 für den ambulanten Teil zeigt. Um die Sache möglichst noch verwirrender zu gestalten, gilt dies auch innerhalb eines Landes für große Einrichtungen, große Träger und regionale Organisationen. Teilweise sind die verwendeten Kategorien und Begriffe in einem Manual definiert, teilweise nicht. Teilweise kann ein Mitarbeiter selbst entscheiden, welche Informationen er erhebt, teilweise gibt es zumindest einen verbindlichen Mindestkatalog.

Die Erfahrung, die einzelne, sehr aktive Länder bisher gemacht haben, zeigen u.a., dass man für eigene Wege einen langen Atem braucht, vergleichsweise viel Geld sowie eine landesweite Infrastruktur für die Auswahl, Definition und Erläuterung der Fragen und der Antwortkategorien, ihre regelmäßige Weiterentwicklung aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, für die Schulung der Mitarbeiter, eine regelmäßige Auswertung der Daten sowie für gemeinsam abgestimmte Interpretationen der Ergebnisse.

Weiterhin zeigt sich bereits heute in vielen Einrichtungen, dass die technischen Möglichkeiten von Datenerfassungssystemen verlockender sind als die nüchterne Realität der alltäglichen Abfrage, Sammlung, Auswertung und Interpretation der Daten. Viele Mitarbeiter stöhnen über die großen Datenmengen, die eher an Forschungsprojekte erinnern als an ein Routinesystem zur Qualitätssicherung und zur Trendanalyse. Es wird Aufgabe nächster Überarbeitungen sein, die Dokumentationen wieder auf ein vernünftiges Maß zurückzuführen und spezifische Fragestellungen mit weniger Aufwand, aber besserer Qualität im Rahmen räumlich und zeitlich befristeter Forschungsprojekte zu analysieren.

Bei näherem Hinsehen findet man aber auch erfreuliche Entwicklungen. Zumindest auf der technischen Ebene ist es heute möglich, Daten, die mit unterschiedlichen Software-Programmen erhoben wurden, für eine nationale Statistik zusammenzuführen. Voraussetzung sind aber standardisierte Definitionen und Auswertungsroutinen, sonst vergleicht man Äpfel mit Birnen. Es besteht auch die Hoffnung, dass in den Bundesländern, in denen mit einer eigenen Statistik

und eigenen Auswertungsprogrammen begonnen wurde, im Laufe der Zeit (wieder) Daten für die nationale Auswertung zur Verfügung gestellt werden. Und last, but not least zeigen die Länder ihr Bemühen im Rahmen eines gemeinsamen Ausschusses, ihre Dokumentationsinteressen zusammen mit den anderen Beteiligten abzustimmen, wie etwa den Spitzenverbänden der Wohlfahrtspflege, die seit 20 Jahren durch großes Engagement die Dokumentation in den Einrichtungen und die überregionalen Auswertungen sicherstellen. Insofern ist es möglicherweise ein langwieriger, aber insgesamt doch nützlicher Prozess aller Beteiligten in einem föderalen System, über die Phase der Entwicklung eigener Konzepte und der dabei gemachten Erfahrungen wieder zu einer Kooperation zurückzufinden.

#### Korrespondenzanschriften

Prof. Dr. Gerhard Bühringer  
IFT Institut für Therapieforschung  
Parzivalstr. 25  
80804 München  
Tel.: 089-360804-11  
Fax: 089-360804-19  
E-Mail: buehringer@ift.de

Rolf Hüllinghorst  
DHS Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren  
Postfach 1369  
59003 Hamm  
Tel.: 02381-9015-10  
Fax: 02381-9015-30  
E-Mail: huellinghorst@dhs.de

---

## Jahresstatistik 2001 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland

---

### Annual Statistical Report for 2001 on Outpatient Treatment Facilities for Substance Use Disorders in Germany

---

Karin Welsch

---

#### Zusammenfassung

**Ziele:** 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 über langfristige Veränderungen und dient zusätzlich als Grundlage für die Planung von Forschungsprojekten und Modellprogrammen zur Verbesserung einzelner Aspekte der Struktur und Qualität ambulanter therapeutischer Einrichtungen. **Methodik:** Die Statistik für 2001 basiert auf den Daten von 123.655 Klienten<sup>1</sup> aus 368 ambulanten Spezial-einrichtungen für substanzbezogene Störungen in Deutschland. Ausgewertet werden Aggregatdaten nach den standardisierten Vorgaben des Bundesdaten- und Bundestabellensatzes, der den Kerndatensatz der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogenprobleme (EBDD) einschließt. **Ergebnisse:** Alkohol (schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit) steht bei 69% der Klienten mit eigener Symptomatik im Vordergrund der Betreuung<sup>2</sup> (Hauptdiagnose), 14% der Klienten haben eine opiatbezogene und 7% eine cannabisbezogene Hauptdiagnose. Der Anteil der Klienten mit einer stimulantienbezogenen Hauptdiagnose (Ecstasy u. Ä.) liegt mit 2,3% höher als der Anteil derer mit einer kokainbezogenen Hauptdiagnose (1,8%). Die weiteren Substanzen sind bei den Hauptdiagnosen mit weniger als einem Prozent der Klientel vertreten; Ess-Störungen und pathologisches Spielverhalten wird zusätzlich in geringem Umfang behandelt. Im Verlauf der letzten Jahre nehmen cannabis- und stimulantienbezogene Hauptdiagnosen stark zu, opiatbezogene Hauptdiagnosen nehmen ab, und für die anderen wichtigen Substanzen zeigt sich

#### Abstract

**Aims:** The regular analysis of statistical data on outpatient treatment centres in Germany provides information about the service delivery structure and its possible shortcomings, characteristics of clients, results achieved during the reporting year, and trends across time. Moreover, this analysis provides a basis for research and demonstration projects and aimed at improving specific aspects of the structure and quality of services. **Methods:** Statistics for 2001 are based on data from 123,655 clients in 368 outpatient treatment centres. Aggregated data were analysed according to federal guidelines, which include the requirement that treatment demand indicators as defined by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). **Results:** During 2001, 69% of the clients sought help for alcohol-related problems (harmful use or dependence). 14% of the clients had an opiate-related disorder as the primary diagnosis. Cannabis was the major substance used among 7% of the clients. The percentage of clients with a primary diagnosis related to stimulants (e. g. ecstasy) was 2.3% and higher than a primary cocaine-related diagnosis (1.8%). **Conclusions:** The number of cannabis and stimulants diagnoses continues to increase and signifies the necessity to precisely analyse these groups of people in order to improve treatment and prevention. On the whole, the results show that outpatient addiction treatment centres are an important part of treatment

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

2 Der Begriff Betreuung wird als Oberbegriff für Beratung und/oder Behandlung verwendet.

ein leichter Rückgang bzw. keine bedeutsame Veränderung. Der Anteil der ambulanten medizinischen Rehabilitation an der Gesamtfinanzierung hat sich in den letzten 5 Jahren fast verdoppelt (W: 10,8%; O: 3,2%). 38% der Klienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose und 17% derer mit opiatbezogener Hauptdiagnose werden planmäßig entlassen; 16% bzw. 31% werden weitervermittelt. Nach wie vor ist der Anteil der Klienten, die die Betreuung abbrechen, mit 43% bei Alkohol wie auch bei Opiaten am höchsten. **Schlussfolgerungen:** Die seit Jahren zunehmende Zahl der Cannabis- und Stimulanzien-Diagnosen verdeutlicht die Notwendigkeit, den betroffenen Personenkreis genau zu analysieren, um sowohl die Behandlung wie auch die spezifische Prävention effizient ausbauen zu können. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass das System der ambulanten Suchtkrankenhilfe einen wichtigen Anteil an der therapeutischen Versorgung hat und im Durchschnitt bei knapp 50% der Klienten erfolgreich ist (planmäßige Entlassung oder Vermittlung).

services and are successful with an average of approximately 50% of the clients treated.

## 1 Einführung

Dokumentationssysteme für die Suchtkrankenhilfe wurden in Deutschland bereits um 1980 eingeführt (EBIS, DOSY). 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 Verbandsebene. 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 Suchtkrankenbereich 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.

Ab etwa 1995 haben sich die Schwerpunkte verlagert. Zur Dokumentation und Trendanalyse kamen einrichtungsspezifische Interessen hinzu: Einzelfall-Abrechnungen und Leistungsstandards erfordern eine genauere Leistungsdokumentation, ein besseres Berichtswesen und automatische Abrechnungssysteme. Als zweite Entwicklung versuchen einige Bun-

desländer sowie alle Leistungsträger einen wesentlich differenzierteren Einblick in Kosten und Nutzen des Versorgungssystems als bisher zu erhalten und erwarten sich viel detailliertere Informationen auf Klientenebene als früher. Insgesamt haben die Dokumentationssysteme 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. Neue Softwareprogramme wie HORIZONT und PATFAK sind für die Funktion der *Arbeitshilfe* in den Einrichtungen gut geeignet, da für spezifische Interessen programmierbar. Sie mussten aber für die Aufgabe als *Dokumentationssystem* mit einrichtungsübergreifender Auswertung erheblich ausgebaut und ergänzt werden, da ansonsten die Daten aus verschiedenen Einrichtungen nicht zusammengefügt oder verglichen werden können. Standardisierte Definitionen, Arbeitsanweisungen, Eingabemasken, Fragen und Antwortkategorien sind hierzu notwendig.

Bei den beschriebenen Entwicklungen zu »mehr Dokumentation« droht immer wieder die Gefahr, »Datenfriedhöfe« zu produzieren, die Dokumentationssysteme mit ungeeigneten Aufgaben und For-



schungsfragestellungen 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 minimalen Arbeitsaufwandes 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

Therapeutische Mitarbeiter und Einrichtungen, ihre Träger, aber auch Verbände, Kostenträger, Länder- und Bundesbehörden benötigen Informationen als Grundlage für die Planung, Steuerung, Bewertung und kontinuierliche Optimierung ihrer Tätigkeit. Die Informationen werden auf verschiedenen Ebenen gesammelt und zu verschiedenen Zwecken benötigt. Die folgende Zusammenstellung führt einige Beispiele auf:

- **Betreuungsverlauf eines Klienten**  
Im Rahmen der Anamnese zu Betreuungsbeginn, aber auch während des Therapieverlaufs, spielt die *individuelle* Problemlage in der Praxis eine zunehmend wichtigere Rolle. Dokumentation muss sowohl den Status des Klienten zu Anfang, als auch die Maßnahmen und Veränderungen während der Betreuung erfassen. Ein Grundgerüst an Daten soll Entscheidungen über den Verlauf der Beratung und Therapie unterstützen und eine Auswertung der einzelnen Betreuungen ermöglichen.
- **Evaluation eines Therapieprogrammes**  
Dokumentation soll die wichtigsten Charakteristika der durchgeführten Maßnahmen zusammenstellen und damit Aussagen über spezifische Betreuungskonzepte und Programme ermöglichen,

etwa über Abbruchquoten, Vermittlungszahlen oder Katamneseergebnisse. 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 getroffen werden.

- **Therapeutische Einrichtung**  
Die Leiter therapeutischer Einrichtungen und ihre Träger sind kontinuierlich gefordert, Entscheidungen zu treffen: z. B. über Mitarbeiterauswahl, Schwerpunktsetzungen der Tätigkeit oder Kooperationsbeziehungen zu anderen Stellen. Dokumentation soll die erforderlichen Informationen über die Klientel (Versorgungsbedarf), die Angebote (Versorgungsangebot) und über die geleistete Tätigkeit (Nutzung des Angebots und Ergebnisse) zur Verfügung stellen, um solche Entscheidungen fundiert treffen zu können.
- **Regionale und überregionale Ebene**  
Die Rahmenbedingungen für die Suchthilfe werden durch die Landes- und die nationale Gesundheits- und Sozialpolitik gesetzt. Durch eine vergleichbare Dokumentation sollen ganz besonders auf dieser Ebene, deren Übersicht aufgrund der sehr heterogenen Trägerlandschaft in Deutschland erschwert ist, grundlegende Fakten ermittelt und zur Verfügung gestellt werden. Hierzu zählt z. B. die Ermittlung der Versorgungsdichte 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 einbezogenen Daten und Auswertungen

Um die Tätigkeit und die Klientel verschiedener Mitarbeiter einer Einrichtung 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 Fragen und Antwortkategorien sowie eine einheitliche Operationalisierung der jeweiligen Begriffe. Dies gilt ebenso für einrichtungsübergreifende, verbandsbezogene, regionale oder nationale Auswertungen, da sonst »Äpfel mit Birnen« verglichen werden. Für die derzeit in Deutschland genutzten drei bundesweiten Standard-Datensätze erfolgt die jeweilige Normierung und Weiterentwicklung durch unterschiedliche Gremien, die im Folgenden beschrieben werden.

##### Bundesdatensatz

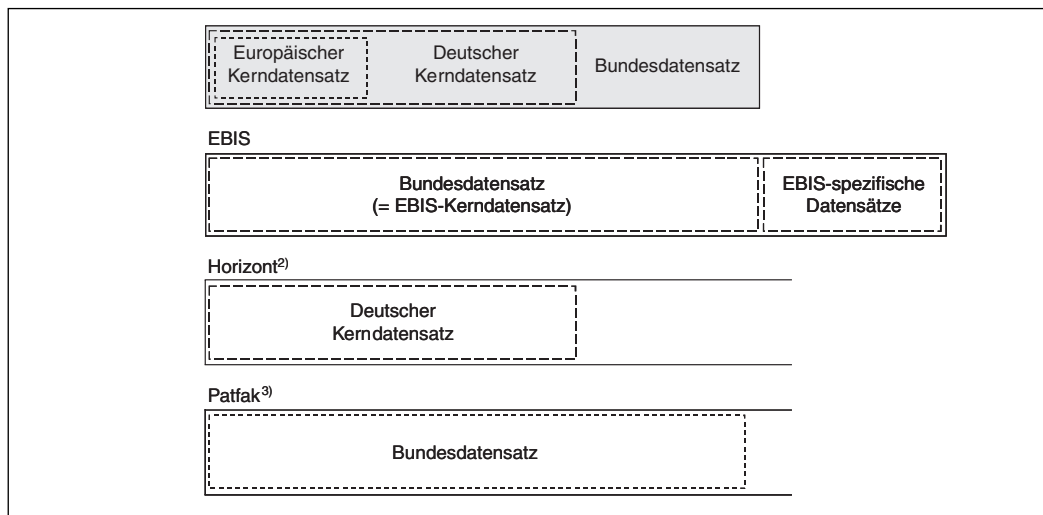
Zu Beginn einer nationalen Dokumentation mit der Einführung des EBIS-Systems für ambulante Einrichtungen im Jahre 1980 entwickelte eine Arbeitsgruppe am IFT mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit einen standardisierten Datensatz und passt ihn seither laufend neuen Erkenntnissen 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 1995 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) Trendanalysen 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 komplett zur Verfügung gestellt.

##### 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 so genannte 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.

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). 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 europäischen Standards nur für den Bereich »illegale Substanzen« gelten.



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 »Deutscher Bundesdatensatz« vorhanden (kleine Abweichungen)

Abbildung 3.1: Struktur und Erfassung standardisierter Datensätze<sup>1</sup>

### 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 gegen die Suchtgefahren. 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) einzubeziehen.

Bei der Neuwahl des Fachausschusses Statistik der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 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 Kostenträ-

gerseite), der Länder (als Verantwortliche für die Gesundheitspolitik) sowie mehrere Vertreter der Wohlfahrts- und Fachverbände gewählt. Der Fachausschuss erarbeitete im Konsensprinzip in 2 bis 3 Sitzungen jährlich zunächst den klientenbezogenen (1998) und später den einrichtungsbezogenen (Fachausschuss Statistik der DHS, 1999) Deutschen Kerndatensatz für den Bereich der Suchtkrankenhilfe. Im Laufe des Jahres 2000 wurde durch dieses Gremium schließlich auch der Deutsche Kerntabellensatz (d. h. die Kerninformationen der jährlichen Standardauswertung) definiert. 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). 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) und HORIZONT (Ohltec AG) verwenden diesen Datensatz.

### 3.2 Software-Programme

Software-Systeme, die zumindest den Deutschen Kerndatensatz erheben, 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 drei überregional verbreitete Software-Systeme (EBIS, HORIZONT, PATFAK), die sich an der Deutschen Suchthilfestatistik beteiligen (vgl. Abbildung 3.1):

- **EBIS**  
Die Software EBIS 2001 ist integraler Bestandteil des EBIS-Systems, ein Dokumentationssystem für ambulante und stationäre Einrichtungen der Suchtkranken-, Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe sowie weiterer Hilfebereiche. In ihr sind alle Fragen- und Antwortkategorien des Bundesdatensatzes und der EBIS-spezifischen Datensätze bereits vorkonfiguriert; zusätzlich können weitergehende Daten eingegeben und ausgewertet werden. Internet: [www.ebis-ift.de](http://www.ebis-ift.de).
- **HORIZONT**  
HORIZONT, ein weiteres Dokumentationssystem, welches im Suchtkrankenhilfereich eine Rolle spielt, ist flexibel bei der Definition und Eingabe der Fragen und Antwortkategorien. Alle Bereiche können durch ein Konfigurationsprogramm weitgehend an die Bedürfnisse der Einrichtung angepasst werden. Auch eine Konfigurierung des Deutschen Kerndatensatzes wird von der Firma Ohltec AG angeboten. Internet: [www.ohltec.de](http://www.ohltec.de).
- **PATFAK**  
PATFAK, das dritte relevante Dokumentationssystem im Suchtkrankenhilfereich, ist durch die offene Struktur flexibel im Hinblick auf Fragen und Antwortkategorien. Das Programm verfügt über ein Modul zur Dokumentation entsprechend dem Bundesdatensatz. Internet: [www.redline-data.de](http://www.redline-data.de)

### 3.3 System- und länderspezifische Arbeitsgemeinschaften

Erste Arbeitsgemeinschaft dieser Art ist seit 1980 die EBIS-Arbeitsgemeinschaft für ambulante Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, seit 1992 auch für den stationären Bereich. 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 Suchthilfestatistik« des IFT vertreten. Die Arbeitsgemeinschaft trägt durch ihre 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 Vertretern ambulanter und stationärer Einrichtungen mit (zur weiteren Information siehe [www.ebis-ift.de](http://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 Landessuchtdokumentation Nordrhein-Westfalen). Solche Arbeitsgruppen sind erforderlich, um für die jeweiligen Systeme, deren Datensätze, Nutzungs- und Auswertungsmöglichkeiten 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 zu gewährleisten und (4.) zusammenfassende 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. Es ist anzunehmen, dass die dabei notwendige Herstellung und laufende Sicherstellung (1) der Datenqualität und (2) der Kompatibilität mit dem Deutschen Kerndatensatz oder dem Bundesdatensatz noch Jahre dauern wird, so dass wahrscheinlich in nächster Zeit aus dem Bereich der neuen Software-Programme bzw. Dokumentationssysteme noch nicht mit einer größeren Anzahl zusätzlicher Datensätze für die Bundesauswertung zu rechnen ist.

### 3.4 Daten- und Tabellensätze

#### Datensätze

In Abbildung 3.1 wird ein Überblick über die bereits erwähnte Struktur der standardisierten und system-spezifischen 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 vorkonfiguriert. Darüber hinaus gibt es aber 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.

#### Manuale

Für alle drei 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). 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](http://www.dhs.de)).

#### Tabellensätze

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

### 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 Stimulanzien 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, so weit sie von Interesse sind, jeweils direkt nach den Daten des jeweiligen Bezugsjahres abgebildet. Auch für diesen Bericht über 2001 wurden verschiedene Umstellungen in der Reihenfolge vorgenommen, um die Lesbarkeit zu erleichtern.

Die Auswertung von Daten aus unterschiedlichen Software-Programmen 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 bzw. im 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 nachträgliche Prüfung der von den einzelnen Trägern der Datensysteme verantworteten Programme zur Bedienung der gemeinsam genutzten Datenschnittstelle durch uns ist nicht mehr

möglich. Es ist eine Aufgabe der nächsten Jahre, sicherzustellen, dass die Daten aus verschiedenen Quellen auch tatsächlich vergleichbar sind. Dies geschieht durch einen Prozess der laufenden Qualitätskontrolle und -sicherung anhand vergleichender Auswertungen standardisierter Klientendatensätze in unterschiedlichen Systemen.

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) sowie die jeweilige Bezugsgröße von Einrichtungen genannt.

Folgende weitere Besonderheiten sind bei dieser Auswertung zu beachten:

- Wegen der inhaltlichen und formalen Änderungen in den im Jahr 2000 neu eingeführten Fragebogen ist auch im zweiten Jahr der Anwendung die Zahl der fehlenden Daten (missings) in einigen Einrichtungen noch sehr hoch. Zur Vermeidung von systematischen Verfälschungen wurden die jeweiligen Daten einer Einrichtung nur dann berücksichtigt, wenn die Zahl der missings (jeweils pro Tabelle oder Abbildung) unter 33% der Fälle lag. Die hohen Missing-Werte wurden auch in früheren »Umstellungsjahren« beobachtet und gehen mit zunehmender Erfahrung im Umgang mit den Fragebogen 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 Mittelwerte über alle Einrichtungen bzw. Einrichtungstypen berechnet und ausschließlich die Jahreswerte verglichen. Dieses Verfahren erscheint langfristig besser, um Unterschiede der Einrichtungsgesamtzahl bei der jährlichen Auswertung auffangen zu können.

### 3.6 Analyse von Stichprobenveränderungen

Die Zahl und Zusammensetzung der in die bundesweite Auswertung einbezogenen Einrichtungen war zwischen den Jahren 1994 und 1998 weitgehend stabil; Datenunterschiede im zeitlichen Verlauf konnten

als Trends interpretiert werden (vgl. auch Tabelle 4.1). Seit dem Jahr 2000 gibt es zahlreiche Veränderungen von Anzahl und Struktur der ausgewerteten Einrichtungen gegenüber den Vorjahren, die in Kapitel 4 im Einzelnen dargestellt werden. Diese Veränderungen können Trendanalysen in Frage stellen oder zumindest einschränken, da möglicherweise im zeitlichen Verlauf nicht mehr zwischen (echten) Trends und bloßen Stichprobenveränderungen differenziert werden kann. Um dies zu prüfen, wurden die Daten einer Teilstichprobe (N=163) von konstant über mehrere Jahre teilnehmenden Einrichtungen mit den Werten aller pro Jahr ausgewerteten Einrichtungen (Stichprobe) verglichen.

Bei der Einrichtungsgröße (Jahreshaushalt und Personalanzahl) bestehen geringe bis mittlere zahlenmäßige Unterschiede von 1999 bis 2001 zwischen Teil- und gesamter Stichprobe, mit Ausnahme der größeren Unterschiede bei den Haushalten im Westen. Allerdings können hierfür neben Stichprobenunterschieden auch Veränderungen durch unterschiedliche Stichprobenausschöpfungen verantwortlich sein, da der Anteil fehlender Angaben beim Jahreshaushalt stark gefallen ist (2000: 44%; 2001: 18%).

Insgesamt ist davon auszugehen, dass Veränderungen bei den Einrichtungscharakteristika zwischen 1999 und 2001 nur vorsichtig als Trends interpretiert werden dürfen. Dazu kommt noch, dass im Jahr 2000 erstmals ein stark überarbeiteter Erhebungsbogen eingesetzt wurde, was – wie bei früheren Überarbeitungen – zu einer höheren Quote fehlerhafter oder fehlender Angaben führt.

Bei den Haupt- und Einzeldiagnosen zeigt der Vergleich von Teilstichprobe und Stichprobe eine wesentlich bessere Übereinstimmung, sowohl im Hinblick auf gleichläufige Trends wie auch hinsichtlich geringer zahlenmäßiger Unterschiede. Das System der Diagnoseerstellung ist seit Jahren eingeführt, so dass es 2000 auch wenig umstellungsbedingte Erfassungsprobleme gab. Es ist daher möglich, die zahlenmäßigen Veränderungen zwischen 1999 und 2001 tatsächlich als Trends zu interpretieren.

Es wird erwartet, dass die durch die Fragebogenumstellung bedingten Probleme wieder zurückgehen. Dies zeigt sich bereits daran, dass die hohen Werte für fehlende Angaben (2000) 2001 bereits stark zurückgegangen sind. Weiterhin ist anzunehmen, dass sich die Stichprobe nach den großen Veränderungen 2000 und 2001 wieder stabilisiert. Bis dahin sollten Datenunterschiede unter Berücksichtigung der hier gemachten Hinweise interpretiert werden.



## 4 Datenbasis für die Auswertung 2001

### 4.1 Ausgewertete Einrichtungen

Insgesamt waren 368 Einrichtungen an der Gesamtauswertung 2001 beteiligt (Tabelle 4.1). Damit hat sich die Zahl der Teilnehmer gegenüber dem Vorjahr um etwa 8% verringert. Die Entwicklung ist dabei in den beiden Landesteilen sehr unterschiedlich. Während es im Westen zu einem deutlichen Rückgang der Teilnehmerzahlen kam (–20%), haben im Osten wesentlich mehr Einrichtungen als in 2000 an der Bundesauswertung teilgenommen (+20%). Die Entwicklungen in den einzelnen Bundesländern ist im Abschnitt 4.3 näher beschrieben. In der Regel verwenden sehr viel mehr Einrichtungen ein Dokumentationssystem, als sich an der Jahresauswertung beteiligen.

Eine Aufschlüsselung nach Bundesland und Art des Datensatzes erfolgt in Tabelle 4.2, und zwar ab dem Jahr 1999, in dem zusätzlich zu den EBIS-Daten erstmals eine kleine Zahl von HORIZONT-Einrichtungen in die Auswertung einbezogen wurde. Im Jahr 2001 konnten erstmals zehn Datensätze aus ambulanten PATFAK-Einrichtungen ausgewertet werden. Die Zahl der Einrichtungen, die EBIS verwenden, ist von 1999 bis 2001 zum ersten Mal seit vielen Jahren zurückgegangen (minus 164), vor allem in den Bundesländern, die landesweit andere Programme in ihren Einrichtungen eingesetzt haben. Der Rückgang wird bisher allerdings nur zu etwa 50% durch Stellen mit anderen Programmen kompensiert.

### 4.2 Erreichungsquote

Die Erreichungsquote der 2001 ausgewerteten Einrichtungen an allen Einrichtungen wird in Tabelle 4.3 pro Bundesland dargestellt. Die Gesamtzahl der Einrichtungen ist der Statistik der Bundesländer (Bundesministerium für Gesundheit, Stand 2001) entnommen. 75% der Einrichtungen in den neuen Ländern (N = 140) und 29% derjenigen in den alten Ländern (N = 228) sind vertreten. Für das Bundesgebiet ergibt sich insgesamt eine Erreichungsquote von 38% (N = 368). Wie in der Vergangenheit auch zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern, z. B. zwischen 0% in Schleswig-Holstein und 90% in Thüringen.

Eine andere Herangehensweise zur Berechnung der Erreichungsquote bietet der Vergleich der Perso-

nalstellen (Tabelle 4.4). Der Unterschied zu den Daten aus Tabelle 4.3 ist dadurch zu erklären, dass die nicht an der bundesweiten Auswertung beteiligten Einrichtungen eher kleiner sind und weniger Personal und Klienten aufweisen. Der Vergleich der Gesamtstellenzahl der Mitarbeiter, die in der bundesweiten Auswertung erfasst werden, mit den Angaben der Länder (Bundesministerium für Gesundheit, 2001) für alle Einrichtungen ergibt für 2001 eine Erreichungsquote von 58%, in den neuen Ländern sogar von 95%. Die Quote für die alten Bundesländer ist trotz des Rückgangs der beteiligten Einrichtungen gestiegen.

### 4.3 Entwicklungen in den einzelnen Bundesländern und Trägergruppen

Zusätzlich zu den statistischen Veränderungen in den Tabellen 4.1 bis 4.4 werden im folgenden Informationen über Entwicklungen im Bereich der Dokumentationssysteme auf Landesebene gegeben.

#### Allgemeine Entwicklungen

In den letzten 20 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 Beteiligungszahl von etwa dreihundert Einrichtungen (vor der Wiedervereinigung) war in erster Linie Folge des Engagements der in der EBIS-Arbeitsgemeinschaft mitwirkenden Wohlfahrtsverbände und ihrer aktiven Unterstützung.

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 sowie die Länderwünsche nach Darstellung ihres eigenen Versorgungssystems und die Hoffnung, über länderweite Dokumentationsstandards und -systeme die Maßnahmen, Ergebnisse und Kosten besser analysieren und optimieren zu können.

Tabelle 4.1: Ausgewertete Einrichtungen je Bundesland und Träger

Bundesland	1980	1990	1994	1998	1999	2000	2001	Veränderung zu 2000
Baden-Württemberg	49	74	81	76	75	70	62	-11%
Bayern	32	41	47	58	51	47	38	-19%
Berlin	3	4	5	4	6	8	5	-38%
Bremen	1	2	1	0	0	0	1	
Hamburg	6	5	3	5	3	1	1	0%
Hessen	18	33	35	26	22	18	1	-94%
Niedersachsen	21	44	62	44	51	57	41	-28%
Nordrhein-Westfalen	61	58	77	98	84	46	53	+15%
Rheinland-Pfalz	17	30	25	25	28	25	19	-24%
Saarland	8	13	10	8	8	8	7	-13%
Schleswig-Holstein	2	2	11	8	7	4	0	-100%
<b>Gesamt West</b>	<b>218</b>	<b>306</b>	<b>357</b>	<b>352</b>	<b>335</b>	<b>284</b>	<b>228</b>	<b>-20%</b>
Brandenburg			2	9	11	9	10	+11%
Mecklenburg-Vorpommern			6	11	10	10	17	+70%
Sachsen			36	40	48	43	42	-2%
Sachsen-Anhalt			7	19	14	20	24	+20%
Thüringen			35	30	30	35	47	+34%
<b>Gesamt Ost</b>			<b>86</b>	<b>109</b>	<b>113</b>	<b>117</b>	<b>140</b>	<b>+20%</b>
<b>Gesamt</b>	<b>218</b>	<b>306</b>	<b>443</b>	<b>461</b>	<b>448</b>	<b>401</b>	<b>368</b>	<b>-8,2%</b>
<b>Träger</b>								
Arbeiterwohlfahrt	1	3	13	18	18	15	18	+20%
Caritasverband*	111	153	161	163	157	129	102	-21%
Diakonisches Werk*	90	121	197	196	185	152	133	-12%
Paritätischer Wohlfahrtsverband	3	5	12	23	19	31	33	+7%
Rotes Kreuz	0	0	6	8	7	5	7	+40%
Sonst. gemeinnützige Vereine	8	17	25	28	27	30	30	0%
Land/Kommune/Bezirk	5	7	25	27	43	43	46	+7%
<b>Gesamt</b>	<b>218</b>	<b>306</b>	<b>443</b>	<b>461</b>	<b>448</b>	<b>401</b>	<b>368</b>	<b>-8,2%</b>

\* Doppelzählung wegen gemeinsamer Trägerschaft (2001: 1 Einrichtung)

Die Länder sind dabei ganz unterschiedliche Wege gegangen:

- Sieben Länder haben in unterschiedlicher Form (zumeist über kostenloses oder kostenreduziertes Angebot) ein System bzw. eine Software zentral

eingeführt: HORIZONT (Hessen, NRW und Schleswig-Holstein), EBIS (Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Sachsen-Anhalt) und BADO (Hamburg). Länder, die HORIZONT bzw. BADO einführen, bauen eigene landesweite Ar-



Tabelle 4.2: Art des Datensatzes und der eingesetzten Software

Bundesland	1999		2000		2001		
	Bundes- datensatz (EBIS)	D. Kern- datensatz (HORIZONT)	Bundes- datensatz (EBIS)	D. Kern- datensatz (HORIZONT)	Bundesdatensatz (EBIS)	PATFAK**)	D. Kern- datensatz (HORIZONT)
Baden-Württemberg	75	0	69	1	37	0	25
Bayern	51	0	47	0	38	0	0
Berlin	6	0	7	1	5	0	0
Bremen	0	0	0	0	1	0	0
Hamburg	3	0	1	0	1	0	0
Hessen	22	0	18	0	1	0	0
Niedersachsen	51	0	57	0	32	9	0
Nordrhein-Westfalen	84	0	43	3	26	1	26
Rheinland-Pfalz	28	0	25	0	19	0	0
Saarland	8	0	8	0	7	0	0
Schleswig-Holstein	2	5	2	2	0	0	0
Gesamt West	330	5	277	7	167	10	51
Brandenburg	11	0	9	0	10	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	10	0	10	0	17	0	0
Sachsen	48	0	43	0	42	0	0
Sachsen-Anhalt	14	0	20	0	24	0	0
Thüringen	30	0	20	15	19	0	28
Gesamt Ost	113	0	102	15	112	0	28
Gesamt	443	5	379	22	279	10	79
Träger							
Arbeiterwohlfahrt	17	1	15	0	15	0	3
Caritasverband*	157	0	127	2	95	1	6
Diakonisches Werk*	181	4	140	13	107	1	25
Paritätischer Wohlfahrtsverband	19	0	29	2	22	5	6
Rotes Kreuz	7	0	5	0	7		
Sonst. gemeinnützige Vereine	27	0	24	5	2	3	25
Land/Kommune/Bezirk	43	0	43	0	31		15
Gesamt	443	5	379	22	279	10	79

\* Doppelzählung wegen gemeinsamer Trägerschaft (2001: 1 Einrichtung)

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

Tabelle 4.3: Erreichungsquote nach Einrichtungszahlen und Bundesländern

Bundesland	Einbezogene Einrichtungen 2001	Gesamtzahl lt. Länderkurzbericht 2001	Erreichungs- quote 2001	Erreichungs- quote 2000
Baden-Württemberg	62	109	56,9%	65,4%
Bayern	38	106	35,8%	44,8%
Berlin	5	33	15,2%	25,0%
Bremen	1	14	7,1%	0,0%
Hamburg	1	38	2,6%	3,1%
Hessen	1	58	1,7%	31,0%
Niedersachsen	41	121	33,9%	48,7%
Nordrhein-Westfalen	53	166	31,9%	27,7%
Rheinland-Pfalz	19	46	41,3%	54,3%
Saarland	7	19	36,8%	42,1%
Schleswig-Holstein	0	68	0,0%	6,0%
Gesamt West	228	778	29,3%	37,2%
Brandenburg	10	30	33,3%	33,3%
Mecklenburg-Vorpommern	17	27	63,0%	37,0%
Sachsen	42	48	87,5%	84,3%
Sachsen-Anhalt	24	30	80,0%	64,5%
Thüringen	47	52	90,4%	67,3%
Gesamt Ost	140	166	74,9%	62,2%
Gesamt	368	944	38,1%	42,2%

beitsgemeinschaften und Auswertungssysteme auf, da neben der Software zusätzlich Manuale, Dokumentationsrichtlinien, Auswertungs- und Interpretationsvereinbarungen notwendig sind, die für EBIS bereits vorliegen.

