

ISSN 1617-108X

C 5732 F

SUCHT

Zeitschrift für
Wissenschaft und Praxis

Deutsche Hauptstelle gegen
die Suchtgefahren (DHS)

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung
und Suchttherapie (DG-SUCHT)

NEULAND

47. Jahrgang · Sonderheft 3 · Dezember 2001

Suchthilfestatistik 2000 in Deutschland

**Statistical Report 2000 of Treatment Facilities
for Substance Use Disorders in Germany**

Karin Welsch

IMPRESSUM

SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis

chemals »Suchtgefahren« (Jahrgänge 1–36)

Herausgeber:

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) e.V. Westring 2, Postfach 1369, 59003 Hamm

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V., Postfach 1453, 59004 Hamm

Verlag:

Neuland-Verlagsgesellschaft mbH.

Postfach 1422, 21496 Geesthacht

Telefon: 0 41 528 13 42, Telefax: 0 41 528 13 43

E-Mail: vertrieb@neuland.com

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

Bestellungen und Vertriebsfragen: Frank Lindemann

Erscheinungsweise: Sechs Hefte pro Jahrgang, jeweils Ende

Februar, April, Juni, August, Oktober, Dezember

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

Bezugspreise: Inland: € 86,-, Ausland € 120,- jährlich. Einzelheft € 22,-. Die Preise beinhalten Versandkosten und 7% Umsatzsteuer.

Die Rechnungsstellung erfolgt zu Jahres- bzw. Abonnementsbeginn. Das Abonnement verlängert sich, wenn es nicht einen Monat vor Auslieferung des ersten Hefes gekündigt wird. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt (auch durch Streiks) entstehen keinerlei Rechtsansprüche seitens des Abonnenten.

Herstellung:

Satz: KCS GmbH, Buchholz/Hamburg

Druck: Nieswand, Kiel

Copyright: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH

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

Die Zeitschrift SUCHT wird ausgewertet für die Datenbanken:

EMBASE/JURIS/PSYINDEX/SOLIS/SoLit

Außerdem werden Aufsätze in folgenden gedruckten Diensten

(Referatezeitschriften) nachgewiesen:

EMBASE/Excerpta Medica: Section 40 Drug Dependence (Auszüge aus EMBASE); 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.

Anzeigenverwaltung:

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

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

E-Mail: verlag@eulenhof.de

Beirat:

Dr. Dipl.-Psych. Reinhold Abfal, 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;

PD Dr. rer. nat. Ursula Havemann-Reinecke, Göttingen;

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

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Bielefeld;

Prof. Dr. phil. Ulrich John, Greifswald;

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

Dr. med. Volker Kielstein, Magdeburg;

Prof. Dr. Dieter Kleiber, Berlin;

Prof. Dr. phil. Joachim Körkel, Nürnberg;

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

Prof. Dr. jur. Arthur Kreuzer, Gießen;

Prof. Dr. Hans-Peter Krüger, Würzburg;

Dr. Dipl.-Psych. Heinrich Küfner, München;

Prof. Dr. Klaus Kuschinsky, Marburg;

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

Prof. Dr. Otto Michael Lesch, Wien;

Prof. Dr. med. Karl Mann, Mannheim;

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

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

Dr. Richard Müller, Lausanne;

Prof. Dr. med. Dieter Naber, Hamburg;

Prof. Dr. Dr. Olbrich, Mannheim;

Redaktion:

Dr. rer. soc. Gerhard Bühringer, IFT Institut für Therapieforschung, München; E-Mail: buehringer@ift.de (Chefredaktion);

PD Dr. med. Anil Batra, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen, E-Mail: albatra@med.uni-tuebingen.de;

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

St. Wendel, St. Wendel, E-Mail: dcaspari@wnd.st-elisabeth.de;

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

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

demmel@psy.uni-muenster.de;

PD Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Einrichtungen der RWTH, Aachen, E-Mail: egouzoulis@post.klinikum.rwth-aachen.de;

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

Suchtmedizin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, E-Mail: HeinzA@as200.zi-mannheim.de;

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

Lindow, Lindow, E-Mail: lindenmeyer@salus-lindow.de;

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

versität Psychologisches Institut I, Münster, E-Mail:

rist@psy.uni-muenster.de;

Dr. med. Norbert Scherbaum, Klinik für Psychotherapie,

Rheinische Kliniken Psychiatrie, Essen, E-Mail: norbert.scherbaum@uni-essen.de;

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

Klinik der Universität Mainz, Mainz, E-Mail: schmidt@psychia-trie.klinik.uni-mainz.de;

PD Dr. med. Friedhelm Stetter, Oberbergklinik Extertal für Psycho-

therapie, Psychiatrie, Psychosomatik, Extertal, E-Mail:

stetter@oberbergkliniken.de;

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

Bremen, E-Mail: Steyssen@sjb-bremen.de;

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

E-Mail: hcv@tz-friedberg.de;

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

schaftliche Fakultät/Psychologie, Konstanz, E-Mail:

hans.watzl@uni-konstanz.de (stellvertr. Chefredakteur);

Rolf Hüllinghorst, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren

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

geber).

Redaktionsbüro:

Dipl.-Psych. Jutta Künzel

IFT Institut für Therapieforschung

Parzivalstraße 25, 80804 München

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

E-Mail: kuenzel@ift.de

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, Friedrichs-

dorf;

Prof. Dr. Helmut K. Seitz, Heidelberg;

Prof. Dr. med. Michael Soyka, München;

Prof. Dr. Alfred Springer, Wien;

Prof. Dr. Karl-Ludwig Täschner, Stuttgart;

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

sterdam;

Karl-Rudolf Winkler, Koblenz;

Dr. med. Erik Winter, Berlin.

Suchthilfestatistik 2000 für Deutschland**Statistical Report 2000 of Treatment Facilities for Substance Use Disorders in Germany***Karin Welsch*

Editorial

Gerhard Bühringer, Rolf Hüllinghorst 5**Jahresstatistik 2000 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland****Statistical Report 2000 of Outpatient Treatment Facilities for Substance Use Disorders in Germany***Karin Welsch* 7**Zusammenfassung** 7**Abstract** 8**1 Einleitung** 8**2 Ziele der Dokumentation** 9**3 Methodik** 10

3.1 Auswahl und Operationalisierung der einbezogenen Daten und Auswertungen 10

3.2 System- und länderspezifische Arbeitsgemeinschaften 11

3.3 Daten- und Tabellensätze 11

3.4 Hinweise zum Verständnis der Tabellen und Abbildungen 12

4 Datenbasis für die Auswertung 2000 14**5 Datenbasis zu den Einrichtungen** 17

5.1 Struktur 17

5.2 Mitarbeiter 19

5.3 Finanzierung 21

5.4 Prävention 21

6 Daten zur Klientel (Statistik der Zugänge) 23

6.1 Übersicht zur Klientel 23

6.2 Diagnosen 23

6.3 Substanzbezogene Störungen 29

6.4 Ess-Störungen 37

6.5 Pathologisches Spielverhalten 37

7 Daten zu Interventionen (Statistik der Entlassungen) 40

7.1 Art der Hilfen 40

7.2 Substanzbezogene Störungen 41

7.3 Ess-Störungen 46

7.4 Pathologisches Spielverhalten 48

8 Kurzfassung 49**9 Literaturverzeichnis** 51

Jahresstatistik 2000 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland	
Statistical Report 2000 of Inpatient Treatment Facilities for Substance Use Disorders in Germany	
<i>Karin Welsch</i>	52
Zusammenfassung	52
Abstract	53
1 Einleitung	53
2 Ziele der Dokumentation	53
3 Methodik	54
3.1 Daten- und Tabellensätze	54
3.2 Hinweise zum Verständnis der Tabellen und Abbildungen	54
4 Datenbasis für die Auswertung 2000	54
5 Datenbasis zu den Einrichtungen	55
5.1 Struktur	55
5.2 Mitarbeiter	58
5.3 Finanzierung	59
6 Daten zur Klientel (Statistik der Zugänge)	60
6.1 Übersicht zur Klientel	60
6.2 Hauptdiagnosen	62
6.3 Substanzbezogene Einzeldiagnosen	64
6.4 Zugang zur Behandlung	64
7 Daten zu Interventionen (Statistik der Entlassungen)	73
7.1 Vorbehandlung	73
7.2 Verlauf der Behandlung	75
7.3 Beendigung der Behandlung	77
8 Kurzfassung	81
9 Literaturverzeichnis	83

Editorial

Suchthilfe-Statistik 2000: Ein weiterer Meilenstein beim Aufbau einer umfassenden Dokumentation der Suchtkrankenhilfe in Deutschland

Gerhard Bühringer, Rolf Hüllinghorst

1980 wurde mit der Einführung von EBIS (Einrichtungsbezogenes Informationssystem) als erster standardisierter Basisdokumentation in den ambulanten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe ein wichtiger Schritt für die Qualitätssicherung und die nationale Berichterstattung gemacht. Ab 1986 begann die Umstellung der manuellen Auswertung in den Einrichtungen (Randlochkarten) auf EDV. 1992 folgte der dritte Meilenstein, nämlich die Einbeziehung der neuen Bundesländer, die sich von Anfang an mit einem sehr hohen Anteil ihrer Einrichtungen an der EBIS-Dokumentation beteiligten.

Mit der Jahresstatistik 2000 wird der vierte wichtige Schritt vollzogen, nämlich die erstmalige Publikation einer systemübergreifenden Dokumentation der Suchtkrankenhilfe in Deutschland, die sich nicht mehr nur auf die Daten aus dem EBIS-System bezieht, sondern in systematischer Form die Daten anderer Programme einbezieht. Zwar wurden in den vergangenen Jahren probenhalber schon einige Datensätze von Einrichtungen ausgewertet, die eine andere Software verwenden (Horizont oder Patfak). Doch erst mit dieser Auswertung konnte eine größere Zahl einbezogen werden (22). Darüber hinaus wurde der Bericht im Interesse einer umfassenden Auswertung der Suchtkrankenhilfe in Deutschland umgestellt. Um diesen wichtigen Schritt »historisch« und fachlich einordnen zu können, zunächst einige Informationen zur Entwicklung der Dokumentation in Deutschland.

Mit dem EBIS-System wurde vor mehr als 20 Jahren die erste standardisierte Dokumentation für ambulante Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland eingeführt. Über diesen Zeitraum wurden regelmäßig Jahresberichte erstellt und Trendanalysen durchgeführt. Sie waren Grundlage für die weitere Planung von Einrichtungen, Trägern, Verbänden, Ländern und des Bundes, z. B. für Modellvorhaben zur Verbesserung der Suchtkrankenhilfe, und sie

waren auch Grundlage für die nationale, europäische und internationale Berichterstattung. EBIS hat u. a. dazu beigetragen, dass die früher kaum beachtete Arbeit *ambulanter* Einrichtungen heute einen anerkannten Stellenwert und ein eigenständiges Tätigkeitsprofil hat.

Die Erreichungsquote von EBIS lag in den letzten Jahren bei knapp 50% der ambulanten Einrichtungen in Deutschland bzw. etwa 60% der einbezogenen Personalkapazität, wenn man auch die Größe der beteiligten Einrichtungen berücksichtigt. Für Zwecke der Trendanalyse sowie der internationalen und europäischen Berichterstattung reicht dieser Anteil auch in Zukunft völlig aus. Allerdings war es ein Problem, Aussagen über einige Bundesländer zu treffen, da ihre Beteiligungsquote extrem schwankte, z. B. zwischen 0% in Bremen und fast 100% in Sachsen (1999). Insofern ist es erfreulich, dass sich in den letzten Jahren vor allem diejenigen Träger und Länder zur Einführung einheitlicher Dokumentationen entschlossen haben, die bisher im EBIS-System unterdurchschnittlich bzw. gar nicht beteiligt waren. Für die Zwecke einer nationalen Berichterstattung spielt es zunächst keine Rolle, welche Software benutzt wird. Wichtig ist lediglich, dass die verwendeten Datensätze, Definitionen, Manualanleitungen und die Schritte zur Datenaufbereitung als Grundlage für eine gemeinsame Auswertung in einheitlicher Form festgelegt und umgesetzt werden. Um dieses Ziel zu erreichen, besteht in Deutschland noch ein hoher Konsens- und Umsetzungsbedarf, darüber hinaus auch ein Bedarf an technischen Lösungen und Kooperationswegen, um sicherzustellen, dass unter einem Begriff wie etwa »neuer Klient« auch in allen Softwaresystemen das Gleiche verstanden wird. Bedingt ist dieser Abstimmungsbedarf unter anderem dadurch, dass es durch die föderale Struktur und weitgehende Selbstständigkeit den Trägern, Einrichtungen und Bundesländern zunächst im Prinzip freige-

stellt ist, diejenigen Daten auszuwählen, die für den jeweiligen Dokumentationszweck wichtig erscheinen. Zwar ist zumindest der Europäische Kerndatensatz der EBDD (Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht) in Lissabon rechtsverbindlich für Deutschland, doch ist es noch ein weiter Weg zwischen dieser Rechtsverbindlichkeit und der Umsetzung in einzelnen Einrichtungen und Ländern.

Für den Umfang der einheitlich zu dokumentierenden Daten bestehen derzeit drei Standards: der Europäische Kerndatensatz als absolutes europäisches Minimum, der Deutsche Kerndatensatz als absolutes Minimum für Deutschland sowie der Bundesdatensatz, der vom IFT im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit als fachlich sinnvolle Grundlage für eine Dokumentation in Deutschland im Laufe der Jahre entwickelt wurde. Er enthält sowohl den europäischen wie den deutschen Kerndatensatz, geht darüber aber hinaus. EBIS verwendet diesen Bundesdatensatz sowie zusätzliche EBIS-spezifische Daten. Einrichtungen, Trägerverbände und Länder, die eine andere Software nutzen (wollen), haben sich noch nicht endgültig festgelegt. Dabei besteht als Minimum eine Vereinbarung zwischen Bund und Ländern, zumindest den Deutschen Kerndatensatz als Grundlage einer gemeinsamen Auswertung verbindlich festzulegen. Bereits heute wird aber deutlich, dass verschiedene Einrichtungen bzw. Länder den Bundesdatensatz einführen werden.

Für die nationale Berichterstattung und Trendanalyse bedeutet die beschriebene Entwicklung, dass möglicherweise in Zukunft ein Teil der Einrichtungen den Deutschen Kerndatensatz verwendet und ein anderer Teil den Bundesdatensatz. Die Datengrundlage bei einzelnen Abbildungen und Tabellen ist damit in Zukunft unterschiedlich umfassend. Da aber EBIS den Bundesdatensatz verwendet und nach wie vor den größten Anteil der Einrichtungen abbildet, wird es zu keinem Verlust gegenüber dem bisherigen Informationsstand kommen.

Zum Jahreswechsel 1999/2000 gab es eine umfassende Überarbeitung des Bundesdatensatzes, teilweise zur Berücksichtigung fachlicher Entwicklungen der letzten Jahre, teilweise zur Anpassung an den Deutschen bzw. Europäischen Kerndatensatz. Weiterhin wurden der Datensatz und die Definitionen zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen vereinheitlicht, da es aufgrund einer unterschiedlichen Entwicklungsgeschichte noch zu große Unterschiede gab. Die Vereinheitlichung der Auswertungsstruktur und Berichterstattung wurde begonnen, wird aber noch einige Jahre dauern, um nötige Trendanalysen nicht zu gefährden. In Folge dieser Maßnahmen wurde auch eine neue Berichtsstruktur eingeführt. Die damit verbundenen Umstellungsprobleme führten dieses Jahr zu einer Verzögerung bei der Publikation.

Jahresstatistik 2000 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland¹

Statistical Report 2000 of Outpatient Treatment Facilities for Substance and Disorders in Germany

Karin Welsch

Zusammenfassung

Ziele: Die regelmäßige Auswertung von statistischen Daten über die Art und Tätigkeit ambulanter Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland ermöglicht eine Analyse der Versorgungsstruktur und eventuell vorhandener Mängel, der Klientencharakteristika sowie der im Bezugsjahr erzielten Ergebnisse, erlaubt Trendanalysen über langfristige Veränderungen und dient zusätzlich als Grundlage für die Planung von Forschungsprojekten und Modellprogrammen zur Verbesserung einzelner Aspekte der Struktur und Qualität ambulanter therapeutischer Einrichtungen. **Methodik:** Die Statistik für 2000 basiert auf den Daten von 135.105 Klienten² aus 401 ambulanten Spezialeinrichtungen für substanzbezogene Störungen in Deutschland. Ausgewertet werden Aggregatdaten, nach den standardisierten Vorgaben des Bundesdaten- und Bundestabellensatzes, der den Kernsatz der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogenprobleme (EBDD) einschließt. **Ergebnisse:** Alkohol (schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit) steht bei 70% der Klienten mit eigener Symptomatik im Vordergrund der Betreuung³. 14% der Klienten haben opiatbezogene Störungen als behandlungsleitende Diagnosen. Cannabis ist bei 6% die Hauptschubstanz. Der Anteil der Klienten mit einer stimulanzenbezogenen Hauptdiagnose (Ecstasy u. Ä.) liegt mit 1,8% höher als der Anteil an kokainbezogenen Hauptdiagnosen (1,6%). Bei den Trends in den behandlungsleitenden Diagnosen je Einrichtung zeigen sich gegenüber 1999 Zunahmen bei der Gruppe der Cannabiskonsumenten (+21%), der Konsumenten von Ecstasy und verwandten Substanzen (+91%) sowie der Kokainkonsumenten (+13%). Bei den Zahlen bezüglich der Alkohol- und Opiatkonsumenten sind dagegen leichte Rückgänge zu beobachten.

