

ISSN 0939-5911

C 5732 F

# SUCHT

Zeitschrift für  
Wissenschaft und Praxis

46. Jahrgang · Sonderheft 1 · November 2000

**EBIS-Jahresstatistik 1999 der ambulanten Beratungs-  
und Behandlungsstellen für Suchtkranke in Deutschland  
und  
SEDOS-Jahresstatistik 1999 der stationären Suchtkrankenhilfe  
in Deutschland  
für den Zeitraum 1.1.–31.12.1999**

Deutsche Hauptstelle gegen  
die Suchtgefahren (DHS)

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung  
und Suchttherapie (DG-SUCHT)

**NEULAND**

Dr. Dipl.-Psych. Reinhold Abfalg, 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. Horst 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;  
 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 Kufner, 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;  
 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;  
 PD 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.

## 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

### Redaktion:

Dr. Gerhard Bühringer, Leiter des IFT Institut für Therapieforschung, München;

Rolf Hüllinghorst, Geschäftsführer der DHS, Hamm;

Dr. med. Rosemarie Jahrreiss, Leiterin der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies, Neunkirchen/Saar;

Prof. Dr. med. Lutz G. Schmidt, Psychiatrische Klinik und Poliklinik der FU Berlin;

Prof. Dr. med. Klaus Wanke, Direktor der Nerven- und Poliklinik der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar;

Dr. Hans Watzl, Forschungsgruppe der Universität Konstanz im Zentrum für Psychiatrie Reichenau.

### Redaktionsanschrift:

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS)

Redaktion SUCHT

Postfach 1369, 59003 Hamm

Telefon: 0 23 81/90 15 19

Telefax: 0 23 81/90 15 30

Email: kaldewei@dhs.de

### 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

Anzeigen: Jens Burmester

Es gilt z. Zt. Anzeigenpreisliste Nr. 8

**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: DM 156,-, Ausland DM 210,- jährlich. Einzelheft DM 39,80. 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: Schüthedruck, Hamburg

**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); Referatedienst 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.

<b>Editorial</b> .....	S	5
 <b>EBIS-Jahresstatistik 1999 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in Deutschland</b> <i>D. Türk und K. Welsch</i>		
<b>Kurzfassung</b> .....	S	7
<b>Summary</b> .....	S	9
<b>1 Einleitung</b> .....	S	11
<b>2 Beschreibung des Dokumentationssystems EBIS-A</b> .....	S	12
2.1 Entwicklung und Stand .....	S	12
2.2 Themenbereiche und Art der Datenauswertung .....	S	12
2.3 Die Trägerschaft des Systems .....	S	15
2.4 Service für die Teilnehmer .....	S	16
2.5 Verwandte Systeme .....	S	16
<b>3 Methode</b> .....	S	18
3.1 Die nationale und internationale Einbindung von EBIS-A .....	S	18
3.2 Die Aussagekraft von EBIS-A als Stichprobe ambulanter Einrichtungen der Suchtbehandlung in Deutschland .....	S	19
<b>4 Daten zu den Einrichtungen</b> .....	S	20
4.1 Struktur .....	S	20
4.2 Mitarbeiter .....	S	21
4.3 Finanzen .....	S	22
<b>5 Daten zur Klientel</b> .....	S	24
5.1 Übersicht zur Klientel .....	S	24
5.2 Die Situation ausgewählter Klientengruppen mit substanzindizierten Problemen .....	S	25
5.3 Die Situation von Klientinnen mit Essstörungen .....	S	29
5.4 Die Situation von Klienten mit pathologischem Spielen .....	S	30
<b>6 Daten zu Interventionen</b> .....	S	32
6.1 Prävention und Öffentlichkeitsarbeit .....	S	32
6.2 Art der Hilfen .....	S	32
6.3 Beratungs- und Behandlungsverlauf bei substanzinduzierten Störungen .....	S	33
6.4 Beratungs- und Behandlungsverlauf bei Essstörungen .....	S	35
6.5 Beratungs- und Behandlungsverlauf bei pathologischem Spielen .....	S	36
<b>7 Epidemiologische Trends 1999</b> .....	S	37
7.1 Alkohol .....	S	37
7.2 Sedativa/Hypnotika .....	S	38
7.3 Opiate .....	S	38
7.4 Cannabis .....	S	39
7.5 Kokain .....	S	39

7.6	Ecstasy und Substanzen im Umfeld .....	S 39
7.7	Essstörungen .....	S 42
7.8	Pathologisches Spielen .....	S 42
<b>8</b>	<b>Sonderauswertungen</b> .....	S 43
8.1	Familienangehörige in ambulanter Betreuung .....	S 43
8.2	Beendigung der Betreuung durch Tod des Klienten: Welche Klienten sterben? .....	S 45
8.3	Substitution .....	S 46
8.4	Klienten mit Hauptdiagnose Kokain .....	S 46
8.5	Junge Klienten mit Alkoholdiagnosen .....	S 49
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	S 52

## SEDOS – Jahresstatistik 1999 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland

*D. Türk und K. Welsch*

<b>Kurzfassung</b> .....	S 53
<b>Summary</b> .....	S 55
<b>1 Beschreibung des Dokumentationssystems SEDOS</b> .....	S 58
1.1 Entwicklung und Stand .....	S 58
1.2 Themenbereiche und Art der Datenauswertung .....	S 58
1.3 Service für die Teilnehmer .....	S 60
1.4 Verwandte Systeme .....	S 60
1.5 Methode .....	S 61
<b>2 Daten zu den Einrichtungen</b> .....	S 62
2.1 Struktur .....	S 62
2.2 Ausrichtung .....	S 64
<b>3 Daten zur Klientel</b> .....	S 65
3.1 Übersicht .....	S 65
3.2 Allgemeine Lebensumstände .....	S 65
3.3 Verschiedene Klientengruppen nach Hauptdiagnose .....	S 67
3.4 Epidemiologische Daten und Trends .....	S 70
<b>4 Daten zu den Interventionen</b> .....	S 73
4.1 Vorbehandlungen .....	S 73
4.2 Zugang zur Behandlung .....	S 74
4.3 Verlauf der Behandlung .....	S 76
4.4 Beendigung der Behandlung .....	S 79
<b>5 Sonderauswertungen</b> .....	S 82
5.1 Klienten mit Hauptdiagnose Kokain .....	S 82
<b>6 Literaturverzeichnis</b> .....	S 83

---

## Editorial

# EBIS 1980 bis 2000 – 20 Jahre Dokumentation der Suchtkrankenhilfe in Deutschland

---

Das EBIS-System wurde in der Version für ambulante Einrichtungen 1978 von den Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder gemeinsam mit dem Deutschen Caritasverband und dem Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirchen Deutschlands beschlossen und ab 1980 bundesweit eingeführt. 1991 kamen die Einrichtungen der Neuen Bundesländer hinzu, ab 1994 eine Version für stationäre Einrichtungen (SEDOS). Weiterhin wurden Versionen für die Wohnungslosenhilfe und die Straffälligenhilfe entwickelt. Allen Varianten ist gemeinsam, dass sie einen einheitlichen Kerndatensatz verwenden und eine gemeinsame Logik der Software und Bedienung haben. Kennzeichnend für das System EBIS ist die gemeinsame Verantwortung (Erhebung, Auswertung, wissenschaftliche Bewertung) der in der EBIS-/SEDOS-AG zusammengeschlossenen Verbände und des IFT als durchführende Institution.

In der Vergangenheit wurden die Ergebnisse der jährlichen Auswertungen in starkem Ausmaß als Dokumentations- und Monitoring-System für die an der EBIS-Arbeitsgemeinschaft beteiligten Verbände verwendet, für Regionalgliederungen, für die Bundesländer, für das Bundesministerium für Gesundheit sowie für europäische Gremien, etwa im Rahmen der Berichtspflicht an die Europäische Drogenbeobachtungsbehörde in Lissabon. Die ab Anfang 2001 zur Verfügung stehende, grundlegend überarbeitete und ergänzte Version soll besser als bisher den MitarbeiterInnen der Einrichtungen sowie den LeiterInnen und Trägern dienen: Neue Möglichkeiten zur Diagnostik, zur Verlaufsdokumentation und –beurteilung während einer Betreuung oder Behandlung, zur Ergebnisevaluation sowie zur gesamten Klientenverwaltung erweitern das Nutzungsspektrum des EBIS-Systems. Diese Neuerungen sind ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen und Diensten. Damit wird auch die Finanzierung des Systems nach einer Übergangszeit entgeltlich auf eine neue Grundlage gestellt: Die

Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit erfolgt für den »traditionellen« Datensatz, der im Bundesinteresse erhoben und ausgewertet wird (Bundesdatensatz); der größere, EBIS-spezifische Teil wird durch Einrichtungsbeiträge und Mittel der Verbände der EBIS-Arbeitsgemeinschaft finanziert.

Zum Jahreswechsel wird der Name SEDOS für das stationäre Dokumentationssystem aufgegeben, da beide Systeme zur besseren Kompatibilität und Arbeitserleichterung für die MitarbeiterInnen in der Daten- und Programmstruktur so aufeinander abgestimmt wurden, dass sie in weiten Bereichen identisch sind. Die Kennzeichnung erfolgt in Zukunft mit einem Zusatz nach dem EBIS-Begriff (EBIS-A für ambulante und EBIS-S für stationäre Einrichtungen).

Mit den verschiedenen Versionen der EBIS-Systemfamilie wurden 1999 etwa 170.000 KlientInnen in ambulanten und stationären Einrichtungen dokumentiert. Damit werden im ambulanten Bereich der Suchtkrankenhilfe bereits etwa 60% aller KlientInnen in Facheinrichtungen einbezogen. Es ist erfreulich, dass von Jahr zu Jahr die Zahl der Einrichtungen weiter zunimmt, die ihre Arbeit nach einheitlichen Standards dokumentieren. Dies gilt vor allem in solchen Bundesländern, in denen bisher nur wenige Einrichtungen ein Dokumentationssystem eingesetzt haben.

Bereits in der vorliegenden Jahresauswertung sind auch die Daten von 23 Einrichtungen enthalten, die externe Software-Programme verwenden. Falls die mit der Übernahme von externen Daten verbundenen technischen und sachlichen Regelungen endgültig getroffen sind, ist anzunehmen, dass die Zahl der in Deutschland dokumentierenden Einrichtungen noch weiter zunehmen wird, und dass die jährlichen Auswertungen auf eine wesentlich größere Basis als bisher gestellt werden können. Damit wäre es dann auch möglich, zusätzliche Datenanalysen durchzuführen, etwa in Hinblick auf bestimmte Klienten- oder Einrichtungsgruppen.

20 Jahre EBIS-System heißt auch 20 Jahre Dokumentationstätigkeit durch die MitarbeiterInnen der Einrichtungen. Auch wenn diese Aufgabe zunächst für ihre ureigenen Zwecke der Auswahl, Durchführung und Evaluation möglichst bedarfsgerechter und qualitativ hochwertiger Maßnahmen für die KlientInnen erfolgt, so möchten wir uns doch herzlich bei allen Beteiligten dafür bedanken, dass sie ihre Daten auch für überregionale, Länder- und Bundesauswertungen zur Verfügung gestellt haben. Nur dadurch sind die Jahresberichte der vergangenen Jahre und die Trendanalysen über Veränderungen in diesem Zeitraum möglich geworden.

München, September 2000

EBIS-Arbeitsgemeinschaft  
SEDOS-Arbeitsgemeinschaft

---

# EBIS-Jahresstatistik 1999 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in Deutschland

D. Türk und K. Welsch

---

## *Kurzfassung*

Das Einrichtungsbezogene Informationssystem EBIS wird seit 1980 mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit durchgeführt und weiterentwickelt. Die Kosten für einrichtungsbezogene Software werden durch Beiträge der beteiligten Einrichtungen abgedeckt.

Das System wird getragen durch die Spitzenverbände der Einrichtungsträger, die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS), den Deutschen Caritasverband (DCV) und den Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirchen Deutschlands (GVS). Das IFT (Institut für Therapieforchung) ist mit der Implementierung und Weiterentwicklung des Systems sowie der Auswertung der Daten betraut.

Mit Stand vom Dezember 1999 nahmen bundesweit 576 Einrichtungen (inklusive 59 Teilstellen, deren Daten über die jeweilige Hauptstelle zur Verfügung gestellt werden) am Dokumentationssystem EBIS-A teil. Für die Gesamtauswertung 1999 konnten insgesamt 448 gültige Datensätze herangezogen werden, von denen 443 aus EBIS-Einrichtungen stammen und weitere 5 Datensätze über das Softwaresystem HORIZONT geliefert wurden.

### *Das System*

Das EBIS-System besteht aus drei Teilen: (1.) einem Satz standardisierter Fragen und Antwortkategorien zur Erfassung klienten- und einrichtungsbezogener Daten, (2.) verschiedene Softwareprogramme zur Erfassung und Nutzung der Informationen in den Einrichtungen (z. B. Diagnoserstellung und Klientenverwaltung) sowie (3.) Softwareprogramme für die zentrale Aggregation und Auswertung der Daten auf nationaler, Länder- und Verbandsebene. Insbesondere Teil 2 wird ab 2001 (EBIS 2001, Version 7.0) völlig überarbeitet und erheblich ausgeweitet.

EBIS erfasst Daten über Einrichtung und Klientel, insbesondere diagnostische und anamnestiche Infor-

mationen. Daneben werden Angaben über den Betreuungsverlauf und -abschluss erhoben. Einrichtungsspezifische Fragen können intern ergänzt werden. Das System soll auf der Ebene der therapeutischen Einrichtung die Koordination, Evaluation und Weiterentwicklung der therapeutischen Tätigkeit unterstützen. Auf regionaler und nationaler Ebene gibt es einen Überblick über Betreuungsnachfrage, Klientel und das Versorgungsangebot. Auf nationaler Ebene stellt EBIS die Basis für die Berichte über die deutsche Drogensituation an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. EBIS basiert auf PC-Programmen, die in den Einrichtungen zur Erfassung der Informationen und für Verwaltungszwecke eingesetzt werden. Das IFT stellt die notwendige Software zur Verfügung und unterhält Schulungsangebote sowie eine telefonische Hotline für inhaltliche wie technische Fragen. Die Weitergabe der Ergebnisse erfolgt in Form von Aggregatdaten.

EBIS erfasst 60% der Einrichtungen in den neuen und 44% in den alten Ländern, wobei die Erreichungsquote zwischen 0% (Bremen) und 94% (Sachsen) variiert. Da die nicht in EBIS beteiligten Stellen in der Tendenz weniger Klienten betreuen (weniger Mitarbeiter, kürzere Öffnungszeiten) ist die Erreichungsquote von EBIS, bezogen auf die Betreuungen, höher. Der Vergleich zwischen der Gesamtstellenanzahl in den entsprechenden Einrichtungen in Deutschland mit der Gesamtstellenanzahl der EBIS-Einrichtungen ergibt 1999 eine Erreichungsquote von 60% für alle Bundesländer.

### **Daten zu den Einrichtungen**

Der Großteil der Einrichtungen steht für Probleme mit allen Substanzen bzw. alle Suchtformen offen. In den alten Bundesländern sind 14% der Einrichtungen auf illegale Substanzen spezialisiert, in den neuen Ländern sind solche Einrichtungen kaum vorhanden.

Sozialarbeiter und Sozialpädagogen sind in den Einrichtungen in Ost und West die zahlenstärkste

Berufsgruppe. Das durchschnittliche Gesamtbudget einer Einrichtung beträgt im Westen rund 540.000 DM, im Osten 320.000 DM. Dies entspricht gegenüber dem Vorjahr einer Verringerung von 1,3% bzw. 1,7%. Die Mittel der Sozialversicherungen machen dabei im Westen 8,5%, im Osten 2,0% des Gesamtbudgets aus.

### Daten zur Klientel

1999 waren insgesamt 140.412 Personen in EBIS-A-Einrichtungen in Betreuung<sup>1</sup>. Von ihnen haben 82.847 die Betreuung in 1999 aufgenommen.

Besonders Frauen werden nicht nur wegen ihrer eigenen Suchtproblematik professionell beraten. Gut jede fünfte Frau sucht Rat wegen eines Suchtproblems von Angehörigen. Dagegen sind Männer fast ausschließlich wegen eigener Probleme in Betreuung.

Betrachtet man die Klienten mit eigener Symptomatik nach der therapeuleitenden Hauptdiagnose, so dominieren Alkoholprobleme (Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch) bei 83% der Klienten im Osten und rund 68% im Westen das Bild. An zweiter Stelle stehen in den alten Bundesländern Personen mit problematischem Opiatkonsum mit etwa 18%, während alle übrigen illegalen Drogen nur etwa bei 8% der Klienten der Anlass für die Betreuung sind. In den neuen Bundesländern spielen Opiate bei rund 4% der Klienten noch eine kleine Rolle. Wie auch bei anderen illegalen Drogen ist jedoch ein gewisser Aufholprozess zu beobachten.

Ein großer Anteil insbesondere der alkoholabhängigen Frauen hat eigene Kinder: 75% haben ein oder mehrere Kinder. In 45% der Fälle leben diese Kinder auch im Haushalt der Betroffenen. Die entsprechenden Zahlen für die Männer liegen mit rund 62% bzw. 32% erheblich niedriger. Bei Opiatabhängigen sind es immerhin 28% der Frauen und 15% der Männer, deren Kinder mit im Haushalt leben.

Ein besonders kritischer Punkt ist dabei der relativ hohe Anteil der Klientinnen, die *allein* mit Kindern leben. Unter allen betreuten Frauen mit Alkoholdiagnosen beträgt der Anteil dieser spezifischen Klientinnengruppe immerhin 11%, bei den Opiatdiagnosen 8% und bei Kokain rund 9%.

### Daten zu Interventionen

Etwa jeder zweite Klient mit einem Alkoholproblem ist nach Einschätzung des Therapeuten nach der planmäßigen Beendigung einer ambulanten Betreuung

abstinent. Darüber hinaus berichten 36% (Frauen) bzw. 37% (Männer) zumindest eine Besserung der Situation. Bei den Opiatfällen ist Abstinenz dagegen deutlich seltener anzutreffen (19% bzw. 25%). Eine Besserung ist bei über 50% der Klienten festzustellen. Bei Kokain ist die Situation ähnlich wie bei Opiaten, insgesamt aber etwas günstiger (28% bzw. 36%). Bei Cannabis sind 31% der Männer und 22% der Frauen am Betreuungsende abstinent, weitere 50% sind gebessert.

35% der Männer und 52% der Frauen mit der Hauptdiagnose Opiate erhalten eine Substitution. Drei Viertel der Substituierten sind Männer. Das durchschnittliche Alter liegt bei 29 Jahren. Durchgeführt wird die Substitution vorwiegend extern in einer ärztlichen Praxis. In der Regel wird Methadon zur Substitution verwendet. Codein und Polamidon werden deutlich seltener eingesetzt.

### Epidemiologische Trends

Bei der Betrachtung der Neuzugänge nach der behandlungsleitenden Diagnose zeigen sich Zunahmen gegenüber 1998 in der Klientenzahl bei den Cannabiskonsumenten (+27%), den Konsumenten von Ecstasy und verwandten Substanzen (+16%) sowie den Kokainkonsumenten (+13%). Bei den Zahlen bezüglich der Opiatkonsumenten sind dagegen kaum Veränderungen anzutreffen (+3%). Insbesondere die Stabilisierung der Opiatfälle entspricht dabei den Zahlen, die aus dem polizeilichen Bereich zu Beschlagnahmen und Delikten vorliegen. Die Personengruppe mit dem Konsum von Sedativa/Hypnotika hat im Vergleich zu der anderen Klientelgruppe um 13% abgenommen.

### Sonderauswertungen

In diesem Jahr wurden Sonderauswertungen für folgende Gruppen durchgeführt, deren Ergebnisse in Kapitel 8 zusammengefasst sind: Gruppe der betreuten Angehörigen, für die Gruppe der Klienten, die während der Beratung oder Behandlung verstorben sind, für die Gruppe der Substituierten, die Gruppe mit der Hauptdiagnose Kokain sowie für junge Klienten mit Alkoholdiagnosen.

1 Der Begriff Betreuung wird in diesem Bericht als Oberbegriff für Beratung und/oder Behandlung verwendet.

## Summary

The facility based monitoring and reporting system EBIS has been carried out and further developed with financial support of the Federal Ministry for Health since 1980. The costs for the facility based software are covered by the participating counselling and treatment facilities.

The system is held by the national organisations of treatment units, namely the German Council on Addiction Problems (DHS), the German Catholic Charity Organisation (DCV) and the Association for Addiction Care of the Charity Organisation of the Protestant Churches in Germany (GVS). The IFT Institute for Therapy Research has been appointed to carry out the project.

In December 1999 576 counselling and treatment facilities took part in EBIS-A (including 59 sub-centres, which have delivered their data through the main facility). The main analyses for Germany are based on 448 valid data sets, of which 443 were collected from EBIS-facilities and 5 more were delivered by the Software System HORIZONT.

## The System

The EBIS System consists of three parts: (1.) a set of standardised questions and answer categories for the acquisition of the data of the clients and the treatment units, (2.) different software for data input and management in the treatment units (e.g. diagnosing and client administration) as well as (3.) software for the central aggregation and analysis of the data on national, federal state and organisational level. Particularly part 2 will be completely revised and expanded in 2001 (EBIS 2001, version 7.0).

EBIS collects data on treatment facilities and clients, especially diagnostical and case history information. In addition, information on process and outcome of treatment is collected. Facility-specific questions can be added internally by the staff. The system is supposed to help to co-ordinate, evaluate and further develop therapeutic activities within the treatment centres. At regional and national level it offers an overview on treatment demand, clients and services offered. At national level EBIS is the basis of the reports on the German drug situation for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EBIS is based on PC software, which is used within the centres to collect information and for administration purposes. The IFT is responsible for the availability of the software and offers training and

a telephone hotline on the contents of the documentation system and its technical aspects. Data transfer takes place on the basis of aggregated data.

EBIS covers 60% of all treatment centres in East and 44% in West Germany. The coverage varies from 0% (Bremen) to 94% (Sachsen). As non-participating facilities tend to treat less clients (due to less staff and shorter opening hours) the EBIS-coverage of all treatment centres on the basis of treated persons is higher. A comparison between the total number of staff in the respective treatment centres in Germany with the total number of staff in EBIS units results 1999 in a coverage rate of 60% throughout Germany.

## Data on Treatment Facilities

The majority of centres is open for clients with problems of all substances and types of addiction. In West Germany 14% of the units are specialised in counselling in matters of illegal substances, in East such units barely exist.

Social workers and social education workers are the professionals group found most frequently in the facilities in East and West. The average total budget per unit is 540.000 German Marks in the West and 320.000 German Marks in East Germany. Compared to the previous year this is an decrease of 1.3 and 1.7% respectively. Social security funds cover in West Germany 8.5%, in East Germany 2% of the total budget.

## Data on Clients

In 1999 a total of 140.412 clients was treated or counselled in EBIS facilities, out of which 82.847 started treatment or counselling in 1999.

Especially women are not only asking help for their own addiction problems. More than one fifth of the women seeks counselling because of a relative's addiction problem. On the other side males are nearly exclusively in treatment because of their own problems.

The main diagnosis, which defines the primary aim of the treatment, is related to alcohol disorders for 83% of clients seeking counselling in East Germany and for 68% in West Germany. Clients with opiate disorders follow in the West with 18%, while problems due to other illegal substances are valid for about 8% of the clients. In East Germany clients with opiate disorders play only a minor role with about 4% of all clients. However, as for other illegal substances a catching-up process can be seen.

A high proportion especially of alcohol addicted women have own children: 75% have one or more children, 45% of women with alcohol disorders also live with their children in the same household. The respective figures for males are considerably lower at 62% and 32% respectively. For opiate addicts 28% of the females' and 15% of the males' children live in the same household.

Especially problematic is the rather high percentage of female clients living *alone* with children. For alcohol disorders these are 11%, for opiate disorders 8% and for cocaine disorders 9% of the women.

### Data on Interventions

When treatment is regularly ended every second client with alcohol disorders is abstinent according to the therapist's rating. Furthermore 36% of the females and 37% of the males are reporting that their situation has improved. The abstinence rate for clients with opiate problems is very low. This is also almost valid for clients with cocaine problems, who have a little bit more favourable results. On the other hand, 31% of the male and 22% of the female cannabis clients are abstinent at the end of treatment, another 50% show improvement.

35% of the male and 52% of the female clients with main diagnosis opiates are in maintenance. Three quarters of the substituted are male. The mean age is 29 years.

The treatment is mostly conducted externally by GPs. Normally methadone is used for the maintenance, codeine and polamidone are rather seldom used.

### Epidemiological Trends

Evaluating the admissions by main diagnosis, an increase is found in the number of clients with cannabis disorders (+27%), ecstasy disorders (+16%) and cocaine disorders (+13%) compared to 1998. The number of opiate clients did hardly change (+3%). Especially the stabilisation of the number of opiate clients corresponds the numbers of confiscations and drug offences reported by the police. The number of clients with problems with sedatives/hypnotics decreased by 13%.

### Special Analyses

In this year special analyses were conducted for following groups. For relatives of persons with substance use disorders, for clients, who deceased during counselling, for clients in a maintenance treatment, for clients with major diagnosis cocaine and lastly for young clients with alcohol disorders. These results are summarised in chapter 8.

## 1 Einleitung

Dokumentation im Rahmen von medizinischer, psychologischer und psychosozialer Betreuung im Umfeld psychoaktiver Substanzen spielt in den letzten Jahren in Deutschland eine zunehmend wichtigere Rolle. Viele Initiativen auf Länderebene zielen auf eine integrierte Lösung administrativer und statistischer Erhebung insbesondere in den ambulanten Einrichtungen. Grundsätzliche Überlegungen hierzu finden sich in Simon (1999). Neben der Bedeutung von Dokumentation für das Qualitätsmanagement, stellen Daten aus dem Betreuungsbereich epidemiologische Basisinformationen zur Verfügung. Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) hat in diesem Bereich ihre erste Initiative zur Harmonisierung der Erhebungen in den Mitgliedsländern der EU begonnen (Simon & Pfeiffer, 1998), bevor andere Informationsquellen wie Umfragen und Daten zu drogenbezogenen Todesfällen bearbeitet werden. Inzwischen wurde der Europäische Kerndatensatz (Treatment Demand Indicator) von der EBDD veröffentlicht. Dies zeigt die besondere Bedeutung der vorliegenden Daten für die epidemiologische Forschung und Berichterstattung.

Das Einrichtungsbezogene Informationssystem EBIS ist 1980 als Weiterentwicklung aus einem bundesweiten Modellprojekt (Hachmann & Bühringer, 1980) heraus entstanden. Es wurde mit Förderung durch das BMG entwickelt und getragen durch die

Spitzenverbände der Einrichtungen sowie das durchführende Institut. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS), der Deutsche Caritasverband (DCV) und der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirchen Deutschlands (GVS) auf Trägerseite und das IFT als durchführendes Institut haben EBIS seitdem gemeinsam aktiv weiterentwickelt. EBIS war in Europa das erste System dieser Art, andere (z. B. Ouwehand et al., 1998) sind später gefolgt. Zahlenmäßig ist es auch heute bei weitem das umfangreichste.

Der vorliegende Bericht gibt in Kapitel 2 einen Überblick über das System in seinen organisatorischen und technischen Details. Kapitel 3 erläutert, in welchem Ausmaß EBIS als nationale Datenquelle genutzt werden kann und welche Verbindungen zum europäischen Kontext bestehen. Die drei folgenden Kapitel beschreiben in relativ standardisierter Form die Einrichtungen (Kapitel 4), die Klientel (Kapitel 5) und die Interventionen (Kapitel 6). Kapitel 7 beschreibt die epidemiologischen Trends für die wichtigsten Klientengruppen und psychotropen Substanzen. Kapitel 3 bis 7 werden auch in den folgenden Jahren in ähnlicher Weise erscheinen und waren bereits Teil der bisherigen Berichte (Simon et al., 1998). Sie dienen über die Jahre hinweg dem Überblick und Vergleich. Kapitel 8 ist wechselnden Schwerpunktthemen gewidmet, die aufgrund der aktuellen fachlichen und/oder gesundheitspolitischen Diskussion von besonderem Interesse sind.

## 2 Beschreibung des Dokumentationssystems EBIS-A

### 2.1 Entwicklung und Stand

EBIS-A, das Einrichtungsbezogene Informationssystem für den Bereich Suchtprobleme im ambulanten Bereich wurde 1980 in einer manuellen Version und mit einer Beteiligung von rund 200 ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Menschen mit Problemen mit psychoaktiven Substanzen, Spielen und Essverhalten gestartet. Eine Vorläuferversion war im Rahmen eines großen Bundesmodells in ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen bereits 1978 eingesetzt worden und diente als Pilotversion. 1986 wurde im Rahmen eines, vom Bundesgesundheitsamt (BGA, heute hat den Aufgabenbereich der Medikamentenkontrolle das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte BfArM übernommen) als Frühwarnsystem zum Medikamentmissbrauch initiierten Projekts, eine erste PC-gestützte Version für den Einsatz in den Einrichtungen entwickelt. Diese Version wurde 1989 allen interessierten Einrichtungen zur Verfügung gestellt und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt. Die manuelle Version des Dokumentationssystems wurde 1995 eingestellt, Ende 1997 lief auch die DOS-Version des Programms aus. Zurzeit ist die windowsbasierte Version EBIS 6.0c im Einsatz.

Die Entwicklung dieses Systems ebenso wie die jährliche Auswertung der Daten erfolgt mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Durchführung lag zu Beginn bei der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, München. Nach der Emeritierung von Herrn Prof. Brengelmann wurde das Projekt im IFT weitergeführt und in den Folgejahren in Umfang und Leistung ausgebaut.

Aufgrund zunehmender, auch administrativer Anforderungen der Einrichtungen an die gelieferte Software und gleichzeitig sinkender Fördermittel wurde die Finanzierung des Dokumentationssystems 1997 umgestellt. Neben der Unterstützung durch das BMG trägt heute ein jährlicher Beitrag der beteiligten Einrichtungen zur Finanzierung des Systems bei.

Den zunehmenden Anforderungen an die EDV-Entwicklung und den Service wurde gleichzeitig dadurch Rechnung getragen, dass die entsprechenden Arbeitsbereiche im IFT aus der Arbeitsgruppe Klinische Epidemiologie, in der sie bis dahin angesiedelt waren, ausgelagert wurden. Heute ist ein eigenständiger

Bereich im IFT ausschließlich damit beschäftigt, technische Entwicklungsarbeiten zu leisten, Programmpflege zu verwirklichen sowie Hotline sicherzustellen und Schulungen zu organisieren. Gleichzeitig soll die Trennung der Arbeitsbereiche in der Arbeitsgruppe Klinische Epidemiologie auch wieder mehr Raum für fachliche Aufgaben geben.

Mit Stand vom Dezember 1999 nahmen bundesweit 576 Einrichtungen (inklusive 59 Teilstellen, deren Daten über die jeweilige Hauptstelle zur Verfügung gestellt werden) am Dokumentationssystem EBIS-A teil. Für die Gesamtauswertung 1999 konnten insgesamt 448 gültige Datensätze herangezogen werden, von denen 443 aus EBIS-Einrichtungen stammen und weitere 5 Datensätze über das Softwaresystem HORIZONT geliefert wurden. Andere Dokumentationssysteme und gewerbliche EDV-Lösungen, die in Deutschland im Bereich der Suchthilfe arbeiten, weisen eine deutlich niedrigere Teilnehmerbasis auf. Einrichtungsübergreifende Auswertungen liegen für diese Systeme nur für einzelne Träger bzw. eine Region vor.

### 2.2 Themenbereiche und Art der Datenauswertung

#### *Die Ziele von Betreuungsdokumentation*

Komplexe psychosoziale Versorgungseinrichtungen benötigen Informationen als Grundlage für die eigene Planung, Steuerung, Bewertung und zur Verbesserung ihrer Tätigkeit. Die Informationen existieren auf verschiedenen Ebenen und werden zu verschiedenen Zwecken benötigt. Die folgende Zusammenstellung führt einige Beispiele auf, ohne vollständig sein zu können:

- **Individuelle Betreuung eines Klienten<sup>2</sup>**

Im Rahmen der Anamnese zu Betreuungsbeginn, aber auch während des Therapieverlaufs, spielt die individuelle Problemlage eine wichtige Rolle. Dokumentation muss sowohl den Zustand zu Anfang, wie auch die Veränderungen während der Betreuung erfassen. Ein Grundgerüst an Daten soll Entscheidungen über den Verlauf der Therapie unterstützen und Rückmeldung über Verlauf und Ergebnis der Betreuung erlauben.

2 Zur besseren Lesbarkeit wird auf die zusätzliche Verwendung der weiblichen Formen verzichtet.

- **Therapieprogramme**

Dokumentation soll die wichtigsten Fakten über alle betreuten Klienten erheben und zur Verfügung stellen und damit erlauben, im Rahmen von Betreuungskonzepten und speziellen Programmen Aussagen etwa über Abbruchquoten, Vermittlungszahlen oder Katamneseergebnisse zu machen. Die Einführung neuer Konzepte ebenso wie die Weiterentwicklung unter sich immer wieder verändernden Rahmenbedingungen kann durch die Rückmeldungen aus einer geeigneten Dokumentation beobachtet und evaluiert werden. Kritische Entwicklungen werden früher sichtbar und notwendige Umstellungen können früher und damit wirksamer getroffen werden.

- **Therapeutische Einrichtungen**

Die Leiter therapeutischer Einrichtungen und ihre Träger sind permanent gefordert, Entscheidungen zu treffen: über Mitarbeiterauswahl, Schwerpunktsetzung in der Arbeit, Angebote und Kooperationsbeziehungen zu anderen Stellen. Dokumentation soll die notwendigen Informationen über Klientel wie über die geleistete Arbeit zur Verfügung stellen, um solche Entscheidungen fundiert treffen zu können.

- **Überregionale Ebene**

Die Rahmenbedingungen der Suchthilfe werden durch die Landes- und die nationale Gesundheits- und Sozialpolitik gesetzt. Durch eine vergleichbare Dokumentation muss ganz besonders auf dieser Ebene, wo eine Übersicht aufgrund der sehr heterogenen Trägerlandschaft in Deutschland erschwert wird, grundlegende Fakten ermittelt und zur Verfügung gestellt werden. Hierzu gehört die Ermittlung der Versorgungsdichte und die Veränderung von Umfang oder Problemlage der Klientel.

Die überregionale Ebene kann je nach Situation eine Stadt, ein Bezirk, ein Bundesland, die Gliederung eines Wohlfahrtsverbandes oder die gesamte Bundesrepublik Deutschland sein. 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.

Instrumente, mit denen man Daten (objektive Werte oder Schätzwerte) in regelmäßiger und systemati-

scher Form erheben, auswerten und dokumentieren kann, werden als Dokumentationssystem bezeichnet. EBIS-A wurde als ein solches System für den Bereich der ambulanten Suchtberatung und -behandlung entwickelt. Im Englischen hat sich der Begriff »Monitoring System« oder »Reporting System« etabliert.

#### *Themenbereiche der EBIS-A Dokumentation*

EBIS-A erfasst in verschiedenen Bereichen Informationen über Klientel und Tätigkeit der ambulanten Einrichtungen. In der anschließend folgenden Aufzählung werden noch die einzelnen Inhalte von EBIS so beschrieben, wie sie 1999 in den Einrichtungen auch eingesetzt wurden. Allerdings wurde das Dokumentationssystem EBIS Ende 1999 sowohl auf der inhaltlichen als auch auf der Programmebene weiterentwickelt, so dass der im Jahre 2000 eingesetzte Bogen mit dem entsprechenden PC-Programm ein neues Gesicht bekommen hat. So deckt der neue EBIS-Kerndatenbogen zu 100% die europäischen und die deutschen Kerndaten ab und ist in weitere sieben Module untergliedert, die bei Bedarf für die einzelnen Einrichtungen zu verschiedenen Lebensbereichen und Fragen aus dem Kerndatenbogen vertiefenden Informationssammlungen erlauben.

Die Beschreibung der 1999 eingesetzten Fragebogen, denen jeweils ein Eingabemodul im PC-Programm entspricht, erlaubt eine kurze Übersicht über die Themenbereiche:

- **Einrichtungsbogen**

Der Einrichtungsbogen dient zur Beschreibung der Einrichtung (Art und Angebote der Einrichtung). Er ist zur Kontrolle für die Einrichtung in schriftlicher Form bei den Unterlagen zur Jahresauswertung und zur Zusammenstellung der Informationen enthalten, die Dateneingabe erfolgt jedoch direkt ins PC-Programm.

- **Präventionsbogen (optional)**

Der Präventionsbogen ist für die Erfassung präventiver Maßnahmen auf Einrichtungsebene vorgesehen.

- **Stammdaten**

Der Stammdatenbogen dient zum Eintragen der personenbezogenen Daten eines Klienten, wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, etc. (optional, nicht Bestandteil der Gesamtauswertungen). Diese Daten bleiben in der Einrichtung. Nur das Geschlecht und das errech-

nete Alter bei Betreuungsbeginn geht in die Statistik ein.

- **Grunddatenbogen**

Der Grunddatenbogen enthält die anamnestischen Daten eines Klienten bei der Aufnahme, Daten zum Betreuungsverlauf sowie zur Situation bei Entlassung. Er wird für jede einzelne Betreuung eines Klienten neu angelegt.

- **Einrichtungsspezifische Zusatzfragen (optional)**

Die einrichtungsspezifischen Zusatzfragen sind für die Erfassung von der Einrichtung selbst festgelegter zusätzlicher Fragen zur Betreuung gedacht. Sie sind nicht Bestandteil der Gesamtauswertung.

- **Medikamentenbogen (EBIS-R Einrichtungen, sonst optional)**

Bei EBIS-R handelt es sich um eine Erhebung missbräuchlich oder abhängig eingenommener Medikamente von Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen in einer 5%-Stichprobe von EBIS-A-Einrichtungen (zzt. 25 Einrichtungen). Dazu dient die Bearbeitung des Medikamentenbogens. Die Ergebnisse werden gesondert in einem jährlichen Bericht publiziert.

### *Die Konzeption von EBIS-A*

Das Dokumentationssystem EBIS-A erfasst im Jahresabstand auf Einrichtungsebene ausgewählte Daten zum Versorgungsangebot, zur Nutzung des Angebots, zum betreuten Klientel und zum Stand der Ergebnisse bei Betreuungsende. Der Begriff EBIS ist eine Abkürzung für **Einrichtungsbezogenes Informationssystem**. Mit »einrichtungsbezogen« ist gemeint, dass als Grunddaten nicht die individuellen Angaben einzelner Klienten ausgewertet werden, sondern die zusammengefassten Daten einzelner Einrichtungen. Das System wird in ambulanten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe eingesetzt.

In EBIS-A sind die Daten der einzelnen Klienten zu Aggregatdaten verdichtet, wenn sie die Einrichtung verlassen. Die Ergebnisse des Systems sind auf dieser Ebene deshalb nicht für die engere therapeutische Arbeit mit dem einzelnen Klienten geeignet, sondern dienen primär der Analyse und Verbesserung der Tätigkeit der Einrichtung als Ganzes und übergeordneten Stellen. In der Stelle selbst stehen sie natürlich personenbezogen zur Verfügung und werden

sowohl zu praktisch-administrativen Zwecken als auch für statistische Zwecke eingesetzt. Mit dem System soll auf der *Ebene therapeutischer Einrichtungen* erreicht werden, dass die Mitarbeiter:

- eine einfach zu berechnende Statistik erstellen, die allgemein anerkannt ist,
- zwischen den Daten ihrer Einrichtungen und den zusammengefassten Daten aller Einrichtungen vergleichen können,
- einen Überblick über ihre Arbeit erhalten und damit verbesserungsbedürftige Aspekte schneller erkennen,
- ein Instrument zur eigenen Kontrolle und zur Steuerung von Verbesserungsansätzen sowie zur Qualitätssicherung erhalten,
- diese Leistungen für alle Typen von Einrichtungen einsetzen können, unabhängig von Gliederung (Haupt-/Nebenstelle), Spezialisierung oder Größe.

Mit der neuen Version **EBIS 2001** können die Einrichtungen in Zukunft mehr als bisher EBIS als ein komplexes Dokumentationssystem für vielfältige Zwecke wie Dokumentenverwaltung, Sozialberichte, Anträge, Hilfeplanung, Verlaufsanalysen und Katalysen und die Erstellung der Jahresberichte nutzen.

Auf den übergeordneten *regionalen Ebenen* wird angestrebt, dass die jeweiligen Institutionen:

- in regelmäßigem Abstand einen Überblick über das Versorgungsangebot erhalten,
- Versorgungslücken und andere verbesserungsbedürftige Aspekte schneller erkennen und gezielte Maßnahmen im Bereich der Aufklärung, Forschungsförderung, der Administration und Therapieverbesserung treffen,
- durch Veröffentlichung ihrer Ergebnisse ein breiteres Wissen und besseres Verständnis für Suchtprobleme und die Aufgabenbereiche der Einrichtungen bewirken können.

Auf der *nationalen und europäischen Ebene* dienen Daten insbesondere über die Klientel als Grundlage für politische Entscheidungen in Bezug auf die Gesetzgebung sowie die Entwicklung und Förderung von Maßnahmen und Angeboten.

### *Wesentliche Elemente des EBIS-A Systems*

EBIS ist also zugleich unterschiedlichen Zielsetzungen und Interessenten verpflichtet. Dies macht deutlich, dass bei der Frage der Auswahl zu erhebender

Daten, ebenso wie bei den Prozeduren zur Erfassung der Ergebnisse und der Veröffentlichung ein Interessenausgleich und Konsens zwischen den verschiedenen Beteiligten hergestellt werden muss.

Mehrere konzeptionelle Grundsätze helfen, diese unterschiedlichen Interessen zu berücksichtigen:

- **Schutz der Klientendaten**

Die Erfassung von Daten in der Einrichtung erfolgt in der Regel aufgrund einer Einverständniserklärung, die der Klient im Rahmen seines Behandlungsvertrags unterschrieben hat. Da die Datenweitergabe generell in aggregierter Form passiert, handelt es sich dabei nicht um personenbezogene Daten. Eine Einverständniserklärung ist deshalb für die Weitergabe nicht möglich. Es werden nur Informationen erfasst, die in Zusammenhang mit der individuellen Betreuung stehen.

- **Schutz der Einrichtungsdaten**

Der Tabellensatz, den die Einrichtung zur Bundesauswertung abliefern, geht in seiner Gesamtheit in den Datenpool im IFT ein. Die Publikation der eigenen Einrichtungsdaten obliegt nur der Einrichtung selbst.