- Berlin hat den Einrichtungen zur Auflage gemacht, eines von drei Systemen bzw. Software-Programmen (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 Wahl 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, sondern es werden die spezifischen Auswertungen, die das IFT im Rahmen der Auswertung der bundesweiten Suchthilfestatistik auch für Länder und Verbände erstellt, genutzt.

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

#### Alte Bundesländer

In **Baden-Württemberg** haben die Einrichtungen des Badischen Landesverbandes gegen die Suchtgefahren HORIZONT eingeführt, während die Einrichtungen der Caritas und der Diakonie EBIS verwenden. Zwar beteiligen sich insgesamt 17% weniger Einrichtungen als im Jahr 1999, doch hat das Land nach wie vor die höchste Erreichungsquote in den alten Bundesländern (57%).

Tabelle 4.4: Erreichungsquote nach Personalstellen

	Einbezogene Personalstellen 2001*	Gesamtzahl Personalstellen lt. Länderkurzbericht 2001	Erreichungs- quote 2001	Erreichungs- quote 2000
West	1.682	3.332	50%	44%
Ost	602	634	95%	83%
Gesamt	2.283	3.966	58%	50%

Unbek.: 64 Einrichtungen (17,4% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N = 255 (91,4%), HORIZONT: N = 45 (57,0%), PATFAK: N = 4 (40,0%)

\* umgerechnet auf Vollzeitstellen und hochgerechnet auf alle 368 Einrichtungen

In **Bayern** erklärt sich der Rückgang durch den Wegfall der Einrichtungen des Diözesancharitasverbandes München-Freising, der seit 2001 ein zentrales Dokumentationssystem plant; die Erreichungsquote ging seither von knapp 45% auf 36% zurück.

In **Berlin** hat das Land ein Verfahren entwickelt, anonymisierte klientspezifische Daten aus allen drei Systemen (EBIS, HORIZONT und MOONLIGHT) für eine landeseigene Auswertung zusammenzufassen. Aggregierte Daten für die zentrale Auswertung werden bisher nur von EBIS-Einrichtungen durch direkte Zusage zur Verfügung gestellt; die Erreichungsquote ist seit Jahren gering (15–25%).

Aus **Bremen** beteiligen sich traditionell keine Einrichtungen an der bundesweiten Auswertung; 2001 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 vorerst entfallen.

In **Hessen** wurde aufgrund einer Landesinitiative ab 1999 schrittweise (zunächst Drogenberatungsstellen, später auch Beratungsstellen für Alkohol- und Medikamentenprobleme) landesweit HORIZONT eingeführt. Trotz bestehender und funktionierender Schnittstelle ist parallel dazu die Zahl der Daten liefernden Einrichtungen von 31% auf nahezu null zurückgegangen.

In **Niedersachsen** haben die Einrichtungen des PWV (Paritätischer Wohlfahrtsverband) und einige Einrichtungen des Diakonischen Werkes PATFAK eingeführt. Nur ein Teil von diesen Einrichtungen hat sich in 2001 an der Bundesauswertung beteiligt, die Erreichungsquote ist stark zurückgegangen (von etwa 49% auf 34%).

In **Nordrhein-Westfalen** ist die Zahl der Teilnehmer im Jahr 2001 wieder etwas gestiegen. Von 1999 auf 2000 war es im Zusammenhang mit der landesweiten Einführung von HORIZONT zu einem starken Teilnehmerrückgang gekommen. Die Ausschöpfungsquote ist mit 32% (nach 28% im Jahr 2000) 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 teil. Eine Schnittstelle aus diesem System zur Bundesauswertung ist derzeit nicht vorhanden; die Erreichungsquote ist weiter zurückgegangen (41%; ursprünglich knapp 60%).

Im **Saarland** gab es bis auf den Ausfall einer Einrichtung aufgrund technischer Probleme 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. Trotz bestehender Schnittstelle zur

Bundesauswertung wurden 2001 keine Daten geliefert; die Erreichungsquote für die bundesweite Auswertung ist traditionell gering (um 10%).

#### Neue Bundesländer

In den neuen Bundesländern ist seit Jahren ein deutlicher Anstieg der Teilnehmerzahlen zu beobachten:

In **Brandenburg** ist die Situation mit einer Teilnahme von etwa 10 Einrichtungen in den letzten Jahren konstant geblieben (Erreichungsquote etwa 33%).

In **Mecklenburg-Vorpommern** und **Sachsen-Anhalt** wurde Anfang des Jahres 2001 landesweit EBIS eingeführt; die Erreichungsquoten liegen bereits bei 63% bzw. 80%; eine weitere Steigerung wird erwartet.

In **Sachsen** erhöhte sich eine bereits beachtliche Teilnehmerzahl weiter auf knapp 90%. Die starke Beteiligung von Einrichtungen in **Thüringen** (Spitzenreiter mit einer Erreichungsquote von 90%) und die hohe Datenqualität begründen sich u. a. durch das dort eingesetzte Bonussystem.

## 5 Daten zu den Einrichtungen

Die Beschreibung der Einrichtungen und die Klientenbeschreibungen beruhen auf den Datensätzen von 368 Einrichtungen. Erhoben wurde mittels *Einrichtungsbezogenem Deutschen Kerndatensatz* (DHS, 2001), der auch Bestandteil des Bundesdatensatzes ist.

### 5.1 Struktur

#### Art und Angebote der Einrichtungen

Die ausgewerteten Einrichtungen unterscheiden sich deutlich in Art, Angebot, Struktur und Größe. Auch die selbst gewählte Bezeichnung stimmt nicht immer mit der üblichen Bedeutung eines Einrichtungsbegriffs überein. Die Durchschnittskennziffern, die in den folgenden Tabellen und Abbildungen verwendet werden, können deshalb nur eine grobe Kategorisierung der beteiligten Einrichtungen ermöglichen. Bei den teilnehmenden Einrichtungen handelt es sich vor allem um Psychosoziale Beratungsstellen und Ambulanzen (93%, Tabelle 5.1). Knapp 4% der Datensätze kommen aus niedrigschwelligen Einrichtungen und 4% aus Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens.

Deutliche Unterschiede zwischen Ost und West gibt es bei den spezifischen Angeboten der Einrichtungen (Tabelle 5.2): 44% der Institutionen im Osten und 27% im Westen stellen das Angebot einer niedrigschwelligen Einrichtung zur Verfügung. Fast ein Drittel der Stellen im Osten bietet ambulantes betreutes Wohnen an (West: etwa 10%). Beratung oder Behandlung im Strafvollzug bieten 21% der Einrichtungen im Osten und 27% der Einrichtungen im Westen an.

#### Trägerschaft und Pflichtversorgungsauftrag

Einen öffentlich-rechtlichen Träger haben 13% der Einrichtungen im Osten und 19% der Einrichtungen im Westen (2000: 14% bzw. 11%). Fast alle übrigen Einrichtungen werden durch Organisationen der freien Wohlfahrtspflege bzw. durch andere gemeinnützige Organisationen getragen. Nahezu alle (91%) Einrichtungen in den neuen und fast drei Viertel (72%) der Einrichtungen in den alten Bundesländern haben einen Pflichtversorgungsauftrag, deutlich mehr als im Jahr 2000 (23% bzw. 27%).

### Zielgruppen

Die meisten Einrichtungen sind auf mehrere Störungsbereiche ausgerichtet. Personen mit Störungen im Umgang mit Alkohol oder Medikamenten stehen bei etwa 70 bis 76% der Einrichtungen im Vordergrund (Tabelle 5.3). Personen mit Problemen im Umgang mit illegalen Drogen werden von 68% der Einrichtungen in den neuen Bundesländern und 59% in den alten Bundesländern als Zielgruppe angegeben; Spieler und Personen mit Ess-Störungen sind weitere wichtige Zielgruppen (60–65%). Die Werte sind durchweg um 5 bis 10 Prozentpunkte niedriger als in 2000.

### Einzugsgebiet

Die Versorgungsregionen der Einrichtungen sind im Osten etwas kleiner als im Westen: Im Osten haben

49% der Versorgungsregionen unter 100.000 Einwohner, im Westen nur 26 % (Abbildung 5.1). Im Osten sind die Einrichtungen auch häufiger in kleineren Orten angesiedelt: in Gemeinden bis 50.000 Einwohnern befinden sich 61% der Einrichtungen im Osten, im Westen nur 42% (Abbildung 5.2). Gegenüber 2000 ergeben sich nur geringfügige Veränderungen; lediglich der Anteil der Großstädte über 250.000 Einwohner im Westen hat zugenommen.

### Erreichbarkeit

Die Erreichbarkeit der Einrichtungen (Öffnungszeiten) ist in den alten Bundesländern geringfügig besser als in den neuen. Im Osten sind die Einrichtungen im Durchschnitt 40,4 Stunden in der Woche geöffnet und im Westen 42,1 Stunden. Eine Abendsprechstun-

Tabelle 5.1: Klassifikation der ambulanten Einrichtungen

Einrichtungstyp	%	Abs.
PSB(B)/Institutsambulanz/Fachambulanz	92,7%	341
Niedrigschwellige Einrichtung	3,8%	14
Ambulantes betreutes Wohnen	3,5%	13
Gesamt	100%	368

Unbek.: 0 Einrichtungen (0% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N = 279 (100,0%), HORIZONT: N = 79 (100,0%), PATFAK: N = 10 (100,0%)

Tabelle 5.2: Spezifische Leistungsangebote

Leistungsangebote*	West N = 203	Ost N = 135
PSB(B)/Institutsambulanz/Fachambulanz	96,6%	94,8%
Niedrigschwellige Einrichtung	26,6%	44,4%
Ambulantes betreutes Wohnen	9,9%	31,9%
Arbeits-/Beschäftigungsprojekt	3,9%	15,6%
Arzt/Psychotherapeutische Praxis	9,4%	7,4%
Krankenhaus/-abteilung (SGB V § 107.1/JGG - § 93/StGB § 64)	0,5%	0,7%
Rehabilitationseinrichtung (SGB V § 107.2/SGB VI § 9 und § 15)	15,8%	4,4%
Heim/stationäres betreutes Wohnen/Übergangseinrichtung	4,4%	7,4%
Beratung/Behandlung im Strafvollzug	27,1%	21,5%

Unbek.: 30 Einrichtungen (8,2% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N = 274 (98,2%), HORIZONT: N = 54 (68,4%), PATFAK: N = 10 (100,0%)

\* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 5.3: Zielgruppen

Störungsbereiche*	West N = 193	Ost N = 132
Alkohol	75,6%	73,5%
Illegale Drogen	58,5%	68,2%
Medikamente	76,2%	71,2%
Tabak	49,2%	58,3%
Ess-Störungen	61,1%	59,8%
Pathologisches Spielverhalten	65,8%	65,9%
Sonstiges	45,6%	51,5%

Unbek. 43 Einrichtungen (11,7% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N = 261 (93,5%), HORIZONT: N = 56 (70,9%), PATFAK: N = 8 (80,0%)

\* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 5.4: Eingesetztes System für Qualitätsmanagement

Art des Systems	West N = 176	Ost N = 122
EFQM	8,5%	0,0%
ISO 9000 ff.	5,1%	18,0%
Sonstige	29,5%	36,1%
Qualitätssicherungsprogramm der Sozialversicherungsträger	25,6%	20,5%
Kein System	35,8%	26,2%

Unbek.: 70 Einrichtungen (19,0% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N = 241 (86,4%), HORIZONT: N = 51 (64,6%), PATFAK: N = 6 (60,0%)

de bieten 52% der Einrichtungen im Osten und 43% der Einrichtungen im Westen an. An Krisen-Wochenend-Diensten beteiligen sich 21% der Einrichtungen in Ost und West.

### Qualitätsmanagement

Etwa 74% der Einrichtungen im Osten (2000: 42%) und 64% der Einrichtungen im Westen (2000: 41%) verwenden Qualitätsmanagementsysteme (Tabelle 5.4). Die Systeme EFQM und ISO 9000 ff. werden zusammen von etwa 15% der Einrichtungen eingesetzt. An einem Qualitätssicherungsprogramm der Sozialversicherungsträger nehmen etwa 20 bzw. 25% teil.

Rund zwei Drittel der Einrichtungen führen eine formalisierte Eingangsdiagnostik durch (Tabelle 5.5). Therapie- und Hilfeplanung erfolgen in 54% (West)

bzw. 43% (Ost) der Einrichtungen. Der Verlauf wird in 75% bzw. 70% regelmäßig dokumentiert. In über der Hälfte der Einrichtungen erfolgt regelmäßig eine Abschlussdokumentation. Seltener, in rund 30% der Einrichtungen, werden auch Therapieevaluationen und Katamnesen durchgeführt. Gegenüber dem Jahr 2000 haben Diagnostik und Hilfeplanung deutlich abgenommen.

### 5.2 Mitarbeiter

Für die folgenden Berechnungen sind die vorhandenen Mitarbeiter auf Vollzeitstellen umgerechnet. Dabei wurde die unterschiedliche wöchentliche Arbeitszeit in Ost und West berücksichtigt.

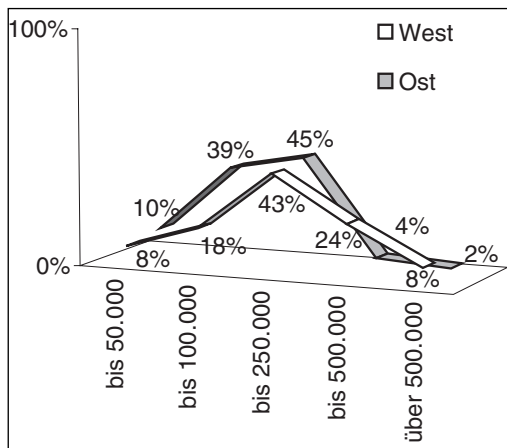


Abbildung 5.1: Größe der Versorgungsregion

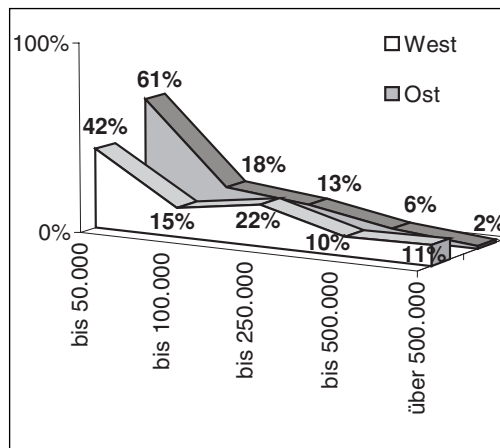


Abbildung 5.2: Einwohnerzahl am Sitz der Einrichtung

### Stellenanzahl

Die durchschnittliche personelle Besetzung pro Einrichtung (Teilzeitkräfte sind auf Vollzeitstellen umgerechnet) ist in 2001 im Vergleich zum Vorjahr im Osten etwas geringer und im Westen deutlich höher. Dies ist vor allem durch eine Zunahme bei den Diplom-Psychologen und Sozialarbeitern bedingt (Abbildung 5.3). Insgesamt hat eine durchschnittliche West-Einrichtung mit 7,38 Vollzeitstellen etwa 2,4 Stellen mehr als 2000. Die Einrichtungen im Osten haben durchschnittlich 4,30 Vollzeitstellen. Die starke Veränderung im Westen ist vermutlich durch den hohen Rückgang der fehlenden Angaben (von 56% in 2000 auf 18% in 2001) und durch Eingabefehler von erstmals teilnehmenden Einrichtungen (die Teilzeitstellen nicht nur mit der entsprechenden Stundenzahl,

sondern die Anzahl dieser Stellen nochmals in der Spalte »Vollzeitstellen« kodiert haben) bedingt und sollte nicht als Zunahme interpretiert werden.

### Berufsgruppen

Tabelle 5.6 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 57% gegenüber 44% in den neuen Bundesländern fällt ins Auge. Auf der anderen Seite liegt mit etwa 8% der Anteil des sonstigen Personals (z. B. Theologen), dessen formale Qualifikation keiner der therapeutischen Berufsgruppen ent-

Tabelle 5.5: Dokumentation

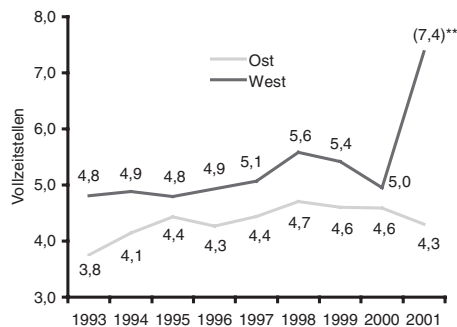
Art der Dokumentation	West N = 182	Ost N = 126
Formalisierte Eingangsdagnostik	64,8%	61,1%
Regelmäßiger Therapie-/Hilfeplan	53,8%	42,9%
Regelmäßige Verlaufsdokumentation	74,7%	69,8%
Regelmäßige Abschlussdokumentation	55,5%	52,4%
Evaluation und Katamnese	29,1%	27,8%

Unbek.: 60 Einrichtungen (16,3% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N = 249 (89,2%), HORIZONT: N = 54 (68,4%), PATFAK: N = 5 (50,0%)

\* Mehrfachnennungen möglich



\* Auf Volllzeitstellen umgerechnet.

\*\* vgl. Text

Abbildung 5.3: Personelle Besetzung je Einrichtung\*

spricht, 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 mit Verwaltungs- und technischen Aufgaben betraut.

### 5.3 Finanzierung

#### Gesamtetat

Nur etwa 45% der Einrichtungen haben Daten über ihre finanzielle Situation zur Verfügung gestellt (2000: 25%). Vergleicht man die Angaben zum Jahreshaushalt 2001 mit jenen in 2000, so zeigt sich in den alten und auch in den neuen Bundesländern ein deutlicher Rückgang von 9% (West) bzw. 10% (Ost) (Tabelle 5.7). Möglicherweise sind die Werte für

Tabelle 5.6: Durchschnittliche Anzahl der Mitarbeiter je Berufsgruppe und Einrichtung

Berufsgruppen	West N = 176		Ost N = 127		Gesamt N = 303	
Arzt	0,18	2,5%	0,09	2,1%	0,14	2,3%
Diplom-Psychologe	0,85	11,5%	0,43	10,0%	0,67	11,1%
Diplom-Pädagoge/Sozialwissenschaftler	0,42	5,8%	0,34	8,0%	0,39	6,4%
Sozialarbeiter/-pädagoge	4,18	56,7%	1,90	44,1%	3,22	53,0%
Erzieher	0,01	0,2%	0,10	2,4%	0,05	0,8%
Fachkraft für soziale Arbeit	0,08	1,0%	0,25	5,9%	0,12	2,5%
Krankenschwester/-pflege(helfe)r	0,01	0,1%	0,03	0,6%	0,02	0,3%
Ergo-/Arbeitstherapeut	0,01	0,1%	0,06	1,3%	0,03	0,5%
Kunst-/Musiktherapeut	0,00	0,0%	0,01	0,2%	0,00	0,1%
Sport-/Bewegungstherapeut	0,00	0,0%	0,01	0,2%	0,00	0,1%
Physiotherapeut	0,00	0,0%	0,01	0,2%	0,00	0,1%
Sonstige in Beratung/Therapie Tätige	0,05	0,6%	0,36	8,3%	0,18	2,9%
Zwischensumme (Stellen bzw. %)	5,80	78,6%	3,58	83,2%	4,87	80,0%
Ökonom/Betriebswirt	0,00	0,0%	0,04	0,9%	0,02	0,3%
Büro-/Verwaltungspersonal	1,14	15,4%	0,49	11,3%	0,86	14,2%
Technisches Personal/Wirtschaftsbereich	0,07	1,0%	0,04	0,8%	0,06	0,9%
Jahrespraktikanten/Azubi	0,27	3,7%	0,13	3,0%	0,21	3,5%
Zivildienstleistende	0,10	1,3%	0,03	0,7%	0,07	1,2%
Gesamt (Stellen bzw. %)	7,38	100%	4,30	100%	6,09	100%

Unbek.: 65 Einrichtungen (17,7% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N = 254 (91,0%), Horizont: N = 45 (57,0%), PATFAHK: N = 4 (40,0%)



Tabelle 5.7: Entwicklung des Jahreshaushalts pro Einrichtung seit 1994 (DM)

	1994	1996	1998	1999	2000	2001	Veränderung zu 2000
West	475.185	498.946	548.081	540.990	621.017	567.686	-8,6%
Ost	282.603	303.395	324.989	319.607	367.417	330.189	-10,1%

Unbek.: 205 Einrichtungen (55,7% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N = 140 (50,2%), HORIZONT: N = 17 (21,5%), PATFAK: N = 6 (60,0%)

Tabelle 5.8: Finanzierung durch die Kranken- und Rentenversicherung (Anteil am Jahreshaushalt)

	1994	1996	1998	1999	2000	2001
Anteil West	4,7%	6,5%	8,0%	8,5%	9,7%	10,8%
Anteil Ost	0,7%	2,0%	2,5%	2,0%	2,9%	3,2%

Unbek.: 205 Einrichtungen (55,7% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N = 140 (50,2%), HORIZONT: N = 17 (21,5%), PATFAK: N = 6 (60,0%)

Tabelle 5.9: Prävention

Prävention im Bereich	Anzahl der Maßnahmen	Durchschnittliche Anzahl erreichter Personen pro Maßnahme	Durchschnittlicher Zeitaufwand pro Maßnahme (Stunden)*
Kindergarten/Miniclub	0,7	23,7	4,9
Grundschule/Hort	1,4	22,6	7,7
Weiterführende Schule	11,4	30,9	5,5
Außerschulische Jugendarbeit	3,0	31,7	8,3
Betrieb/Verwaltung	3,9	22,2	6,5
Medizinische Einrichtung	1,1	23,5	4,3
Verband/Verein/Kommune	2,7	22,4	5,3
Sonstige spezifische Zielgruppe	7,0	26,0	6,5
Unspezifisch	1,4	64,9	16,7

Unbek.: 215 Einrichtungen (58,4% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N = 153 (54,8%), HORIZONT: N = 0 (0,0%), PATFAK: N = 0 (0,0%)

\* inklusive Vor- und Nachbereitung

2000 durch den sehr hohen Anteil fehlender Angaben verzerrt, da die Beträge von 2001 mit denjenigen von 1999 gut korrespondieren. Der Unterschied zwischen Ost und West ist weiterhin erheblich. Während einer Einrichtung im Westen rund 568.000 DM zur Verfügung standen, waren dies für eine Einrichtung im Osten etwa 330.000 DM.

### Finanzierung

Der Jahreshaushalt einer ambulanten Einrichtung setzt sich aus mehreren Finanzierungsbestandteilen zusammen. Eine in den letzten Jahren besonders zunehmende Finanzierungsquelle sind Mittel der Kranken- und Rentenversicherung (in der Regel Leistungen nach den Vereinbarungen zur ambulanten Reha-

bilitation). In den alten Bundesländern machen diese Einnahmen bereits 10,8% des Jahreshaushalts aus, das sind 1,1 Prozentpunkte mehr als 2000 (Tabelle 5.8). In den neuen Bundesländern liegt der Anteil erst bei 3,2%, damit um 0,3 Prozentpunkte höher. Allerdings haben etwa 56% der Einrichtungen keine Angaben gemacht (2000: 68%). Einen erheblicher Anteil des Haushaltes einer Einrichtung machen Eigenmittel aus, diese wurden aber bisher im Deutschen Kerndatensatz nicht erhoben.

#### 5.4 Prävention

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 Dokumentation geführt. Um bei Präventionsmaßnahmen junge Personen zu erreichen, bieten Veranstaltungen an Schulen die besten Voraussetzungen. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die Arbeit an Schulen bei den von den Einrichtungen durchgeführten Aktivitäten eine herausragende Bedeutung hat (Tabelle 5.9). Im Durchschnitt 11 durchgeführte Maßnahmen erreichen etwa je 31 Personen. Daneben ist insbesondere die Arbeit in Betrieben und die außerschulische Jugendarbeit von großer Bedeutung. Gegenüber 2000 ergeben sich nur geringe Veränderungen.

## 6 Daten zur Klientel (Statistik der Zugänge)

Das folgende Kapitel 6 enthält zentrale Angaben zur Klientel, die 2001 in ambulanten Einrichtungen in Deutschland eine Betreuung begonnen hat (*Zugänge*), sowie eine Auswahl wichtiger Trends. In Kapitel 7 werden die Interventionen für die in 2001 abgeschlossenen Betreuungen beschrieben (*Entlassungen*). Diese zwei Kapitel 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 zur Verfügung steht.<sup>3</sup>

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 eingebracht), werden in gesonderten Publikationen veröffentlicht.

### 6.1 Übersicht

Im Jahr 2001 wurden einschließlich der Einmalkontakte insgesamt 123.655 Personen in den ausgewerteten 368 Einrichtungen betreut. Von diesen haben 67.992 Personen (ohne Einmalkontakte) den Kontakt in 2001 aufgenommen (Zugänge 2000: 74.715, -9,0%; Einrichtungen 2000: 401, -8,2%). Im Kapitel 6 wird nur diese Gruppe der Zugänge analysiert, da sie mögliche Trends besser erkennen lässt als eine Gesamtbetrachtung aller Klienten, die teilweise über mehrere Jahre betreut werden.

#### Angehörige

Frauen suchen nicht nur wegen einer eigenen Störung um Unterstützung nach (Tabelle 6.1, Abbildung 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 Betreuung. Diese Verteilung hat sich gegenüber den beiden Vorjahren kaum verändert.

<sup>3</sup> Die Gesamtdatenbasis mit etwa 54 Tabellen steht in Form eines Tabellenbandes zur Verfügung, der im Internet zum Herunterladen bereitliegt ([www.ebis-ift.de](http://www.ebis-ift.de)). Alle Interessenten können die entsprechenden Daten auch von den Beteiligten der EBIS-Arbeitsgemeinschaft anfordern.

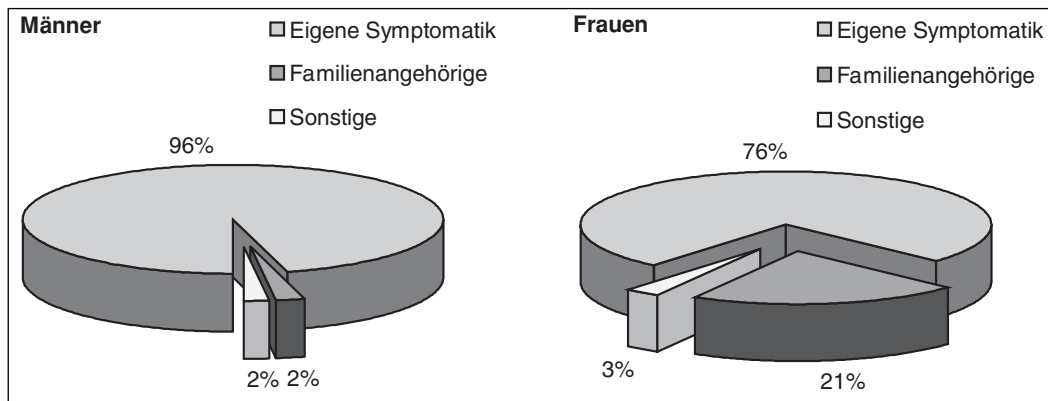


Abbildung 6.1: Klientengruppen und Geschlecht

### Primärer Hilfebedarf

Bei den Klienten mit einer eigenen Störung stehen legale Substanzen im Vordergrund, nämlich bei etwa 62% im Westen und bei fast 80% im Osten. Umgekehrt ist der Anteil von Klienten mit illegalem Drogenkonsum im Westen deutlich höher (31% versus 16%; Tabelle 6.2), was auch die noch geringere Verfügbarkeit illegaler Substanzen im Osten widerspiegelt. Die Kategorisierung der behandlungsbedürftigen Probleme erfolgt bei dieser Frage nach den Angaben der Klienten; Veränderungen gegenüber 2000 sind gering.

Bei den Angehörigen sind die Schwerpunkte ihres Hilfebedarfs anders verteilt: Sie suchen zwar auch vorwiegend Rat wegen Störungen bei Dritten durch legale Substanzen, aber im viel geringerem Umfang (46%). Im Osten ist bei Angehörigen von Klienten mit substanzbezogenen Störungen der Anteil illegaler Drogen höher als bei den selbst von der substanzbezogenen Störung betroffenen Klienten (38% vs. 16%) und auch höher als bei den Angehörigen im Westen. Im Westen kommt über ein Fünftel der Angehörigen nicht direkt wegen einer substanzbezogenen Störung eines Dritten in die Einrichtung, sondern aufgrund von damit zusammenhängenden »anderen Störungsbereichen«, etwa im Arbeits- oder finanziellen Bereich. Gegenüber 2000 haben die Werte für die Kategorien »legale« und »illegale Substanzen« um je etwa 5 Prozentpunkte zugenommen, die »anderen Störungsbereiche« um 8 Prozentpunkte abgenommen.

### 6.2 Verteilung der Hauptdiagnosen

#### Hinweise zur Methodik

In den Einrichtungen werden Diagnosen für Störungen im Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen, pathologischem Spielverhalten und Ess-Störungen 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 »Abhängigkeitssyndrom« 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 12 Monate aufgetreten ist, aber nicht mehr, wenn sie länger zurückliegt.

Die therapeuleitende Diagnose, z. B. eine Abhängigkeit von Opiaten, wird durch den Mitarbeiter zusätzlich als *Hauptdiagnose* gekennzeichnet. Dabei werden für die Auswertung die Diagnosen für schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit zusammengefasst. Pro Klient ist im Gegensatz zu den Einzeldiagnosen nur eine Hauptdiagnose möglich. Große Teile der Bundesauswertung nutzen diese Hauptdiagnose für eine Differenzierung der Klientel. In 2001 wurden unter den Zugängen mit einer eigenen Störung (61.484) in 84,3% der Fälle (51.840) eine Hauptdiagnose vergeben. Auf diese Gruppe bezieht sich der nachfolgende Text in den Abschnitten 6.2 bis 6.5.

Tabelle 6.1: Angehörige bzw. Klienten mit eigener Störung

Hauptdiagnose	West		Ost		Gesamt		Gesamt 2001		1999	1998
	M	F	M	F	M	F	%	Abs.	%	%
Eigene Symptomatik	95,8%	77,9%	95,6%	70,7%	95,7%	75,8%	90,4%	61.015	89,5%	89,3%
Familienangehörige	2,1%	19,7%	2,3%	25,3%	2,2%	21,3%	7,3%	4.910	7,3%	7,0%
Sonstige	2,1%	2,5%	2,1%	4,0%	2,1%	2,9%	2,3%	1.548	3,2%	3,7%
Gesamt	32.190	12.909	17.262	5.112	49.452	18.021	100%	67.473	69.294	80.493

Unbek.: 519 Klienten (0,8%) aller Klienten, bzw. 0 Klienten (0,0%) der ausgew. Einr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N = 274 (98,2%), HORIZONT: N = 75 (94,9%), PATFAK: N = 10 (100,0%)

Tabelle 6.2: Primärer Hilfebedarf\*

Primärer Hilfebedarf	West		Ost		Gesamt 2001		2000
	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<b>Klienten mit eigener Störung</b>							
Legale Substanzen	62,3%	20.488	79,8%	13.208	68,1%	33.696	67,3%
Illegale Substanzen	31,2%	10.256	15,7%	2.597	26,0%	12.853	26,2%
Ess-Störungen	2,2%	711	1,3%	215	1,9%	926	2,0%
Pathologisches Spielverhalten	2,3%	751	1,4%	236	2,0%	987	1,8%
Andere Störungsbereiche	2,1%	703	1,8%	298	2,0%	1.001	2,6%
Gesamt	100%	32.909	100%	16.554	100%	49.463	58.981
<b>Angehörige</b>							
Legale Substanzen	45,4%	1.058	47,4%	630	46,1%	1.688	41,3%
Illegale Substanzen	27,5%	640	37,9%	504	31,3%	1.144	26,4%
Ess-Störungen	3,5%	82	3,4%	45	3,5%	127	3,9%
Pathologisches Spielverhalten	2,2%	51	1,7%	23	2,0%	74	3,2%
Andere Störungsbereiche	21,4%	499	9,6%	127	17,1%	626	25,2%
Gesamt	100%	2.330	100%	1.329	100%	3.659	4.470

Unbek.: 13.310 Klienten (20,0%) aller Klienten, bzw. 12.803 Klienten (19,4%) der ausgew. Einr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N = 274 (98,2%), HORIZONT: N = 75 (94,9%), PATFAK: N = 10 (100,0%)

\* Keine Diagnosen, sondern Angaben der Klienten; 1999 noch nicht erfasst

### Hauptdiagnosen

Alkohol ist sowohl im Westen wie im Osten die »Problemsubstanz Nummer 1«. Alkoholbezogene Diagnosen stehen bei 79% der Klienten im Osten (2000: 80%) und 64% im Westen (2000: 65%) im Vordergrund (Abbildung 6.2). Die zweithäufigste Hauptdiagnose bezieht sich in den alten Bundesländern auf

Opiate (etwa 18% gegenüber nur 4% in den neuen Bundesländern). An dritter Stelle stehen cannabisbezogene Diagnosen mit je 7%. Die restlichen Diagnosegruppen spielen mit je 1 bis 3% nur eine geringe Rolle; Veränderungen gegenüber 2000 sind ebenfalls gering.