Abstract

Targets: The regular analysis of statistical data concerning type and activities of outpatient treatment centres in Germany is based on data that are collected by German treatment monitoring systems. This overview of the German drug help system allows an analysis of supply structure and possibly existing shortcomings, characteristics of clients as well as the results achieved during the reporting year as well as trend analysis of long-term changes. Moreover, it serves as a basis for research projects and model programs aiming at the improvement of individual aspects concerning structure and quality of outpatient therapeutic centres. **Methodology:** Statistics for the year 2000 are based on data of 135,105 clients of 401 outpatient treatment centres in Germany. Analysed are aggregated data following the guidelines of the Federal data set and the Federal table set, which include the requirements of the Treatment Demand Indicator (TDI) as defined by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). **Results:** Alcohol (harmful use and addiction) is for 70% of the clients with own problems the main reason of the treatment. For 14% of the clients opiate related problems are the treatment leading diagnosis. Cannabis is the most relevant substance among 6% of the clients. The share of clients with a main diagnosis related to stimulants (ecstasy and others) is 1.8% and slightly more frequent than main diagnoses related to

1 Die Studie wurde vom Bundesministerium für Gesundheit finanziell gefördert.

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

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

ten (-5%). **Schlussfolgerungen:** Im Verhältnis zur epidemiologischen Bedeutung finden Störungen durch Alkohol, Tabak und Medikamente zu wenig Berücksichtigung in den ambulanten Facheinrichtungen. Zunehmend notwendig erscheint auch eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Bereich der stimulierenden Mittel wie Ecstasy und Kokain sowie mit der Analyse der Gründe für die starke Zunahme der cannabisbezogenen Hauptdiagnosen.

cocaine (1.6%). Looking at trends in the most relevant diagnoses per treatment unit the comparison between 1999 and 2000 data shows increases within the group of cannabis users (+21%), users of ecstasy and similar substances (+91%) and users of cocaine (+13%). Slight decreases can be observed among the group of opiate and alcohol users (-5%). **Conclusions:** Compared to the epidemiological importance, problems with alcohol, tobacco and medicaments are not enough represented in the outpatient therapeutic centres. A more intensive discussion of stimulating substances like ecstasy and cocaine as well as the analysis of reasons for the considerable increase of cannabis-related main diagnosis seems increasingly necessary.

1 Einleitung

Dokumentation im Rahmen medizinischer, psychologischer und psychosozialer Interventionen bei Störungen durch psychoaktive Substanzen spielt in den letzten Jahren in Deutschland eine immer wichtigere Rolle. Viele Initiativen auf Länderebene zielen auf eine integrierte Lösung administrativer Aufgaben und statistischer Erhebungen insbesondere in den ambulanten Einrichtungen. Neben der Bedeutung von Dokumentation für das Qualitätsmanagement stellen Daten aus Behandlungseinrichtungen wichtige klinisch-epidemiologische Basisinformationen zur Verfügung. Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) hat auf diesem Gebiet 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 wurden. Inzwischen wurde der Europäische Kerndatensatz (TDI – Treatment Demand Indicator) von der EBDD (2000) veröffentlicht. Dies zeigt die besondere Bedeutung der vorliegenden Daten für epidemiologische Fragestellungen, für Versorgungsforschung und gesundheitspolitische Planungen.

2 Ziele der Dokumentation

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

Betreuungsverlauf eines Klienten

Im Rahmen der Anamnese zu Betreuungsbeginn, aber auch während des Therapieverlaufs, spielt die individuelle Problemlage eine zunehmend wichtigere Rolle. Dokumentation muss sowohl den Status des Klienten zu Anfang, wie auch die Maßnahmen und Veränderungen während der Betreuung erfassen. Ein Grundgerüst an Daten soll Entscheidungen über den Verlauf der Beratung und der Therapie unterstützen und eine Auswertung der einzelnen Betreuung ermöglichen.

Therapieprogramme

Dokumentation soll die wichtigsten Charakteristika der durchgeführten Maßnahmen zusammenstellen und damit Aussagen über spezifische Betreuungskonzepte und Programme ermöglichen, etwa über

Abbruchquoten, Vermittlungszahlen oder Katamneseergebnisse. Die Einführung neuer Konzepte ebenso wie deren Weiterentwicklung unter sich immer wieder verändernden Rahmenbedingungen kann durch die Rückmeldung aus einer geeigneten Dokumentation beobachtet und evaluiert werden. Kritische Entwicklungen werden früher sichtbar und notwendige Umstellungen können früher getroffen werden.

Therapeutische Einrichtung

Die Leiter therapeutischer Einrichtungen und ihre Träger sind kontinuierlich gefordert, Entscheidungen zu treffen: z. B. über Mitarbeiterauswahl, Schwerpunktsetzungen der Tätigkeit oder Kooperationsbeziehungen zu anderen Stellen. Dokumentation soll die erforderlichen Informationen über die Klientel (Versorgungsbedarf), die Angebote (Versorgungsangebot) und über die geleistete Tätigkeit (Nutzung des Angebots) zur Verfügung stellen, um solche Entscheidungen fundiert treffen zu können.

Überregionale Ebene

Die Rahmenbedingungen für die Suchthilfe werden durch die Landes- und die nationale Gesundheits- und Sozialpolitik gesetzt. Durch eine vergleichbare Dokumentation müssen ganz besonders auf dieser Ebene, deren Übersicht aufgrund der sehr heterogenen Trägerlandschaft in Deutschland erschwert ist, grundlegende Fakten ermittelt und zur Verfügung gestellt werden. Hierzu zählt z. B. die Ermittlung der Versorgungsdichte oder der Daten zu Umfang und Problemlage der Klientel.

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

3 Methodik

3.1. Auswahl und Operationalisierung der einbezogenen Daten und Auswertungen

Bereits als Voraussetzung für die Auswertung der Daten mehrerer Mitarbeiter innerhalb einer Einrichtung ist es notwendig, dass eine Standardisierung erfolgt. Dies betrifft die Auswahl der zu erhebenden Daten, der Antwortkategorien sowie eine einheitliche Operationalisierung der jeweiligen Items. Dies gilt ebenso für einrichtungsübergreifende verbandsbezogene, regionale oder nationale Auswertungen. Für die derzeit verfügbaren drei Standard-Datensätze erfolgt die jeweilige Normierung und Weiterentwicklung durch unterschiedliche Gremien, die im Folgenden kurz beschrieben werden.

Bundesdatensatz des IFT

Seit Beginn einer nationalen Dokumentation mit der Einführung des EBIS-Systems für ambulante Einrichtungen im Jahre 1980 entwickelt eine Arbeitsgruppe am IFT im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit einen Datensatz und passt ihn laufend neuen Erkenntnissen und Erfordernissen aus Forschung, Praxis und Politik an. Dieser Datensatz umfasst zentrale Charakteristika der therapeutischen Einrichtungen, der Mitarbeiter, der Klientel, der Maßnahmen und der Ergebnisse. Bis etwa 1995 war dieser Datensatz identisch mit den im EBIS-System verwendeten Variablen. Durch die Weiterentwicklung des EBIS-Systems mit dem Ziel einer stärkeren Nutzbarkeit für die laufende Arbeit der Einrichtungen, über reine Dokumentationszwecke hinaus, wird dieser *Bundesdatensatz* aufgrund wissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Anforderungen eigenständig weiterentwickelt. Der *Bundesdatensatz* enthält sowohl den *Europäischen* wie den *Deutschen Kerndatensatz*, die jeweils lediglich ein Minimum an gemeinsamen Daten umfassen, geht aber in verschiedenen Bereichen im Umfang deutlich darüber hinaus. Der *Bundesdatensatz* steht allen Softwaresystemen unter der Voraussetzung kostenlos zur Verfügung, dass sie die damit erhobenen Daten aus den beteiligten Einrichtungen jährlich ebenfalls kostenlos nach standardisierten Vorgaben für eine nationale Dokumentation zur Verfügung stellen. EBIS verwendet den Bundesdatensatz (= EBIS-Kerndatensatz), erhebt aber zusätzliche Informationen.

Europäischer Kerndatensatz der EBDD

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) wurde von der Europäischen Union im Jahr 1993 eingerichtet mit dem Auftrag, Informationen aus Europa zum Thema Drogen aktuell, objektiv und vergleichbar zu sammeln und zur Verfügung zu stellen. Kern der Situationsbeschreibung sind dabei fünf so genannte Indikatoren, zu denen auch der »Behandlungsindikator« gehört, der eine Reihe von Angaben zu Personen in Suchtbehandlung enthält. Da in allen Mitgliedsländern der EU nach und nach ebenfalls Dokumentationssysteme aufgebaut werden und auch die Organisation der Behandlung eine Reihe gemeinsamer Merkmale aufweist, ist die Entwicklung einheitlicher Erfassungsstandards in diesem Bereich relativ weit fortgeschritten. Auf der Basis nationaler und internationaler Erfahrungen – EBIS als das erste System in Europa (seit 1980) hat dabei eine wichtige Rolle gespielt – wurde im Jahr 2000 von einer Expertengruppe ein gemeinsamer Europäischer Kerndatensatz (Treatment Demand Indicator Protocol TDI 2.0) fertiggestellt. Ein Entwurf lag bereits im Jahr 1997 vor. Dieser wurde Ende 2000 vom wissenschaftlichen Beirat der EBDD und danach vom Verwaltungsrat der EBDD angenommen. Da bereits während der Entwicklung des Europäischen Standards eine enge Kooperation zwischen der europäischen und der deutschen Arbeitsgruppe bestand, sind alle Items des aktuellen europäischen Kerndatensatzes im Deutschen Kerndatensatz enthalten. Eine Gruppe von Experten, die sich mindestens einmal pro Jahr trifft und in der jedes Land vertreten ist, wird die Weiterentwicklung des Europäischen Standards in den nächsten Jahren begleiten. Die Standards der EBDD sind für die Mitgliedsländer zwar nicht verpflichtend, es gibt jedoch aus Gründen der Kooperation und des fachlichen Austausches eine hohe Bereitschaft in den meisten Ländern der EU, die Items des TDI vollständig in die nationale Dokumentation zu übernehmen. Grundsätzlich ist zu beachten, dass alle Standards nur für den Bereich »illegale Substanzen« gelten.

Deutscher Kerndatensatz der Statistik-Arbeitsgemeinschaft der DHS

Mit der Verabschiedung des Europäischen Kerndatensatzes durch die EBDD im Jahr 2000 ergab sich die Notwendigkeit, diesen Datensatz an die deutschen Verhältnisse zu adaptieren und im Hinblick auf eine standardisierte Datengewinnung einen möglichst

breiten Konsens zur Anwendung des Datensatzes zu schaffen. Zu diesem Zweck wurde ab 1997 auf Initiative des IFT – zunächst auf informeller Basis – bei der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) der Fachausschuss Statistik eingerichtet, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, einerseits die europäischen Vorgaben in eine für Deutschland passende Version zu übersetzen und andererseits die wichtigsten nationalen Standards, die nicht durch die EBDD-Kriterien abgedeckt wurden (z. B. die Störungsdiagnostik nach ICD-10) zusammenzufassen. Diese Statistik-Arbeitsgruppe besteht aus je einem Vertreter der DBDD (als Verbindungsglied zur EBDD), des IFT (als im Auftrag des Bundes tätiges nationales Auswertungsinstitut), der BfA (für die Kostenträgerseite), der Länder (als Verantwortliche für die Gesundheitspolitik) und mehreren Vertretern der Wohlfahrtsverbände als fachpolitische Interessensvertreter sowie der in der Suchthilfe tätigen Fachverbände als Einrichtungsträger. Sie erarbeitete im Konsensprinzip in zwei bis drei Sitzungen jährlich zunächst den klientspezifischen (1998) und später den einrichtungsbezogenen (Fachausschuss Statistik der DHS, 1999) Deutschen Kerndatensatz für den Bereich der Suchtkrankenhilfe. Im Lauf des Jahres 2000 wurde durch dieses Gremium schließlich auch der Deutsche Kerntabellensatz (d. h. die Kerninformationen der jährlichen Standardauswertung) definiert. Das Manual der DHS (DHS, 2001) hat alle entsprechenden Publikationen zum Deutschen Kerndatensatz zusammengefasst und durch eine Reihe von Definitionen ergänzt.

3.2 System- und länderspezifische Arbeitsgemeinschaften

Erste Arbeitsgemeinschaft dieser Art ist seit 1980 die EBIS-Arbeitsgemeinschaft für ambulante Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, seit 1992 auch für den stationären Bereich. In ihr sind die bundesweit tätigen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, die DHS als Interessenvertreter der außerbetrieblichen Einrichtungen (z. B. kommunale Einrichtungen), die Arbeitsgruppe EBIS am IFT für die fachliche und technische Weiterentwicklung des Systems sowie als Gast die Arbeitsgruppe »Deutsche Suchthilfestatistik« des IFT vertreten. Die Arbeitsgemeinschaft trägt durch ihre zwanzigjährige Erfahrung maßgeblich zur Entwicklung europäischer und nationaler Standarddatensätze bei. Weiterhin verantwortet sie die Weiterentwicklung der EBIS-spezifischen Datensätze und Auswertungsrichtlinien, so weit diese über den Bundesdatensatz hinausgehen. Im Prozess der fachlichen

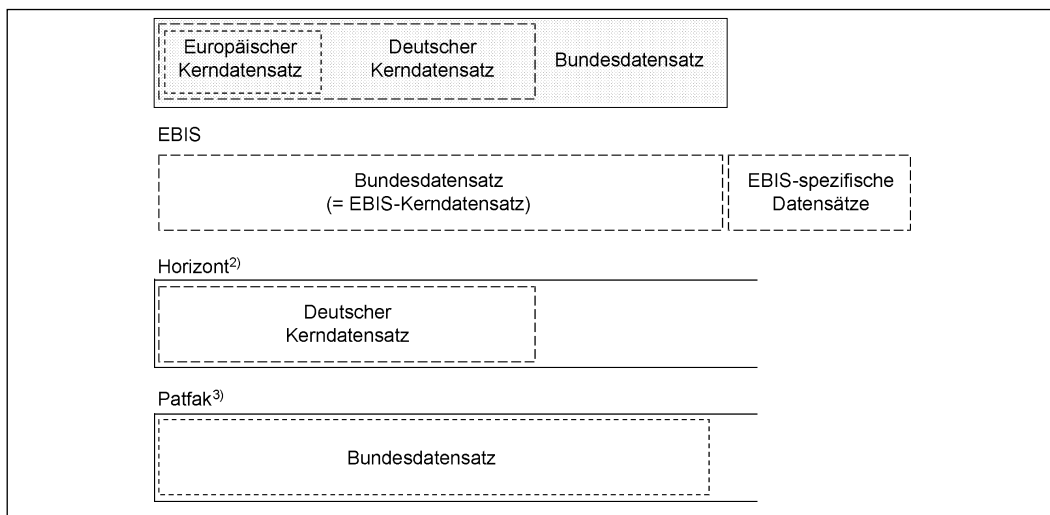
Weiterentwicklung wirkt ebenfalls eine EBIS-Anwendergemeinschaft mit Vertretern ambulanter und stationärer Einrichtungen mit (zur weiteren Information siehe www.ebis-ift.de und Türk & Welsch, 2000a und 2000b).

Ähnliche Arbeitsgemeinschaften haben sich auf regionaler oder Länderebene gebildet (u. a. für das BADO-System in Hamburg) oder werden sich in absehbarer Zeit bilden (z. B. Landessuchtdokumentation Nordrhein-Westfalen). Solche Arbeitsgruppen sind erforderlich, um für die jeweiligen Systeme, deren Datensätze, Nutzungs- und Auswertungsmöglichkeiten ja weit über den Deutschen Kerndatensatz oder den Bundesdatensatz hinausgehen, (1.) die jeweiligen Variablen und Operationalisierungen festzulegen, (2.) Manuale, Schulungen und technische Hotlines zur Verfügung zu stellen, (3.) Bestimmungen des Datenschutzes auszuarbeiten und zu gewährleisten und (4.) zusammenfassende Auswertungen zu erstellen, zu interpretieren und zu publizieren, soweit sie über die Standarddatensätze hinausgehen. Die Entwicklung und der Betrieb eigenständiger Systeme sind mit einem erheblichen Arbeits-, Zeit- und Kostenaufwand verbunden. Es ist anzunehmen, dass die dabei notwendige Herstellung der Kompatibilität mit dem Deutschen Kerndatensatz oder dem Bundesdatensatz noch lange dauern wird, so dass leider in nächster Zeit noch nicht mit einer größeren Anzahl zusätzlicher Datensätze für die Bundesauswertung zu rechnen ist.