- **Lokale Erfassung**

Die Daten werden in der Einrichtung, vor Ort, auf dem PC erfasst. Deren Mitarbeiter tragen alle im laufenden Jahr in der Einrichtung betreuten Klienten im Idealfall direkt oder mit zeitlicher Verzögerung in das Programm ein. Fehlerprüfungen können vor Ort erledigt werden, lange Verzögerungen durch zentrale Eingabestellen entfallen. Die Daten stehen damit sofort zur internen Nutzung zur Verfügung. Die datenschutzrechtlichen Risiken eines Versands der Fragebögen entfallen.

- **Lokale, regionale und zentrale Auswertung**

Grundsätzlich stellt das IFT jährlich für jede Einrichtung einen kompletten Satz von Auswertungstabellen zur Verfügung, der sofort nach der Aggregation als EXCEL Datei vorliegt. Darüber hinaus sind die Einrichtungen aber auch jederzeit in der Lage, eigene Auswertungen zu erstellen. Für Trägerverbände und Bundesländer werden regionale Zusammenfassungen von Einrichtungen durchgeführt. Eine Gesamtauswertung auf Bundesebene enthält alle aggregierten Tabellen (zur Zeit 112). Sie steht allen interessierten Einrichtungen und Personen als EXCEL-Datei auf Diskette zur Verfügung. Die Ergebnisse der bundesweiten

Auswertung werden jährlich in Form von Berichten publiziert. Die Tabellen mit den nationalen Ergebnissen stehen ab diesem Jahr zeitnah nach Fertigstellung auf der EBIS-Homepage ([www.ebis-ift.de](http://www.ebis-ift.de)). Nur von allen Mitgliedern der EBIS-Arbeitsgemeinschaft einstimmig genehmigte Tabellen und deren abgestimmte Kommentierung werden veröffentlicht. Eine Kommentierung und Veröffentlichung der Ergebnisse auf Verbands- bzw. Landesebene obliegt den jeweiligen Gremien.

- **Modularisierung der Fragebogen und Programme**

EBIS-A hat 1999 den deutschen Kerndatensatz und auch den kommenden europäischen Kerndatensatz bereits zu mehr als 80% abgedeckt. Wie weiter oben bereits beschrieben wurde, deckt die aktuelle Version beide Kerndatensätze zu 100% ab. Daneben gibt es seit Anfang 2000 sieben optionale Module z. B. zur Aufnahme, zur Wohn-, Arbeits- oder zur strafrechtlichen Situation. Jede Einrichtung kann zudem eine Vielzahl individueller Fragen erfassen und verarbeiten. Eine Weiterentwicklung dieses Modulkonzepts ist geplant, um einheitlich Kernbereiche für die Dokumentation im ambulanten, stationären und komplexeren Bereich der Suchthilfe zu erhalten.

### 2.3 Die Trägerschaft des Systems

Gemeinsame Abstimmungsgremien mit Einrichtungsträgern und Teilnehmern sichern die Konsensbildung und die Einflussmöglichkeit aller Beteiligten. Alle wesentlichen Entscheidungen in EBIS werden durch die EBIS-Arbeitsgemeinschaft (EBIS-AG) getroffen, in denen die Spitzenverbände der beteiligten Einrichtungen und das IFT als durchführendes Institut vertreten sind. Um daneben auch den konkreten Interessen der Anwender selbst Rechnung zu tragen, tritt eine Anwender-AG ein bis zweimal jährlich zusammen. In der Anwender-AG werden Überarbeitungen des Fragebogens ebenso wie Details der in den Einrichtungen eingesetzten Programme (Funktionen, Benutzerführung etc.) mit erfahrenen Anwendern aus der Praxis beraten. Die Mitglieder vertreten die Interessen und Bedürfnisse der verschiedenen Einrichtungstypen. Die im Anhang befindliche Geschäftsordnung legt die Zusammenarbeit in der EBIS-AG fest.

## 2.4 Service für die Teilnehmer

Der Service, der durch das IFT für alle Teilnehmer im EBIS-A-System geleistet wird, umfasst die folgenden Komponenten:

- Telefon-Hotline im IFT zur Unterstützung der Benutzer.
- FAQ-Liste mit häufig gestellten Fragen zu den fachlichen Aspekten von EBIS, um die Reliabilität und Validität der Daten zu erhöhen.
- Eigene EBIS-Homepage im Internet ([www.ebis-ift.de](http://www.ebis-ift.de)), um aktuelle Weiterentwicklungen, Auswertungen und Nachrichten zeitnah für die Benutzer zugänglich zu machen.
- Regelmäßige Updates ein bis zweimal pro Jahr.
- Handbuch mit Erläuterungen zur Verwendung der Fragebögen und zur Bedienung des Programms.
- EBIS-Newsletter (Regelmäßig erscheinende aktuelle EBIS-Nachrichten, die kostenlos auch bei Wunsch als E-Mail an Einrichtungen verschickt werden.)
- Auswertungsdiskette zur Abfrage und Rückmeldung der aggregierten Daten aus der Einrichtung am Ende des Jahres.
- Einzelauswertung für die teilnehmende Einrichtung im EXCEL-Dateiformat. Gegen Gebühr (Selbstkostenpreis) kann zusätzlich ein schriftlicher Ausdruck durch das IFT erfolgen.
- Gesamtauswertung aller teilnehmenden Einrichtungen in Form eines kommentierten Gesamtbericht auf Bundesebene mit den Ergebnissen aus allen teilnehmenden Einrichtungen sowie als elektronischer Tabellenband.  
Alle im Rahmen der jährlich Auswertung erzeugten Tabellen liegen seit 1997 in elektronischer Form als EXCEL-Datei vor. Sie kann selbstständig geöffnet und bearbeitet werden. Seit diesem Jahr stehen diese Tabellenbände auch auf der EBIS-Homepage als Download-Dateien zur Verfügung.

## 2.5 Verwandte Systeme

### SEDOS

1993 wurde im Bereich der stationären Suchtkrankenhilfe von den Betreibern der beiden parallel existierenden Dokumentationssysteme EBIS-stationär und DOSY beschlossen, beide unter dem Namen SEDOS zu vereinen. Es wurde – analog zu EBIS – unter die Trägerschaft der SEDOS-Arbeitsgemeinschaft gestellt, der neben dem DCV, dem GVS, der

DHS und dem IFT der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss), der Fachverband Sucht e.V. (FVS) und der Deutsche Orden KdÖR – Suchthilfe angehören. Seit 1995 wird dieses Programm nur noch als WINDOWS-Version weiterentwickelt. Zurzeit liegt die Teilnehmerzahl bei etwa 124 Einrichtungen. Wie in EBIS-A werden kommentierte Jahresberichte publiziert (Simon et al., 1998). Ab 2001 wird im Zuge der Weiterentwicklung des EBIS-Dokumentationssystems der Name SEDOS gegen EBIS-S ausgetauscht.

### EBIS-B

1994 beschloss der Deutsche Caritasverband, das von ihm seit 1988 geförderte und vom IFT durchgeführte Dokumentationssystem für die Wohnungslosenhilfe einem größeren Spektrum von Einrichtungen im niedrigschwelligen bzw. komplementären Bereich zugänglich zu machen. Unter der Bezeichnung EBIS-B (B für Basishilfen) wurde ein System entwickelt, das neben einem so genannten Mantelfragebogen, der von allen beteiligten Einrichtungstypen und Hilfearten verwendet werden kann, mehrere spezifische Fragebögen aufweist. Diese umfassen die Teilbereiche der niedrigschwelligen Suchtkrankenhilfe, der niedrigschwelligen ambulanten und (teil)stationären Wohnungslosenhilfe sowie die speziellen Felder der Straffälligenhilfe und der Arbeitsprojekte/Arbeitshilfen. Auf der Basis des für EBIS-A und SEDOS entwickelten Programmkerns wurde vom IFT ein WINDOWS-Programm geschrieben, das den verschiedenen Einrichtungen diese Fragebogenmodule für die Datenverwaltung zur Verfügung stellt. Es besteht aus verschiedenen integrierten Modulen für die Teilbereiche, die um einen gemeinsamen Mantelfragebogen gruppiert sind. Dieses System wurde 1995 in einer Pilotphase getestet und ging 1996 in Betrieb. Ende 1999 haben auch die Bundesarbeitsgemeinschaften der Wohnungslosenhilfe (BAGW) und Straffälligenhilfe (BAGS) jeweils einen – sich in großen Teilen überschneidenden – Fachdatensatz verabschiedet, der in zentralen (soziodemografischen) Fragen mit dem Kerndatensatz der Suchtkrankenhilfe kompatibel ist. So entstanden neben der EBIS-Version für die Suchtkrankenhilfe zwei getrennte Dokumentationssysteme für die Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe mit einem jeweils eigenen Fachdatensatz der sowohl als Fragebogen- als auch als Software-Version im Frühjahr dieses Jahres zur Verfügung gestellt werden konnte.

Die Teilnehmerzahl für EBIS-B betrug 1999 etwa 100 Einrichtungen. In EBIS-B werden alljährlich

tabellarische Berichte erstellt. Teilweise liegen auch kommentierte Berichte vor (z. B. Gessler et al., 1997 und Vogt & Simon, 1999).

### EBIS-R

Seit 1988 nimmt eine 5%-Stichprobe aus den EBIS-A-Einrichtungen an EBIS-R teil – die so genannten Referenzeinrichtungen. Diese erheben verbindlich neben ihren normalen EBIS-A-Daten jeden nicht bestimmungsgemäßen bzw. abhängigen Gebrauch von Medikamenten in ihrer Klientel. Die Namen aller erhobenen Präparate werden dreimal jährlich in den Einrichtungen abgefragt, weitere Daten zum Konsum

einmal pro Jahr. Diese Daten werden dann aufbereitet und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Verfügung gestellt, das dieses Projekt auch finanziell fördert. Die Ergebnisse dieser Erhebung dienen zur Kontrolle des Missbrauchspotenzials von Arzneimitteln, die bereits auf dem Markt sind.

Tabelle 3.1: Teilnehmende Einrichtungen

Bundesland	80	84	86	88	90	92	94	96	97	98	99	Veränd. zu 1998
Baden-Württemberg	49	65	67	76	74	82	81	78	75	76	75	+ 1,3%
Bayern	32	40	37	43	41	48	47	53	56	58	51	-12,1%
Berlin	3	3	3	3	4	4	5	3	3	4	6	+50,0%
Bremen	1	0	0	1	2	2	1	0	0	0	0	+ 0,0%
Hamburg	6	7	4	5	5	4	3	6	5	5	3	-40,0%
Hessen	18	34	34	33	33	35	35	26	25	26	22	-15,4%
Niedersachsen	21	32	40	45	44	53	62	59	50	44	51	+15,9%
Nordrhein-Westfalen	61	47	50	55	58	72	77	94	98	98	84	- 14,3%
Rheinland-Pfalz	17	27	25	28	30	31	25	23	22	25	28	+12,0%
Saarland	8	8	8	11	13	11	10	10	7	8	8	+ 0,0%
Schleswig-Holstein	2	2	2	2	2	5	11	17	13	8	7	-12,5%
<b>Gesamt West</b>	<b>218</b>	<b>265</b>	<b>270</b>	<b>302</b>	<b>306</b>	<b>347</b>	<b>357</b>	<b>369</b>	<b>354</b>	<b>352</b>	<b>335</b>	<b>- 4,8%</b>
Brandenburg						1	2	7	9	9	11	+22,2%
Mecklenburg-Vorpommern						1	6	10	13	11	10	- 9,1%
Sachsen						25	36	34	32	40	48	+20,0%
Sachsen-Anhalt						0	7	13	14	19	14	+26,3%
Thüringen						2	35	27	33	30	30	+ 0,0%
<b>Gesamt Ost</b>						<b>29</b>	<b>86</b>	<b>91</b>	<b>101</b>	<b>109</b>	<b>113</b>	<b>+ 3,7%</b>
<b>Träger</b>												
Arbeiterwohlfahrt	1	3	5	4	3	7	13	16	16	18	18	+ 0,0%
Caritasverband	111	134	132	144	153	164*	161	166*	165*	163*	157*	- 3,7%
Diakonisches Werk	90	98	107	126	121	162*	197	210*	206*	196*	185*	- 5,6%
Paritätischer Wohlfahrtsverband	3	5	5	5	5	7	12	13	18	23	19	+27,8%
Rotes Kreuz	0	0	0	0	0	1	6	6	7	8	7	+14,3%
Sonst. gemeinnützige Vereine	8	17	16	16	17	19	25	29	27	28	27	+ 3,6%
Land/ Kommune/ Bezirk	5	6	5	7	7	17	25	20	19	27	43	+59,3%
<b>Gesamt</b>	<b>218</b>	<b>265</b>	<b>270</b>	<b>302</b>	<b>306</b>	<b>376</b>	<b>443</b>	<b>460</b>	<b>455</b>	<b>461</b>	<b>448</b>	<b>- 2,8%</b>

\* Doppelzählungen wegen gemeinsamer Trägerschaft

### 3 Methode

#### 3.1 Die nationale und internationale Einbindung von EBIS-A

Die Bundesländer sind nach dem Maastrichter Vertrag verpflichtet, jährlich Daten zum Drogenkonsum an die Referenzstelle weiterzuleiten. Die Verbände als Träger der Einrichtungen haben dazu mit der Einführung von EBIS-A als Dokumentationssystem die Voraussetzungen geschaffen. Vertreter von EBIS-A haben bereits bei der Erstellung des ersten deutschen Kerndatensatzes für die Betreuungsstatistik im Jahr 1993 mitgewirkt. Auch 1999 waren sie in der Statistik-AG der DHS maßgeblich an der Aktualisierung dieses Kerndatensatzes beteiligt. Die enge Kooperation mit Trägern anderer Dokumentationssysteme in diesem Bereich dient dazu, Schritt für Schritt zunächst einen einheitlichen Kerndatensatz in allen relevanten Systemen in diesem Bereich einzuführen. Danach soll die technische Übertragung von Aggregatdaten ebenso standardisiert gelöst werden. Die technischen Voraussetzungen dafür wurden im Rahmen eines Technik-Arbeitskreises geschaffen, der Programmierer und Organisatoren der relevanten EDV-Systeme an einen Tisch bringt. Die Definition

eines deutschen Kerntabellensatzes ist für 2000 durch den DHS-Statistikausschuss geplant.

EBIS-A hat die längste Erfahrung und den breitesten Anwenderkreis in diesem Umfeld. Aus diesem Grunde ist es nicht verwunderlich, dass sich die gemeinsamen Lösungen sowohl inhaltlich als auch technisch stark an den bisherigen Ansätzen von EBIS-A orientieren. Dies reduziert den notwendigen Reorganisationsaufwand für eine bundesweit einheitliche Dokumentationslösung auf Seiten des IFT wie der beteiligten Einrichtungen.

Seit einigen Jahren arbeitet die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) in Lissabon an dem Auftrag, verlässliche und vergleichbare Informationen über die Lage des Drogenkonsums, seiner Folgen und die Möglichkeiten der Bekämpfung in Europa zu erfassen. Eine der Datenquellen, die dabei vorrangig Beachtung finden, sind Daten aus dem Beratungs- und Behandlungsbereich. Vertreter von EBIS-A waren als Koordinatoren einer Arbeitsgruppe an dem Projekt beteiligt, einen Europäischen Kerndatensatz für den Bereich Behandlung zu entwerfen (Simon & Pfeiffer, 1998). Da großer Wert auf die praktische Umsetzbarkeit dieses Entwurfs gelegt wurde, haben Systeme wie EBIS-A wesentlich darüber mit entschieden, welche Items

Tabelle 3.2: Erreichungsquote von EBIS-A nach Einrichtungszahlen

Bundesland	Anzahl von Einrichtungen in EBIS-A	Gesamtzahl lt. Länderkurzbericht 2000	Deckungsquote EBIS-A
Baden-Württemberg	75	107	70%
Bayern	51	105	49%
Berlin	6	32	19%
Bremen	0	14	0%
Hamburg	3	32	9%
Hessen	22	58	38%
Niedersachsen	51	117	44%
Nordrhein-Westfalen	84	166	51%
Rheinland-Pfalz	28	46	61%
Saarland	8	19	42%
Schleswig-Holstein	7	67	10%
<b>Gesamt West</b>	<b>335</b>	<b>763</b>	<b>44%</b>
Brandenburg	11	27	41%
Mecklenburg-Vorpommern	10	27	37%
Sachsen	48	51	94%
Sachsen-Anhalt	14	31	45%
Thüringen	30	52	58%
<b>Gesamt Ost</b>	<b>113</b>	<b>188</b>	<b>60%</b>
<b>Gesamt D</b>	<b>448</b>	<b>951</b>	<b>47%</b>

Tabelle 3.3: Erreichungsquote von EBIS-A nach Personalstellen

	Gesamtzahl Personal in EBIS-A (Vollzeitstellen)	Gesamtzahl Personalstellen lt. Länderbericht	Deckungsquote EBIS-A
West	1.816	3.232	56%
Ost	501	644	78%
Gesamt	2.316	3.876	60%

aufgenommen wurden. Bei der Harmonisierung europäischer Datensysteme, die seit 1999 Teil des Programms der EBDD ist, spielt die genannte Statistik-AG der DHS eine wichtige Rolle.

### 3.2 Die Aussagekraft von EBIS-A als Stichprobe ambulanter Einrichtungen der Suchtberatung und -behandlung in Deutschland

576 Einrichtungen (inkl. 59 Teilstellen) nahmen 1999 an EBIS-A teil. Insgesamt waren 448 (davon 443 EBIS-A Einrichtungen) Einrichtungen an der Gesamtauswertung beteiligt. Der Anteil der Stellen, die aus technischen (i. d. R. EDV-Probleme) oder personellen Gründen keine Daten für 1999 abgeliefert haben, liegt bei 74 Einrichtungen.

In den alten Bundesländern hat sich die Zahl der Teilnehmer nur wenig verringert. Die Entwicklung erscheint dabei in den einzelnen Bundesländer unterschiedlich. An einigen Stellen gab es kleinere Zunahmen. Insgesamt nahm die Zahl der teilnehmenden Einrichtungen in den alten Bundesländern aber um 5% ab. In den neuen Ländern stehen sich Zunahmen und Abnahmen gegenüber. Dabei überwiegt insgesamt die Tendenz zum Zuwachs, sodass sich für die neuen Länder ein Plus von knapp 4% im Vergleich zu 1998 ergibt (Tabelle 3.1).

Die Teilnahme an EBIS-A ist grundsätzlich freiwillig, wenngleich in einigen Fällen Finanzierungszusagen von Leistungsträgern von der Führung einer Statistik nach EBIS-A-Standards abhängig gemacht werden. Eine Gesamtstatistik auf der Grundlage von EBIS-A sollte trotz dieser Einschränkung in der Lage sein, den Gesamtbereich der ambulanten deutschen Suchthilfe verlässlich und umfassend zu beschreiben. In Tabelle 3.2 wird die Zahl der Einrichtungen, die in

EBIS-A Daten für 1999 geliefert haben, mit der letzten Länderübersicht über die Gesamtzahl vorhandener ambulanter Stellen 1999 verglichen (Bundesministerium für Gesundheit, 2000).

60% der Einrichtungen in den neuen Ländern (N = 113) und 44% der Stellen in den alten Ländern (N = 335) sind in EBIS-A vertreten, für das Bundesgebiet ergibt sich insgesamt eine Erreichungsquote von 47% (N = 448). Die Quote pro Bundesland streut stark. Auf der einen Seite ist Sachsen mit 94% (48 Einrichtungen) nach wie vor am besten, Bremen auf der anderen Seite überhaupt nicht repräsentiert (Tabelle 3.2).

Eine andere Herangehensweise zur Berechnung der Erreichungsquote bietet der Vergleich der Personalstellen in EBIS-A und der Gesamtzahl von Vollzeitstellen in der Statistik der Bundesländer (Bundesministerium für Gesundheit, 2000). Der Unterschied zu den Zahlen aus Tabelle 3.2 ist durch die Tatsache zu erklären, dass die nicht in EBIS beteiligten Einrichtungen eher kleiner sind und weniger Personal und Klienten aufweisen. Die Notwendigkeit einer professionellen Dokumentation ist für diesen Typ von Einrichtungen häufig geringer. Zudem erschweren die Rahmenbedingungen – kein Verwaltungspersonal, Besetzung der Stelle nur stundenweise etc. – oft den Einsatz von EBIS oder anderen Systemen. Der Vergleich der Gesamtstellenzahl der Mitarbeiter, die in EBIS-A erfasst werden, mit den Angaben der Drogenbeauftragte der Länder (Bundesministerium für Gesundheit, 2000) für alle Einrichtungen ergibt 1999 eine Erreichungsquote von 60%, in den neuen Ländern sogar eine von fast 80%.

Die Datenerfassung stellt sich damit als deutlich vollständiger dar als dies auf der Basis der Einrichtungszahlen zu vermuten wäre (Tabelle 3.3).

## 4 Daten zu den Einrichtungen

### 4.1 Struktur

Die an der EBIS-Dokumentation beteiligten Einrichtungen unterscheiden sich deutlich in Art, Struktur und Größe. Die Durchschnittszahlen und groben Kategorisierungen, die in den folgenden Tabellen und Abbildungen verwendet werden, können deshalb nur ein verallgemeinerndes Bild der beteiligten Einrichtungen zeichnen.

Der Großteil der Einrichtungen, nämlich 42% in den alten und 71% in den neuen Bundesländern, steht für Probleme mit allen Substanzen bzw. alle Suchtformen offen. In den alten Bundesländern sind 14% der Einrichtungen auf illegale Substanzen spezialisiert, 39% auf legale Substanzen. Die entsprechenden Zahlen für die neuen Bundesländer liegen bei 3% für die illegalen und 15% für die legalen Substanzen. Die geringe Anzahl der auf illegale Substanzen ausgerichteten Einrichtungen in Ost-Deutschland entspricht der geringeren Prävalenz dieser Probleme im Osten. (Tabelle 4.1).

Die »typische« ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle hat im Osten einen Einzugsbereichs von ca. 142.363 Einwohnern, im Westen liegt der entsprechende Wert mit durchschnittlich rund 280.000 Einwohnern deutlich höher. Die Flächen der Einzugsbereiche sind im Osten dabei nur wenig kleiner. Daher ist zu vermuten, dass sich hier unterschiedliche regionale Gegebenheiten – insbesondere eine recht unterschiedliche Bevölkerungsdichte in den Regionen Ost- und Westdeutschlands – widerspiegeln. Im Durchschnitt hat jede der beteiligten Einrichtungen eine Außenstelle im Einzugsbereich (Tabelle 4.2).

Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen bieten heute eine Vielzahl unterschiedlicher Hilfen. Angaben hierzu liegen aus 108 Einrichtungen in den neuen und 327 in den alten Ländern vor. Neben den Informations- und Präventionsangeboten, die an an-

derer Stelle beschrieben sind, gibt Tabelle 4.3 Einblick in die speziellen Angebote der Einrichtungen an Klienten mit eigener Suchtproblematik und ihre Angehörigen. Unterschiede zwischen Ost und West sind nur an einigen Stellen zu finden. Zum Standardangebot gehört individuelle Beratung und Behandlung von Süchtigen und von Angehörigen oder beiden zusammen. Hier ergeben sich in beiden Regionen Deutschlands sehr ähnliche Bilder. Dasselbe gilt für Angebote für Betroffene in Gruppen. Gruppen für Angehörige zusammen mit süchtigen Klienten sind dagegen nur etwa halb so oft zu finden und zudem in den alten Bundesländern häufiger anzutreffen als in den neuen.

Angebote für Partner von Abhängigen, aber auch spezielle Angebote für betroffene Männer sind in den neuen Bundesländern häufiger. Auch spezielle Gruppen für Kinder von Abhängigen, die sicherlich eine bedeutende Rolle spielen, kommen in den neuen Bundesländern häufiger zustande. Etwa jede sechste Einrichtung in den neuen, aber nur jede elfte Einrichtung in den alten Bundesländern weist ein entsprechendes Angebot auf.

Alkoholfreie Teestuben oder Cafés werden in 44% der Einrichtungen im Osten angeboten, im Westen aber in 20% der Einrichtungen. Dieser Ost-West-Unterschied gilt für alkoholfreie Clubs, Arbeitsprojekte, WG-Angebote und Notschlafstellen. Auf der anderen Seite sind Angebote wie Spritzentausch und externe Substitution in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten oder mit Substitutionsambulanzen in 15% – bzw. 43% der Einrichtungen im Westen zu finden, während sie in den neuen Bundesländern gar nicht bzw. nur sehr selten angeboten werden. Eine eigene Fachkraft zur Förderung präventiver Aktivitäten ist in 39% der Einrichtungen im Westen und in 32% im Osten angestellt (Tabelle 4.3, s. auch Abschnitt 6.1).

Tabelle 4.1: Art und Struktur der Einrichtungen

Primäre Ausrichtung auf	Ost N = 113	West N = 332
Legale Substanzen	15%	39%
Illegale Substanzen	3%	14%
Alle Substanzen	50%	36%
Nicht substanzbezogen	4%	1%
Alle Suchtformen	21%	6%
Keine Angaben	7%	4%

Tabelle 4.2: Angaben zum Einzugsbereich

	Ost N = 113	West N = 331
Einwohnerzahl des Einzugsbereichs	142.363	280.001
Fläche des Einzugsbereichs in qkm	930	1.010
Zahl der Außenstellen im Einzugsbereich	1,1	1,0

Tabelle 4.3: Spezifische Angebote der Einrichtungen

Art des Angebots	Ost N = 108	West N = 327	Gesamt N = 435
<b>Spezielle Gruppen für</b>			
Spieler/innen	12%	10%	10%
Personen mit Essstörungen	19%	21%	21%
Partner/innen	35%	30%	31%
Frauen	29%	36%	34%
Männer	19%	10%	13%
Kinder	15%	9%	11%
<b>Weitere (permanente) Angebote</b>			
Teestube/Café/Saftladen	44%	20%	26%
Alkoholfreier Club	12%	4%	6%
Arbeitstherapie/-projekte	20%	6%	9%
WG/Notschlafstelle	19%	9%	11%
Spritzentausch	6%	15%	13%
Interne Substitution	0%	3%	2%
Externe Substitution in Zusammenarbeit mit ärztlicher Praxis	15%	43%	36%
Externe Substitution in Zusammenarbeit mit Substitutionsambulanz	1%	9%	7%
Dusch-/Ruheraum	31%	10%	15%
JVA-Sprechstunde(n)	37%	31%	32%
Streetwork	24%	16%	18%
<b>Spezielle Fachkraft für Prävention</b>	<b>32%</b>	<b>39%</b>	<b>38%</b>

## 4.2 Mitarbeiter

Die durchschnittliche personelle Besetzung pro Einrichtung hat sich in 1999 im Vergleich zum Vorjahr in Ost wie West etwas verringert. In den hier vorgelegten Zahlen sind die vorhandenen Mitarbeiter umgerechnet auf Vollzeitstellen. Tabelle 4.4 zeigt, dass die Gruppe der Sozialarbeiter bzw. -pädagogen die dominierende Berufsgruppe in ambulanten Einrichtungen ist. Insgesamt hat eine durchschnittliche Ost-Einrichtung mit 4,6 Vollzeit-Mitarbeiter im Schnitt fast einen Vollzeitmitarbeiter weniger als eine durchschnittliche West-Einrichtung. Hinter den hier dargestellten Zahlen steht also ein Äquivalent für geleistete Arbeitsstunden oder personelle Kapazität. Dass in den neuen Bundesländern 40 Stunden pro Woche zu arbeiten sind, in den alten jedoch 38,5 Stunden, wurde berücksichtigt, indem die Anzahl der Vollzeitmitarbeiter im Osten um 3,75% erhöht wurde (Abbildung 4.1).

Die Anteile der verschiedenen Berufsgruppen bei den fachlichen Mitarbeitern unterscheiden sich in den Einrichtungen in Ost und West deutlich. Insbesondere der sehr hohe Anteil von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen in den Einrichtungen in den alten Bundesländern von rund 60% gegenüber 44% in den

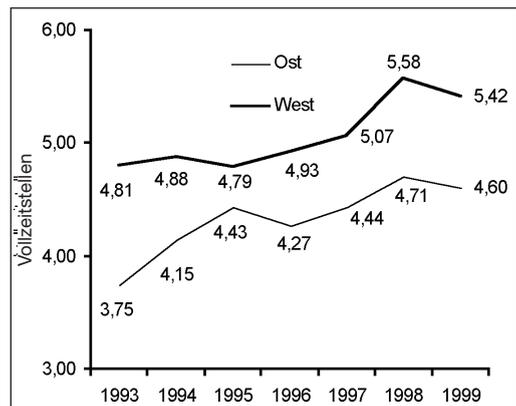


Abbildung 4.1: Personelle Besetzung

neuen Bundesländern fällt ins Auge. Auf der anderen Seite liegt mit etwa 18% der Anteil des sonstigen Betreuungspersonals (z. B. Theologen oder Ex-Usern), das in der formalen Qualifikation keiner der therapeutischen Berufsgruppen entspricht, in den neuen Bundesländern noch immer relativ hoch. Die Unterschiede in der beruflichen Entwicklung der Mitarbei-

Tabelle 4.4: Stellenzahl für verschiedene Berufsgruppen (Vollzeitstellen)

Berufsgruppen	Ost		West		Gesamt	
	N = 110		N = 331		N = 441	
Sozialarbeiter/-pädagoge	2,00	43,5%	3,27	60,4%	2,95	56,7%
Dipl.-Psychologe/in	0,53	11,5%	0,54	9,9%	0,53	10,2%
Dipl.-Pädagoge/in	0,26	5,6%	0,27	4,9%	0,27	5,1%
(Fach-)Arzt/Ärztin	0,15	3,2%	0,10	1,9%	0,11	2,2%
Sonst. Beratungspersonal	0,84	18,2%	0,18	3,3%	0,34	6,6%
Verwaltung/Technik/ZDL	0,83	18,0%	1,06	19,6%	1,00	19,3%
<b>Gesamt</b>	<b>4,60</b>	<b>100%</b>	<b>5,42</b>	<b>100%</b>	<b>5,21</b>	<b>100%</b>

Tabelle 4.5: Entwicklung des Gesamtbudgets pro Einrichtung seit 1992

	1992	1994	1996	1997	1998	1999	Veränderung 98–99
West	409.245	475.185	498.946	538.036	548.081	540.990	-1,3%
Ost	170.222	282.603	303.395	308.419	324.989	319.607	-1,7%

ter in Ost und West spiegelt dabei auch die unterschiedliche Geschichte dieser Einrichtungen und Mitarbeiter vor 1990 wider. Etwa ein Fünftel des Personals ist in Ost wie West mit administrativen Dingen beschäftigt (Tabelle 4.4).

Die Altersverteilung der fachlichen Mitarbeiter zeigt bei den Männern einen Schwerpunkt in der Altersgruppe 40 bis 49, während die Frauen durchschnittlich etwas jünger sind. Aufgrund der rückläufigen Einstellungspraxis könnte sich in den nächsten Jahren vermehrt eine zunehmende Altersdiskrepanz zwischen Betreuten und Betreuern insbesondere im Bereich illegaler Drogen ergeben.

### 4.3 Finanzen

Nicht alle beteiligten Einrichtungen haben für 1999 Daten über ihre finanzielle Situation für die EBIS-Statistik zur Verfügung gestellt. Auf der Grundlage von insgesamt 254 Nennungen ist dennoch eine ausreichend verlässliche Auskunft über die Entwicklung durchschnittlicher Einrichtungsbudgets zu erwarten. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Budgets in den alten Bundesländern um 1,3% gesunken. Die Zahlen für die Einrichtungen in den neuen Bundesländern zeigen eine durchschnittliche Abnahme um 1,7% (Tabelle 4.5).

Traditionell setzt sich das Gesamtbudget einer ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle aus mehreren Teilen zusammen. Auch die Bestrebungen in Richtung auf eine Vereinheitlichung der Finanzie-

rung haben daran bisher nichts geändert. Die Anteile, die die verschiedenen Quellen an solch einer Gesamtfinanzierung abdecken, haben sich dabei in den letzten Jahren deutlich unterschiedlich entwickelt.

In Ost wie West bestreiten die Einrichtungen die höchsten Anteile ihrer Budgets aus kommunalen Finanzmitteln. Nach dem kontinuierlichen Anstieg in den letzten Jahren ist 1999 hier erstmals eine Abnahme zu verzeichnen. Landesmittel sind in den neuen Bundesländern von 1992 bis 1995 etwa um 100% gestiegen, seitdem aber weitgehend stabil geblieben. In den alten Bundesländern zeigen sie erstmals seit vier Jahren wieder einen Anstieg. Auch der Anteil der Eigenmittel ist im Großen und Ganzen relativ konstant geblieben. Sie liegen im Westen, bei einem deutlich höheren Gesamtbudget der Einrichtungen, mit über 117.000 DM rund dreimal so hoch wie in den neuen Bundesländern. Die finanzielle Förderung durch den Bund hat sich im Westen weiterhin verringert und trägt heute nur noch einen ganz geringen Teil zum Gesamtbudget bei. Im Osten hat sich der Beitrag des Bundes zwar verdoppelt, macht aber nur rund 2% des Gesamtbudgets aus (Abbildung 4.2).

Ein in den letzten Jahren besonders stark beachteter Anteil der Finanzierung sind die Mittel der Sozialversicherung (in der Regel Leistungen nach den Vereinbarungen zur ambulanten Rehabilitation). In den alten Bundesländern zeigt sich eine leichte Zunahme der entsprechenden Budgetanteile, im Mittel erreichen sie circa 46.000 DM bzw. 8,5%. In den neuen Bundesländern sind sie nach einem Anstieg

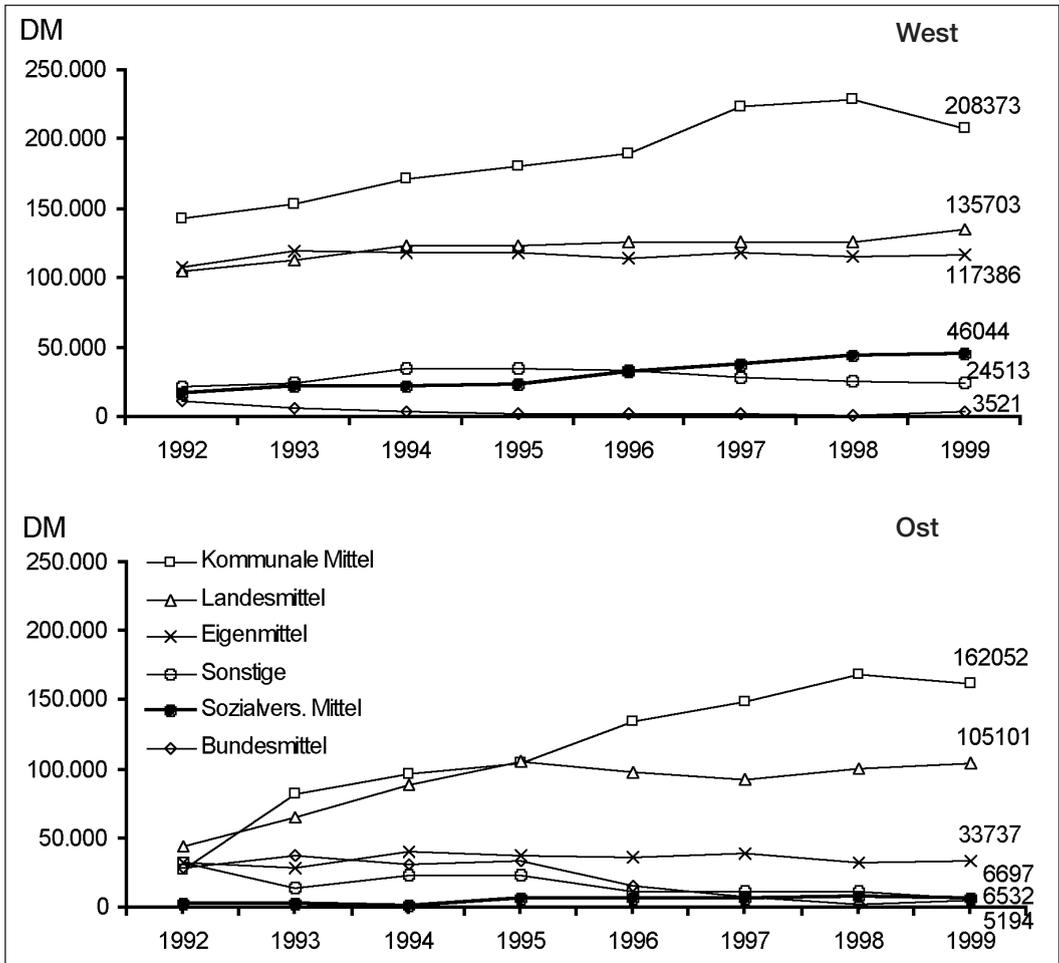


Abbildung 4.2: Entwicklung einzelner Finanzquellen seit 1992.

Tabelle 4.6: Finanzierung durch Sozialversicherung in DM bzw. Anteil am Gesamtbudget

	1992	1994	1996	1997	1998	1999	Veränderung 98-99
Ost DM	2.790	1.851	6.055	6.657	8.155	6.532	-20%
West DM	17.434	22.383	32.279	37.686	43.922	46.044	+ 4%
Anteil Ost	1,6%	0,7%	2,0%	2,2%	2,5%	2,0%	- 20%
Anteil West	4,3%	4,7%	6,5%	7,0%	8,0%	8,5%	+ 6%

wieder auf das Niveau von 1996 und 1997 zurückgekehrt. Die Absolutbeträge liegen hier mit rund 6.500 DM bzw. 2,0% pro Einrichtung ausgesprochen niedrig (Tabelle 4.6).

## 5 Daten zur Klientel

Das folgende Kapitel 5 enthält die Eckdaten zur Situation der Klientinnen und Klienten, die 1999 in ambulanten Einrichtungen in Deutschland behandelt wurden. In Kapitel 6 sind eine Reihe von Basisdaten über die durchgeführten Interventionen enthalten und Kapitel 7 skizziert die wichtigsten epidemiologischen Trends in der Klientel. Diese drei Kapitel stellen den Standardteil der EBIS-A-Auswertung dar, der mit wenigen Modifikationen jährlich publiziert wird. Damit wird ein Vergleich der wichtigsten Rahmendaten über die Jahre hinweg möglich.

Darüber hinaus sind in Kapitel 8 eine Reihe von Sonderauswertungen enthalten, die Teilgruppen oder spezifische Betreuungsansätze betreffen. Diese Themen wechseln von Jahr zu Jahr. Es werden dabei jeweils Fragestellungen und Klientengruppen herausgegriffen, die gesundheitspolitisch oder aus Forschungssicht von besonderem Interesse sind. Da EBIS-A eine Vielzahl von Detailanalysen erlaubt, können diese Sonderauswertungen immer nur eine kleine Zahl der möglichen Analysen anbieten. Die Gesamtdatenbasis steht in Form des Tabellenbandes zur Verfügung, der seit 1996 als Diskette (EXCEL-Datei) produziert und vertrieben wird. In Einzelfällen kann gegen Kostenerstattung auch ein Ausdruck geliefert werden. Alle Interessierten können die entsprechenden Daten im IFT oder bei den beteiligten Verbänden anfordern.

### 5.1 Übersicht zur Klientel

1999 waren insgesamt 140.412 Personen in EBIS-A-Einrichtungen in Betreuung. Von ihnen haben 82.847 die Betreuung in 1999 aufgenommen. Diese Gruppe der Zugänge wird im weiteren genauer analysiert, da sie Entwicklungen und Trends besser erkennen lässt als eine Gesamtbetrachtung.

Besonders Frauen suchen nicht nur mit einer eigenen Suchtproblematik nach Unterstützung. Gut jede fünfte Frau sucht Rat wegen eines Suchtproblems von Angehörigen. Dagegen sind Männer fast aus-

schließlich wegen eigener Probleme in Betreuung. Nur etwa 2% suchen die ambulanten Einrichtungen wegen Suchtproblemen von Angehörigen auf. Sonstige Probleme haben weitere 3% (Tabelle 5.1).

In EBIS-A werden Diagnosen zum Gebrauch von Suchtmitteln sowie zu pathologischem Spielen und Essstörungen nach dem internationalen Diagnoseschema der WHO, ICD in der aktuellen Fassung 10 (WHO, 1991) erfasst. In EBIS-A werden für psychoaktive Substanzen nur die Bereiche »schädlicher Konsum« und »Abhängigkeit« erfasst. Für jede Substanz, die ein Klient konsumiert, wird von der Einrichtung eine entsprechende Diagnose vorgenommen. Da multipler Konsum unter Drogenklienten die Regel ist, ergeben sich für diese dann meist mehrere *Einzeldiagnosen*. Die therapieleitende Diagnose, z. B. eine Abhängigkeit von Opiaten, wird dann durch den Berater als *Hauptdiagnose* gekennzeichnet. Große Teile der EBIS-A-Aggregation verwenden diese Hauptdiagnose für eine Differenzierung der Klientel.

Betrachtet man die Klienten mit eigener Symptomatik nach der therapieleitenden Hauptdiagnose, so ergeben sich zwischen Ost und West einige Unterschiede. Mit 83% der Klienten im Osten und 68% im Westen bestimmen alkoholbezogene Hauptdiagnosen das Bild in beiden Teilen Deutschlands. An zweiter Stelle stehen in den alten Bundesländern Klienten mit Opiatdiagnosen mit etwa 18%, während die Klienten mit allen übrigen illegalen Drogen nur etwa 8% der Klienten ausmachen.

In den neuen Bundesländern spielen Opiate mit rund 4% der Klienten noch eine kleine Rolle. Wie auch bei anderen illegalen Drogen ist jedoch ein gewisser Aufholprozess zu beobachten. Dennoch sind auch diese mit rund 6% noch seltener zu finden als in den alten Bundesländern. Abbildung 5.1. stellt die Situation in Ost und West im Vergleich dar.