Die Verteilung aller Hauptdiagnosen nach Ge-

schlecht ist in Tabelle 6.3 dargestellt. Der Geschlechtereffekt zeigt sich in den Einrichtungen durchgängig bei Kokain, im Osten bei alkoholbezogenen Störungen und im Westen bei Opiaten und Cannabinoiden (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 als bei Männern auf.

Auch bei Ess-Störungen und pathologischem Spielverhalten finden sich Geschlechtsunterschiede. Ess-Störungen machen bei Frauen einen Anteil von etwa 7% der Hauptdiagnosen im Osten und 9% im Westen aus, während der Anteil bei den Männern lediglich je 0,2% beträgt. Pathologisches Spielverhalten ist im Westen bei etwa 3% und im Osten bei 2% der männlichen Klienten die Hauptdiagnose (Frauen je etwa 1%).

Betrachtet man die Veränderung der Verteilung der Hauptdiagnosen über die letzten drei Jahre (Tabelle 6.3), so fällt vor allem auf, dass der Anteil der alkoholbezogenen Diagnosen um zwei Prozentpunkte und der der opiatbezogenen Diagnosen um einen

Prozentpunkt abgenommen, während und der Anteil cannabisbezogener Diagnosen von 5,1% um zwei Prozentpunkte zugenommen hat. Die Hauptdiagnose »schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Stimulanzien« hat bei sehr geringen Ausgangswerten (0,8%) relativ am stärksten zugenommen und tritt inzwischen häufiger als die kokainbezogene Hauptdiagnose auf (2,3% versus 1,8%). Die Anteile der übrigen Hauptdiagnosen sind annähernd gleich geblieben.

In den folgenden Kapiteln werden einige Merkmale der Klientengruppen dargestellt, die sich anhand der verschiedenen Hauptdiagnosen bilden lassen. Da ein Großteil der Diagnosegruppen relativ selten ist, beschränkt sich diese Darstellung auf die fünf wichtigsten psychoaktiven Substanzen, nämlich Alkohol, Opiate, Cannabis, Kokain und Stimulanzien (Kapitel 6.3). Gesondert werden zusätzlich die Klientengruppen mit den Hauptdiagnosen Ess-Störungen (Kapitel 6.4) und Pathologisches Spielverhalten (Kapitel 6.5) dargestellt. Aus Gründen der Lesbarkeit werden jeweils nur Prozentangaben verwendet. Für die dazugehörigen Absolutzahlen verweisen wir auf den Tabellenband (Strobl et al., 2002).

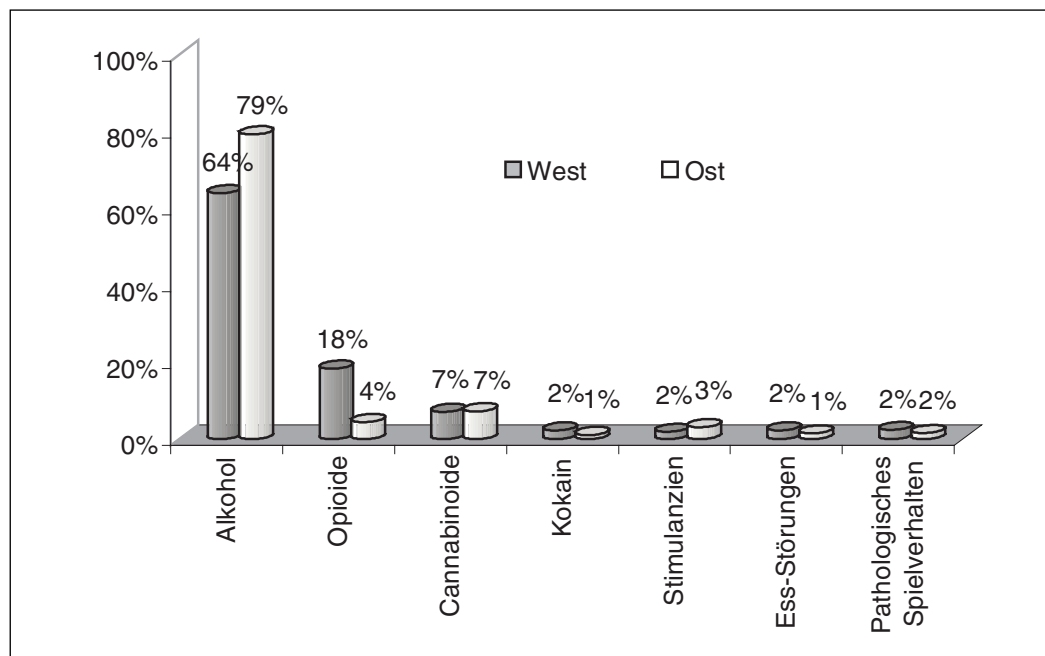


Abbildung 6.2: Hauptdiagnosen bei Klienten mit eigener Störung

Tabelle 6.3: Hauptdiagnosen und Geschlecht bei Klienten mit eigener Störung

Hauptdiagnose	West		Ost		Gesamt		Gesamt 2001		2000		1999	
	M	F	M	F	M	F	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.
Alkohol	64,3%	63,0%	81,3%	70,0%	70,4%	64,9%	69,2%	35.863	69,5%	40.054	71,5%	47.093
Opioide	19,0%	16,2%	4,1%	5,9%	13,6%	13,4%	13,6%	7.038	14,4%	8.278	14,8%	9.742
Cannabinoide	7,9%	4,6%	7,5%	6,0%	7,7%	5,0%	7,1%	3.700	6,3%	3.632	5,1%	3.343
Sedativa/ Hypnotika	0,5%	2,4%	0,4%	2,3%	0,5%	2,3%	0,9%	462	0,9%	526	0,9%	621
Kokain	2,5%	1,3%	1,1%	0,6%	2,0%	1,1%	1,8%	942	1,6%	935	1,8%	1.167
Stimulanzien	1,9%	1,8%	2,6%	5,2%	2,1%	2,8%	2,3%	1.185	1,8%	1.029	0,8%	530
Halluzinogene	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	114	0,2%	124	0,3%	192
Tabak	0,4%	0,8%	0,5%	1,0%	0,4%	0,9%	0,5%	257	0,4%	242	0,5%	321
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	11	0,0%	8	0,0%	12
And. bsvchothr. Substanzen	0,2%	0,2%	0,5%	0,4%	0,3%	0,2%	0,3%	155	0,7%	415	0,3%	195
Ess-Störungen	0,2%	8,5%	0,2%	7,2%	0,2%	8,1%	2,0%	1.029	2,3%	1.323	2,3%	1.503
Pathologisches Spielverhalten	2,8%	1,0%	1,7%	1,0%	2,4%	1,0%	2,1%	1.084	1,8%	1.055	1,8%	1.191
Gesamt	25.825	8.374	14.461	3.180	40.286	11.554	100%	51.840	100%	57.621	100%	65.910

Unbek.: 9.644 Klienten (15,7%) aller Klienten, bzw. 9.644 Klienten (15,7%) der ausgew. Eindr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 277 (99,3%), HORIZONT: N = 75 (94,9%), PATFAK: N = 10 (100,0%)

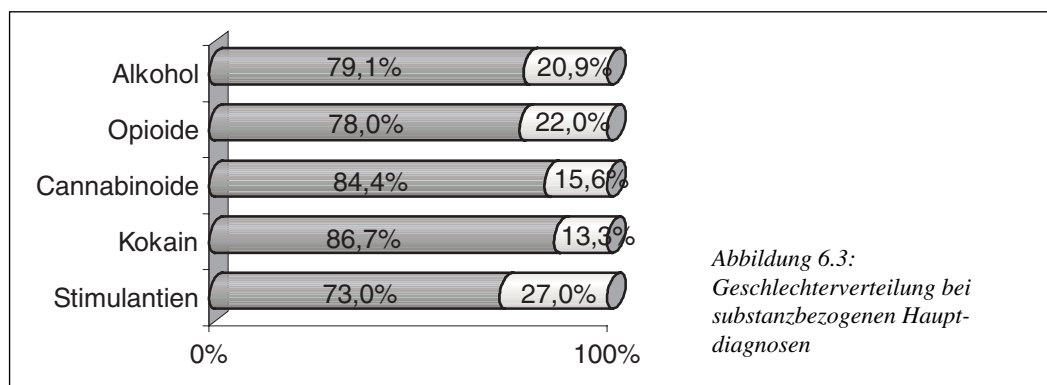


Abbildung 6.3:  
Geschlechterverteilung bei  
substanzbezogenen Haupt-  
diagnosen

### 6.3 Beschreibung der Klientel nach Hauptdiagnosen: Substanzbezogene Störungen

Seit 2000 werden hier auch Klienten mit der Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Stimulanzien beschrieben. Damit können MDMA und verwandte Substanzen (Ecstasy) eindeutig klassifiziert werden.

#### Geschlecht

Störungen durch legale oder illegale Substanzen betreffen überwiegend Männer (Abbildung 6.3): Die Unterschiede zwischen den 5 Substanzgruppen sind dabei erstaunlich gering: Der höchste Männeranteil ist bei Kokain zu finden (87%), der geringste bei Stimulanzien (73%). Gegenüber 2000 ist der Männeranteil geringfügig angestiegen (Ausnahme: Kokain).

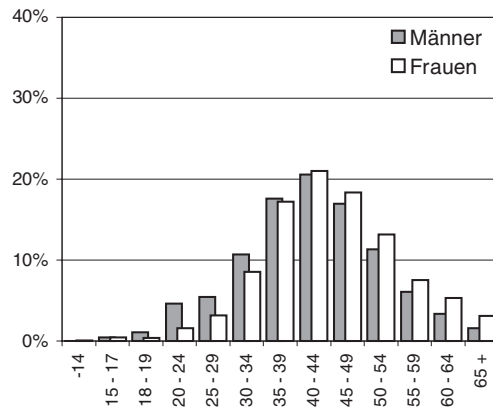
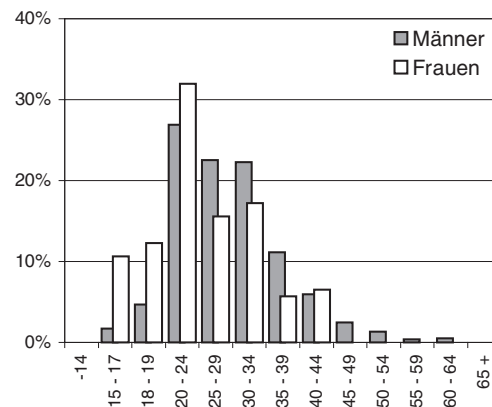
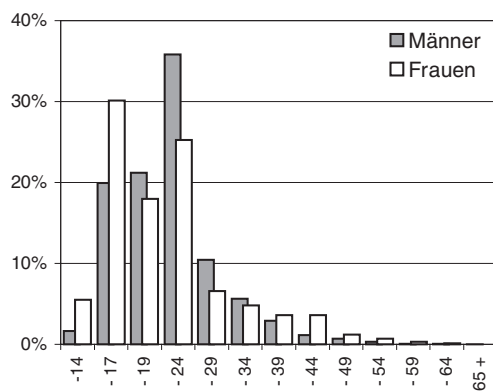
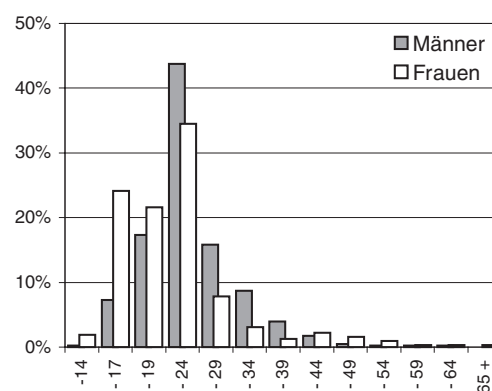
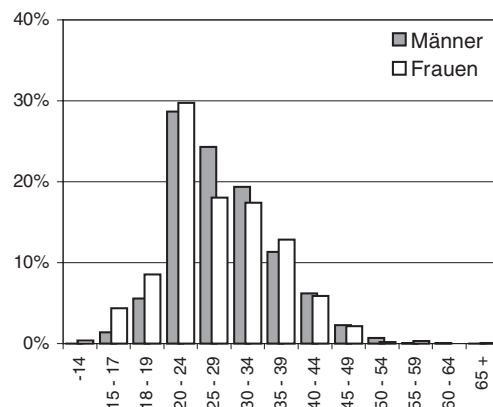
**Alkohol****Kokain****Cannabis****Stimulanzien****Opiate**

Abbildung 6.4:  
Altersverteilung bei substanzbezogenen  
Hauptdiagnosen

### Alter bei Betreuungsbeginn

In Abbildung 6.4 ist die Altersverteilung für die verschiedenen Hauptdiagnosen dargestellt. Bei Alkohol ist ein Maximum der Klienten in der Altersgruppe 40 bis 44 Jahre zu finden. Unter 30 und über 55 Jahren sind nur wenige Klienten mit einer primären Alkoholdiagnose in Betreuung. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist die Gruppe der 30- bis 60-Jährigen deutlich überrepräsentiert, die Gruppe der unter 30-Jährigen dagegen unterrepräsentiert. Gravierende Unterschiede zwischen den Geschlechtern ergeben sich nicht, Frauen sind in der Tendenz unter 40 seltener und ab 40 häufiger als Männer vertreten.

Auch die vier illegalen Substanzen weisen jeweils ein sehr typisches Muster auf. Cannabis, das in der Regel als erste illegale Substanz konsumiert wird, tritt als Hauptdiagnose vor allem in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre auf. Nur eine Minderheit der Personen mit einer cannabisbezogenen Hauptdiagnose ist älter. Frauen mit dieser Diagnose sind etwas jünger als die männlichen Klienten. Der Altersschwerpunkt liegt bei den Frauen bei den 14- bis 17-Jährigen, bei den Männern dagegen bei den 18- bis 29-Jährigen. Dies entspricht der Erfahrung, dass Entwicklungsprozesse in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter bei Mädchen und jungen Frauen um ein bis zwei Jahre früher stattfinden als bei den Männern.

Ähnlich wie bei Cannabis sieht es bei den Stimulanzien aus, auch hier liegt der Schwerpunkt in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre. Bei den Personen mit einer Hauptdiagnose betreffend Cannabis und Stimulanzien sind die 14- bis 30-Jährigen deutlich über-

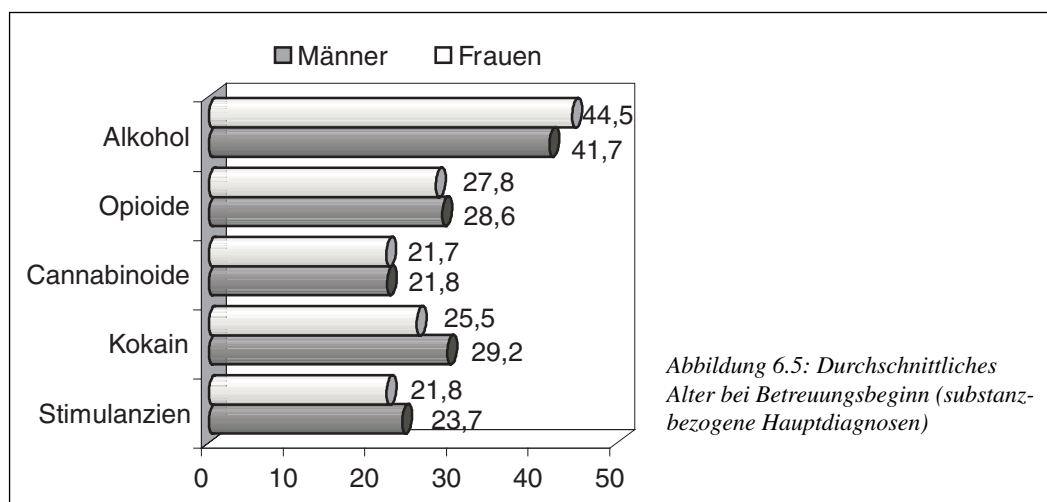
und die anderen Altersgruppen unterrepräsentiert. Frauen mit dieser Diagnose sind insgesamt etwas jünger als die männlichen Klienten.

Demgegenüber liegt der Altersschwerpunkt für Opiate wie für Kokain bei 20 bis 34 Jahren. Verglichen mit der Altersverteilung in der Gesamtbevölkerung ist die Altersgruppe der 20- bis 40-Jährigen stark überrepräsentiert, die anderen Altersgruppen sind dagegen deutlich unterrepräsentiert. Bei beiden Substanzen zeigt sich, dass Frauen in den jüngeren Altersgruppen bis 25 Jahre einen höheren Anteil als Männer stellen. Über dieser Altersgrenze ist es umgekehrt.

In Abbildung 6.5 ist das durchschnittliche Alter bei Beginn der Betreuung in dieser Einrichtung für die verschiedenen Substanzen dargestellt. Das Alter für Klienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen liegt – trotz aller neuen Ansätze zur Frühintervention – nach wie vor mit 42 bzw. 45 Jahren sehr hoch.

### Alter bei Erstkonsum

Cannabis, Alkohol und Stimulanzien werden schon mit 16 bis 18 Jahren als erste psychotrope Substanzen konsumiert (Abbildung 6.6). 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. Zwischen Erstkonsum und Behandlungsbeginn in einer Einrichtung liegen bei den alkoholbezogenen Hauptdiagnosen rund 25 Jahre, bei Klienten mit der Hauptdiagnose Opiate oder Cannabis etwa 5 bis 8 Jahre, bei der Hauptdiagnose Stimulanzien etwa 3 bis 5 Jahre.





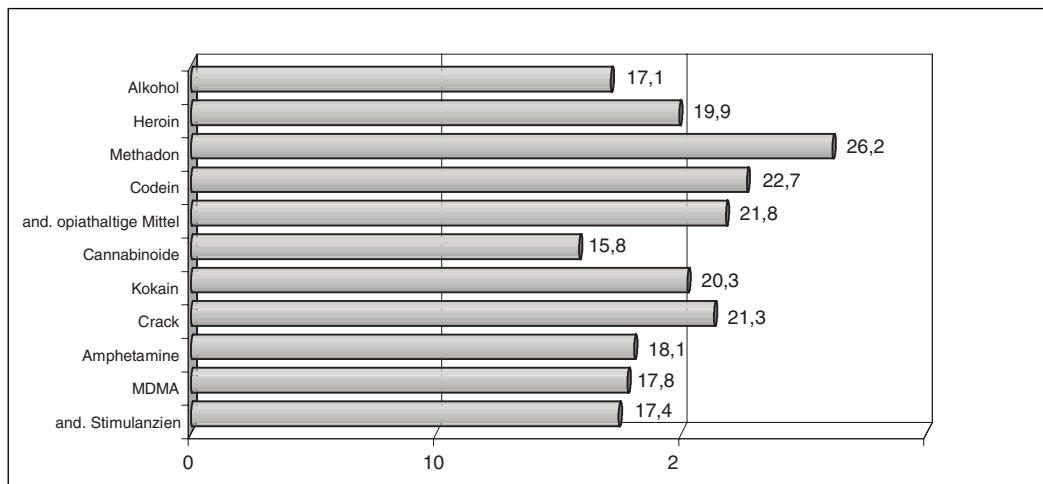


Abbildung 6.6: Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum der einzelnen Substanzklassen mit Missbrauchsverhalten (Einzeldiagnosen)

Das höhere Alter bei Methadon gibt den durchschnittlichen Beginn einer Substitution in Deutschland wieder.

#### Lebens- und Wohnsituation

Beim Familienstand zeigt sich, dass Personen mit Alkoholstörungen häufig in zumindest formal stabilen Beziehungen leben (Abbildung 6.7): 33% der Männer und 40% der Frauen sind verheiratet. Dagegen ist der Anteil der verheirateten Klienten bei den Konsumenten illegaler Drogen mit 4% bis 10% sehr gering. Während sich der hohe Anteil Lediger bei Cannabis und Stimulanzien 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: Fast die Hälfte von ihnen (47%) lebt mit einem Partner zusammen. Für Klienten mit Hauptdiagnosen bezüglich Opiate und Kokain gilt dies nur für knapp ein Viertel bzw. ein Fünftel. Bei den hauptsächlich Cannabis und Stimulanzien konsumierenden spiegelt sich bei der Lebenssituation wiederum das junge Durchschnittsalter wider: 50% bzw. 38% leben mit den Eltern zusammen. Von den Opiatklienten leben 26% mit den Eltern und von den Kokainklienten nur 18%.

In Bezug auf die Daten zur Wohnsituation beste-

hen für 2001 Auswertungsprobleme, da die Kategorien »selbstständiges 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 84% der Männer und 93% der Frauen mit alkoholbezogenen Problemen in einer eigenen Wohnung leben, während das bei den illegalen Substanzen deutlich weniger sind (teilweise wiederum durch das geringere Alter bedingt) (Abbildung 6.8).

Von den opiatabhängigen Klienten wohnt die Hälfte der Männer und zwei Drittel der Frauen selbstständig bzw. bei den Eltern (Abbildung 6.8). Rund ein Viertel der Klienten wohnt bei anderen Personen. 15% der Männer befinden sich in einer Justizvollzugsanstalt. Kokainabhängige Frauen wohnen ebenfalls häufiger als die Männer selbstständig bzw. bei den Eltern (63% vs. 44%). Ein Drittel der männlichen Klienten mit Kokainproblematik ist zum Zeitpunkt der Betreuung in einer Justizvollzugsanstalt.

Ein besonders bedeutsamer Punkt ist der Anteil der Klientinnen, die ohne Partner, aber mit Kindern leben. Dies sind bei Frauen mit einer Alkohol-Hauptdiagnose immerhin 13%, einer Opiatdiagnose 12% und einer Kokaindiagnose rund 11%. Zu der ohnehin

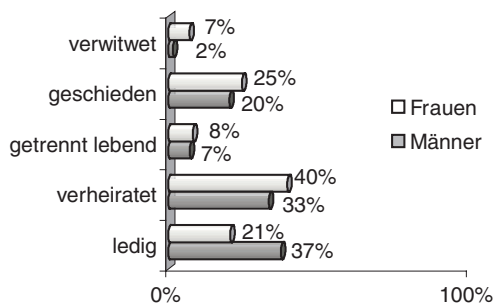
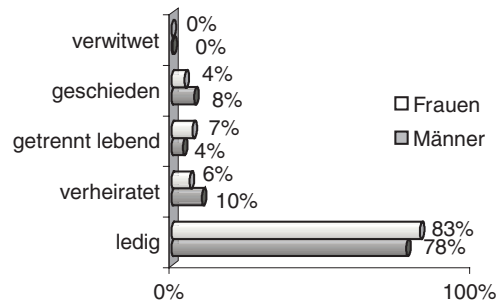
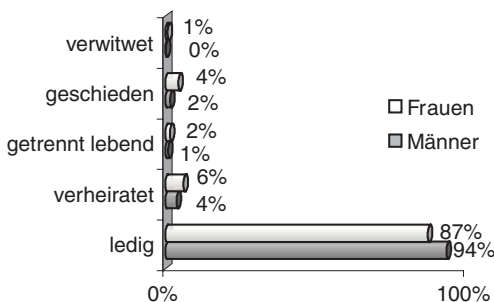
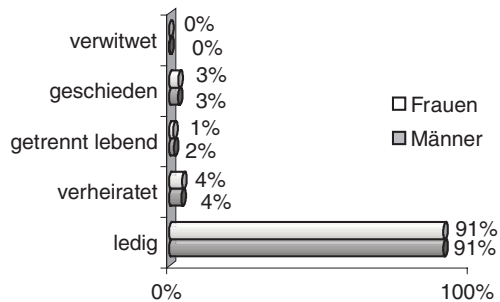
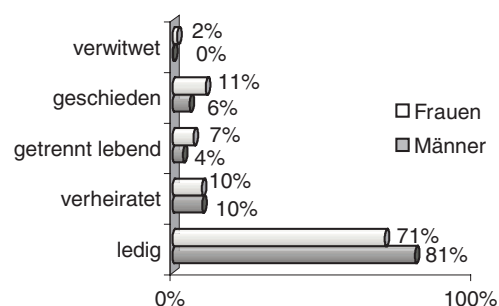
**Alkohol****Kokain****Cannabis****Stimulanzen****Opiate**

Abbildung 6.7:  
Familienstand bei substanzbezogenen  
Hauptdiagnosen

schon belastenden Situation als allein erziehender Elternteil kommt hier noch die substanzbezogene Störung hinzu, was sicherlich sowohl für die Mütter als auch für die betroffenen Kinder extrem schwierig ist. Väter geraten weit weniger häufig in diese besondere Situation, was mit der immer noch gängigen Praxis, die Sorge um Kinder fast ausschließlich den Frauen anzuvertrauen, zusammenhängen dürfte. Aus

diesen Daten wird ersichtlich, dass zum einen spezielle Angebote für die Kinder von Abhängigen vermehrt bereitgestellt werden müssen, um in dieser Risikogruppe möglichst auch präventiv tätig werden zu können. Zum anderen ist auch der Situation der suchtkranken Elternteile Rechnung zu tragen, die ihre Kinder allein erziehen.

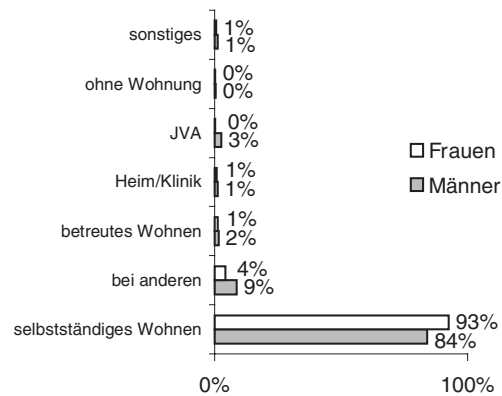
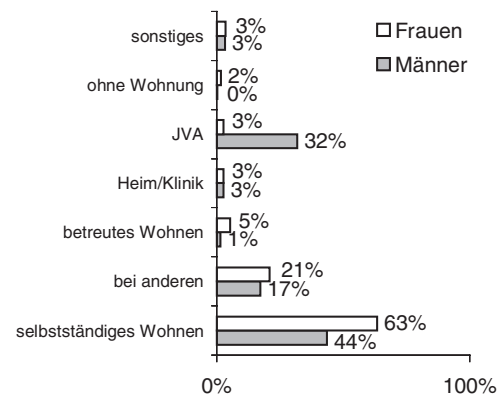
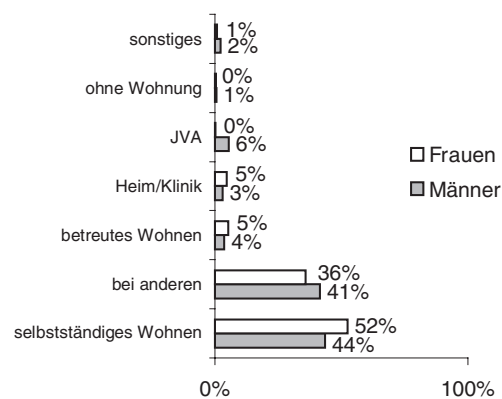
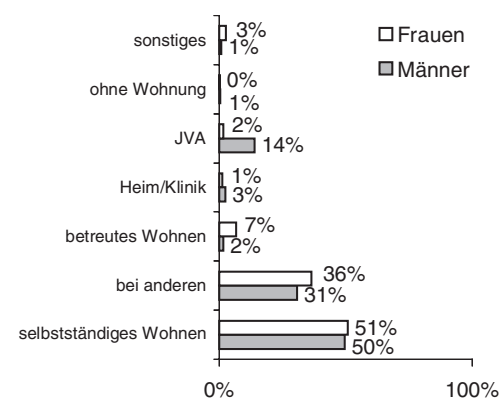
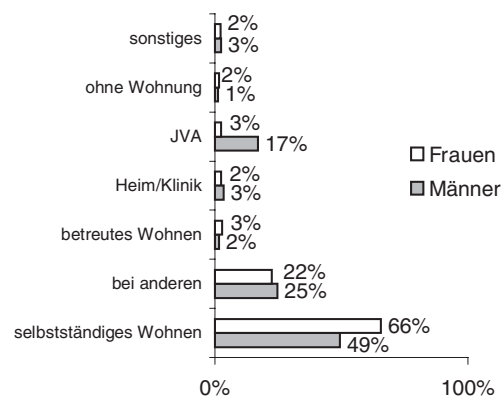
**Alkohol****Kokain****Cannabis****Stimulanzen****Opiate**

Abbildung 6.8:  
Wohnsituation bei substanzbezogenen  
Hauptdiagnosen

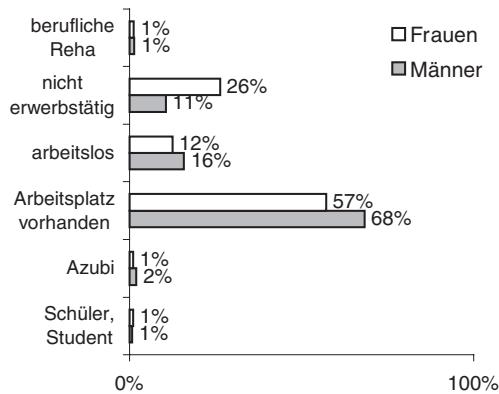
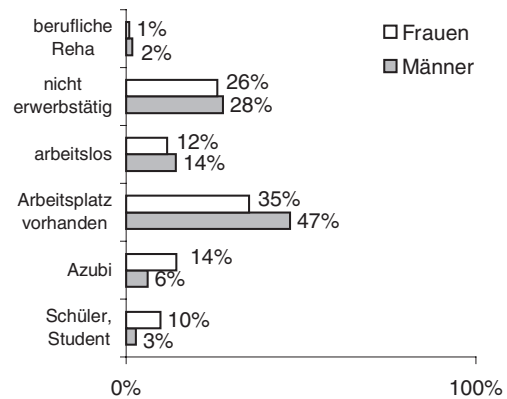
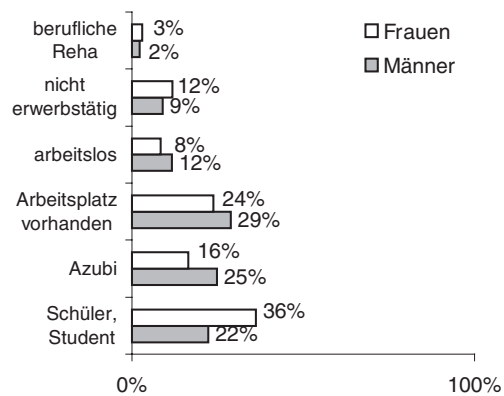
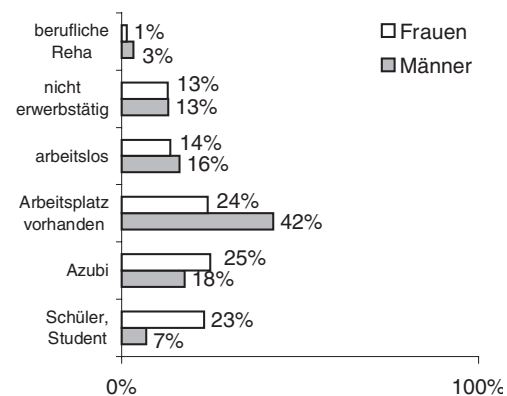
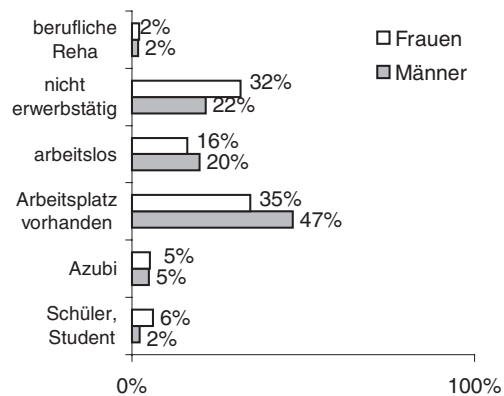
**Alkohol****Kokain****Cannabis****Stimulanzen****Opiate**

Abbildung 6.9:  
Berufliche Integration bei substanzbezogenen  
Hauptdiagnosen

### Schulausbildung

Zur Schulausbildung 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 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 Schulausbildung sind und wie viele keinen Schulabschluss haben: 40% der Alkoholklienten haben mindestens einen Realschulabschluss (49% der Frauen und 42% der Männer). Etwa die Hälfte sowohl der Männer wie auch der Frauen hat einen Hauptschulabschluss. Bei den Opiatabhängigen haben 34% der Frauen und nur 19% der Männer mindestens Realschulabschluss. Die Hälfte der Frauen und 62% der Männer haben einen Hauptschulabschluss. Etwa 13% der Männer und 10% der Frauen sind ohne Schulabschluss.