3.3 Daten- und Tabellensätze

Datensätze

In Abbildung 3.1 wird ein Überblick über die bereits erwähnte Struktur der standardisierten und system-spezifischen zusätzlichen Datensätze gegeben. Bei den standardisierten Daten deutet die Größe der Fläche in etwa die jeweiligen Anteile in Hinblick auf die Gesamtzahl der Items an. Dabei ist ein grundlegender Unterschied zwischen EBIS und anderen Systemen zu beachten. Die EBIS-Software ist integraler Bestandteil des EBIS-Systems; alle Fragen- und Antwortkategorien des Bundesdatensatzes und der EBIS-spezifischen Datensätze sind deshalb vorkonfiguriert. Darüber hinaus gibt es aber Möglichkeiten zur Eingabe frei definierbarer zusätzlicher Daten. Damit stimmt der EBIS-Kerndatensatz mit dem Bundesdatensatz überein. Die anderen Software-Programme sind zunächst frei konfigurierbar. Das macht sie we-



1 Ausgewählte Beispiele für überregionale Systeme, keine umfassende Darstellung

2 Frei konfigurierbar, deshalb im Prinzip keine Begrenzung

3 Im Prinzip frei konfigurierbar, aber optionales Modul Bundesdatensatz (EBIS-Kerndatensatz)

Abbildung 3.1: Struktur und Erfassung standardisierter Datensätze¹

sentlich flexibler für spezifische Wünsche von Ländern, Einrichtungen oder Mitarbeitern. Allerdings müssen die genannten Standarddatensätze, Auswertungsroutinen, Fragen- und Kategoriedefinitionen exakt übernommen werden, sonst werden bei gemeinsamen Auswertungen Äpfel mit Birnen verglichen. Dieser Prozess erfordert nach den bisherigen Erfahrungen sehr viel Zeit.

Manuale

Für alle drei Standarddatensätze liegen Beschreibungen und Operationalisierungen vor. Der Europäische Kerndatensatz ist in EMCDDA (2000) niedergelegt. Der Bundesdatensatz ist identisch mit dem EBIS-Kerndatensatz und ist in einem Manual festgehalten (Strobl und Türk, 2000). Das Manual zum Deutschen Kerndatensatz wurde 2001 von der DHS publiziert⁴ und ist im Wesentlichen ein Auszug aus dem Manual zum EBIS-Kerndatensatz.

Tabellensätze

Neben den Datensätzen ist es darüber hinaus notwendig, einheitliche Verknüpfungen und Rechenregeln festzulegen sowie einheitliche Tabellen und Abbildungen, um Daten aus unterschiedlichen Einrichtungen

gen auch zusammenfassend darstellen zu können. Diese liegen für die drei genannten Standard-Datensätze vor.

Datenschutz

Im Rahmen der Suchthilfestatistik für Deutschland werden keine »personenbezogenen Daten« im Sinne des Gesetzes verarbeitet, sondern aggregierte Daten – Datensammlungen – aus den teilnehmenden Einrichtungen.

3.4 Hinweise zum Verständnis der Tabellen und Abbildungen

Zum Jahresbeginn 2000, d. h. erstmals relevant für diesen Bericht, wurde der Bundesdatensatz in zahlreichen Aspekten überarbeitet. Dies erfolgte teilweise zur Anpassung letzter Unterschiede an die neuen Standards des Deutschen Kerndatensatzes (z. B. Differenzierung der Substanzgruppe Stimulanzien nach den Subgruppen Amphetamine, MDMA und Sonstige; Erfassung von Einrichtungsmerkmalen), teilweise zur Berücksichtigung fachlicher Entwicklungen (z. B. Ergänzung der Kategorie Ambulante Rehabili-

4 Download unter www.dhs.de (Info-Reihe)

tation nach EVARS – Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht – bei der Frage nach der Behandlungsart). Trotz aller Bemühungen um Kompatibilität mit früheren Items führte diese Überarbeitung dazu, dass einige Daten nicht mehr bzw. nur eingeschränkt mit den Vorjahreswerten vergleichbar sind.

Weiterhin wurde die Form des Berichts überarbeitet. Ein Ziel war – ungeachtet der o. g. Schwierigkeiten – die leichtere Interpretation von möglichen Trends über die letzten Jahre. Bisher wurden in einem Kapitel die Ergebnisse für das jeweilige Bezugsjahr dargestellt und in einem gesonderten Kapitel ausgewählte Verläufe über längere Zeiträume. In diesem Bericht werden zum ersten Mal die zeitlichen Verläufe, so weit sie von Interesse sind, jeweils direkt nach den Daten des jeweiligen Bezugsjahres abgebildet.

Die erstmalige Einbeziehung unterschiedlicher Software-Programme hat möglicherweise systematische Fehler bei der Auswertung zur Folge, die die Interpretation von Trends über längere Zeiträume einschränken. Da derzeit nicht sichergestellt ist, dass die Datenerhebung in den Nicht-EBIS-Einrichtungen nach den gleichen Standards erfolgt, wie sie im Deutschen Kerndatensatz bzw. im Bundesdatensatz festgelegt sind, kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich durch unterschiedliche Definitionen von Items bzw. unterschiedliche Auswertungsroutinen systematische Fehler bei der Zusammenfügung der Daten aus den verschiedenen Datenquellen ergeben. Es werden zwar eine Reihe von Fehlerprüfungen vor der Auswertung durchgeführt, die sich aber überwiegend nur auf der Ebene von Plausibilitätstests bewegen können. Eine nachträgliche Prüfung der von den einzelnen Trägern der Datensysteme verantworteten Programme zur Bedienung der gemeinsamen genutzten Datenschnittstelle durch das IFT ist nicht mehr möglich.

Es ist eine Aufgabe der nächsten Jahre, durch einen Prozess der laufenden Qualitätskontrolle und -sicherung anhand vergleichender Auswertungen

standardisierter Klientendatensätze in unterschiedlichen Systemen sicherzustellen, dass die Daten aus verschiedenen Quellen auch tatsächlich vergleichbar sind.

Grundlage der folgenden Auswertung ist der Bundesdatensatz. EBIS-spezifische Daten, die früher ebenfalls in den jährlichen EBIS-Berichten publiziert wurden, werden ab dieser Statistik in gesonderten Publikationen veröffentlicht. Da die Nicht-EBIS-Einrichtungen teilweise nur den Deutschen Kerndatensatz liefern (Software Programm Horizont), werden für jede Tabelle und Abbildung jeweils der Bezugsrahmen (Bundesdaten- oder Deutscher Kerndatensatz) sowie die jeweilige Bezugsgröße von Einrichtungen genannt.

Folgende weitere Besonderheiten sind bei dieser Auswertung zu beachten:

- Wegen der inhaltlichen und formalen Änderungen in den 2000 neu eingeführten Fragebogen ist in diesem ersten Jahr der Anwendung die Zahl der fehlenden Daten (missings) in einigen Einrichtungen besonders hoch. Zur Vermeidung von systematischen Verfälschungen wurden die jeweiligen Daten einer Einrichtung nur dann berücksichtigt, wenn die Zahl der Missings (jeweils pro Tabelle oder Abbildung) unter 33% der Fälle lag. Die hohen Missing-Werte wurden auch in früheren »Umstellungsjahren« beobachtet und gehen mit zunehmender Erfahrung im Umgang mit den Fragebogen wieder zurück.
- Wegen zahlreicher Veränderungen bei der Zusammensetzung der einbezogenen Einrichtungen wurden für Trendbeobachtungen erstmals Mittelwerte über alle Einrichtungen bzw. Einrichtungstypen berechnet und ausschließlich die Jahreswerte verglichen. Dieses Verfahren erscheint auch langfristig besser, um Unterschiede der Einrichtungsgesamtzahl bei der jährlichen Auswertung auffangen zu können. Interpretationen von Veränderungen in 2000 zu 1999 sind aus diesem Grund allerdings vorsichtig vorzunehmen.

4 Datenbasis für die Auswertung 2000

Ausgewertete Einrichtungen

In Tabelle 4.1 sind die im Jahr 2000 an der Auswertung beteiligten Einrichtungen pro Bundesland bzw. pro Trägerverband dargestellt, und zwar über alle beteiligten Systeme.

Insgesamt waren 401 Einrichtungen an der Gesamtauswertung beteiligt. Damit hat sich die Zahl der Teilnehmer um etwa 10% verringert. Die Entwicklung ist dabei in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich: Absolut gesehen ist der Rückgang in Nordrhein-Westfalen am höchsten. Der Rückgang ist

Tabelle 4.1: Ausgewertete Einrichtungen je Bundesland und Träger

Bundesland	1980	1990	1994	1998	1999	2000	Veränderung zu 1999
Baden-Württemberg	49	74	81	76	75	70	-6,7%
Bayern	32	41	47	58	51	47	-7,8%
Berlin	3	4	5	4	6	8	+33,3%
Bremen	1	2	1	0	0	0	+0,0%
Hamburg	6	5	3	5	3	1	-66,7%
Hessen	18	33	35	26	22	18	-18,2%
Niedersachsen	21	44	62	44	51	57	+11,8%
Nordrhein-Westfalen	61	58	77	98	84	46	-45,2%
Rheinland-Pfalz	17	30	25	25	28	25	-10,7%
Saarland	8	13	10	8	8	8	+0,0%
Schleswig-Holstein	2	2	11	8	7	4	-42,9%
Gesamt West	218	306	357	352	335	284	-15,2%
Brandenburg			2	9	11	9	-18,2%
Mecklenburg-Vorpommern			6	11	10	10	+0,0%
Sachsen			36	40	48	43	-10,4%
Sachsen-Anhalt			7	19	14	20	+42,9%
Thüringen			35	30	30	35	+16,7%
Gesamt Ost			86	109	113	117	+3,5%
Träger							
Arbeiterwohlfahrt	1	3	13	18	18	15	-16,7%
Caritasverband	111	153	161	163*	157*	129*	-17,8%
Diakonisches Werk	90	121	197	196*	185*	152*	-17,8%
Paritätischer Wohlfahrtsverband	3	5	12	23	19	31	+63,2%
Rotes Kreuz	0	0	6	8	7	5	-28,6%
Sonst. gemeinnützige Vereine	8	17	25	28	27	30	+11,1%
Land/Kommune/Bezirk	5	7	25	27	43	43	+0,0%
Gesamt	218	306	443	461	448	401	-10,5%

* Doppelzählungen wegen gemeinsamer Trägerschaft (2000: 4 Einrichtungen)

durch die umstellungsbedingten Arbeiten und Probleme der Einrichtungen bedingt, die entweder von EBIS auf eine neue Software umstellen oder die die Umstellung auf die neue Version des Bundesdatensatzes bzw. der EBIS-Software zu spät begonnen haben.

Eine Aufschlüsselung nach der Art des Datensatzes erfolgt in Tabelle 4.2, und zwar ab dem Jahr 1999, in dem erstmals eine kleine Zahl von Horizont-Einrichtungen in die Auswertung einbezogen wurde. Auch im Jahr 2000 wird die überwiegende Anzahl der Einrichtungen durch das EBIS-System gestellt.

Tabelle 4.2: Art des Datensatzes und der eingesetzten Software

Bundesland	1 9 9 9		2 0 0 0	
	Bundesdatensatz (EBIS)	Deutscher Kerndatensatz (Horizont)	Bundesdatensatz (EBIS)	Deutscher Kerndatensatz (Horizont)
Baden-Württemberg	75	0	69	1
Bayern	51	0	47	0
Berlin	6	0	7	1
Bremen	0	0	0	0
Hamburg	3	0	1	0
Hessen	22	0	18	0
Niedersachsen	51	0	57	0
Nordrhein-Westfalen	84	0	43	3
Rheinland-Pfalz	28	0	25	0
Saarland	8	0	8	0
Schleswig-Holstein	2	5	2	2
Gesamt West	330	5	277	7
Brandenburg	11	0	9	0
Mecklenburg-Vorpommern	10	0	10	0
Sachsen	48	0	43	0
Sachsen-Anhalt	14	0	20	0
Thüringen	30	0	20	15
Gesamt Ost	113	0	102	15
Träger				
Arbeiterwohlfahrt	17	1	15	0
Caritasverband	157*	0	127*	2
Diakonisches Werk	181*	4	140*	13
Paritätischer Wohlfahrtsverband	19	0	29	2
Rotes Kreuz	7	0	5	0
Sonst. gemeinnützige Vereine	27	0	24	5
Land/Kommune/Bezirk	43	0	43	0
Gesamt	448	5	379	22

* Doppelzählungen wegen gemeinsamer Trägerschaft (2000: 4 Einrichtungen)

Erreichungsquote

Die Erreichungsquote der im Jahr 2000 an der bundesweiten Auswertung beteiligten Einrichtungen an allen Einrichtungen in Deutschland wird in Tabelle 4.3 dargestellt. Die Gesamtzahl der Einrichtungen ist

der Statistik der Bundesländer (Bundesministerium für Gesundheit, 2000) entnommen. 62% der Einrichtungen in den neuen Ländern (N = 117) und 37% derjenigen in den alten Ländern (N = 284) sind vertreten. Für das Bundesgebiet ergibt sich insgesamt eine Erreichungsquote von 42% (N = 401). Wie in der Ver-

Tabelle 4.3: Erreichungsquote nach Einrichtungszahlen

Bundesland	Einbezogene Einrichtungen 2000	Gesamtzahl lt. Länderkurzbericht,	Erreichungsquote 2000
Baden-Württemberg	70	107	65,4%
Bayern	47	105	44,8%
Berlin	8	32	25,0%
Bremen	0	14	0,0%
Hamburg	1	32	3,1%
Hessen	18	58	31,0%
Niedersachsen	57	117	48,7%
Nordrhein-Westfalen	46	166	27,7%
Rheinland-Pfalz	25	46	54,3%
Saarland	8	19	42,1%
Schleswig-Holstein	4	67	6,0%
Gesamt West	284	763	37,2%
Brandenburg	9	27	33,3%
Mecklenburg-Vorpommern	10	27	37,0%
Sachsen	43	51	84,3%
Sachsen-Anhalt	20	31	64,5%
Thüringen	35	52	67,3%
Gesamt Ost	117	188	62,2%
Gesamt D	401	951	42,2%

Tabelle 4.4: Erreichungsquote nach Personalstellen

	Einbezogene Personalstellen, 2000 (umgerechnet auf Vollzeitstellen)	Gesamtzahl Personalstellen lt. Länderkurzbericht, 2000	Erreichungsquote 2000
West	1.406	3.232	44%
Ost	537	644	83%
Gesamt	1.944	3.876	50%

Unbek.: 348 Einrichtungen (55,9% aller Einrichtungen)
Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)
Basis: EBIS: N=258 (42,9%), Horizont: N=17 (77,3%)

gangenheit auch zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern, z. B. zwischen 0% in Bremen und 84% in Sachsen.

Eine andere Herangehensweise zur Berechnung der Erreichungsquote bietet der Vergleich der Personalstellen (Tabelle 4.4). Der Unterschied zu den Daten aus Tabelle 4.3 ist durch die Tatsache zu erklären, dass die nicht an der bundesweiten Auswer-

tung beteiligten Einrichtungen eher kleiner sind und weniger Personal und Klienten aufweisen. Der Vergleich der Gesamtstellenzahl der Mitarbeiter, die in der bundesweiten Auswertung erfasst werden, mit den Angaben der Drogenbeauftragten der Länder (Bundesministerium für Gesundheit, 2000) für alle Einrichtungen ergibt für 2000 eine Erreichungsquote von 50%, in den neuen Ländern sogar von 83%.

5 Daten zu den Einrichtungen

5.1 Struktur

Art der Einrichtungen

Die an der bundesweiten Auswertung beteiligten Einrichtungen unterscheiden sich deutlich in Art, Struktur und Größe. Auch die selbst gewählte Bezeichnung stimmt nicht immer mit der üblichen Bedeutung eines Einrichtungsbegriffs überein. Die Durchschnittskennziffern, die in den folgenden Tabellen und Abbildungen verwendet werden, können deshalb nur eine grobe Kategorisierung der beteiligten Einrichtungen zeichnen. Sowohl in den alten, wie auch in den neuen Bundesländern handelt es sich bei den teilnehmenden Einrichtungen vor allem um Psychosoziale Beratungsstellen und Ambulanzen (Tabelle 5.1). 10% der Einrichtungen im Osten und 7% im Westen sind Niedrigschwellige Einrichtungen.

Trägerschaft

Einen öffentlich-rechtlichen Träger haben nur 14% der Einrichtungen im Osten und 11% der Einrichtungen im Westen. Fast alle übrigen Einrichtungen werden durch die freie Wohlfahrtspflege bzw. durch gemeinnützige Organisationen getragen. Weniger als ein Viertel (23%) der Einrichtungen in den neuen und etwas über ein Drittel (37%) der Einrichtungen in den alten Bundesländern haben einen Pflichtversorgungsauftrag.