Insgesamt betrachtet sind 71% der von ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen betreuten Klienten wegen Problemen mit Alkohol, 15% wegen Opiatproblemen und weitere 5% wegen problematischem Konsum von Cannabinoiden in Betreuung (Tabelle 5.2). Cannabis steht als Hauptdiagnose unter

Tabelle 5.1: Prozentuale Verteilung der einzelnen Klientengruppen

Klientengruppe	Ost		West		Gesamt			
	M	F	M	F	M	F	Total	
Eigene Symptomatik	94,1%	68,3%	95,6%	75,8%	95,3%	74,5%	89,3%	71.888
Familienangehörige	1,7%	20,4%	1,9%	19,5%	1,9%	19,7%	7,0%	5.652
Sonstige	4,8%	9,0%	2,5%	4,4%	3,0%	5,2%	3,7%	2.953

den Substanzen also an dritter Stelle. Am höchsten liegt der Anteil dieser Probleme bei männlichen Klienten in den alten Ländern. Der Geschlechtereffekt macht sich insbesondere im Osten bei Alkoholproblemen und im Westen bei Opiaten und Cannabinoiden (mehr Männer als Frauen) bemerkbar.

Nicht substanzbezogene Störungen, also Essstörungen und pathologisches Spielen, sind geschlechtsspezifisch deutlich unterschiedlich verteilt. Essstörungen machen bei Frauen einen Anteil von etwa 8% der Hauptdiagnosen im Osten und 9% im Westen aus. Pathologisches Spielen, das hauptsächlich ein Männerproblem ist, ist in Ost und West bei rund 2% ein primäres Problem. Auffällig ist weiterhin, dass Sedativa und Hypnotika in beiden Teilen Deutschlands wesentlich häufiger von Frauen süchtig gebraucht werden als von Männern. (Tabelle 5.2, Abbildung 5.1).

Nach dieser kurzen Übersicht über die Bedeutung der einzelnen psychoaktiven Substanzen im Bereich ambulanter Hilfen werden im folgenden Kapitel eini-

ge Merkmale der Klientengruppen dargestellt, die sich anhand der verschiedenen Hauptdiagnosen bilden lassen. Da ein Großteil der genannten Diagnosen relativ selten ist, beschränkt sich die Darstellung im Folgenden auf die vier wichtigsten psychoaktiven Substanzen, nämlich Alkohol, Opiate, Cannabis und Kokain. Gesondert werden zusätzlich die Klientengruppen mit den nicht substanzbezogenen Hauptdiagnosen Essstörungen und pathologisches Spielen beschrieben.

### 5.2 Die Situation ausgewählter Klientengruppen mit substanzinduzierten Problemen

Suchtprobleme mit legalen oder illegalen Substanzen betreffen überwiegend Männer. In allen vier hier genannten Substanzgruppen sind rund vier Fünftel der Betreuten Männer. Die Unterschiede zwischen den vier Substanzgruppen sind dabei nicht sehr groß. Die Relation liegt für Alkohol und für Opiate bei etwa 80 : 20 und für Kokain und Cannabis bei 86 : 14.

Tabelle 5.2: Prozentuale Verteilung der einzelnen Stoffgruppen bei Personen mit eigener Symptomatik

Substanz-/Klientengruppe	Ost			West			Gesamt			Abs.
	M	F	Ges.	M	F	Ges.	M	F	Total	
Alkohol	85,1%	74,1%	83,2%	68,3%	66,7%	67,9%	72,3%	68,0%	71,3%	47.093
Opiate	4,1%	5,4%	4,4%	18,7%	14,7%	17,7%	15,3%	13,1%	14,8%	9.742
Cannabinoiden	4,9%	4,3%	4,8%	5,9%	2,9%	5,1%	5,6%	3,2%	5,1%	3.343
Sedativa/ Hypnotika	0,3%	2,4%	0,7%	0,5%	2,7%	1,0%	0,4%	2,7%	0,9%	621
Kokain	1,1%	0,9%	1,1%	2,3%	1,0%	2,0%	2,0%	1,0%	1,8%	1.167
Halluzinogene	0,4%	0,6%	0,5%	0,3%	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%	192
Essstörungen	0,6%	8,3%	2,0%	0,2%	9,1%	2,4%	0,3%	8,9%	2,3%	1.503
Pathologisches Spielen	1,8%	0,5%	1,6%	2,2%	0,8%	1,9%	2,1%	0,7%	1,8%	1.191

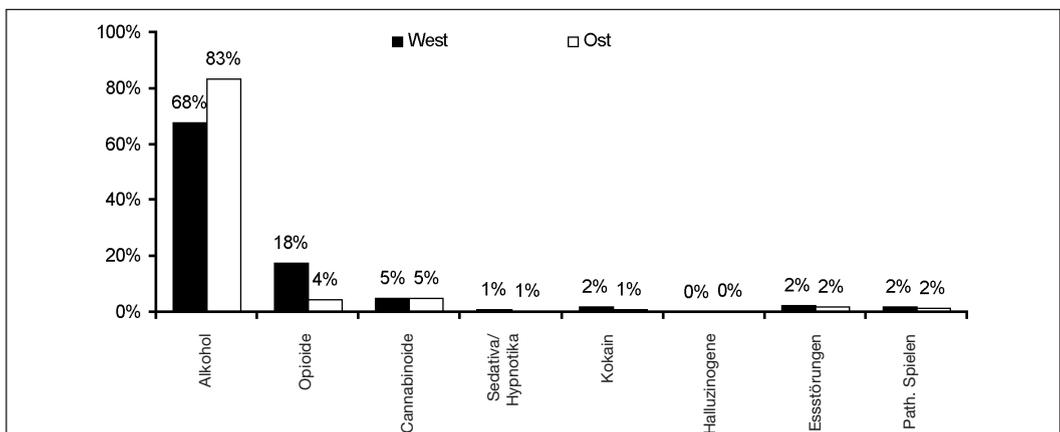


Abbildung 5.1: Verteilung der Diagnosen bei Klienten mit eigener Symptomatik

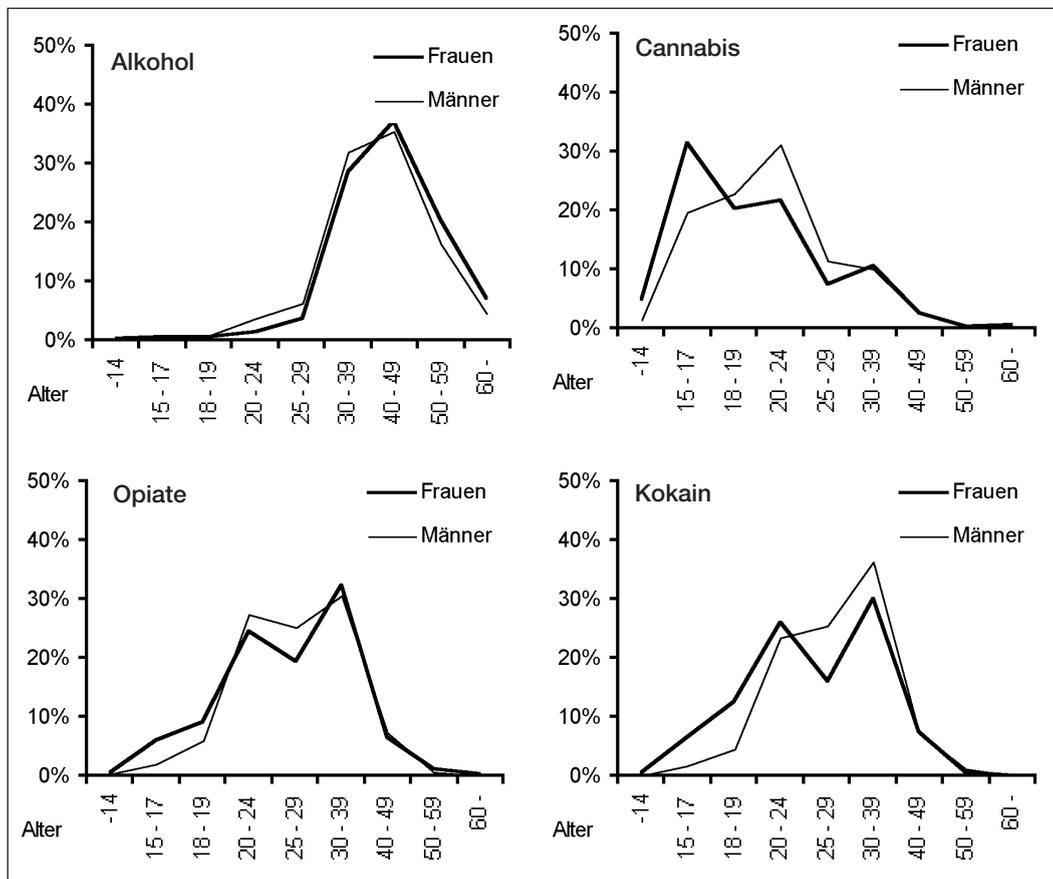


Abbildung 5.2: Altersverteilung

In den folgenden beiden Kapiteln werden aus Gründen der Lesbarkeit jeweils nur Prozentangaben verwendet. Für die dazugehörigen Absolutzahlen verweisen wir auf den EBIS-A-Tabellenband (Strobl et al, 2000).

In Abbildung 5.2. ist die Altersverteilung der Klienten für die verschiedenen Hauptdiagnosen dargestellt. Bei Alkohol ist ein Maximum der Klienten in der Altersgruppe 40 bis 50 zu finden. Gravierende Unterschiede zwischen den Geschlechtern ergeben sich nicht. Unter 30 Jahren sind nur sehr wenige Klienten mit einer primären Alkoholdiagnose in Betreuung. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist die Gruppe der 30- bis 60-Jährigen bei den Alkoholabhängigen deutlich überrepräsentiert, die Gruppe der unter 30-Jährigen ist dagegen unterrepräsentiert.

Auch die drei illegalen Substanzen weisen jeweils ein sehr typisches Muster auf. Cannabis, das in der

Regel als erste illegale Substanz konsumiert wird, tritt als Hauptdiagnose vor allen Dingen in der Altersgruppe 15 bis 25 auf. Frauen, die mit dieser Diagnose in Betreuung sind, sind etwas jünger als die männlichen Klienten, der Altersschwerpunkt liegt bei den Frauen bei den 15- bis 17-Jährigen, bei den Männern dagegen bei den 20- bis 24-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. Nur eine Minderheit der Personen mit einer Hauptdiagnose Cannabis ist über 25. Demgegenüber liegt der Altersschwerpunkt für Opiate wie für Kokain bei 20 bis 40 Jahren, wobei die Personen mit der Hauptdiagnose Opiate insgesamt gesehen etwas jünger sind als Personen mit der Hauptdiagnose Kokain. Männliche Klienten mit Hauptdiagnose Kokain sind häufiger

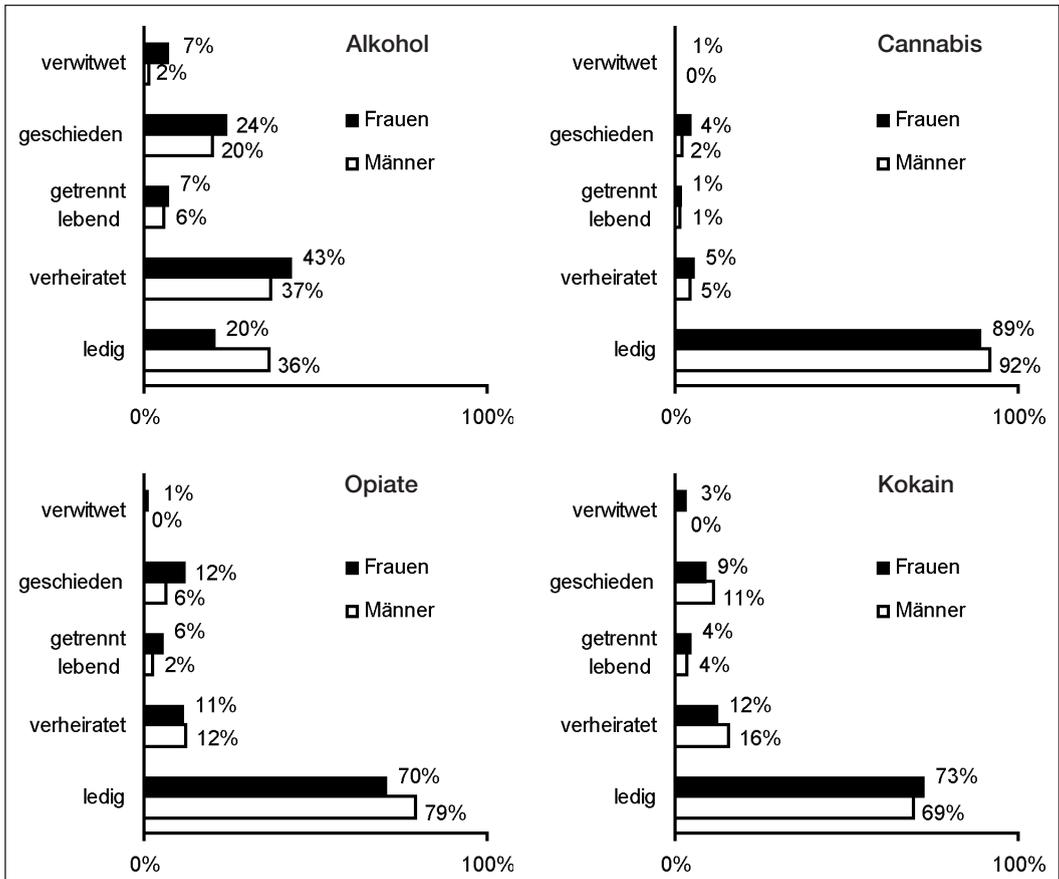


Abbildung 5.3: Familienstand

zwischen 30 und 40 Jahren als solche mit opiatbezogenen Diagnosen. Auch in diesen beiden Gruppen ist wieder festzustellen, dass die betreuten Frauen in der Tendenz etwas jünger als die Männer sind. Auffällig ist auch, dass sowohl bei den Männern und Frauen mit Hauptdiagnose Opiate, wie auch bei den Frauen mit Hauptdiagnose Kokain die Gruppe der 25- bis 30-Jährigen weniger stark vertreten ist als die Gruppen der 20- bis 25-Jährigen und 30- bis 40-Jährigen. Verglichen mit der Altersverteilung in der Gesamtbevölkerung ist bei Abhängigen von Opiaten und Kokain die Altersgruppe der 20- bis 40-Jährigen stark überrepräsentiert, die anderen Altersgruppen sind dagegen deutlich unterrepräsentiert. Bei den Personen mit Hauptdiagnose Cannabis sind die 14- bis 30-Jährigen deutlich über- und die anderen Altersgruppen deutlich unterrepräsentiert (Abbildung 5.2).

Beim Familienstand zeigt sich, dass Personen mit

Alkoholproblemen sehr viel häufiger in zumindest formal stabilen Beziehungen leben. 37% der Männer und 43% der Frauen sind verheiratet, 20% bzw. 24% geschieden, weitere 6% bzw. 7% leben getrennt. Dagegen ist der Anteil der ledigen Klienten bei den Konsumenten illegaler Drogen mit zwischen 70% und 90% gut dreimal so hoch. Während sich der hohe Anteil Lediger bei Cannabis hauptsächlich als Effekt des deutlich niedrigeren Durchschnittsalters dieser Gruppe erklärt, müssen die Zahlen bei den Opiaten als Hinweis auf eine schwächere soziale Einbindung dieser Personengruppe gewertet werden (Abbildung 5.3).

Auch bei der tatsächlichen Lebenssituation erweisen sich die alkoholabhängigen Klienten als sozial deutlich besser integriert. Rund die Hälfte von ihnen lebt mit einem Partner zusammen. Für Klienten mit den Hauptdiagnosen Opiate und Kokain gilt dies nur für etwa ein Viertel.

Tabelle 5.3: Kinder

Zahl der Kinder	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	Kinder	Kinder im Haushalt	Kinder	Kinder im Haushalt	Kinder	Kinder im Haushalt	Kinder	Kinder im Haushalt
Hauptdiagnose Alkohol					Hauptdiagnose Cannabis			
0	38%	69%	25%	55%	87%	92%	81%	84%
1	23%	14%	28%	23%	7%	4%	10%	11%
2	27%	13%	31%	16%	4%	3%	6%	4%
3	8%	4%	11%	4%	1%	1%	2%	2%
4+	5%	2%	5%	2%	1%	0%	1%	0%
Gesamt	31.430	30.102	9.385	9.002	2.205	2.136	374	360
Hauptdiagnose Opiate					Hauptdiagnose Kokain			
0	69%	85%	55%	72%	63%	84%	62%	74%
1	20%	8%	26%	20%	19%	8%	22%	15%
2	8%	5%	13%	6%	12%	5%	8%	4%
3	2%	1%	4%	2%	4%	2%	5%	5%
4+	1%	1%	2%	1%	1%	0%	3%	2%
Gesamt	6.065	5.761	1.639	1.570	818	770	129	125

Mehr als 50% der Cannabiskonsumenten leben (noch) mit den Eltern zusammen, was dem relativ jungen Durchschnittsalter dieser Gruppe durchaus entspricht.

Kinder von Abhängigen wachsen oft unter solch belastenden Bedingungen auf, dass sie in ihrem späteren Leben ebenfalls häufiger abhängig werden als andere. Tabelle 5.3 macht deutlich, dass etwa 50.000 Kinder in den Familien der betreuten Abhängigen leben und damit unmittelbar von deren Problemen betroffen sind.

75% der alkoholabhängigen Frauen haben eigene Kinder, 45% leben mit diesen Kinder in einem Haushalt. Die entsprechenden Zahlen für die Männer liegen mit rund 62% bzw. 32% erheblich niedriger.

Bei Opiatabhängigen sind es immerhin 28% der Frauen und 15% der Männer, deren Kinder mit im Haushalt leben. Bei den Personen mit der Hauptdiagnose Kokain haben 26% der Klientinnen und 16% der Klienten ein oder mehrere Kinder zu versorgen.

Ein besonders kritischer Punkt ist der Anteil der Klientinnen, die allein mit Kindern leben. Dies sind bei den Frauen mit Alkoholdiagnose immerhin 11%, bei opiatabhängigen Frauen 8% und bei Kokainabhängigen rund 9%. Zu der ohnehin schon belastenden Situation als allein erziehender Elternteil kommt hier noch die Suchtproblematik hinzu, was sicherlich sowohl für die Mütter als auch für die betroffenen Kinder extrem schwierig ist. Väter geraten weit weni-

ger 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 Zahlen wird ersichtlich, dass zum einen spezielle Angebote für die Kinder von Abhängigen vermehrt bereitgestellt werden müssten, um in dieser Risikogruppe möglichst auch präventiv ansetzen zu können. Zum anderen ist auch der Situation der suchtkranken Eltern Rechnung zu tragen, die oft allein ihre Kinder großziehen versuchen, und das Angebot entsprechend zu erweitern.

Bei der Schulbildung fällt auf, dass über ein Fünftel der Alkoholabhängigen Hochschul- bzw. Fachhochschulreife besitzt. Ebenfalls hohe Werte finden sich für Frauen mit Kokainproblemen. Klienten mit cannabisbezogenen Problemen befinden sich altersbedingt demgegenüber sehr oft noch in Ausbildung. 33% der Frauen und 19% der Männer sind noch in Ausbildung. Opiatabhängige schließlich haben zu einem beträchtlichen Anteil von zirka 13% keinen Abschluss, ansonsten finden sich in dieser Gruppe die höchsten Anteile von Hauptschulabschlüssen.

In Bezug auf die Berufsausbildung können rund 70% der Männer und Frauen mit alkoholbezogenen Problemen eine abgeschlossene betriebliche Berufsausbildung vorweisen, weitere 6% bzw. 7% haben eine akademische Berufsausbildung durchlaufen. Von den Opiat- und Kokainabhängigen haben dage-

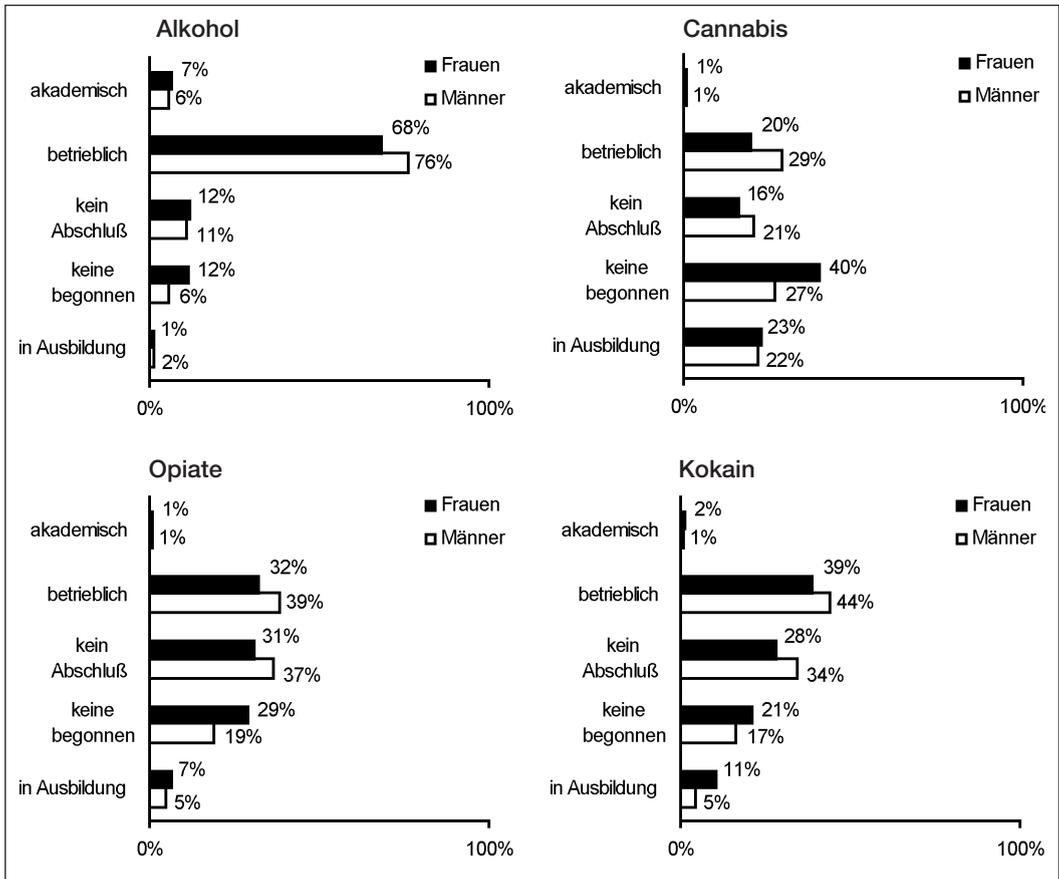


Abbildung 5.4: Berufsausbildung

gen nur etwas über ein Drittel eine abgeschlossene Berufsausbildung, zwischen 17% und 29% haben (noch) keine begonnen. Bei den Cannabis-Hauptdiagnosen muss wiederum auf das noch relativ junge Durchschnittsalter in dieser Gruppe hingewiesen werden. Dadurch ist auch zu erklären, dass etwa jeder vierte bis fünfte dieser Klienten noch in Ausbildung befindlich ist. Über die Chancen für eine spätere Erwerbstätigkeit ist damit noch nicht entschieden (Abbildung 5.4).

Angesichts ihrer insgesamt schwierigen Situation überrascht es nicht, dass der Anteil der Arbeitslosen und Arbeitssuchenden sich bei Opiatabhängigen auf über 50% addiert. Der Anteil an Vollzeitbeschäftigten von nur rund 30% zeigt andererseits in Bezug auf Arbeitstätigkeit die ungünstigsten Werte. Aus diesen Gründen bedarf es hier besonderer Integrationshilfen und Fördermaßnahmen. Bei den drei anderen Sub-

stanzgruppen beträgt der Anteil der Arbeitslosen etwas mehr als ein Drittel. Interessant ist, dass die Cannabisabhängigen mit rund 60% einen noch höheren Anteil an Vollzeitbeschäftigten aufweisen als die Alkoholklienten. Von den alkohol- und kokainabhängigen Frauen sind rund 40% vollzeitbeschäftigt. Von den Männern mit Alkoholdiagnosen gehen 56% einer Vollzeitbeschäftigung nach und von den Männern mit Kokaindiagnosen 43% (Abbildung 5.5).

### 5.3 Die Situation von Klientinnen mit Essstörungen

Nur 21% der Einrichtungen bieten spezielle Gruppen für Klienten mit Essstörungen an (Tabelle 4.3). Es handelt sich hier – wie beim pathologischen Spielen – um einen Versorgungsbereich, bei dem Überschneidungen mit der psychiatrischen bzw. psychosomati-

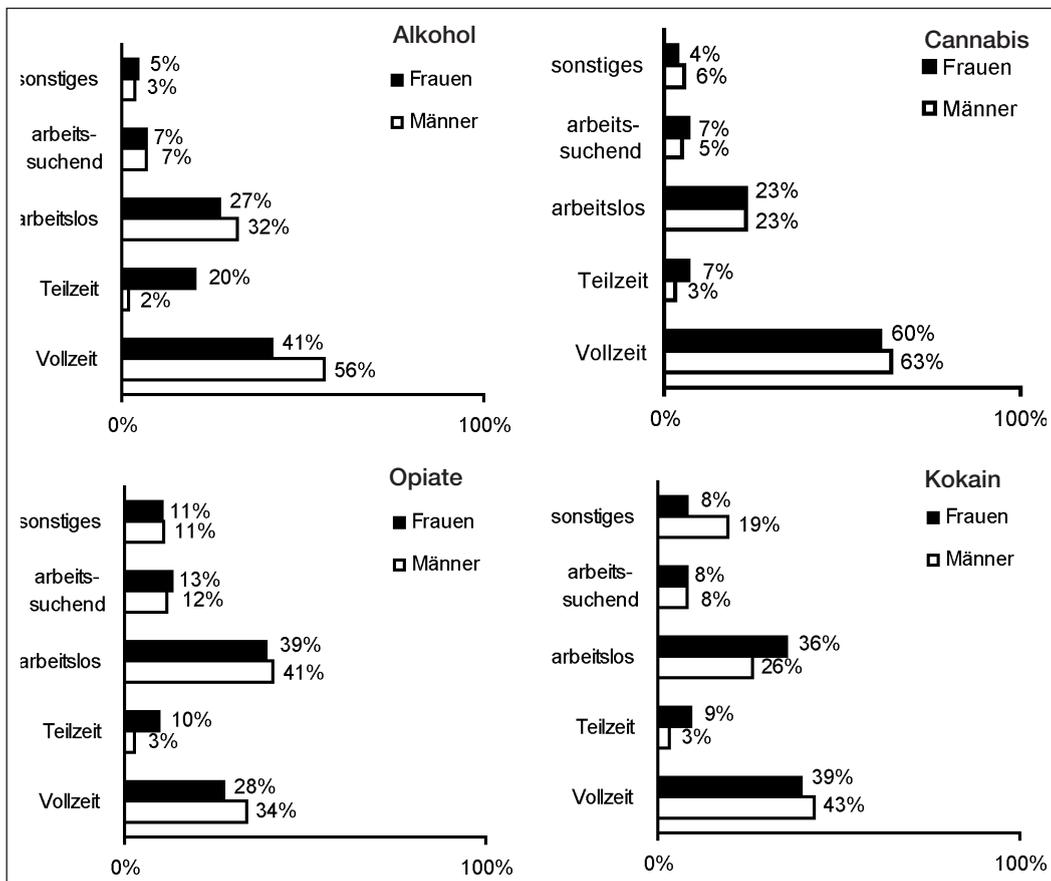


Abbildung 5.5: Arbeitstätigkeit

schen Versorgung bestehen. Die relativ kleinen Absolutzahlen der in den EBIS-A-Einrichtungen betreuten Klienten mit nicht substanzbezogenen Abhängigkeiten (1998: 1.503 Hauptdiagnosen Essstörungen und 1.191 Hauptdiagnosen pathologisches Spielen) erlauben daher keine Rückschlüsse auf die Verbreitung und Qualität dieser Störungen in der Gesamtbevölkerung.

Essstörungen betreffen nach wie vor überwiegend Frauen. Nur etwa 10% der Personen mit einem primären Essproblem in ambulanter Betreuung sind Männer. Die Altersverteilung in dieser Gruppe ist breit gestreut. Die jüngsten sind 14 Jahre, am häufigsten taucht das Problem um die 20 bis 24 Jahre auf. Darüber hinaus finden sich jedoch auch noch Klientinnen mit 40 und mehr Jahren in Betreuung. Die Lebensumstände dieser Personengruppe unterscheiden sich insgesamt von den Personen mit substanz-

bezogenen Problemen. 70% sind ledig, etwa ein Fünftel lebt allein, 5% als Alleinerziehende mit Kind bzw. Kindern. Was die Erwerbstätigkeit betrifft, stellt sich die Lage der Klientinnen mit Essstörungen recht positiv dar. Mehr als 80% der Frauen und 60% der Männer haben eine Vollzeit- oder Teilzeittätigkeit. Die Arbeitslosenquote und der Anteil der arbeitssuchend gemeldeten Klientinnen ist im Vergleich zu den anderen beschriebenen Gruppen bemerkenswert niedrig (Abbildung 5.6).

#### 5.4 Die Situation von Klienten mit pathologischem Spielen

Pathologisches Spielen betrifft hauptsächlich Männer. Nur 9% der Klienten mit Hauptdiagnose »Pathologisches Spielen« sind weiblichen Geschlechts. Der Altersschwerpunkt liegt zwischen 30 und 45 Jah-

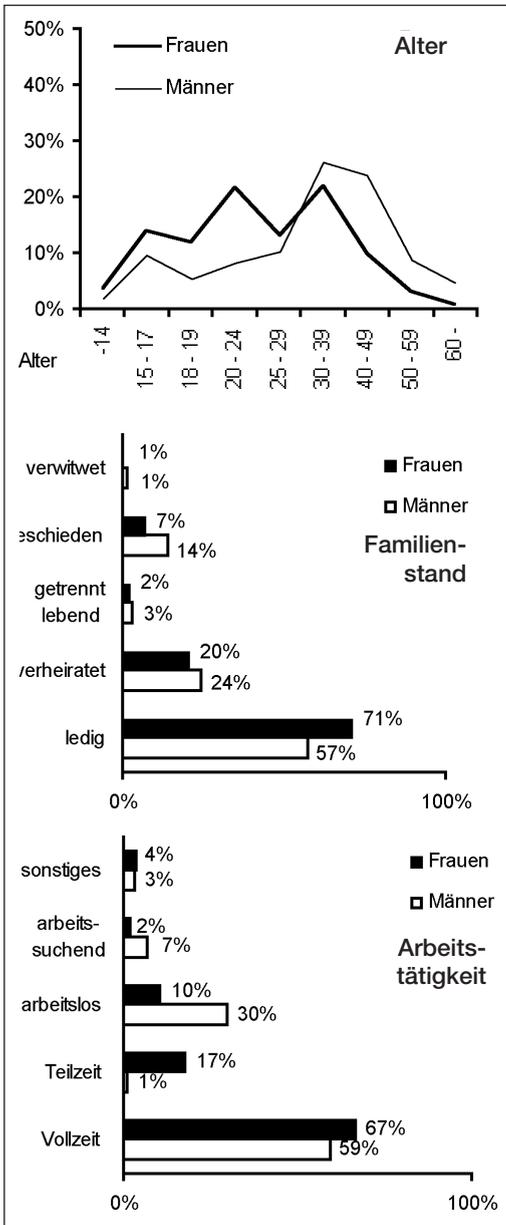


Abbildung 5.6: Klientinnen mit Essstörungen

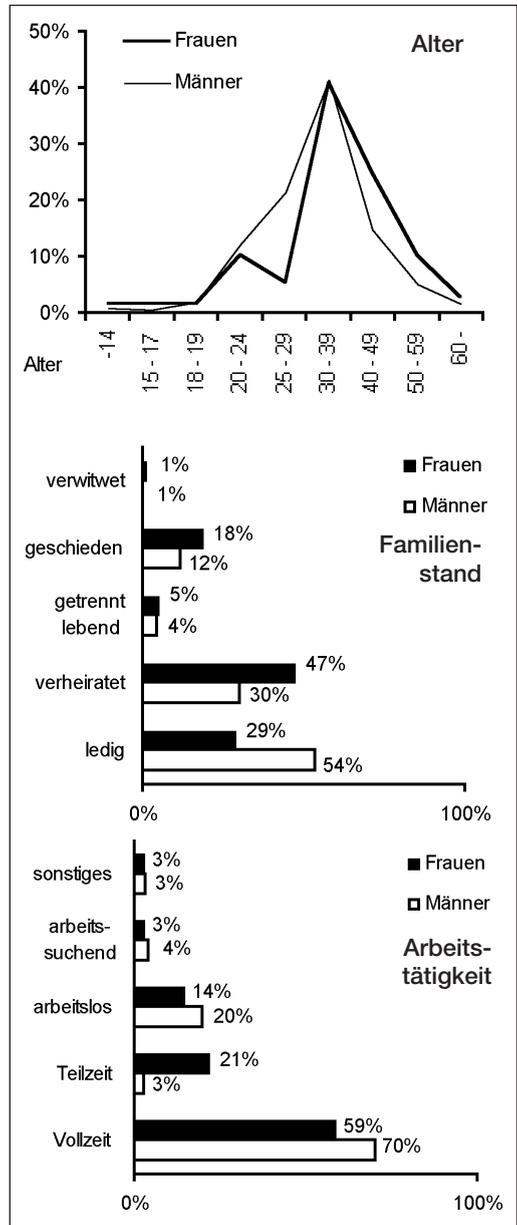


Abbildung 5.7: Klienten mit pathologischem Spielen

ren. Wie auch bei den Essstörungen befinden sich auch noch Klienten jenseits von 50 Jahren in Betreuung. 30% der betreuten Männer sind verheiratet, 54% sind ledig. Jeder Zweite lebt mit einer Partnerin bzw. mit einem Partner zusammen. Die Erwerbs-situation ist als gut zu bezeichnen: 73% der Männer

sind in Teilzeit- oder Vollzeitarbeit beschäftigt (Abbildung 5.7).

## 6 Daten zu Interventionen

### 6.1 Prävention und Öffentlichkeitsarbeit

Prävention und Öffentlichkeitsarbeit stellen einen wichtigen Anteil der Arbeit der Einrichtungen dar. Mehr als ein Drittel der Stellen im Osten und im Westen beschäftigt eine eigene Präventionsfachkraft. Um bei Präventionsmaßnahmen möglichst alle jungen Zielgruppen 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. Durchschnittlich 12 Maßnahmen erreichen etwa je 42 Personen pro Maßnahme. Dies rechtfertigt auch den relativ hohen Zeitaufwand von etwa 3,9 Stunden pro Maßnahme. Daneben ist insbesondere außerschulische Jugendarbeit von großer Bedeutung.

Öffentlichkeitsarbeit dient neben der Verbreitung suchtpräventiver Informationen auch der Förderung der Kooperation und Integration der ambulanten Angebote auf der regionalen Ebene. Suchtarbeitskreise und ähnliche Gremien, die der Abstimmung und Koordination suchtbezogener Hilfen dienen, werden häufig von den in EBIS beteiligten Einrichtungen besucht. Pro Einrichtung wurden 1999 im Mittel etwa 19 solcher Veranstaltungen besucht.

(Zum Vergleich: 1997: 13). An zweiter Stelle stehen wie schon in den Vorjahren Medieninformationen, die oft im Zusammenhang mit bundesweiten oder europäischen Kampagnen stehen. Spezielle Fachkräfte für Prävention haben im Osten 32% und im Westen 39% Einrichtungen angestellt. Insbesondere die Multiplikatorenarbeit hat in letzten Jahren an Gewicht gewonnen. Dies stützt die Ergebnisse zahlreicher wissenschaftlicher Studien in diesem Bereich. Darüber hinaus wird es in Zukunft verstärkt darum gehen, auf die besonders gefährdete Zielgruppe der Kinder von Suchtkranken zuzugehen und speziell für diese Gruppe maßgeschneiderte Präventionsmaßnahmen zu entwickeln.

### 6.2 Art der Hilfen

Den Einrichtungen der ambulanten Betreuung stehen unterschiedliche Maßnahmen zur Verfügung, um den Klienten mit ihrem Suchtproblem zu helfen. Beratung von Einzelpersonen ist ein Basiselement und wird auch in fast jedem Fall genutzt, während Gruppenberatung nur bei etwa 23% der Betroffenen stattfindet. In der Beratungs- und Behandlungsstelle selbst befindet sich etwa jeder sechste Klient in Einzeltherapie, Therapien für Gruppen oder für Familien werden seltener eingesetzt. Dagegen benötigen 28% der Klienten eine Krisenintervention. In etwa der

Tabelle 6.1: Prävention und Öffentlichkeitsarbeit

Art der Maßnahme	Anzahl der Maßnahmen	Durchschnittliche Anzahl erreichter Personen pro Maßnahme	Durchschnittliche Dauer in Stunden pro Maßnahme
<b>Prävention im Bereich</b>			
Kindergarten/Miniclub	1,4	6,0	1,1
Grundschule/Hort	2,4	15,8	1,6
Weiterführende Schule	11,6	42,2	3,9
Außerschulische Jugendarbeit	4,5	25,0	3,6
Betrieb/Verwaltung	3,4	14,1	3,0
Medizinische Einrichtung	1,7	5,8	1,0
Verband/Verein/Kommune	2,8	16,3	2,2
<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>			
Teilnahme an Arbeitskreisen	19,2		4,2
Vorträge/Referate	4,0		1,8
Medieninformationen	6,6		1,2
Plakat-/Flugblattaktionen	1,2		2,3
Symposium/Tag der offenen Tür	1,0		3,7
	Ost	West	Gesamt
<b>Spezielle Fachkraft für Prävention</b>	32,4%	39,4%	37,7%

gleichen Zahl der Fälle wird eine Vermittlung vorbereitet bzw. durchgeführt. Dabei wird die ambulante Einrichtung in ihrer Funktion als Schalt- und Vermittlungsstelle aktiv. In Anbetracht der Vielfalt spezifischer Hilfeangebote und Einrichtungen ist es unter anderem ihre Aufgabe, den Klienten bei seiner Suche nach dem passenden Hilfeangebot wirkungsvoll zu unterstützen (Tabelle 6.2, Tabelle 6.3).

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, da Mindestkriterien für die sachliche und personelle Ausstattung der Einrichtungen und für die durchgeführten Betreuungen aufgestellt wurden. Nach einer langen Anlaufzeit werden inzwischen rund 11% der Alkohol Klienten in dieser Form betreut. Bei den anderen Substanzen sind die Anteile deutlich kleiner. Die Anteile liegen für Frauen bei fast allen Substanzgruppen deutlich höher als für Männer. Da insbesondere Mütter oft sehr schwer in der Lage sind, eine Abwesenheit von zu Hause für eine stationäre Behandlung zu organisieren, bietet sich hier eine gute Behandlungsalternative für diese Gruppe (Tabelle 6.4).

Tabelle 6.2: Maßnahmen während der Betreuung

Maßnahmen in der Einrichtung	Männer	Frauen
Psychologische, medizinische oder soziale Untersuchung	35%	32%
Krisenintervention	26%	34%
Einzelberatung	88%	84%
Gruppenberatung	24%	19%
Partner-/Familienberatung	23%	27%
Einzeltherapie	14%	20%
Gruppentherapie	9%	12%
Partner-/Familietherapie	3%	4%
Schuldnerberatung, Entschuldungshilfen	2%	2%
Beistand vor Gericht/Polizei	4%	2%
Hilfen beim Umgang mit Behörden	22%	14%
Hilfen im Bereich Wohnen	4%	4%
Hilfen im Bereich Arbeit/Schule	7%	7%
Hilfen im Bereich soz. Beziehungen	12%	14%
Seelsorge, Sterbebegleitung	0%	1%
Vorbereitung/Durchführung einer Vermittlung	31%	23%
Aufsuchende Betreuung	10%	8%
Sonstige Hilfsmaßnahmen	10%	9%

### 6.3 Beratungs- und Behandlungsverlauf bei substanzinduzierten Störungen

In Anschluss folgt die Beschreibung des Betreuungsverlaufs bei ausgewählten substanzbezogenen Diagnosen. Es handelt sich um Hauptdiagnosen nach ICD-10 für die Substanzgruppen Alkohol, Opiate, Cannabis und Kokain. In Kapitel 5 wurde für diese Gruppe bereits die Ausgangssituation anhand anamnestischer Daten dargestellt. Danach werden die wichtigsten Daten zum Betreuungsverlauf für die Hauptdiagnosen Essstörungen und pathologisches Spielen dargestellt.

In Tabelle 6.5 sind einige Eckdaten zum Verlauf der Beratung und Behandlung für die ausgewählten substanzbezogenen Diagnosen gegenübergestellt.

Während bei Cannabis drei Viertel der Klienten erstmals in Betreuung sind, trifft dies bei den Opiat-abhängigen nur auf ein Viertel zu. Bei Alkohol und Kokain befinden sich rund 40% bzw. 50% der Klienten erstmalig in Suchtberatung oder -behandlung. Bei allen vier Substanzen ist der Anteil der Erstbehandelten bei Männern höher als bei den Frauen. Anders gesagt: Frauen kommen häufiger als Männer zu einer weiteren Betreuung. Allerdings ist hier anzumerken, dass die Zahlen allein aufgrund der Auskunfts des Betreuten zustande kommen. Wenn dieser – aus welchen Gründen auch immer – eine frühere Betreuung wegen einer suchtbefindlichen Problematik in einer Einrichtung nicht erwähnen möchte, entfällt diese

Tabelle 6.3: Kontakte während der Betreuung

Kontakte hergestellt zu	Männer	Frauen
Angehörigen/Freunden/Bekanntem	6%	6%
Ärztliche, psychotherapeutische Praxis	12%	13%
Fachklinik (mit Entwöhnungsbehandlung)	20%	14%
Sonstiges Krankenhaus	8%	7%
Renten-/Krankenversicherung	13%	9%
Selbsthilfe-/Abstinenzgruppe	18%	17%
Arbeitsamt/Sozialamt/Jugendamt	6%	6%

Tabelle 6.4: Anteil von Klienten in »Ambulanter Rehabilitation«

Hauptdiagnose	Männer	Frauen
Alkohol	10%	15%
Opiate	3%	3%
Cannabis	2%	4%
Sedativa/Hypnotika	7%	9%
Kokain	4%	5%
Halluzinogene	1%	0%

Information. Da keine fallbezogene Zusammenführung von Daten außerhalb der jeweils befragten Einrichtung möglich ist, fehlt die Möglichkeit, diese Information zu verifizieren.