Bei Cannabis haben 31% der Männer und 34% der Frauen zumindest Realschulabschluss. 30% bzw. 40% haben einen Hauptschulabschluss. 22% bzw. 36% sind aktuell noch in Schulausbildung. Von den Kokainklienten haben 35% der Frauen und 31% der Männer mindestens Realschulabschluss. Jeweils die Hälfte hat einen Hauptschulabschluss. Ohne Schulabschluss sind etwa 11% der Männer und 6% der Frauen. Bei den Stimulanzien haben 39% (Frauen) und 31% (Männer) mindestens Realschulabschluss, 33% bzw. 51% haben Hauptschulabschluss und 23% bzw. 7% sind noch in Schulausbildung.

### Berufliche Integration

Angesichts ihrer insgesamt schwierigen Situation überrascht es nicht, dass sich der Anteil der Arbeitslos gemeldeten und Nichterwerbstätigen bei Opiatabhängigen auf 42% bei den Männern und 48% bei den Frauen addiert (Abbildung 6.9). Der Anteil an Personen, die einen Arbeitsplatz haben, liegt bei 35% der Frauen und 47% der Männer. Hierbei werden jedoch auch zeitweilige Arbeitsverhältnisse mitgezählt. Aus diesen Gründen bedarf es hier besonderer Integrationshilfen und Fördermaßnahmen. Den höchsten Anteil an Personen mit einem Arbeitsplatz findet man bei den Alkoholklienten (57% der Frauen und 68% der Männer). Hier gibt es mit einem Anteil von 26% auch viele nichterwerbstätige Frauen; die Hälfte davon (13%) sind Hausfrauen. Von den Kokainklienten hat fast die Hälfte der Männer und etwas mehr als ein Drittel der Frauen einen Arbeitsplatz. Mit 42% bei

den Männern und 38% 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: 47% der Männer und 52% der Frauen sind noch in Ausbildung. Bei Stimulanzien sind es 48% der Frauen und 25% der Männer. Bei den Männern mit primär stimulantienbedingter Problematik haben 42% 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 18. Lebensjahr Alkohol, sind verheiratet oder ledig, wohnen selbstständig und haben einen Arbeitsplatz.
- Klienten mit opiatbezogener Hauptdiagnose sind überwiegend männlich, Ende 20, konsumieren seit ihrem 20. Lebensjahr Heroin, sind ledig, wohnen selbstständig oder bei anderen, haben einen Arbeitsplatz oder sind arbeitslos.
- 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 in Ausbildung oder haben einen Arbeitsplatz.
- Klienten mit kokainbezogener Hauptdiagnose sind überwiegend männlich, Ende 20, konsumieren seit ihrem 21. Lebensjahr Kokain, sind ledig, wohnen selbstständig oder sind derzeit in einer JVA, haben einen Arbeitsplatz oder sind nicht erwerbstätig.
- Klienten mit stimulantienbezogener Hauptdiagnose sind überwiegend männlich, Anfang bis Mitte 20, konsumieren seit ihrem 18. Lebensjahr Stimulanzien, sind ledig, wohnen selbstständig, bei den Eltern oder bei anderen, haben einen Arbeitsplatz oder machen eine Lehre.

### 6.4 Beschreibung der Klientel nach Hauptdiagnosen: Ess-Störungen

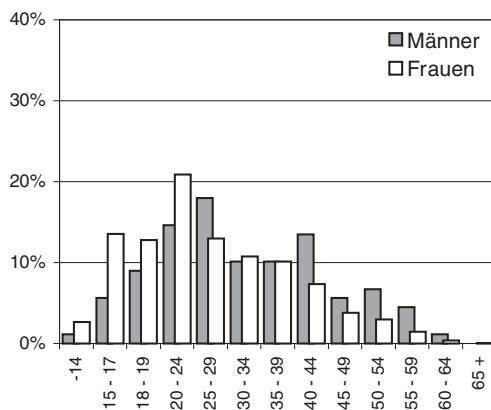
Rund 60% der Einrichtungen nennen Klienten mit Ess-Störungen als eine Zielgruppe ihrer Einrichtung (vgl. Tabelle 5.3). Es handelt sich um einen Störungsbereich, der auch in allgemein-medizinischen, psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bzw. durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten behandelt wird. Die relativ kleine Absolutzahl

dieser Klienten (2001: 1.029 Hauptdiagnosen Ess-Störungen) erlauben daher keine Rückschlüsse auf die Anzahl der behandelten Personen in Deutschland. Die Behandlung der sehr unterschiedlichen Ess-Störungen erfordert ein hoch spezialisiertes und weit über das therapeutische Suchtkonzept hinausgehendes Fachwissen, das nur in wenigen Einrichtungen vorhanden sein dürfte.

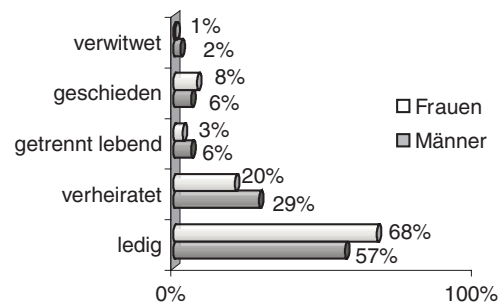
Ess-Störungen betreffen nach wie vor überwiegend Frauen. Nur etwa 9% der Klienten mit einer primären Ess-Störung in ambulanter Betreuung sind Männer. Die Altersverteilung in dieser Gruppe ist breit gestreut und relativ gleichmäßig verteilt (Abbil-

dung 6.10). Die Jüngsten sind unter 14 Jahre, am häufigsten kommen Personen zwischen 20 bis 29 Jahren in die Einrichtungen. Darüber hinaus finden sich jedoch auch noch Klientinnen mit 40 und mehr Jahren in Betreuung. Die Lebensumstände dieser Personen-gruppe unterscheiden sich von den Personen mit substanzbezogenen Problemen. Fast 70% sind ledig, etwa ein Fünftel (22,6%) lebt allein, fast drei Viertel wohnen selbstständig. Was die berufliche Integration betrifft, stellt sich die Lage der Klientinnen mit Ess-Störungen recht positiv dar. Mehr als 50% der Frauen haben einen Arbeitsplatz oder machen eine Lehre, 28% sind noch in Schulausbildung (Abbildung 6.10).

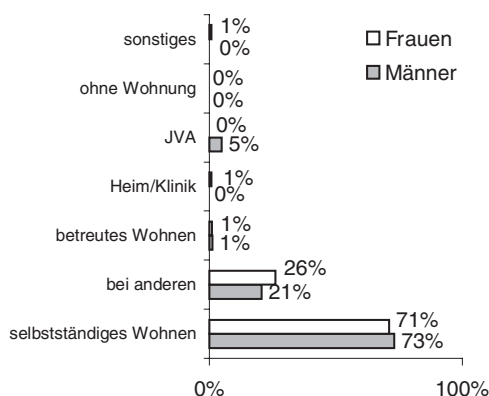
### Alter



### Familienstand



### Wohnsituation



### Berufliche Integration

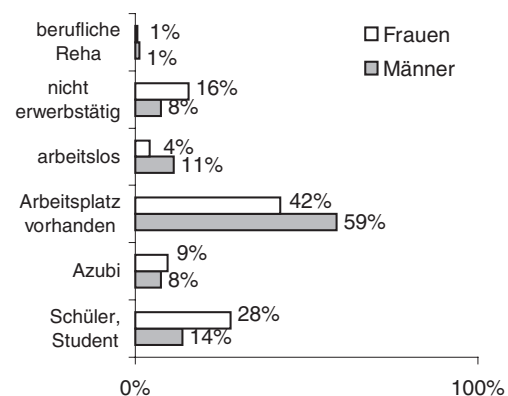


Abbildung 6.10: Klienten mit Ess-Störungen als Hauptdiagnose

### 6.5 Beschreibung der Klientel nach Hauptdiagnosen: Pathologisches Spielverhalten

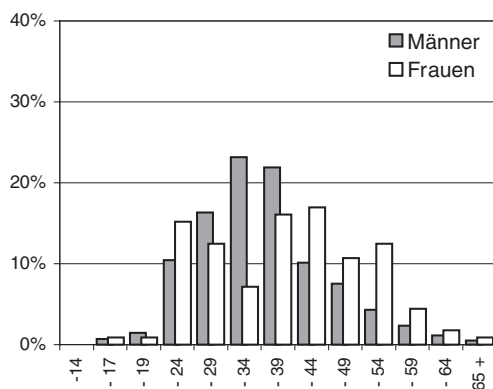
Pathologisches Spielverhalten betrifft hauptsächlich Männer. Nur 10% der Klienten mit dieser Hauptdiagnose sind weiblichen Geschlechts. Der Altersschwerpunkt liegt zwischen 25 und 39 Jahren (Abbildung 6.11). Wie auch bei den Ess-Störungen befinden sich auch noch Klienten über 50 in Betreuung. Knapp ein Drittel der Männer ist verheiratet, 54% sind ledig. Jeder Zweite lebt mit einer Partnerin bzw. mit einem Partner zusammen (47,8%). Die Wohnsituation ist bei nahezu allen Klienten gesichert. Die Erwerbs-

situation ist ebenfalls als vergleichsweise gut zu bezeichnen: 74% der Männer haben einen Arbeitsplatz, 11% sind arbeitslos.

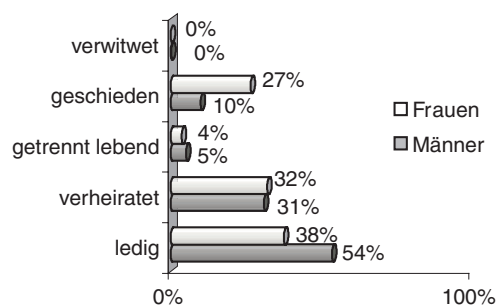
### 6.6 Trendanalysen zu Einzel- und Hauptdiagnosen 1994–2001

Bei den Einzeldiagnosen wird gemäß ICD-10 zwischen »schädlichem Gebrauch« und »Abhängigkeit« unterschieden. Die im Folgenden dargestellten Daten über zeitliche Verläufe beziehen sich für jede einzelne Störungen ausschließlich auf die Diagnose »Abhängigkeitssyndrom«. Zusätzlich wurden zum Ver-

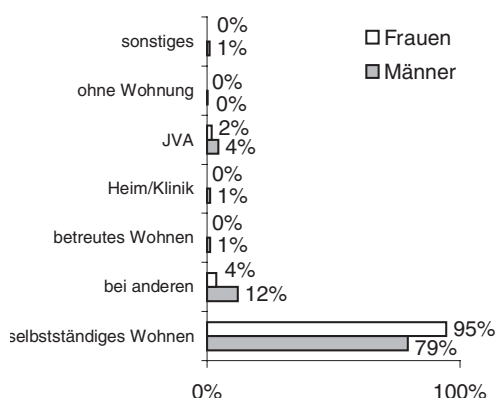
#### Alter



#### Familienstand



#### Wohnsituation



#### Berufliche Integration

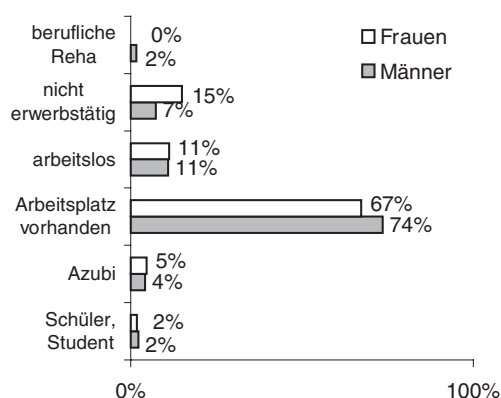
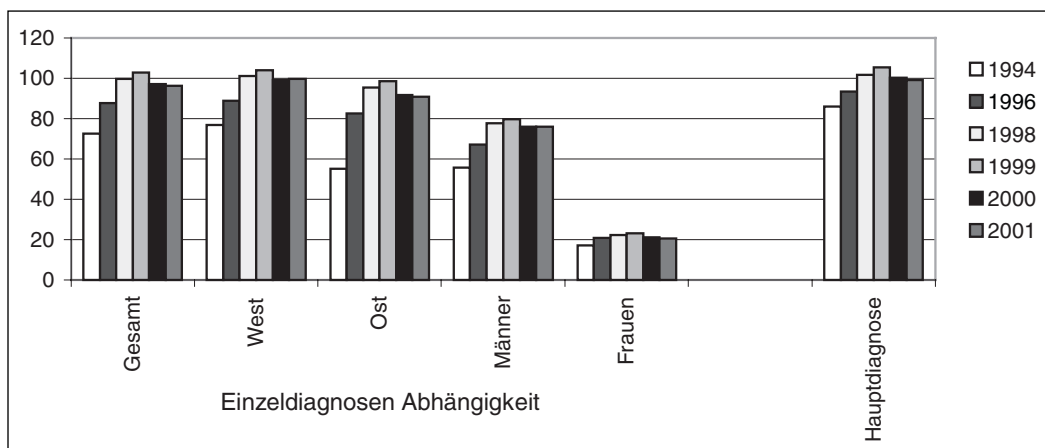


Abbildung 6.11: Klienten mit pathologischem Spielverhalten als Hauptdiagnose



Einzeldiagnosen	1994	1996	1998	1999	2000	2001	Veränderung zu 2000
Gesamt	72,5	87,6	99,6	102,8	96,9	96,2	–0,8%
West	76,8	88,9	100,9	104,0	98,9	99,7	0,8%*
Ost	55,0	82,6	95,3	98,4	91,5	90,9	–0,7%*
Männer	55,5	67,0	77,5	79,6	75,9	75,8	–0,2%
Frauen	17,2	20,8	22,3	23,2	21,0	20,4	–2,8%
Hauptdiagnosen	86,0	93,2	101,8	105,4	100,1	105,4	–5,0% –1,1%

\* Die Veränderungen in Ost und West ergänzen sich nicht wie die von Männern und Frauen zur Gesamtveränderung, da unterschiedliche Einrichtungszahlen zugrunde liegen.

Abbildung 6.12: Entwicklung alkoholbezogener Einzel- und Hauptdiagnosen 1994–2001

gleich 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. Auf mögliche Einschränkungen der Interpretation ab dem Jahr 2000 wird hingewiesen (vgl. Kapitel 3.6).

#### Alkoholbezogene Störungen

Alkohol ist nach wie vor die am häufigsten genannte Substanz. 96-mal je Einrichtung wurde 2001 eine alkoholbezogene Abhängigkeitsdiagnose gestellt (Abbildung 6.12). In 2001 ist damit die Zahl der Klienten mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit gegenüber dem Vorjahr nahezu stabil geblieben. Die Zahl

der Klienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose blieb ebenfalls fast unverändert (–1,1%).

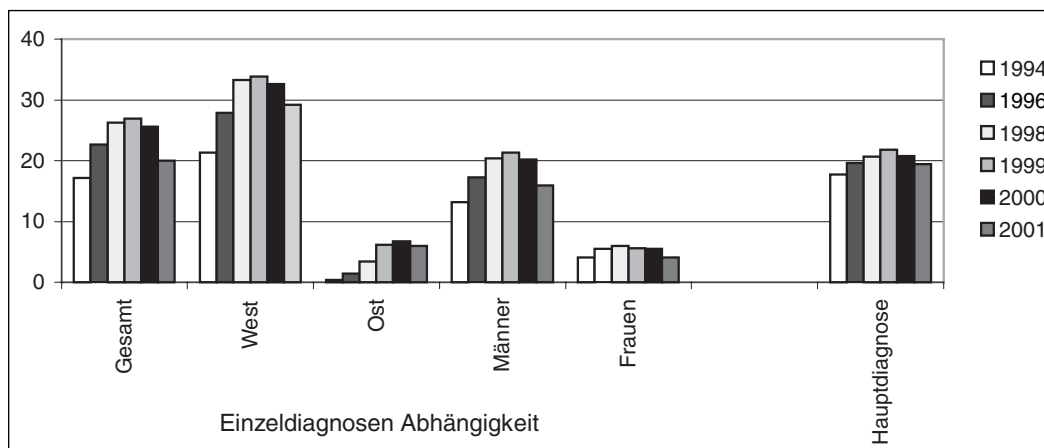
#### Opiatbezogene Störungen

Im illegalen Bereich spielen Opiate die größte Rolle. Rund 20 Einzeldiagnosen je Einrichtung wurden 2001 für diese Substanzgruppe gestellt (Abbildung 6.13). Sowohl im Westen wie auch im Osten zeigt sich ein deutlicher Rückgang dieser Diagnosen (–11%). Auch die Zahl der Klienten mit der Hauptdiagnose Opiate ist um 6% zurückgegangen.

#### Cannabisbezogene Störungen

Eine erneute Steigerung zeigt sich 2001 bei den Hauptdiagnosen je Einrichtung (um 12,6%). Seit 1984 haben sich die Werte für die Hauptdiagnosen





Einzeldiagnosen	1994	1996	1998	1999	2000	2001	Veränderung zu 2000
Gesamt	17,2	22,6	26,3	26,9	25,6	20,0	–22,1%
West	21,3	27,9	33,2	33,8	32,6	29,2	–10,6%*
Ost	0,4	1,4	3,4	6,2	6,7	6,0	–10,7%*
Männer	13,1	17,2	20,3	21,3	20,1	15,9	–21,2%
Frauen	4,1	5,5	6,0	5,6	5,5	4,1	–25,4%
Hauptdiagnose (n)	17,7	19,6	20,6	21,8	20,7	19,4	–6,1%

\* Die Veränderungen in Ost und West ergänzen sich nicht wie die von Männern und Frauen zur Gesamtveränderung, da unterschiedliche Einrichtungszahlen zugrunde liegen.

Abbildung 6.13: Entwicklung opiatbezogener Einzel- und Hauptdiagnosen 1994–2001

fast vervierfacht. Die Zahl der Einzeldiagnosen hat dagegen um insgesamt 13,0% abgenommen (Abbildung 6.14). Dieser Rückgang ist vermutlich auch Folge des Rückgangs der Zahl der Opiatabhängigen, da bei rund einem Drittel der Klienten mit einer Cannabis-Einzeldiagnose eine opiatbezogene Hauptdiagnose im Vordergrund steht.

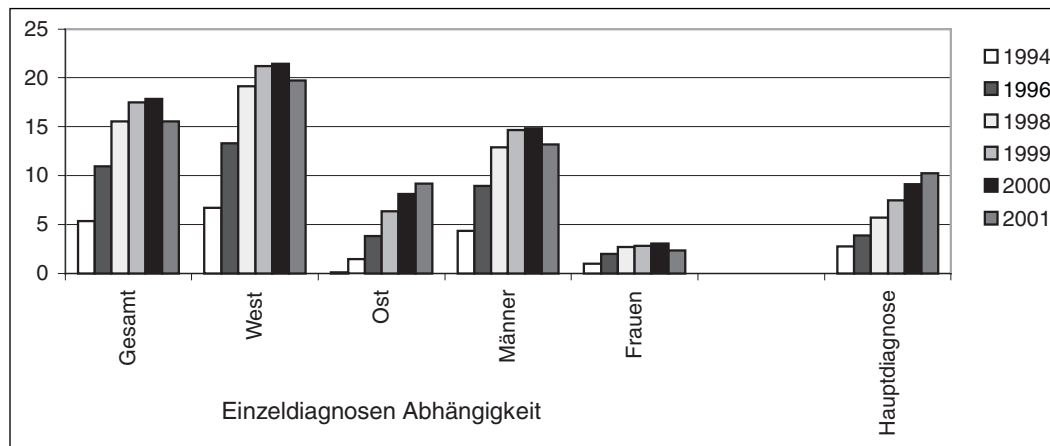
#### Kokainbezogene Störungen

Der schädliche bzw. abhängige Konsum von Kokain ist als Hauptdiagnose relativ selten. Die Einzeldiagnose wurde 2001 mehr als dreimal so häufig gestellt wie die Hauptdiagnose (Abbildung 6.15). Dies bedeutet, dass Kokain von den Klienten meist im »Beikonsum« verwendet wird. Rund 50% der Kokainabhängigen haben eine opiatbezogene Hauptdiagnose.

Die Zahl der Einzeldiagnosen nahm deutlich ab (–22%), was wie bei den Cannabis-Einzeldiagnosen auch durch den Rückgang der Zahl der Opiathauptdiagnosen bedingt ist.

#### 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 Stimulanzen codiert – wird für Trendanalysen vorläufig mit folgender Hilfskonstruktion gearbeitet: Nennungen für Ecstasy konnten bis 1999 unter den Kategorien »Andere



Einzeldiagnosen	1994	1996	1998	1999	2000	2001	Veränderung zu 2000
Gesamt	5,4	10,9	15,6	17,5	17,9	15,5	-13,0%
West	6,7	13,3	19,1	21,2	21,4	19,7	-7,9%*
Ost	0,1	1,4	3,8	6,4	8,1	9,1	12,4%*
Männer	4,4	8,9	12,9	14,7	14,8	13,2	-11,2%
Frauen	1,0	2,0	2,7	2,8	3,0	2,4	-21,6%
Hauptdiagnose (n)	2,8	3,9	5,7	7,5	9,1	10,2	12,6%

\* Die Veränderungen in Ost und West ergänzen sich nicht wie die von Männern und Frauen zur Gesamtveränderung, da unterschiedliche Einrichtungszahlen zugrunde liegen.

Abbildung 6.14: Entwicklung cannabisbezogener Einzel- und Hauptdiagnosen 1994–2001

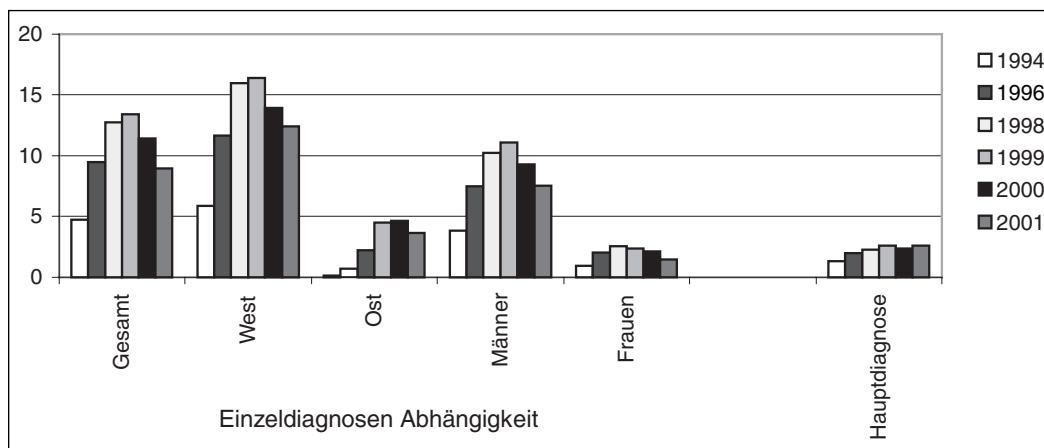
Stimulanzen«, »Halluzinogene« und »Andere Psychotrope Substanzen« codiert werden. Daher wurden diese drei Kategorien zur Kategorie »Ecstasy und Substanzen im Umfeld« zusammengefasst. Dadurch entstehen zwar nur Annäherungswerte, im Hinblick auf die gesundheitspolitische Bedeutung der Designerdrogen erschien aber die Aufnahme dieser Mischkategorie angezeigt. Bei Ecstasy und verwandten Substanzen sind bei den Einzeldiagnosen im Westen deutliche (-12,1%) und im Osten leichte (-5,9%) Abnahmen festzustellen (Abbildung 6.16). Die Anzahl der Hauptdiagnosen ist dagegen leicht gestiegen. Für Stimulanzen alleine (ab 2000 wird Ecstasy hier codiert) liegen die Werte bei 5,7 Einzeldiagnosen (2000: 6,2) und 3,3 Hauptdiagnosen pro Einrichtung (2000: 2,6).

### Ess-Störungen

In den letzten vier Jahren ist die Zahl der Klientinnen und Klienten, die primär wegen Ess-Störungen in Betreuung waren (Hauptdiagnose), recht stabil auf sehr niedrigem Niveau geblieben (Abbildung 6.17). Der Anteil dieser Fälle beträgt seit Jahren rund 3% der Hauptdiagnosen. Zu den Einzeldiagnosen lässt sich 2001 aufgrund eines unerklärten Datenfehlers keine Aussage machen.

### Pathologisches Spielverhalten

Die Zahl der Hauptdiagnosen ist bei geringen Ausgangswerten um 14% gestiegen (Abbildung 6.18). Die Zahl der Einzeldiagnosen ist 2001 im Westen konstant geblieben und im Osten etwas gesunken. Langfristig schwanken alle Werte zwischen etwa 2,5% und 3,5%, ohne dass ein Trend erkennbar ist.



Einzel Diagnosen	1994	1996	1998	1999	2000	2001	Veränderung zu 2000
Gesamt	4,7	9,5	12,7	13,4	11,4	8,9	–21,7%
West	5,8	11,6	15,9	16,4	13,9	12,4	–10,8%*
Ost	0,1	0,7	2,2	4,5	4,6	3,7	–21,4%*
Männer	3,8	7,5	10,2	11,1	9,3	7,5	–19,1%
Frauen	0,9	2,0	2,5	2,4	2,1	1,4	–32,9%
Hauptdiagnose (n)	1,3	2,0	2,3	2,6	2,3	2,6	11,3%

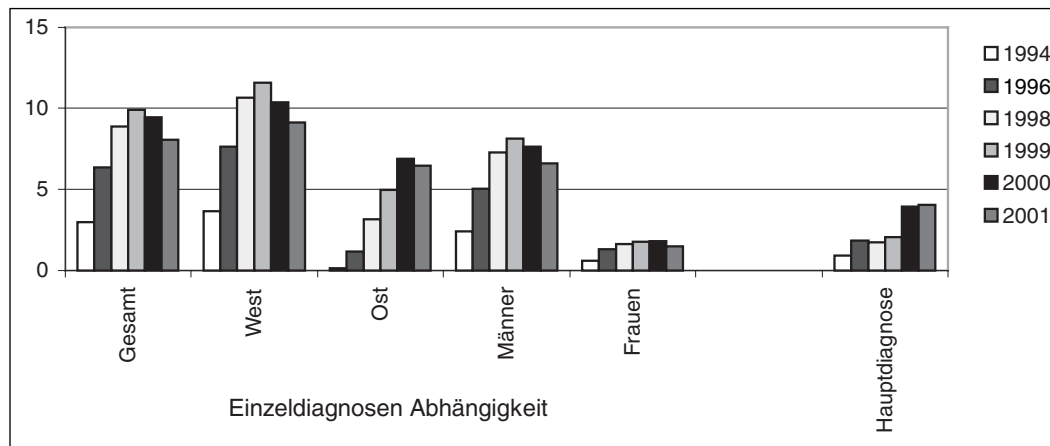
\* Die Veränderungen in Ost und West ergänzen sich nicht wie die von Männern und Frauen zur Gesamtveränderung, da unterschiedliche Einrichtungszahlen zugrunde liegen.

Abbildung 6.15: Entwicklung kokainbezogener Einzel- und Hauptdiagnosen 1994–2001

### Schlussfolgerungen

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Anzahl der Einzeldiagnosen Alkohol konstant bleibt, während die Zahl der Klienten mit einer Einzeldiagnose illegale Drogen abnimmt. Dass diese Werte zurückgehen, erklärt sich auch dadurch, dass vor allem die Zahl der Opiat-Hauptdiagnosen zurückgeht. Klienten mit einer solchen Hauptdiagnose haben zusätzlich zu etwa einem Drittel eine Einzeldiagnose Cannabis, zur Hälfte eine Einzeldiagnose Kokain und zu einem Viertel eine Einzeldiagnose Stimulanzien.

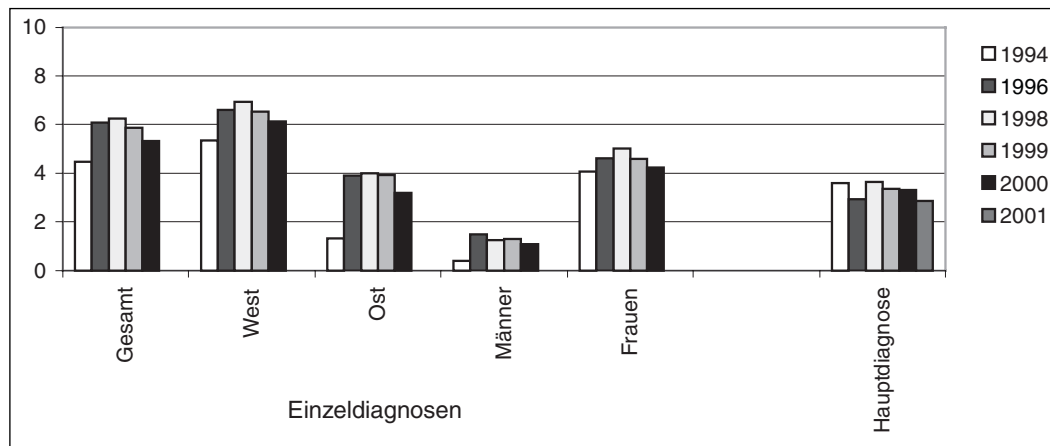
Der Rückgang der Opiatabhängigen in ambulanten psychosozialen Einrichtungen (bei unveränderten Prävalenzwerten in der Bevölkerung) liegt wahrscheinlich daran, dass immer mehr Opiatabhängige an substitionsgestützten Behandlungen in speziellen Substitutionsambulanzen oder Arztpraxen teilnehmen und sich diese Stellen – zumindest bisher – kaum an einem standardisierten Dokumentationsverfahren beteiligen.



Einzel Diagnosen	1994	1996	1998	1999	2000	2001	Veränderung zu 2000
Gesamt	3,0	6,3	8,9	9,9	9,4	8,1	-14,5%
West	3,7	7,6	10,6	11,6	10,4	9,1	-12,1%*
Ost	0,2	1,2	3,1	5,0	6,9	6,5	-5,9%*
Männer	2,4	5,0	7,3	8,1	7,6	6,6	-13,6%
Frauen	0,6	1,3	1,6	1,8	1,8	1,5	-18,4%
Hauptdiagnose (n)	0,9	1,9	1,7	2,1	3,9	4,0	2,5%

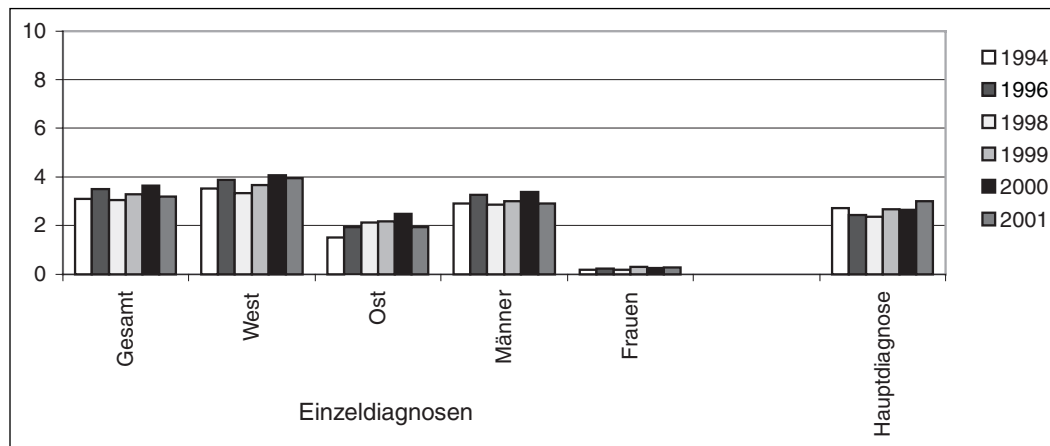
\* Die Veränderungen in Ost und West ergänzen sich nicht wie die von Männern und Frauen zur Gesamtveränderung, da unterschiedliche Einrichtungszahlen zugrunde liegen.

Abbildung 6.16: Entwicklung von Ecstasy und Substanzen im Umfeld: Einzel- und Hauptdiagnosen 1994–2001



Einzel- und Hauptdiagnosen	1994	1996	1998	1999	2000	2001	Veränderung zu 2000
Gesamt	4,5	6,1	6,2	5,9	5,3		
West	5,3	6,6	6,9	6,5	6,1		
Ost	1,3	3,9	4,0	3,9	3,2		
Männer	0,4	1,5	1,3	1,3	1,1		
Frauen	4,1	4,6	5,0	4,6	4,2		
Hauptdiagnose (n)	3,6	2,9	3,6	3,4	3,3	2,8	–14,7%

Abbildung 6.17: Entwicklung der Ess-Störungen: Einzel- und Hauptdiagnosen 1994–2001



Einzel- und Hauptdiagnosen	1994	1996	1998	1999	2000	2001	Veränderung zu 2000
Gesamt	3,1	3,5	3,0	3,3	3,6	3,2	-12,5%
West	3,5	3,9	3,3	3,7	4,1	3,9	-3,1%*
Ost	1,5	1,9	2,1	2,2	2,5	1,9	-21,4%*
Männer	2,9	3,2	2,9	3,0	3,4	2,9	-14,4%
Frauen	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	13,4%
Hauptdiagnose (n)	2,7	2,4	2,4	2,7	2,6	3,0	13,5%

\* Die Veränderungen in Ost und West ergänzen sich nicht wie die von Männern und Frauen zur Gesamtveränderung, da unterschiedliche Einrichtungszahlen zugrunde liegen.

Abbildung 6.18: Entwicklung des pathologischen Spielverhaltens: Einzel- und Hauptdiagnosen 1994–2001

## 7 Daten zu Interventionen (Statistik der Entlassungen)

Die Daten zu den Interventionen in den Kapiteln 7.2 bis 7.4 beziehen sich auf alle Klienten, die in 2001 ihre Betreuung beendet haben (unabhängig vom Grund der Entlassung). Insgesamt schlossen 59.747 Klienten ihre Betreuung in 2001 ab, davon hatten 43.684 Klienten eine der fünf häufigsten Hauptdiagnosen (alkoholbezogen, opiatbezogen, cannabisbezogen, kokainbezogen oder stimulantienbezogen), 934 Klienten waren wegen einer Ess-Störung in Betreuung und 849 wegen pathologischem Spielverhalten.