Zielgruppen

Personen mit Störungen im Umgang mit Alkohol oder Medikamenten werden von den meisten Einrichtungen als eine Zielgruppe genannt (Tabelle 5.2): im Osten von 79% und im Westen von 86% bzw. 87% der Einrichtungen. Einen Schwerpunkt bei illegalen Drogen haben drei Viertel der Einrichtungen in den neuen Bundesländern und etwas weniger (70%) in den alten Bundesländern.

Tabelle 5.1: Einrichtungstypen

Einrichtungstypen *	Ost N = 82	West N = 223
PSB/Institutsambulanz/Fachambulanz	82,9%	90,1%
Niedrigschwellige Einrichtung	9,8%	6,7%
Ambulantes betreutes Wohnen	2,4%	0,4%
Rehabilitationseinrichtung (SGB V § 107.2/SGB VI § 9 und § 15)	2,4%	0,9%
Heim/stationäres betreutes Wohnen/Übergangseinrichtung	0,0%	0,4%
Beratung/Behandlung im Strafvollzug	2,4%	1,3%

Unbek.: 318 Einrichtungen (51,0% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N=285 (47,4%), Horizont: N=20 (90,9%)

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 5.2: Zielgruppen der Einrichtungen

Störungsbereiche *	Ost N = 82	West N = 223
Alkohol	79,3%	86,1%
Illegale Drogen	75,6%	70,0%
Medikamente	79,3%	87,0%
Tabak	70,7%	54,3%
Ess-Störungen	69,5%	69,5%
Pathologisches Spielverhalten	73,2%	74,9%
Sonstiges	50,0%	46,2%

Unbek.: 318 Einrichtungen (51,0% aller Einrichtungen)
Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)
Basis: EBIS: N=285 (47,4%), Horizont: N=20 (90,9%)
* Mehrfachnennungen möglich

Einzugsgebiet

Die Versorgungsregionen der Einrichtungen sind im Osten etwas kleiner als im Westen: Im Osten haben 48% der Versorgungsregionen bis 100.000 Einwohner, im Westen nur 26% (Abbildung 5.1). Im Osten sind auch mehr Einrichtungen als im Westen in kleineren Orten angesiedelt: In Orten bis 50.000 Einwohnern befinden sich 57% der Einrichtungen im Osten, im Westen nur 42% (Abbildung 5.2).

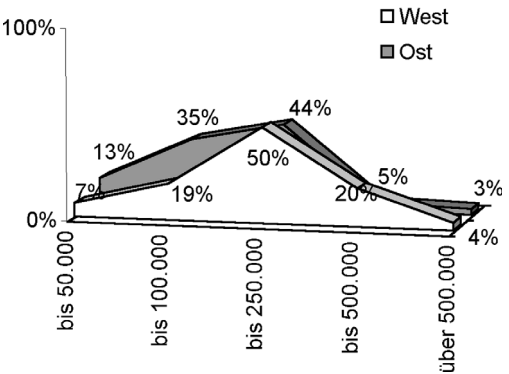


Abbildung 5.1: Größe der Versorgungsregion

Erreichbarkeit

Die Erreichbarkeit der Einrichtungen (Öffnungszeiten) ist in den neuen Bundesländern geringfügig besser als in den alten. Im Osten sind die Einrichtungen zwischen 18 und 91 Stunden, im Durchschnitt 40 Stunden in der Woche geöffnet und im Westen zwischen 1 und 84 Stunden, im Durchschnitt 37 Stunden. Eine Abendsprechstunde bieten 64% aller Einrichtungen an. Während sich im Osten 26% der Einrichtungen an Krisen-Wochenenden beteiligen, tun dies im Westen nur rund 9%.

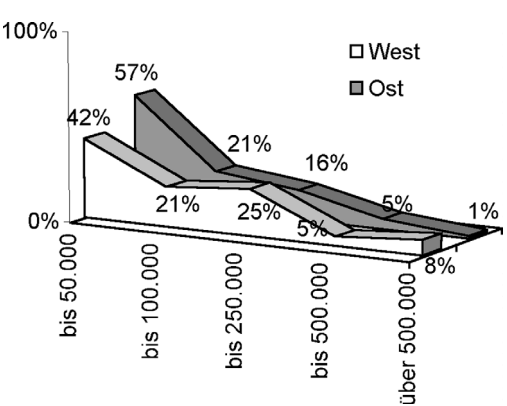


Abbildung 5.2: Einwohnerzahl am Sitz der Einrichtung

Qualitätsmanagement

Lediglich etwa 42% der Einrichtungen im Osten und 41% der Einrichtungen im Westen verwenden Qualitätsmanagementsysteme (Tabelle 5.3). Die Systeme EFQM und ISO 9000 ff. werden zusammen von etwa 10% der Einrichtungen eingesetzt. Rund zwei Drittel der Einrichtungen führen eine formalisierte Eingangsdiagnostik durch (Tabelle 5.4). Therapie- und Hilfeplanung erfolgen in knapp 60% der Einrichtungen. Der Verlauf wird in 72% (West) bzw. 62% (Ost) regelmäßig dokumentiert. In etwas über der Hälfte der Einrichtungen erfolgt regelmäßig eine Abschlussdokumentation. Selten, in nur rund einem Drittel der Einrichtungen, werden auch Evaluationsaufgaben und Katamnesen durchgeführt.

5.2 Mitarbeiter

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

Stellenanzahl

Die durchschnittliche personelle Besetzung pro Einrichtung hat sich in 2000 im Vergleich zum Vorjahr in Ost wie West etwas verringert (Abbildung 5.3). Insgesamt hat eine durchschnittliche West-Einrichtung mit 4,95 Vollzeitmitarbeitern einen halben Vollzeitmitarbeiter weniger als 1999. Die Einrichtungen im Osten haben durchschnittlich 4,59 Vollzeitmitarbeiter. Der Unterschied zwischen Ost und West hat sich im Vergleich zu den Vorjahren weiter verringert.

Tabelle 5.3: Eingesetztes System für Qualitätsmanagement

Art des Systems	Ost N = 50	West N = 152
EFQM	4,0%	5,3%
ISO 9000 ff.	6,0%	5,3%
Sonstige	32,0%	30,3%
Kein System	58,0%	59,2%
Unbekannt:	70,2%	66,6%

Unbek.: 421 Einrichtungen (67,6% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N=189 (31,4%), Horizont: N=13 (59,1%)

Tabelle 5.4: Dokumentation

Art der Dokumentation*	Ost N = 82	West N = 223
Formalisierte Eingangsdiagnostik	63,4%	66,8%
Regelmäßiger Therapie-/Hilfeplan	56,1%	59,6%
Regelmäßige Verlaufsdokumentation	62,2%	72,2%
Regelmäßige Abschlussdokumentation	53,7%	54,3%
Evaluation und Katamnestik	31,7%	35,9%
Unbekannt:	51,2%	51,0%

Unbek.: 318 Einrichtungen (51,0% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N=285 (47,4%), Horizont: N=20 (90,9%)

* Mehrfachnennungen möglich

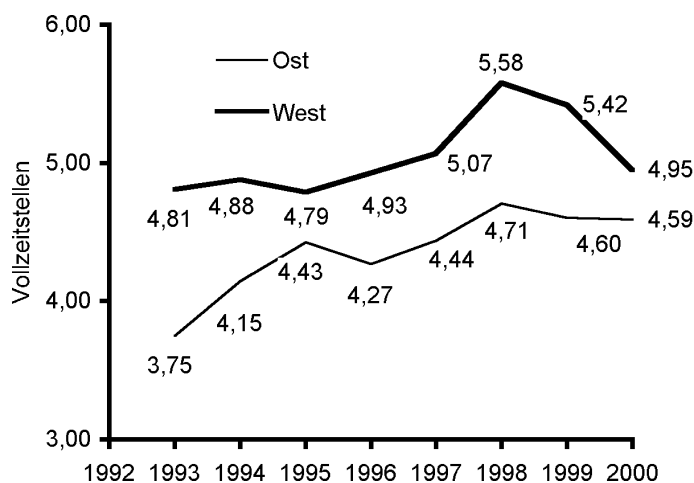


Abbildung 5.3:
Personelle Besetzung

Tabelle 5.5: Durchschnittliche Anzahl der Mitarbeiter je Berufsgruppe und Einrichtung

Berufsgruppen	Ost N = 73		West N = 202		Gesamt N = 275	
Arzt	0,10	2,1%	0,14	2,9%	0,13	2,7%
Psychologe	0,48	10,6%	0,49	10,0%	0,49	10,1%
Pädagoge/Sozialwissenschaftler	0,25	5,4%	0,31	6,2%	0,29	6,0%
Sozialarbeiter/-pädagog	1,93	41,9%	2,84	57,3%	2,59	53,4%
Erzieher	0,10	2,2%	0,03	0,6%	0,05	1,0%
Fachkraft für soziale Arbeit	0,34	7,3%	0,04	0,8%	0,12	2,4%
Krankenschwester/-pflege(helfer)	0,07	1,5%	0,00	0,1%	0,02	0,5%
Ergo-/Arbeitstherapeut	0,03	0,6%	0,00	0,0%	0,01	0,2%
Physiotherapeut	0,01	0,3%	0,00	0,0%	0,00	0,1%
Sonstige in Beratung/Therapie Tätige	0,35	7,6%	0,09	1,7%	0,16	3,2%
Zwischensumme (Stellen bzw. %)	3,66	79,5%	3,94	79,6%	3,86	79,6%
Büro-/Verwaltungspersonal	0,57	12,4%	0,70	14,1%	0,66	13,6%
Technisches Personal/Wirtschaftsbereich	0,04	0,8%	0,04	0,8%	0,04	0,8%
Jahrespraktikanten/Azubi	0,26	5,6%	0,16	3,2%	0,19	3,8%
Zivildienstleistende	0,07	1,6%	0,11	2,3%	0,10	2,1%
Gesamt (Stellen bzw. %)	4,59	100,0%	4,95	100,0%	4,85	100,0%
Unbek.:		56,5%		55,6%		55,9%

Unbek.: 348 Einrichtungen (55,9% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N=258 (42,9%), Horizont: N=17 (77,3%)

Berufsgruppen

Tabelle 5.5 zeigt, dass Sozialarbeiter und -pädagogen die größte Berufsgruppe in ambulanten Einrichtungen stellen (53%). Die Anteile der verschiedenen Berufsgruppen unterscheiden sich in den Einrichtungen in Ost und West nur wenig. Einzig der höhere Anteil von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen in den Einrichtungen in den alten Bundesländern von rund 57% gegenüber 42% in den neuen Bundesländern fällt ins Auge. Auf der anderen Seite liegt mit etwa 8% der Anteil des sonstigen Personals (z. B. Theologen), das in der formalen Qualifikation keiner der therapeutischen Berufsgruppen entspricht, in den neuen Bundesländern relativ hoch. Die Unterschiede in der beruflichen Entwicklung der Mitarbeiter 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 Verwaltungs- und technischen Aufgaben betreut.

5.3 Finanzierung

Gesamtetat

Nur etwa 50% der Einrichtungen haben Daten über ihre finanzielle Situation zur Verfügung gestellt. Auf der Grundlage von insgesamt 202 Nennungen ist den-

noch eine ausreichend verlässliche Auskunft zu erwarten. Vergleicht man die Angaben zum Gesamtbudget in 2000 mit denen in 1999, so zeigt sich in den alten und auch in den neuen Bundesländern ein Wachstum von 15% (Tabelle 5.6). Der Unterschied zwischen Ost und West ist weiterhin erheblich.

Finanzierung

Das Gesamtbudget einer ambulanten Einrichtung setzt sich aus mehreren Finanzierungsbestandteilen zusammen. Die Anteile, die verschiedene Quellen an der Gesamtfinanzierung abdecken, haben sich in den letzten Jahren sehr unterschiedlich entwickelt. Eine in den letzten Jahren besonders stark beachtete Finanzierungsquelle sind die Mittel der Sozialversicherung (in der Regel Leistungen nach den Vereinbarungen zur ambulanten Rehabilitation). In den alten Bundesländern machen diese Mittel 9,7% des Gesamtbudgets einer Einrichtung aus, das sind 1,2 Prozentpunkte mehr als 1999 (Tabelle 5.7). In den neuen Bundesländern liegt der Anteil bei 2,9%, damit um 0,9 Prozentpunkte höher als 1999.

5.4 Prävention

Prävention und Öffentlichkeitsarbeit stellen einen wichtigen Anteil der Arbeit der Einrichtungen dar. Da sich die Maßnahmen nicht über längere Zeit auf spe-

Tabelle 5.6: Entwicklung des Gesamtbudgets pro Einrichtung seit 1992 (DM)

	1992	1994	1996	1997	1998	1999	2000	Veränderung 1999–2000
West	409.245	475.185	498.946	538.036	548.081	540.990	621.017	+14,8%
Ost	170.222	282.603	303.395	308.419	324.989	319.607	367.417	+15,0%

Unbek.: 469 Einrichtungen (75,3% aller Einrichtungen)
Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)
Basis: EBIS: N=149 (24,8%), Horizont: N=5 (22,7%)

Tabelle 5.7: Finanzierung durch die Sozialversicherung (Anteil am Gesamtbudget)

	1992	1994	1996	1997	1998	1999	2000
Anteil Ost	1,6%	0,7%	2,0%	2,2%	2,5%	2,0%	2,9%
Anteil West	4,3%	4,7%	6,5%	7,0%	8,0%	8,5%	9,7%

Unbek.: 421 Einrichtungen (67,6% aller Einrichtungen)
Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)
Basis: EBIS: N=195 (32,4%), Horizont: N=7 (31,8%)

Tabelle 5.8: Prävention

Prävention im Bereich	Anzahl der Maßnahmen	Durchschnittliche Anzahl erreichter Personen pro Maßnahme	Durchschnittliche Dauer in Stunden pro Maßnahme
Kindergarten/Miniclub	0,8	22,8	8,6
Grundschule/Hort	2,1	22,3	3,8
Weiterführende Schule	15,3	24,2	4,9
Außerschulische Jugendarbeit	3,6	33,6	7,2
Betrieb/Verwaltung	3,9	22,4	6,2
Medizinische Einrichtung	1,1	22,1	4,3
Verband/Verein/Kommune	2,9	24,5	5,3
Sonstige spezifische Zielgruppe	7,4	19,3	6,6
Unspezifisch	1,9	68,0	8,5

Unbek.: 494 Einrichtungen (79,3% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

Basis: EBIS: N=129 (20,1%), Horizont: N=0 (0,0%)

zifische Personen beziehen, wird keine einzelfallbezogene Dokumentation geführt. Um bei Präventionsmaßnahmen möglichst junge Personen zu erreichen, bieten Veranstaltungen an Schulen die besten Voraussetzungen. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die Arbeit an Schulen bei den von den Einrichtungen durchgeführten Aktivitäten eine herausragende Be-

deutung hat (Tabelle 5.8). Durchschnittlich 15 durchgeführte Maßnahmen erreichen etwa je 24 Personen. Dies rechtfertigt auch den Zeitaufwand von etwa 4,9 Stunden pro Maßnahme. Daneben sind insbesondere die Arbeit in Betrieben und die außerschulische Jugendarbeit von großer Bedeutung.

6 Daten zur Klientel (Statistik der Zugänge)

Kapitel 6 enthält zentrale Angaben zur Klientel, die 2000 in ambulanten Einrichtungen in Deutschland eine Betreuung begonnen hat (*Zugänge*), sowie eine Auswahl wichtiger Trends. In Kapitel 7 werden die Interventionen für die in 2000 abgeschlossenen Behandlungen beschrieben (*Entlassungen*). Diese zwei Kapitel stellen den Standardteil der Bundesauswertung dar, der mit wenigen Modifikationen jährlich publiziert wird. Damit wird ein Vergleich der wichtigsten Kennziffern über die Jahre hinweg möglich. Die hier dargestellten Auswertungen sind ein Auszug aus einem sehr viel umfassenderen Tabellenband, der allen Interessierten zur Verfügung steht.⁵

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

6.1 Übersicht zur Klientel

Im Jahr 2000 wurden insgesamt 135.105 Personen in den ausgewerteten 401 Einrichtungen behandelt. Von diesen haben 74.715 Personen den Kontakt in 2000 aufgenommen (Zugänge 1999: 82.847, -9,8%; Einrichtungen 1999: 448, -10,5%). Im Folgenden wird nur die Gruppe der Zugänge analysiert, da sie mögliche Trends besser erkennen lässt als eine Gesamtbetrachtung.

Angehörige

Besonders Frauen suchen nicht nur wegen einer eigenen Störung um Unterstützung nach (Tabelle 6.1): Etwa jede fünfte Frau im Westen und jede vierte Frau im Osten sucht Rat wegen eines Angehörigen. Dagegen sind Männer fast ausschließlich wegen eigener Störungen in Betreuung. Nur etwa 2% suchen die ambulanten Einrichtungen wegen Angehöriger auf.