Betrachtet man die durchschnittliche Dauer der Betreuung, so ist zu erkennen, dass vor allem bei Cannabisabhängigen die Betreuung nach relativ kurzer Zeit (22 Wochen) beendet ist. Dagegen dauert die Betreuung von Klienten mit alkohol- oder opiatbezogenen Problemen mit 30 bis 40 Wochen erheblich länger. Kokain liegt mit etwa 31 Wochen dazwischen. Bei allen Substanzen haben Frauen durchschnittlich längere Betreuungszeiten als Männer. Es wäre sinnvoll, genauer zu untersuchen, worauf diese Differenzen zurückzuführen sind.

Bei den Kontakten ist festzustellen, dass Einzelkontakte überwiegen. Bei Opiatklienten finden am meisten Einzelkontakte statt, gefolgt von Kokain und Alkohol. Cannabisabhängige nehmen im Durchschnitt am wenigsten Kontakte mit den Einrichtungen wahr. Frauen weisen über alle Substanzen hinweg durchschnittlich mehr Kontakte auf als Männer. Gruppenkontakte sind insbesondere bei Opiatproblemen deutlich seltener.

Betrachtet man die Art der Beendigung, so fällt als Erstes auf, dass bei allen Klientengruppen – wie schon im Vorjahr – »Abbruch durch den Klienten« die häufigste Art der Therapiebeendigung ist. Die Abbruchquoten für Frauen sind durchgängig höher als für Männer. Eine planmäßige Beendigung der Betreuung durch die Einrichtung ist bei 35% der Personen mit Alkohol- oder Cannabisdiagnose festzustellen. Nur Frauen mit Hauptdiagnose Cannabis liegen mit 31% etwas niedriger. Eine planmäßige Been-

digung bei Klienten mit Opiat- oder Kokainabhängigkeit ist mit 15 bis 20% deutlich seltener, dafür liegen die Vermittlungsraten entsprechend höher. Wie eingangs beschrieben, sind allerdings auch die Rahmenbedingungen der Klienten mit Alkohol- oder Cannabisproblemen deutlich besser als für die beiden anderen Gruppen. Dies betrifft Bildungsstand, Beschäftigungssituation und soziale Einbindung. Vermittlung spielt insbesondere bei Opiaten und bei Kokain eine zentrale Rolle. Etwa jeder vierte Betreute wird – in der Regel in stationäre Behandlung – vermittelt (Tabelle 6.5).

Die bei ambulanter Betreuung erzielten Ergebnisse werden in der folgenden Tabelle 6.6 getrennt nach planmäßigen Beendigungen und vorzeitigen Beendigungen dargestellt. Planmäßige Beendigung setzt voraus, dass die Betreuungsziele entsprechend eines vorhandenen Behandlungsplanes erreicht wurden bzw. Einverständnis zwischen Therapeut und Klient über die Beendigung der Betreuung vorliegt. Unplanmäßige Beendigung umfasst dagegen Abbrüche sowohl durch Klienten als auch durch die Einrichtung. Die Einschätzung des Status des Klienten nimmt der Therapeut vor.

Etwa jeder zweite Klient mit einem Alkoholproblem ist am Ende einer planmäßigen Beendigung abstinent. Darüber hinaus berichten 35% (Frauen) bzw. 37% (Männer) eine Besserung der Situation. Dagegen ist Abstinenz bei den Opiatfällen deutlich seltener anzutreffen. Nur etwa jeder fünfte Betreute wird dieser Kategorie zugeordnet. Allerdings wird auch hier in etwa der Hälfte der Fälle zumindest über eine Verbesserung der Situation berichtet. Mit 21% der Frauen und 26% der Männer ist der Anteil der

Tabelle 6.5: Beratungs- und Behandlungsverlauf bei substanzinduzierten Störungen

	Alkohol		Cannabis		Opiate		Kokain	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Erstbehandlung	43%	36%	74%	72%	29%	25%	51%	45%
Mittlere Dauer der Behandlung (Wochen)	33,9	38,3	22,1	22,9	32,9	41,7	31,0	33,0
<b>Kontakte (Mittelwerte):</b>								
Individualekontakte	10,5	12,8	8,6	10,6	17,5	22,0	14,4	17,1
Gruppenkontakte	7,8	10,0	3,7	6,4	3,3	6,4	4,5	16,9
<b>Art der Beendigung:</b>								
Vermittlung	17%	17%	13%	15%	26%	23%	29%	21%
Planmäßig	35%	35%	35%	31%	15%	17%	17%	20%
Abbruch Einrichtung	3%	2%	2%	2%	4%	3%	4%	3%
Abbruch Klient	41%	43%	42%	48%	41%	50%	30%	53%
Tod	1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	0%
Sonstige	3%	2%	7%	3%	13%	6%	21%	4%

Tabelle 6.6: Ergebnisse der Behandlungen bei substanzinduzierten Störungen

	Alkohol		Cannabis		Opiate		Kokain	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>Planmäßig beendet:</b>								
Behoben/abstinent	48%	51%	31%	22%	19%	25%	28%	36%
Gebessert	37%	35%	48%	56%	53%	52%	48%	46%
Unverändert	14%	13%	21%	21%	26%	21%	21%	18%
Verschlechtert	1%	1%	1%	1%	1%	2%	2%	0%
<b>Vorzeitig beendet:</b>								
Behoben/abstinent	10%	10%	3%	3%	3%	2%	4%	6%
Gebessert	24%	27%	26%	32%	19%	22%	14%	25%
Unverändert	59%	55%	66%	60%	68%	65%	71%	56%
Verschlechtert	7%	8%	5%	6%	10%	11%	11%	13%

Unveränderten in der Gruppe der Opiatabhängigen am höchsten. Bei Kokain liegt die Situation ähnlich wie bei Opiaten, insgesamt aber etwas günstiger. Bei Cannabis sind 31% der Männer und 22% der Frauen am Betreuungsende abstinent, weitere 50% sind gebessert. Insgesamt beenden damit rund 80 % der Betreuten mit einem positiven Ergebnis.

Wie zu erwarten fallen die Ergebnisse bei einer unplanmäßigen Beendigung deutlich schlechter aus. Bei den drei illegalen Substanzen verlassen rund 65% der Abbrecher die Betreuung mit unverändertem Substanzkonsum, bei weiteren 10% hat er sich in diesem Zeitraum sogar verschlechtert. Dagegen ist immerhin in 15 bis 26% der Männer und 22 bis 32% der Frauen eine Besserung zu verzeichnen. Abstinenz ist allerdings nur in wenigen Fällen erreicht worden (Tabelle 6.6).

Tabelle 6.7: Beratungs- und Behandlungsverlauf bei Essstörungen

	Männer	Frauen
Anteil der Erstbehandelten	49%	59%
Mittlere Dauer der Behandlung (Wochen)	32,4	39,5
<b>Art der Beendigung</b>		
Vermittlung	19%	21%
Planmäßig	28%	34%
Abbruch Einrichtung	3%	2%
Abbruch Klient	48%	40%
Tod	2%	0%
Sonstiges	1%	3%

#### 6.4 Beratungs- und Behandlungsverlauf bei Essstörungen

Die Rahmendaten zum Betreuungsverlauf und -ergebnis für Personen mit Essstörungen sind in Tabelle 6.7 zusammengefasst.

Rund 60% der Frauen mit Essstörungen sind das erste Mal in einer entsprechenden Betreuung. Die Betreuung dauert mit durchschnittlich 12 Kontakten und einer mittleren Gesamtdauer von etwa 40 Wochen (Frauen) bzw. 32 Wochen (Männer) etwas länger als bei substanzbezogenen Diagnosen. Knapp 34% der Frauen und 28% der Männer beenden die Betreuung planmäßig. Weitere 20% werden in andere Einrichtungen zur Weiterbetreuung vermittelt. Die Abbruchquote durch die Klienten liegt ähnlich hoch wie bei den substanzinduzierten Störungen. Der Abbruch durch die Einrichtungen beträgt 2 bis 3% (Tabelle 6.7).

Tabelle 6.8: Ergebnisse der Behandlungen bei Essstörungen

	Männer	Frauen
<b>Planmäßig beendet:</b>		
Behoben	24%	18%
Gebessert	49%	57%
Unverändert	25%	24%
Verschlechtert	2%	1%
<b>Vorzeitig beendet:</b>		
Behoben	3%	3%
Gebessert	15%	35%
Unverändert	73%	58%
Verschlechtert	9%	4%

*Tabelle 6.9:* Beratungs- und Behandlungsverlauf bei pathologischem Spielen

	Männer	Frauen
Erstbehandlung	61%	69%
Mittlere Dauer der Behandlung (Wochen)	32,0	31,9
<b>Art der Beendigung</b>		
Vermittlung	14%	10%
Planmäßig	27%	27%
Abbruch Einrichtung	2%	2%
Abbruch Klient	53%	58%
Tod	0%	1%
Sonstiges	4%	1%

In mehr als 70% der Fälle ist nach einer planmäßigen Beendigung die Situation gebessert oder die Essstörungen generell behoben. Bei etwa einem Viertel der Frauen und Männer ist die Situation jedoch auch im Laufe der Betreuung unverändert geblieben. Bei vorzeitiger Beendigung – in der Regel Abbruch durch den Klienten – hat sich immerhin noch bei 35% der betroffenen Frauen und 15% der Männer die Situation verbessert, sodass auch in diesen Fällen durchaus etwas erreicht worden ist (Tabelle 6.8).

### 6.5 Beratungs- und Behandlungsverlauf bei pathologischem Spielen

Pathologisches Spielen als Hauptdiagnose ist relativ selten, spielt aber trotzdem eine gewisse Rolle in der Arbeit ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen. Die hier beschriebenen Personen haben pathologisches Spielen als therapeutisches und vorrangiges Problem.

Mehr als 60% der Spieler in Betreuung sind das

*Tabelle 6.10:* Ergebnisse der Behandlungen bei pathologischem Spielen

	Männer	Frauen
<b>Planmäßig beendet:</b>		
Behoben/abstinent	42%	35%
Gebessert	40%	38%
Unverändert	18%	25%
Verschlechtert	1%	3%
<b>Vorzeitig beendet:</b>		
Behoben/abstinent	5%	10%
Gebessert	32%	33%
Unverändert	60%	56%
Verschlechtert	3%	2%

erste Mal in Betreuung. Die Dauer der Betreuung ist im Mittel kürzer als bei Essstörungen. Der Abbruch durch den Klienten ist allerdings noch häufiger als bei Opiatabhängigen. 58% der Frauen und 53% der Männer brechen die Betreuung von sich aus ab. Eine planmäßige Beendigung wird in weniger als 30% der Fälle erreicht, eine Vermittlung findet in etwa 14% statt. In der Summe scheint das Angebot also für diese Personengruppe noch verbesserungsbedürftig (Tabelle 6.9).

Bei planmäßiger Beendigung erscheinen die Ergebnisse der Betreuung von pathologischen Spielern gemessen am Status zu Ende der Betreuung recht positiv. Etwa 82% der behandelten Männer und 73% Frauen weisen eine gebesserte Situation oder gar eine Behebung der Spielprobleme auf. Im Vergleich dazu ist das Ergebnis bei unplanmäßigen Beendigungen deutlich schlechter. Bei 58% der Frauen und 63% der Männer ist die Situation unverändert oder gar verschlechtert (Tabelle 6.10).

## 7 Epidemiologische Trends 1999

Die folgenden Tabellen und Abbildungen beziehen sich auf die Gesamtzahlen der Zugänge in EBIS 1999. Zunächst wird die Entwicklung der Einzeldiagnosen über einen Zeitraum von sechs Jahren beschrieben. Dabei ist zu beachten, dass die Zahl der Einzeldiagnosen pro Klient nicht beschränkt ist. Ein Zuwachs von Einzeldiagnosen kann also sowohl durch die Zunahme der behandelten Personen als auch durch ein vermehrtes Auftreten von Mehrfachdiagnosen begründet sein. Im Verlauf der letzten Jahre lässt sich tatsächlich eine deutliche Zunahme der Mehrfachdiagnosen erkennen. Das heißt, dass immer öfter der gleichzeitige bzw. abwechselnde Gebrauch verschiedener Substanzen beobachtet werden kann.

Durch die leichten Veränderungen in der Zusammensetzung und Größe der EBIS-Stichprobe sind zudem Ungenauigkeiten im Vergleich nicht zu vermeiden. So kann durch Wechsel in der Organisation der Stellen (Ausgründung von Teileinrichtungen, Zusammenlegungen etc.) die Gesamtzahl der Mitarbeiter im System etwas schwanken. Auch dies kann die Zahl der Fälle »künstlich« erhöhen. Vor 2 Jahren wurde in EBIS der Vertrag mit den Trägern in der

Weise geändert, dass die Daten einer konkreten Einrichtung zugeordnet werden können. Für die Zukunft sollen Verfahren entwickelt werden, um die genannten Verzerrungen zu reduzieren. Um längere Zeitreihen verwenden zu können, wurde dieses Mal noch auf Korrekturverfahren verzichtet.

Bei Einzeldiagnosen wird in EBIS zwischen »schädlicher Gebrauch« und »Abhängigkeit« unterschieden. Die dargestellten Zahlen beziehen sich ausschließlich auf die Diagnose »Abhängigkeitssyndrom«, da diese sich in einer Reihe von Studien als besonders reliabel und stabil erwiesen hat und deshalb für Trendbeobachtungen als besonders gut geeignet erachtet wird.

Zusätzlich wurden die Verläufe für die Zahl der Hauptdiagnosen aufgenommen. Hier handelt es sich um die substanz- oder problembezogenen Diagnosen, die aus Sicht der Therapeuten das gravierendste Problem der Klienten und Klientinnen waren. Pro Person ist im Gegensatz zu den Einzeldiagnosen nur eine Hauptdiagnose möglich, die Gruppen sind disjunkt.

### 7.1 Alkohol

Alkohol ist bei weitem der häufigste der psychoaktiven Stoffe, weswegen die Klientel die Beratungs- und

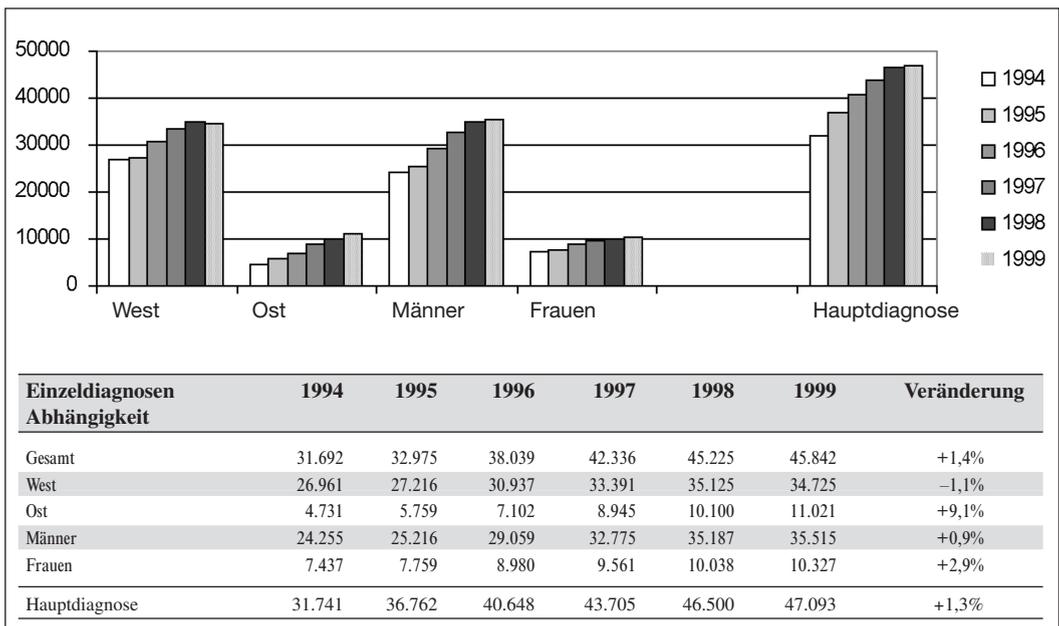


Abbildung 7.1: Alkohol

Einzeldiagnosen Abhängigkeit	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Veränderung
Gesamt	31.692	32.975	38.039	42.336	45.225	45.842	+1,4%
West	26.961	27.216	30.937	33.391	35.125	34.725	-1,1%
Ost	4.731	5.759	7.102	8.945	10.100	11.021	+9,1%
Männer	24.255	25.216	29.059	32.775	35.187	35.515	+0,9%
Frauen	7.437	7.759	8.980	9.561	10.038	10.327	+2,9%
Hauptdiagnose	31.741	36.762	40.648	43.705	46.500	47.093	+1,3%

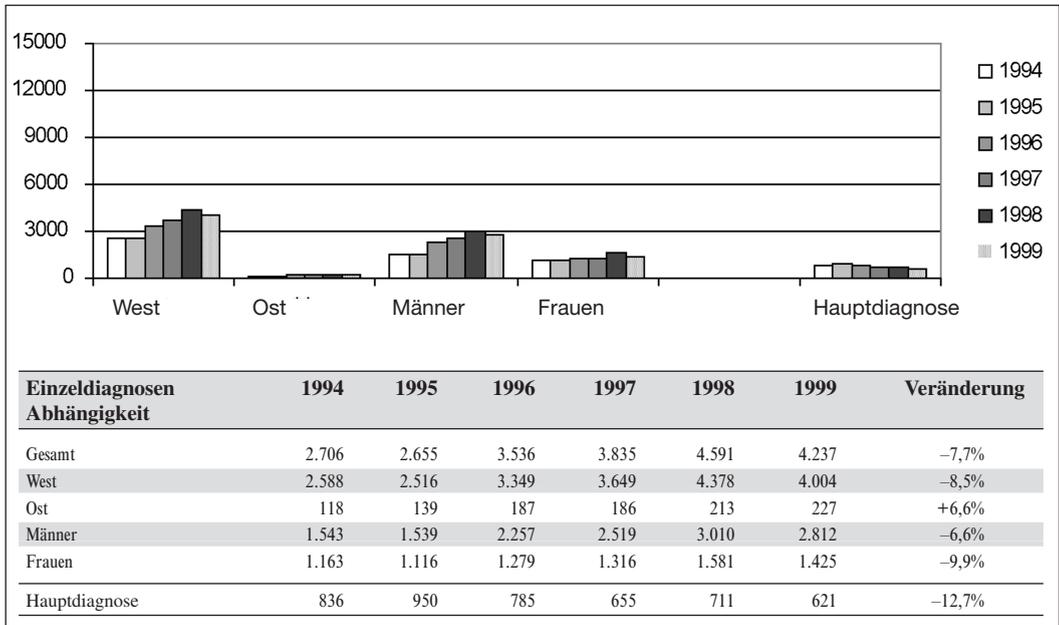


Abbildung 7.2: Sedativa/Hypnotika

Behandlungsstellen aufsucht. 47.093-mal wurde 1999 eine alkoholbezogene Hauptdiagnose gestellt. Seit 1998 ist die Zahl der Fälle um 1,3% angestiegen. Insgesamt beträgt der Zuwachs bei der Hauptdiagnose Alkohol seit 1994 etwa die Hälfte. Dies ist umso gravierender, als die Ausgangswerte bereits auf hohem Niveau lagen. Diese Tendenz ist auch deutlich bei den Einzeldiagnosen in den neuen Ländern erkennbar (Abbildung 7.1).

## 7.2 Sedativa/Hypnotika

Sedativa und Hypnotika werden als Hauptdiagnose bei vergleichsweise wenigen Personen angegeben. Rund 620 Personen haben 1999 eine solche Hauptdiagnose erhalten. Als Einzeldiagnosen tauchen sie mit etwa 4.200 Nennungen deutlich häufiger auf. Nach dem starken Zuwachs in 1998 ist 1999 ein Rückgang der Einzeldiagnosen um 8% festzustellen. Nur in den neuen Bundesländern gab es einen Anstieg um 9%. Von der Annahme, dass die Substanzen in der Regel zusätzlich zu anderen Stoffen gebraucht werden, kann weiterhin ausgegangen werden. Dies passt auch zur Beobachtung, dass Polytoxikomanie, d. h. der parallele Missbrauch mehrerer Stoffe, immer häufiger auftritt (Abbildung 7.2).

## 7.3 Opiate

Im illegalen Bereich spielen Opiate nach wie vor bei weitem die größte Rolle. Über 9.700 Hauptdiagnosen wurden 1999 für diese Substanzgruppe gestellt. Nach dem beträchtlichen Zuwachs im Vorjahr stellt das nur einen leichten Anstieg um etwa 3,5% dar. Bei den Einzeldiagnosen fällt wie schon letztes Jahr die Verdoppelung der Zahlen in den neuen Bundesländern auf – allerdings auf einem vergleichsweise niedrigem Ausgangsniveau. Dennoch verdient dieser Anstieg erhöhte Aufmerksamkeit. Es bestehen Gründe zu der Annahme, dass ein erheblicher Teil der Zunahme auf eine bessere Erreichbarkeit und »Versorgung« der Szene zurückzuführen ist. Es gibt auch aus polizeilichen Daten den Hinweis, dass sich Opiatprobleme zumindest in einigen Regionen im Osten deutlich vergrößert haben. Bei den Frauen ist nach dem bedeutenden Zuwachs in 1998 nun eine Abnahme um 7% zu beobachten. Methadon spielt eine zunehmende Rolle als Zweit-, teils aber auch als Hauptdroge. Dies entspricht dem Konzept der Substitutionsbehandlung. (Abbildung 7.3).

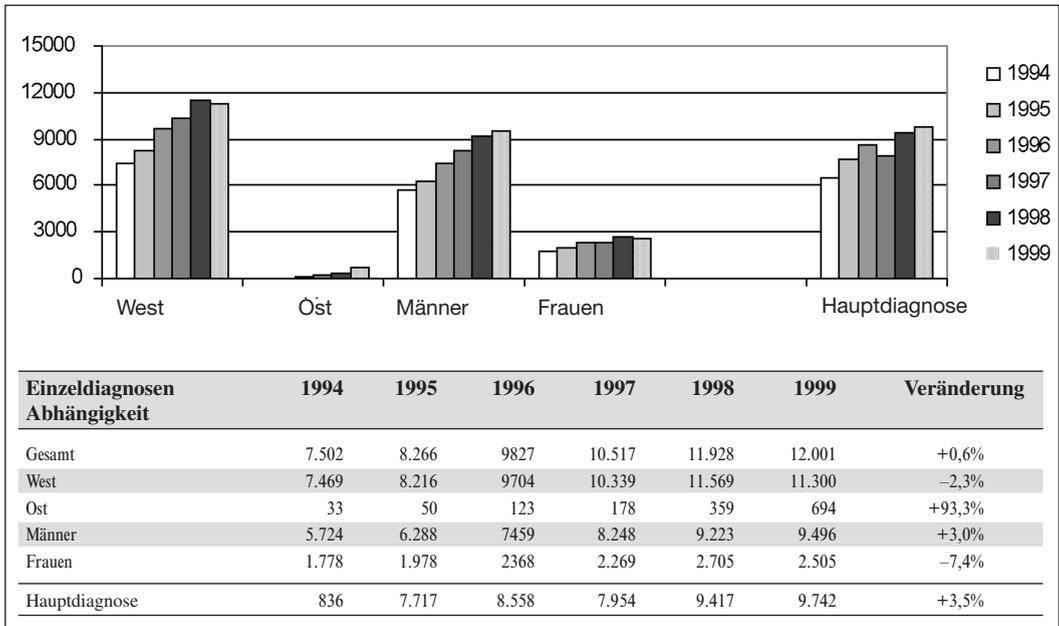


Abbildung 7.3: Opiate

### 7.4 Cannabis

Die deutlichsten Steigerungsraten zeigen sich 1999 wie schon im Vorjahr bei Cannabis. Dies gilt auch für Klienten, die primär wegen eines Cannabisproblems in Betreuung kommen. Die Zahl der Hauptdiagnosen liegt mit 3.343 im Jahr 1999 gut 25% höher als im Vorjahr. Der »typische« Klient mit einer cannabisbezogenen Hauptdiagnose ist relativ jung und das erste Mal in Betreuung. Er lebt in vergleichsweise stabilen Lebensverhältnissen und befindet sich noch in einer verlängerten Ausbildungsphase, die ihm einen gewissen »geschützten Raum« gewähren. Steigerungen finden sich auch bei den Einzeldiagnosen. Die Zahl der Betroffenen mit Einzeldiagnose ist mehr als doppelt so groß wie die der Betroffenen mit Hauptdiagnose (Abbildung 7.4).

### 7.5 Kokain

Der missbräuchliche bzw. abhängige Konsum von Kokain ist als Hauptdiagnose relativ selten. Die Einzeldiagnose wurde 1999 aber etwa fünfmal so häufig gestellt als die Hauptdiagnose. Dies bedeutet, dass Kokain von den Klienten, die in die Einrichtungen kommen, meist im Beikonsum verwendet wird. Es wird häufig neben Opiaten, allerdings zunehmend

auch in Kombination mit anderen Substanzen, konsumiert.

Während sich bei den Männern ein leichter Anstieg zeigte, nahm bei den Frauen die Zahl der Einzeldiagnosen ab. Die Anzahl der Hauptdiagnosen hat sich in den neuen Ländern seit 1994 mehr als verdoppelt (Abbildung 7.5).

### 7.6 Ecstasy und verwandte Substanzen

Da im Jahr 1999 keine gesonderte Rubrik für Ecstasy im EBIS Erhebungsbogen vorhanden war – dies ist in der Weiterentwicklung des Bogens seit Anfang 2000 enthalten – muss letztmalig mit folgender Hilfskonstruktion gearbeitet werden: Nennungen für Ecstasy können unter den Kategorien »Andere Stimulantien«, »Halluzinogene« und »Andere Psychotrope Substanzen« codiert worden sein. Daher wurden diese drei Kategorien für die neue Kategorie Ecstasy und Nennungen im Umfeld zusammengefasst. Dadurch entstehen zwar nur Annäherungswerte, im Hinblick auf die wachsende gesundheitspolitische Bedeutung des Problems Designerdrogen erschien aber die Aufnahme dieser Mischkategorie angezeigt. Durch entsprechende Eingabeaufforderungen für die beteiligten Einrichtungen sind die Daten für 1999 schon recht brauchbar. Bei Ecstasy und den

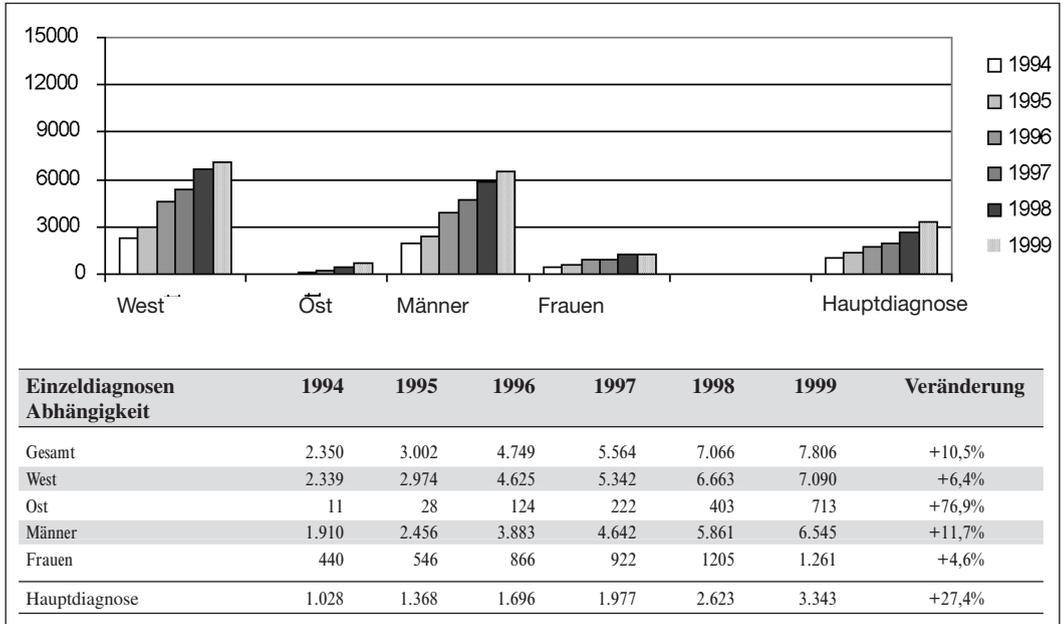


Abbildung 7.4: Cannabis

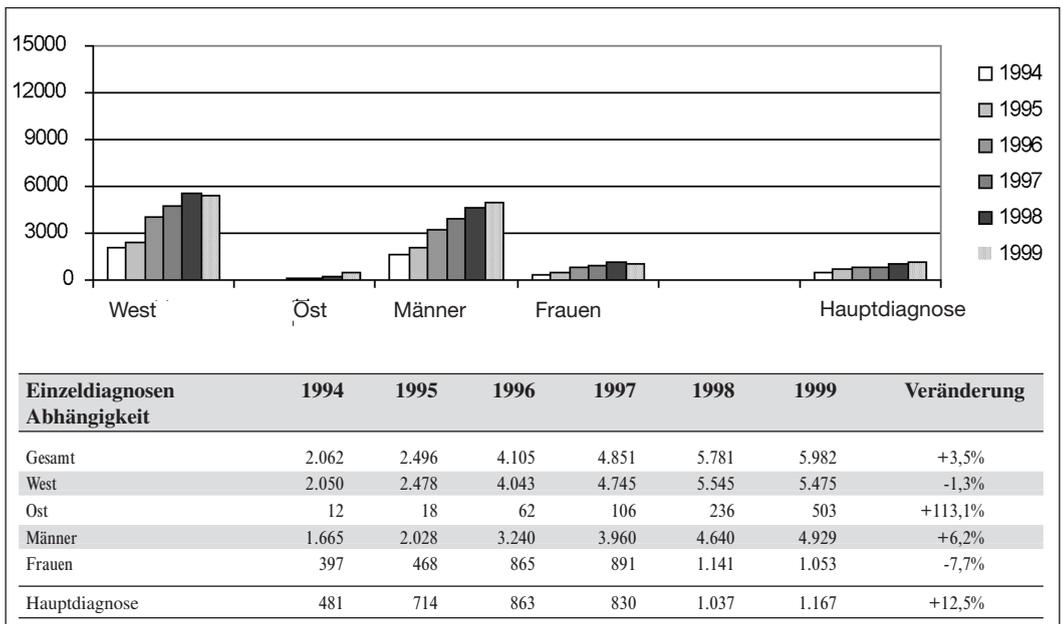


Abbildung 7.5: Kokain

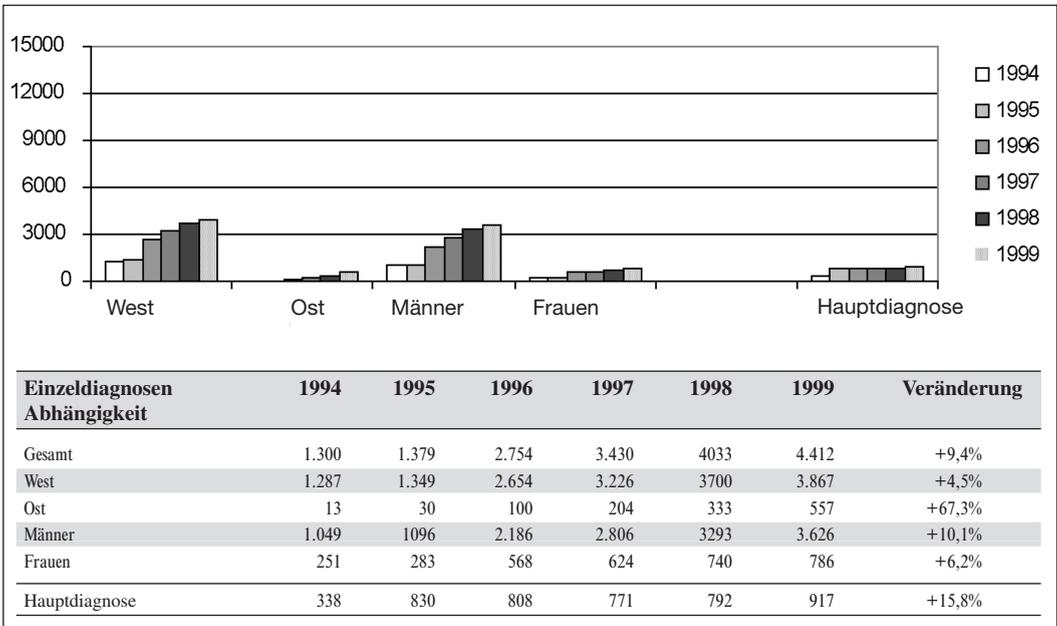


Abbildung 7.6: Ecstasy und Substanzen im Umfeld

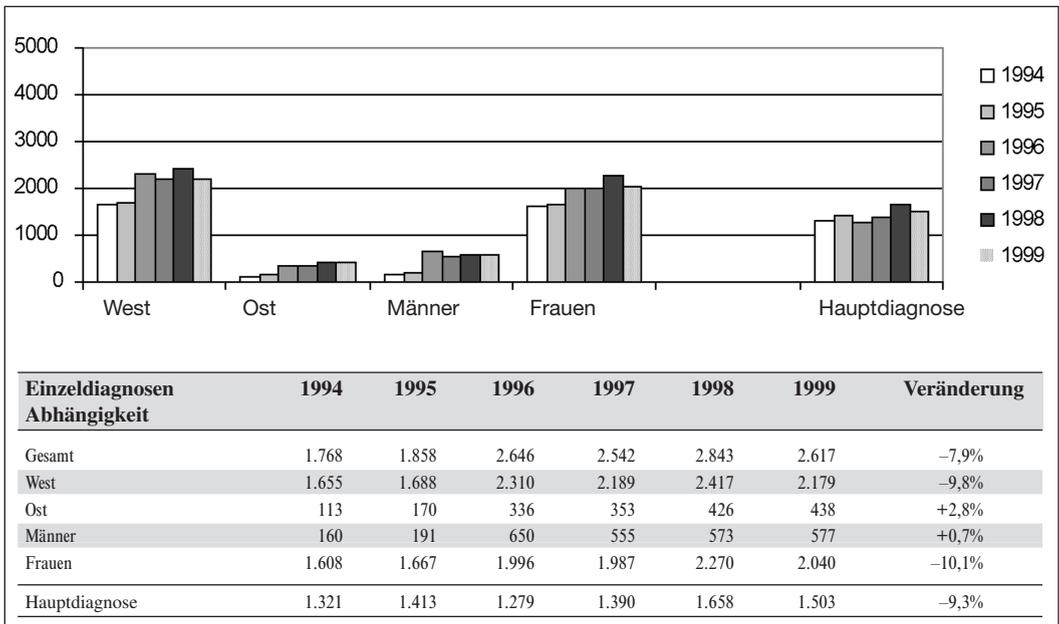


Abbildung 7.7: Essstörungen

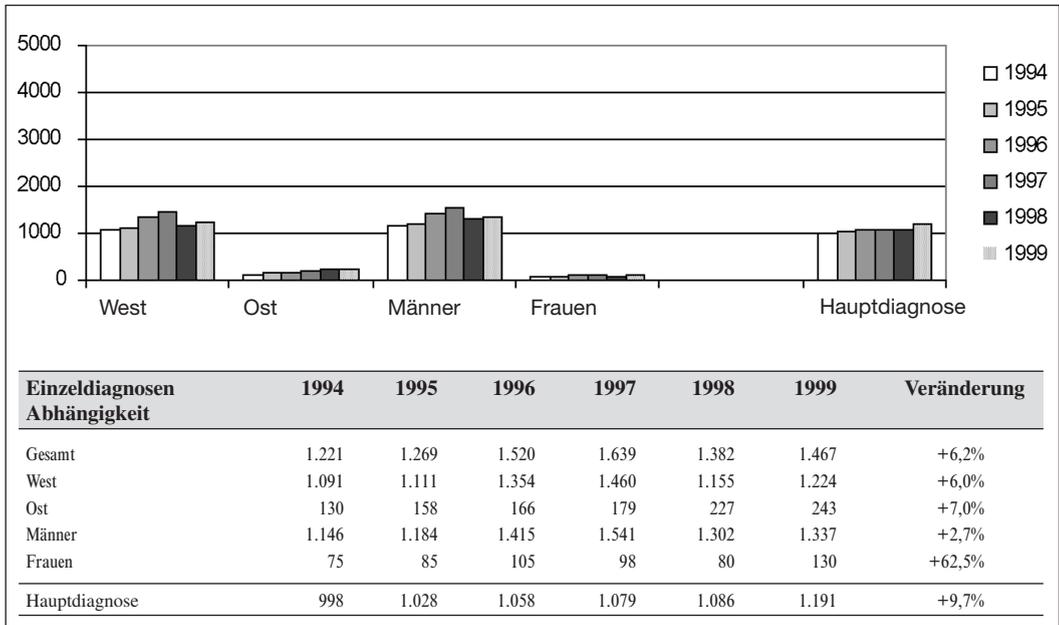


Abbildung 7.8: Pathologisches Spielen

Substanzen im Umfeld sind bei den Einzeldiagnosen leichte, im Osten sogar deutliche Zunahmen festzustellen. Auch die Hauptdiagnosen sind zwar um 16% gestiegen, die Zahlen bleiben aber auf einem niedrigen Niveau. Es zeigt sich auch hier ein tendenziell mehr polytox orientiertes Konsumverhalten (Abbildung 7.6).

### 7.7 Essstörungen

In den letzten vier Jahren ist die Zahl der Klientinnen und Klienten, die primär wegen Essstörungen in Betreuung waren, zwischen 1.300 und 1.700 Personen recht stabil geblieben. Der Anteil dieser Fälle beträgt seit Jahren rund 2% der Hautdiagnosen. 1999 ist eine Abnahme um 9% auf etwa 1.500 Fälle zu verzeichnen, dies entspricht 2,3% der Hauptdiagnosen. Etwas weniger als doppelt so viele Fälle werden als Einzeldiagnosen gemeldet. Lediglich in den neuen Bundesländern ist ein leichter Anstieg der Einzeldiagnosen zu verzeichnen. Die Zahl der von Essstörungen betroffenen Männer ist konstant geblieben und bei den Frauen gab es einen Rückgang um 10% (Abbildung 7.7).

### 7.8 Pathologisches Spielen

Die Zahl der Hauptdiagnosen, die sich auf pathologisches Spielen beziehen, ist von 1998 bis 1999 um genausoviel gestiegen, wie von 1994 bis 1998 und beträgt jetzt rund 1.200 Fälle. Die Zahl der Einzeldiagnosen hat sich 1999 im Westen wie im Osten leicht erhöht. Von einem »Aufholprozess« in den neuen Bundesländern kann also im Zusammenhang mit pathologischem Spielen nicht gesprochen werden. Dagegen ist bei den Frauen eine Steigerung um über 60% zu verzeichnen, wobei aber die absolute Zahl der Betroffenen (130) nach wie vor niedrig bleibt (Abbildung 7.8).

## 8 Sonderauswertungen

### 8.1 Familienangehörige in ambulanter Betreuung

In den Beratungs- und Behandlungsstellen werden neben den Personen mit einer eigenen Suchtproblematik auch Familienangehörige betreut. Ihr Anteil macht 7% der Gesamtklientel aus. Rund 80% der betreuten Angehörigen sind Frauen. Bei mehr als der Hälfte der Fälle ist der Betreuungsgrund die Suchtproblematik des Partners. Etwa 29% der Angehörigen kommen wegen ihrer Kinder und 13% wegen ihrer Eltern in Betreuung (Tabelle 8.1).

Während bei den Personen mit eigener Suchtpro-

blematik weit über die Hälfte bereits in Betreuung war, kommt die überwiegende Mehrheit der Angehörigen zum ersten Mal in Betreuung. Nur 20% waren bereits in einer früheren Betreuung. Dies war bei den Frauen zumeist im Rahmen einer ambulanten Betreuung oder einer Selbsthilfegruppe. Bei den Männern stehen neben ambulanten Betreuungen auch eigene Entgiftungsbehandlungen im Vordergrund.

Betrachtet man die Altersverteilung, so zeigt sich, dass Angehörige rund fünf Jahre älter sind als Personen mit eigener Suchtproblematik. Ein Teil von ihnen sind Eltern von Abhängigen – damit erklärt sich der Altersunterschied zum Großteil. Während der Altersgipfel bei den selbst Betroffenen zwischen 30 bis 40 Jahren liegt, liegt er bei den Angehörigen zwischen

Tabelle 8.1: Charakteristika und Behandlungsverlauf von Angehörigen und Personen mit eigener Symptomatik

	Familienangehörige	Eigene Symptomatik
<b>Klientenzahl Zugänge</b>	5.652	71.888
<b>Erstmalig in Suchtbehandlung</b>	79%	43%
<b>Alter</b>		
Männer	43,0	36,8
Frauen	42,6	38,4
Anteil Männer	19%	77%
<b>Anamnestiche Daten</b>		
Ledig	17%	
Verheiratet	64%	
In fester Beziehung	81%	
Obdachlos / wohnungslos	0%	
Ohne Schulabschluß	2%	
Hauptschulabschluß	38%	
Mittlere Reife und höher	56%	
Voll- oder Teilzeit beschäftigt	88%	
Arbeitslos / -suchend	9%	
<b>Betroffenen Angehörige</b>		
Partner	52%	
Eltern	13%	
Kinder	29%	
Geschwister	3%	
Großeltern	0%	
Sonstige Bezugspersonen	3%	
<b>Verlauf der Behandlung</b>		
Zahl der Kontakte		
Individual	7	12
Gruppe	8	7
Dauer (Wochen)	31	34
Abschluss planm. Vermittlung	12%	19%
Abschluss planm. Einrichtung	53%	31%
Abbruch Klient	32%	2%
Abbruch Einrichtung	2%	3%

40 und 50 Jahren (Abbildung 8.1). Ein Altersunterschied zwischen angehörigen Frauen und Männern besteht nicht.

Die Betreuung Angehöriger dauert weniger lange als die Betreuung selbst Betroffener. Es finden auch weniger Kontakte statt und Gruppenarbeit spielt eine wichtigere Rolle als bei selbst Betroffenen. Die problematischen Beziehungssituationen des betreuten Familienangehörigen im Zusammenhang mit dem Partner, dem Angehörigen oder dem sozialen Umfeld im Allgemeinen hat sich zu Ende der Betreuung bei über der Hälfte der Klienten zumindest gebessert (Tabelle 8.1).