Tabelle 7.1: Maßnahmen

Maßnahmen in der Einrichtung*	Männer	Frauen	Gesamt 2001 %	Abs.	2000 %
Einzelberatung	75,6%	75,3%	75,5%	40.899	88,5%
Gruppenberatung	19,6%	17,5%	19,1%	10.340	22,9%
Partner-/Familienberatung	18,3%	22,2%	19,2%	10.386	23,4%
Psych./med./soz. Untersuchung (Diagnostik)	35,1%	36,0%	35,3%	19.147	38,1%
Krisenintervention	22,7%	30,7%	24,5%	13.290	28,2%
Einzeltherapie	11,4%	16,4%	12,6%	6.803	15,2%
Gruppentherapie	7,2%	9,2%	7,7%	4.145	8,7%
Partner-/Familietherapie	2,2%	3,3%	2,4%	1.309	2,9%
Aufsuchende Betreuung	9,3%	8,2%	9,0%	4.885	9,7%
Seelsorge/Sterbebegleitung	0,5%	0,7%	0,6%	315	0,7%
Beistand vor Gericht/Polizei	4,8%	2,3%	4,2%	2.291	4,7%
Hilfen beim Umgang mit Behörden	19,8%	14,7%	18,7%	10.123	22,8%
Hilfen im Bereich Wohnen	4,5%	5,1%	4,6%	2.503	5,2%
Hilfen im Bereich Arbeit/Schule	7,2%	7,6%	7,3%	3.940	8,4%
Hilfen im Bereich soz. Beziehungen	12,9%	15,5%	13,5%	7.316	15,0%
Hilfen im Bereich Finanzen	3,5%	3,6%	3,5%	1.922	3,9%
Vermittlung in Entzug	11,9%	11,5%	11,8%	6.413	11,9%
Vermittlung in ambulante Beratung	4,4%	5,6%	4,7%	2.520	4,8%
Vermittlung in stationäre Therapie (Entwöhnung)	20,9%	17,6%	20,2%	10.920	22,1%
Vorbereitung/Durchführung Kombitherapie	0,4%	0,4%	0,4%	242	0,4%
Sonstige Hilfsmaßnahmen	6,2%	5,8%	6,1%	3.321	7,5%
<b>Gesamt</b>	<b>42.006</b>	<b>12.171</b>	<b>100%</b>	<b>54.177</b>	<b>56.898</b>

Unbek.: 7.307 Klienten (11,9%) aller Klienten, bzw. 0 Klienten (0,0%) der ausgew. Einr., da Mehrfachnennungen

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N = 277 (99,3%), HORIZONT: N = 76 (96,2%), PATFAK: N = 10 (100,0%)

\* Mehrfachnennungen möglich

### 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 genutzt (etwa 75%), während Gruppenberatung nur bei etwa 19% der Betroffenen stattfindet. Etwa 13% der Klienten sind in Einzeltherapie; Therapien für Gruppen oder für Familien werden seltener eingesetzt. 25% erhalten eine Krisenintervention. Etwas häufiger, in 37% der Fälle, wird eine Vermittlung vorbereitet bzw. durchgeführt. Felder »klassischer« Sozialarbeit, wie z. B. fachliche Hilfen in schwierigen Lebenslagen, stel-

len 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«).

Eine gewisse Unschärfe zwischen Beratung und Behandlung ergibt sich dadurch, dass einzelne Einrichtungen aus konzeptionellen Gründen oder Dienstanweisungen auch eindeutige Behandlungsleistungen als »Beratung« verschlüsseln. Gegenüber 2000 sind die Leistungen vor allem in den Bereichen Krisenintervention, Beratung und Behandlung zurückgegangen (je 10–15%).

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 Betreuungsform an Bedeutung. Damit einher ging auch die Einführung entsprechender Qualitätsstandards (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 Alkoholklienten in dieser Form behandelt, 2000 6,3% und 2001 7,0% (9,1% der Frauen und 6,5% der Männer). Die Unterschiede begründen sich in einer Änderung der Erhebungsform: Die Daten von 1999 beziehen 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. Da insbesondere Mütter kaum in der Lage sind, eine Abwesenheit von zu Hause für eine stationäre Behandlung zu organisieren, stellt die »Ambulante Rehabilitation« eine gute Behandlungsalternative für diese Gruppe dar.

Im Anschluss folgt die Beschreibung des Betreuungsverlaufs bei den Hauptdiagnosen nach ICD-10 für die zahlenmäßig wichtigsten Substanzgruppen Alkohol, Opiate, Cannabis, Kokain und Stimulanzien (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 Ess-Störungen und pathologisches Spielverhalten (Kap. 7.3 und 7.4) dargestellt.

## 7.2 Substanzbezogene Hauptdiagnosen

### Vorbehandlungen

Während bei Cannabis etwa 80% der Klienten erstmals in Betreuung sind und bei Stimulanzien rund zwei Drittel, sind es bei den Opiatabhängigen nur etwa 30% (Tabelle 7.2). Bei Alkohol und Kokain befinden sich etwa 45% bzw. 55% der Klienten erstmalig in einer ambulanten Spezialeinrichtung. Daraus lässt sich schließen, dass insbesondere Opiatabhängige in hohem Maß wiederholt ambulant behandelt werden, Personen mit Cannabisproblemen eher selten. Geschlechtsunterschiede sind eher gering. Betrachtet man den Verlauf über die letzten fünf Jahre, so gibt es insgesamt wenig Veränderungen. Alle Substanzgruppen zeigen über die Jahre eine Erhöhung des Anteils Erstbehandelter von 3 bis 5 Prozentpunkten; seit 2000 gehen nur die Werte für Kokain und Stimulanzien leicht zurück. Weiterhin zeigt sich die Tendenz, dass die Unterschiede im Anteil zwischen Männer und Frauen bei Alkohol und Opiaten zurückgehen.

Frühere Therapieversuche beziehen sich vor allem auf ambulante Suchtberatung, Entzug und stationäre Entwöhnung (Tabelle 7.3). Hohe Werte liegen insbesondere für Alkohol und Opiate vor, sowohl für die ambulante Suchtberatung (etwa 25% bzw. 45%), für den stationären Entzug (33% bzw. 42%) als auch für die stationäre Entwöhnung (18% bzw. 29%). Bei Cannabis zeigen sich die niedrigsten Werte.

### Aufnahme

Die Aufnahme der Klienten erfolgt überwiegend freiwillig (Tabelle 7.4). Über alle Substanzen hinweg zeigt sich ein Geschlechtsunterschied dahin gehend, 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 Alkoholklienten. Bei Klienten mit opiatbezogener Hauptdiagnose spielen strafrechtliche Gründe eine große Rolle: Rund 9% der Männer und 11% der Frauen kommen aufgrund von juristischen Bedingungen und Auflagen (zumeist Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz) in die Suchthilfeeinrichtung. Am häufigsten ist dies bei männlichen Kokain-Klienten (23%) und männlichen Stimulanzienklienten (26%). In der Regel handelt es sich dabei um eine Zurückstellung der Strafverfolgung zum Zweck der Therapie.

Zwischen 20% und fast 50% der Klienten kom-



Tabelle 7.2: Anteil der Erstbehandelten an den jeweiligen substanzbezogenen Hauptdiagnosen

		1997	1998	1999	2000	2001
Alkohol	M	44%	44%	43%	45%	47%
	F	37%	36%	36%	40%	41%
Opiate	M	29%	27%	29%	28%	32%
	F	25%	23%	25%	27%	30%
Cannabis	M	77%	77%	74%	77%	79%
	F	78%	74%	72%	82%	82%
Kokain	M	51%	50%	51%	57%	53%
	F	47%	45%	45%	55%	54%
Stimulanzen	M				65%	62%
	F				70%	70%

Unbek.: 5.437 Klienten (11,2%) aller Klienten, bzw. 1.167 Klienten (2,6%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 263 (94,3%), HORIZONT: N = 74 (93,7%), PATFAK: N = 1 (10,0%)

Tabelle 7.3: Vorbehandlungen

Frühere Behandlungen*	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzen	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Ambulante Suchtberatung	24,7%	26,9%	44,8%	46,3%	13,6%	9,8%	32,7%	29,3%	23,7%	10,6%
Stationärer Entzug	31,6%	36,3%	41,6%	44,0%	7,8%	6,8%	21,6%	30,2%	18,3%	15,6%
Ambulante Substitution	0,4%	0,3%	27,1%	31,8%	0,7%	0,6%	4,7%	8,6%	0,9%	0,4%
Ambulante Entwöhnung	3,1%	4,5%	3,5%	5,0%	0,6%	0,0%	2,7%	7,8%	1,4%	0,4%
Teilstationäre Entwöhnung	0,6%	0,7%	1,4%	1,2%	0,1%	0,0%	2,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Stationäre Entwöhnung	17,2%	19,6%	28,3%	29,6%	3,1%	2,2%	18,8%	19,0%	9,9%	3,8%
Suchtbezogene Selbsthilfegruppe	8,2%	10,9%	2,6%	2,1%	0,6%	0,4%	1,3%	3,4%	1,8%	0,4%
Nichtsuchtspezifische Institution	2,9%	3,9%	2,5%	3,7%	1,8%	2,0%	1,6%	2,6%	1,6%	3,0%
Gesamt	24.222	6.371	4.829	1.357	2.653	500	741	116	737	263

Keine Vorbehandlung/keine Angabe: 6.939 Klienten (14,2%) aller Klienten, bzw. 0 Klienten (0,0%) der ausgew. Einr., da Mehrfachnennungen

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N = 222 (79,6%), HORIZONT: N = 35 (44,3%), PATFAK: N = 9 (90,0%)

\* Mehrfachnennungen möglich

men ohne Vermittlung; nur bei Cannabis- und Stimulanzen-Hauptdiagnosen (nur Frauen) stellen Vermittlungen durch Angehörige einen größeren Anteil (Tabelle 7.5). Der zweithäufigste Vermittler neben den Angehörigen sind bei allen männlichen Klienten und bei weiblichen Kokainklientinnen Justizbehörde

und Soziale Verwaltung (15% bis 24%). Bei den Frauen sind es neben den Bezugspersonen vor allem niedergelassene Ärzte, bei Alkohol auch Krankenhäuser und stationäre Suchthilfeeinrichtungen.

Tabelle 7.4: Aufnahmegrund

Aufnahmegrund	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Freiwillige Behandlung	88,9%	95,6%	78,8%	86,2%	73,6%	87,1%	75,6%	89,1%	71,8%	86,6%
§§ 35–38 BtmG	0,2%	0,1%	11,3%	5,8%	5,9%	3,1%	12,8%	6,9%	10,1%	1,3%
Andere strafrechtl. Grundlage	4,5%	1,0%	6,4%	3,6%	13,0%	4,2%	9,1%	3,0%	14,0%	3,8%
Zivilrechtliche Grundlage	4,6%	1,9%	1,1%	1,4%	2,5%	1,1%	0,6%	0,0%	1,9%	2,9%
Unterbringung (Psych-KK, LUG)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%
Sonstige Gründe	1,7%	1,3%	2,4%	3,0%	4,8%	4,4%	1,9%	1,0%	1,9%	5,4%
Gesamt	22.562	5.930	4.140	1.150	2.379	451	648	101	684	239

Unbek.: 10.444 Klienten (21,4%) aller Klienten, bzw. 874 Klienten (2,2%) der ausgew. Einr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N = 209 (74,9%), HORIZONT: N = 31 (39,2%), PATFAK: N = 9 (90,0%)

Tabelle 7.5: Vermittlung

Vermittlung durch	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Ohne Vermittlung	22,7%	26,2%	42,9%	39,2%	22,2%	23,9%	47,5%	43,4%	28,3%	20,5%
Angehörige / Freunde / Bekannte	12,8%	15,4%	12,3%	16,9%	27,0%	33,1%	9,3%	18,9%	21,3%	36,0%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	5,8%	4,3%	1,3%	1,6%	6,0%	9,4%	1,7%	2,8%	4,3%	4,7%
Niedergel. Arzt/ Psychotherapeut	9,8%	12,9%	13,5%	16,8%	3,6%	5,7%	3,2%	1,9%	3,8%	5,8%
Krankenhaus	9,2%	11,5%	1,8%	1,8%	1,6%	3,3%	1,7%	1,9%	3,1%	2,2%
Stationäre Suchteinrichtung	7,3%	9,7%	3,4%	3,9%	1,0%	1,0%	4,0%	2,8%	3,4%	5,0%
Suchtberatung	1,3%	1,6%	2,8%	2,6%	0,8%	1,2%	3,8%	3,8%	2,4%	0,7%
Andere Beratungsdienste	7,2%	7,7%	3,6%	5,7%	9,9%	11,9%	4,0%	6,6%	6,5%	11,9%
Justizbehörde / Soziale Verwaltung	15,2%	4,2%	16,0%	9,6%	23,5%	6,7%	23,1%	12,3%	23,5%	8,6%
Abstinenz- / Selbsthilfegruppe	1,1%	1,4%	0,1%	0,2%	0,0%	0,2%		0,9%		
Kosten- / Leistungsträger	5,3%	3,0%	0,8%	0,2%	0,4%	0,2%	0,4%	1,9%	0,1%	1,1%
Sonstiges	2,3%	1,9%	1,5%	1,6%	4,0%	3,3%	1,4%	2,8%	3,3%	3,6%
Gesamt	24.423	6.522	4.763	1.324	2.541	489	720	106	676	278

Unbek.: 1.842 Klienten (4,2%) aller Einr., bzw. 1.061 Klienten (2,5%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 275 (98,6%), HORIZONT: N = 55 (69,6%), PATFAK: N = 10 (100,0%)

**Dauer und Intensität der Betreuung**

Bei den Störungsbereichen Cannabis, Kokain (nur Frauen) und Stimulanzien ist die Betreuung zu einem hohen Anteil von etwa 35% nach relativ kurzer Zeit (bis 8 Wochen) beendet (Tabelle 7.6). Bei Alkohol- und Opiat-Hauptdiagnosen liegt der Anteil für diesen Zeitraum nur bei etwa 25%. Neben diesen kurzen Zeiten (vor allem durch Abbrüche bedingt) liegt der Schwerpunkt bei einer Dauer von 4 bis 6 Monaten (je nach Gruppe 20%–27%). Ein großer Anteil der Klienten mit Alkohol-, Opiat- und Kokaindiagnose ist aber über 12 Monate in Betreuung (20%–25%).

»Kurzkontakte« (2–5) bilden die häufigste Gruppe bei allen Substanzen (zwischen 32% und 58%) und spiegeln den hohen Anteil an Kurzberatungen und Abbrechern wider. Etwas seltener sind Fälle mit 6–10 oder 11–29 Kontakten. Eine Ausnahme bilden Cannabis und Stimulanzien mit vorwiegend niedrigen Kontaktzahlen. Opiat-Hauptdiagnosen sind mit dem höchsten Anteil langfristiger Kontakte verbunden (12% bzw. 16% haben mehr als 30 Kontakte). Gegenüber 2000 gehen die Kurzkontakte (2–5) bei Alkohol, Opiaten und Cannabis zwischen 1 und 7 Prozentpunkte zurück.

Tabelle 7.6: Dauer der Betreuung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen

Betreuungsdauer	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Bis 4 Wochen	13,1%	12,9%	13,5%	13,0%	22,4%	25,5%	12,1%	20,2%	19,1%	19,3%
Bis 8 Wochen	11,3%	11,8%	11,1%	10,7%	15,7%	18,8%	13,0%	17,4%	15,1%	17,2%
Bis 12 Wochen	10,0%	8,8%	9,8%	9,7%	11,2%	12,0%	9,7%	14,7%	11,5%	11,0%
Bis 6 Monate	23,1%	21,7%	23,6%	23,3%	23,6%	20,2%	24,8%	12,8%	23,7%	23,4%
Bis 9 Monate	13,2%	12,3%	13,0%	11,0%	10,1%	8,4%	13,7%	7,3%	13,2%	14,1%
Bis 12 Monate	9,3%	9,5%	8,6%	7,7%	6,9%	4,7%	9,6%	5,5%	8,0%	5,9%
Bis 24 Monate	14,6%	16,0%	13,5%	14,8%	7,2%	8,4%	12,5%	11,9%	7,0%	7,9%
Mehr als 24 Monate	5,4%	7,0%	7,0%	9,8%	2,8%	2,0%	4,6%	10,1%	2,3%	1,0%
Gesamt	25.529	6.776	4.966	1.373	2.662	510	753	109	696	290

Unbek. 20 Klienten (0,0%) aller Klienten, bzw. 19 Klienten (0,0%) der ausgew. Eindr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 277 (99,3%), HORIZONT: N = 76 (96,2%), PATFAK: N = 10 (100,0%)

Tabelle 7.7: Anzahl der Kontakte bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen

Kontaktzahlen	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
2 bis 5	36,4%	36,5%	34,8%	31,7%	53,6%	57,8%	36,7%	36,0%	49,0%	52,9%
6 bis 10	25,1%	22,9%	22,8%	21,0%	23,1%	20,3%	22,3%	23,3%	23,2%	22,5%
11 bis 29	28,6%	27,3%	30,0%	30,9%	19,1%	15,9%	29,4%	25,6%	20,3%	20,3%
30 und mehr	10,0%	13,2%	12,4%	16,4%	4,2%	6,0%	11,6%	15,1%	7,5%	4,4%
Gesamt	22.063	5.798	4.083	1.165	2.073	384	605	86	557	227

Unbek. 6.643 Klienten (15,2%) aller Klienten, bzw. 1.955 Klienten (5,0%) der ausgew. Eindr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 253 (90,7%), HORIZONT: N = 45 (57,0%), PATFAK: N = 9 (90,0%)

### 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 Therapiebeendigung ist (je nach Gruppe 35%–58%, Tabelle 7.8); Klienten mit Stimulanzien-Hauptdiagnosen weisen besonders hohe Abbruchquoten auf. Die Abbruchquoten für Frauen sind durchgängig höher als für Männer. Eine planmäßige Beendigung der Betreuung durch die Einrichtung liegt bei 38% bzw. 39% der Personen mit Alkohol- oder Cannabisdiagnose und bei 27% der Personen mit Stimulanzien-diagnose vor. Sie ist bei Klienten mit Opiat- oder Kokainabhängigkeit mit 17% bzw. 24% deutlich seltener. Wie weiter oben beschrieben, sind allerdings auch die Lebensbedingungen der Klienten mit Alkohol- oder Cannabisstörungen deutlich besser als für die beiden anderen Gruppen. Dies betrifft Bildungsstand, Beschäftigungssituation und soziale Einbindung. Etwa jeder dritte bis vierte Fall wird – in der Regel in stationäre Behandlung – vermittelt. Vermittlung spielt insbesondere bei Opiaten und bei Kokain eine zentrale Rolle.

Die bei ambulanter Betreuung erzielten Ergebnisse werden in der folgenden Tabelle 7.9 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., dass ein erfolgreiches Ergebnis im Sinn der Beendigung der Störung nicht unbedingt Voraussetzung für eine plan-

mäßige Beendigung ist. 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 abstinent. Darüber hinaus berichten 36% von einer Besserung der Situation. Dagegen ist Abstinenz bei den Opiatfällen deutlich seltener anzutreffen: Nur 23% der Betreuten werden dieser Kategorie zugeordnet. Allerdings wird auch hier in der Hälfte der Fälle zumindest über eine Verbesserung der Situation berichtet. Mit 26% ist der Anteil der Unveränderten in der Gruppe der Opiatabhängigen am höchsten. Bei Cannabis, Kokain und Stimulanzien sind rund ein Drittel der Klienten am Betreuungsende abstinent, bei weiteren 42% bis 46% 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 85%.

Wie zu erwarten fallen die Ergebnisse bei einer vorzeitigen Beendigung deutlich schlechter aus. Bei den vier illegalen Substanzen zeigen etwa 53% bis 63% der Klienten ein unverändertes Konsumverhalten. Bei weiteren 4% bis 10% hat sich der Status in diesem Zeitraum sogar verschlechtert. Dagegen ist immerhin bei 23% bis 31% eine Besserung zu verzeichnen. Abstinenz ist definitionsgemäß nur in wenigen Fällen erreicht worden.

Tabelle 7.8: Art der Beendigung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen

Art der Beendigung	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Planmäßig	37,9%	37,2%	16,6%	18,5%	40,8%	32,5%	22,6%	31,8%	26,2%	28,9%
Weitervermittlung	16,0%	16,0%	31,0%	29,1%	11,2%	12,6%	32,7%	20,6%	16,6%	11,9%
Abbruch Einrichtung	1,8%	1,3%	2,4%	1,6%	1,4%	1,1%	1,8%		1,2%	0,4%
Abbruch Klient	42,7%	44,2%	42,0%	47,1%	45,2%	53,0%	35,2%	46,7%	53,4%	58,1%
Strafvollzug	0,6%	0,2%	6,8%	3,1%	1,3%	0,6%	7,1%	0,9%	2,6%	0,7%
Verstorben	1,1%	1,2%	1,2%	0,7%	0,2%	0,2%	0,6%			
Gesamt	24.145	6.425	4.572	1.262	2.487	468	673	107	652	270

Unbek. 2.623 Klienten (6,0%) aller Klienten, bzw. 1.869 Klienten (4,4%) der ausgew. Einr.

Bezug Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 268 (96,1%), HORIZONT: N = 61 (77,2%), PATFAK: N = 9 (90,0%)

Tabelle 7.9: Ergebnisse der Betreuung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen

	Alkohol	Opiate	Cannabis	Kokain	Stimulanzien
<b>Planmäßig beendet*</b>					
Behoben/ abstinenter	49,7%	22,8%	32,1%	37,0%	32,3%
Gebessert	35,6%	49,3%	45,9%	41,8%	45,5%
Unverändert	13,9%	26,3%	21,6%	20,7%	21,4%
Verschlechtert	0,7%	1,5%	0,4%	0,5%	0,8%
Gesamt	15.153	2.606	1.312	397	365
<b>Vorzeitig beendet</b>					
Behoben/ abstinenter	12,3%	3,9%	4,4%	6,1%	5,9%
Gebessert	28,4%	22,8%	30,5%	31,5%	28,5%
Unverändert	52,8%	63,0%	61,4%	53,1%	61,2%
Verschlechtert	6,5%	10,3%	3,8%	9,3%	4,4%
Gesamt	13.752	3.017	1.447	343	526

Unbek.: 1.870 Klienten (4,6%) der ausgew. Einr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N = 270 (96,8%), HORIZONT: N = 65 (82,3%), PATFAK: N = 10 (100,0%)

\* Einschließlich Vermittlung

### 7.3 Ess-Störungen

66% der Klienten mit Ess-Störungen sind das erste Mal in einer entsprechenden Betreuung; etwas mehr als im Vorjahr (Tabelle 7.10), und mit steigender Tendenz seit 1997. Die Dauer der Betreuung ist breit gestreut, 44% (Männer) bzw. 39% (Frauen) bleiben unter 3 Monaten, 31% bzw. 20% 3 bis 6 Monate (Tabelle 7.11). Entsprechend finden bei 56% bzw. 41% nur 2 bis 5 Kontakte statt (Tabelle 7.12).

Die Betreuung beenden 37% der Frauen und 40% der Männer planmäßig (Tabelle 7.13). Jeweils etwa 20% werden in andere Einrichtungen zur Weiterbe-

treuung vermittelt. Die Abbruchquote durch die Klienten liegt ähnlich hoch wie bei den substanzbezogenen Störungen. Auch bei planmäßigem Ende ist die Rate erfolgreicher Betreuungen bei den Ess-Störungen mit 21% gering (Tabelle 7.14). Die meisten Klienten haben aber einen gebesserten Status (55%). Bei vorzeitiger Beendigung – in der Regel Abbruch durch den Klienten – hat sich zumindest bei 38% der Betroffenen die Situation verbessert. Insgesamt erscheint die Qualität der therapeutischen Angebote verbesserungsbedürftig.

Tabelle 7.10: Anteil der Erstbehandelten bei Ess-Störungen (Hauptdiagnosen)

	1997	1998	1999	2000	2001
Männer	61%	58%	49%	66%	68%
Frauen	57%	61%	59%	62%	66%

Unbek.: 91 Klienten (8,8%) aller Klienten, bzw. 20 Klienten (2,1%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 263 (94,3%), HORIZONT: N = 74 (93,7%), PATFAK: N = 1 (10,0%)

#### 7.4 Pathologisches Spielverhalten

Pathologisches Spielverhalten als Hauptdiagnose ist relativ selten (2,1% der Hauptdiagnosen), spielt aber trotzdem bei einem Teil der Einrichtungen eine gewisse Rolle. Die hier beschriebenen Klienten haben die Störung als therapieleitendes und vorrangiges Problem (Hauptdiagnose). 68% der Spieler sind das erste Mal in Betreuung (Tabelle 7.15); dieser Anteil steigt seit Jahren. Die Betreuungsdauer ist breit gestreut: Etwa 68% (Männer) bzw. 70% (Frauen) blei-

ben bis zu 6 Monate (Tabelle 7.16). Etwa die Hälfte der Klienten hat nur 2 bis 5 Kontakte (Tabelle 7.17).

Der Abbruch durch Klienten ist extrem häufig: etwa 60% brechen den Kontakt von sich aus ab (Tabelle 7.18). Eine planmäßige Beendigung wird in etwa 25% (Männer) bzw. 35% der Fälle erreicht, eine Vermittlung findet bei etwa 12% der Männer, aber nur bei 4% der Frauen 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.

*Tabelle 7.11: Betreuungsdauer bei Ess-Störungen (Hauptdiagnosen)*

	M	F
Bis 4 Wochen	18,8%	15,7%
Bis 8 Wochen	6,3%	12,0%
Bis 12 Wochen	18,8%	10,9%
Bis 6 Monate	31,3%	20,3%
Bis 9 Monate	9,4%	10,1%
Bis 12 Monate	6,3%	8,7%
Bis 24 Monate	3,1%	13,3%
Mehr als 24 Monate	6,3%	8,9%
Gesamt	64	870

Unbek.: 0 Klienten (0,0%) aller Klienten, bzw. 0 Klienten (0,0%) der ausgew. Einr.  
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)  
 Basis: EBIS: N = 277 (99,3%), HORIZONT: N = 76 (96,2%), PATFAK: N = 10 (100,0%)

*Tabelle 7.12: Anzahl der Kontakte bei Ess-Störungen (Hauptdiagnosen)*

	M	F
2 bis 5	55,6%	41,1%
6 bis 10	18,5%	23,7%
11 bis 29	18,5%	24,2%
30 und mehr	7,4%	11,0%
Gesamt	54	739

Unbek.: 141 Klienten (15,1%) aller Klienten, bzw. 31 Klienten (3,8%) der ausgew. Einr.  
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)  
 Basis: EBIS: N = 253 (90,7%), HORIZONT: N = 45 (57,0%), PATFAK: N = 9 (90,0%)

*Tabelle 7.13: Art der Beendigung bei Ess-Störungen (Hauptdiagnosen)*

	M	F
Planmäßig	39,7%	37,1%
Weitervermittlung	20,6%	20,0%
Abbruch Einrichtung	1,6%	0,8%
Abbruch Klient	38,1%	42,1%
Strafvollzug		
Verstorben		
Gesamt	64	834

Unbek.: 37 Klienten (4,0%) aller Klienten, bzw. 34 Klienten (3,7%) der ausgew. Einr.  
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)  
 Basis: EBIS: N = 268 (96,1%), HORIZONT: N = 61 (77,2%), PATFAK: N = 9 (90,0%)

*Tabelle 7.14: Ergebnisse der Betreuungen bei Ess-Störungen (Hauptdiagnosen)*

	Planmäßig beendet	Unplanmäßig beendet
Erfolgreich	21,0%	1,8%
Gebessert	54,9%	37,6%
Unverändert	22,9%	57,6%
Verschlechtert	1,2%	2,9%
Gesamt	490	380

Unbek.: 18 Klienten (2,0%) der ausgew. Einr.  
 Bezug: Bundesdatensatz  
 Basis: EBIS: N = 270 (96,8%), HORIZONT: N = 65 (82,3%), PATFAK: N = 10 (100,0%)

Tabelle 7.15: Anteil der Erstbehandelten bei Pathologischem Spielverhalten (Hauptdiagnosen)

	1997	1998	1999	2000	2001
Männer	37%	63%	61%	62%	68%
Frauen	60%	71%	69%	64%	71%

Unbek.: 119 Klienten (11,0%) aller Klienten, bzw. 21 Klienten (2,1%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 263 (94,3%), HORIZONT: N = 74 (93,7%), PATFAK: N = 1 (10,0%)

Tabelle 7.16: Behandlungsdauer bei Pathologischem Spielverhalten (Hauptdiagnosen)

	M	F
Bis 4 Wochen	19,7%	20,7%
Bis 8 Wochen	15,4%	22,0%
Bis 12 Wochen	9,3%	6,1%
Bis 6 Monate	23,7%	20,7%
Bis 9 Monate	12,0%	6,1%
Bis 12 Monate	7,1%	8,5%
Bis 24 Monate	9,2%	14,6%
Mehr als 24 Monate	3,7%	1,2%
Gesamt	765	82

Unbek.: 2 Klienten (0,2%) aller Klienten, bzw. 2 Klienten (0,2%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 277 (99,3%), HORIZONT: N = 76 (96,2%), PATFAK: N = 10 (100,0%)

Tabelle 7.17: Anzahl der Kontakte bei Pathologischem Spielverhalten (Hauptdiagnosen)

	M	F
2 bis 5	50,5%	52,6%
6 bis 10	24,4%	22,4%
11 bis 29	19,9%	17,1%
30 und mehr	5,3%	7,9%
Gesamt	664	76

Unbek.: 109 Klienten (12,8%) aller Klienten, bzw. 35 Klienten (4,5%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 253 (90,7%), HORIZONT: N = 45 (57,0%), PATFAK: N = 9 (90,0%)

Tabelle 7.18: Art der Beendigung bei Pathologischem Spielverhalten (Hauptdiagnosen)

	M	F
Planmäßig	24,1%	34,6%
Weitervermittlung	12,3%	3,8%
Abbruch Einrichtung	1,2%	1,3%
Abbruch Klient	61,0%	59,0%
Strafvollzug	0,9%	
Verstorben	0,4%	1,3%
Gesamt	747	78

Unbek.: 24 Klienten (2,8%) aller Klienten, bzw. 19 Klienten (2,3%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 268 (96,1%), HORIZONT: N = 61 (77,2%), PATFAK: N = 9 (90,0%)

Tabelle 7.19: Ergebnisse der Betreuungen bei Pathologischem Spielverhalten (Hauptdiagnosen)

	Planmäßig beendet	Unplanmäßig beendet
Erfolgreich	41,9%	11,1%
Gebessert	41,6%	32,9%
Unverändert	15,8%	54,9%
Verschlechtert	0,7%	1,2%
Gesamt	291	514

Unbek.: 20 Klienten (2,4%) der ausgew. Einr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N = 270 (96,8%), HORIZONT: N = 65 (82,3%), PATFAK: N = 10 (100,0%)

Bei planmäßiger Beendigung erscheinen die Ergebnisse der Betreuung von pathologischem Spielverhalten, gemessen am hohen Anteil von Abbrüchen (über 60%) zu Ende der Betreuung, erstaunlich positiv. Etwa 42% der Behandelten weisen eine Behebung der Spielprobleme auf und weitere 42% eine gebesserte Situation (Tabelle 7.19). Im Vergleich dazu ist das Ergebnis bei unplanmäßigen Beendigungen deutlich schlechter, aber mit 44% (erfolgreich und gebessert) immer noch erstaunlich hoch.

## 8 Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Gesundheit (2001). Zusammenstellung der Länderkurzberichte über die Situation im Suchtbereich. Stand 01.05.2001.
- Fachausschuss Statistik der DHS (1999). Einrichtungsbezogener Deutscher Kerndatensatz (Stand 29.10.99). Sucht 45 (6), 419–434.
- 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.
- 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.
- Simon, R. & Palazzetti, M. unter Mitarbeit von Helas, I., Holz, A. und Walter-Hamann, R. (1999). Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. EBIS-Bericht für den Zeitraum 1.1.–31.12.1998. Sucht, 45, Sonderheft 1.
- Simon, R. & Pfeiffer, T. (1998). Feasibility study on the implementation of the proposals given in the final reports of REITOX 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
- Simon, R., Walter-Hamann, R., Bühringer, G., Helas, I. & Hüllinghorst, R. (1999). Erweiterte Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.1998–31.12.1998. EBIS-Berichte Bd. 31e. Hamm: EBIS-AG.
- Strobl, M., Lange, S. N. & Zahn, H. (2000). Erweiterte Jahresstatistik 1999 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.1999–31.12.1999. EBIS-Berichte Bd. 32e. Hamm: EBIS-AG.
- 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., Pelzel, K. H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, S. N. (2001). Jahresstatistik 2000 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.2000–31.12.2000. IFT-Berichte Bd. 125. 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.
- 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, 7–51.
- Welsch, K. (2001). Jahresstatistik 2000 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Sucht, 47, Sonderheft 3, 52–82.
- Zahn, H., Simon, R., Schmidtbreick, B., Bühringer, G., Helas, I. & Hüllinghorst, R. (1998). Erweiterte Jahresstatistik 1997 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.1997–31.12.1997. EBIS-Berichte Bd. 30e. Hamm: EBIS-AG.
- Zahn, H. & Simon, R. unter Mitarbeit von Eising, N., Funke, W., Helas, I., Hüllinghorst, R., Missel, P., Munderloh, W., Müller, J., Paul, K., Pfannkuche-Klemenz, S., Gamperl, P., Schmidtbreick, B. und Schuler, W. (1998). Erweiterte Jahresstatistik 1997 der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1–31.12.1997. SEDOS-Berichte Bd. 6e. Hamm: SEDOS-AG.
- Weltgesundheitsorganisation (1999). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 3. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.