In Tabelle 6.2 ist dargestellt, wie sich die Klienten auf die Störungsbereiche verteilen. Bei den Klienten mit einer eigenen Störung stehen legale Substanzen deutlich im Vordergrund, nämlich bei etwa 64% im Westen und bei fast 79% im Osten. Bei den Angehörigen spielen Bezugspersonen mit Störungen durch illegale Substanzen im Osten eine wesentlich

größere Rolle als bei den unmittelbaren Klienten (fast 34% vs. 17%). Im Westen kommt über ein Viertel der Angehörigen nicht direkt wegen der substanzbezogenen Störung eines Dritten, sondern aufgrund von damit zusammenhängenden Problemen, etwa im Arbeits- oder finanziellen Bereich.

6.2 Diagnosen

In den Einrichtungen werden Diagnosen zum Gebrauch von psychoaktiven Substanzen sowie zu Pathologischem Spielverhalten und Ess-Störungen nach dem internationalen Diagnoseschema der WHO, ICD in der aktuellen Fassung 10 (WHO, 1999) erfasst. Für psychoaktive Substanzen werden nur die Bereiche »schädlicher Gebrauch« und »Abhängigkeitssyndrom« codiert. Der Begriff »Störung« umfasst die Summe beider Diagnosen. Für jede Substanz, die ein Klient konsumiert, wird von der Einrichtung eine entsprechende Diagnose vergeben. Da multipler Konsum unter Drogenkonsumenten die Regel ist, ergeben sich für diese meist mehrere *Einzeldiagnosen*. Die therapieleitende Diagnose, z. B. eine Abhängigkeit von Opiaten, wird dann durch den Mitarbeiter als *Hauptdiagnose* gekennzeichnet. Große Teile der Bundesauswertung nutzen diese Hauptdiagnose für eine Differenzierung der Klientel.

Gemäß den Regeln von ICD 10 wird eine Diagnose nur dann gestellt, wenn die Störung innerhalb der letzten 12 Monate aufgetreten ist, aber nicht mehr, wenn sie länger zurückliegt. Zur Differenzierung wird der Begriff Symptomatik (aktuelle oder frühere Diagnose) bzw. Diagnose (nur innerhalb der letzten 12 Monate) verwendet.

Verteilung der Hauptdiagnosen

Mit 80% der Klienten im Osten (1999: 83%) und 65% im Westen (1999: 68%) bestimmen alkoholbezogene Hauptdiagnosen das Bild in beiden Teilen Deutschlands (Tabelle 6.3, Abbildung 6.1). An zweiter Stelle stehen in den alten Bundesländern Opiatdiagnosen mit etwa 18%, während die Klienten mit allen übrigen illegalen Drogen nur etwa 12% der Klienten ausmachen. In den neuen Bundesländern spielen Opiate mit rund 5% der Klienten (1999: 4%) noch eine klei-

⁵ Die Gesamtdatenbasis mit etwa 54 Tabellen steht in Form des Tabellenbandes zur Verfügung, der im Internet zum Herunterladen bereitliegt (www.ebis-ift.de). Alle Interessierten können die entsprechenden Daten auch von den Beteiligten der EBIS-Arbeitsgemeinschaft anfordern.

ne Rolle. Wie auch bei anderen illegalen Drogen ist jedoch eine Angleichung von Ost und West zu beobachten. So sind illegale Drogen ohne Opiate mittlerweile mit rund 11% etwa gleich häufig zu finden wie in den alten Bundesländern.

Insgesamt betrachtet sind etwa 70% der Klienten wegen Störungen im Zusammenhang mit Alkohol,

14% mit Opiaten und 6% mit Cannabinoiden in Betreuung (Tabelle 6.3). Der Geschlechtereffekt macht sich insbesondere im Osten bei alkoholbezogenen Störungen und im Westen bei Opiaten und Cannabinoiden (mehr Männer als Frauen) bemerkbar. Nicht nur substanzbezogene Störungen, sondern auch Ess-Störungen und Pathologisches Spielverhalten sind

Tabelle 6.1: Angehörige und Klienten mit eigener Störung

Klientengruppe	O s t		W e s t		G e s a m t		Total	Abs.
	M	F	M	F	M	F		
Eigene Symptomatik	94,4%	69,9%	95,2%	76,4%	95,0%	75,1%	89,5%	61.984
Familienangehörige	2,0%	24,5%	2,0%	20,3%	2,0%	21,1%	7,3%	5.071
Sonstige	3,5%	5,7%	2,9%	3,3%	3,0%	3,8%	3,2%	2.239
Gesamt	13.151	3.818	36.864	15.461	50.015	19.279	100,0%	69.294

Unbek.: 5.421 Pat. (7,3%) aller Pat., bzw. 0 Pat. (0,0%) der ausgew. Einr.
Bezug: Bundesdatensatz
Basis: EBIS: N=372 (98,2%), Horizont: N=0 (0,0%)

Tabelle 6.2: Primärer Störungsbereichbereich

Primärer Störungsbereich	Ost		West		Gesamt	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Klienten mit eigener Störung						
Legale Substanzen	11.016	78,6%	28.651	63,7%	39.667	67,3%
Illegale Substanzen	2.297	16,4%	13.164	29,3%	15.461	26,2%
Ess-Störungen	210	1,5%	996	2,2%	1.206	2,0%
Pathologisches Spielverhalten	209	1,5%	881	2,0%	1.090	1,8%
Andere Störungsbereiche	288	2,1%	1.269	2,8%	1.557	2,6%
Gesamt	14.020	100,0%	44.961	100,0%	58.981	100,0%

Bezugspersonen von Dritten mit einer Störung

Legale Substanzen	467	46,8%	1.380	39,7%	1.847	41,3%
Illegale Substanzen	336	33,7%	842	24,3%	1.178	26,4%
Ess-Störungen	50	5,0%	123	3,5%	173	3,9%
Pathologisches Spielverhalten	21	2,1%	123	3,5%	144	3,2%
Andere Störungsbereiche	124	12,4%	1.004	28,9%	1.128	25,2%
Gesamt	998	100,0%	3.472	100,0%	4.470	100,0%

Unbek.: 8.873 Pat. (12,3%) aller Pat., bzw. 3.604 Pat. (5,4%) der ausgew. Einr.
Bezug: Bundesdatensatz
Basis: EBIS: N=372 (98,2%), Horizont: N=0 (0,0%)

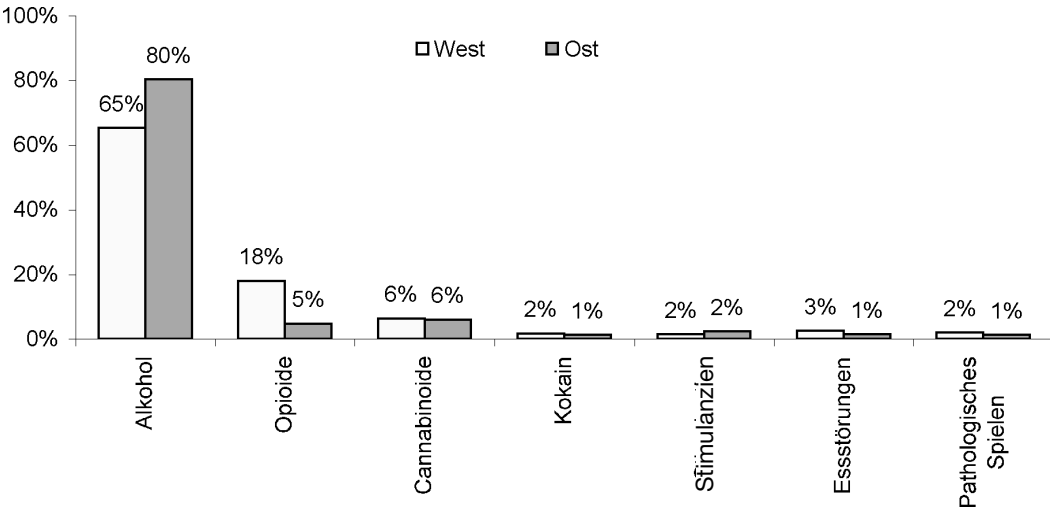


Abbildung 6.1: Die häufigsten Hauptdiagnosen bei Klienten mit eigener Störung (prozentuale Verteilung)

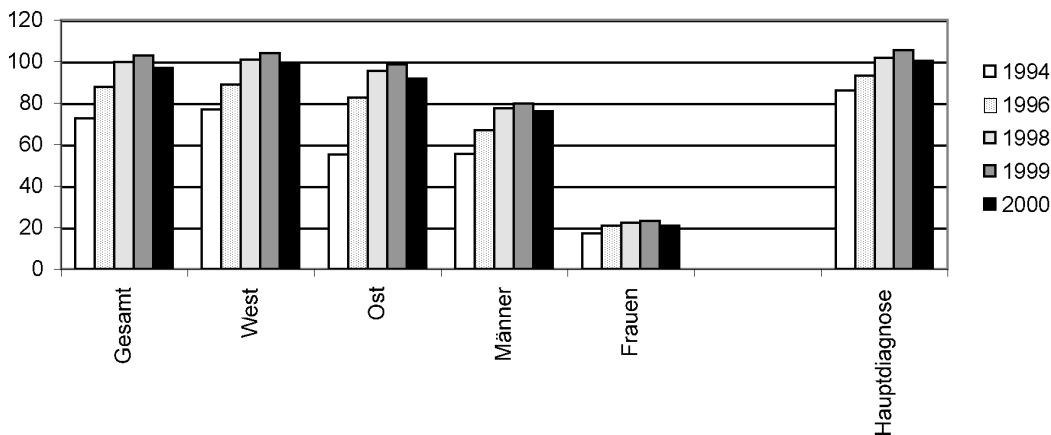
Tabelle 6.3: Hauptdiagnosen bei Personen mit eigener Störung (prozentuale Verteilung und Absolutwerte)

Hauptdiagnose	West		Ost		Gesamt 2000				1999		1998	
	M	F	M	F	M	F	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.
Alkohol	66,2%	62,9%	82,6%	70,0%	71,1%	64,4%	69,5%	40.054	71,5%	47.093	72,5%	46.500
Opiode	18,7%	15,8%	4,4%	6,3%	14,5%	13,8%	14,4%	8.278	14,8%	9.742	14,7%	9.417
Cannabinoide	7,0%	4,5%	6,2%	5,6%	6,8%	4,7%	6,3%	3.632	5,1%	3.343	4,1%	2.623
Sedativa/ Hypnotika	0,6%	2,1%	0,3%	2,9%	0,5%	2,3%	0,9%	526	0,9%	621	1,1%	711
Kokain	2,0%	1,0%	1,3%	0,8%	1,8%	0,9%	1,6%	935	1,8%	1.167	1,6%	1.037
Stimulanzien	1,5%	1,6%	2,0%	4,0%	1,7%	2,1%	1,8%	1.029	0,8%	530	0,7%	467
Halluzinogene	0,2%	0,1%	0,4%	0,4%	0,2%	0,1%	0,2%	124	0,3%	192	0,3%	180
Tabak	0,2%	0,9%	0,4%	1,1%	0,3%	0,9%	0,4%	242	0,5%	321	0,4%	270
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8	0,0%	12	0,0%	10
And. psychotr. Substanzen	0,8%	0,6%	0,6%	0,8%	0,8%	0,6%	0,7%	415	0,3%	195	0,2%	137
Ess-Störungen	0,2%	9,8%	0,2%	7,7%	0,2%	9,3%	2,3%	1.323	2,3%	1.503	2,6%	1.658
Pathologisches Spielverhalten	2,4%	0,8%	1,5%	0,5%	2,2%	0,7%	1,8%	1.055	1,8%	1.191	1,7%	1.086
Gesamt	31.294	10.495	13.047	2.785	44.341	13.280	100%	57.621	100%	65.910	100%	64.096

Unbek.: 9.249 Pat. (13,8%) aller Pat., bzw. 9.249 Pat. (13,8%) der ausgew. Eindr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=379 (100,0%), Horizont: N=22 (100,0%)



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

Abbildung 6.2: Alkoholbezogene Einzeldiagnosen (F 10.2; Abhängigkeit) pro Einrichtung

geschlechtsspezifisch unterschiedlich verteilt. Essstörungen machen bei Frauen einen Anteil von etwa 8% der Hauptdiagnosen im Osten und 10% im Westen aus, während der Anteil bei den Männern lediglich je 0,2% ausmacht. Pathologisches Spielverhalten, das hauptsächlich ein Männerproblem ist, ist in Ost und West bei rund 2% die Hauptdiagnose (Frauen unter 1%). Bekannt ist, dass Störungen durch Sedativa und Hypnotika in beiden Teilen Deutschlands prozentual häufiger bei Frauen auftreten als bei Männern.

Betrachtet man die Veränderung der Verteilung der Hauptdiagnosen über die letzten drei Jahre, so fällt auf, dass der Anteil der Alkohol-Klienten um drei Prozentpunkte abgenommen und der Anteil der Cannabis-Klienten um zwei Prozentpunkte zugenommen hat. Der Anstieg bei den Stimulanzien liegt vermutlich auch daran, dass MDMA und verwandte Substanzen (Ecstasy) in 2000 erstmals eindeutig dieser Kategorie zugeordnet wurden (Tabelle 6.3). Die Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Stimulanzien ist damit insgesamt etwas häufiger geworden als die kokainbezogene Hauptdia-

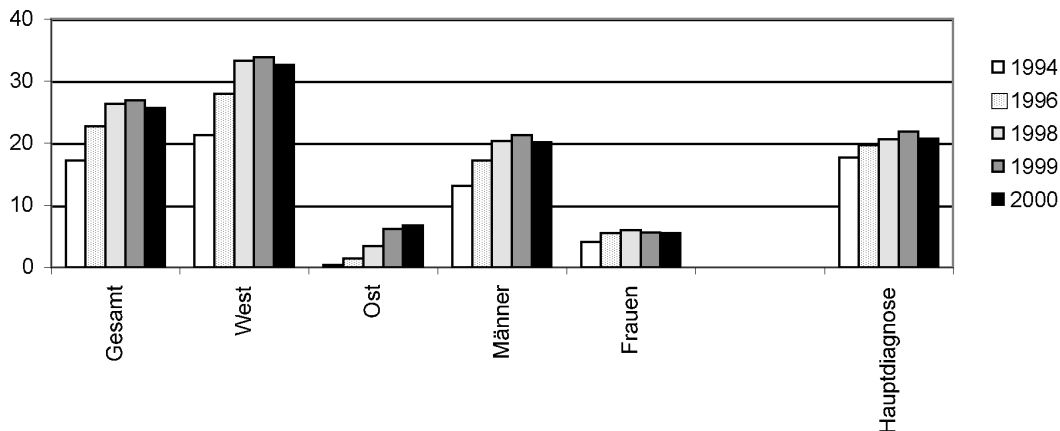
gnose. Der Anteil der übrigen Hauptdiagnosen ist fast gleich geblieben.

Einzeldiagnosen

Bei den Einzeldiagnosen wird gemäß ICD-10 zwischen »schädlichem Gebrauch« und »Abhängigkeit« unterschieden. Die im Folgenden ausgewählten Daten beziehen sich für jede einzelne Störungen ausschließlich auf die Diagnose »Abhängigkeitssyndrom«, da diese sich in einer Reihe von Studien als besonders reliabel und stabil erwiesen hat und deshalb für Trendbeobachtungen besonders gut geeignet ist.

Zusätzlich wurden die Verläufe für die Zahl der Hauptdiagnosen aufgenommen. Hier handelt es sich um die Diagnosen, die aus Sicht der Therapeuten die gravierendste Störung der einzelnen Klienten darstellt. Pro Person ist im Gegensatz zu den Einzeldiagnosen nur eine Hauptdiagnose möglich, die Gruppen sind disjunkt.

Da die Anzahl der Einrichtungen im Verlauf der Jahre Schwankungen unterliegt, jedoch die Art und Größe der Einrichtungen weitgehend unverändert



Einzel Diagnosen	1994	1996	1998	1999	2000	Veränderung
Gesamt	17,2	22,6	26,3	26,9	25,6	-4,8%
West	21,3	27,9	33,2	33,8	32,6	-3,6%
Ost	0,4	1,4	3,4	6,2	6,7	+8,2%
Männer	13,1	17,2	20,3	21,3	20,1	-5,5%
Frauen	4,1	5,5	6,0	5,6	5,5	-2,3%
Hauptdiagnosen	17,7	19,6	20,6	21,8	20,7	-5,0%

Abbildung 6.3: Opiatbezogene Einzeldiagnosen (F 11.2; Abhängigkeit) pro Einrichtung

bleibt, ist es sinnvoll, für die Analyse von Trends Kennziffern pro Einrichtung zu verwenden.

Alkohol ist nach wie vor die am häufigsten genannte Substanz. 97 mal je Einrichtung wurde 2000 eine alkoholbezogene Abhängigkeitsdiagnose gestellt (Abbildung 6.2). In 2000 ist erstmals die Zahl der Klienten mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit rückläufig. Insgesamt gab es je Einrichtung eine Abnahme von knapp 6%, im Osten sogar von 7%. Diese Tendenz ist bei den Frauen besonders deutlich.