Unterschiede bei der Betreuung Angehöriger zwischen den neuen und alten Bundesländern lassen sich

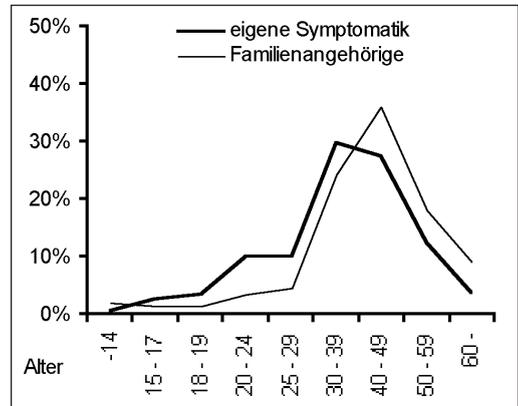


Abbildung 8.1: Alter der Klienten

Tabelle 8.2: Verstorbene Klienten

	Männer	Frauen
Klientenzahl	463	134
Anteil an Gesamtklienten	0,9%	0,7%
Geschlechterverteilung	78%	22%
Erstmalig in Suchtbehandlung	26%	33%
<b>Alter</b>	41,1	45,1
<b>Betreuungsgrund</b>		
Eigene Symptomatik	98%	96%
Familienangehörige	1%	1%
Sonstige Gründe	1%	2%
<b>Hauptdroge</b>		
Alkohol	67%	73%
Opiate	19%	12%
Cannabis	3%	2%
Sedativa/Hypnotika	0,6%	1,5%
<b>Anamnestische Daten</b>		
Ledig	46%	22%
Verheiratet	24%	34%
In fester Beziehung	37%	47%
Obdachlos/wohnungslos	4%	5%
Ohne Schulabschluss	6%	3%
Hauptschulabschluss	57%	48%
Mittlere Reife oder höher	35%	46%
Voll- und teilzeitbeschäftigt	36%	36%
Arbeitslos/arbeitssuchend	59%	55%
<b>Anzahl der Kontakte</b>		
Gruppenkontakte	11,6	14,7
Individualekontakte bei Beendigung durch		
Tod	21,5	31,8
Abschluss planm. Vermittlung	13,9	14,2
Abschluss planm. Einrichtung	11,7	13,8
Abbruch Klient	9,0	9,2
Abbruch Einrichtung	14,8	19,1

bei der Dauer und der Beendigung der Betreuung feststellen. Im Osten ist die Betreuung von Angehörigen im Durchschnitt um fast vier Wochen kürzer als im Westen, dagegen ist die Betreuung selbst Betroffener um sechs Wochen länger.

## 8.2 Beendigung der Betreuung durch Tod der Klienten: Welche Klienten sterben?

1999 sind 597 der Klienten der ambulanten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen verstorben. Das sind 0,9% der männlichen und 0,7% der weiblichen Klienten deren Betreuung 1999 endete. Bei den Verstorbenen handelt sich fast ausschließlich um Personen, die mit einer eigenen Suchtproblematik in

Betreuung kamen. Etwa drei Viertel von ihnen sind Männer. Alkohol spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle. 67% der männlichen Verstorbenen haben die Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit, bei den weiblichen sind es sogar 73%. Sowohl bei Männern, wie auch bei Frauen steht die Hauptdiagnose Opiatmissbrauch an zweiter Stelle, mit 19% bzw. 12%. Die verstorbenen Klienten waren vorwiegend zwischen 40 und 50 Jahren alt, wobei Frauen etwa vier Jahre älter waren als Männer. Die soziale Situation der Verstorbenen stellt sich sehr ungünstig dar. Im Vergleich zu Klienten mit Hauptdiagnose Alkohol gab es bei den Verstorbenen etwas mehr Ledige, weniger Verheiratete und deutlich weniger Personen, die in einer festen Beziehung stehen. Es

Tabelle 8.3: Charakteristika von Klienten in Substitution

	Männer	Frauen	Ohne Substitution
Klientenzahl	2.730	1.080	
Anteil an Gesamtklienten	7%	9%	
Geschlechterverteilung	72%	28%	
Alter	29,5	28,5	
Erstmalig in Suchtbehandlung	20%	18%	43%
<b>Vorbehandlungen</b>			
Entgiftungsbehandlungen	59%	60%	42%
Ambulante Suchtbehandlungen	33%	40%	19%
Stationäre Entwöhnungsbehandlungen	36%	36%	23%
Substitutionsbehandlungen	50%	53%	6%
Suchtbezogene Selbsthilfegruppen	7%	6%	13%
Nichtsuchtspezifische Institutionen	6%	7%	5%
Anzahl bisheriger Substitutionsbehandlungen	3,5	1,5	
<b>Anteil der Substitutionen bei Hauptdiagnose</b>			
Alkohol	0,6%	0,5%	
Opiate	35,4%	52,4%	
Cannabis	2,4%	5,4%	
Sedative / Hypnotika	7,0%	2,9%	
Kokain	4,5%	12,1%	
Halluzinogene	3,3%	0,0%	
Essstörungen	0,9%	0,2%	
Pathologisches Spielen	0,4%	1,2%	
<b>Anamnestische Daten</b>			
Ledig	79%	66%	
Verheiratet	11%	13%	
In fester Beziehung	36%	53%	
Obdachlos/wohnungslos	5%	3%	
Ohne Schulabschluss	11%	12%	
Hauptschulabschluss	64%	50%	
Mittlere Reife oder höher	22%	35%	
Voll- und Teilzeitbeschäftigt	35%	32%	
Arbeitslos/arbeitssuchend	61%	59%	

gab auch im Vergleich zu den Opiatklienten mehr Obdach- bzw. Wohnungslose. Deutlich schlechter ist auch die Arbeitssituation, 59% der männlichen und 55% der weiblichen Verstorbenen waren arbeitslos oder -suchend.

Die Betreuung war im Vergleich zu anderen Arten der Beendigung sehr intensiv. Das lässt sich vermutlich mit der besonderen Schwere der Symptomatik erklären. Die mittlere Anzahl der Individualkontakte liegt bei den Verstorbenen um 30% bis 50% höher als bei den übrigen Klienten (Tabelle 8.2).

### 8.3 Substitution

Die Substitutionsbehandlung spielt in der Versorgung insbesondere der Opiatabhängigen eine wesentliche Rolle. Etwa 8% aller behandelten Klienten mit einer eigenen Suchtproblematik erhalten eine Substitutionstherapie. Auch hier stehen wieder die Männer im Vordergrund, sie machen nicht ganz drei Viertel der Substituierten aus. Das durchschnittliche Alter liegt bei Männern und Frauen bei 29 Jahren, was dem durchschnittlichen Alter der Klienten mit Hauptdiagnose Opiate entspricht. Auch Familienstand, Lebens-, Wohn- und Arbeitssituation entsprechen der von Opiatabhängigen. Zwei Drittel der Frauen und drei Viertel der Männer sind ledig, nur rund ein Zehntel ist verheiratet. Die Hälfte der Frauen und ein Drittel der Männer haben eine feste Beziehung. Der Hauptschulabschluss ist für beide Geschlechter der häufigste Schulabschluss. Die Arbeitssituation entspricht der der Opiatklienten; nur etwa ein Drittel ist voll- oder teilzeitbeschäftigt. 35% der Männer und 52% der Frauen mit der Hauptdiagnose Opiate erhalten eine Substitution. Bei den Männern werden auch 7% der Sedativa-/Hypnotikaabhängigen mittels Substitution behandelt. Bei den Frauen wird bei 12% der Kokainsüchtigen mit Substitution gearbeitet (Tabelle 8.3).

Substitutionspatienten zeichnen sich durch mehr Vorbehandlungen. Im Gegensatz zu 57% in der Gesamtklientel hatten in der Substitutionsklientel rund 80% bereits eine oder mehrere Vorbehandlungen – vor allem Entgiftungsbehandlungen. Frühere Substitutionsbehandlungen findet man bei mehr als der Hälfte. Ein Drittel haben bereits ambulante Suchtbehandlungen und stationäre Entwöhnungsbehandlungen durchlaufen. In der Gesamtklientel mit eigener Suchtproblematik stehen ebenfalls die Entgiftungsbehandlungen mit 42% im Vordergrund, gefolgt von stationären Entwöhnungsbehandlungen und ambulanten Suchtbehandlungen, die bereits 23%

bzw. 19% der Klienten erhalten haben. Eine frühere Substitutionsbehandlung ist eher selten.

Durchgeführt wird die Substitution vorwiegend, nämlich in 80% der Fälle, extern in einer ärztlichen Praxis. In 35% der Fälle wird Methadon zur Substitution verwendet. Codein und Polamidon werden bei jeweils 6% eingesetzt. Bei rund der Hälfte der Fälle liegt keine Detailinformation vor. Etwa die Hälfte der Klienten bricht die Substitutionsbehandlung ab. Nur etwa ein Drittel schließt die Betreuung planmäßig ab. Bei 73% der Männer mit einem planmäßigen Betreuungsabschluss hat sich die Symptomatik zumindest gebessert (Tabelle 8.4).

### 8.4 Klienten mit Hauptdiagnose Kokain

Schädlicher Konsum oder Missbrauch von Kokain wurde 1999 bei 13% der Männer und 9% der Frauen, die ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen aufsuchen, diagnostiziert. Damit hat der festgestellte Kokainmissbrauch im letzten Jahr um insgesamt 3% zugenommen. Kokain als Hauptsubstanz hat stärker zugenommen, nämlich um 16% bei Männern und um 9% bei Frauen. Bei insgesamt 1.166 Personen ist es damit die betreuungsleitende Hauptdroge.

Die folgende Beschreibung der Klientencharakteristika bezieht sich auf Personen mit Kokainabhängigkeit als Hauptdiagnose. Im Durchschnitt sind die männlichen Konsumenten 29 Jahre alt, die weiblichen 27. Suchtprobleme mit Kokain betreffen vorwiegend Männer. Die Verteilung der Geschlechter ist mit 87% Männer und 13% Frauen sogar noch etwas extremer als bei Alkohol und den anderen illegalen Substanzen. Der Familienstand ist dem von Opiatabhängigen sehr ähnlich, über zwei Drittel sind ledig, nur 12% der Frauen und 16% der Männer sind verheiratet. In einer festen Beziehung stehen jedoch bei den Kokainklienten deutlich mehr als bei den Opiatklienten. Die Lebenssituation gestaltet sich bei den Frauen ähnlich der von Opiatabhängigen. Je etwa ein Viertel lebt allein, bei den Eltern oder mit dem Partner. Bei den Männern dagegen lebt über ein Drittel allein, nur 23% leben mit ihrer Partnerin zusammen und nur 17% mit den Eltern. 30% der Männer sind inhaftiert, das sind deutlich mehr als bei allen anderen Substanzabhängigen (Opiate: 15%; Halluzinogene: 16%). Bei den Frauen ist der Anteil Inhaftierter mit 6% wesentlich niedriger als bei den Männern und nur etwas höher als bei opiatabhängigen Frauen. Die Gruppe der Kokainklienten ist auch die mit der höchsten Anzahl an Inhaftierungen. Justizielle Auflagen sind bei 49% der Männer und 37% der Frauen zu

Tabelle 8.4: Behandlungsverlauf von Klienten in Substitution

	Männer	Frauen
<b>Aktuelle Substitution</b>		
In der eigenen Einrichtung	11%	9%
Extern in ärztlicher Praxis	81%	81%
In externer Substitutionsambulanz	6%	5%
Extern in sonstiger Einrichtung	3%	4%
<b>Substitutionsmittel</b>		
Methadon	35%	
Codein	6%	
Polamidon	6%	
Sonstige/keine Angaben	53%	
<b>Art der Beendigung</b>		
Planmäßig durch Vermittlung	23%	24%
Planmäßig durch Einrichtung	12%	14%
Abbruch durch Einrichtung	4%	4%
Abbruch durch Klient	49%	49%
Tod	2%	1%
Sonstiges (z. B. Umzug)	10%	7%
<b>Ergebnisse der Behandlung bei planmäßiger Beendigung</b>		
Behoben/abstinent	19%	
Gebessert	54%	
Unverändert	26%	
verschlechtert	2%	

finden, zumeist haben die Klienten Bewährungsaufgaben zu erfüllen. Drei Viertel der Männer und die Hälfte der Frauen wurden bereits im Zusammenhang mit der Suchtproblematik verurteilt. Der hohe Anteil Inhaftierter deutet darauf hin, dass diese Gruppe ambulante Betreuung wegen Kokainproblemen offenbar häufiger nachfragt als Personen in Freiheit. Eine besonders starke Verbreitung von Kokain in JVA's im Vergleich zu Heroin ist epidemiologisch eher nicht belegt.

Das Niveau der Schulbildung hat seinen Schwerpunkt bei Hauptschulabschluss bei den Männern und bei Hauptschulabschluss und mittlerer Reife bei den Frauen. Damit ist es etwas höher als bei den Opiatabhängigen, liegt bei den Männern aber unter dem der Alkoholklienten.

Lediglich 40% der Frauen hat eine abgeschlossene Berufsausbildung. Bei den Männern sind es mit 45% etwas mehr. Damit ist auch in diesem Zusammenhang die Situation der Kokainklienten etwas besser als die der Opiatabhängigen und schlechter als die der Alkoholkonsumenten. Dasselbe gilt für die Arbeitssituation, nur Rund die Hälfte der Klienten mit Hauptdiagnose Kokain hat eine Voll- oder Teilzeitbeschäftigung.

In vielen Fällen werden neben Kokain auch andere Substanzen gebraucht. An erster Stelle steht wie bei den Konsumenten anderer illegaler Substanzen sowohl bei den Frauen wie auch bei den Männern der Konsum von Cannabinoiden. 87% der Männer und 78% der Frauen konsumiert in schädlicher oder abhängiger Weise Haschisch und/oder Marihuana. Alkohol und Heroin werden von über einem Drittel als Nebensubstanz genommen. Personen mit der Hauptdiagnose Kokain haben damit nach den Opiatabhängigen den höchsten Prozentsatz an Heroin-Einzeldiagnosen.

Rund 50% der Klienten weisen Vorbehandlungen auf, deutlich weniger als Klienten mit Alkohol- oder Opiathauptdiagnose. Frauen haben etwas häufiger als Männer eine Vorbehandlung. Am häufigsten sind Entgiftungsbehandlungen, ambulante Beratungen und -behandlungen und stationäre Entwöhnungen. Anders als bei den Männern sind bei den Frauen frühere Substitutionsbehandlungen mit 17% sehr häufig (Tabelle 8.5).

Die Betreuung dauert im Mittel 31 Wochen bei den Männern und 33 Wochen bei den Frauen. Sie erfolgt vorwiegend in Form von Individualkontakten. Die Beendigung der Betreuung erfolgt bei 29% der männ-

Tabelle 8.5: Klienten mit Hauptdroge Kokain

	Männer	Frauen
Klientenzahl Zugänge	1.016	150
Zunahme der Klienten seit '98	16%	9%
Erstmalig in Suchtbehandlung	51%	45%
Alter	29,1	26,8
Geschlechterverteilung	87%	13%
<b>Familienstand</b>		
Ledig	69%	73%
Verheiratet	16%	12%
Getrennt lebend	4%	4%
Geschieden	11%	8%
Verwitwet	0%	3%
Feste Beziehung	42%	42%
<b>Lebt zusammen mit</b>		
Allein	38%	29%
PartnerIn	23%	29%
Eltern	17%	22%
Sonstigen Personen	18%	12%
<b>Wohnsituation</b>		
In JVA	30%	6%
Obdachlos/wohnungslos	3%	1%
<b>Schulabschluss</b>		
Noch in Schule	1%	6%
Ohne Abschluss	13%	7%
Hauptschule	54%	37%
Mittlere Reife und höher	29%	49%
<b>Berufsausbildung</b>		
In Ausbildung	4%	11%
Keine begonnen	17%	21%
Keine abgeschlossen	34%	28%
<b>Arbeitssituation</b>		
Arbeitslos	26%	36%
Arbeitssuchend	8%	8%
<b>Schädlicher Konsum oder Abhängigkeit auch von</b>		
Alkohol	37%	38%
Heroin	39%	36%
Cannabis	87%	74%
Sedative / Hypnotika	18%	24%
Andere Stimulanzien	23%	19%
LSD	22%	22%

Tabelle 8.6: Behandlungsverlauf bei Klienten mit Hauptdroge Kokain

	Männer	Frauen
<b>Mittlere Dauer der Behandlung (Wochen)</b>	31,0	33,0
<b>Zahl der</b>		
Individualkontakte	14,4	17,1
Gruppenkontakte	4,5	16,9
<b>Art der Beendigung</b>		
Planmäßig durch Vermittlung	29%	21%
Planmäßig durch Einrichtung	17%	20%
Abbruch durch Einrichtung	4%	3%
Abbruch durch Klient	30%	53%
<b>Abstinenz/Besserung nach planmäßiger Beendigung</b>	77%	82%

lichen Klienten planmäßig durch Vermittlung, 30% brechen von sich aus die Betreuung ab. Bei den Frauen bricht etwa die Hälfte die Betreuung ab und jeweils ein Fünftel beendet planmäßig durch Vermittlung oder durch die Einrichtung. Bei planmäßiger Beendigung der Betreuung hat sich die Symptomatik in über drei Viertel der Fälle zumindest gebessert. Die Ergebnisse sind damit etwas günstiger als bei in der Gruppe der Opiatabhängigen. Einschränkend ist dabei zu erwähnen, dass die Bewertung sich nur auf den Zeitpunkt des Betreuungsendes bezieht und allein den klinischen Gesamteindruck des Beraters widerspiegelt. Dies ist im Routinebereich ein sinnvoller Ansatz, kann jedoch echte Katamnesen nicht ersetzen (Tabelle 8.6).

### 8.5 Junge Klienten mit Alkoholdiagnosen

Unter gesundheitspolitischer Perspektive ist die Gruppe der jungen Alkoholklienten besonders wichtig. Eine Untergruppe der Alkoholabhängigen, die besondere Aufmerksamkeit verdient sind deshalb die unter 25-Jährigen. Sie machen rund 5% der Klienten mit Hauptdiagnose Alkohol aus. Ihr soziales Profil gestaltet sich deutlich unterschiedlich zu dem der Älteren. Zum einen sind vor allem junge Männer betroffen, die überwiegend unverheiratet sind. Nur 29% bzw. 36% der jungen Männer und Frauen haben eine feste Beziehung. Rund ein Viertel lebt allein. Bei den Eltern leben 42% der männlichen und 33% der weiblichen Betroffenen. Unter den jungen Männern sind fast 10% inhaftiert. Obdachlosigkeit und Wohnungslosigkeit ist in dieser Gruppe sehr selten. Bezüglich der Schulabschlüsse fällt insbesondere der mit 15% relativ hohe Anteil junger Frauen auf, die sich

noch in Schulausbildung befinden. Dagegen sind es bei den jungen Männern nur 5%. Die Zahl der Klienten ohne Abschluss liegt mit rund 10% hoch, ähnlich der Gruppe mit Hauptdiagnose Opiate. In einer Berufsausbildung stehen, der Altersstufe entsprechend, 18% der jungen Männer und 22% der jungen Frauen. Prognostisch ungünstig für die Klienten ist der große Prozentsatz derer, die keine Ausbildung begonnen haben: 20% der Männer und 32% der Frauen. Auch hier zeigen sich Parallelen zu den Opiatklienten. Die Arbeitssituation ist bei den männlichen Klienten verhältnismäßig gut. Bei den weiblichen Klienten sind jedoch 40% arbeitslos oder arbeitssuchend, das entspricht wiederum fast den Zahlen bei den illegalen Drogen. Obwohl es sich um legale Substanzen handelt, stellt sich die Klientengruppe der jungen Alkoholabhängigen aus sozioökonomischer Sicht also ähnlich kritisch dar wie Teile der Drogenklienten. Auffallend abweichend von anderen Suchtgruppen ist, dass bei 41% der jungen Männer und sogar 53% der jungen Frauen die Eltern ebenfalls eine Suchtproblematik aufweisen.

Was den Beikonsum anderer Substanzen angeht, fällt, abgesehen von den hohem Konsum von Cannabis (26% bzw. 22%) auf, dass bei den jungen Männern 7% Kokain und 6% Opiate konsumieren. Bei den jungen Frauen sind es je 11% (Tabelle 8.7).

Verglichen zu den anderen Suchtgruppen ist die Beendigung der Betreuung bei den männlichen Klienten etwas seltener planmäßig. Bei 14% endet die Betreuung planmäßig durch Vermittlung und bei 35% planmäßig durch die Einrichtung. Bei den jungen Frauen gibt es etwas weniger planmäßige Beendigungen als bei anderen Drogenkonsumenten. Die Zahl der Abbrecherinnen liegt höher als bei den

Tabelle 8.7: Charakteristika von jungen Alkoholpatienten (unter 25 Jahren)

	Männer	Frauen
Klientenzahl Zugänge	1954	303
Geschlechterverteilung	87%	13%
<b>Familienstand</b>		
Ledig	91%	85%
Verheiratet	6%	11%
Getrennt lebend	0%	1%
Geschieden	2%	3%
Verwitwet	0%	0%
Feste Beziehung	29%	36%
<b>Lebt zusammen mit</b>		
Allein	25%	25%
PartnerIn	16%	23%
Eltern	42%	33%
<b>Wohnsituation</b>		
In JVA	9%	
Obdachlos/wohnungslos	1%	1%
<b>Schulabschluss</b>		
Noch in Schule	5%	15%
Ohne Abschluss	12%	9%
Hauptschule	51%	36%
Mittlere Reife und höher	26%	34%
<b>Berufsausbildung</b>		
In Ausbildung	18%	22%
Keine begonnen	20%	32%
Keine abgeschlossen	27%	17%
<b>Arbeitssituation</b>		
Voll-/Teilzeit	66%	54%
Arbeitslos/arbeitssuchend	28%	40%
<b>Suchtproblematik auch vorhanden bei</b>		
Eltern	41%	53%
Geschwister	11%	16%
Partner	3%	21%
Sonstige wichtige Personen	14%	18%
<b>Schädlicher Konsum oder Abhängigkeit auch von</b>		
Opiate	6%	11%
Cannabis	26%	22%
Sedativa/Hypnotika	4%	9%
Kokain	7%	11%
Andere Stimulanzien	5%	4%
Halluzinogene	7%	7%

Tabelle 8.8: Behandlungsverlauf bei jungen Alkoholpatienten (unter 25 Jahren)

	Männer	Frauen
<b>Art der Beendigung</b>		
Planmäßig durch Vermittlung	14%	15%
Planmäßig durch Einrichtung	35%	31%
Abbruch durch Einrichtung	2%	3%
Abbruch durch Klient	40%	48%
<b>Ergebnisse der Behandlung nach planmäßiger Beendigung</b>		
Behoben/abstinent	20%	20%
Gebessert	37%	39%
Unverändert	40%	38%
Verschlechtert	3%	3%

gesamten Alkoholpatientinnen und etwas niedriger als bei Konsumentinnen illegaler Drogen. Eine erfolgreiche Betreuung ist bei jungen Alkoholpatienten weniger häufig als bei anderen Klienten. Die Zahl der abstinenten Klienten liegt sowohl bei den Frauen, wie auch bei den Männern deutlich unter der bei Konsumenten anderer Substanzen. Auch eine Besserung tritt lediglich bei einem Drittel der Klienten ein. Mit 40% bei den Männern und 38% bei den Frauen ist der

Anteil von Klienten mit unveränderter Symptomatik sehr hoch (Tabelle 8.8).

Insgesamt betrachtet ist die Gruppe der jungen Klienten eine besonders kritische Gruppe, bei der frühzeitig mit adäquaten Beratungs- und Behandlungsangeboten, die es teilweise noch zu entwickeln gilt, durch eine optimale Versorgung reagiert werden muss, damit es nicht zu einer weiteren Verschlechterung der persönlichen Situation kommt.

## 9 Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Gesundheit (2000). Zusammenstellung der Länderkurzberichte über die Situation im Suchtbereich 1999. Stand 15.07.2000.
- Gessler, A., Tauscher, M. und Simon, R. (1997). Jahresstatistik 1995 ambulanter und stationärer Einrichtungen für alleinstehende Wohnungslose in Deutschland. IFT Bericht, Bd. 92. München: IFT.
- Hachmann, E. und Bühringer, G. (1980). Beschreibung des einrichtungsbezogenen Informationssystem EBIS mit beispielhaften Ergebnissen aus der Erprobungsphase 1977 bis 1979. Suchtgefahren, 26, 97–111.
- Kraus, L., Bauernfeind, R. und Bühringer, G. (1998). Epidemiologie des Drogenkonsums: Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 bis 1996. Epidemiologie of drug consumption: Results from general population surveys 1990 to 1996). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 107. Baden-Baden: Nomos.
- Ouwehand, A. W., Cruts, Dr. A. A. N., de Vetten, L. J. & Boonzajer Flaes, S (1998). Key Figures LADIS 1997. Houten: IVV Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg.
- Simon, R. (1997). Estimating prevalence using the case-finding method: an overview. In: EMCDDA (Ed.) Estimating the prevalence of problem drug use in Europe. Luxembourg: Office for the official publications of the European Communities, 1997.
- Simon, R. (1998). Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. In: DHS (Hrsg.). Jahrbuch Sucht '99. Geesthacht: Neuland Verlag.
- Simon, R. (1999). Zur Dokumentation von Behandlung und Betreuung von Personen mit substanzbezogenen Problemen: Status und Optionen für die Weiterentwicklung (in Druck). IFT Berichte, München: IFT.
- Simon, R. und Palazzetti, M. 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). Jahresstatistik 1997 der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland. Berichtszeitraum 1.1.–31.12.1997. SEDOS-Berichte Bd. 5. Hamm: SEDOS-AG.
- Simon, R. und 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., Palazzetti, M., Bühringer, G., Schmidtbreick, B., Helas, I. und Hüllinghorst, R. (1998). Jahresstatistik 1997 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. Berichtszeitraum 1.1.1997–31.12.1997. EBIS-Berichte Bd. 29. Hamm: EBIS-AG.
- Simon, R. und 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., Tauscher, M. und Pfeiffer, T. (1999). Suchtbericht Deutschland 1999. Hohengehren: Schneider-Verlag.
- Simon, R., Walter-Hamann, R., Bühringer, G., Helas, I. und 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. und 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., Zahn, H. und Palazzetti, M. (1998). Systembeschreibung EBIS-A, Version 5.3 (WINDOWS), IFT-Manuale Bd. 31, IFT: München.
- Vogt, M. und Simon, R. (1999). Jahresstatistik 1998 ambulanter und stationärer Einrichtungen für alleinstehende Wohnungslose in Deutschland. IFT Bericht, Bd. 111. München: IFT.
- Zahn, H., Simon, R., Schmidtbreick, B., Bühringer, G., Helas, I. und 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. und 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 (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Verlag Hans Huber.

---

## SEDOS – Jahresstatistik 1999 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland

D. Türk und K. Welsch

---

### *Kurzfassung*

Das stationäre einrichtungsbezogene Dokumentationssystem SEDOS wurde 1992 auf der Grundlage verschiedener Vorläufersysteme in Deutschland eingeführt. Ziel war es, eine einheitliche Dokumentation in den beteiligten stationären Einrichtungen zu erreichen, die zudem mit dem EBIS-Datensatz der ambulanten Erhebungen besser vergleichbar sein sollte. Das System wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und vom IFT Institut für Therapiefor- schung fachlich betreut.

Als Träger des Systems wurde die SEDOS-Arbeitsgemeinschaft (SEDOS-AG) gegründet, der heute der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) e. V., der Deutsche Caritasverband e. V., die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) e. V., der Deutsche Orden KdöR – Suchthilfe, der Fachverband Sucht e. V., der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. sowie das IFT Institut für Therapiefor- schung angehören.

Mit Stand Dezember 1999 nehmen 124 Einrichtungen aus dem gesamten Bundesgebiet am SEDOS-System teil. Von diesen haben für die Auswertung 1999 insgesamt 107 Einrichtungen verwertbare Datensätze geliefert. Da nicht in jedem Datensatz alle Daten enthalten waren, beziehen sich die folgenden Prozentangaben auf unterschiedliche Grundgesamtheiten geringerer Werte.

### Das System

Das EBIS-System besteht aus drei Teilen: (1.) einem Satz standardisierter Fragen und Antwortkategorien zur Erfassung klienten- und einrichtungsbezogener Daten, (2.) verschiedene Softwareprogramme zur Erfassung und Nutzung der Informationen in den Einrichtungen (z. B. Diagnoserstellung und Klientenverwaltung) sowie (3.) Softwareprogramme für die zentrale Aggregation und Auswertung der Daten auf nationaler, Länder- und Verbandsebene. Insbesondere

Teil 2 wird ab 2001 (EBIS 2001, Version 7.0) völlig überarbeitet und erheblich ausgeweitet.

SEDOS wurde als Dokumentations- und Informationssystem konzipiert, das auf verschiedenen Ebenen und zu verschiedenen Zwecken genutzt wird. Schwerpunkt ist dabei die Analyse der Versorgungsangebote und der Nachfrage bzw. des Bedarfs im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Ebenso soll es als Grundlage der Versorgungsforschung und Qualitätssicherung dienen. In den Einrichtungen unterstützt es die Durchführung der Therapie einschließlich der Diagnostik und erfasst die Situation der Klienten bei Behandlungsende sowie (optional) nach Ablauf von 1 bzw. 4 Jahren katamnestisch. Der im Jahr 1999 noch eingesetzte Erhebungsbogen SEDOS umfasst 55 Fragen, für Entgiftungseinrichtungen wird eine Teilmenge von 28 Fragen eingesetzt. Der Erhebungsbogen enthält Fragen zu soziodemographischen Merkmalen (Schul- und Berufsausbildung, Wohn- und Lebenssituation), Vorbehandlungen, zum Konsum im sozialen Umfeld und zu Diagnosen.

Die beteiligten Einrichtungen sind über das gesamte Bundesgebiet verteilt und gehören unterschiedlichen Verbänden und Trägern an. Es wird geschätzt, dass damit mehr als 25% der betreuten Fälle eines Jahres im Bereich der stationären Suchtkrankenhilfe erfasst werden. Insgesamt wurden nach Auskunft der Einrichtungen aus verschiedenen Gründen (z. B. keine Einverständniserklärung des Patienten) von den etwa 19.000 betreuten Patienten 416 (2,2%) nicht in SEDOS erfasst.

### Daten zu den Einrichtungen

Viele stationäre Einrichtungen orientieren sich traditionell an der Behandlung von Patienten mit Störungen durch legale oder illegale Suchtstoffen, ohne allerdings den jeweils anderen Bereich völlig zu ignorieren. 36 Einrichtungen ordnen sich den legalen, 26 den illegalen Stoffen zu. Neun Einrichtungen sind psychiatrische Kliniken bzw. deren Suchtabteilungen

gen, daneben stehen elf Nachsorge- und Adaptions-einrichtungen. Die zunehmende Überlappung der Indikationen macht die substanzbezogene Kategorisierung immer weniger stringent. So sieht etwa jede vierte Alkoholklinik in den Konsumenten illegaler Drogen ebenfalls eine Zielgruppe, von den Drogeneinrichtungen schließt sogar jede zweite Alkoholabhängige als Zielgruppe ein.

15% der erfassten Einrichtungen gehören einem öffentlichen Träger an, die größte Gruppe bilden jedoch mit 74% die Verbände der freien Wohlfahrts-pflege und freigemeinnützigen Träger. Die Behandlungsangebote sind relativ breit gestreut und variieren je nach Einrichtungstyp.

### Daten zur Klientel

Im Jahr 1999 wurden mit SEDOS Daten zu 16.527 Personen erfasst, die ihre Behandlung in den beteiligten Kliniken abgeschlossen haben. Insgesamt wurden 1999 18.234 Fälle betreut, aus Gründen der Erhebungspraxis werden mit SEDOS jedoch nur Daten zu beendeten Behandlungen ausgewertet. Dabei stammen von diesen beendeten Behandlungen 625 aus dem Bereich Psychiatrie, 8.961 aus Einrichtungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige, 2.167 aus Einrichtungen für Abhängige von illegalen Drogen, 496 aus Nachsorge-Einrichtungen und 4.278 aus sonstigen Einrichtungen bzw. Einrichtungen, die nicht eindeutig einer der genannten Kategorie zugeordnet werden können.

Das Geschlechterverhältnis liegt bei 76% Männern im Vergleich zu 24% Frauen. Der Männeranteil ist im Bereich Psychiatrie, Einrichtungen für Abhängige von Alkohol- und illegale Drogen und Nachsorge noch etwas höher. Dagegen finden sich in den unter »Sonstige« zusammengefassten Einrichtungen vergleichsweise am meisten Frauen. In ambulanten Einrichtungen liegt das Geschlechterverhältnis bei 72% Männern zu 28% Frauen.

Etwa 36% der Männer und Frauen, die in Fachkliniken für Alkoholabhängige behandelt werden, sind erwerbstätig. Bei den Patienten der Drogenkliniken sind es 20%. Entsprechend liegt die Erwerbslosenquote bei Abhängigen von illegalen Drogen bei rund 73% für Männer und 66% für Frauen. Noch ungünstiger ist die Lage in der Nachsorge: 88% der Männer und 56% der Frauen sind hier erwerbslos. Diese Zahlen haben sich gegenüber 1998 verbessert.

Mit 71% steht Alkoholabhängigkeit als Hauptdiagnose bei den mit SEDOS erfassten Patienten an erster Stelle. Opiatabhängigkeit wurde bei 14% als

Hauptdiagnose genannt. Daneben spielt auch Kokain eine Rolle. Rund 1,2% der Männer und 0,6% der Frauen weisen eine diesbezügliche Hauptdiagnose auf. Andere Substanzen sind seltener als Hauptdiagnose zu finden. Haschisch zum Beispiel wird 139-mal genannt. Die Kategorien, in denen Ecstasy wird erfasst wird – »andere Stimulantien« und »andere psychoaktive Substanzen« – wurden insgesamt 93-mal angegeben. In Fachkliniken für Alkoholabhängige werden auch spezielle Behandlungen für Patienten mit pathologischem Spielverhalten angeboten. Insgesamt 12 Personen in der SEDOS-Stichprobe wurden in erster Linie wegen pathologischen Spielens (Automatenspiel und Glücksspiel) behandelt. Zwischen den Geschlechtern ergeben sich insgesamt keine auffallenden Unterschiede. Lediglich bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln und bei Essstörungen überwiegen die Frauen deutlich, pathologisches Spielen bleibt weiterhin eine »Männerdomäne«.

Das Alter der Klienten variiert je nach Hauptdiagnose. Klienten unter 20 Jahre sind grundsätzlich ausgesprochen selten. Etwa ein Drittel der Patienten mit Opiatdiagnosen ist jünger als 25, der Anteil dieser Altersgruppe ist bei Cannabis als Hauptdroge noch höher. Rund 61% der alkoholabhängigen Patienten sind älter als 40 Jahre.

### Daten zu Interventionen

Etwa 86% aller Patienten kommen das erste Mal in die jeweilige Klinik zur Behandlung. 15% der Männer und 11% der Frauen wurden dort bereits zu einem früheren Zeitpunkt betreut. In Fachkliniken für Drogenabhängige sind wiederholte Aufnahmen etwas seltener als in Psychiatrien oder Fachkliniken für Alkoholabhängige. Am seltensten sind wiederholte Aufnahmen in Nachsorgeeinrichtungen.

Bei der Vermittlung in stationäre Behandlung hat sich der Anteil der Entgiftungseinrichtungen gegenüber dem Vorjahr kaum verändert (1999: 12%; 1998: 11%). Etwa 50% der Vermittlungen erfolgen durch ambulante Fachberatungsstellen, 8% durch niedergelassene Ärzte. Der Zugang über die niedergelassene Ärzteschaft ist 1999 erstmals seit 1994 rückläufig. Parallel dazu hat der Anteil der Vermittlungen durch ambulante Beratungsstellen erstmals zugenommen.

Im stationären Bereich wird heute eine große Bandbreite unterschiedlicher Behandlungsformen eingesetzt. Neben dem traditionellen Angebot »stationäre Entwöhnung«, das in drei von vier Fällen eingesetzt wird, ist insbesondere die Motivationsbehandlung (23% der Männer, 24% der Frauen) von

Bedeutung. Auch die stationäre Entgiftung in der Einrichtung selbst spielt (11% der Männer, 10% der Frauen) eine wesentliche Rolle bei den Behandlungsmaßnahmen.

Zwischen 1995 und 1999 hat sich die Behandlungsdauer für Patienten mit alkoholbedingten Problemen im Durchschnitt deutlich verringert. Dies zeigt sich in einem starken Rückgang der Behandlungen mit einer Dauer von 4 bis 6 Monaten. Gleichzeitig haben Behandlungsdauern zwischen 8 Wochen und 4 Monaten deutlich zugenommen. Ähnliche Tendenzen sind auch bei Opiatabhängigkeit zu erkennen.

Rund 64% der Behandlungen werden planmäßig beendet, weitere 2% durch Verlegung oder Vermittlung. Nimmt man jedoch alle Arten von Beendigungen, die mit therapeutischem Einverständnis oder aus therapeutischer Veranlassung erfolgen zusammen, erreicht man etwa 73%. Die Art der Beendigung variiert erheblich mit der Hauptdiagnose. Während bei der Hauptdiagnose Alkohol 79% planmäßige bzw. mit Zustimmung des Therapeuten vollzogene vorzeitige Beendigung vorliegt, liegen die entsprechenden Werte für Opiate bei 47% und für Kokain bei 59%. Ursache für das ungünstige Ergebnis bei den beiden illegalen Substanzen ist sowohl der deutlich erhöhte Anteil von Abbrüchen durch den Klienten als auch der hohe Wert disziplinarischer Therapiebeendigungen durch die Klinik.

## Summary

The facility based inpatient monitoring and reporting system SEDOS was established in 1992 in Germany on the basis of different forerunner systems. The aim was to achieve a standardised documentation procedure in all participating inpatient treatment centres. In addition, comparability to the EBIS dataset collected in outpatient treatment centres was to be improved. SEDOS is financially supported by the Federal Ministry for Health and carried out and further developed by the IFT Institute for Therapy Research.

The system is lead by the SEDOS-Workgroup (SEDOS-AG), whose current members are the National Organisation for Inpatient Addiction Care (buss) e. V., the German Catholic Charity Organisation (DCV), the German Council of Addiction Problems (DHS), the Deutsche Orden KdÖR – Suchthilfe, the Fachverband Sucht e. V., the Association for Addiction Care of the Charity Organisation of the Protestant Churches in Germany (GVS), and the IFT Institute for Therapy Research.

124 treatment centres (December 1999) from all Germany are participating in SEDOS. Out of these units 107 inpatient treatment centres have provided valid data sets for the analysis in 1999. Not all of these data sets were without missing values, thus the tables are referring to different numbers of valid cases.

## The System

The EBIS System consists of three parts: (1.) a set of standardised questions and answer categories for the acquisition of the data of the clients and the treatment units, (2.) different software for data input and management in the treatment units (e. g. diagnosing and client administration) as well as (3.) software for the central aggregation and analysis of the data on national, federal state and organisational level. Particularly part 2 will be completely revised and expanded in 2001 (EBIS 2001, version 7.0).

SEDOS was designed to be a reporting and monitoring system that is able to serve various purposes at different levels. One of the main purposes lies in the analysis of services offered as well as treatment demand and requirements in the area of care systems for addicts respectively. Another is to provide a basis for research on treatment supplies and quality management. Within the treatment centres, SEDOS supports the collection of diagnostic information and information on the process of therapy. It assesses the

situation of a client at the end of treatment and includes the option to collect follow-up data after one year and 4 years respectively. The SEDOS questionnaire, which was used in 1999 contains 55 items, detoxification units use a subset of 28 items. The questionnaire includes items on sociodemographic variables, basic and professional education, circumstances of housing and living, treatments prior to the current therapy, drug consumption of family members and on diagnosis.

The participating inpatient treatment units are located in all areas of Germany and are part of different national organisations and associations. It is estimated that in the area of inpatient care for addicts, more than 25% of the treated cases within a year are recorded by SEDOS. According to statements of the participating treatment centres 416 of the nearly 19,000 treated patients (2.2%) have not been recorded in SEDOS for various reasons (e. g. no declaration of consent from the patient).

### Data on Treatment Facilities

Many inpatient treatment centres traditionally concentrate their services on patients with problems with either legal or illegal substances, without completely losing touch with the other area. 36 treatment units are specialised in legal substances, 26 in illegal drugs. Nine treatment units are psychiatric clinics or their substance abuse sections, another 11 are centres for after care and adaptation. The increasing trend towards polysubstance abuse among consumers makes the substance based categorisation less stringent. For example, about every fourth specialised centre for addicts of alcohol defines illegal drug users also as their target group. Out of the centres specialised in illegal drug users, even every second unit includes addicts of alcohol as their target group.

15% of the treatment units are held by public institutions, while the biggest group of the inpatient treatment centres is held by charity organisations and NGOs. The treatment services offered vary considerably depending on the type of treatment centre.

### Data on Clients

In 1999 data from a total of 16,527 persons who finished treatment in one of the participating units were recorded with SEDOS. In whole, a total number of 18,234 patients was treated. Due to the recording routine of SEDOS only data on finished treatments are analysed. Among the data on finished treatments,

there were 625 from psychiatric units, 8,961 from specialised centres for addicts of alcohol and prescription drugs, 2,167 from clinics for drug addicts, 496 from units for after care, and 4,278 from other types of treatment centres resp. treatment units that cannot be definitely assigned to one of the named categories.

76% of the patients were male compared to 24% female clients. The proportion of male clients within psychiatric units, centres for addicts of alcohol and prescription drugs, clinics for drug addicts and centres for after care is even a little higher. In outpatient treatment centres, the ratio between male and female clients is 72:28.

About 36% of the male and female patients treated in specialised centres for addicts of alcohol are employed. Among clients of clinics for illegal drug users, this is valid for only 20%. Accordingly, the unemployment rate among drug addicts is about 73% for males and 66% for females. The job situation in the after care units is even worse: 88% of the male and 56% of the female clients are out of work. These figures have decreased compared to 1998.

The main diagnosis, which defines the primary aim of the treatment, is related to alcohol for 71% of the patients followed by opiates with 14% and cocaine with 1.2% of the male and 0.6% of the female patients while all other substances are very rarely the main diagnosis. Cannabis for instance is named only 139 times. Categories that include ecstasy – »other stimulancies« and »other psychoactive substances« – were reported 93 times. Centres for addicts of alcohol offer special treatments for pathologic gamblers, too. Altogether 12 persons of the SEDOS sample were mainly treated because of their gambling problems. There are no major differences between men and women. Solely with sedatives and with eating disorders women have a higher percentage. Gambling still remains dominated by men.