## Korrespondenzanschrift

Karin Welsch, Dipl.-Psych.  
IFT Institut für Therapieforchung  
Parzivalstr. 25  
80804 München  
Telefon: 089/36 08 04-64  
Telefax: 089/36 08 04-69  
E-Mail: welsch@ift.de



---

## Jahresstatistik 2001 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland

---

### Annual statistical report for 2001 on inpatient treatment facilities for substance use disorders in Germany

---

Karin Welsch

---

#### Zusammenfassung

**Ziel:** 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 vorhandene 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 2001 basiert auf den Daten von 12.573 Patienten<sup>1</sup> aus 67 stationären Einrichtungen in Deutschland. Ausgewertet werden Aggregatdaten nach den standardisierten Vorgaben des Bundesdaten- und Bundestabellensatzes, der den Kerndatensatz der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht einschließt. **Ergebnisse:** 74% der Patienten sind männlich. Bei 71% der Patienten stehen alkoholbezogene Störungen (schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit) und bei 7% opiatbezogene Störungen im Vordergrund der Behandlung. Die Behandlungsdauer liegt in der Regel zwischen drei und sechs Monaten. Etwa 68% der alkohol- und 40% der opiatbedingten Behandlungen werden planmäßig beendet. Bei einer planmäßigen Beendigung verlassen 65% bzw. 36% der Patienten die Behandlung abstinent und 33% bzw. 58% in gebessertem Zustand. **Schlussfolgerungen:** Die Zahlen von 2001 belegen die insgesamt guten Behandlungserfolge und sprechen für die qualitativ hochwertige Arbeit, die in der stationären Suchtkrankenhilfe geleistet wird. Auffällig sind u. a. die starke Zunahme von meist jungen Patienten, die neben der jeweiligen Hauptsubstanz in abhängiger oder schädlicher Weise Cannabis, Stimulanzien, Kokain oder

#### Abstract

**Aims:** The annual analysis of statistical data on inpatient treatment centres in the German drug-abuse treatment system provides information about the service delivery structure and its possible shortcomings, characteristics of patients, results achieved during the reporting year, and trends across time. Moreover, this analysis provides a basis for research and demonstration projects aimed at improving specific aspects of the structure and quality of inpatient care. **Methods:** Statistics for 2001 are based on data from 12,573 patients in 67 inpatient treatment centres. Aggregated data were analysed according to federal guidelines, which include the requirement that treatment demand indicator as defined by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). **Results:** During 2001, 74% of the patients were male, and 71% were treated mainly for alcohol-related problems (harmful use or addiction). 7% of the patients had a primary diagnosis of opiate addiction. The duration of treatment was usually between three and six months. About 65% of the patients completed their treatment as planned. Among the latter patients, 62% were abstinent when they left treatment, and 36% had at least improved. **Conclusions:** Outcomes for 2001 confirm that treatment results are generally good and reflect a high quality of work delivered in inpatient addiction care. Noteworthy is the sharp increase in the number of mostly young patients who use cannabis, cocaine or other stimulants, or hallucinogens in a harmful or addictive manner, in addition to their primary drug of abuse. As with outpatient treatment, this increase shows the necessity to focus

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

Halluzinogene konsumieren. Wie im ambulanten Bereich spiegelt dieser Anstieg die Notwendigkeit wider, sich in Forschung und Praxis verstärkt mit der betroffenen Personengruppe zu befassen und spezifische Behandlungskonzepte für den stationären Bereich (weiter) zu entwickeln und zu evaluieren.

research and practice on the latter special group in order to develop and further evaluate further specific treatment modalities for inpatient care.

---

## 1 Einleitung

Dokumentation spielt in den stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe aufgrund der höherstrukturierten Tätigkeit und den Anforderungen der Leistungsträger traditionell eine größere Rolle als in ambulanten Einrichtungen. Diese allgemeine Aussage muss insofern differenziert werden, als sie 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 um 1970 oder später geschaffenen Einrichtungen für Drogenabhängige über Jahre erhebliche Probleme in Hinblick auf moderne 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, 2002a, 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 Einrichtungen sich nicht an definierten regionalen Einzugsgebieten orientiert, sondern am jeweiligen Bundesland oder gar am gesamten Bundesgebiet. Hier 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 (EBIS-AG, früher SEDOS-AG) 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 im ambulanten Bereich verwiesen (siehe Welsch, 2002a, Kap. 3.1 bis 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

Die ausgewerteten Einrichtungen wurden entsprechend ihrer Selbstzuordnung in drei vorgegebene Gruppen eingeordnet (DHS, 2001; Fachausschuss Statistik der DHS, 1999): Rehabilitationseinrichtungen, Krankenhäuser und Nachsorgeeinrichtungen. Damit soll der sehr unterschiedlichen Klientel und den unterschiedlichen Aufgabenstellungen der Einrichtungstypen Rechnung getragen werden. Die neue Einteilung ersetzte ab 2000 die bisherigen fünf Kategorien: (1) Psychiatrische Kliniken oder Abteilungen Psychiatrischer Krankenhäuser, (2) Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentabhängige bzw. Therapeutische Gemeinschaften für diesen Personenkreis, (3) Fachkliniken für Abhängige von illegalen Drogen, (4) Einrichtungen im Bereich der Nachsorge und Adaption und (5) sonstige Einrichtungen bzw. Einrichtungen ohne Angabe des Einrichtungstyps.

Durch die Änderung der Klassifikation lassen sich einige der in den früheren Berichten angegebenen Trendanalysen nicht fortführen (Simon & Palazzetti, 1999; Türk & Welsch, 2000). Es wird diskutiert, die alte Einteilung – zusätzlich zur neuen – für die bessere Beschreibung der Einrichtungscharakteristika wieder einzuführen.

### 4 Datenbasis für die Auswertung 2001

An der Jahresauswertung 2001 der stationären Sucht-hilfeeinrichtungen haben sich insgesamt knapp 67 Einrichtungen (Hauptstellen) beteiligt. Die Erhebung der Daten erfolgte in 36 Institutionen mit dem EBIS-Programm, in 20 Einrichtungen mit der Software PATFAK der Firma Redline Data und in 11 Einrichtungen mit der Software HORIZONT der Firma Ohltec. Die Statistik des Vorjahres basierte auf 84 Einrichtungen (1999: 107). Der Grund für den Rückgang liegt an Umstellungsproblemen bei den Einrichtungen, die ihre Software gewechselt haben (für eine ausführliche Darstellung vgl. Welsch, 2002a, Kap. 4).

Insgesamt wurden im Jahr 2001 in den 67 Einrichtungen die Daten von 12.573 Patienten erfasst, das sind knapp 23% weniger als im Vorjahr (2000: 15.525; 1999: 18.234). Von den 12.573 Patienten sind 9.806 Zugänge (Grundlage der Auswertung der Klientel in Kapitel 6). 11.017 Patienten wurden in 2001 entlassen und werden in Kapitel 7 ausgewertet.

## 5 Daten zu den Einrichtungen

Die folgenden Tabellen beziehen sich auf maximal 67 Einrichtungen (einschließlich fünf Teilstellen), die Angaben zu ihrer Einrichtung gemacht haben. Im Gegensatz zum letzten Jahr hat sich die Antwortrate bei den Einrichtungsdaten in 2001 deutlich verbessert. Die Prozentangaben beziehen sich jeweils auf die gültigen Antworten zur entsprechenden Frage. In einigen Tabellen sind Vergleichszahlen für 1999 und 2000 angegeben.

### 5.1 Struktur

#### Art der Einrichtungen

Bei den ausgewerteten Einrichtungen handelt es sich vor allem um Rehabilitationseinrichtungen, in der

Regel Fachkliniken (N = 50; 75%). 7% der Einrichtungen sind Krankenhäuser (N = 5), zumeist deren Suchtabteilungen. Die Gruppe der Adaptions- und Nachsorgeeinrichtungen (Heime / stationäres betreutes Wohnen / Übergangseinrichtungen) umfasst 18% (N = 12).

Die Verteilung der Zugänge des Jahres 2001 auf die Einrichtungstypen ist in Abbildung 5.1 dargestellt. Über drei Viertel der Patienten (77,0%) wurden in Rehabilitationseinrichtungen behandelt. An zweiter Stelle stehen mit 19,5% die Patienten von Krankenhäusern. 3,5% der Patienten wurde in Nachsorgeeinrichtungen behandelt. Diese ungleiche Verteilung liegt daran, dass sich traditionell ein größerer Anteil von (verbandlich organisierten) Rehabilitationseinrichtungen an der Suchthilfestatistik beteiligt.

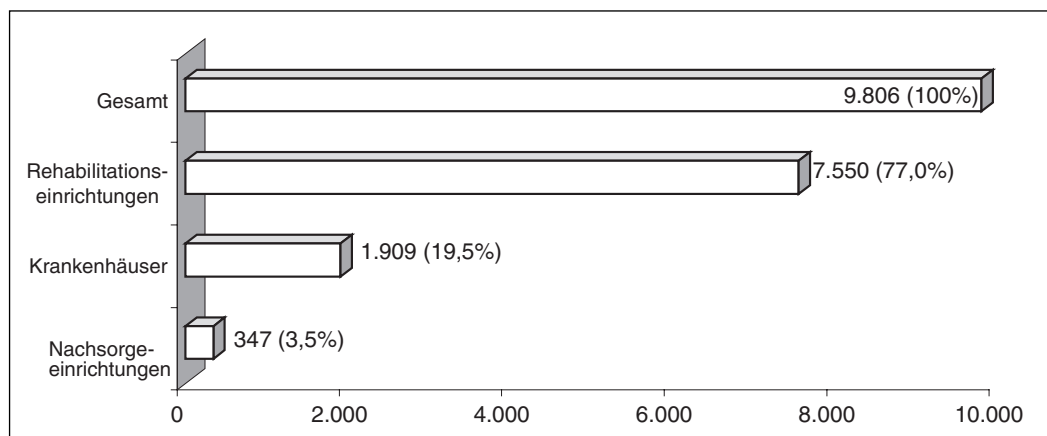


Abbildung 5.1: Zahl der Patienten (Zugänge in 2001) je Einrichtungsart

Tabelle 5.1: Trägerschaft

Trägerschaft	Kranken- häuser %	Rehabilitations- einrichtungen %	Nachsorge- einrichtungen %	Gesamt 20001 %	Gesamt 2000 %
Öffentliche Träger	50,0%	22,7%	16,7%	23,3%	21,6%
Freie Wohlfahrtspflege / Freigemeinnützige Träger	50,0%	65,9%	58,3%	63,3%	60,8%
Privatwirtschaftliche Träger	0,0%	11,4%	25,0%	13,3%	17,6%
Gesamt	4	44	12	100%	51

Unbek. 7 Einrichtungen (10,4% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N = 36 (97,2%), HORIZONT: N = 11 (100,0%), PATFAK: N = 14 (70,0%)

Tabelle 5.2: Zielgruppen der Behandlung nach Einrichtungstyp

Störungsbereich (nach ICD 10)*	Kranken- häuser %	Rehabilitations- einrichtungen %	Nachsorge- einrichtungen %	Gesamt 20001		Gesamt 2000 %
				%	Abs.	
Alkohol	80,0%	87,5%	16,7%	71,9%	41	31,8%
Illegale Drogen	100,0%	57,5%		49,1%	28	26,1%
Medikamente	80,0%	77,5%	16,7%	64,9%	37	33,0%
Tabak	20,0%	30,0%		22,8%	13	11,4%
Pathologisches Spielverhalten	20,0%	30,0%	8,3%	24,6%	14	20,5%
Ess-Störungen	20,0%	17,5%	8,3%	15,8%	9	11,4%
Sonstiges	20,0%	12,5%		10,5%	6	5,7%
Gesamt	5	40	12	100%	57	88

\* Mehrfachnennungen möglich

Unbek.: 10 Einrichtung (14,9% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N = 32 (88,8%), HORIZONT: N = 11 (100,0%), PATFAK: N = 14 (70,0%)

Tabelle 5.3: Pflichtversorgungsaufträge

Pflichtversorgungs- auftrag	Kranken- häuser %	Rehabilitations- einrichtungen %	Nachsorge- einrichtungen %	Gesamt 20001		Gesamt 2000 %
				%	Abs.	
Ja	60,0%	2,7%	27,3%	13,2%	7	13,9%
Nein	40,0%	97,3%	72,7%	86,8%	46	86,1%
Gesamt	5	37	11	100%	53	36

Unbek. 14 Einrichtungen (20,9% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N = 32 (88,9%), HORIZONT: N = 10 (90,9%), PATFAK: N = 11 (55,0%)

### Einrichtungsgroße

Insgesamt liegen von 23 Einrichtungen Angaben zur Einrichtungsgroße vor. 13 der 50 Rehabilitationseinrichtungen haben entsprechende Daten geliefert. Ihre Größe schwankt beträchtlich und liegt zwischen 13 und 80 Plätzen, der Mittelwert für diesen Einrichtungstyp beträgt 43 Plätze. Nur von einem der fünf Krankenhäuser stehen Daten zur Einrichtungsgroße zur Verfügung. Es hat 42 Plätze. Neun der zwölf Heime haben Angaben zu ihrer Größe gemacht. Hier differieren die Daten jedoch erneut erheblich und liegen zwischen 12 und 46 Plätzen (Mittelwert 25).

### Trägerschaft

Die Trägerschaft der Einrichtungen liegt in rund 63% der Fälle bei der Freien Wohlfahrtspflege bzw. bei

freigemeinnützigen Trägern. 23% der Einrichtungen gehören öffentlichen Trägern und 13% sind privatwirtschaftlich (Tabelle 5.1). Der Anteil öffentlicher Träger nimmt in den letzten Jahren leicht zu.

### Zielgruppen

Fast drei Viertel der Einrichtungen nennt Personen mit alkoholbezogenen Störungen als eine Zielgruppe. Fast ebenso oft werden Personen mit medikamentenbezogenen Störungen genannt. Personen mit Abhängigkeit oder schädlichem Gebrauch von illegalen Drogen werden von der Hälfte der Einrichtungen als Zielgruppe benannt (Tabelle 5.2). Tabak spielt in stationären Einrichtungen eine geringe Rolle. Erstaunlich ist das relativ häufige Angebot für Personen mit Ess-Störungen bzw. pathologischem Spielverhalten,

Tabelle 5.4: Qualitätsmanagementsysteme

Art des Systems*	%	Abs.	2000
EFQM	6,4%	3	12,1%
ISO 9000 ff.	25,5%	12	24,2%
Sonstige	25,5%	12	30,3%
Qualitätssicherungsprogramm der Sozialversicherungsträger	61,7%	29	
Kein System	40,4%	19	33,3%
Gesamt	100%	47	33

\* Mehrfachnennungen möglich

Unbek.: 20 Einrichtungen (29,9% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N = 29 (80,6%), HORIZONT: N = 11 (100%), PATFAK: N = 7 (35,0%)

Tabelle 5.5: Koordination und Vernetzung mit anderen Einrichtungen/Diensten

Verbindliche Absprachen mit (Einrichtungsart)*	bezüglich Arbeitsteilung		bezüglich Therapie und Hilfeplanung	
	Abs.	%	Abs.	%
Niedrigschwellige Einrichtung	29,8%	14	22,7%	10
PSB/Instituts-/Fachambulanz	46,8%	22	40,9%	18
Ambulantes Betreutes Wohnen	31,9%	15	22,7%	10
Arbeits-/Beschäftigungsprojekt	42,6%	20	31,8%	14
Arzt/Psychotherapeutische Praxis	42,6%	20	34,1%	15
Krankenhäuser (SGB V § 107.1/JGG-§ 93/StGB § 64)	44,7%	21	38,6%	17
Rehabilitationseinrichtung (SGB V § 107.2/SGB VI § 9 u. § 15)	48,9%	23	43,2%	19
Heim/stationäres betreutes Wohnen/Übergangseinrichtung	38,3%	18	29,5%	13
Beratung und Behandlung im Strafvollzug	27,7%	13	22,7%	10
Gesamt	100%	47	100%	44

\* Mehrfachnennungen möglich

Unbek.: 20 Einr. (29,9% aller Einr.) bzw. Unbek.: 23 Einr. (34,3% aller Einr.)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N = 29 (80,6%), HORIZONT: N = 11 (100%), PATFAK: N = 7 (35,0%)

da die Notwendigkeit stationärer Behandlungen für solche Störungen eher gering eingeschätzt wird, sofern keine weiteren Indikationen vorliegen. Personen mit alkoholbezogenen Störungen werden deutlich häufiger als bisher als Zielgruppe genannt.

#### Einzugsgebiet und Versorgungsauftrag

13% der Einrichtungen behandeln mit einem Pflichtversorgungsauftrag. Dies betrifft vor allem die Krankenhäuser, von denen 60% einen solchen Auftrag

haben. Von den fünf Krankenhäusern und den elf Nachsorgeeinrichtungen haben jeweils drei Einrichtungen diese Aufgabenstellung (Tabelle 5.3). 16 Einrichtungen mit Pflichtversorgungsauftrag machen Angaben zur Größe ihrer Versorgungsregion: 12 haben eine Versorgungsregion mit über 500.000 Einwohnern, der Rest liegt darunter.

#### Qualitätsmanagement

Von 47 Einrichtungen liegen Angaben zur Qualitäts-

Tabelle 5.6: Personelle Besetzung

Berufsgruppe	Krankenhäuser	Rehabilitations- einrichtungen	Nachsorge- einrichtungen	Gesamt % 2001	Gesamt Abs. (in Stellen)	Gesamt 2000
Arzt	10,5%	7,4%	0,2%	6,2%	1,4	7,5%
Psychologe	4,3%	12,3%	1,1%	8,8%	2,0	9,1%
Pädagoge/Sozialwissenschaftler	3,2%	4,3%	6,3%	4,6%	1,1	4,6%
Sozialarbeiter/-pädagoge	12,0%	14,9%	13,1%	14,2%	3,3	15,1%
Erzieher	0,0%	0,7%	12,5%	3,2%	0,7	1,9%
Fachkraft für soziale Arbeit	0,0%	0,3%	4,2%	1,1%	0,3	1,2%
Krankenschwester/-pflege(helfe)r	50,3%	11,7%	7,7%	15,7%	3,6	14,3%
Ergo-/Arbeitstherapeut	2,5%	12,6%	12,7%	11,4%	2,6	9,9%
Kunst-/Musiktherapeut	0,4%	0,9%	0,0%	0,7%	0,2	1,1%
Sport-/Bewegungstherapeut	0,4%	2,7%	0,5%	1,9%	0,4	2,6%
Physiotherapeut	0,0%	0,5%	0,0%	0,4%	0,1	1,1%
Sonstige in Beratung/ Therapie Tätige	0,0%	1,9%	17,2%	5,0%	1,1	2,5%
Zwischensumme (Stellen bzw. %)	83,7%	70,3%	75,5%	73,1%	16,9	70,9
Ökonom/Betriebswirt	0,0%	0,6%	0,5%	0,5%	0,1	0,8%
Büro-/Verwaltungspersonal	4,9%	12,0%	3,8%	9,3%	2,1	8,8%
Technisches Personal/ Wirtschaftsbereich	0,8%	5,3%	7,7%	5,2%	1,2	9,1%
Jahrespraktikanten/Azubi	0,8%	3,9%	3,7%	3,5%	0,8	2,2%
Zivildienstleistende	9,7%	8,0%	8,8%	8,4%	1,9	8,2%
Gesamt (Stellen bzw. %)	24,7	24,2	19,6	100%	23,1	15,7

Unbek.: 24 Einrichtungen (35,8% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N = 30 (83,3%), HORIZONT: N = 9 (81,8%), PATFAK: N = 4 (20,0%)

sicherung vor; etwa 60% verwenden Qualitätsmanagementsysteme (Tabelle 5.4). Das System EFQM wird von 6% der Einrichtungen eingesetzt, ISO 9000 ff. verwenden 26% der Einrichtungen. 29 Einrichtungen geben außerdem an, das Qualitätssicherungssystem der Sozialversicherungsträger durchzuführen. Von 67 Einrichtungen führen lediglich 52,2% eine formalisierte Eingangsdiagnostik durch. Therapie- und Hilfeplanung erfolgt in 46,3% der Einrichtungen, Verlaufsdocumentation in 55,2% und Abschlussdocumentation in 56,7% (2000: alle Werte bei 38%). In 41,8% (2000: 29%) der Einrichtungen werden auch Maßnahmen zur Evaluation und Katamnese durchgeführt.

### Vernetzung

Koordination und Vernetzung mit anderen Diensten ist wesentlich für die Qualität und Kontinuität der Arbeit in der Suchthilfe. 47 Einrichtungen geben verbindliche Absprachen bezüglich einer Arbeitsteilung an (Tabelle 5.5): überwiegend mit ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen (47%) sowie mit Rehabilitationseinrichtungen (49 %) und Krankenhäusern (45%). Eine Koordinierung bezüglich der Therapie- und Hilfeplanung erfolgt in 44 Einrichtungen. Am häufigsten bestehen Absprachen mit Rehabilitationseinrichtungen (43%), mit ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen (41%) und mit Krankenhäusern (39%). Alle Werte haben sich gegenüber 2000 verbessert.

## 5.2 Mitarbeiter

Für die folgenden Berechnungen sind die vorhandenen Mitarbeiter auf Vollzeitstellen umgerechnet. Dabei sind deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen zu beobachten, so dass Durchschnittswerte nicht berechnet wurden. Etwa die Hälfte des Personals in Krankenhäusern besteht erwartungsgemäß aus Krankenschwestern und -pflegern, gefolgt mit deutlichem Abstand von Sozialarbeitern/-pädagogen und ärztlichem Personal. Psychologen spielen im Gegensatz zu Reha-Einrichtungen nur eine geringe Rolle. Die Gesamtzahl der Vollzeitstellen ist in Krankenhäusern mit rund 25 Stellen nahezu genauso hoch wie in Rehabilitationseinrichtungen. In den 31 von 50 Rehabilitationseinrichtungen, von denen entsprechende Daten zur Verfügung stehen, sind Sozialarbeiter/-pädagogen mit etwa 15% die größte Berufsgruppe, gefolgt von etwa 13% Ergo- und Arbeitstherapeuten sowie jeweils 12% Diplom-Psychologen und Krankenschwestern bzw. -pflegern. 7% sind Ärzte; ein gegenüber früheren Jahren eher hoher Anteil.

In den 11 von 12 Nachsorgeeinrichtungen, von denen Informationen zur personellen Ausstattung vorliegen, sind die Sozialarbeiter/-pädagogen, die Ergo- und Arbeitstherapeuten sowie die Erzieher mit etwa 13% des Personals die größten Berufsgruppen. In den Nachsorgeeinrichtungen sind im Mittel etwa 20 Vollzeitstellen vorhanden. Vergleichbar hoch in allen Einrichtungstypen ist der Anteil der Zivildienstleistenden mit etwa 8 bis 10%. Der ungewöhnlich niedrige Wert für die durchschnittliche Personalzahl in 2000 (15,7) ist wahrscheinlich durch Umstellungsprobleme bei den Erhebungsbogen bedingt.

## 5.3 Finanzierung

Angaben zum Tagessatz wurden nur von 29 Einrichtungen gemacht. In den 22 von 50 Rehabilitationseinrichtungen, deren Tagessatzdaten zur Auswertung vorlagen, liegt der Wert im Mittel bei 177 DM (137–230 DM). Acht der zwölf Einrichtungen aus dem Bereich der Nachsorge und Adaption haben entsprechende Angaben zum Tagessatz gemacht, der hier bei durchschnittlich 146 DM liegt. Über die Krankenhäuser kann keine Aussage gemacht werden, da nur zwei der fünf Krankenhäuser Angaben zum Tagessatz gemacht haben.

# 6 Daten zur Klientel (Statistik der Zugänge)

## 6.1 Übersicht

Im Jahr 2001 wurden in 67 Einrichtungen (Hauptstellen) insgesamt 12.573 Fälle behandelt (2000: 15.525; 1999: 18.234; Rückgang durch weniger teilnehmende Einrichtungen bedingt).

In diesem Kapitel werden die Daten von 9.806 Patienten berücksichtigt, deren Behandlung 2001 *begonnen* wurde (Zugänge), da sich in dieser Gruppe mögliche Trends bei den Patientencharakteristika am schnellsten zeigen. Aufgegliedert nach Einrichtungstyp liegen vor: 1.909 begonnene Behandlungen in Krankenhäusern, 7.550 in Rehabilitationseinrichtungen und 347 in Nachsorge-Einrichtungen. Daten zum Vorjahr werden nur angegeben, soweit deutliche Unterschiede vorliegen.

### Alter und Geschlecht

Behandelt wurden 74% Männer und 26% Frauen (Tabelle 6.1). Etwa die Hälfte der Patienten ist zwischen 35 und 49 Jahren alt; in Nachsorgeeinrichtungen ist der Anteil deutlich höher (etwa 58 %). Erweitert man die Altersgruppe auf 30–54, fallen 75% in diesen Bereich. Frauen in Nachsorgeeinrichtungen sind deutlich älter als der Gesamtdurchschnitt. Insgesamt liegt der Altersdurchschnitt der Patienten in stationären Einrichtungen mit 41,1 Jahren etwas höher als in den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen (37,5 Jahre). Gegenüber 2000 sind Personen unter 35 etwas seltener vertreten, darüber etwas häufiger.

### Familienstand

44% der männlichen Patienten sind ledig, 8% leben getrennt und 22% sind geschieden; nur 25% sind verheiratet. Allein stehend, also ohne feste oder zeitweilige Beziehung, leben 52%. In den Nachsorgeeinrichtungen ist diese Zahl mit mehr als 81% (2000: 81%) deutlich höher, was das schwache soziale Netzwerk kennzeichnet, in dem sich die männlichen Patienten bewegen. Der Anteil lediger Frauen liegt bei knapp 30%. 10% leben getrennt von ihrem Ehepartner, 23% der Frauen sind geschieden; ein etwas höherer Anteil als bei Männern ist verheiratet (31%; 2000: 38%). 18% der Frauen leben mit Partner und Kind/ern, weitere 11% leben ohne Partner mit Kind/ern. In fast 30% aller weiblichen Fälle ist dem-



Tabelle 6.1: Alter nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Alter	Krankenhäuser		Rehabilitations- einrichtungen		Nachsorge- einrichtungen		G e s a m t 2 0 0 1			Gesamt 2000	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M + F	Abs.	
–14											0,0%
15–17	0,2%	0,2%	0,3%	0,6%			0,3%	0,5%	0,3%	34	0,4%
18–19	1,0%	0,7%	1,6%	2,0%	1,6%		1,5%	1,8%	1,5%	151	1,7%
20–24	4,5%	4,5%	6,9%	5,4%	7,5%	3,6%	6,4%	5,2%	6,1%	597	7,4%
25–29	8,2%	7,0%	7,4%	6,1%	2,2%		7,3%	6,2%	7,0%	685	7,4%
30–34	12,6%	8,5%	11,5%	8,7%	7,5%		11,6%	8,6%	10,8%	1.054	11,5%
35–39	18,5%	20,2%	16,7%	15,9%	18,5%	25,0%	17,1%	16,7%	17,0%	1.662	16,7%
40–44	18,7%	20,4%	19,7%	19,5%	19,4%	25,0%	19,5%	19,8%	19,6%	1.913	19,4%
45–49	14,0%	16,4%	15,4%	16,7%	19,7%	10,7%	15,3%	16,6%	15,6%	1.529	15,1%
50–54	11,5%	10,1%	11,5%	12,1%	13,2%	14,3%	11,6%	11,8%	11,6%	1.135	10,5%
55–59	4,8%	4,3%	5,7%	7,5%	5,3%	3,6%	5,5%	6,9%	5,9%	574	6,3%
60–64	3,7%	3,8%	2,3%	3,8%	5,0%	14,3%	2,7%	3,9%	3,0%	296	2,5%
65 +	3,7%	3,8%	2,3%	3,8%	5,0%	14,3%	2,7%	3,9%	3,0%	296	1,0%
Durchschnitt	41,3	42,3	40,5	42,0	42,1	46,2	40,8	42,1		41,1	*
Gesamt	1.447	445	5.427	2.104	319	28	7.193	2.577		9.770	12.183
	76,5%	23,5%	72,1%	27,9%	91,9%	8,1%	73,6%	26,4%	100%		

Unbek. 36 Pat. (0,4%) aller Pat., bzw. 36 Pat. (0,4%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 36 (100,0%), HORIZONT: N = 11 (100,0%), PATFAK: N = 20 (100,0%)

\* Wurde in 2000 nicht ausgewertet.

nach zumindest ein Kind beteiligt. Die Zahl allein-erziehender Väter ist mit 1,4% sehr klein.

### Sozioökonomische Lage

Frauen haben höhere Schulabschlüsse vorzuweisen als Männer. Der Anteil der Patientinnen mit Mittlerer Reife liegt bei 30,0%, etwa der der Männer bei 20,5%. Auch Hochschulabschluss und (Fach-)Abitur findet sich bei Frauen etwas deutlich häufiger. Demgegenüber haben 9,4% (2000: 8,5%) aller männlichen Patienten keinen Schulabschluss, 4,1% einen Sonder-schulabschluss. Bei den Frauen liegen diese Anteile bei 6,7% (2000: 5,3%) und 1,8%. Es gibt also einen relativ hohen Anteil von Personen ohne adäquaten Bildungsabschluss. Angesichts der schwierigen Arbeitsmarktsituation haben sie geringere Chancen auf einen Arbeitsplatz. Besondere Fördermaßnahmen zur Qualifikation wären dringend erforderlich, um eine erfolgreiche (Re-)Integration in das Berufsleben zu fördern.

### Erwerbstätigkeit

Etwa 48% aller Männer und 41% der Frauen sind erwerbstätig (Tabelle 6.2; 2000: 45% und 37%). Die Arbeitslosenquote liegt bei rund 41% bzw. 32% (2000: 43% bzw. 36%). Besonders ungünstig ist die Lage der männlichen Patienten in Nachsorgeeinrichtungen, lediglich 7% sind erwerbstätig (2000: 21%).

### Wohnsituation

73% aller Männer und 85% aller Frauen lebten vor Aufnahme in die jeweilige Einrichtung in einer eigenen Wohnung (Tabelle 6.3). Am höchsten sind diese Werte bei Aufnahmen in ein Krankenhaus (80% bzw. 90%), in der Nachsorge erwartungsgemäß viel geringer (42% bzw. 53%). In die Nachsorgeeinrichtungen kommen rund 14% der Männer und 24% der Frauen aus Heimen oder Kliniken.

Tabelle 6.2: Erwerbstätigkeit nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Erwerbs- tätigkeit	Krankenhäuser		Rehabilitations- einrichtungen		Nachsorge- einrichtungen		G e s a m t 2 0 0 1			Gesamt 2000	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M + F	Abs.	
Auszubil- dende(r)	2,0%	1,4%	1,1%	1,3%	0,6%		1,3%	1,3%	1,3%	122	1,1%
(Fach-) ArbeiterIn	22,7%	6,5%	32,4%	11,9%	2,5%		29,7%	10,9%	24,6%	2.292	25,9%
Angestellt(r), Beamte(r)	12,0%	20,3%	13,4%	27,0%	0,6%		12,8%	25,7%	16,3%	1.519	14,0%
Selbständig, FreiberuflerIn	3,1%	1,4%	2,2%	2,2%			2,3%	2,0%	2,2%	209	1,8%
Mithelfende Familien- angehörige/r	0,1%	0,2%	0,1%	0,7%			0,1%	0,6%	0,2%	22	0,2%
Berufliche Rehabilitation	1,9%	0,5%	1,0%	1,1%	3,1%		1,2%	0,9%	1,2%	108	0,9%
Arbeitslos	46,8%	40,6%	39,2%	28,9%	50,9%	35,3%	41,1%	30,9%	38,3%	3.566	41,6%
Schüler/in, Student/in	0,6%	0,2%	0,7%	1,8%			0,7%	1,5%	0,9%	85	0,6%
Hausfrau/ -mann	0,4%	17,7%	0,1%	14,3%		5,9%	0,2%	14,8%	4,2%	387	3,3%
RentnerIn	8,1%	6,5%	4,7%	6,2%	10,7%	41,2%	5,5%	6,5%	5,8%	540	5,5%
Sonstige Nicht- erwerbspersonen	2,4%	4,8%	4,9%	4,7%	6,3%		4,4%	4,7%	4,5%	418	5,0%
Sonstige					25,2%	17,6%	0,6%	0,1%	0,5%	43	0,0%
Gesamt	1.390	434	5.229	2.082	159	17	6.778	2.533		9.311	11.311

Unbek.: 495 Pat. (5,0%) aller Pat., bzw. 340 Pat. (3,5%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=36 (100,0%), HORIZONT: N=4 (36,4%), PATFAK: N=20 (100,0%)

## 6.2 Hauptdiagnosen

Jeder dokumentierte Patient erhält für den Zeitpunkt zum 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 größte Bedeutung hat. Das heißt, der zuständige Mitarbeiter muss entscheiden, welche von den konsumierten Substanzen vorrangig zu bewerten ist. Eine Hauptdiagnose kann sich bei den substanzbezogenen Störungen auf »Schädlichen Gebrauch« oder »Abhängigkeit« beziehen.