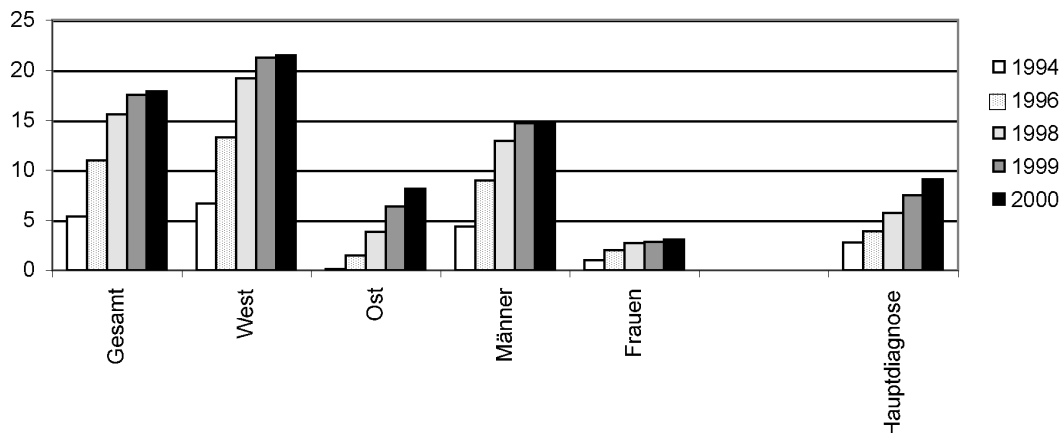
Im illegalen Bereich spielen **Opiate** die größte Rolle. Rund 26 Abhängigkeitsdiagnosen je Einrichtung wurden 2000 für diese Substanzgruppe gestellt (Abbildung 6.3). Während sich im Westen ein leichter Rückgang der Abhängigkeitsdiagnosen abzeichnet, kommt es im Osten weiterhin zu einer Zunahme von 8%. Es bestehen Gründe zu der Annahme, dass ein erheblicher Teil der Zunahme auf eine bessere Erreichbarkeit und »Versorgung« der Szene zurückzuführen ist. Bei den Frauen ist nach dem bedeutenden Zuwachs in 1998 eine weitere Abnahme um 2% zu beobachten.

Cannabisbezogene Störungen

Eine Steigerung zeigt sich 2000, wie schon in den Vorjahren, insbesondere im Osten (+28%). Dies gilt auch für Klienten, die primär wegen eines Cannabisproblems in Betreuung kommen: Die Zahl der Hauptdiagnosen je Einrichtung liegt um 21% höher als im Vorjahr (Abbildung 6.4) und über dreimal so hoch wie 1994. 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« gewährt.

Kokainbezogene Störungen

Der missbräuchliche bzw. abhängige Konsum von Kokain ist als Hauptdiagnose relativ selten. Die Einzeldiagnose wurde 2000 aber etwa fünf mal so häufig gestellt wie die Hauptdiagnose (Abbildung 6.5). Dies bedeutet, dass Kokain von den Klienten meist als »Beikonsum« verwendet wird. Es wird häufig neben



Einzeldiagnosen	1994	1996	1998	1999	2000	Veränderung
Gesamt	5,4	10,9	15,6	17,5	17,9	+ 2,0%
West	6,7	13,3	19,1	21,2	21,4	+ 1,0%
Ost	0,1	1,4	3,8	6,4	8,1	+27,7%
Männer	4,4	8,9	12,9	14,7	14,8	+ 1,0%
Frauen	1,0	2,0	2,7	2,8	3,0	+ 7,0%
Hauptdiagnosen	2,8	3,9	5,7	7,5	9,1	+21,4%

Abbildung 6.4: Cannabisbezogene Einzeldiagnosen (F 12.2; Abhängigkeit) pro Einrichtung

Opiaten, allerdings zunehmend auch in Kombination mit anderen Substanzen konsumiert. Während sich im Osten ein leichter Anstieg zeigte, nahm im Westen die Zahl der Einzeldiagnosen erstmals deutlich ab. Die geringe Zahl der Fälle steht im Widerspruch zu den epidemiologischen Erkenntnissen und den polizeilichen Aufgriffsmengen.

Ecstasybezogene Störungen

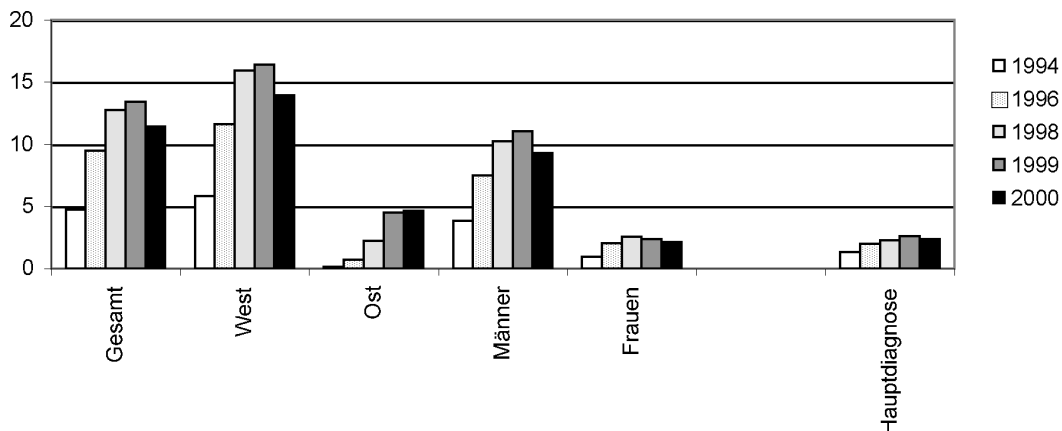
Da bis ins Jahr 1999 MDMA und verwandte Substanzen (Ecstasy) mehreren Rubriken im EBIS Erhebungsbogen zugeordnet werden konnten – in der Weiterentwicklung des Bogens seit Anfang 2000 wird Ecstasy nur in der Rubrik Stimulanzien codiert –, wird für Trendanalysen vorläufig mit folgender Hilfskonstruktion gearbeitet: Nennungen für Ecstasy konnten bis 1999 unter den Kategorien »Andere Stimulanzien«, »Halluzinogene« und »Andere Psychotrope Substanzen« codiert werden. Daher wurden diese drei Kategorien zur Kategorie »Ecstasy und Nennungen im Umfeld« zusammengefasst. Da-

durch entstehen zwar nur Annäherungswerte, im Hinblick auf die wachsende gesundheitspolitische Bedeutung der Designerdrogen erschien aber die Aufnahme dieser Mischkategorie angezeigt. Bei Ecstasy und den Substanzen im Umfeld sind bei den Einzeldiagnosen im Westen deutliche Abnahmen, im Osten jedoch weiterhin deutliche Zunahmen festzustellen (Abbildung 6.6). Besonders beachtenswert ist die annähernde Verdoppelung der Anzahl der Hauptdiagnosen.

Für Stimulanzien alleine (ab 2000 wird Ecstasy hier codiert) liegen die Werte bei 6,2 Einzeldiagnosen und 2,6 Hauptdiagnosen pro Einrichtung.

Ess-Störungen

In den letzten vier Jahren ist die Zahl der Klientinnen und Klienten, die primär wegen Ess-Störungen in Betreuung waren, recht stabil auf sehr niedrigem Niveau geblieben. Der Anteil dieser Fälle beträgt seit Jahren rund 3% der Hauptdiagnosen. Bei den Einzeldiagno-



Einzel Diagnosen	1994	1996	1998	1999	2000	Veränderung
Gesamt	4,7	9,5	12,7	13,4	11,4	-14,9%
West	5,8	11,6	15,9	16,4	13,9	-15,1%
Ost	0,1	0,7	2,2	4,5	4,6	+ 3,5%
Männer	3,8	7,5	10,2	11,1	9,3	-16,1%
Frauen	0,9	2,0	2,5	2,4	2,1	- 9,4%
Hauptdiagnosen	1,3	2,0	2,3	2,6	2,3	-10,5%

Abbildung 6.5: Kokainbezogene Einzel Diagnosen (F 14.2; Abhängigkeit) pro Einrichtung

sen gab es eine deutliche Abnahme um 9%, im Osten sogar um 18%. (Abbildung 6.7). Die geringe Inanspruchnahme reflektiert nicht den tatsächlichen Bedarf, sondern spiegelt die ungeklärte fachliche Zuständigkeit für diese Klientel wider.

Pathologisches Spielverhalten

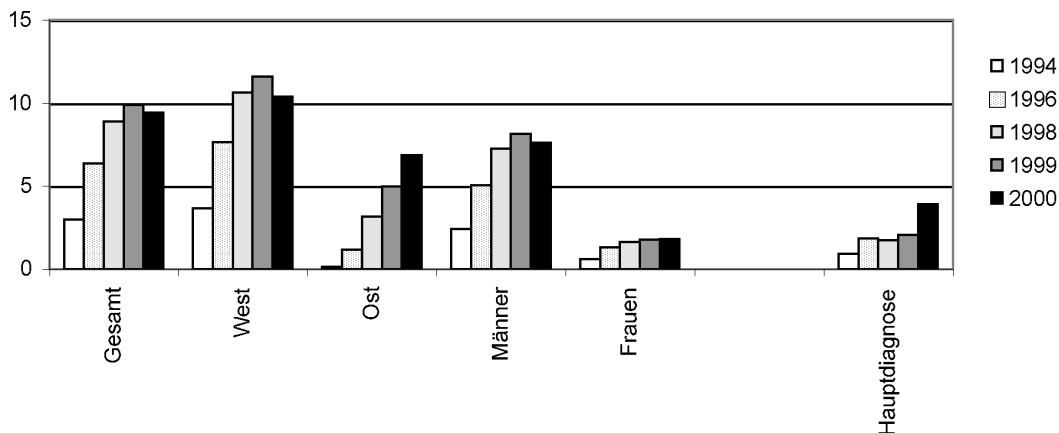
Die Zahl der Hauptdiagnosen ist in Ost und West ebenfalls nahezu unverändert geblieben (Abbildung 6.8). Die Zahl der Einzel Diagnosen hat sich 2000 – bei geringen Ausgangswerten – im Westen und im Osten aber um 11% bzw. 14% erhöht. Bei den Frauen ist eine Abnahme um 16% zu verzeichnen. Auch in diesen Zahlen zeigt sich die ungeklärte fachliche Zuständigkeit, bedingt durch wissenschaftliche Kontroversen zur Ätiologie der Störung.

In den folgenden Kapiteln werden einige Merkmale der Klientengruppen dargestellt, die sich anhand der verschiedenen Hauptdiagnosen bilden lassen. Da ein Großteil der Diagnosegruppen relativ selten ist,

beschränkt sich die Darstellung auf die fünf wichtigsten psychoaktiven Substanzen, nämlich Alkohol, Opiate, Cannabis, Kokain und Stimulanzien (Kap. 6.3). Gesondert werden zusätzlich die Klientengruppen mit den Hauptdiagnosen Ess-Störungen (Kap. 6.4) und Pathologisches Spielen (Kap. 6.5) dargestellt.

6.3. Substanzbezogene Störungen

Erstmalig 2000 werden in diesem Kapitel auch Klienten mit der Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Stimulanzien beschrieben. Das ist insofern interessant, als MDMA und verwandte Substanzen (Ecstasy) in 2000 erstmals eindeutig dieser Kategorie zugeordnet wurden. Diese Hauptdiagnose ist zudem mittlerweile etwas häufiger als die kokainbezogene Hauptdiagnose. Im Folgenden werden aus Gründen der Lesbarkeit jeweils nur Prozentangaben verwendet. Für die dazugehörigen Absolutzahlen verweisen wir auf den EBIS-A-Tabellenband (Strobl et al., 2001).



Einzel Diagnosen	1994	1996	1998	1999	2000	Veränderung
Gesamt	3,0	6,3	8,9	9,9	9,4	– 4,7%
West	3,7	7,6	10,6	11,6	10,4	–10,5%
Ost	0,2	1,2	3,1	5,0	6,9	+38,2%
Männer	2,4	5,0	7,3	8,1	7,6	– 6,4%
Frauen	0,6	1,3	1,6	1,8	1,8	+ 2,7%
Hauptdiagnosen	0,9	1,9	1,7	2,1	3,9	+91,1%

Abbildung 6.6: Ecstasy und Substanzen im Umfeld: Einzel Diagnosen (F15.2, F16.2, F19.2; Abhängigkeit) pro Einrichtung

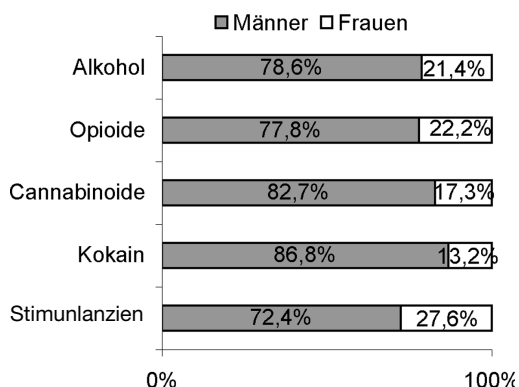
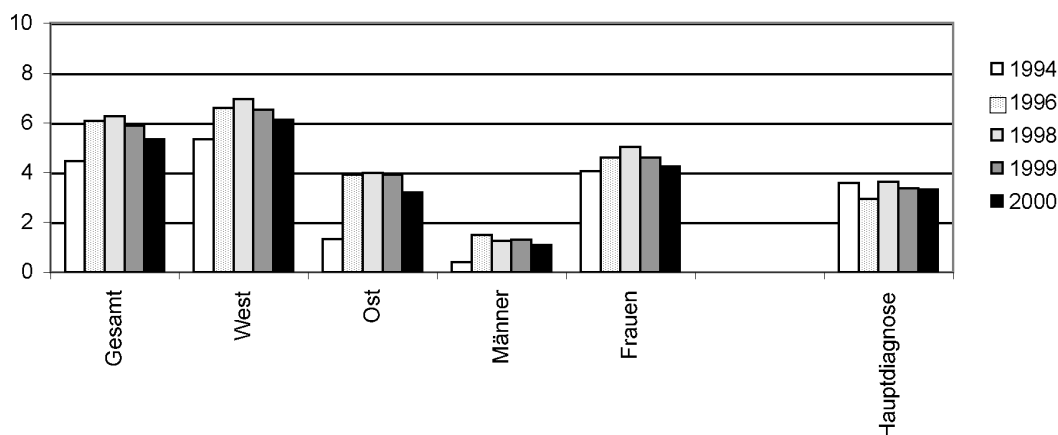


Abbildung 6.9: Geschlechtsverteilung bei verschiedenen substanzbezogenen Störungen

Störungen durch legale oder illegale Substanzen betreffen überwiegend Männer (Abbildung 6.9). In allen fünf hier genannten Substanzgruppen sind rund drei Viertel bis vier Fünftel der Klienten Männer. Die Unterschiede zwischen den fünf Substanzgruppen sind dabei nicht sehr groß. Der höchste Männeranteil ist bei Kokain zu finden (87%), der geringste bei Stimulanzen (72%).

In Abbildung 6.10. ist die Altersverteilung der Klienten für die verschiedenen Hauptdiagnosen dargestellt. Bei Alkohol ist ein Maximum der Klienten in der Altersgruppe 35 bis 49 Jahre 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 dagegen unterrepräsentiert.

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



Einzel Diagnosen	1994	1996	1998	1999	2000	Veränderung
Gesamt	4,5	6,1	6,2	5,9	5,3	– 9,2%
West	5,3	6,6	6,9	6,5	6,1	– 6,3%
Ost	1,3	3,9	4,0	3,9	3,2	–18,3%
Männer	0,4	1,5	1,3	1,3	1,1	–15,8%
Frauen	4,1	4,6	5,0	4,6	4,2	– 7,8%
Hauptdiagnosen	3,6	2,9	3,6	3,4	3,3	– 1,6%

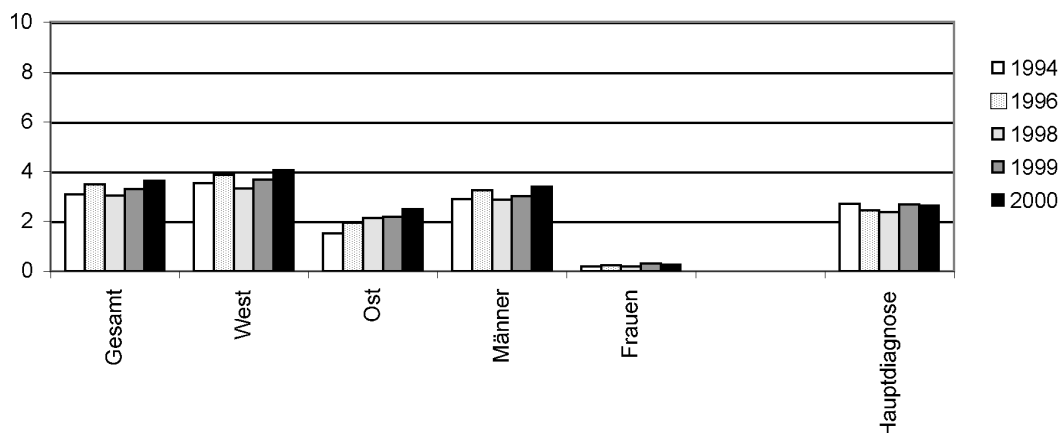
Abbildung 6.7: Ess-Störungen: Diagnosen pro Einrichtung (F50.x)

Regel als erste illegale Substanz konsumiert wird, tritt als Hauptdiagnose vor allen Dingen in der Altersgruppe 15 bis 25 Jahre 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 cannabisbezogenen Hauptdiagnose ist 25 Jahre alt und älter.