The age of the patients varies depending on the main diagnosis. Patients younger than 20 years are significantly rare. About one third of the patients with main diagnosis opiates is under 25. This proportion is much higher with cannabis patients. About 61% of the alcohol addicts is older than 40.

### Data on Treatments

Nearly 86% of the patients are treated in an inpatient facility for the first time. 15% of the men and 11% of the women have already been treated earlier at the same unit. The rate of patients treated more than once

in the same unit is slightly higher for the psychiatric clinics and for centres for addicts of alcohol compared to clinics for drug addicts. The lowest rate of repeated treatment in the same organisation is given for after care units.

Concerning the arrangements for inpatient treatment, the share of those arranged by detoxification units hasn't changed much compared to the previous year (1999: 12%, 1998: 11%). About 50% of the referral is done by outpatient treatment centres, another 8% by general practitioners. The proportion of treatments referred by GPs in 1999 has decreased the first time since 1994, while referrals by outpatient treatment centres have increased within the same period.

In the treatment centres a broad range of different treatment modalities are used. Beside the traditional offer of »inpatient withdrawal« (inpatient rehabilitation), which is used in three of four cases, particularly the motivation treatment (23% of the male and 24% of the female patients) is of importance. The inpatient detoxification in the institution itself plays also an important role among the treatment methods (11% of the male, 10% of the female patients).

Between 1995 and 1999, the duration of treatment for patients with substance use disorders has decreased considerably on average. There is a drop in the number of treatments with a duration of 4 to 6 months. At the same time treatments with a duration between 8 weeks and 4 months have increased considerably. Similar trends can be seen for addicts of opiates.

About 64% of the treatments are finished regularly, another 2% are ended by referrals to other treatment centres or by transfer of the client to another unit. Taking together all kinds of treatment endings on a planned or consented basis a total of 73% positive outcome is achieved. The kind of ending varies considerably depending on the main diagnosis. While among patients with an alcohol related main diagnosis 79% of the treatments are finished as planned with therapeutic consent, the corresponding figures for opiates and cocaine are 47% and 59%. The reason for the more unfavourable results in the area of these illegal substances lies in a clearly raised drop-outs of treatments by the clients as well as the high proportion of disciplinary endings of treatment by the therapists.

# 1 Beschreibung des Dokumentationsystems SEDOS

## 1.1 Entwicklung und Stand

Das stationäre einrichtungsbezogene Dokumentationssystem SEDOS wurde 1992 auf der Grundlage verschiedener Vorläufersysteme in Deutschland eingeführt. Ziel war es, eine einheitliche Dokumentation in den beteiligten stationären Einrichtungen zu erreichen, die zudem mit dem EBIS-Datensatz der ambulanten Erhebungen besser vergleichbar sein sollte. Das System wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und vom IFT Institut für Therapiefor- schung fachlich betreut.

Als Träger des Systems wurde die SEDOS-Arbeitsgemeinschaft (SEDOS-AG) gegründet, der heute folgende Verbände und Institutionen angehören:

- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) e. V.
- Deutscher Caritasverband e. V.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) e. V.
- Deutscher Orden KdöR – Suchthilfe
- Fachverband Sucht e. V.
- Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
- IFT Institut für Therapiefor- schung

## 1.2 Themenbereiche und Art der Datenauswertung

### *Die Ziele der Behandlungsdokumentation*

SEDOS ist als Dokumentations- und Informationssystem konzipiert, das auf verschiedenen Ebenen und zu verschiedenen Zwecken eingesetzt werden soll. Hauptschwerpunkt ist dabei die Analyse der Versorgungsangebote und der entsprechenden Nachfrage. Ebenso soll es als Grundlage der Versorgungsforschung und Qualitätssicherung dienen. In den Einrichtungen dient es vor allem für die:

- Anamnese und Diagnose der Patienten<sup>1</sup>
- Unterstützung bei der Durchführung der Therapie
- Unterstützung bei Verwaltungstätigkeiten
- Beschreibung der Situation bei Behandlungsende
- Erfassung der Behandlungsergebnisse (Kata- mnestik)

Im Rahmen der bundesweiten Gesamtauswertung und der Verbandsauswertungen kann SEDOS im Hinblick auf folgende Punkte Aufschluss geben:

- Beschreibung der Klientel
- Veränderungen im Konsumverhalten
- Entwicklung von Problemgruppen
- Lebensumstände und Rahmenbedingungen des Substanzkonsums
- Behandlungsangebote
- Behandlungsergebnisse

Diesen Zielen versucht SEDOS durch das im Folgenden beschriebene Vorgehen gerecht zu werden.

### *Themenbereiche der SEDOS-Dokumentation*

Der 1999 verwendete Erhebungsbogen SEDOS umfasst 55 Fragen, für Entgiftungseinrichtungen wird eine Teilmenge von 28 Fragen eingesetzt. Er bezieht sich auf den Zeitpunkt des Behandlungsbeginns und enthält Fragen zu soziodemografischen Merkmalen, Angaben zur Schul- und Berufsausbildung, zur Wohn- und Lebenssituation, zu den Vorbehandlungen, zum Konsum im sozialen Umfeld und zu Diagnosen.

Das Gesamtkonzept von SEDOS sieht vor, alle Entgiftungen und Behandlungen, die während eines Jahres in einer Einrichtung durchgeführt werden, zu dokumentieren. Ferner werden einmal jährlich Daten zur Einrichtung abgefragt, z. B. Art und Größe, Zielgruppen und Behandlungsangebote. Außerdem ist es im PC-Programm für die einzelnen Einrichtungen möglich, individuelle Zusatzfragen frei zu definieren. Die Erfassung der Daten erfolgt mithilfe eines EDV-Programms, das den Einrichtungen zur Verfügung gestellt wird. Es ist eng am Lay-out des Fragebogens orientiert und bietet die Möglichkeit, die Informationen direkt am Bildschirm einzugeben und auf die manuelle Erfassung im Erhebungsbogen zu verzichten. Durch den Einsatz von Standardsystemen ist die Übernahme von Daten aus Drittprogrammen in der Einrichtung möglich.

<sup>1</sup> Im folgenden Text wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die Verwendung der weiblichen Formen verzichtet. Patient, Klient, Therapeut etc. schließt damit die weibliche wie die männliche Form mit ein

Tabelle 1.1: Zahl der Behandlungen 1999

Behandlungen	Psychiatrie		Fachklinik Alkohol		Fachklinik Drogen		Nachsorge		Sonstige		Alle Einrichtungen		Gesamt		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	Abs.	%	
Zahl der Übernahmen nach 1998	84,3%	15,7%	80,4%	19,6%	82,5%	17,5%	90,2%	9,8%	67,5%	32,5%	78,1%	21,9%	4182	22,9%	
Zahl der Zugänge 1999	79,9%	20,1%	78,7%	21,3%	83,7%	16,3%	92,7%	7,3%	64,4%	35,6%	76,2%	23,8%	14052	77,1%	
Zahl der Beender 1999	81,3%	18,7%	79,3%	20,7%	82,0%	18,0%	92,3%	7,7%	64,9%	35,1%	76,4%	23,6%	16527	90,6%	
Zahl der Übernahmen nach 2000	75,4%	24,6%	74,3%	25,7%	90,5%	9,5%	90,7%	9,3%	72,0%	28,0%	80,7%	19,3%	1598	8,8%	
Gesamt	Abs. %	560 80,7%	134 19,3%	7.448 79,0%	1.974 21,0%	2.147 83,3%	429 16,7%	701 91,8%	63 8,2%	3.113 65,2%	1.665 34,8%	13.969 76,6%	4.265 23,4%	18.234 100%	10,0%

Unbekannt: 0,0%

### Datenauswertung

In SEDOS sind zwei Ebenen der Datenauswertungen vorgesehen: zum einen die Möglichkeit jeder Einrichtung, selbst Statistiken ihrer Daten mit SEDOS zu erstellen und zum anderen die jährlich durchgeführte Gesamtauswertung. Jede an SEDOS teilnehmende Einrichtung erhält am Jahresende eine Diskette, auf der ein Abfrageprogramm enthalten ist, das die personenbezogenen Daten aller der Klienten in Häufigkeitstabellen summiert, die im laufenden Berichtsjahr ihre Behandlung abgeschlossen haben. Die Einrichtung schickt diese Diskette dann ans IFT, wo die zentrale Datenauswertung vorgenommen wird.

Mit den Daten aller Einrichtungen wird der vorliegende kommentierte Gesamtbericht erstellt. In ihm sind die Ergebnisse nach Einrichtungstypen differenziert enthalten: Psychiatrie, Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentabhängige, Fachkliniken für Abhängige von illegalen Drogen, Nachsorgeeinrichtungen und eine Gruppe »Sonstige«, in der alle weiteren Einrichtungstypen bzw. Einrichtungen ohne eindeutige Typenzuordnung summiert sind.

Die mit SEDOS erfassten Behandlungsdaten stehen in der Einrichtung für Auswertungszwecke zur Verfügung. Neben administrativen Hilfen sind deskriptive Statistiken mit und ohne Filterungen nach bestimmten Merkmalen zu erstellen. Die Möglichkeit, Filter auch unter Nutzung der individuellen einrichtungsspezifischen Fragen zu definieren und zu speichern, erleichtert eine Reihe von wiederkehrenden Aufgaben in der Einrichtung (z. B. bestimmte Gruppen aktueller Klienten für bestimmte Therapie-maßnahmen herauszufiltern).

### Katamnesen

Im Rahmen von SEDOS sind auch katamnestiche Erhebungen vorgesehen. Bei der Entwicklung des Katamnesebogens konnte auf die intensive Vorarbeit des Bundesverbands für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) e. V. und des Fachverbandes Sucht e. V. (Klein et al. 1990, Funke et al. 1999) zurückgegriffen werden. Es wurde ein Nachbefragungsbogen entwickelt, der jeweils von den Einrichtungen an die entsprechenden ehemaligen Patienten mit einem standardisierten Begleitschreiben verschickt wird. Der Katamnesefragebogen ist als zusätzliches Modul im SEDOS-Programm enthalten, sodass die Einrichtungen die von den Patienten ausgefüllten Bögen kontinuierlich und direkt in das Programm eingeben können. Damit leistet SEDOS einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung in der stationären Suchtkrankenhilfe. Die Items können den Therapieerfolgs-Indikatoren der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. zugeordnet werden. Mit der Weiterentwicklung des Dokumentationssystems EBIS, worin auch SEDOS unter verändertem Namen EBIS mit dem Appendix –S ein neues Gesicht bekommt, wurde auch der Katamnesebogen weiterentwickelt und steht ab 2001 einheitlich für ambulante und stationäre Einrichtungen zur Verfügung.

### Die Trägerschaft des Systems

Gemeinsame Abstimmungsgremien mit Einrichtungsträgern und Teilnehmern sichern Konsensbildung und Einflussmöglichkeit aller Beteiligten. Alle wesentlichen Entscheidungen in SEDOS werden durch die SEDOS-AG getroffen, in der die Spitzenverbände der beteiligten Einrichtungen und das IFT als durchführendes Institut vertreten sind. In der Anwender-AG werden Überarbeitungen des Frage-

bogens ebenso wie programmtechnische Details mit erfahrenen Anwendern aus der Praxis beraten. Die im Anhang befindliche Geschäftsordnung legt die Zusammenarbeit in der SEDOS-AG fest.

### 1.3 Service für die Teilnehmer

Der Service, der durch das IFT für alle Teilnehmer im SEDOS-System geleistet wird, umfasst die folgenden Komponenten:

- Telefon-Hotline im IFT zur Unterstützung der Benutzer.
- FAQ-Liste mit häufig gestellten Fragen zu den fachlichen Aspekten von EBIS, um die Reliabilität und Validität der Daten zu erhöhen.
- Eigene EBIS-Homepage im Internet ([www.ebis-ift.de](http://www.ebis-ift.de)), um aktuelle Weiterentwicklungen, Auswertungen und Nachrichten zeitnah für die Benutzer zugänglich zu machen.
- Regelmäßige Updates ein- bis zweimal pro Jahr.
- Handbuch mit Erläuterungen zur Verwendung der Fragebögen und zur Bedienung des Programms.
- EBIS-Newsletter (Regelmäßig erscheinende aktuelle EBIS-Nachrichten, die kostenlos auch bei Wunsch als E-Mail an Einrichtungen verschickt werden.)
- Auswertungsdiskette zur Abfrage und Rückmeldung der aggregierten Daten aus der Einrichtung am Ende des Jahres.
- Einzelauswertung für die teilnehmende Einrichtung im EXCEL-Dateiformat. Gegen Gebühr (Selbstkostenpreis) kann zusätzlich ein schriftlicher Ausdruck durch das IFT erfolgen.
- Gesamtauswertung aller teilnehmenden Einrichtungen in Form eines kommentierten Gesamtbericht auf Bundesebene mit den Ergebnissen aus allen teilnehmenden Einrichtungen sowie als elektronischer Tabellenband.  
Alle im Rahmen der jährlich Auswertung erzeugten Tabellen liegen seit 1997 in elektronischer Form als EXCEL-Datei vor. Sie kann selbstständig geöffnet und bearbeitet werden. Seit diesem Jahr stehen diese Tabellenbände auch auf der EBIS-Homepage als Download-Dateien zur Verfügung.

### 1.4 Verwandte Systeme

#### EBIS-A

Das Dokumentationssystem EBIS-A für den Bereich ambulanter Hilfen wurde 1978 im Rahmen eines großen Projekts entwickelt und ab 1980 für alle inter-

essierten Einrichtungen geöffnet. Träger des Systems ist die EBIS-Arbeitsgemeinschaft, der neben dem DCV, der DHS und dem GVS das IFT als durchführendes Institut angehört. Zurzeit liegt die Teilnehmerzahl inklusive der Teilstellen bei etwa 576 ambulanten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Wie in SEDOS werden kommentierte Jahresberichte publiziert.

#### EBIS-B

1994 beschloss der Deutsche Caritasverband, das von ihm seit 1980 geförderte und vom IFT durchgeführte Dokumentationssystem für die Wohnungslosenhilfe einem größeren Spektrum von Einrichtungen im eher niedrighschwelligem Bereich zugänglich zu machen. Unter der Bezeichnung EBIS-B (B für Basishilfen) wurde ein System entwickelt, das neben einem so genannten Mantelfragebogen, der für alle beteiligten Einrichtungstypen und Hilfearten verwendet werden kann, mehrere spezifische Fragebögen aufweist. Diese umfassen die Teilbereiche niedrighschwellige ambulante und (teil)stationäre Wohnungslosenhilfe sowie die speziellen Felder der Straffälligenhilfe und der Arbeitsprojekte/Arbeitshilfen. Das Programm basiert technisch auf dem EBIS-A/SEDOS Programmkern. Der Fragebogen besteht aus verschiedenen integrierten Modulen für die Teilbereiche, die um einen allen gemeinsamen Mantelfragebogen gruppiert sind. Nach einer Fusion mit dem DWA-System der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe lag die Teilnehmerzahl 1999 bei rund 100. In EBIS-B werden alljährlich tabellarische Berichte erstellt. Teilweise liegen auch kommentierte Berichte vor.

#### EBIS-R

Seit 1988 nimmt eine 5-%-Stichprobe aus den EBIS-A-Einrichtungen an EBIS-R teil – die so genannten Referenz-Einrichtungen. Diese erheben verbindlich neben ihren normalen EBIS-A-Daten jeden nicht bestimmungsgemäßen bzw. abhängigen Gebrauch von Medikamenten in ihrer Klientel. Die Namen aller erhobenen Präparate werden dreimal jährlich in den Einrichtungen abgefragt, weitere Daten zum Konsum werden einmal jährlich abgefragt. Diese Daten werden dann aufbereitet und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Verfügung gestellt, das dieses Projekt auch finanziell fördert. Die Ergebnisse dieser Erhebung dienen zur Kontrolle des Missbrauchspotenzials von Arzneimitteln, die bereits auf dem Markt sind.

**1.5 Methode**

Mit Stand Dezember 1999 nehmen 124 Einrichtungen aus dem gesamten Bundesgebiet am SEDOS-System teil. An der SEDOS-Jahresauswertung 1999 haben sich insgesamt 110 Einrichtungen beteiligt, von 107 Einrichtungen lagen zum Stichtag für die Auswertung verwertbare Daten zu den durchgeführten Behandlungen vor. Die Statistik des Vorjahres basierte auf 104 Einrichtungen. Um den unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Gegebenheiten verschiedener Einrichtungstypen zu entsprechen, wurde in vielen Tabellen auf eine Gesamtauswertung der patientenbezogenen Daten verzichtet. Vielmehr wurden die beteiligten Kliniken entsprechend ihrer Selbstzuordnung in fünf Gruppen klassifiziert. Die teilweise sehr unterschiedliche Klientel ebenso wie die unterschiedlichen Aufgabenstellungen und Möglichkeiten dieser Typen von Behandlungseinrichtungen spiegelt sich in den folgenden Tabellen wider.

Dabei standen Daten zur Verfügung aus insgesamt:

- 9 Psychiatrischen Kliniken oder Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser
- 36 Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentabhängige bzw. therapeutischen Gemeinschaften für diesen Personenkreis
- 26 Fachkliniken für Abhängige von illegalen Drogen
- 11 Einrichtungen im Bereich der Nachsorge und Adaption
- 25 sonstigen Einrichtungen bzw. Einrichtungen ohne Angabe des Einrichtungstyps

SEDOS erfasste 1999 insgesamt 18.234 (1998: 15.898) Patienten, das sind knapp 15% mehr als im Vorjahr. Im Vergleich zum Vorjahr waren ein Drittel weniger psychiatrische Einrichtungen beteiligt, entsprechend hat sich auch die Patientenzahl dieser Einrichtungen verringert. Die Patientenzahlen der Fach-

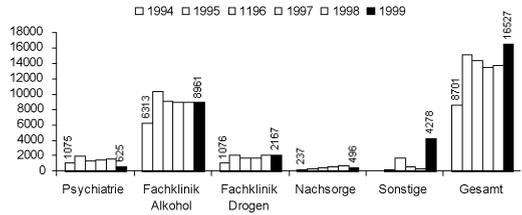


Abbildung 1.1: Behandlungen in SEDOS 1994–1999

kliniken für Alkohol hat sich kaum verringert, obwohl ein Fünftel weniger Einrichtungen teilnahmen. Bei den Fachkliniken für illegale Drogen ist die Patientenzahl entsprechend der Einrichtungszahl etwas gestiegen. Ein deutlicher Zuwachs ist bei den »Sonstigen Einrichtungen« festzustellen. Die Zahl dieser Einrichtungen hat sich vervierfacht und die Klientenzahl mehr als verzehnfacht. Wobei festzuhalten ist, dass es sich hier im Wesentlichen um Einrichtungen handelt, die keinem der genannten Typen zugeordnet werden können oder wollen. (Abbildung 1.1).

Über die Hälfte der Patienten, die in SEDOS abgebildet werden, stammen aus Fachkliniken für Alkoholabhängige. An zweiter Stelle stehen mit 26% die Patienten von sonstigen Einrichtungen. 13% der Patienten kommen aus Fachkliniken für Drogenabhängige (Abbildung 1.2).

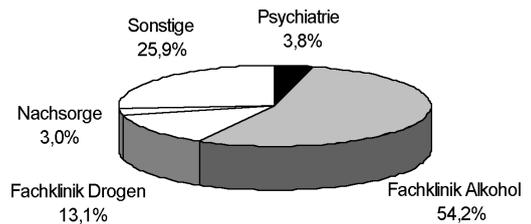


Abbildung 1.2: Anteil der von der jeweiligen Gruppe der Einrichtungen betreuten Beender 1999

## 2 Daten zu den Einrichtungen

Die vorliegenden Daten beziehen sich für die meisten Tabellen in diesem Kapitel auf Angaben aus 68 von insgesamt 107 Einrichtungen, die Daten zur Charakterisierung der Einrichtung abgegeben haben. Die vergleichsweise niedrige Ausschöpfung ist bedingt durch die Umstellung der Erhebung der Einrichtungsdaten von Papier auf EDV. Ein Teil der Einrichtungen hat dabei versäumt, Einrichtungsdaten zu ergänzen bzw. zu aktualisieren. Die Prozentuierung erfolgt bezogen auf die gültigen Antworten zur jeweiligen Frage. Rechts neben jeder Tabelle sind die Vergleichszahlen für 1997 und 1998 angegeben.

### 2.1 Struktur

Wie Tabelle 2.1 zeigt, ist mit 43,0% der größte Anteil der beteiligten Einrichtungen den Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentabhängige zuzuordnen. Die zweitgrößte Gruppe bilden mit 29 % die Fachkliniken bzw. therapeutische Gemeinschaften für Abhängige von illegalen Drogen. Die psychiatrischen Einrichtungen (3 psychiatrische Krankenhäuser und 6 Suchtabteilungen im psychiatrischen Krankenhaus) machen zusammen etwa 11% aus. Die Gruppe der Adaptions- und Nachsorgeeinrichtungen umfasst 13%. Für die folgenden Tabellen werden die restlichen Einrichtungen einschließlich der Einrichtungen

Tabelle 2.1: Art der Behandlungseinrichtung

Art der Behandlungseinrichtung	1999		1998		1997	
	N	%	N	%	N	%
<b>Psychiatrie</b>						
Psychiatrisches Krankenhaus	3	3,5%	4	3,9%	4	1,9%
Maßregelvollzug						
Suchtabteilung im psychiatrischen Krankenhaus	6	7,0%	11	10,8%	8	8,6%
Psychiatrische Station/Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses						
Suchtabteilung eines allgemeinen Krankenhauses					1	1,0%
Fachklinik für Psychotherapie und Psychosomatik						
Fachklinik für Alkohol- und Medikamentabhängige/therapeutische Gem.	36	41,9%	43	42,2%	45	44,8%
Fachklinik für Abhängige von illegalen Drogen/therapeutische Gemeinschaft	26	30,2%	24	23,5%	20	19,0%
<b>Nachsorge</b>						
Adaptionseinrichtung	9	10,5%	14	13,7%	12	11,4%
Stationäre/teilstationäre Nachsorgeeinrichtung	2	2,3%	2	2,0%	2	3,8%
<b>Sonstige</b>						
Übergangseinrichtung	1	1,2%	1	1,0%	2	
Tages-/Nachtklinik	2	2,3%	2	2,0%	2	1,0%
Sonstiges	1	1,2%	1	1,0%	0	5,7%
Gesamt	86	100%	102	100%	96	100%
	107		104		104	

Keine Angabe: 19,6%

Tabelle 2.2: Trägerschaft

Trägerschaft	Psychiatrie		Fachklinik Alkohol	Fachklinik Drogen	Nachsorge	Sonstige	Gesamt 1999		Gesamt 1998	Gesamt 1997
	%	%	%	%	%	%	N	%	%	%
Öffentlicher Träger	71,4%	4,2%	17,4%				10	14,7%	17,9%	18,8%
Freie Wohlfahrtspfleger / freigemeinnützige Träger	14,3%	70,8%	78,3%	100%	100%		50	73,5%	66,7%	69,8%
Privatwirtschaftlicher Träger		25,0%	4,3%				7	10,3%	12,8%	11,5%
Sonstiges	14,3%						1	1,5%	2,6%	0,0%
Gesamt	Abs. %	7 10,3	24 35,3	23 33,8	10 14,7	4 5,9	68 107	100%	100%	100%

Keine Angabe: 3640%

unbekannten Typs zur Kategorie »Sonstige« zusammengefasst. Sie umfasst knapp 5% der Einrichtungen.

8% der Einrichtungen behandeln mit Pflichtversorgungsauftrag. Dies betrifft in der Praxis vor allem die psychiatrischen Einrichtungen, von denen über die Hälfte einen solchen Auftrag aufweisen. Bei den anderen Einrichtungen ist diese Aufgabenstellung in der Regel nicht gegeben. Die Trägerschaft der beteiligten Einrichtungen liegt in rund 74% der Fälle bei der Freien Wohlfahrtspflege bzw. bei freigemeinnüt-

zigen Trägern. 15% der Einrichtungen gehören öffentlichen Trägern und 10% sind privatwirtschaftlich organisiert. Damit deckt SEDOS ein relativ breites Spektrum von Trägern ab (Tabelle 2.2).

29% der Einrichtungen begrenzen ihr Einzugsgebiet auf unter 100 km. Weitere 41% der Einrichtungen nehmen Patienten auf, die weiter als 100 km entfernt wohnen. Die übrigen 29% machen überhaupt keine räumlichen Aufnahmebeschränkungen innerhalb des Bundesgebietes.

Tabelle 2.3: Zielgruppen der Behandlung

Zielgruppe (nach Substanz/Störungen)*	Psychiatrie	Fachklinik Alkohol	Fachklinik Drogen	Nachsorge	Sonstige	Gesamt 1999		Gesamt 1998	Gesamt 1997
	%	%	%	%	%	N	%	%	%
Alkohol	71,4%	100,0%	52,2%	90,0%	100,0%	54	79,4%	82,1%	86,5%
Nikotin		41,7%	13,0%	30,0%		16	23,5%	23,1%	15,6%
Medikamente	57,4%	95,8%	4,3%	80,0%	100,0%	51	75,0%	82,1%	85,4%
Illegale Drogen	28,7%	37,5%	100,0%	70,0%	25,0%	42	61,8%	52,6%	44,8%
Pathologisches Spielen	28,6%	50,0%	21,7%	40,0%	50,0%	25	36,8%	35,9%	37,5%
Essstörungen		10,3%	21,7%	20,0%	50,0%	16	23,5%	25,6%	24,0%
Sonstiges		8,3%	4,5%			3	4,4%	9,0%	10,4%
Gesamt	Abs. %	7 10,3%	24 35,3%	23 33,8%	10 14,7%	4 5,9%	68 100%	100%	100%

\* Mehrfachnennungen möglich

Keine Angabe: 36,4%

Tabelle 2.4: Konzeptionelle Angebote

Konzeptionelle Angebote für spezielle Zielgruppen	Psychiatrie	Fachklinik Alkohol	Fachklinik Drogen	Nachsorge	Sonstige	Gesamt 1999		Gesamt 1998	Gesamt 1997
	%	%	%	%	%	N	%	%	%
Ausschließlich Frauen		20,8%	17,4%			9	13,2%	13,2%	13,7%
Ausschließlich Männer		37,5%	30,4%	50,0%		21	30,9%	30,3%	35,8%
Männer und Frauen	100%	58,3%	65,2%	60,0%	100,0%	46	67,6%	64,5%	57,9%
Paare	57,1%	16,7%	56,5%	30,0%	25,0%	25	36,8%	34,2%	29,5%
Schwangere		12,5%	21,7%	30,0%	25,0%	12	17,6%	14,5%	13,7%
Mütter/Väter mit Kindern		29,2%	26,1%	30,0%	25,0%	17	25,0%	22,4%	23,2%
Eltern mit Kindern		8,3%	17,4%	30,0%		9	13,2%	9,2%	10,5%
Körperbehinderte	57,1%	20,8%	17,4%	10,0%		14	20,6%	21,1%	22,1%
Geistig Behinderte	14,3%	4,2%	4,3%			3	4,4%	7,9%	5,3%
Patienten/innen mit gesetzlich angeordneten Behandlungs- maßnahmen	42,9%	20,8%	73,9%	50,0%	25,0%	31	45,6%	35,5%	31,6%
Ausländer/innen (fremd- sprachiges Programm)	14,3%	8,3%	4,3%			4	5,9%	6,6%	8,4%
Jugendliche und junge Erwachsene (bis 24 Jahre)	28,6%	29,2%	69,6%	40,0%	50,0%	31	45,6%	38,2%	36,8%
Senioren (ab 60 Jahre)	28,6%	29,2%	4,3%		50,0%	12	17,6%	19,7%	12,6%
Gesamt	Abs. %	7 10,3%	24 35,3%	23 33,8%	10 14,7%	4 5,9%	68 100%	100%	100%

\* Mehrfachnennungen möglich

Keine Angabe: 36,4%

## 2.2 Ausrichtung

Zielgruppen in den beteiligten Kliniken sind in 79% der Fälle Personen mit Alkoholproblemen, in 62% Personen mit Abhängigkeit oder schädlichem Gebrauch von illegalen Drogen. Die relativ starke Überlappung zwischen Alkohol- und Drogenproblemen in diesem Feld zeigt sich unter anderem daran, dass jede zweite Fachklinik für Drogenabhängige und jede vierte Fachklinik für Alkoholabhängige Abhängige der jeweils anderen Substanz ebenfalls als Zielgruppe angibt. Spezielle Angebote für Nikotinprobleme finden sich in rund jeder vierten Einrichtung. Im Vergleich zum Vorjahr ist festzustellen, dass sich immer mehr Kliniken auf mehrere Zielgruppen einstellen (Tabelle 2.3).

Knapp 68% der Einrichtungen stehen Männern wie Frauen offen, ausschließlich Frauen behandeln 13%, ausschließlich Männer 31%. Eine Behandlung mit Kindern ist in jeder vierten Einrichtung möglich.

Etwa 46% der beteiligten Einrichtungen nehmen Patienten mit gesetzlich angeordneten Behandlungsmaßnahmen auf. In den Fachkliniken für Drogenabhängige sollte dies – entsprechend den besonderen Bedingungen dieser Klientel – der Normalfall sein.

Es geben jedoch nur 17 von 23 Einrichtungen (74%) an, Patienten mit diesen Auflagen zu behandeln. Knapp 46% der Einrichtungen wenden sich mit einem Behandlungsangebot speziell an Jugendliche und junge Erwachsene (bis 24 Jahre). Fremdsprachige Angebote sind in 6% der Einrichtungen zu finden: in zwei Fachkliniken für Alkoholabhängige, in einer Fachklinik für Drogenabhängige und in einer psychiatrischen Klinik. In Anbetracht der erheblichen Suchtprobleme in Bevölkerungsgruppen mit türkischer, russischer und anderer Muttersprache erscheint dieses Angebot als unzureichend. (Tabelle 2.4).

Stationäre Entwöhnung ist das Standardverfahren der in SEDOS beteiligten Einrichtungen. Insgesamt 74% der Kliniken setzen diese Form der Behandlung ein. Eine von fünf Kliniken für Alkoholabhängige führt selbst stationäre Entgiftungen durch, was Übergangsprobleme zur Entwöhnungsbehandlung in manchen Fällen verringern kann. Bei den Nachsorgeeinrichtungen wird in erster Linie Adaptionstherapie angeboten. Die meisten Kliniken haben für den jeweiligen Behandlungsbereich weniger als 60 Plätze zur Verfügung. Nur 9 Einrichtungen weisen mehr als 90 Plätze auf (Tabelle 2.5).

Tabelle 2.5: Art der Behandlung

Art der Behandlung*	Psychiatrie		Fachklinik	Fachklinik	Nachsorge	Sonstige	Gesamt		Gesamt	Gesamt
	%	%	Alkohol	Drogen	%	%	N	%	1998	1997
			%	%					%	%
Ambulante Behandlung	28,6%			8,7%			4	5,9%	3,8%	4,3%
Stationäre Entgiftung	14,3%	20,8%	4,3%				7	10,3%	10,3%	12,8%
Motivationsbehandlung	28,6%	16,7%	17,4%	10,0%	25,0%		12	17,6%	20,5%	12,8%
Stationäre Entwöhnung	71,4%	91,7%	100,0%				50	73,5%	71,8%	76,6%
Adaption		16,7%	52,2%	80,0%			24	35,3%	32,1%	31,9%
Tagesklinische Behandlung	42,9%	12,5%	4,3%		50,0%		9	13,2%	11,5%	6,4%
Langzeitbetreuung Mehrfachgeschädigter	28,6%				10,0%		3	4,4%	6,4%	7,4%
Stationäre Nachsorge			8,7%	40,0%	25,0%		7	10,3%	10,3%	10,6%
Sonstiges			8,7%	20,0%	25,0%		5	7,4%	6,4%	7,4%
Gesamt	Abs.	7	24	23	10	4	68	100%	100%	100%
	%	10,3%	35,3%	33,8%	14,7%	5,9%	107			

Mehrfachnennungen möglich

Keine Angabe: 36,4%

### 3 Daten zur Klientel

#### 3.1 Übersicht

1999 wurden insgesamt 18.234 Fälle betreut. Etwa 23% der Patienten wurde bereits im Vorjahr aufgenommen.

Im Ganzen wurden Daten zu 16.527 Patienten analysiert, deren Behandlung in 1999 *beendet* wurde. Behandlungen umfassen dabei stationäre Entwöhnung und Entgiftung (vgl. Kapitel 4.6). Aufgesplittet nach Einrichtungstyp sind dies:

- 625 beendete Behandlungen im Bereich der Psychiatrie,
- 8.961 beendete Behandlungen in den Einrichtungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige,
- 2.167 beendete Behandlungen in den Einrichtungen für Abhängige von illegalen Drogen,
- 496 beendete Behandlungen in den Nachsorge-Einrichtungen,
- 4.278 beendete Behandlungen in den unter »Sonstige« zusammengefassten Einrichtungen.
- Insgesamt wurden nach Auskunft der Einrichtungen aus verschiedenen Gründen (keine Einverständniserklärung, Datenfehler) 416 (ca. 2,2%) der in den Einrichtungen behandelten Patienten nicht in SEDOS erfasst.

#### 3.2 Allgemeine Lebensumstände

Das Geschlechterverhältnis liegt insgesamt bei 76% Männern und 24% Frauen. Der Männeranteil ist im Bereich Psychiatrie, Einrichtungen für Alkoholab-

hängige und Drogenabhängige und Nachsorge mit ca. 80% noch etwas höher. Dagegen findet sich in den unter »Sonstige« zusammengefassten Einrichtungen ein Frauenanteil von 35%. In ambulanten Einrichtungen liegt das Geschlechterverhältnis bei 72% Männern zu 28% Frauen. Der größte Teil der Patienten (knapp zwei Drittel) ist zwischen 30 und 50 Jahren alt (Tabelle 3.1).

45% der männlichen Patienten sind ledig, mehr als die Hälfte ist alleinstehend. In den Nachsorgeeinrichtungen ist diese Zahl mit 84% noch einmal deutlich höher, was das schwache soziale Netzwerk kennzeichnet, in dem sich diese Männer bewegen. Der Anteil lediger Frauen liegt demgegenüber bei 29%. Weitere 11% leben getrennt von ihrem Ehepartner. 24% der Frauen sind geschieden. 12% der behandelten Frauen leben mit Partner und Kind/ern, weitere 16% leben allein mit ihrem Kind. In fast einem Drittel aller Fälle ist also bei den hier behandelten Patientinnen ein Kind betroffen. Die Zahl allein erziehender Väter ist dagegen mit 5% sehr klein.

#### Sozioökonomische Lage

Frauen haben höhere Schulabschlüsse vorzuweisen. Der Anteil der Patientinnen mit mittlerer Reife liegt fast doppelt so hoch wie der der Männer und auch Hochschulreife findet sich bei Frauen häufiger. Knapp 11% aller männlichen Patienten hat keinen Hauptschulabschluss, die höchsten Prozentwerte finden sich dabei in den Fachkliniken für Drogenabhängige. Teilweise sind die Patienten mit Drogenproblemen entsprechend ihres noch etwas jüngeren Alters

Tabelle 3.1: Alter und Geschlecht

Alter	Psychiatrie		Fachklinik Alkohol		Fachklinik Drogen		Nachsorge		Sonstige		Gesamt				
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M + F	Abs.	
- 14		0,9%	0,2%	0,2%	0,1%	0,5%	0,2%	5,3%	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%	30	
15 - 17		0,9%	0,1%	0,2%	1,3%	6,4%			0,1%	0,3%	0,3%	0,8%	0,4%	65	
18 - 19	0,2%		0,6%	0,4%	5,2%	13,4%	0,2%	2,6%	0,1%	0,3%	1,1%	1,7%	1,2%	204	
20 - 24	4,9%	9,4%	3,5%	2,0%	32,3%	30,3%	6,3%	10,5%	2,9%	3,1%	7,6%	5,5%	7,1%	1.173	
25 - 29	9,3%	14,5%	5,4%	3,9%	28,0%	22,9%	10,7%	13,2%	6,2%	6,1%	9,1%	7,0%	8,6%	1.426	
30 - 39	35,0%	33,3%	32,4%	31,7%	28,9%	24,4%	38,9%	31,6%	32,1%	31,3%	32,2%	30,9%	31,9%	5.265	
40 - 49	33,7%	25,6%	36,1%	35,8%	4,3%	2,1%	34,3%	34,2%	38,9%	36,6%	32,1%	32,4%	32,2%	5.316	
50 - 59	11,6%	12,8%	17,5%	18,5%			9,2%	2,6%	17,6%	18,3%	14,5%	16,2%	14,9%	2.469	
ab 60	5,3%	2,6%	4,2%	7,3%			0,2%		2,0%	4,1%	3,0%	5,1%	3,5%	578	
Gesamt	Abs.	508	117	7.103	1.858	1.777	389	458	38	2.777	1.501	12.623	3.903	10,0%	16.526
	%	81,3%	18,7%	79,3%	20,7%	82,0%	18,0%	92,3%	7,7%	64,9%	35,1%	76,4%	23,6%		100%

Unbek.: 0,0%

noch in Ausbildung. Es bleibt dennoch ein relativ hoher Anteil von Personen ohne adäquaten Bildungsabschluss. Angesichts der schwierigen Arbeitsmarktsituation haben diese Personen sehr schlechte Chancen auf einen Arbeitsplatz. Besondere Fördermaßnahmen zur Qualifikation wären in diesem Bereich dringend erforderlich, um eine erfolgreiche (Re-)Integration in ein autonomes Leben zu fördern.

Etwa 36% der Männer und Frauen, die in Fachkliniken für Alkoholabhängige in Behandlung sind, sind erwerbstätig. Bei den Patienten der Drogenkliniken sind es 20%. Entsprechend liegt die Erwerbslosenquote bei den Letztgenannten bei rund 73% für Männer und 66% für Frauen. Noch ungünstiger ist die

Lage der Patienten in der Nachsorge. 88% der Männer und 56% der Frauen sind hier erwerbslos. Diese Zahlen haben sich gegenüber 1998 verbessert. Die Entspannung auf dem Arbeitsmarkt ist also auch in dieser Problemgruppe zu bemerken.

Entsprechend der relativ hohen Erwerbslosenquote wird über alle Einrichtungstypen hinweg der Lebensunterhalt für 32% der Männer und 15% der Frauen hauptsächlich durch Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe finanziert, bei weiteren 12% bzw. 18% ist Sozialhilfe die Haupteinnahmequelle. Der höchste Anteil von Patienten, die ihren Lebensunterhalt durch Erwerbstätigkeit bestreiten, findet sich in den Psychiatrien und in den Fachkliniken für Alko-

Tabelle 3.2: Lebensunterhalt und Geschlecht

Lebensunterhalt	Psychiatrie		Fachklinik Alkohol		Fachklinik Drogen		Nachsorge		Sonstige		Gesamt				
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M+F	Abs.	
Erwerbstätigkeit	39,2%	31,6%	38,3%	28,0%	19,2%	14,8%	27,1%	27,8%	35,3%	31,0%	34,6%	28,0%	33,1%	5.337	
Krankengeld	2,8%	6,0%	7,1%	4,8%	2,4%	2,6%	2,1%	2,8%	7,7%	7,9%	6,2%	5,8%	6,1%	989	
Übergangsgeld	0,6%		2,2%	1,5%	2,8%	0,8%	13,5%	5,6%	2,8%	2,5%	2,8%	1,8%	2,5%	409	
Arbeitslosengeld	12,0%	7,7%	14,5%	6,5%	10,0%	6,6%	7,6%	5,6%	15,6%	7,3%	13,8%	6,9%	12,1%	1.958	
Arbeitslosenhilfe	14,9%	12,0%	18,3%	8,8%	17,5%	8,2%	20,4%	11,1%	20,5%	7,6%	18,6%	8,4%	16,2%	2.611	
Rente/Pension	11,0%	7,7%	6,3%	10,3%	0,2%	0,5%	2,8%	5,6%	3,9%	6,8%	5,0%	7,8%	5,7%	920	
Ausbildungsbeihilfe	1,4%	2,6%	0,5%	0,7%	1,9%	1,3%	0,5%		0,4%	0,5%	0,7%	0,7%	0,7%	119	
Sozialhilfe	12,0%	21,4%	9,6%	15,6%	23,5%	41,3%	20,4%	22,2%	10,6%	14,7%	12,2%	18,0%	13,6%	2.195	
Angehörige	2,2%	11,1%	1,1%	19,3%	7,8%	14,3%	2,1%	11,1%	1,1%	18,8%	2,1%	18,3%	6,0%	965	
Vermögen	0,8%		0,4%	0,8%	0,1%	0,3%	0,2%		0,1%	0,7%	0,3%	0,7%	0,4%	67	
Sonstiges	3,2%		1,6%	3,7%	14,6%	9,3%	3,4%	8,3%	1,8%	2,2%	3,6%	3,6%	3,6%	578	
Gesamt	Abs.	502	117	6.950	1.824	1.694	378	436	36	2.716	1.495	12.298	3.850	10.0%	16.148
	%	81,1%	18,9%	79,2%	20,8%	81,8%	18,2%	92,4%	7,6%	64,5%	35,5%	76,2%	23,8%		100%

Unbek.: 2,3%

Tabelle 3.3: Wohnsituation und Geschlecht

Wohnsituation	Psychiatrie		Fachklinik Alkohol		Fachklinik Drogen		Nachsorge		Sonstige		Gesamt				
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M+F	Abs.	
In eigener/gemieteter Wohnung/Haus	73,0%	73,5%	83,3%	91,6%	47,9%	56,5%	31,7%	41,7%	78,1%	89,5%	75,0%	86,3%	77,7%	12.507	
In anderer Wohnung	12,3%	17,1%	7,2%	3,8%	15,9%	20,2%	10,1%	8,3%	7,9%	4,4%	8,9%	6,1%	8,2%	1.318	
Betreutes Wohnen	2,2%	1,7%	1,8%	1,5%	2,3%	2,7%	3,2%		1,1%	1,2%	1,8%	1,5%	1,7%	274	
Heim/Anstalt/Klinik	3,2%	0,9%	1,5%	0,9%	3,2%	2,9%	40,9%	36,1%	3,1%	1,4%	3,6%	1,6%	3,1%	503	
In Straf-/ Untersuchungshaft	0,6%	0,9%	1,1%	0,3%	23,2%	9,8%	1,1%	2,8%	2,3%	0,9%	4,4%	1,5%	3,7%	592	
Wohnungslos	7,2%	5,1%	4,1%	1,3%	4,9%	5,8%	11,5%	8,3%	6,3%	1,7%	5,1%	2,1%	4,4%	701	
Sonstiges	1,6%	0,9%	1,1%	0,6%	2,6%	2,1%	1,4%	2,8%	1,2%	0,9%	1,3%	0,9%	1,2%	199	
Gesamt	Abs.	503	117	6.921	1.819	1.684	377	435	36	2.712	1.490	12.255	3.839	10.0%	16.094
	%	81,1%	18,9%	79,2%	20,8%	81,7%	18,3%	92,4%	7,6%	64,5%	35,5%	76,1%	23,9%		10.0%

Unbek.: 2,6%

holabhängige: 39 bzw. 38 % der Männer und 32 bzw. 28% der Frauen, die sich dort in Behandlungen befinden, sind als Erwerbstätige einzuordnen. Bei Frauen sind neben Erwerbseinkommen und Sozialhilfe Angehörige als Quelle des Lebensunterhalts mit 18% von besonderer Bedeutung (Tabelle 3.2).