In der diesjährigen Auswertung gibt es zwei Auffälligkeiten:

- Der Anteil der Patienten ohne Hauptdiagnose (12,0%) ist deutlich niedriger als im letzten Jahr und damit wieder auf dem Stand früherer Jahre (2000: 18,0%; 1999: 10,8%). Die hohen Zahlen

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

Wohnsituation	Krankenhäuser		Rehabilitations- einrichtungen		Nachsorge- einrichtungen		G e s a m t 2 0 0 1			Gesamt 2000	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M + F	Abs.	
Selbstständiges Wohnen	80,5%	90,4%	72,4%	84,4%	42,1%	52,9%	73,4%	85,2%	76,6%	7.103	75,6%
Bei anderen Personen	11,7%	5,9%	12,0%	8,7%	13,2%	11,8%	12,0%	8,2%	10,9%	1.015	10,4%
Betreutes Wohnen	1,9%	1,2%	2,0%	0,8%	6,3%		2,0%	0,8%	1,7%	159	1,7%
Heim / Klinik	1,2%	1,2%	3,7%	2,4%	13,8%	23,5%	3,4%	2,3%	3,1%	288	3,1%
JVA	0,4%	0,5%	6,3%	1,9%	11,3%		5,2%	1,6%	4,2%	393	4,7%
Ohne Wohnung	1,9%	0,2%	1,4%	0,9%	9,4%	5,9%	1,7%	0,8%	1,5%	135	1,7%
Sonstiges	2,5%	0,7%	2,2%	0,9%	3,8%	5,9%	2,3%	0,9%	2,0%	181	2,8%
Gesamt	1.373	426	5.216	2.083	159	17	6.748	2.526		9.274	11.180

Unbek.: 532 Pat. (5,4%) aller Pat., bzw. 377 Pat. (3,9%) der ausgew. Einr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N = 36 (100,0%), HORIZONT: N = 4 (36,4%), PATFAK: N = 20 (100,0%)

im letzten Jahr lagen daran, dass ab 2000 für die Beschreibung der Klientel die Gruppe der Zugänge und nicht die der Beender ausgewertet wurde und einige Einrichtungen ihre Hauptdiagnosen erst spät im Behandlungsverlauf dokumentiert hatten. Mittlerweile haben die Einrichtungen ihre Dokumentationsmethodik angepasst. Grund für die Umstellung der Auswertung auf die Zugänge des Erhebungsjahres war eine verbesserte Vergleichbarkeit mit dem ambulanten Bereich, wo seit Jahren die Hauptdiagnosen für die Gruppe der Zugänge ausgewertet werden, um Trends bei den Patientencharakteristika schneller erfassen zu können.

- Der Anteil der Patienten mit der Hauptdiagnose »Andere psychotrope Substanzen (F19.x)« (6,4%) ist nochmals höher als im letzten Jahr (2000: 5,4%; 1999: 0,3%). Nach ICD-10 werden unter F19.x auch Störungen durch multiplen Substanzgebrauch (Polytoxikomanie) kodiert. Nach dem Deutschen Kerndatensatz sind unter F19.x Störungen aufgrund anderer psychotroper Substanzen zu kodieren. In EBIS wurde die Diagnose Polytoxikomanie explizit ausgeschlossen, da in früheren Jahren die Tendenz bestand, diese Diagnose vor schnell nahezu bei jedem Patienten zu stellen. In vielen stationären Einrichtungen wird diese Vorgabe anscheinend nicht mehr beachtet. Da zu-

gleich der Anteil der Patienten mit einer opiatbezogenen Hauptdiagnose deutlich abgenommen hat, (von 14,7% in 1999 auf 6,5% in 2000 und 6,8% in 2001) ist anzunehmen, dass viele Patienten mit einer opiatbezogenen Störung aufgrund ihres Konsummusters fälschlicherweise die Diagnose Polytoxikomanie, also F19.x erhielten. Dies bestätigen auch die Auswertungen der Einzeldiagnosen der betroffenen Patienten sowie verschiedene soziodemographische Merkmale (Alter, Arbeits- und Wohnsituation).

#### Verteilung von Hauptdiagnosen und Geschlecht

Mit 71% stehen alkoholbezogene Störungen als Hauptdiagnose an erster Stelle (2000: 67%; Tabelle 6.4; vgl. auch John et al., 1996). Abhängigkeit oder Schädlicher Gebrauch von Opiaten wurde bei 7% als Hauptdiagnose genannt (2000: 6%). Daneben spielt Cannabis, welches in ambulanten Einrichtungen als Hauptdiagnose-Gruppe an dritter Stelle erscheint, nur eine untergeordnete Rolle: 1,1% der Männer und 0,4% der Frauen (87 Nennungen; 2000: 1,0% bzw. 0,3%). Andere Substanzen sind ebenfalls selten als Hauptdiagnose zu finden. Kokain zum Beispiel wird bei den stationären Einrichtungen nur 57-mal genannt (Männer: 0,7%, Frauen: 0,2%; 2000: 0,7% bzw. 0,1%). Die Kategorie, in der Ecstasy erfasst wird –

Tabelle 6.4: Hauptdiagnose nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Hauptdiagnose (Störungs- bereich)	Krankenhäuser		Rehabilitations- einrichtungen		Nachsorge- einrichtungen		G e s a m t 2 0 0 1			Gesamt 2000	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M + F	Abs.	
Alkohol	68,4%	67,2%	71,7%	76,8%	45,5%	57,1%	69,9%	74,9%	71,2%	6.982	67,1%
Opiode	9,6%	12,4%	7,4%	3,4%			7,5%	4,9%	6,8%	666	6,5%
Cannabinoide	0,9%	0,2%	1,2%	0,4%			1,1%	0,4%	0,9%	87	0,8%
Sedativa/ Hypnotika	0,6%	0,9%	0,3%	1,9%			0,3%	1,7%	0,7%	66	0,5%
Kokain	0,6%	0,4%	0,8%	0,1%			0,7%	0,2%	0,6%	57	0,6%
Stimulanzen	0,1%	0,2%	0,4%	0,1%			0,4%	0,2%	0,3%	30	0,5%
Halluzinogene			0,1%				0,0%		0,0%	3	0,1%
Tabak	0,2%		0,1%				0,1%		0,1%	6	0,0%
Flüchtige Lösungsmittel				0,0%				0,0%	0,0%	1	0,0%
Andere psychotr. Substanzen	10,8%	9,9%	4,5%	8,5%	0,6%		5,6%	8,7%	6,4%	628	5,4%
Ess-Störungen		0,2%		1,3%				1,1%	0,3%	28	0,2%
Pathologisches Spielverhalten			1,4%	0,1%			1,0%	0,1%	0,8%	78	0,3%
Ohne	8,8%	8,5%	12,3%	7,2%	53,9%	42,9%	13,4%	7,8%	12,0%	1.174	18,0%
Gesamt	1.459	450	5.440	2.110	319	28	7.218	2.588		9.806	12.195

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

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 36 (100,0%), HORIZONT: N = 11 (100,0%), PATFAK: N = 20 (100,0%)

»Stimulanzen« –, wurde insgesamt 30-mal angegeben (Männer: 0,4%, Frauen: 0,2%; 2000: 0,6% bzw. 0,2%). Insgesamt 78 Personen (Männer: 1,0%, Frauen: 0,1%) wurden in erster Linie wegen pathologischen Spielverhaltens (gewerbliches Automatenenspiel und Glücksspiel) behandelt (2000: 33; 0,3%).

Die mit 6,4% der Hauptdiagnosen sehr häufig genannte Kategorie »Andere psychotrope Substanzen« beinhaltet auch Patienten mit Polytoxikomanie, die hier, entgegen der Richtlinien des EBIS-Manuals, kodiert wurden. Nähere Analysen haben gezeigt, dass es sich dabei in zwei von drei Fällen um Patienten mit opiatbezogener Störung handelt.

Zwischen den Geschlechtern ergeben sich nur wenige auffallende Unterschiede. Lediglich bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln und bei Ess-Störungen überwiegen die Frauen deutlich, pathologisches Spielverhalten 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 stimulanzenbezogenen Hauptdiagnosen zu finden (30% bzw. 20%) sowie bei den Ess-Störungen (21%; 2000: 6,8%), ansonsten aber selten. Etwa 71% (2000: 75%) der Patienten mit opiatbezogenen Hauptdiagnosen liegen in der zentralen Altersgruppe zwischen 20 und 34 Jahren; für Patienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose liegen 59% der Fälle in der Altersgruppe 35 bis 49 Jahre.

Die Altersgruppe über 50 Jahre ist in den meisten Diagnosen nur wenig vertreten, lediglich bei den alkoholbezogenen Hauptdiagnosen liegen über ein Viertel und bei den Schlafmitteln ein Drittel der Fälle in diesem Altersbereich.

Tabelle 6.5: Hauptdiagnose und Alter

Hauptdiagnose (Störungsbereich)	-14	Alter beim Betreuungsbeginn										Gesamt				
		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		0,1%	0,2%	1,7%	3,3%	8,8%	17,7%	22,5%	18,7%	14,3%	7,3%	3,7%	1,7%	44,0	6.957	71,2%
Opiode		0,5%	5,0%	25,6%	24,7%	21,2%	13,8%	6,3%	2,4%	0,3%	0,2%			29,1	665	6,8%
Cannabinoide		8,0%	21,8%	36,8%	16,1%	5,7%	4,6%	5,7%	1,1%					24,3	87	0,9%
Sedativa/Hypnotika			1,5%	3,0%	4,5%	4,5%	13,6%	21,2%	18,2%	18,2%	6,1%	6,1%	3,0%	45,3	66	0,7%
Kokain			7,0%	22,8%	19,3%	33,3%	10,5%	3,5%	3,5%					28,8	57	0,6%
Stimulanzien		3,3%	16,7%	50,0%	16,7%	10,0%	3,3%							23,6	30	0,3%
Halluzinogene				66,7%	33,3%									24,7	3	0,0%
Tabak			16,7%				50,0%		33,3%					42,0	6	0,1%
Flüchtige Lösungsmittel		100,0%												16,0	1	0,0%
Andere psychotr. Substanzen		1,3%	7,1%	21,5%	25,0%	17,3%	13,8%	7,9%	3,5%	1,3%	0,8%	0,3%	0,3%	30,1	624	6,4%
Ess-Störungen			21,4%	10,7%	17,9%	28,6%	14,3%	3,6%	3,6%					29,1	28	0,3%
Pathologisches Spielverhalten			1,3%	9,0%	11,5%	29,5%	21,8%	10,3%	11,5%	2,6%	1,3%	1,3%		35,2	78	0,8%
Ohne Diagnose		0,8%	1,7%	8,4%	7,7%	11,2%	18,4%	19,3%	14,2%	9,5%	4,8%	2,5%	1,5%	39,8	1.168	12,0%
Gesamt	0	34	151	597	685	1.054	1.662	1.913	1.529	1.135	574	296	296	41,1	9.770	100%
%		0,3%	1,5%	6,1%	7,0%	10,8%	17,0%	19,6%	15,6%	11,6%	5,9%	3,0%	3,0%			100%

Unbek.: 36 Pat. (0,4%) aller Pat., bzw. 36 Pat. (0,4%) der ausgew. Eindr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 36 (100,0%), HORIZONT: N = 11 (100,0%), PATFAK: N = 20 (100,0%)

Tabelle 6.6: Hauptdiagnose und Erwerbstätigkeit

Hauptdiagnose (Störungsbereich)	Auszubildende	(Fach-)Arbeiter	Angestellte, Beamte	Selbstständig, Freiberufler	Erwerbstätigkeit					Sonstige Nicht-erwerbspersonen	Sonstige	Gesamt Abs. %
					Mithelfende Familienangehörige	Berufliche Rehabilitation	Arbeitslos	Schüler, Student	Hausfrau/-mann	Rentner		
Alkohol	0,6%	25,4%	18,5%	2,5%	0,3%	1,1%	36,8%	0,3%	4,6%	6,9%	0,3%	6.821 73,3%
Opioide	3,8%	18,3%	8,7%	1,1%		1,7%	46,5%	1,1%	0,9%	0,2%		663 7,1%
Cannabinoide	10,3%	21,8%	2,3%	4,6%		1,1%	29,9%	16,1%	1,1%			87 0,9%
Sedativa/Hypnotika	1,6%	15,9%	22,2%	1,6%			31,7%		11,1%	14,3%		63 0,7%
Kokain	5,3%	17,5%	7,0%	7,0%			52,6%	1,8%		8,8%		57 0,6%
Stimulanzien	6,7%	23,3%	6,7%				43,3%	10,0%		10,0%		30 0,3%
Halluzinogene			33,3%				66,7%					3 0,0%
Tabak		33,3%	50,0%									6 0,1%
Flüchtige Lösungsmittel								100,0%				1 0,0%
Andere psychotr. Substanzen	2,6%	20,3%	5,0%	1,0%	0,3%	1,9%	53,7%	3,5%	2,6%	1,8%	0,2%	622 6,7%
Ess-Störungen	10,7%		32,1%			10,7%	28,6%	14,3%		3,6%		28 0,3%
Pathologisches Spielverhalten	5,1%	24,4%	17,9%	3,8%		1,3%	41,0%	1,3%		1,3%		78 0,8%
Ohne Diagnose	1,8%	28,8%	13,8%	1,5%		0,7%	33,6%	1,1%	4,8%	5,8%	2,7%	852 9,2%
Gesamt	122	2.292	1.519	209	22	108	3.566	85	387	540	43	9.311 100%
%	1,3%	24,6%	16,3%	2,2%	0,2%	1,2%	38,3%	0,9%	4,2%	5,8%	0,5%	100%

Unbek.: 495 Pat. (5,0%) aller Pat., bzw. 340 Pat. (3,5%) der ausgew. Eindr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 36 (100,0%), HORIZONT: N = 4 (36,4%), PATFAK: N = 20 (100,0%)

Tabelle 6.7: Substanzbezogene Einzeldiagnosen und Alter bei Männern

Einzeldiagnosen*	A l t e r									Gesamt	Gesamt	
	15–17	18–19	20–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–	Ø	2001 Abs.	%	2000 %
Alkohol												
Schädl. Gebrauch	1,0%	10,0%	26,5%	21,0%	33,0%	6,5%	1,5%	0,5%	28,5	200	5,3%	4,6%
Abhängigkeit	0,2%	0,8%	5,1%	5,8%	28,3%	37,8%	17,7%	4,3%	41,7	2.986	79,6%	75,1%
Opiode												
Schädl. Gebrauch		6,3%	22,8%	19,0%	36,7%	15,2%			30,3	79	2,1%	2,8%
Abhängigkeit	0,7%	5,6%	26,9%	22,9%	35,1%	8,5%	0,2%	0,2%	28,9	576	15,4%	14,0%
Cannabinoide												
Schädl. Gebrauch	1,8%	4,1%	15,2%	22,6%	37,8%	17,1%	0,9%	0,5%	31,5	217	5,8%	4,1%
Abhängigkeit	1,7%	9,0%	30,8%	19,9%	29,3%	9,0%	0,4%		28,1	543	14,5%	16,1%
Sedativa/Hypnotika												
Schädl. Gebrauch		8,0%	17,0%	17,0%	37,5%	15,9%	3,4%	1,1%	31,9	88	2,3%	2,4%
Abhängigkeit	0,4%	3,3%	20,4%	20,4%	35,9%	12,7%	3,7%	3,3%	32,7	245	6,5%	7,8%
Kokain												
Schädl. Gebrauch	1,6%	8,9%	24,4%	17,9%	39,8%	7,3%			28,7	123	3,3%	3,3%
Abhängigkeit	0,3%	4,7%	29,2%	22,5%	33,3%	9,8%	0,3%		29,0	387	10,3%	10,1%
Stimulanzien												
Schädl. Gebrauch	3,4%	10,2%	22,0%	22,0%	37,3%	5,1%			27,8	118	3,1%	3,8%
Abhängigkeit	2,2%	12,3%	39,6%	19,4%	20,3%	6,2%			26,1	227	6,1%	6,6%
Halluzinogene												
Schädl. Gebrauch	1,4%	12,2%	24,5%	19,7%	30,6%	11,6%			28,6	147	3,9%	3,6%
Abhängigkeit	0,8%	5,4%	37,2%	21,7%	24,8%	9,3%	0,8%		27,9	129	3,4%	4,4%
Tabak												
Schädl. Gebrauch	1,9%	3,9%	9,2%	8,7%	26,7%	33,0%	12,6%	3,9%	38,4	206	5,5%	6,7%
Abhängigkeit	0,4%	2,0%	8,0%	8,5%	30,9%	34,9%	13,2%	2,1%	39,1	2.198	58,6%	50,6%
Flüchtige Lösungsmittel												
Schädl. Gebrauch	5,3%	15,8%	10,5%	26,3%	31,6%	10,5%			28,7	19	0,5%	0,4%
Abhängigkeit		25,0%	16,7%	16,7%	33,3%	8,3%			28,6	12	0,3%	0,6%
Andere psychotr. Substanzen												
Schädl. Gebrauch	6,3%	6,3%	18,8%	12,5%	43,8%	6,3%	6,3%		31,3	16	0,4%	0,2%
Abhängigkeit	2,7%	10,4%	29,7%	22,5%	26,4%	8,2%			27,4	182	4,9%	0,7%
Gesamt	16	76	332	328	1.073	1.236	552	138	39,5	3.751		6.571

\* Mehrfachnennungen möglich

Unbek.: 4.664 Pat. (47,6%) aller Pat., bzw. 0 Pat. (0,0%) der ausgew. Einr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N = 36 (100,0%), HORIZONT: N = 0 (0,0%), PATFAK: N = 0 (0,0%)

Tabelle 6.8: Substanzbezogene Einzeldiagnosen und Alter bei Frauen

Einzeldiagnosen*	A l t e r									Gesamt 2001		Gesamt 2000	
	15–17	18–19	20–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–	Ø	Abs.	%	%	
Alkohol													
Schädl. Gebrauch	5,1%	15,4%	23,1%	17,9%	28,2%	7,7%		2,6%	28,2	39	2,8%	4,4%	
Abhängigkeit	0,3%	0,9%	3,9%	4,7%	24,2%	38,8%	21,1%	6,0%	43,2	1.225	88,1%	78,4%	
Opioide													
Schädl. Gebrauch		4,8%	23,8%	23,8%	19,0%	28,6%			31,8	21	1,5%	1,7%	
Abhängigkeit	3,6%	8,6%	24,4%	20,8%	31,0%	10,7%	1,0%		29,0	197	14,2%	14,6%	
Cannabinoide													
Schädl. Gebrauch	5,7%	8,6%	20,0%	25,7%	31,4%	5,7%	2,9%		28,3	35	2,5%	5,3%	
Abhängigkeit	5,4%	12,0%	21,7%	18,5%	31,5%	10,9%			28,6	184	13,2%	9,7%	
Sedativa/Hypnotika													
Schädl. Gebrauch	2,3%	7,0%	14,0%	11,6%	20,9%	18,6%	23,3%	2,3%	37,8	43	3,1%	3,0%	
Abhängigkeit	1,2%	2,9%	9,4%	17,0%	24,0%	34,5%	8,8%	2,3%	36,8	171	12,3%	11,8%	
Kokain													
Schädl. Gebrauch	11,5%	11,5%	26,9%	15,4%	30,8%	3,8%			26,3	26	1,9%	2,6%	
Abhängigkeit	1,4%	8,3%	19,4%	26,4%	35,4%	9,0%			29,1	144	10,4%	8,3%	
Stimulanzen													
Schädl. Gebrauch	4,8%	14,3%	23,8%	28,6%	23,8%	4,8%			26,8	21	1,5%	3,8%	
Abhängigkeit	8,0%	6,0%	28,0%	26,0%	23,0%	7,0%	2,0%		27,3	100	7,2%	4,6%	
Halluzinogene													
Schädl. Gebrauch	7,4%	7,4%	18,5%	14,8%	40,7%	11,1%			30,0	27	1,9%	2,4%	
Abhängigkeit	7,7%	4,6%	30,8%	13,8%	24,6%	13,8%	4,6%		29,4	65	4,7%	2,8%	
Tabak													
Schädl. Gebrauch	2,3%	4,5%	15,9%	11,4%	9,1%	34,1%	18,2%	4,5%	38,8	44	3,2%	4,1%	
Abhängigkeit	1,0%	2,5%	6,5%	7,6%	28,6%	36,4%	14,9%	2,6%	39,6	773	55,6%	51,4%	
Flüchtige Lösungsmittel													
Schädl. Gebrauch				33,3%	66,7%				31,3	3	0,2%	0,9%	
Abhängigkeit	11,1%		22,2%		22,2%	44,4%			33,9	9	0,6%	0,5%	
Andere psychotr. Substanzen													
Schädl. Gebrauch					100%				33,0	1	0,1%	0,6%	
Abhängigkeit	2,2%	13,3%	27,8%	24,4%	14,4%	16,7%	1,1%		28,3	90	6,5%	0,3%	
Gesamt	13	34	78	84	344	496	266	76	41,6	1.391	100%	1.450	

\* Mehrfachnennungen möglich

Unbek.: 4.664 Pat. (47,6%) aller Pat., bzw. 0 Pat. (0,0%) der ausgew. Eindr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N = 36 (100,0%), HORIZONT: N = 0 (0,0%), PATFAK: N = 0 (0,0%)



Tabelle 6.9: Erst-/Wiederbehandelte nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Erst-/Wieder- behandelte	Kranken- häuser		Rehabilitations- einrichtungen		Nachsorge- einrichtungen		G e s a m t 2001				Gesamt 2000
	M	F	M	F	M	F	M	F	M + F	Abs.	%
Erstbehandelt	12,1%	4,9%	10,5%	3,6%	39,6%*	35,7%*	13,1%	4,4%	10,8%	580	12,3%
Wiederbehandelte	87,9%	95,1%	89,5%	96,4%	60,4%	64,3%	86,9%	95,6%	89,2%	4.794	87,7%
Aufgeschlüsselt:											
Erstaufnahme	68,5%	79,3%	79,0%	85,0%	50,3%	53,6%	75,3%	83,7%	77,5%	4.166	71,9%
Wiederaufnahme**	19,4%	15,9%	10,5%	11,3%	10,1%	10,7%	11,6%	11,9%	11,7%	628	15,7%
Gesamt	527	164	3.123	1.216	316 <sup>e</sup>	28 <sup>e</sup>	3.966	1.408	100%	5.374	7.745

Unbek.: 4.432 Pat. (45,2%) aller Pat., bzw. 106 Pat. (1,9%) der ausgew. Eindr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 36 (100,0%), HORIZONT: N = 10 (90,9%), PATFAK: N = 0 (0,0%)

\* Siehe Text

\*\* Bezogen auf die jeweilige aufnehmende Einrichtung

### Hauptdiagnose und Erwerbstätigkeit

Der Anteil der Erwerbstätigen in der Gesamtgruppe der stationär Behandelten liegt bei etwa 46% (2000: 44%), 38% (2000: 42%) 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 48%; 37% sind arbeitslos und 15% stehen dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung. Bei den Patienten mit opiatbezogener Hauptdiagnose sind die Werte ungünstiger (33% bzw. 46% bzw. 20%). 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 therapieleitend 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 die Hauptdiagnose beziehen, so gingen Informationen über die Verbreitung und Konsummuster anderer Substanzen in der behandelten Klientel verloren. Dies gilt insbesondere für Cannabis, Stimulanzen und Kokain.

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

- Für rund 85% der Männer und 91% der Frauen wird die Diagnose schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Alkohol gestellt (2000: 80% bzw. 83%). Alkohol 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.
- Nach Alkohol ist Tabak die am häufigsten in problematischer Form konsumierte Substanz. Bei etwa 64% der Männer und etwa 59% der Frauen wurde eine Tabakabhängigkeit oder ein schädlicher Gebrauch diagnostiziert (2000: 57% bzw. 56%). Da nicht alle Kliniken diese Diagnosen berücksichtigen, dürften die tatsächlichen Zahlen noch deutlich höher liegen. Die im Vergleich zum Vorjahr gestiegenen Werte stehen in großer Diskrepanz zu der immer noch geringen therapeutischen Beachtung dieser gefährlichen Substanz in stationären Einrichtungen.
- An dritter Stelle der Diagnosen steht schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Cannabis bei rund 20% der Männer und 16% der Frauen (2000: 20% bzw. 15%), noch vor Opiaten (17% bzw. 16%; 2000: 17% bzw. 16%) und Kokain (14% bzw. 12%; 2000: 13% bzw. 11%).

Tabelle 6.10: Erst-/Wiederbehandelte und Hauptdiagnose

Hauptdiagnose (Störungsbereich)	Erstbe- handelt	Wiederbehandelte			Abs.	Erstbe- handelt 2000 %
		Alle	Erstauf- nahme	Wieder- aufnahme*		
Alkohol	8,0%	92,0%	80,1%	11,9%	3.809	11,0%
Opiode	8,8%	91,2%	76,8%	14,5%	525	13,5%
Cannabinoide	31,4%	68,6%	58,6%	10,0%	70	26,4%
Sedativa/Hypnotika	9,1%	90,9%	87,9%	3,0%	33	13,5%
Kokain	22,2%	77,8%	62,2%	15,6%	45	30,2%
Stimulanzen	22,7%	77,3%	72,7%	4,5%	22	18,4%
Halluzinogene		100,0%	100,0%		1	12,5%
Tabak	25,0%	75,0%	50,0%	25,0%	4	0,0%
Flüchtige Lösungsmittel		100,0%	100,0%		1	0,0%
Andere psychotr. Substanzen	4,4%	95,6%	78,8%	16,8%	273	8,6%
Ess-Störungen	6,3%	93,8%	93,8%		16	0,0%
Pathologisches Spielverhalten	33,3%	66,7%	59,6%	7,0%	57	25,0%
Ohne Diagnose	29,9%	70,1%	63,7%	6,4%	518	16,9%
Gesamt	580	4.794	4.166	628	5.374	955
%	10,8%	89,2%	77,5%	11,7%	100%	12,3%

Unbek.: 4.432 Pat. (45,2%) aller Pat., bzw. 106 Pat. (1,9%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 36 (100,0%), HORIZONT: N = 10 (90,9%), PATFAK: N = 0 (0,0%)

\* Bezogen auf die jeweilige aufnehmende Einrichtung

Tabelle 6.11: Rechtliche Grundlagen der Aufnahme nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Erst-/Wieder- behandelte	Kranken- häuser		Rehabilitations- einrichtungen		Nachsorge- einrichtungen		G e s a m t 2001			Abs.	Gesamt 2000 %
	M	F	M	F	M	F	M	F	M+ F		
Freiwillige Behandlung	94,7%	92,4%	86,9%	94,6%	97,0%	100%	88,9%	94,3%	90,4%	7.221	90,3%
§§ 35– 38 BtmG	3,2%	4,2%	7,9%	3,9%			6,6%	3,9%	5,8%	467	6,2%
Andere strafrechtliche Grundlage	1,7%	2,2%	2,7%	0,3%	1,0%		2,4%	0,6%	1,9%	150	2,2%
Zivilrechtliche Grundlage		0,2%	1,7%	0,2%			1,3%	0,2%	1,0%	77	0,2%
Unterbringung (Psych-KK, LUG)					1,0%		0,0%		0,0%	1	
Sonstige Gründe	0,5%	1,0%	0,9%	1,1%	1,0%		0,8%	1,0%	0,9%	69	1,2%
Gesamt	1.323	408	4.248	1.895	100	11	5.671	2.314	100%	7.985	6.527

Unbek.: 1.821 Pat. (18,6%) aller Pat., bzw. 602 Pat. (7,0%) der ausgew. Einr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N = 34 (94,4%), HORIZONT: N = 0 (0,0%), PATFAK: N = 16 (80,0%)

Tabelle 6.12: Kostenträger, Einrichtungstyp und Geschlecht (Fortsetzung nächste Seite)

Kostenträger	Kranken- häuser		Rehabilitations- einrichtungen		Nachsorge- einrichtungen		G e s a m t			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M+ F	Abs.
Pauschal/institutionell	0,1%		0,4%	0,6%	2,5%		0,3%	0,5%	0,4%	35
Selbstzahler/in	0,7%		0,8%	0,9%	4,2%		0,8%	0,7%	0,8%	75
<b>Rentenversicherung</b>										
<b>Gesamt</b>	5,3%	2,5%	85,3%	80,8%	2,5%	8,3%	67,4%	67,0%	67,3%	6.248
BfA	0,1%		15,6%	45,7%			12,2%	37,7%	19,1%	1.778
LVA Baden			6,8%	3,9%			5,3%	3,2%	4,7%	439
LVA Berlin			1,3%	0,8%			1,0%	0,6%	0,9%	85
LVA Brandenburg			3,7%	1,8%			2,9%	1,5%	2,5%	234
LVA Braunschweig			0,7%	0,5%			0,5%	0,4%	0,5%	46
LVA Freie und Hanse- stadt Hamburg			1,8%	0,5%			1,4%	0,4%	1,1%	106
LVA Hannover			6,8%	2,8%			5,2%	2,3%	4,4%	413
LVA Hessen			3,0%	0,3%			2,4%	0,2%	1,8%	165
LVA Mecklenburg/Vorp.			1,8%	0,4%			1,4%	0,3%	1,1%	101
LVA Niederbayern-Oberpfalz			2,7%	0,9%	0,8%		2,1%	0,7%	1,8%	163
LVA Oberbayern	0,1%		4,1%	1,8%	0,8%		3,2%	1,5%	2,8%	256
LVA Oberfranken u. Mittelfranken			3,6%	1,6%			2,8%	1,3%	2,4%	220
LVA Oldenburg-Bremen			2,6%	1,1%			2,0%	0,9%	1,7%	160
LVA Rheinland-Pfalz			0,7%	0,1%			0,5%	0,1%	0,4%	39
LVA Rheinprovinz	0,9%	0,5%	7,7%	3,3%			6,2%	2,8%	5,3%	491
LVA für das Saarland			2,8%	0,9%			2,2%	0,7%	1,8%	168
LVA Sachsen			1,6%	0,1%			1,2%	0,1%	0,9%	86
LVA Sachsen-Anhalt			0,2%	0,0%			0,1%		0,1%	9
LVA Schleswig-Holstein			3,6%	1,6%			2,8%	1,3%	2,4%	219
LVA Schwaben			0,9%	0,4%	0,8%	8,3%	0,7%	0,4%	0,6%	59
LVA Thüringen			0,2%	0,1%			0,1%	0,1%	0,1%	12
LVA Unterfranken			2,4%	0,8%			1,9%	0,6%	1,5%	141
LVA Westfalen			2,6%	3,0%			2,0%	2,5%	2,1%	198
LVA Württemberg			5,4%	7,5%			4,2%	6,2%	4,7%	440
Bahnversicherungsanstalt	0,1%		0,9%	0,3%			0,7%	0,3%	0,6%	53
Seekasse			0,3%				0,3%		0,2%	17
Bundesknappschaft	4,1%	1,8%	1,5%	0,4%			2,0%	0,7%	1,6%	150

Tabelle 6.12: Kostenträger, Einrichtungstyp und Geschlecht (Fortsetzung)

Kostenträger	Kranken- häuser		Rehabilitations- einrichtungen		Nachsorge- einrichtungen		G e s a m t			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M+ F	Abs.
<b>Krankenversicherung</b>										
<b>Gesamt</b>	87,3%	90,4%	8,3%	14,8%	3,4%		24,5%	27,7%	25,4%	2.355
AOK	40,5%	27,3%	4,0%	4,9%			11,5%	8,7%	10,7%	996
Betriebskrankenkasse	16,1%	15,4%	0,9%	1,7%			4,0%	4,1%	4,0%	374
Innungskrankenkasse	9,7%	4,6%	0,5%	0,8%			2,4%	1,4%	2,1%	198
See-Krankenkasse			0,2%				0,1%		0,1%	11
Landwirtschaftl. Krankenk.	0,4%		0,2%	0,5%			0,2%	0,4%	0,3%	25
Angestellten-Krankenk.	18,1%	38,1%	1,9%	5,8%			5,2%	11,3%	6,9%	639
Arbeiter-Ersatzkasse	1,8%	3,4%	0,1%	0,2%			0,5%	0,7%	0,5%	50
Privat-Krankenkasse	0,6%	1,6%	0,4%	0,9%			0,5%	1,0%	0,6%	58
<b>Sonstige Kostenträger</b>										
<b>Gesamt</b>	0,9%	0,2%	2,2%	0,9%	18,5%	8,3%	2,2%	0,8%	1,8%	167
Bundeswehr	0,1%		0,4%				0,3%		0,2%	22
Bundespost	0,3%		0,8%	0,5%			0,7%	0,4%	0,6%	54
Polizeibehörde	0,1%		0,6%	0,1%			0,4%	0,1%	0,3%	32
Berufsgenossenschaft				0,1%				0,1%	0,0%	4
sonstige	0,4%	0,2%	0,4%	0,2%	17,6%	8,3%	0,7%	0,2%	0,6%	54
<b>Sozialhilfe/Jugendhilfe</b>										
<b>Gesamt</b>	5,8%	6,9%	3,1%	2,1%	68,9%	83,3%	4,8%	3,3%	4,4%	408
Jugendhilfe			0,1%				0,1%		0,1%	6
Sozialhilfe	5,8%	6,9%	3,0%	2,1%	63,9%	75,0%	4,6%	3,3%	4,3%	395
<b>Gesamt</b>	1.388	436	5.239	2.094	119	12	6.746	2.542	100%	9.288

Unbek.: 518 Pat. (5,3%) aller Pat., bzw. 518 Pat. (5,3%) der ausgew. Eindr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N = 36 (100,0%), HORIZONT: N = 11 (100,0%), PATFAK: N = 20 (100,0%)

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

Leider beziehen sich die Tabellen 6.7 und 6.8 nur auf EBIS-Einrichtungen, da nur der dort verwendete Bundesdatensatz die Unterscheidung in »Schädlichem Konsum« und »Abhängigkeit« vornimmt.