Ähnlich wie bei Cannabis sieht es bei den Stimulanzien aus, auch hier liegt der Schwerpunkt in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre. Frauen mit dieser Diagnose sind insgesamt etwas jünger als die männlichen Klienten. Demgegenüber liegt der Altersschwerpunkt für Opiate wie für Kokain bei 20 bis 39 Jahren. Männliche Klienten mit kokainbezogener Hauptdiagnose sind häufiger zwischen 30 und 40 Jahren als solche

mit opiatbezogenen Diagnosen. Auffällig ist dabei, dass bei den Frauen mit opiatbezogener Hauptdiagnose wie auch mit kokainbezogener Hauptdiagnose die Gruppe der 25- bis 29-Jährigen weniger stark vertreten ist als die darunter und darüber liegenden Gruppen. 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 einer Hauptdiagnose betreffend Cannabis und Stimulanzien sind die 14- bis 30-Jährigen deutlich über- und die anderen Altersgruppen unterrepräsentiert.

Beim Familienstand zeigt sich, dass Personen mit Alkoholstörungen häufig in zumindest formal stabilen Beziehungen leben (Abbildung 6.11). 34% der Männer und 40% der Frauen sind verheiratet, 20% bzw. 24% geschieden, weitere 7 bzw. 8% leben getrennt. Dagegen ist der Anteil der ledigen Klienten bei den Konsumenten illegaler Drogen mit 70% bis 94% teilweise dreimal höher als bei den Alkohol-Klienten.



Einzel Diagnosen	1994	1996	1998	1999	2000	Veränderung
Gesamt	3,1	3,5	3,0	3,3	3,6	+10,4%
West	3,5	3,9	3,3	3,7	4,1	+10,7%
Ost	1,5	1,9	2,1	2,2	2,5	+14,3%
Männer	2,9	3,2	2,9	3,0	3,4	+13,0%
Frauen	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	-16,0%
Hauptdiagnosen	2,7	2,4	2,4	2,7	2,6	- 1,0%

Abbildung 6.8: Pathologisches Spielverhalten: Diagnosen pro Einrichtung (F63.0)

Während sich der hohe Anteil Lediger bei Cannabis und Stimulanzien 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.

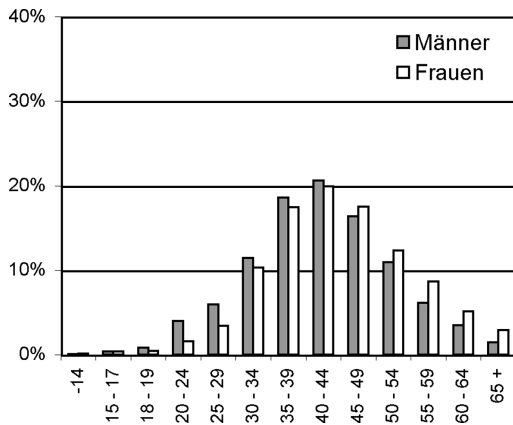
Auch bei der Lebenssituation erweisen sich die Klienten mit alkoholbezogener Störung als sozial deutlich besser integriert: Rund die Hälfte von ihnen lebt mit einem Partner zusammen. Für Klienten mit Hauptdiagnosen bezüglich Opiaten und Kokain gilt dies nur für knapp ein Viertel bzw. ein Fünftel. Bei den hauptsächlich Cannabis und Stimulanzien Konsumierenden spiegelt sich bei der Lebenssituation wiederum das junge Durchschnittsalter wider: 50% bzw. 41% leben mit den Eltern zusammen. Von den Opiatklienten leben 29% mit den Eltern und von den Kokainklienten nur 19%.

In Bezug auf die Daten zur Wohnsituation bestehen für 2000 Auswertungsprobleme, da die Kategorien »selbstständiges Wohnen« und »Wohnen bei anderen

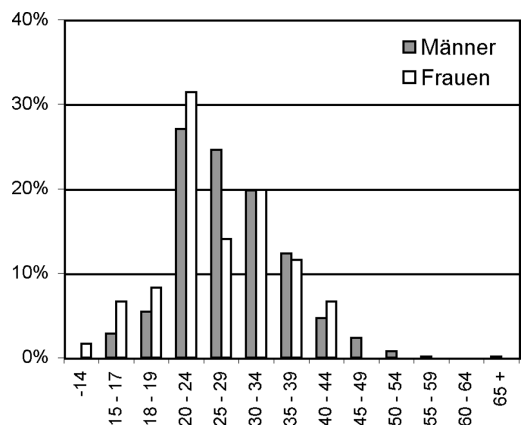
Personen« in den vorhandenen Standarddatensätzen unterschiedlich codiert werden. Laut Deutschem Kerndatensatz sind Jugendliche, die bei den Eltern wohnen, in der zweiten Kategorie zu codieren (Horizont), laut Bundesdatensatz aber in der ersten (EBIS). Man kann aber davon ausgehen, dass 84% der Männer und 92% der Frauen mit alkoholbezogenen Problemen eine eigene Wohnung vorweisen bzw. in der Wohnung der Eltern leben (Abbildung 6.12).

Von den opiatabhängigen Männern wohnt dagegen nur etwa die Hälfte selbstständig bzw. bei den Eltern, von den Frauen etwa zwei Drittel. Rund ein Viertel der Opiatabhängigen wohnt bei anderen Personen. Kokainabhängige Frauen wohnen ebenfalls häufiger als die Männer selbstständig bzw. bei den Eltern (61% vs. 42%). Ein Drittel der männlichen Klienten mit Kokainproblematik ist zum Zeitpunkt der Betreuung in einer Justizvollzugsanstalt. Bei den cannabis- und stimulantienbezogenen Hauptdiagnosen muss wiederum auf das noch relativ junge Durchschnittsalter in dieser Gruppe hingewiesen werden. Dadurch ist auch zu erklären, dass etwa jeder dritte

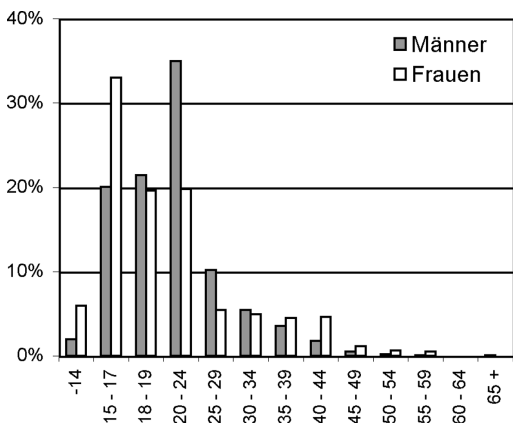
Alkohol



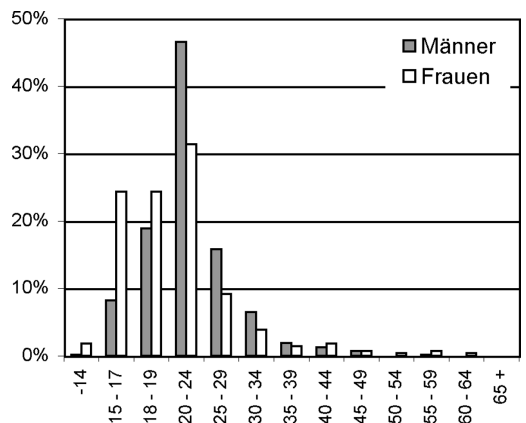
Kokain



Cannabis



Stimulanzen



Opiate

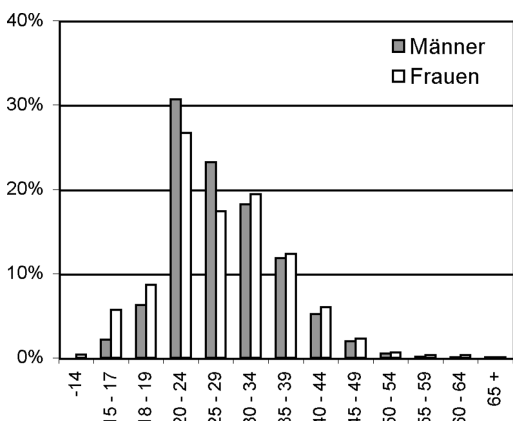
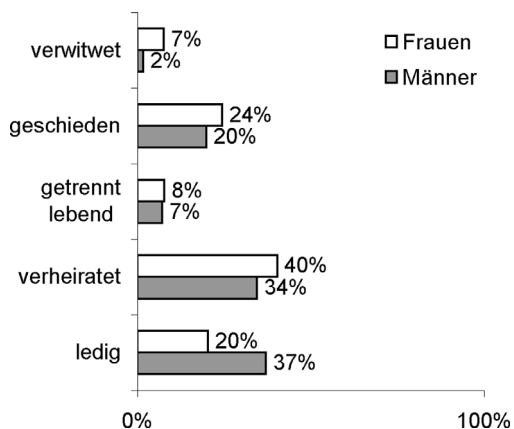
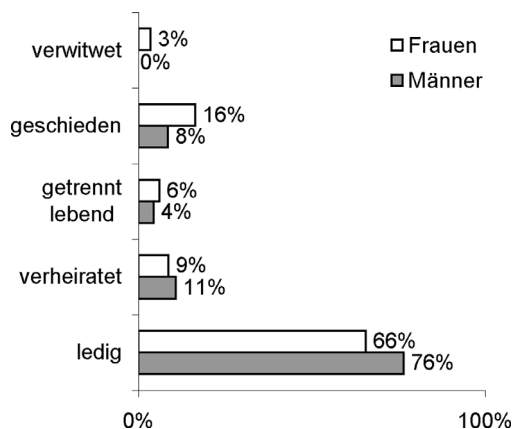


Abbildung 6.10: Altersverteilung bei verschiedenen substanzbezogenen Störungen

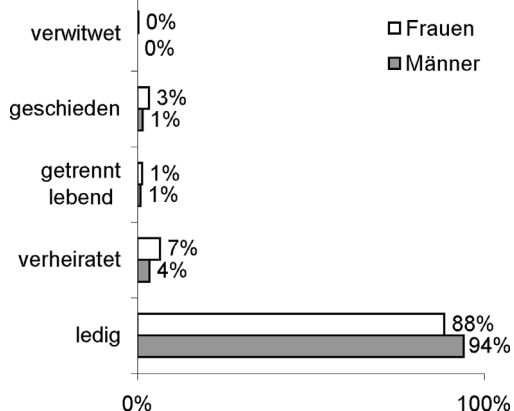
Alkohol



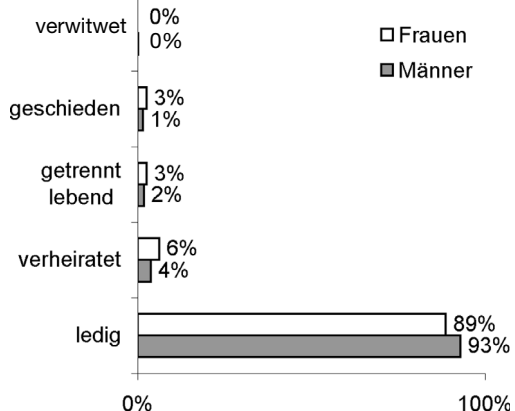
Kokain



Cannabis



Stimulanzen



Opiate

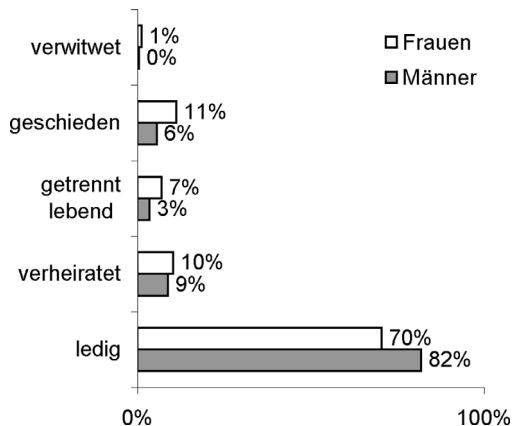
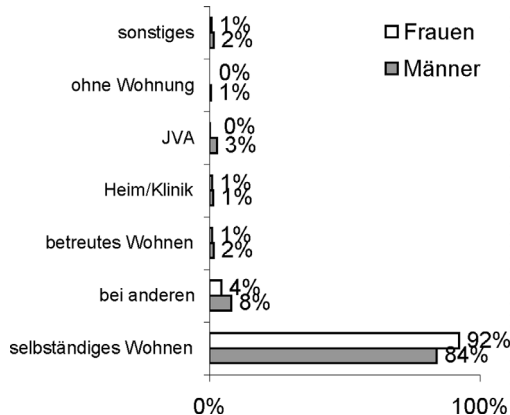
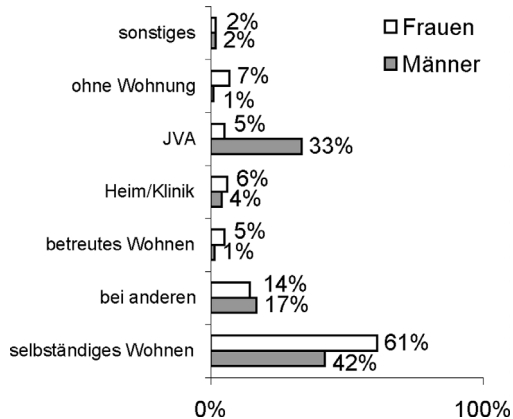


Abbildung 6.11: Familienstand bei verschiedenen substanzbezogenen Störungen

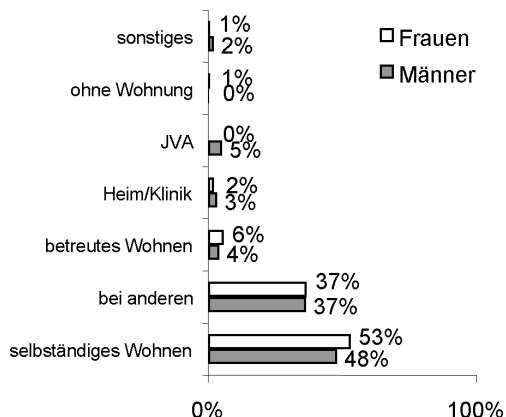
Alkohol



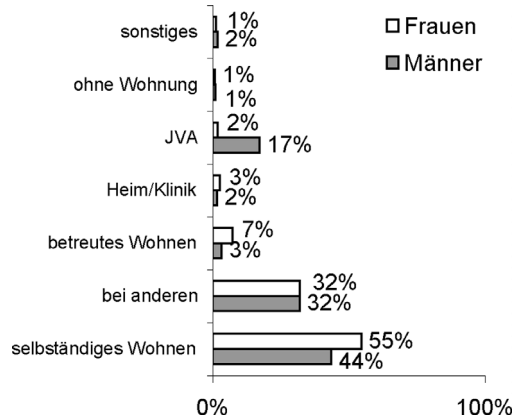
Kokain



Cannabis



Stimulanzen



Opiate

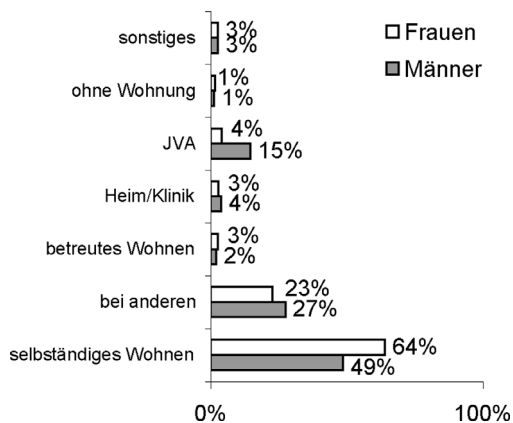
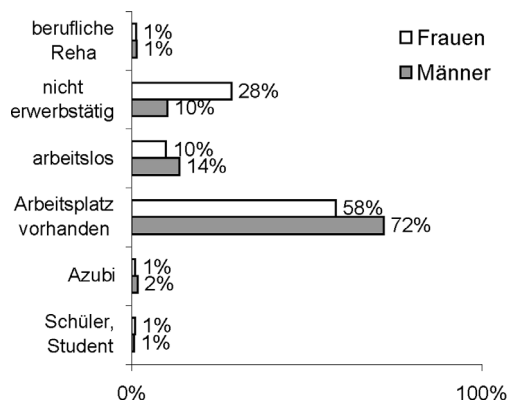
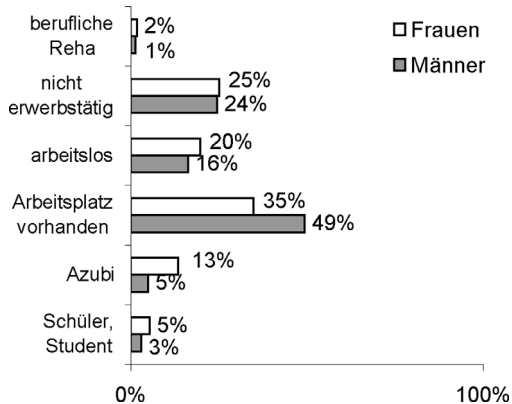