Drei von vier Männern und sechs von sieben Frauen in Behandlung leben in einer eigenen Wohnung. Am deutlichsten unterscheiden sich von dieser Gesamtsituation die Patienten der Fachkliniken für Drogenabhängige. Etwa jeder sechste wohnt in anderen Wohnungen, bei Freunden oder Bekannten. Weitere rund 23% der männlichen Patienten und 10% der weiblichen nehmen die Behandlung aus einer Haftsituation heraus auf (Tabelle 3.3).

### 3.3 Verschiedene Klientengruppen nach Hauptdiagnose

Jeder Patient in den an SEDOS beteiligten Fachkliniken erhält bis zum Behandlungsende entsprechend der persönlichen Problemsituation eine Diagnose auf der Basis der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (Dilling, Mombour und Schmidt, 1992). Als Ergebnis des diagnostischen Prozesses im Rahmen des Behandlungsverlaufs liegt zu diesem Zeitpunkt eine Abschlussdiagnose vor. In den Fällen, in denen mehrere Diagnosen aufgrund von multipler Abhängigkeit oder missbräuchlichem Konsum gegeben sind, wird diejenige Diagnose als Hauptdiagnose bestimmt, die für die persönliche Behandlung die

Tabelle 3.4: Hauptdiagnose und Geschlecht

Hauptdiagnose	Psychiatrie		Fachklinik Alkohol		Fachklinik Drogen		Nachsorge		Sonstige		Gesamt				
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M + F	Abs.	
Alkohol	48,4%	42,7%	88,6%	88,6%	3,9%	2,8%	69,2%	71,1%	71,8%	70,6%	70,6%	71,6%	70,9%	11.711	
Heroin	22,2%	41,0%	2,5%	3,0%	63,9%	75,1%	20,1%	15,8%	5,3%	5,7%	13,2%	12,5%	13,0%	2.153	
Methadon	0,6%	2,6%	0,1%	0,2%	7,6%	4,1%			0,1%	0,2%	1,2%	0,6%	1,1%	174	
Codein-Präparate	0,2%	1,7%	0,2%	0,2%	0,2%				0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	28	
Sonstige opiat-haltige Mittel	0,4%		0,1%	0,2%	0,5%	0,3%			0,1%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	29	
Haschisch/Marihuana	0,6%		0,5%	0,2%	4,1%	1,3%	0,9%		0,1%	0,5%	1,0%	0,4%	0,8%	139	
Schlafmittel	0,6%		0,1%	0,5%	0,2%	0,3%			0,0%	0,4%	0,1%	0,4%	0,2%	29	
Beruhigungsmittel	0,4%		0,5%	2,4%	0,2%	1,3%		2,6%	0,1%	1,4%	0,3%	1,8%	0,7%	110	
Kokain	0,8%	1,7%	0,3%	0,2%	5,6%	3,8%	1,3%	2,6%	0,7%	0,3%	1,2%	0,6%	1,1%	175	
Crack					0,3%	0,3%					0,0%	0,0%	0,0%	6	
Sonstige			0,0%		0,1%				0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	5	
Andere Stimulanzien	0,6%		0,1%	0,1%	1,8%	0,5%			0,0%	0,2%	0,4%	0,2%	0,3%	51	
LSD			0,0%		0,3%	0,3%	0,2%	2,6%			0,1%	0,1%	0,1%	10	
Mescaline			0,0%		0,1%						0,0%		0,0%	2	
Sonstige Designer-drogen			0,1%		0,2%	0,5%			0,0%		0,1%	0,1%	0,1%	10	
Tabak													0,0%	0	
Flüchtige Lösungsmittel													0,0%	0	
Andere psychoaktive Substanzen			0,4%	0,2%	0,5%	0,5%			0,0%	0,1%	0,3%	0,2%	0,3%	42	
Substanzen ohne Abhängigkeitspotenzial			0,0%	0,2%							0,0%	0,1%	0,0%	4	
Essstörungen			0,0%	0,6%						2,1%	0,0%	1,1%	0,3%	44	
Automatenspiel			0,1%		0,1%				0,1%		0,1%		0,0%	8	
Glücksspiel			0,0%						0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	4	
Sonstige/unbekannt	25,2%	10,3%	6,5%	3,6%	10,7%	9,0%	8,3%	5,3%	21,4%	17,8%	11,2%	9,8%	10,8%	1.793	
Gesamt	Abs.	508	117	7.103	1.858	1.777	390	458	38	2.777	1.501	12.623	3.904	100%	16.527
	%	81,3%	18,7%	79,3%	20,7%	82,0%	18,0%	92,3%	7,7%	64,9%	35,1%	76,4%	23,6%	100%	100%

Unbekannt: 10,8%

größte Bedeutung aufweist. Das heißt, hier muss der zuständige Arzt oder Therapeut entscheiden, welche von den konsumierten Substanzen vorrangig zu bewerten ist. Nichtsuchtbezogene Diagnosen und fehlende Hauptdiagnosen werden in einem Teil der folgenden Tabellen zusammengefasst in einer Kategorie dargestellt.

Die Klassifizierung der Diagnosen wurde für die psychotropen Substanzen sowie für Essstörungen und pathologisches Spielen mithilfe des ICD-10 vorgenommen. Hierbei wurde bei der Beschreibung des klinischen Erscheinungsbildes (Stelle 4) nur die Kodierung »schädlicher Gebrauch« (4) und »Abhängigkeit« (5) berücksichtigt.

Mit 71% steht Alkoholabhängigkeit als Hauptdiagnose bei den Patienten an erster Stelle. Opiatabhängigkeit wurde bei 14% als Hauptdiagnose genannt. Daneben spielt auch Kokain eine Rolle. Rund 1,2% der Männer und 0,6% der Frauen weisen eine diesbezügliche Hauptdiagnose auf. Andere Substanzen sind seltener als Hauptdiagnose zu finden. Haschisch zum

Beispiel, welches, zusammengefasst unter Cannabinoiden, in den ambulanten Einrichtungen als Hauptdiagnose-Gruppe an dritter Stelle auftaucht, wird bei den stationären Einrichtungen nur 139-mal genannt. Die Kategorien, in denen Ecstasy mit erfasst wird – »andere Stimulantien« und »andere psychoaktive Substanzen« – wurden insgesamt 93-mal angegeben. In Fachkliniken für Alkoholabhängige werden auch spezielle Behandlungen für Patienten mit pathologischem Spielverhalten angeboten. Insgesamt 12 Personen in der SEDOS-Stichprobe wurden in erster Linie wegen pathologischem Spielen (Automatenspiel und Glücksspiel) behandelt. Zwischen den Geschlechtern ergeben sich nur wenige auffallende Unterschiede. Lediglich bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln und bei Essstörungen überwiegen die Frauen deutlich, pathologisches Spielen bleibt weiterhin eine »Männerdomäne« (Tabelle 3.4).

Das Alter der Klienten variiert je nach Hauptdiagnose. Klienten unter 20 Jahre sind insgesamt ausgesprochen selten. Etwa ein Drittel der Patienten mit

Tabelle 3.5: Hauptdiagnose und Alter

Hauptdiagnose	Alter										Gesamt	
	– 14	15–17	18–19	20–24	25–29	30–39	40–49	50–59	ab 60	Abs.	%	
Alkohol	0,2%	0,1%	0,3%	2,0%	4,2%	32,1%	38,2%	18,3%	4,4%	11.711	70,9%	
Heroin	0,1%	1,3%	4,6%	27,0%	26,6%	34,5%	5,7%	0,1%		2.153	13,0%	
Methadon		1,7%	3,4%	29,3%	31,6%	27,6%	5,7%	0,6%		174	1,1%	
Codein-Präparate				28,6%	17,9%	25,0%	25,0%	3,6%		28	0,2%	
Sonstige opiatartige Mittel		3,4%	6,9%	17,2%	17,2%	24,1%	27,6%		3,4%	29	0,2%	
Haschisch/Marihuana		7,9%	17,3%	33,1%	24,5%	13,7%	2,9%	0,7%		139	0,8%	
Schlafmittel			3,4%	17,2%	10,3%	31,0%	31,0%	6,9%		29	0,2%	
Beruhigungsmittel				4,5%	4,5%	29,1%	38,2%	18,2%	5,5%	110	0,7%	
Kokain		0,7%	1,1%	14,7%	18,9%	22,5%	3,5%			285	1,7%	
Crack			16,7%	16,7%	16,7%	50,0%				6	0,0%	
Sonstige					20,0%	80,0%				5	0,0%	
Andere Stimulantien	2,0%		5,9%	45,1%	23,5%	15,7%	5,9%	2,0%		51	0,3%	
LSD			20,0%	50,0%	20,0%	10,0%				10	0,1%	
Mescaline			50,0%					50,0%		2	0,0%	
Sonstige Designerdrogen			30,0%	70,0%						10	0,1%	
Tabak										0	0,0%	
Flüchtige Lösungsmittel										0	0,0%	
Andere psychoaktive Substanzen		2,4%	4,8%	21,4%	26,2%	35,7%	9,5%			42	0,3%	
Substanzen ohne Abhängigkeitspotenzial						25,0%	75,0%			4	0,0%	
Essstörungen			6,8%	15,9%	31,8%	29,5%	15,9%			44	0,3%	
Automatenspiel				12,5%	37,5%	50,0%				8	0,0%	
Glücksspiel						50,0%	25,0%	25,0%		4	0,0%	
Sonstige/ Unbekannt	0,3%	0,2%	0,8%	7,6%	8,6%	29,2%	33,9%	16,5%	2,8%	1.791	10,8%	
Gesamt	Abs.	30	65	204	1.172	1.426	5.265	5.316	2.469	578	16.525	100%
	%	0,2%	0,4%	1,2%	7,1%	8,6%	31,9%	32,2%	14,9%	3,5%	100%	

Unbek. 0,0%

Table 3.6: Hauptdiagnose und Erwerbstätigkeit

Hauptdiagnose	Erwerbstätigkeit											Gesamt		
	Auszubildende	ABM	Angestellte	Beamte/-innen	Arbeiter/-innen	Facharbeiter/-innen	Selbstständige/Freiberufler	mithelf. Familienangehörige	Erwerbslose	Schüler/Studenten/-innen	Hausfrauen/männer	Rentner/Pensionäre	Sonstige	Abs.
Alkohol	0,6%	1,0%	11,3%	2,1%	11,7%	7,6%	1,7%	0,3%	49,3%	0,4%	5,1%	7,0%	11.569	71,6%
Opiate	2,6%	0,6%	3,1%	0,0%	5,1%	1,9%	0,7%	0,5%	71,6%	2,1%	2,2%	0,4%	2.373	14,7%
Cannabis	8,0%	0,7%	2,9%		3,6%	1,4%			63,8%	10,9%	2,2%		138	0,9%
Sedativa/Hypnotika	0,7%		16,3%	0,7%	5,2%	0,7%	1,5%	2,2%	40,0%		20,0%	10,4%	135	0,8%
Kokain	1,1%		5,4%		4,3%	4,8%	2,7%	1,1%	64,5%	1,6%	1,6%	0,5%	186	1,2%
Sonstige	5,1%	0,8%	6,8%		7,6%	3,4%	0,8%		65,3%	2,5%	3,4%	4,2%	118	0,7%
Essstörungen	2,4%		21,4%			2,4%			33,3%	9,5%	14,3%	4,8%	42	0,3%
Path. Spielen	8,3%			8,3%	8,3%	8,3%			41,7%			25,0%	12	0,1%
Sonstiges/unbekannt	1,1%	0,6%	16,7%	2,7%	9,3%	7,4%	1,3%	0,2%	49,3%	0,4%	3,1%	4,5%	1.574	9,7%
Gesamt	171	141	1.699	291	1.651	1.058	241	49	8.542	130	739	908	16.147	100%
%	1,1%	0,9%	10,5%	1,8%	10,2%	6,6%	1,5%	0,3%	52,9%	0,8%	4,6%	5,6%	100%	

Unbekannt: 2,3%

Opiatdiagnosen ist jünger als 25, der Anteil dieser Altersgruppe ist bei Cannabis als Hauptdroge noch höher.

Rund 61% der alkoholabhängigen Patienten sind älter als 40 Jahre. Die Altersgruppe jenseits der 50 ist in den meisten Diagnosen nur wenig vertreten, macht jedoch insgesamt etwa 20% der Fälle mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose aus. Bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln sind rund 7% bzw. 24% der Patienten älter als 50 Jahre. Dagegen sind bei den opiatbezogenen Hauptdiagnosen weniger als 1% in dieser Altersgruppe zu finden. Insgesamt liegt der Altersdurchschnitt der Patienten in stationären Einrichtungen höher als in den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen (Tabelle 3.5).

Der Anteil der Erwerbslosen in der Gesamtgruppe der stationär Behandelten liegt mit 53% etwa in der gleichen Höhe wie in den Vorjahren. Auch hier unterscheiden sich die Konsumenten der einzelnen Substanzen. Bei den Opiatabhängigen liegt der Anteil der Erwerbslosen bei 72%. Von den Cannabis- und Kokainabhängigen sind etwa 65% erwerbslos. Ein relativ niedriger Anteil von Erwerbslosen findet sich bei Patienten mit den Hauptdiagnosen Essstörungen, Sedativa/Hypnotika und pathologischem Spielen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass rund 20% der Beruhigungsmittelabhängigen Hausfrauen und 10% Rentner sind. Auch bei den Personen mit der Hauptdiagnose pathologisches Spielen ist ein Viertel in Pension (Tabelle 3.6).

Drogenkonsum führt schon aufgrund der Illegalität der Substanzen häufig zu Konflikten mit der Justiz. Entsprechend überrascht der hohe Anteil von 83% der Opiatpatienten nicht, für die bereits Verurteilungen vorliegen. Bei 55% dieser Patienten liegen Beschaffungsdelikte, bei 67% BtM-Delikte vor. Bei der Hauptdiagnose Kokainabhängigkeit ist der Anteil der Verurteilungen insgesamt mit 82% ähnlich hoch, Verkehrsdelikte sind mit 33% etwas häufiger zu finden wie bei primär Opiatabhängigen. Delikte gegen Personen sind mit 26% ebenfalls häufiger zu finden als bei Patienten, die Probleme mit Opiaten (21%) haben. Die niedrigsten Verurteilungsquoten finden sich mit 26% bei den Patienten mit Problemen durch Sedativa und Hypnotika. Sozial ist dies auch die bei weitem am wenigsten auffällige Gruppe. Mit 44% ist auch bei Alkohol der Anteil der Personen, die bereits einmal substanzbezogen verurteilt wurden, relativ hoch. In aller Regel handelt es sich dabei um Verkehrsdelikte (37%). In 7% werden jedoch auch Delikte gegen Personen als Verurteilungsgrund genannt.

### 3.4 Epidemiologische Daten und Trends

Während die Hauptdiagnose über die wichtigste problematische Substanz Auskunft gibt, die in der Regel therapieliegend ist, geht es in der folgenden Darstellung der suchtspezifischen Einzeldiagnosen darum, alle Substanzen zu beschreiben, die eine Bedeutung für den einzelnen Patienten haben. Diese zweigleisige Betrachtungsweise ist notwendig, da in der Regel zumindest im Bereich illegaler Substanzen Heroin bei weitem im Vordergrund der Betrachtung und Behandlung steht. Würde man die Statistiken allein auf die Hauptdiagnose beziehen, so wären kaum nutzbare Informationen über die Verbreitung und Konsummuster anderer Substanzen in der behandelten Klientel zu finden. Dies gilt insbesondere für Kokain. Betrachtet man die Verteilung aller genannten suchtspezifischen Diagnosen nach Geschlechtern getrennt, so fallen einige Zahlen besonders auf (Tabellen 3.7 und 3.8):

- Für über 90%, sowohl der Männer als auch der Frauen, wird die Diagnose schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Alkohol gestellt. Alkohol ist damit bei weitem die häufigste Substanz in der Klientel.
- An zweiter Stelle steht Cannabis bei rund 24% der Männer und 16% der Frauen.
- An dritter Stelle folgt Heroin, das bei etwa 20% der Männer und 17% der Frauen Basis von Abhängigkeit oder schädlichem Gebrauch ist. Bei den übrigen Opiaten erscheint Codein etwas häufiger als Methadon.
- Kokain wird bei etwa 17% der Männer und bei 13% der Frauen genannt.
- Von den legalen Substanzen spielen bei weiblichen Patienten Beruhigungsmittel traditionell eine große Rolle. Rund 15% sind hiervon betroffen. Bei den männlichen Klienten erhielten 11% diese Diagnose.
- Nach Alkohol ist jedoch Tabak die am häufigsten süchtig konsumierte Substanz. Bei etwa 63% der Männer und etwa 50% der Frauen wurde eine Tabakabhängigkeit oder schädlicher Konsum diagnostiziert. Da nicht alle Kliniken diese Diagnosen berücksichtigen, dürften die tatsächlichen Zahlen noch deutlich höher liegen.

Tabelle 3.7: Substanzbezogene Diagnosen und Alter bei Männern

Diagnosen*	Alter bei Männern									Gesamt		
	- 14	15 – 17	18 – 19	20 – 24	25 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	ab 60	Abs.	%	
<b>Alkohol</b>												
Schädl. Gebrauch		0,7%	4,2%	31,1%	27,8%	28,4%	6,7%	0,7%	0,4%	824	6,8%	
Abhängigkeit	0,2%	0,1%	0,5%	3,7%	6,2%	32,8%	36,3%	16,7%	3,4%	10.360	85,9%	
<b>Heroin</b>												
Schädl. Gebrauch		1,5%	6,2%	28,5%	19,2%	36,9%	7,7%			130	1,1%	
Abhängigkeit	0,6%	3,1%	26,3%	26,9%	35,7%	7,3%	0,2%			2.234	18,5%	
<b>Methodon</b>												
Schädl. Gebrauch			3,5%	25,2%	38,5%	29,4%	3,5%			143	1,2%	
Abhängigkeit		0,5%	2,7%	22,4%	28,1%	37,8%	8,2%	0,3%		598	5,0%	
<b>Codein-Präparate</b>												
Schädl. Gebrauch		0,4%	2,4%	26,9%	32,1%	31,7%	6,4%			249	2,1%	
Abhängigkeit		0,8%	1,9%	22,1%	26,1%	38,6%	9,9%	0,5%		624	5,2%	
<b>Sonst. opiothaltige Mittel</b>												
Schädl. Gebrauch			2,1%	21,1%	21,8%	43,0%	11,3%	0,7%		142	1,2%	
Abhängigkeit		0,3%	1,7%	16,4%	25,7%	38,7%	15,5%	1,7%		354	2,9%	
<b>Haschisch/ Marihuana</b>												
Schädl. Gebrauch		0,5%	2,8%	21,1%	24,7%	39,3%	11,1%	0,4%		966	8,0%	
Abhängigkeit		0,9%	4,5%	26,3%	25,2%	33,8%	8,6%	0,7%	0,1%	1.878	15,6%	
<b>Schlafmittel</b>												
Schädl. Gebrauch			3,4%	25,1%	28,4%	31,8%	9,9%	1,0%	0,5%	415	3,4%	
Abhängigkeit		0,9%	1,8%	19,9%	23,3%	35,9%	14,5%	2,9%	0,8%	649	5,4%	
<b>Beruhigungsmittel</b>												
Schädl. Gebrauch		0,4%	2,5%	20,5%	25,9%	35,5%	12,1%	2,5%	0,7%	448	3,7%	
Abhängigkeit		0,2%	1,7%	18,0%	21,2%	37,2%	16,6%	4,2%	0,9%	938	7,8%	
<b>Kokain</b>												
Schädl. Gebrauch		1,0%	4,2%	29,1%	27,0%	29,9%	8,7%	0,2%		578	4,8%	
Abhängigkeit		0,5%	3,5%	25,6%	26,8%	36,5%	6,3%	0,7%	0,1%	1.465	12,1%	
<b>Crack</b>												
Schädl. Gebrauch			3,0%	35,8%	28,4%	26,9%	6,0%			67	0,6%	
Abhängigkeit			3,3%	15,2%	22,8%	50,0%	8,7%			92	0,8%	
<b>Sonstige</b>												
Schädl. Gebrauch			4,7%	26,6%	29,7%	26,6%	10,9%	1,6%		64	0,5%	
Abhängigkeit		1,0%	4,1%	32,7%	22,4%	28,6%	9,2%	2,0%		98	0,8%	
<b>Andere Stimulanzien</b>												
Schädl. Gebrauch		1,2%	3,7%	30,7%	28,3%	27,5%	8,2%	0,4%		244	2,0%	
Abhängigkeit		1,0%	4,6%	31,4%	25,7%	30,6%	6,2%	0,5%		389	3,2%	
<b>LSD</b>												
Schädl. Gebrauch		0,7%	5,1%	30,0%	25,0%	30,4%	8,3%	0,5%		767	6,4%	
Abhängigkeit		0,9%	4,4%	26,8%	25,5%	32,1%	9,7%	0,3%	0,2%	585	4,9%	
<b>Mescaline</b>												
Schädl. Gebrauch			2,9%	32,4%	22,1%	30,9%	11,0%	0,7%		136	1,1%	
Abhängigkeit		2,3%		24,1%	24,1%	29,9%	18,4%	1,1%		87	0,7%	
<b>Sonst. Designerdrogen</b>												
Schädl. Gebrauch		1,0%	5,9%	36,1%	31,4%	22,2%	3,1%	0,2%		477	4,0%	
Abhängigkeit		1,4%	6,1%	40,9%	28,1%	20,0%	3,1%	0,4%		491	4,1%	
<b>Tabak</b>												
Schädl. Gebrauch	0,1%	0,1%	0,6%	6,2%	9,4%	36,3%	34,3%	11,3%	1,8%	1.336	11,1%	
Abhängigkeit	0,2%	0,3%	1,4%	9,6%	11,1%	34,1%	30,2%	11,4%	1,7%	6.212	51,5%	
<b>Flüchtige Lösungsmittel</b>												
Schädl. Gebrauch		2,8%	2,8%	31,5%	33,3%	25,0%	4,6%			108	0,9%	
Abhängigkeit			2,2%	12,1%	26,4%	35,2%	17,6%	5,5%	1,1%	91	0,8%	
<b>Andere psychoaktive Substanzen</b>												
Schädl. Gebrauch		0,7%	1,4%	33,6%	25,9%	28,0%	9,8%	0,7%		143	1,2%	
Abhängigkeit			7,9%	27,1%	17,1%	27,9%	12,1%	7,1%	0,7%	140	1,2%	
<b>Substanzen ohne Abhängigkeitspotenzial</b>	0,1%	0,2%	0,2%	2,9%	5,4%	33,2%	34,8%	20,1%	3,1%	929	7,7%	
Essstörungen		0,1%	0,3%	3,5%	4,6%	34,3%	34,0%	19,9%	3,2%	930	7,7%	
Pathologisches Spielen			0,4%	12,1%	23,8%	42,4%	17,7%	2,2%	1,3%	231	1,9%	
<b>Gesamt</b>	Abs.	18	29	129	890	1.102	3.901	3.380	1.751	361	12.061	100%
	%	0,1%	0,2%	1,1%	7,4%	9,1%	32,3%	32,2%	14,5%	3,0%	100%	

\* Mehrfachnennungen möglich

Unbek.: 4,5%

Tabelle 3.8: Substanzbezogene Diagnosen und Alter bei Frauen

Diagnosen*	Alter bei Frauen									Gesamt		
	– 14	15–17	18–19	20–24	25–29	30–39	40–49	50–59	ab 60	Abs.	%	
<b>Alkohol</b>												
Schädl. Gebrauch		3,1%	4,6%	24,6%	23,1%	33,3%	7,7%	2,1%	1,5%	195	5,2%	
Abhängigkeit	0,2%	0,4%	0,8%	3,2%	4,5%	31,4%	35,8%	18,2%	5,6%	3.267	86,7%	
<b>Heroin</b>												
Schädl. Gebrauch		9,1%	4,5%	18,2%	22,7%	45,5%				22	0,6%	
Abhängigkeit	0,3%	3,2%	8,2%	24,2%	24,5%	33,3%	6,2%	0,2%		600	15,9%	
<b>Methadon</b>												
Schädl. Gebrauch		7,5%	10,0%	30,0%	22,5%	30,0%				40	1,1%	
Abhängigkeit		1,0%	6,0%	18,9%	27,9%	37,3%	8,5%	0,5%		201	5,3%	
<b>Codein-Präparate</b>												
Schädl. Gebrauch		5,8%	11,5%	23,1%	25,0%	28,8%	3,8%		1,9%	52	1,4%	
Abhängigkeit		0,9%	5,2%	20,7%	21,1%	42,3%	9,4%	0,5%		213	5,7%	
<b>Sonst. opiathaltige Mittel</b>												
Schädl. Gebrauch		2,4%	2,4%	11,9%	23,8%	47,6%	4,8%	2,4%	4,8%	42	1,1%	
Abhängigkeit		3,7%	2,8%	20,2%	20,2%	39,4%	11,0%	0,9%	1,8%	109	2,9%	
<b>Haschisch/Marihuana</b>												
Schädl. Gebrauch	1,0%	1,5%	5,1%	21,4%	24,5%	38,3%	7,7%	0,5%		196	5,2%	
Abhängigkeit	0,3%	6,0%	9,3%	23,0%	17,8%	32,0%	10,0%	1,5%	0,3%	400	10,6%	
<b>Schlafmittel</b>												
Schädl. Gebrauch	1,1%	3,2%	5,3%	17,9%	15,8%	35,8%	9,5%	2,1%	9,5%	95	2,5%	
Abhängigkeit		1,3%	3,5%	12,9%	16,4%	34,7%	19,9%	7,9%	3,5%	317	8,4%	
<b>Beruhigungsmittel</b>												
Schädl. Gebrauch	0,7%	2,2%	6,0%	16,4%	14,2%	32,1%	16,4%	5,2%	6,7%	134	3,6%	
Abhängigkeit		2,3%	3,9%	12,2%	15,6%	30,0%	22,2%	10,3%	3,4%	436	11,6%	
<b>Kokain</b>												
Schädl. Gebrauch		6,9%	10,3%	25,0%	17,2%	36,2%	4,3%			116	3,1%	
Abhängigkeit	0,5%	3,9%	8,1%	24,4%	23,4%	32,7%	7,0%			385	10,2%	
<b>Crack</b>												
Schädl. Gebrauch		6,7%	13,3%	13,3%	26,7%	40,0%				15	0,4%	
Abhängigkeit		10,0%	5,0%	35,0%	20,0%	25,0%	5,0%			20	0,5%	
<b>Sonstige</b>												
Schädl. Gebrauch		6,3%	31,3%	25,0%	6,3%	25,0%	6,3%			16	0,4%	
Abhängigkeit		4,8%	14,3%	28,6%	23,8%	19,0%	9,5%			21	0,6%	
<b>Andere Stimulanzien</b>												
Schädl. Gebrauch	2,4%	12,2%	12,2%	29,3%	22,0%	19,5%		2,4%		41	1,1%	
Abhängigkeit	1,4%	7,0%	8,5%	25,4%	16,9%	29,6%	9,9%	1,4%		71	1,9%	
<b>LSD</b>												
Schädl. Gebrauch		9,2%	13,1%	24,6%	17,7%	31,5%	3,8%			130	3,5%	
Abhängigkeit		6,5%	12,9%	29,8%	16,1%	26,6%	8,1%			124	3,3%	
<b>Mescalilin</b>												
Schädl. Gebrauch		4,8%	14,3%	33,3%	9,5%	33,3%	4,8%			21	0,6%	
Abhängigkeit		6,3%	25,0%	12,5%	18,8%	31,3%	6,3%			16	0,4%	
<b>Sonst. Designerdrogen</b>												
Schädl. Gebrauch	1,3%	6,7%	9,3%	28,0%	28,0%	25,3%	1,3%			75	2,0%	
Abhängigkeit		6,7%	13,4%	39,5%	18,5%	18,5%	3,4%			119	3,2%	
<b>Tabak</b>												
Schädl. Gebrauch		0,4%	1,3%	1,9%	4,8%	31,6%	42,0%	15,4%	2,6%	462	12,3%	
Abhängigkeit	0,4%	1,6%	2,7%	7,4%	8,6%	35,0%	29,4%	12,1%	2,8%	1.427	37,9%	
<b>Flüchtige Lösungsmittel</b>												
Schädl. Gebrauch		8,6%	22,9%	28,6%	31,4%	2,9%	2,9%	2,9%		35	0,9%	
Abhängigkeit		13,3%	6,7%	20,0%	13,3%	33,3%	13,3%			15	0,4%	
<b>Andere psychoaktive Substanzen</b>												
Schädl. Gebrauch	3,7%	7,4%	22,2%	18,5%	7,4%	29,6%	3,7%	7,4%		27	0,7%	
Abhängigkeit		8,6%	14,3%	8,6%	20,0%	31,4%	14,3%	2,9%		35	0,9%	
<b>Substanzen ohne Abhängigkeitspotential</b>												
Essstörungen		0,8%	1,2%	6,9%	12,2%	41,9%	26,0%	7,3%	3,7%	246	6,5%	
Pathologisches Spielen		1,2%	2,6%	9,8%	15,4%	45,5%	20,0%	4,9%	0,7%	429	11,4%	
				16,7%	33,3%		33,3%	16,7%		6	0,2%	
<b>Gesamt</b>	<b>Abs.</b>	8	32	59	208	267	1.177	1.219	609	188	3.767	100%
	<b>%</b>	0,2%	1,2%	2,2%	7,0%	8,1%	29,7%	30,3%	15,7%	5,7%	100%	

\* Mehrfachnennungen möglich

Unbek.: 3,5%

## 4 Daten zu den Interventionen

### 4.1 Vorbehandlungen

Aufgrund der Organisation der Suchtbehandlung in Deutschland kommt nur eine Minderheit der Patienten ohne Vorbehandlung in die stationäre Betreuung. In der Regel hat bei substanzbezogenen Abhängigkeitsproblemen eine Entgiftungsmaßnahme direkt vor Beginn der Entwöhnungsbehandlung stattgefunden. Dies gilt naturgemäß nicht für Personen, die wegen Essstörungen oder pathologischem Spielen in Betreuung kommen. Nach wie vor relativ selten hat vor der stationären Maßnahme bereits eine ambulante suchtbetogene Therapie stattgefunden. Bei Alkoholabhängigkeit ist das in 9%, bei Opiatabhängigkeit in etwa 13% der Fälle geschehen. Am häufigsten wurde eine Entgiftung vor der Behandlung durchgeführt.

Da eine Entgiftungsbehandlung in vielen Fällen direkt der stationären Entwöhnungsbehandlung vorausgeht, ist nicht verwunderlich, dass nur bei etwa 15% der Patienten keine Entgiftung vorliegt. Die Zahl der Entgiftungen variiert jedoch zwischen den verschiedenen Einrichtungstypen deutlich. In den Nachsorgeeinrichtungen haben 41%, in den Einrichtungen der Psychiatrie 30% der männlichen Behandelten bereits mindestens 4 Entgiftungen durchlaufen. Bei rund 95% endet die vorhergehende Entgiftung mit dem planmäßigen Abschluss dieser

Maßnahme. Relativ hohe Anteile unplanmäßiger Beendigung mit 15% bei Männern und 10% bei Frauen sind allerdings bei den Patienten der Fachkliniken für illegale Drogen zu beobachten (Tabelle 4.1).

Etwa 10% der Patienten haben vor der aktuellen Behandlung bereits eine ambulante Therapie durchlaufen. Dieser Anteil ist nur in psychiatrischen Einrichtungen deutlich erhöht (19%). Mehrmalige ambulante Therapien sind selten. Rund 61% dieser Behandlungen wurden planmäßig beendet. Sonstige Einrichtungen weisen mit 67% für die männlichen und 77% für die weiblichen Klienten bei weitem die positivsten Ergebnisse auf. In den Fachkliniken für Alkoholabhängige beenden 62% der männlichen und 51% der weiblichen Klienten die Behandlung planmäßig. Die höchsten Quoten an unplanmäßigen Beendigungen finden sich mit 69% bei Männern und 52% bei Frauen bei den Patienten psychiatrischer Kliniken.

Häufiger als ambulante Behandlungen finden sich stationäre Entwöhnungsmaßnahmen in der Behandlungsgeschichte der Patienten. Etwa jeder Dritte hat eine stationäre Behandlung bereits zu einem früheren Zeitpunkt mitgemacht. Naturgemäß liegt der Anteil bei den Nachsorgeeinrichtungen mit über 95% sehr viel höher. Anders als bei den ambulanten Entwöhnungsbehandlungen sind dabei Mehrfachbehandlungen nicht allzu selten. Ein Drittel der stationär Behandelten sind zum wiederholten Mal in diesem Einrichtungstyp. Auch hier sind jedoch Patienten, welche die

Tabelle 4.1: Entgiftungen vor Behandlungsbeginn und Geschlecht

Entgiftungen	Psychiatrie		Fachklinik Alkohol		Fachklinik Drogen		Nachsorge		Sonstige		Gesamt				
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M + F	Abs.	
keine	6,9%	1,9%	20,7%	19,8%	19,0%	8,2%	7,0%	6,1%	16,0%	19,4%	18,2%	17,7%	15,3%	2.398	
1	26,3%	32,4%	37,3%	37,4%	31,6%	26,2%	18,6%	24,2%	37,0%	41,7%	35,3%	37,6%	30,3%	4.748	
2	21,9%	19,4%	21,8%	21,6%	23,3%	22,6%	18,1%	15,2%	22,1%	21,8%	21,9%	21,6%	18,5%	2.895	
3	14,5%	9,3%	13,0%	15,3%	14,2%	17,4%	13,8%	15,2%	13,0%	12,9%	13,2%	14,4%	11,4%	1.791	
4	7,2%	10,2%	6,9%	6,9%	8,7%	10,6%	8,8%	9,1%	7,4%	7,5%	7,3%	7,7%	6,3%	982	
mehr als 4	30,0%	28,7%	21,1%	18,8%	22,2%	23,2%	40,7%	36,4%	20,4%	16,1%	22,3%	18,7%	18,1%	2.839	
Mindestens eine ambulante oder stationäre Entgiftung vor der aktuellen Behandlung	93,5%	98,2%	82,9%	83,5%	84,0%	92,4%	93,4%	94,3%	86,2%	83,7%	84,6%	85,0%	81,3%	12.726	
davon wurde die letzte beendet ... planmäßig	97,5%	94,3%	95,2%	96,2%	84,9%	89,5%	96,6%	100%	97,2%	95,7%	94,4%	95,3%	94,6%	12.041	
Gesamt	Abs.	463	110	6.730	1.750	1.596	368	426	35	2.694	1.481	11.909	3.744	100%	15.653
	%	80,8%	19,2%	79,4%	20,6%	81,3%	18,7%	92,4%	7,6%	64,5%	35,5%	76,1%	23,9%		10,0%

Unbek.: 5,3%

Maßnahme mehr als dreimal durchlaufen, selten. Der Abschluss der letzten stationären Maßnahme war in etwa 69% der Fälle planmäßig, wobei auch hier deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Einrichtungstypen festzustellen sind. Wiederum die ungünstigsten Ergebnisse mit einer Quote von 33% planmäßigen Beendigungen bei Männern und 22% bei Frauen, weisen die Fachkliniken für Drogenabhängige auf (Tabelle 4.2).

#### 4.2 Zugang zur Behandlung

Etwa 86% aller Patienten kommen das erste Mal in die jeweilige Klinik zur Behandlung. 15% der Männer und 11% der Frauen wurden dort bereits zu einem früheren Zeitpunkt betreut. In Fachkliniken für Drogenabhängige sind wiederholte Aufnahmen besonders selten. Im Bereich Psychiatrie liegt der Anteil der Wiederaufnahmen auch aufgrund regionaler Zuständigkeiten etwas höher. Am seltensten sind wiederholte Aufnahmen in Nachsorgeeinrichtungen (Tabelle 4.3).

Die Aufnahme des Patienten erfolgt in den unterschiedlichen Typen von Kliniken meist freiwillig. Deutlich anders ist die Situation in den Kliniken für Drogenabhängige. Rund 57% der dort behandelten Männer und etwa 40% der Frauen unterliegen strafrechtlichen Einschränkungen. In der Regel handelt es

sich dabei um eine Zurückstellung der Strafverfolgung zum Zweck der Therapie. Andere Möglichkeiten, auf strafrechtliche Maßnahmen zugunsten therapeutischer Möglichkeiten zu verzichten, etwa durch die Einstellung der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft, spielen dagegen nur eine untergeordnete Rolle (Tabelle 4.4).

Bei Vermittlung geht es um die Frage, auf welchem Wege und mit welcher Motivation Personen in stationäre Entwöhnungsbehandlung kommen. Es wird dabei unterschieden zwischen »institutioneller Vermittlung« und »Vorbereitung«. Im ersten Falle geht es darum, welche Stelle die Vermittlung in die stationäre Behandlungseinrichtung technisch vollzogen hat. »Vorbereitung« dagegen umfasst die inhaltliche Vorbereitung auf die Behandlung und geht vom Umfang und von der Intensität der Betreuung der Patienten über eine reine Vermittlungstätigkeit hinaus. Der Anteil stationärer Entgiftungseinrichtungen bei der Vermittlung wie bei der Vorbereitung hat sich gegenüber dem Vorjahr kaum verändert. 12,0% der Vermittlungen (1998: 11,0%) und 13,7% der Vorbereitungen (1998: 14,3%) wurden durch stationäre Entgiftungseinrichtungen geleistet. In der Regel setzt die notwendige Klärung der Kostenübernahme den Kontakt zu einer Vermittlungsstelle voraus. Etwa 50% dieser institutionellen Vermittlungen erfolgen durch ambulante Fachberatungsstellen, die dabei den

Tabelle 4.2: Stationäre Entwöhnungsbehandlungen vor Behandlungsbeginn und Geschlecht

Stationäre Entwöhnungsbehandlung	Psychiatrie		Fachklinik Alkohol		Fachklinik Drogen		Nachsorge		Sonstige		Gesamt			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M+F	Abs.
Keine	50,3%	37,5%	66,1%	69,1%	54,5%	47,6%	4,8%	2,9%	68,1%	72,4%	62,1%	66,9%	63,3%	9.244
1	26,1%	35,6%	23,3%	21,5%	27,9%	33,9%	44,1%	52,9%	22,0%	19,6%	24,5%	22,5%	24,0%	3.508
2	11,5%	19,2%	6,9%	6,2%	11,0%	12,1%	32,8%	35,3%	6,9%	5,4%	8,6%	7,1%	8,2%	1.200
3	5,9%	3,8%	2,6%	2,4%	4,3%	4,6%	12,9%	5,9%	2,0%	2,0%	3,2%	2,5%	3,0%	443
4	3,3%	1,9%	0,8%	0,8%	1,7%	1,0%	2,8%	2,9%	0,6%	0,3%	1,0%	0,7%	1,0%	139
Mehr als 4	2,8%	1,9%	0,4%	0,1%	0,6%	1,0%	2,5%		0,4%	0,3%	0,6%	0,3%	0,5%	76
Mindestens eine ambulante oder stationäre Entgiftung vor der aktuellen Behandlung	49,7%	62,5%	33,9%	30,9%	45,5%	52,4%	95,2%	97,1%	31,9%	27,6%	37,9%	33,1%	35,3%	5.151
davon wurde die letzte beendet ... planmäßig	63,2%	52,7%	74,7%	78,0%	33,1%	22,4%	90,9%	90,0%	72,6%	75,1%	69,1%	68,0%	68,9%	3.548
Gesamt	Abs. 459	104	6.273	1.529	1.374	307	433	34	2.638	1.459	11.177	3.433	100%	14.610
	% 81,5%	18,5%	80,4%	19,6%	81,7%	18,3%	92,7%	7,3%	64,4%	35,6%	76,5%	23,5%	100%	100%

Unbek. 11,6%

Tabelle 4.3: Wiederholte Aufnahmen in der Einrichtung und Geschlecht

Aufnahme	Psychiatrie		Fachklinik Alkohol		Fachklinik Drogen		Nachsorge		Sonstige		Gesamt				
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M + F	Abs.	
Erste	81,2%	86,8%	81,7%	86,5%	86,5%	87,2%	93,8%	91,9%	90,6%	92,1%	84,8%	88,8%	85,7%	13.783	
Zweite	13,3%	12,3%	12,1%	8,7%	11,6%	11,3%	5,3%	8,1%	7,9%	6,7%	10,9%	8,3%	10,3%	1.650	
Dritte bis fünfte	4,2%	0,9%	3,9%	3,4%	1,7%	1,6%	0,9%		1,2%	0,9%	2,9%	2,1%	2,7%	436	
Sechste bis achte	0,6%		0,8%	1,0%	0,2%				0,0%	0,1%	0,5%	0,5%	0,5%	79	
Neunte und mehr	0,6%		1,6%	0,5%					0,3%	0,1%	1,0%	0,3%	0,8%	131	
Gesamt	Abs.	495	114	6.891	1.789	1.693	382	438	37	2.752	1.488	12.269	3.810	100%	16.079
	%	81,3%	18,7%	79,4%	20,6%	81,6%	18,4%	92,2%	7,8%	64,9%	35,1%	76,3%	23,7%		100%

Unbekannt: 2,7%

Tabelle 4.4: Aufnahmegrund und Geschlecht

Aufnahmegrund	Psychiatrie		Fachklinik Alkohol		Fachklinik Drogen		Nachsorge		Sonstige		Gesamt				
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M + F	Abs.	
freiwillige Behandlung	82,1%	73,5%	95,2%	97,9%	42,4%	59,5%	92,1%	97,1%	93,3%	96,8%	87,0%	93,0%	88,4%	14.432	
Zurückstellung der Strafvollstreckung	7,1%	11,1%	1,6%	1,0%	44,5%	28,4%	2,9%		4,2%	1,9%	8,3%	4,3%	7,3%	1.197	
Absehen von Ver- folgung durch die Staatsanwaltschaft	0,2%		0,0%		0,4%	1,3%			0,0%		0,1%	0,1%	0,1%	16	
vorläufige Einstel- lung des Verfahrens		1,7%	0,0%		0,3%	0,5%	0,2%		0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	16	
Unterbringung im Maßregelvollzug	3,0%				0,1%		1,6%	2,9%	0,1%		0,2%	0,0%	0,2%	27	
noch offenes Strafverfahren	3,6%	4,3%	0,2%		3,7%	1,8%	0,7%		0,2%		0,8%	0,3%	0,7%	117	
Bewährungs- auflage	1,8%	6,0%	2,0%	0,4%	7,7%	6,1%	0,5%		1,5%	0,5%	2,6%	1,1%	2,3%	371	
Betreuung	2,0%	3,4%	0,5%	0,3%	0,1%		2,0%		0,2%	0,1%	0,5%	0,3%	0,4%	72	
Unterbringung nach Psych-KG oder Landesunterbrin- gungsgesetz	0,2%					0,3%					0,0%	0,0%	0,0%	2	
Sonstiges			0,3%	0,5%	0,8%	2,1%			0,4%	0,6%	0,4%	0,7%	0,4%	73	
Gesamt	Abs.	504	117	7.074	1.854	1.685	380	441	35	2.741	1.492	12.445	3.878	100%	16.323
	%	81,2%	18,8%	79,2%	20,8%	81,6%	18,4%	92,6%	7,4%	64,8%	35,2%	76,2%	23,8%		100%

Unbekannt: 1,0%

Hauptanteil der notwendigen Vorbereitungsarbeit leisten. Abbildung 4.1 zeigt daneben, dass der Zugang über die niedergelassene Ärzteschaft 1999 erstmals seit 1994 rückläufig ist. Parallel dazu hat der Anteil der Vermittlungen durch ambulante Beratungsstellen erstmals wieder zugenommen. Eine weitere Intensivierung der Kontakte mit der Ärzteschaft wäre in Anbetracht der immer noch sehr großen Zahl von unerkannten und unbehandelten Suchtproblemen

in der Bevölkerung wünschenswert (John et al., 1996). Ein Großteil der zahlreichen Stellen, die im Prinzip vermittelnd oder vorbereitend tätig werden könnten, spielen zahlenmäßig bisher kaum eine Rolle (Abbildung 4.1).