## 6.4 Zugang zur Behandlung

### Erst-/Wiederbehandlung

Nur etwa 11% der Patienten sind zum ersten Mal in Behandlung (Tabelle 6.9). Die Aufschlüsselung der Klienten mit Vorbehandlung zeigt, dass der größte Teil (77,5% aller Klienten) zum ersten Mal in der jeweiligen Einrichtung ist, etwa 11,7% sind Wiederaufnahmen. In Krankenhäusern liegt dieser Wert wegen des Pflichtversorgungsauftrags deutlich höher.

Auffällig ist der hohe Anteil Erstbehandelter in Nachsorgeeinrichtungen (etwa 40% für Männer bzw. 36% für Frauen). Die Daten kommen überwiegend aus erstmals an der Auswertung teilnehmenden Einrichtungen des stationären betreuten Wohnens. Vermutlich wurden die Daten dort aus Unkenntnis falsch eingegeben. Um solche Fehler zu vermeiden und damit die Datenqualität zu sichern ist es unbedingt notwendig, alle dokumentierenden Mitarbeiter hinreichend im Gebrauch der Software und der Datensätze zu schulen.

Der Anteil an Erstbehandlungen bei Patienten mit den Hauptdiagnosen Cannabis (31%), Kokain (22%), Stimulanzien (23%), Tabak (25%) sowie pathologischem Spielverhalten (33%) liegt deutlich über dem Durchschnitt (11%; Tabelle 6.10).

#### **Rechtliche Grundlage der Aufnahme**

Die Aufnahme des Patienten erfolgt in den stationären Einrichtungen zumeist freiwillig (90%; Tabelle 6.11). Der Anteil der Aufnahmen aufgrund einer rechtlichen Anordnung liegt in Rehabilitationseinrichtungen für Männer höher als in Krankenhäusern (13% bzw. 5%).

#### **Leistungsträger**

Tabelle 6.12 bezieht sich auf den vorrangigen Leistungsträger der stationären Maßnahme. Aufgrund

der neuen »Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung« vom 01.07.2001 wie schon in der Empfehlungsvereinbarung von 1978 sind die Rentenversicherer, sofern die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen, Leistungsträger für die Entwöhnungsbehandlung, während die Krankenversicherungen für den Entzug zuständig sind. Die Krankenversicherungen übernehmen auch in anderen Fällen die Kosten, z. B. bei der Behandlung von Ausländern im Rahmen der EU-Abkommen. Am häufigsten treten als Leistungsträger die Landesversicherungsanstalten (LVA) auf (etwa 48%). In 19% (2000: 11%) der Fälle ist die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) Leistungsträger. Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) tragen bei insgesamt 11% der Patienten die Kosten.

Bei den behandelten Frauen ist die BfA mit 38% (2000: 27%) der am häufigsten genannte Leistungsträger, bei den Männern liegt ihr Anteil bei ca. 12% (2000: 8%). Der Grund für diesen Unterschied ist der höhere Angestelltenanteil bei den Frauen und die höhere Schulbildung der Frauen: Die BfA ist zuständig für Angestellte, Schüler und Studenten. Eine Sonderposition nehmen die Einrichtungen aus dem Bereich der Nachsorge ein. Die Behandlungskosten für 64% (2000: 98%) der Männer und 75% (2000: 86%) der Frauen werden für diesen Einrichtungstyp durch Sozialhilfeträger übernommen.

## 7 Daten zu Interventionen (Statistik der Entlassungen)

Die Auswertung der Behandlungsmaßnahmen und -ergebnisse erfolgt für die im Jahr 2001 entlassenen Patienten (N = 11.017; 2000: 13.934).

### 7.1 Vorbehandlung

Aufgrund der Organisation des Behandlungs- und Beratungssystems in Deutschland kommt nur eine Minderheit der Patienten ohne Vorbehandlung in die stationäre Einrichtung. In der Regel hat bei substanzbezogenen Störungen ein Entzug direkt vor Beginn der Entwöhnungsbehandlung stattgefunden (Alkohol: 73%; Opiate: 76%; Cannabis: 47%; 2000: 94%, 90%, 92%; Tab. 7.1). Stationärer Entzug und sta-

tionäre Entwöhnung bei Patienten mit den Hauptdiagnosen Essstörungen und Pathologisches Spielverhalten bezieht auch stationäre Aufenthalte aufgrund des pathologischen Spielverhaltens oder der Essstörung mit ein. Nach wie vor relativ selten sind ambulante Vorbehandlungen (weniger als 10% der Fälle). Die Angaben für Männer und Frauen unterscheiden sich nur geringfügig (Tab. 7.2).

Die Beendigung des letzten Entzugs erfolgt bei 97% der Patienten mit der Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit von Alkohol planmäßig (Cannabis: 95%, Kokain: 96%). Bei den opiat- und stimulanzenbezogenen Hauptdiagnosen ist eine planmäßige Beendigung seltener (jeweils 85%). Frühere stationäre Entwöhnungen wurden von Alkoholpatienten in 83% der Fälle planmäßig beendet. Für Opiate liegt die Zahl deutlich niedriger (50%).

Tabelle 7.1: Vorbehandlung und Hauptdiagnose

Hauptdiagnose (Störungsbereich)	Vorbehandlung*							Gesamt	
	Erst- behandlung	Stat. Entzug	Amb. Sub- stitution	Amb. Ent- wöhnung	Teilstat. Entwöhnung	Stat. Ent- wöhnung	Art unbekannt	%	Abs.
Alkohol	10,0%	72,7%	0,5%	3,8%	1,2%	28,7%	12,9%	75,2%	7.894
Opiode	11,3%	75,9%	38,1%	5,4%	3,1%	48,9%	4,6%	7,3%	763
Cannabinoide	28,0%	47,3%	2,2%	1,1%	3,2%	21,5%	17,2%	0,9%	93
Sedativa/Hypnotika	15,2%	63,6%	4,5%	9,1%	1,5%	21,2%	15,2%	0,6%	66
Kokain	32,9%	41,4%	8,6%	1,4%	1,4%	37,1%	12,9%	0,7%	70
Stimulanzen	30,0%	53,3%				13,3%	13,3%	0,3%	30
Halluzinogene	25,0%	50,0%			25,0%	50,0%		0,0%	4
Tabak	60,0%	20,0%					20,0%	0,0%	5
Flüchtige Lösungsmittel		100,0%						0,0%	1
Andere Psychotr. Substanzen	6,7%	77,9%	29,6%	2,0%	1,2%	41,7%	8,2%	6,2%	655
Ess-Störungen	20,5%	29,5%		9,1%		31,8%	34,1%	0,4%	44
Pathologisches Spielverhalten	25,3%	14,5%		3,6%	2,4%	16,9%	47,0%	0,8%	83
Ohne Hauptdiagnose	20,4%	65,0%	7,4%	2,5%	1,3%	29,4%	8,9%	7,6%	795
Gesamt	1.180	7.506	598	388	144	3.237	1.275		10.503
%	11,2%	71,5%	5,7%	3,7%	1,4%	30,8%	12,1%	100%	100%

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

Unbek.: 514 Pat. (4,7%) aller Pat., bzw. 514 Pat. (4,7%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 36 (100,0%), HORIZONT: N = 11 (100,0%), PATFAK: N = 20 (100,0%)

Tabelle 7.2: Vorbehandlung nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Vorbehandlungen*	Kranken- häuser		Rehabilitations- einrichtungen		Nachsorge- einrichtungen		G e s a m t			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M+ F	Abs.
Erstbehandlung	20,1%	20,7%	10,2%	5,2%	32,0%	27,8%	12,7%	7,5%	11,2%	1.180
Stationärer Entzug	65,0%	64,5%	72,8%	73,8%	61,0%	55,6%	71,1%	72,4%	71,5%	7.506
Ambulante Substitution	7,8%	10,6%	5,4%	5,1%	0,8%	0,0%	5,6%	5,8%	5,7%	598
Ambulante Entwöhnung	2,9%	4,2%	3,2%	5,2%	2,7%	0,0%	3,2%	5,1%	3,7%	388
Teilstationäre Entwöhnung	1,9%	2,0%	1,2%	1,5%	1,2%	5,6%	1,3%	1,6%	1,4%	144
Stationäre Entwöhnung	29,2%	25,9%	31,3%	29,6%	44,4%	61,1%	31,4%	29,3%	30,8%	3.237
Art unbekannt	11,0%	11,1%	11,9%	14,8%	0,0%	0,0%	11,4%	14,2%	12,1%	1.275
Gesamt	1.296	406	6.019	2.505	259	18	7.574	2.929		10.503

\* Mehrfachnennungen möglich. Kein Vergleich mit den Vorjahreswerten, wegen Einbeziehung der Erstbehandelten.

Unbek.: 514 Pat. (4,7%) aller Pat., bzw. 514 Pat. (4,7%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=36 (100,0%), HORIZONT: N=11 (100,0%), PATFAK: N=20 (100,0%)

## Vermittlung

Etwa 47% der Vermittlungen erfolgen durch ambulante Fachberatungsstellen, die den Hauptanteil der notwendigen Vorbereitungsarbeit leisten (1996: 50,5%; Abbildung 7.1). Der Anteil stationärer Facheinrichtungen bei der Vermittlung hat sich seit 1996 deutlich erhöht (1996: 10,5%; 2001: 14,4%), ebenfalls der Anteil niedergelassener Ärzte/Psychotherapeuten (1996: 9,9%; 2001: 12,5%). 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 17%) spielt eine wesentliche Rolle bei den Behandlungsmaßnahmen.

Die Arbeitsschwerpunkte zeigen die konzeptionellen Unterschiede zwischen Krankenhaus (Entzug) und Rehabilitationseinrichtung (Entwöhnung) deutlich. In den Nachsorgeeinrichtungen liegt der Schwerpunkt einerseits auf Entwöhnungsbehandlung (48% der Männer und 44% der Frauen) und andererseits auf Arbeits- und Beschäftigungsprojekten,

woran 19% der dort untergebrachten Männer und 11% der Frauen teilnehmen.

### Behandlungsdauer

In Tabelle 7.4 sind sowohl planmäßige 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. Hier zeigt sich die erhebliche Verringerung der Behandlungsdauer in den letzten Jahren. Es sind jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Konsumenten verschiedener Substanzen und den Einrichtungstypen festzustellen. Während von den Patienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose nur etwa 2% mehr als sechs Monate in stationärer Behandlung sind, gilt dies bei opiat- und kokainbezogenen Störungen für mehr als 16% bzw. 33%. Überraschend ist ein ähnlich hoher Wert bei der kleinen Gruppe der Personen mit einer Hauptdiagnose Cannabis (24%). Da diese Personen in der Regel jünger sind und die Behandlung cannabisbezogener Störungen häufig als weniger kritisch angesehen wird, sind die Daten erstaunlich. Möglicherweise spielen dabei zusätzliche Störungen eine wichtige Rolle. Weitere Analysen sind erforderlich.

Relativ kurze Behandlungszeiten finden sich bei den Ess-Störungen und bei pathologischem Spielver-

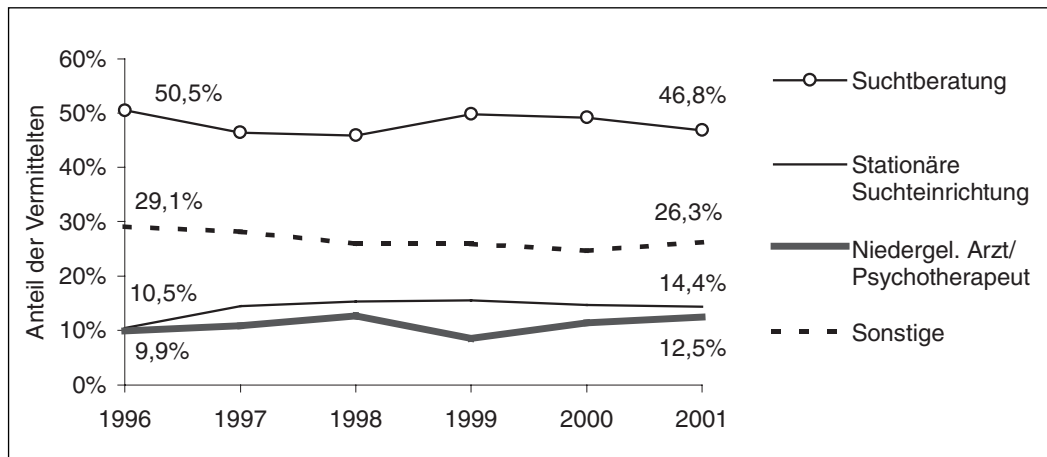


Abbildung 7.1: Vermittlung in stationäre Behandlung 1996 bis 2001

halten. Bei nur 2% bzw. 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 Kern-

datensatzes auch die Kategorien der Behandlungsdauer geändert haben, die mit der Einführung kürzerer Regelbehandlungsdauern durch die Kostenträger korrespondieren, ist es seit 2000 nur unter Bildung übergeordneter Kategorien möglich, die Tendenz zur Behandlungsverkürzung der letzten Jahre weiterzuverfolgen. Bis 1999 zeigte sich Folgendes: Der Anteil der langen Behandlungszeiten (Alkohol: über 6 Mo-

Tabelle 7.3: Art der Behandlung nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Art der-Betreuung*	Kranken-häuser		Rehabilitations-einrichtungen		Nachsorge-einrichtungen		G e s a m t 2001			Gesamt 2000	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M+ F	Abs.	%
Ambulante Beratung/Behandlung	2,4%	2,2%	0,8%	0,8%			1,1%	1,0%	1,1%	117	1,3%
Ambulante Reha	0,3%		0,4%	0,6%	0,4%		0,3%	0,5%	0,4%	42	0,5%
Entzug	79,4%	76,1%	3,6%	2,9%	0,8%		17,8%	14,0%	16,7%	1.843	12,9%
Substitution	0,1%		0,0%	0,2%			0,0%	0,2%	0,1%	8	0,1%
Stationäre Entwöhnung	6,0%	5,8%	95,1%	97,2%	47,5%	44,4%	76,7%	82,9%	78,5%	8.643	76,5%
Krankenhausbehandlung	3,8%	3,9%	0,1%				0,8%	0,6%	0,7%	81	0,6%
Betreutes Wohnen	0,1%		0,2%	0,1%	0,4%		0,2%	0,1%	0,1%	16	0,1%
Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	1,0%	0,4%	3,2%	2,9%	18,8%	11,1%	3,3%	2,5%	3,1%	339	2,2%
Gesamt	1.503	464	6.212	2.559	261	18	7.976	3.041		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 = 36 (100,0%), HORIZONT: N = 11 (100,0%), PATFAK: N = 20 (100,0%)



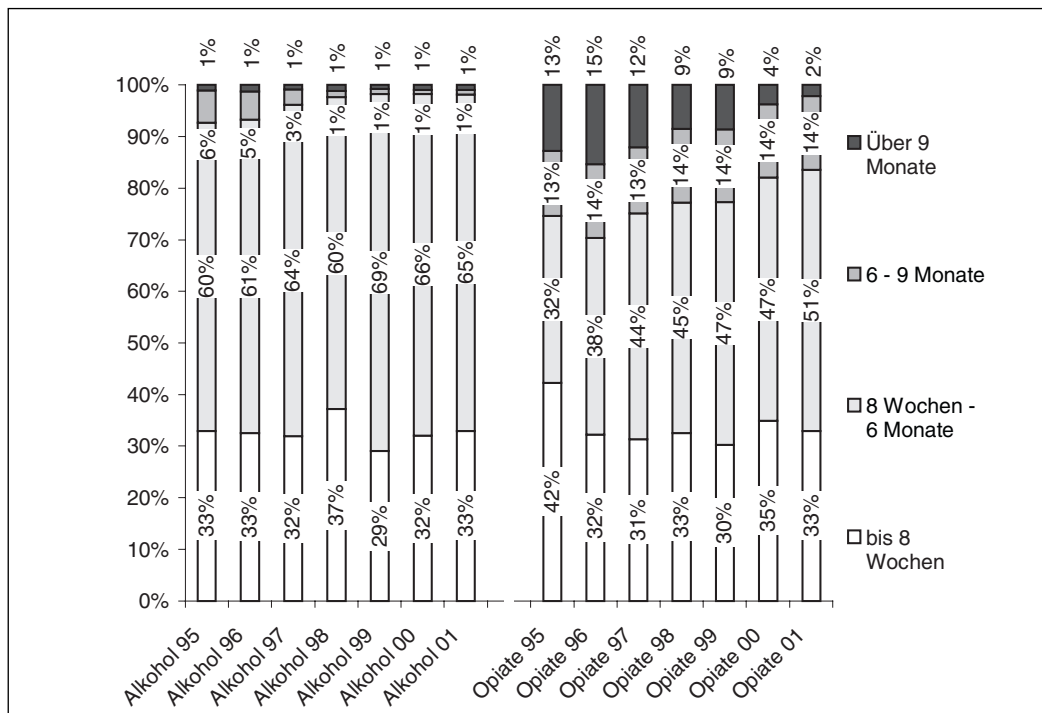


Abb. 7.2: Behandlungsdauer 1995 bis 2000

nate; Opiate: über 9 Monate) hat sich seit 1995 zugunsten mittelfristiger Behandlungen (2 bis 6 Monate) kontinuierlich verringert.

### 7.3 Beendigung der Behandlung

Rund 65% der Behandlungen werden planmäßig beendet, weitere 6% durch Verlegung oder Vermittlung (Tabelle 7.5). In 21% 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 Therapeut vor. In den Krankenhäusern finden sich wegen des hohen Anteils von Entzugsbehandlungen die meisten planmäßigen Beendigungen (71%). Patienten in Nachsorgeeinrichtungen haben eine extrem hohe Abbruchquote (44%) und ent-

sprechend eine sehr geringe Quote planmäßiger Beendiger (30%).

Die Art der Beendigung ist in Tabelle 7.6 für Rehabilitationseinrichtungen dargestellt. Sie variiert erheblich mit der Hauptdiagnose: Während bei der Hauptdiagnose Alkohol in etwa 68% der Fälle eine planmäßige Beendigung vorliegt, betragen die entsprechenden Werte für Cannabis 53%, für Opiate nur 40% und für Kokain 44%. 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. Fast 60% der Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung gelten am Ende einer stationären Behandlung als erfolgreich behandelt (abstinenter; Tabelle 7.7). Darüber hinaus wird bei 29% eine Besserung der Situation berichtet. Dagegen ist Abstinenz bei den Opiatfällen deutlich seltener anzutreffen; nur etwa jeder fünfte Behandelte wird dieser Kategorie zugeordnet. Allerdings wird auch hier in 35% der

Tabelle 7.4: Hauptdiagnose und Behandlungsdauer

Hauptdiagnose (Störungsbereich)	Dauer der Behandlung								Gesamt		
	bis 4 Wochen	>4–8 Wochen	>8–12 Wochen	>3–6 Monate	>6–9 Monate	>9–12 Monate	>12–24 Monate	Über 24 Monate	Ø	Abs.	%
Alkohol	15,8%	17,1%	14,7%	50,6%	0,9%	0,3%	0,5%	0,2%	11,9	8.170	74,2%
Opiode	21,2%	11,7%	11,8%	38,7%	14,3%	2,2%			14,8	777	7,1%
Cannabinoide	17,0%	12,8%	12,8%	33,0%	24,5%				16,7	94	0,9%
Sedativa/ Hypnotika	22,4%	20,9%	19,4%	37,3%					9,7	67	0,6%
Kokain	11,4%	15,7%	12,9%	27,1%	25,7%	7,1%			19,7	70	0,6%
Stimulanzen	12,5%	6,3%	12,5%	15,6%	50,0%	3,1%			22,4	32	0,3%
Halluzinogene	25,0%	50,0%		25,0%					7,8	4	0,0%
Tabak	20,0%	40,0%	20,0%	20,0%					7,5	5	0,0%
Flüchtige Lösungsmittel		100,0%							4,7	1	0,0%
Andere psychotr. Substanzen	42,1%	10,9%	9,4%	28,9%	6,9%	1,8%			10,9	713	6,5%
Ess-Störungen	9,1%		11,4%	77,3%	2,3%				15,5	44	0,4%
Pathologisches Spielverhalten	16,9%	38,6%	25,3%	18,1%				1,2%	11,2	83	0,8%
Ohne Diagnose	27,0%	11,2%	8,8%	40,6%	5,5%	3,2%	2,3%	1,4%	15,9	956	8,7%
Gesamt	2.075	1.753	1.506	5.159	341	88	65	29	12,5	11.016	100%
	18,8%	15,9%	13,7%	46,8%	3,1%	0,8%	0,6%	0,3%		100%	

Unbek.: 1 Pat. (0,0%) aller Pat., bzw. 1 Pat. (0,0%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 36 (100,0%), HORIZONT: N = 11 (100,0%), PATFAK: N = 20 (100,0%)

Tabelle 7.5: Art der Beendigung nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Art der- Beendigung*	Kranken- häuser		Rehabilitations- einrichtungen		Nachsorge- einrichtungen		G e s a m t 2001				Gesamt 2000
	M	F	M	F	M	F	M	F	M+ F	Abs.	%
Planmäßig	71,3%	70,9%	65,0%	61,8%	30,5%	15,4%	65,3%	63,0%	64,6%	6.732	65,8%
Weitervermittlung	5,3%	5,2%	3,6%	10,5%	11,5%	23,1%	4,1%	9,7%	5,7%	596	4,7%
Abbruch Einrichtung	3,6%	4,5%	9,9%	6,9%	13,5%	7,7%	8,8%	6,5%	8,2%	849	8,4%
Abbruch Patient	19,7%	19,4%	21,2%	20,9%	43,0%	53,8%	21,5%	20,8%	21,3%	2.218	21,0%
Strafvollzug	0,1%		0,2%		0,5%		0,2%		0,1%	12	0,0%
Verstorben			0,1%		1,0%		0,1%		0,1%	7	0,1%
Gesamt	1.418	444	5.836	2.503	200	13	7.454	2.960		10.414	12.788

Unbek.: 603 Pat. (5,5%) aller Pat., bzw. 382 Pat. (3,5%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 36 (100,0%), HORIZONT: N = 7 (63,6%), PATFAK: N = 17 (85,0%)

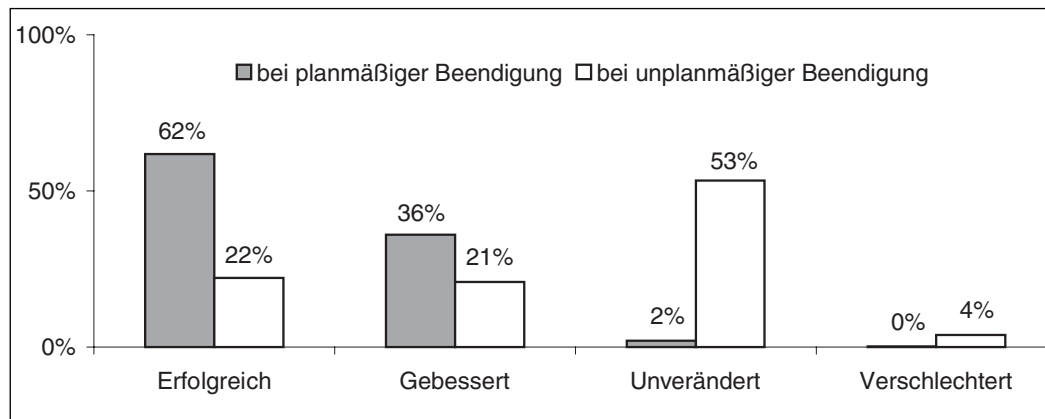


Abbildung 7.3: Behandlungserfolg bei Entlassung und Art der Beendigung

Tabelle 7.6: Art der Beendigung und Hauptdiagnose (Rehabilitationseinrichtungen)

Hauptdiagnose (Störungsbereich)	Art der Beendigung						Gesamt	
	Plan- mäßig	Weiter- vermittlung	Abbruch Einrichtung	Abbruch Patient	Straf- vollzug	Verstorben	Abs.	%
Alkohol	68,3%	5,9%	6,3%	19,3%	0,1%	0,1%	6.496	77,9%
Opioide	40,3%	3,3%	26,7%	29,8%			484	5,8%
Cannabinoide	53,4%	2,7%	23,3%	20,5%			73	0,9%
Sedativa/Hypnotika	45,3%	9,4%	9,4%	35,8%			53	0,6%
Kokain	43,8%	4,2%	25,0%	27,1%			48	0,6%
Stimulanzien	61,5%	3,8%	11,5%	23,1%			26	0,3%
Halluzinogene				100,0%			1	0,0%
Tabak	100,0%						2	0,0%
Flüchtige Lösungsmittel				100,0%			1	0,0%
Andere. psychotr. Substanzen	35,2%	5,6%	22,3%	36,6%	0,4%		503	6,0%
Ess-Störungen	62,8%	11,6%	7,0%	18,6%			43	0,5%
Pathologisches Spielverhalten	78,0%	1,2%	1,2%	19,5%			82	1,0%
Ohne Diagnose	64,7%	4,9%	11,4%	18,8%		0,2%	527	6,3%
Gesamt	5.343	472	750	1.759	10	5	8.339	100%
	64,1%	5,7%	9,0%	21,1%	0,1%	0,1%	100%	

Unbek.: 259 Pat. (3,0%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: N = 47 (94,0%)

Tabelle 7.8 : Wohnsituation bei Aufnahme und Entlassung

Wohnsituation bei Behand- lungsbeginn	Wohnsituation am Behandlungsende									Gesamt	
	Selbst- ständiges Wohnen	Bei anderen Personen	Betreutes Wohnen	Heim/ Klinik	JVA/Maß- regel- vollzug	Not- unterkunft Übern.stelle	Einrichtung nach § 72	Ohne Wohnung	Sonstiges	Abs.	%
Selbstständiges Wohnen	93,3%	1,6%	1,9%	1,7%	0,1%	0,1%	0,2%	0,4%	0,7%	7.831	77,0%
Bei anderen Personen	9,5%	72,5%	8,1%	5,8%	0,6%	0,2%	0,4%	1,7%	1,2%	1.059	10,4%
Betreutes Wohnen	11,5%	8,5%	64,8%	8,5%	0,6%	1,2%	1,2%	1,2%	2,4%	165	1,6%
Heim / Klinik	20,3%	6,1%	11,7%	55,0%		0,9%		4,8%	1,3%	231	2,3%
JVA / Maß- regelvollzug	26,2%	24,5%	5,4%	14,9%	11,1%	0,5%	0,2%	9,9%	7,3%	424	4,2%
Notunterkunft / Übern.stelle	18,2%	3,4%	23,0%	6,1%		33,8%	1,4%	10,1%	4,1%	148	1,5%
Einrichtung nach § 72 BSHG	11,4%	5,7%	25,0%	3,4%			36,4%	15,9%	2,3%	88	0,9%
Ohne Wohnung	19,9%	9,9%	23,8%	5,3%		3,3%	1,3%	34,4%	2,0%	151	1,5%
Sonstiges	11,9%	10,4%	9,0%	6,0%	1,5%			1,5%	59,7%	67	0,7%
Gesamt.	7.663	1.060	486	425	61	72	55	189	153	10.164	100%
%	75,4%	10,4%	4,8%	4,2%	0,6%	0,7%	0,5%	1,9%	1,5%	100%	

Unbek.: 853 Pat. (7,7%) aller Pat., bzw. 639 Pat. (5,9%) der ausgew. Einr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N = 36 (100,0%), HORIZONT: N = 3 (27,3%), PATFAK: N = 18 (90,0%)

Fälle zumindest eine Verbesserung der Situation angegeben. Eine geringe Erfolgsrate zeigt sich beim Störungsbereich Stimulanzien mit etwa 19%.

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 98% der Patienten die Behandlung abstinent oder zumindest in gebessertem Zustand verlassen, erreichen dies nur 43% bei unplanmäßiger Beendigung. 53% der unplanmäßigen Beender weisen am Ende der Behandlung ein unverändertes Störungsbild auf.

Therapieerfolg bei substanzbezogenen Störungen kann nicht ausschließlich an der Abstinenz oder der Verringerung des Konsums gemessen werden. Vielmehr muss eine Stabilisierung der gesamten Lebens-

umstände 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 20% der Patienten, die zu Beginn der Behandlung in einem Heim oder einer Klinik untergebracht waren in selbstständiges Wohnen entlassen werden. Von den zu Beginn arbeitslosen konnten 5% am Ende eine Vollzeit-arbeitsstelle aufweisen.

Etwa 12% der Patienten, die zu Behandlungsbeginn bei anderen Personen gewohnt haben, wohnen bei Abschluss der Behandlung selbstständig in einer eigenen Wohnung, also rechtlich gesichert. Von den-

Tabelle 7.7: Behandlungsergebnis und Hauptdiagnose

Hauptdiagnose (Störungsbereich)	Erfolgreich/ abstinent	Behandlungsergebnis			Abs.	Gesamt %
		Gebessert	Unverändert	Verschlechtert		
Alkohol	58,1%	29,0%	12,2%	0,8%	6.907	76,6%
Opioide	18,8%	34,7%	42,9%	3,6%	645	7,1%
Cannabinoide	28,2%	41,2%	30,6%		85	0,9%
Sedativa/Hypnotika	41,5%	45,3%	11,3%	1,9%	53	0,6%
Kokain	30,0%	36,7%	33,3%		60	0,7%
Stimulanzien	19,2%	57,7%	23,1%		26	0,3%
Halluzinogene	50,0%	50,0%			2	0,0%
Tabak	75,0%	25,0%			4	0,0%
Flüchtige Lösungsmittel			100,0%		1	0,0%
Andere psychotr. Substanzen	23,1%	28,4%	44,6%	3,9%	507	5,6%
Ess-Störungen	11,6%	69,8%	18,6%		43	0,5%
Pathologisches Spielverhalten	28,9%	54,2%	16,9%		83	0,9%
Ohne Diagnose	42,9%	31,2%	23,4%	2,5%	606	6,7%
Gesamt	4.611	2.732	1.568	111	9.022	100%
%	51,1%	30,3%	17,4%	1,2%	100%	

Unbek.: 1.995 (18,1%) aller Pat., bzw. 323 Pat. (3,5%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 34 (94,4%), HORIZONT: N = 7 (63,6%), PATFAK: N = 16 (80,0%)

Tabelle 7.9 : Beschäftigungsverhältnis bei Aufnahme und Entlassung

Beschäftigungsverhältnis am Betreuungsbeginn	Vollzeit	Teilzeit	Betreuungsende			Abs.	Gesamt %
			Arbeitslos	Arbeit suchend	Sonstiges		
Vollzeit	92,4%	0,6%	3,9%	2,0%	1,1%	2.837	33,5%
Teilzeit	1,2%	90,3%	4,1%	3,5%	0,9%	341	4,0%
Arbeitslos	4,6%	0,8%	87,4%	6,4%	0,9%	4.209	49,7%
Arbeitsuchend	5,2%	0,4%	2,9%	90,5%	1,0%	483	5,7%
Sonstiges (z.B. Erziehungsurlaub)	6,6%	0,5%	11,1%	5,6%	76,2%	593	7,0%
Gesamt	2.883	365	3.882	807	526	8.463	100%
%	34,1%	4,3%	45,9%	9,5%	6,2%	100%	

Unbek.: 2.554 (23,2%) aller Pat., bzw. 1.266 Pat. (13,0%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N = 29 (80,6%), HORIZONT: N = 1 (9,1%), PATFAK: N = 18 (90,0%)

jenigen Patienten, die zu Behandlungsbeginn in betreutem Wohnen gelebt haben, leben am Ende der Behandlung 12% selbstständig. Gleiches gilt für ein Fünftel der Patienten, die zu Beginn in Heimen oder Kliniken untergebracht waren. Aus Notunterkünften wechseln 23% der Patienten im Laufe der Behandlung in betreute Wohnungen, ebenso 24% der vormals Wohnungslosen. Es werden aber auch einige Patienten nach der Behandlung wohnungslos: 5% der vormals in Heimen und Kliniken untergebrachten, 10% derer, die zuvor in Notunterkünften und Übernachtungsstellen genächtigt hatten und ebenfalls 10% der aus Justizvollzugsanstalten entlassenen. Insgesamt sind aber deutliche Verbesserungen in der Wohnsituation zu verzeichnen.

92,4% der Patienten, die bei Behandlungsbeginn vollzeitbeschäftigt waren, sind dies auch bei Behandlungsende. 90% der zu Beginn Teilzeitbeschäftigten sind auch bei Behandlungsende teilzeitbeschäftigt. Von den anfangs Arbeitslosen sind 5% am Ende vollzeitbeschäftigt, ebenso viele wie bei den zu Beginn Arbeitssuchenden.

## 8 Literaturverzeichnis

- 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.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A. und Dilling, H. (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Simon, R. & Palazzetti, M. (1999). Erweiterte Jahresstatistik 1998 der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum: 1.1.1998–31.12.1998. SEDOS-Berichte Bd. 7e. Hamm: SEDOS-AG.
- 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., Pelzel, K. H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, S. N. (2001). Jahresstatistik 2000 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum: 1.1.2000–31.12.2000. IFT-Berichte Bd. 126. 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 ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Sucht, 48, Sonderheft 1.

### Korrespondenzanschrift

Karin Welsch, Mag. rer. nat.  
IFT Institut für Therapieforschung  
Parzivalstr. 25  
80804 München  
Telefon: 089/36 08 04-64  
Telefax: 089/36 08 04-69  
E-Mail: welsch@ift.de



Abs.: Neuland-Verlagsges. mbH, Postfach 1422, 21496 Geesthacht

PVSt, DPAG, »Entgelt bezahlt« C5732

Die regelmäßige Auswertung von statistischen Daten über die Art und Tätigkeit von Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland ermöglicht eine Analyse der Versorgungsstruktur und eventuell vorhandener Mängel, der Klientencharakteristika 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 therapeutischer Einrichtungen.

ISBN 3-87581-233-6



[www.neuland.com](http://www.neuland.com)