Tabelle 4.5 bezieht sich auf den ersten und damit vorrangigen Leistungsträger der stationären Maßnahme. Aufgrund der Empfehlungsvereinbarung von 1978 sind die Rentenversicherer, sofern die versiche-

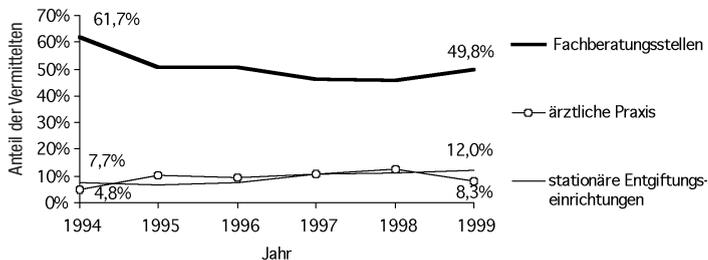


Abbildung 4.1:  
Wichtige Zugangswege zu stationärer Behandlung 1994 bis 1999

rungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen, Leistungsträger für die Entwöhnungsbehandlung, während die Krankenversicherungen für die Entgiftung 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. In 18% der Fälle ist die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) Leistungsträger. Bei den behandelten Frauen ist die BfA mit 38% der am häufigsten genannte Leistungsträger, bei den Männern liegt ihr Anteil bei ca. 11%. Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) tragen bei insgesamt 10% der Patienten die Kosten. Die dokumentierten Maßnahmen umfassen Entwöhnungsbehandlungen und Entgiftungsbehandlungen. Eine Sonderposition nehmen beim Thema Finanzierung die Einrichtungen aus dem Bereich der Nachsorge ein. Die Behandlungskosten für 34% der Männer und 64% der Frauen werden für diesen Einrichtungstyp durch Sozialhilfeträger übernommen. Aus leistungsrechtlichen Gründen ist die Kostenübernahme in der Nachsorge durch die Rentenversicherer relativ selten.

### 4.3 Verlauf der Behandlung

Im stationären Bereich wird heute eine große Bandbreite unterschiedlicher Behandlungsformen eingesetzt. Neben dem traditionellen Angebot »stationäre Entwöhnung«, das in drei von vier Fällen eingesetzt wird, ist insbesondere die Motivationsbehandlung (23% der Männer, 24% der Frauen) von Bedeutung. Auch die stationäre Entgiftung in der Einrichtung selbst spielt (11% der Männer, 10% der Frauen) eine wesentliche Rolle bei den Behandlungsmaßnahmen. Im Vergleich dazu sind ambulante Behandlungsanteile, tagesklinische Behandlung und stationäre Nachsorge in den dokumentierten Einrichtungen relativ selten. Dies weist darauf hin, dass in den beteiligten Einrichtungen vorwiegend ein klassisches Konzept

stationärer Entwöhnungsmaßnahmen verfolgt wird. Die Behandlungsdauer liegt in der Regel zwischen acht Wochen und vier Monaten. Es sind jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Konsumenten verschiedener Substanzen und den Einrichtungstypen festzustellen. In dieser Statistik sind sowohl planmäßige wie unplanmäßige Beendigungen berücksichtigt. Während von den Alkoholabhängigen nur etwa 10% mehr als vier Monate in stationärer Behandlung sind, gilt dies bei Abhängigkeit von illegalen Drogen für 45% und bei Kokainabhängigkeit für 46%. Überraschend ist ein ähnlich hoher Wert besonders bei Personen mit einer Hauptdiagnose Cannabis. Obwohl diese Personen in der Regel jünger sind und die Substanz als weniger kritisch angesehen wird, sind offensichtlich oft lange Behandlungszeiträume notwendig. Möglicherweise spielen dabei auch andere Störungen eine wichtige Rolle. Relativ kurze Behandlungszeiten finden sich bei Essstörungen und bei pathologischem Spielen. Nur in wenigen Fällen werden hier Zeiträume von mehr als vier Monaten beobachtet (Tabelle 4.6).

Zwischen 1995 und 1999 hat sich die Behandlungsdauer für Patienten mit Alkohol bedingten Problemen in der Summe deutlich verringert. Dies zeigt sich in einem starken Rückgang der Behandlungen mit einer Dauer von 4 bis 6 Monaten. Gleichzeitig haben Behandlungsdauern zwischen 8 Wochen und 4 Monaten deutlich zugenommen. Ähnliche Tendenzen sind auch bei Opiatabhängigkeit zu erkennen, wobei sich 1999 gegenüber 1998 nicht viel verändert hat. Es ist zu klären, ob diese Einschränkung der Therapie die Wirkung der Maßnahme verringert (Abbildung 4.2).

Die Art, wie die stationäre Behandlung beendet wird, hängt eng damit zusammen, ob es in ihrem Verlauf einen Rückfall gegeben hat oder nicht. 74% der Patienten ohne Rückfall haben ihre Behandlung regulär beendet. Bei den Patienten mit Rückfall liegt dieser Wert mit rund 31% deutlich niedriger. Von den Rückfälligen wurden 28% aus disziplinarischen

Tabelle 4.5: Belegung nach Leistungsträger und Geschlecht

Leistungsträger*	Psychiatrie		Fachklinik Alkohol		Fachklinik Drogen		Nachsorge		Sonstige		Gesamt				
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M + F	Abs.	
<b>Rentenversicherung:</b>															
BfA	1,5%	4,3%	11,2%	32,9%	4,3%	22,4%	1,8%	2,8%	17,7%	52,6%	11,0%	38,3%	17,5%	2.830	
LVA Baden	7,4%	7,8%	1,1%	3,2%	13,4%	7,5%	7,3%	2,8%	5,2%	1,4%	4,2%	3,0%	3,9%	631	
LVA Berlin			1,8%	1,0%	0,4%	0,5%	0,7%		0,7%	0,3%	1,2%	0,7%	1,1%	177	
LVA Brandenburg			2,3%	1,8%	0,1%				1,9%	0,9%	1,7%	1,2%	1,6%	262	
LVA Braunschweig			0,8%	0,4%	1,4%				0,7%	1,0%	0,8%	0,5%	0,7%	116	
LVA Freie und Hanse- stadt Hamburg			1,5%	1,2%	0,6%				2,4%	1,6%	1,4%	1,2%	1,4%	225	
LVA Hannover			5,7%	0,9%	5,8%	0,5%	0,5%	2,8%	8,5%	6,4%	5,9%	3,0%	5,2%	844	
LVA Hessen			2,5%	2,9%	1,2%	0,5%	0,2%		5,1%	0,3%	2,7%	1,6%	2,4%	397	
LVA Mecklenburg/Vorp.			1,6%	0,6%	0,3%				0,0%		0,9%	0,3%	0,8%	127	
LVA Niederbayern- Oberpfalz			0,7%	0,3%	0,8%	0,3%			1,0%	0,4%	0,7%	0,3%	0,6%	105	
LVA Oberbayern			3,1%	0,5%	1,3%				5,3%	1,0%	3,1%	0,6%	2,5%	412	
LVA Oberfranken u. Mittelfranken			1,8%	1,6%	1,2%	0,5%	0,5%		0,6%	0,4%	1,3%	1,0%	1,2%	200	
LVA Oldenburg-Bremen			4,8%	1,7%	1,0%	0,5%			0,3%	1,2%	2,9%	1,3%	2,5%	413	
LVA Rheinland-Pfalz			0,5%	0,2%	6,2%	0,3%			0,4%	0,1%	1,2%	0,2%	1,0%	157	
LVA Rheinprovinz	6,7%	5,2%	5,7%	5,6%	18,4%	13,3%	20,2%	5,6%	3,2%	2,0%	7,4%	5,0%	6,8%	1.109	
LVA für das Saarland			3,2%	1,2%	0,4%				0,0%		1,9%	0,6%	1,6%	255	
LVA Sachsen			1,2%		0,5%		1,4%		9,0%	3,1%	2,8%	1,2%	2,4%	387	
LVA Sachsen-Anhalt				0,1%	0,2%				9,8%	1,8%	2,2%	0,7%	1,8%	297	
LVA Schleswig-Holstein			0,3%	0,2%	0,5%		0,5%		0,4%	0,7%	0,3%	0,4%	0,4%	57	
LVA Schwaben			2,7%	0,1%	0,7%				0,1%	0,4%	1,6%	0,2%	1,3%	210	
LVA Thüringen			2,5%	1,1%	0,3%	0,3%			4,4%	1,2%	2,4%	1,0%	2,1%	338	
LVA Unterfranken			2,6%	1,0%	0,9%	0,3%			2,6%	0,1%	2,2%	0,5%	1,8%	290	
LVA Westfalen	22,5%	6,1%	8,8%	6,2%	9,5%	8,8%	18,1%	13,9%	3,4%	2,2%	8,5%	5,0%	7,7%	1.249	
LVA Württemberg	4,6%	4,3%	4,2%	1,1%	4,8%	4,8%	11,1%	2,8%	1,9%	5,7%	4,0%	3,3%	3,8%	624	
Bahnversicherungs- anstalt	0,2%		1,0%	0,3%	0,2%		0,2%		2,5%	0,3%	1,2%	0,3%	1,0%	155	
Seekasse			0,4%	0,1%					0,6%	0,1%	0,4%	0,1%	0,3%	46	
Bundesknappschaft	0,4%		1,6%	0,8%	0,4%		1,8%	2,8%	2,4%	0,5%	1,6%	0,6%	1,3%	215	
<b>Krankenversicherung:</b>															
AOK	36,6%	34,8%	11,1%	10,3%	14,1%	24,0%	6,8%	5,6%	2,4%	4,2%	10,4%	10,0%	10,3%	1.672	
Betriebskrankenkasse	5,0%	5,2%	3,3%	3,2%	2,0%	5,1%	0,9%	2,8%	0,5%	1,2%	2,5%	2,7%	2,5%	413	
Innungskrankenkasse	6,5%	4,3%	2,6%	1,9%	2,6%	4,0%	1,1%		0,1%	1,0%	2,2%	1,8%	2,1%	336	
See-Krankenkasse			0,1%						0,1%		0,1%		0,0%	8	
Landwirtschaftl. Kranken.			0,3%	0,2%			0,2%		0,1%	0,5%	0,2%	0,3%	0,2%	34	
Angestellten- Kranken.	8,4%	23,5%	4,8%	11,5%	3,9%	11,2%	0,2%		1,2%	4,5%	3,9%	9,0%	5,1%	826	
Arbeiter-Ersatzkasse	1,1%		1,2%	1,5%	0,2%		0,5%		0,0%	0,1%	0,8%	0,7%	0,8%	126	
Privat-Krankenkasse	0,2%	0,9%	0,6%	0,8%	0,9%	1,9%	0,2%		0,3%	0,6%	0,5%	0,8%	0,6%	99	
<b>Sonstige Versicherung:</b>															
Bundeswehr	0,2%		0,1%		0,1%				0,1%		0,1%		0,1%	12	
Bundespost			0,4%	0,3%					0,3%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%	46	
Polizeibehörde	0,4%		0,3%	0,1%	0,1%				0,3%		0,3%	0,0%	0,2%	34	
Berufsgenossenschaft			0,0%								0,0%		0,0%	1	
Selbstzahler/in	0,4%	0,9%	0,9%	1,4%	0,1%	0,5%	0,7%		1,1%	1,0%	0,8%	1,1%	0,9%	143	
Jugendhilfe			0,0%	0,1%	0,5%	0,3%			0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	15	
Sozialhilfe	9,2%	8,7%	2,3%	2,4%	14,2%	11,7%	34,2%	63,9%	4,2%	2,4%	5,7%	4,1%	5,3%	866	
Gesamt	Abs.	476	115	7.048	1.849	1.683	375	441	36	2.722	1.469	12.370	3.844	100%	16.214
	%	80,5%	19,5%	79,2%	20,8%	81,8%	18,2%	92,5%	7,5%	64,9%	35,1%	76,3%	23,7%		100%

\* Mehrfachnennungen möglich

Unbekannt: 1,9%

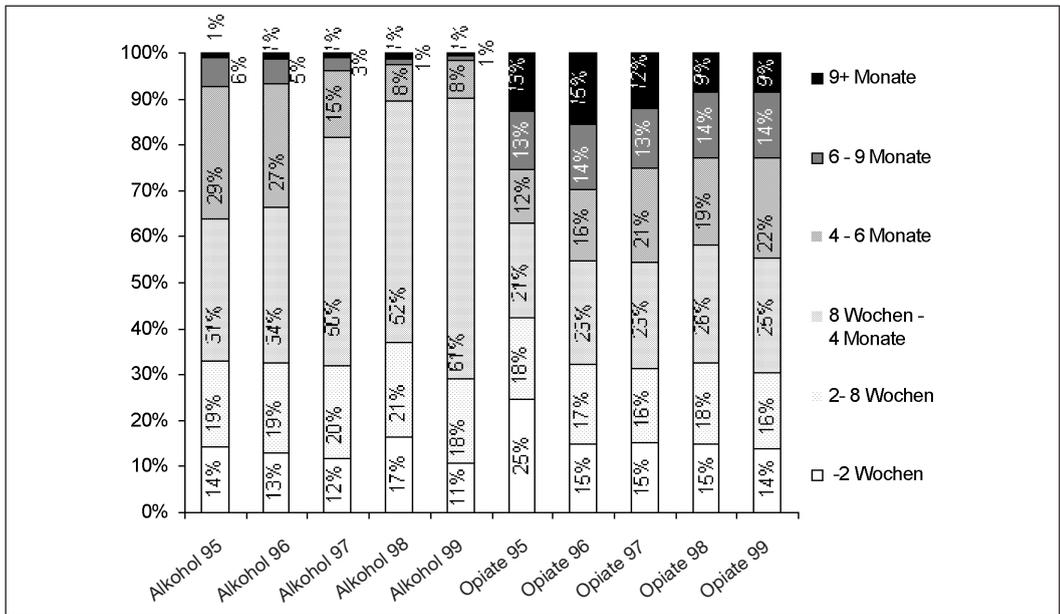


Abbildung 4.2: Behandlungsdauer

Gründen entlassen, 21% haben selbst die Behandlung abgebrochen. Trotz der Einbeziehung der Möglichkeit eines Rückfalls in den Therapieverlauf bleibt dieser also ein sehr kritisches Ereignis, das einen planmäßigen Abschluss und damit auch den Erfolg der Behandlung massiv infrage stellt. In vielen Fällen kann die Klinik den endgültigen Rückfall und damit das Scheitern der Therapie offensichtlich nicht mehr auffangen (Tabelle 4.7).

Bei den Rückfällen gibt es deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Substanzen. Bei Alkoholabhängigen ist Rückfall mit etwa 12% relativ selten. Dagegen liegen die entsprechenden Zahlen bei Opiaten mit knapp 32% mehr als doppelt so hoch. Dabei findet der Rückfall nicht nur mit illegalen Drogen statt (17%), bei 20% ist Alkohol die kritische Substanz (Tabelle 4.8).

Tabelle 4.6: Hauptdiagnose und Behandlungsdauer

Hauptdiagnose	Behandlungsdauer						Gesamt	
	bis 2 Wochen	über 2 bis 8 Wochen	über 8 Wochen bis 4 Monate	über 4 bis 6 Monate	über 6 bis 9 Monate	über 9 Monate	Abs.	%
Alkohol	10,7%	18,3%	61,2%	8,0%	1,0%	0,8%	11.689	70,8%
Opiate	14,0%	16,3%	25,0%	22,0%	14,1%	8,6%	2.382	14,4%
Cannabis	15,1%	19,4%	26,6%	19,4%	15,1%	4,3%	139	0,8%
Sedativa/Hypnotika	30,2%	18,0%	35,3%	12,2%	2,9%	1,4%	139	0,8%
Kokain	10,2%	17,2%	26,9%	20,4%	13,4%	11,8%	186	1,1%
Sonstige	10,1%	15,1%	35,3%	16,8%	17,6%	5,0%	119	0,7%
Essstörungen	6,8%	22,7%	43,2%	20,5%	6,8%		44	0,3%
Patholog. Spielen	8,3%	8,3%	75,0%	8,3%			12	0,1%
Sonstiges/ unbek.	10,4%	15,4%	60,6%	10,8%	1,7%	1,1%	1.790	10,8%
Gesamt	Abs. 1.872	2.921	9.039	1.765	552	351	16.500	100%
	% 11,3%	17,7%	54,8%	10,7%	3,3%	2,1%	100%	

Unbekannt: 0,2%

#### 4.4 Beendigung der Behandlung

Rund 64% der Behandlungen werden planmäßig beendet, weitere 2% durch Verlegung oder Vermittlung. Nimmt man jedoch alle Arten von Beendigungen, die mit therapeutischem Einverständnis oder aus therapeutischer Veranlassung erfolgen zusammen, errechnen sich etwa 73% (Tabelle 4.9).

Auch die Art der Beendigung variiert erheblich mit der Hauptdiagnose. Während bei der Hauptdiagnose Alkohol 79% planmäßige bzw. mit Zustimmung des Therapeuten vollzogene vorzeitige Beendigung vorliegt, liegen die entsprechenden Werte für Opiate bei 47% und für Kokain bei 59%. Ursache für das ungünstige Ergebnis bei den beiden illegalen Substanzen ist sowohl der deutlich erhöhte Anteil von

Abbrüchen durch den Klienten als auch der hohe Wert disziplinarischer Therapiebeendigungen durch die Klinik (Tabelle 4.10).

Therapieerfolg kann nicht ausschließlich in Abstinenz oder der Verringerung des Konsums gemessen werden. Vielmehr muss es um eine Stabilisierung der gesamten Lebensumstände der Patienten gehen, ohne die suchtmittelbezogene Therapieziele auf Dauer nur schwer erreicht werden können. Von einigen sich anbietenden Items wurde die Lebenssituation als Indikator der sozialen Lage des Patienten herausgegriffen. Die Veränderung der Lebenssituation im Laufe der Behandlung lässt sich ablesen, wenn man in den Tabellen 4.11 und 4.12 die Diagonalen verfolgt. Es zeigt sich, dass sich bei Frauen größere Veränderungen während der Behandlung ergeben als bei

Tabelle 4.7: Rückfall und Art der Beendigung

		Art der Beendigung								Gesamt		
		planmäßig	Beendigung durch Patient /-in	disziplinarisch	Verlegung/Vermittlung	vorz. auf therap. Veranlassung	vorz. mit therap. Einverständnis	vorz. gegen therap. Einverständnis	verstorben	Sonstiges	Abs.	%
Kein Rückfall		73,8%	11,3%	1,9%	1,7%	2,4%	4,1%	4,6%	0,0%	0,2%	12.086	84,4%
Rückfall		30,7%	20,9%	28,4%	3,4%	8,0%	2,5%	5,4%	0,4%	0,3%	2.237	15,6%
Gesamt	Abs.	9.608	1.829	870	278	464	557	671	13	33	14.323	100%
	%	67,1%	12,8%	6,1%	1,9%	3,2%	3,9%	4,7%	0,1%	0,2%		

Unbekannt: 13,3%

Tabelle 4.8: Hauptdiagnose und Rückfall während der Behandlung

Hauptdiagnose	kein Rückfall		Rückfall mit ... *							Gesamt		
	Abs.	%	illegalen Drogen	Medikamenten	Alkohol	Nikotin	Spielen	Essstörungen	Sonstige Formen	Abs.	%	
Alkohol	87,7%	12,3%	1,0%	1,0%	10,3%	0,2%	0,1%	0,3%	0,4%	10.388	71,8%	
Opiate	67,7%	32,3%	17,2%	2,1%	20,2%	0,1%	0,0%	0,8%	1,3%	2.124	14,7%	
Cannabis	76,8%	23,2%	12,8%		14,4%		0,8%			125	0,9%	
Sedativa/Hypnotika	80,6%	19,4%	3,9%	9,7%	9,7%					103	0,7%	
Kokain	69,1%	30,9%	10,9%	1,1%	21,7%		0,6%		2,9%	175	1,2%	
Sonstige	78,9%	21,1%	7,9%	0,9%	13,2%				1,8%	114	0,8%	
Essstörungen	57,9%	42,1%	7,9%		13,2%			34,2%		38	0,3%	
Patholog. Spielen	63,6%	36,4%				36,4%				11	0,1%	
Sonstiges/ unbekannt	89,2%	10,8%	1,7%	0,8%	9,0%	0,1%	0,1%	0,1%		1.383	9,6%	
Gesamt	Abs.	12.202	2.259	542	177	1.715	24	21	58	74	14.461	100%
	%	84,4%	15,6%	3,7%	1,2%	11,9%	0,2%	0,1%	0,4%	0,5%		

\* Mehrfachnennungen möglich

Unbekannt: 12,5%

den Männern. Insbesondere lebt ein Teil der Frauen, die zu Beginn mit Partner und Kind zusammenleben, bei der Entlassung allein mit dem Kind. Der Anteil

der Personen, die bei den Eltern leben, verringert sich von der Aufnahme zur Entlassung um etwa 2 Prozentpunkte (Tabellen 4.11 und 4.12).

Tabelle 4.9: Art der Beendigung und Geschlecht

Art der Beendigung		Geschlecht		Gesamt	
		Männer	Frauen	Abs.	%
Planmäßig		63,7%	66,7%	10622	64,4%
Beendigung durch Patient/-in		13,1%	13,4%	2170	13,2%
Disziplinarisch		6,1%	3,9%	925	5,6%
Verlegung/Vermittlung		2,4%	1,9%	371	2,2%
Vorzeitig auf therap. Veranlassung		2,9%	2,9%	476	2,9%
Vorzeitig mit therap. Einverständnis		3,3%	4,0%	573	3,5%
Vorzeitig gegen therap. Einverständnis		4,4%	4,4%	719	4,4%
Verstorben		0,1%	0,1%	13	0,1%
Sonstiges		0,2%	0,3%	33	0,2%
Gesamt	Abs.	12.600	3.894	16.494	100%
	%	76,4%	23,6%	100%	
				Unbekannt:	0,2%

Tabelle 4.10: Art der Beendigung und Hauptdroge

	Art der Beendigung									Gesamt		
	planmäßig	Beendigung durch Patient/in	disziplinarisch	Verlegung/Vermittlung	vorz. auf therap. Veranlassung	vorz. mit therap. Einverständnis	vorz. gegen therap. Einverständnis	verstorben	Sonstiges	Abs	%	
Alkohol	72,1%	11,3%	3,4%	2,1%	3,2%	3,8%	3,8%	0,1%	0,2%	11.531	72,5%	
Opiate	42,0%	24,4%	17,6%	3,4%	3,1%	2,1%	6,8%	0,2%	0,3%	2.318	14,6%	
Cannabis	45,7%	23,9%	8,7%	1,4%	3,6%	8,7%	8,0%			138	0,9%	
Sedativa/Hypnotika	50,0%	33,1%	4,4%	3,7%	2,9%	1,5%	4,4%			136	0,9%	
Kokain	53,3%	21,4%	12,6%	1,6%	2,2%	3,3%	5,5%			182	1,1%	
Sonstige	45,7%	31,0%	9,5%	1,7%	0,9%	7,8%	3,4%			116	0,7%	
Essstörungen	68,2%	6,8%	6,8%	4,5%	2,3%	4,5%	4,5%		2,3%	44	0,3%	
Patholog. Spielen	66,7%				8,3%	8,3%	16,7%			12	0,1%	
Sonstiges/ unbekannt	71,2%	10,0%	5,1%	2,3%	1,3%	3,5%	6,2%	0,1%	0,4%	1.425	9,0%	
Gesamt	Abs.	10.622	2.170	925	371	476	573	719	13	33	15.902	100%
	%	66,8%	13,6%	5,8%	2,3%	3,0%	3,6%	4,5%	0,1%	0,2%	100%	

Unbekannt: 3,8%

Tabelle 4.11: Lebenssituation der Männer bei Aufnahme und Entlassung

Lebt zusammen mit bei Aufnahme*		bei Entlassung*								Gesamt	
		nur mit Partner/-in und Kind/ern	nur mit Partner/-in	nur mit Kind/ern	mit Partner/in oder Kind/ern und anderen	Eltern	Andere Angehörige Freun-	Freunden/Bekannt-	Sonstigen	Trifft nicht zu	Abs.
Nur mit Partner/in und Kind/ern	93,8%	0,5%	0,3%	0,4%	0,2%	0,1%	0,2%	1,0%	3,9%	1.246	10,6%
Nur mit Partner/in	0,2%	89,0%	1,1%	0,5%	0,7%	0,5%	0,6%	2,0%	5,9%	2.651	22,6%
Nur mit Kind/ern	2,3%	3,6%	90,3%	0,5%	0,7%	0,2%	0,2%	0,8%	2,0%	607	5,2%
Mit Partner/in oder Kind/ern und anderen	0,3%	2,5%	0,7%	93,5%	86,6%	8,7%	3,3%	1,7%	2,0%	766	6,5%
Eltern	0,3%	2,6%	0,3%	32,9%	78,8%	5,3%	1,9%	6,4%	9,6%	2.006	17,1%
Anderen Angehörigen		6,7%	0,9%	11,6%	16,9%	75,0%	4,6%	4,2%	11,1%	569	4,8%
Freunden/Bekannt-	0,4%	4,5%	0,4%	9,5%	6,4%	8,0%	64,0%	14,0%	14,8%	264	2,2%
Sonstigen	1,0%	6,3%	0,4%	2,4%	9,0%	3,1%	5,1%	60,1%	17,1%	491	4,2%
Trifft nicht zu	0,7%	2,4%	0,1%	0,2%	2,6%	1,1%	2,0%	4,9%	86,3%	4.087	34,8%
Gesamt	Abs. 1.231 % 10,5%	2.612 22,2%	600 5,1%	749 6,4%	1.753 14,9%	519 4,4%	324 2,8%	732 6,2%	4.106 35,0%	11.744 100%	100%

\*Mehrfachnennungen möglich

Unbekannt: 5,2%

Tabelle 4.12: Lebenssituation der Frauen bei Aufnahme und Entlassung

Lebt zusammen mit bei Aufnahme*		bei Entlassung*								Gesamt	
		nur mit Partner/in und Kind/ern	nur mit Partner/in	nur mit Kind/ern	mit Partner/in oder Kind/ern und anderen	Eltern	Andere Angehörige Freun-	Freunden/Bekannt-	Sonstigen	Trifft nicht zu	Abs.
Nur mit Partner/in und Kind/ern	88,8%	1,6%	3,2%	0,5%	0,5%		0,5%	2,5%	3,0%	436	11,8%
Nur mit Partner/in	0,3%	87,9%	1,2%	0,7%	0,6%		0,7%	2,5%	6,8%	1003	27,1%
Nur mit Kind/ern	2,5%	3,9%	87,7%	0,7%	0,8%	0,2%	0,3%	0,7%	3,9%	611	16,5%
Mit Partner/in oder Kind/ern und anderen	0,6%	4,1%	5,1%	80,7%	81,6%	8,9%	3,8%	1,3%	2,2%	316	8,5%
Eltern	0,2%	3,7%	1,8%	37,9%	83,4%	5,7%	3,4%	4,3%	4,6%	652	17,6%
Anderen Angehörigen	0,9%	1,8%	6,2%	21,2%	31,9%	74,3%	2,7%	2,7%	9,7%	113	3,0%
Freunden/Bekannt-		7,1%	2,9%	14,3%	24,3%	7,1%	60,0%	8,6%	12,9%	70	1,9%
Sonstigen		5,8%	1,7%	0,8%	4,1%	1,7%	1,7%	70,2%	16,5%	121	3,3%
Trifft nicht zu	0,3%	2,3%	1,0%	0,7%	1,3%	1,2%	1,0%	2,7%	90,4%	768	20,7%
Gesamt	Abs. 408 % 11,0%	968 26,1%	590 15,9%	285 7,7%	575 15,5%	101 2,7%	73 2,0%	178 4,8%	864 23,3%	3706 100%	100%

\*Mehrfachnennungen möglich

Unbekannt: 5,1%

## 5 Sonderauswertungen

### 5.1 Klienten mit Hauptdiagnose Kokain

Schädlicher Konsum oder Missbrauch von Kokain wurde 1999 bei 16,9% der Männer und 13,3% der Frauen, die 1999 in stationären Einrichtungen behandelt wurden, diagnostiziert. Behandlungsleitende Hauptdroge ist Kokain bei insgesamt 175 Personen, das sind 1,1% der Patienten. Damit steht Kokain an dritter Stelle nach Alkohol und Opiaten. In den Fachkliniken für Abhängige illegaler Drogen steht Kokain als Hauptsubstanz sogar an zweiter Stelle.

Die folgende Beschreibung der Klientencharakteristika bezieht sich auf Personen mit Kokainabhängigkeit als Hauptdiagnose. Im Durchschnitt sind die Konsumenten 29 Jahre alt. Suchtprobleme mit Kokain betreffen vorwiegend Männer. Die Verteilung

der Geschlechter ist mit 86% Männer und 14% Frauen etwa wie bei Opiaten. Knapp zwei Drittel der Kokainpatienten sind erwerbslos, etwas mehr als bei Alkoholpatienten und weniger als bei Opiatpatienten. Auch die Zahl Verurteilter ist bei Patienten mit Hauptdiagnose Kokain annähernd so hoch wie bei Opiatpatienten: 82% haben eine Verurteilung. An erster Stelle stehen BtM-Delikte, gefolgt von Beschaffungsdelikten und Verkehrsdelikten.

Das Alter des Beginns des schädlichen Gebrauchs von Kokain liegt sowohl bei Männern, wie auch bei Frauen bei rund 21 Jahren. Wie bei Opiaten, haben etwa 42% der Patienten andere somatische oder psychische Störungen. Persönlichkeitsstörungen stehen auf der psychischen Seite und infektiöse bzw. parasitäre Krankheiten auf der somatischen Seite im Vordergrund.

Nur 21% der wegen Kokainmissbrauchs Behan-

*Tabelle 5.1:* Klienten mit Hauptdroge Kokain

	Männer	Frauen
Klientenzahl (absolut)	150	25
Klientenzahl (%)	1,2%	0,6%
Geschlechterverteilung	86%	14%
Altersdurchschnitt	28,6	
Erwerbslose	65%	
<b>Verurteilungen</b>	82%	
Verkehrsdelikte/Führerscheinentzug	33%	
Sachbeschädigung	16%	
Delikte gegen Personen	26%	
Beschaffungsdelikte	48%	
BtM-Delikte	66%	
<b>Alter bei Beginn des schädli. Gebrauchs</b>	21,2	20,5
Keine Vorbehandlung	21%	
Entgiftung	72%	
Amb. suchtbezogene Therapie	9%	
Stationäre Entwöhnung	42%	
<b>Behandlungsform</b>		
Stationäre Entwöhnung	82%	
Motivationsbehandlung	39%	
Adaption	28%	
Langzeitbetreuung Mehrfachgeschädigter	9%	
<b>Keinen Rückfall</b>	69%	
Rückfall mit illegalen Drogen	11%	
Rückfall mit Alkohol	22%	
<b>Art der Beendigung</b>		
Planmäßig	53%	
Beend. durch Patient/in	21%	
Disziplinarisch	13%	

delten haben keine Vorbehandlungen. In 72% der Fälle wurde bereits eine Entgiftung durchgeführt. Eine stationäre Entwöhnung haben 42% der Patienten gemacht und 9% eine ambulante suchtbezogene Therapie.

Die Behandlung erfolgt bei 82% in Form einer stationären Entwöhnung. Häufig sind auch Motivationsbehandlungen, rund 39% der Patienten erhalten eine solche. Adaption wird bei 28% eingesetzt. Im Laufe

der Behandlung kommt es bei fast einem Drittel der Patienten zu einem Rückfall. 11% der Kokainklienten haben einen Rückfall mit illegalen Drogen, 22% mit Alkohol.

Die Beendigung der Behandlung ist bei über der Hälfte der Patienten planmäßig. 21% beenden von sich aus die Behandlung und 13% der Beendigungen haben disziplinarische Gründe (Tabelle 5.1).

## 6 Literaturverzeichnis

- Dilling, H., Mombour, W. und Schmidt, M. (Hrsg.). (1992). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Funke, W., Kluger, H. Bachmeier, R., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, V., Wüst, G. (1999). FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 1996 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige, Sucht Aktuell/1/40-44.
- 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.
- Klein, M., Missel, P., Ott, E., Schneider, R., Simon, W., Wernado, R., Zemlin, U. (1990) Katamnese Sucht – Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung. Saarbrücken.
- Simon, R. und Palazzetti, M. (1999a). Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. EBIS-Bericht für den Zeitraum 1.1.-31.12.1998. Sucht, Sonderheft.
- Simon, R. und Palazzetti, M. (1999b). 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.
- Simon, R., Walter-Hamann, R., Bühringer, G., Helas, I. und 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. (2000a). 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., Lange, S. N. & Zahn, H. (2000b). Erweiterte Jahresstatistik 1999 der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum: 1.1.1999–31.12.1999. SEDOS-Berichte Bd. 8e. Hamm: SEDOS-AG.
- Weltgesundheitsorganisation (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Verlag Hans Huber.



## Hinweise für Autoren/Manuskripteinreichungen

Die Zeitschrift SUCHT wendet sich an Wissenschaftler und wissenschaftlich interessierte Praktiker. Sie veröffentlicht Artikel aller Fachdisziplinen, die sich mit der Forschung und Praxis zu substanzbezogenen Störungen und ihren Grenzgebieten befassen. Entsprechend dem komplexen Bedingungsgefüge abhängigen Verhaltens werden Manuskripte aus den Bereichen der Biochemie, Neurologie, Pharmakologie, Epidemiologie, Psychologie, Psychiatrie, Kriminologie und Soziologie gleichermaßen berücksichtigt. Auf empirisch fundierte Arbeiten wird Wert gelegt.

### 1. Rubriken

Manuskripte werden für folgende sechs Rubriken angenommen; sie dürfen an anderer Stelle noch nicht publiziert bzw. eingereicht sein:

1. *Originalarbeiten* sollen theoretischer oder empirischer Natur sein.

2. *Kurze Mitteilungen* informieren über aktuelle bzw. Ergebnisse aus laufenden Forschungsprojekten.

3. *Übersichtsarbeiten* geben den Kenntnisstand in einem bestimmten Forschungsbereich wieder (Literaturübersichten). Sie sollen aufgrund der Zielsetzung der Zeitschrift SUCHT auch Schlußfolgerungen für die weitere Forschung und (soweit zutreffend) auch für die Praxis enthalten. Sie können von Autoren unaufgefordert eingereicht oder von der Redaktion angefordert werden.

4. Die Rubrik *Praxis* beschäftigt sich mit praktischen Problemen, Lösungsansätzen und Ergebnissen, z. B.:

Neuentwicklung eines präventiven oder therapeutischen Verfahrens/Programms unter Praxisbedingungen

Allgemein bedeutsame Weiterentwicklung eines bekannten Verfahrens

Fallberichte mit einer ungewöhnlichen therapeutischen Vorgehensweise bzw. mit ungewöhnlichen positiven oder negativen Ergebnissen

Problemsituationen aus der Praxis, für die keine befriedigenden Lösungen bekannt sind

Erstmalige Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis.

5. In der Rubrik *Forum* werden Kommentare veröffentlicht. Dazu gehören Stellungnahmen zu Artikeln der Zeitschrift, juristische und gesundheitspolitische Kommentare, Buch- und Tagungsbesprechungen. Mit dem Forum strebt die Zeitschrift eine aktive Auseinandersetzung der Leser mit wichtigen und kontroversen Entwicklungen innerhalb der Suchtforschung und -praxis an.

In der Rubrik *Nachrichten* werden u. a. Informationen zu Tagungen, Publikationen und anderen Medien veröffentlicht.

### 2. Manuskriptlänge

Eine Manuskriptseite enthält 25 Zeilen x 50 Anschläge (zweizeilig geschrieben, breiter Rand rechts). Alle Manuskripte bitte vierfach einreichen. Die folgenden maximalen Seitenbegrenzungen gelten einschließlich Tabellen, Abbildungen und Literaturzitate:

– Wissenschaftliche Originalarbeiten: 25 Manuskriptseiten

– Kurze Mitteilungen: 6 Manuskriptseiten

– Übersichtsarbeiten: 30 Manuskriptseiten

– Praxis: 10 Manuskriptseiten

– Forum: 6 Manuskriptseiten

– Nachrichten

Nachrichten, Medien- und Veranstaltungshinweise sind lediglich in zweifacher Ausfertigung an die Redaktion einzureichen.

### 3. Manuskriptform

Bitte vor Einreichung eines Manuskripts die jeweils aktuelle Checkliste für Autoren zur Manuskripterstellung von der Redaktion anfordern oder von der Web-Seite des Verlags laden (<http://www.neuland.com/sucht/index.htm>). In der Checkliste sind alle formalen Anforderungen zusammengestellt. Manuskripte werden von der Redaktion nur dann zur Begutachtung weitergeleitet, wenn sie den formalen Anforderungen der Checkliste entsprechen.

### 4. Begutachtung

Die Begutachtung der vorgelegten Arbeiten (mit Ausnahme der Nachrichten und Forumsbeiträge) erfolgt jeweils durch zwei Gutachter in anonymisierter Form.

### 5. Endfassung angenommener Manuskripte

Die Endfassung bitte mit Diskette (Word-Dokument) und reproduktionsfähigen Vorlagen der Abbildungen sowie einem Papierausdruck des gesamten Manuskriptes an die Redaktion senden.

### 6. Produkthaftung

Das Produkthaftungsrecht stellt erhöhte Anforderungen an die Sorgfaltpflicht aller mit der Erarbeitung und Verbreitung von Manuskripten Befassten. Dies gilt insbesondere für Autoren von wissenschaftlichen Zeitschriftenbeiträgen. Bitte prüfen Sie deshalb bei der Abfassung Ihres Beitrages sowie bei der anschließenden Korrektur stets gewissenhaft, ob die in Ihrem Manuskript enthaltenen Angaben inhaltlich richtig sind.

### 7. Urheberrecht

Mit Einreichung des Manuskriptes erklären die Autoren, daß alle Rechte an diesem Beitrag bei ihnen liegen und dieser noch nicht an anderer Stelle publiziert wurde. Für Abbildungen oder Tabellen, die bereits an anderer Stelle publiziert sind, muß von den Autoren eine schriftliche Nachdruckgenehmigung des Verlages dieser Publikation eingeholt und dem Manuskript beigelegt werden.

### 8. Rechtseinräumung

Mit der Veröffentlichung des Beitrages in der Zeitschrift SUCHT gehen alle Rechte daran auf die Neuland-Verlagsgesellschaft mbH über.

### 9. Sonderdrucke

Von den Beiträgen der Rubriken »Originalarbeiten«, »Kurze Mitteilungen«, »Übersichtsarbeiten« und »Praxis« erhalten die Autoren bzw. die Autorengruppe 50 Sonderdrucke kostenfrei. Die Lieferung erfolgt an die im Beitrag genannte Korrespondenzanschrift. Anfragen für weitere Sonderdrucke sind an den Verlag zu richten.

## **EBIS**

Bereits seit 1988 wird die Arbeit eines großen Teils der ambulanten Suchtkrankenhilfe dokumentiert. Als das wichtigste System hat sich dabei das Dokumentationssystem EBIS (einrichtungsbezogenes Informationssystem) entwickelt. Aktuell beteiligen sich ca. 600 Einrichtungen an einer qualifizierten jährlichen Erhebung.

## **SEDOS**

Seit 1994 gibt es das stationäre einrichtungsbezogene Dokumentationssystem SEDOS. Es ist die Zusammenführung der bewährten Dokumentationssysteme EBIS-stationär und DOSY zu einer gemeinsamen Basisdokumentation der stationären Suchtkrankenhilfe. Angestrebt ist die Weiterentwicklung zu einem bundesweiten Dokumentationssystem mit Einbeziehung bestehender relevanter Systeme. Die Ergebnisse der bundesweiten Auswertung für das Jahr 1999 werden von der EBIS- und SEDOS-AG in diesem Sonderheft der Zeitschrift SUCHT publiziert.

ISBN 3-87581-210-7



www.neuland.com