Abbildung 6.12: Wohnsituation bei verschiedenen substanzbezogenen Störungen

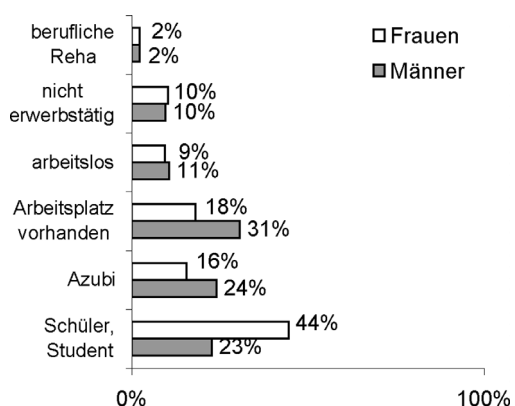
Alkohol



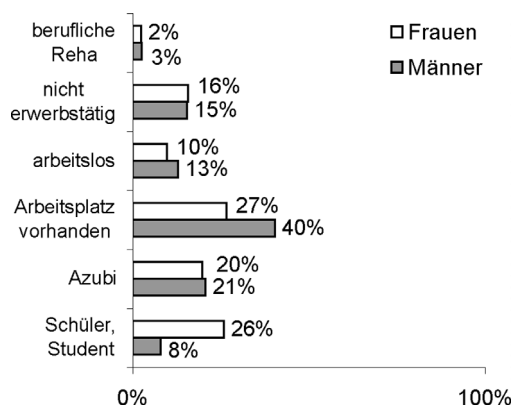
Kokain



Cannabis



Stimulanzen



Opiate

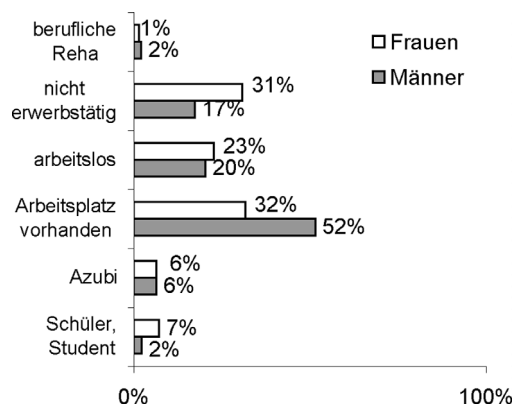


Abbildung 6.13: Berufliche Integration bei verschiedenen substanzbezogenen Störungen

dieser Klienten bei anderen Personen wohnt, rund die Hälfte hat eine eigene Wohnung bzw. wohnt bei den Eltern.

Ein besonders bedeutsamer Punkt ist der Anteil der Klientinnen, die ohne Partner mit Kindern leben. Dies sind bei den Frauen mit Alkoholdiagnose immerhin 12%, bei opiatabhängigen Frauen 13% und bei Kokainabhängigen rund 11%. Zu der ohnehin schon belastenden Situation als allein erziehendem Elternteil kommt hier noch die substanzbezogene Störung hinzu, was sicherlich sowohl für die Mütter als auch für die betroffenen Kinder extrem schwierig ist. Väter geraten weit weniger häufig in diese besondere Situation, was mit der immer noch gängigen Praxis, die Sorge um Kinder fast ausschließlich den Frauen anzuvertrauen, zusammenhängen dürfte. Aus diesen Daten wird ersichtlich, dass zum einen spezielle Angebote für die Kinder von Abhängigen vermehrt bereitgestellt werden müssen, um in dieser Risikogruppe möglichst auch präventiv tätig werden zu können. Zum anderen ist auch der Situation der suchtkranken Eltern Rechnung zu tragen, die ihre Kinder alleine großziehen.

Bei der Schulbildung fällt auf, dass 40% der Alkoholabhängigen zumindest einen Realschulabschluss haben. Rund 47% der Frauen mit einer Alkohol-, Kokain- oder Stimulanzien-Problematik haben mindestens einen Realschulabschluss. Bei den Männern sind es durchgehend je 5% bis 10% weniger. Klienten mit cannabisbezogenen Problemen befinden sich altersbedingt sehr oft noch in Ausbildung: 60% der Frauen und 47% der Männer sind noch in Ausbildung. Opiatabhängige schließlich haben zu einem beträchtlichen Anteil von circa 16% keinen Abschluss, und es finden sich in dieser Gruppe die höchsten Anteile von Hauptschulabsolventen.

Angesichts ihrer insgesamt schwierigen Situation überrascht es nicht, dass sich der Anteil der Arbeitslos-Gemeldeten und Nichterwerbstätigen bei Opiatabhängigen auf 37% bei den Männern und 54% bei den Frauen addiert (Abbildung 6.13). Der Anteil an Personen, die einen Arbeitsplatz haben, liegt bei immerhin 32% der Frauen und 52% der Männer. Hierbei werden jedoch auch zeitweilige Arbeitsverhältnisse mitgezählt. Aus diesen Gründen bedarf es hier besonderer Integrationshilfen und Fördermaßnahmen. Den höchsten Anteil an Personen mit einem Arbeitsplatz findet man bei den Alkoholklienten. Hier gibt es mit einem Anteil von 28% auch viele nicht-erwerbstätige Frauen. 16% der Frauen mit alkoholbezogener Hauptdiagnose sind Hausfrauen. Von den

Kokain-Klienten haben rund die Hälfte der Männer und etwas mehr als ein Drittel der Frauen einen Arbeitsplatz. Mit 45% bei den Männern und 40% bei den Frauen ist allerdings auch hier ein großer Teil der Klienten ohne Arbeit. Bei der cannabisbezogenen Hauptdiagnose macht sich auch in beruflicher Hinsicht das junge Durchschnittsalter der Klienten bemerkbar: Etwa die Hälfte der Männer und 60% der Frauen sind noch in Ausbildung. Bei Stimulanzien sind es 46% der Frauen und 29% der Männer.

6.4 Ess-Störungen

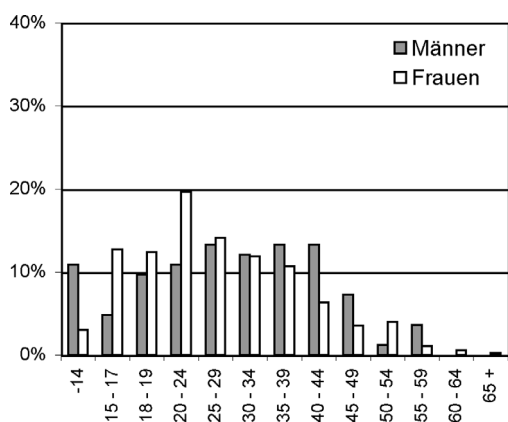
70% der Einrichtungen nennen Klienten mit Ess-Störungen als eine Zielgruppe ihrer Einrichtung (Tabelle 6.2). Es handelt sich hier – wie beim Pathologischen Spielverhalten – um einen Versorgungsbereich, bei dem Überschneidungen mit psychiatrischen bzw. psychosomatischen Einrichtungen bestehen. Die relativ kleine Absolutzahl dieser Klienten (2000: 1.323 Hauptdiagnosen Ess-Störungen) erlaubt daher keine Rückschlüsse auf die Anzahl der behandelten Personen in Deutschland. Die Behandlung von Ess-Störungen erfordert ein hoch spezialisiertes Wissen, das nur in wenigen Einrichtungen vorhanden sein dürfte.

Ess-Störungen betreffen nach wie vor überwiegend Frauen. Nur etwa 6% der Personen mit einer primären Ess-Störung in ambulanter Betreuung sind Männer. Die Altersverteilung in dieser Gruppe ist breit gestreut und relativ gleichmäßig verteilt. Die jüngsten sind unter 14 Jahre, am häufigsten kommen Personen zwischen 20 bis 24 Jahren in die Einrichtungen. Darüber hinaus finden sich jedoch auch noch Klientinnen mit 40 und mehr Jahren in Betreuung. Die Lebensumstände dieser Personengruppe unterscheiden sich insgesamt von den Personen mit substanzbezogenen Problemen. Fast 70% sind ledig, etwa ein Fünftel (21,8%) lebt allein, fast drei Viertel wohnen selbstständig. Was die berufliche Integration betrifft, stellt sich die Lage der Klientinnen mit Ess-Störungen recht positiv dar. Mehr als 50% der Frauen haben einen Arbeitsplatz oder machen eine Lehre, fast ein Drittel ist noch in Schulausbildung (Abbildung 6.14).

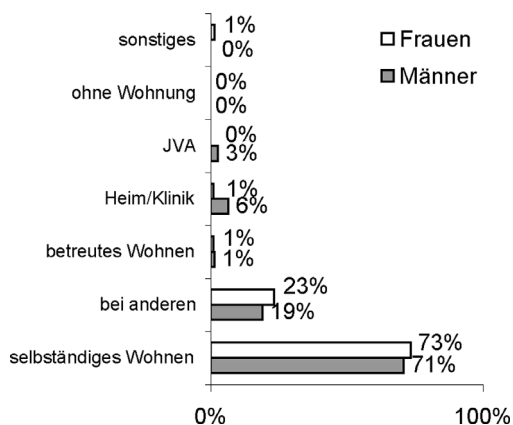
6.5 Pathologisches Spielverhalten

Pathologisches Spielverhalten betrifft hauptsächlich Männer. Nur 9% der Klienten mit dieser Hauptdiagnose sind weiblichen Geschlechts. Der Altersschwerpunkt liegt zwischen 25 und 39 Jahren. Wie auch bei den Ess-Störungen befinden sich auch noch

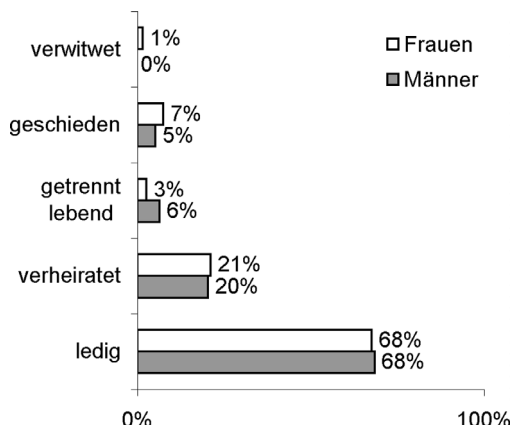
Alter



Wohnsituation



Familienstand



Berufliche Integration

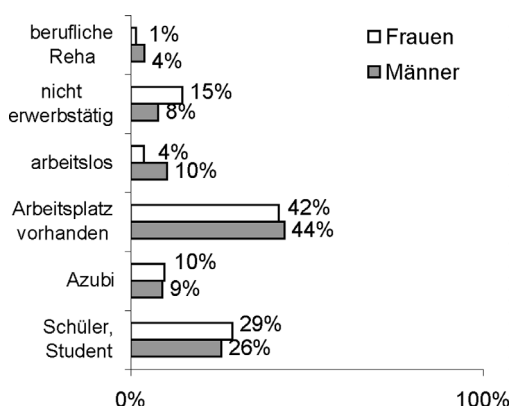
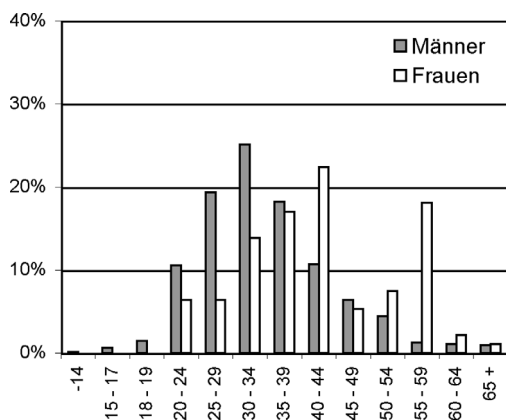


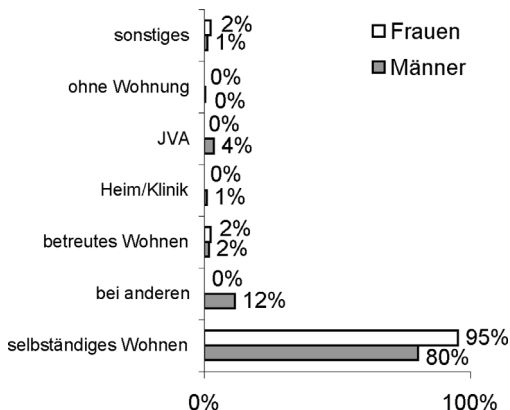
Abbildung 6.14: Klientinnen mit Ess-Störungen

Klienten jenseits von 50 Jahren in Betreuung. Ein Drittel der Männer ist verheiratet, 53% sind ledig. Jeder Zweite lebt mit einer Partnerin bzw. mit einem Partner zusammen (48,6%). Die Wohnsituation ist bei nahezu allen Klienten gesichert. Die Erwerbssituation ist ebenfalls als gut zu bezeichnen: 80% der Männer haben einen Arbeitsplatz oder eine Lehrstelle (Abbildung 6.15).

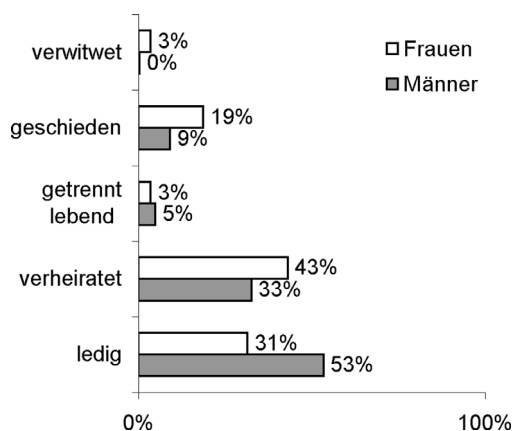
Alter



Wohnsituation



Familienstand



Berufliche Integration

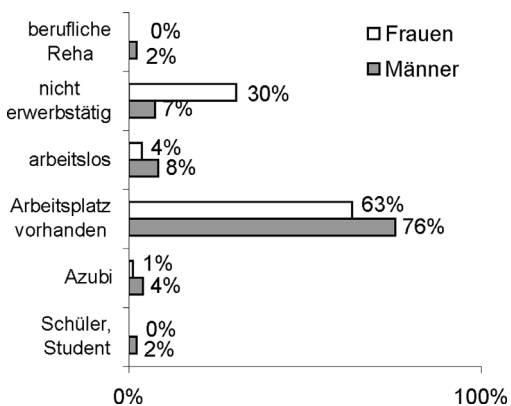


Abbildung 6.15: Klienten mit Pathologischem Spielverhalten

7 Daten zu Interventionen (Statistik der Entlassungen)

Die Daten zu den Interventionen in den Kapiteln 7.2 bis 7.5 beziehen sich auf all jene Klienten, die in 2000 ihre Behandlung beendet haben (unabhängig vom Grund der Entlassung).

7.1 Art der Hilfen

Den Einrichtungen der ambulanten Betreuung stehen zahlreiche Maßnahmen zur Verfügung, um Klienten

zu helfen (Tabelle 7.1). Beratung von Einzelpersonen ist eine Basisleistung 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 siebte Klient in Einzeltherapie. Therapien für Gruppen oder für Familien werden seltener eingesetzt. Dagegen benötigen 28% der Klienten eine Krisenintervention. Etwas häufiger, bei 36% 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

Tabelle 7.1: Maßnahmen

Maßnahmen in der Einrichtung*	Männer	Frauen
Psych./med./soz. Untersuchung	38,1%	38,1%
Krisenintervention	25,9%	35,7%
Einzelberatung	89,1%	86,6%
Gruppenberatung	23,6%	20,7%
Partner-/Familienberatung	22,7%	25,6%
Einzeltherapie	13,5%	20,7%
Gruppentherapie	7,9%	11,2%
Partner-/Familietherapie	2,8%	3,3%
Aufsuchende Betreuung	10,0%	8,8%
Seelsorge/Sterbebegleitung	0,7%	0,7%
Beistand vor Gericht/Polizei	5,2%	3,0%
Hilfen beim Umgang mit Behörden	24,3%	18,0%
Hilfen im Bereich Wohnen	5,1%	5,8%
Hilfen im Bereich Arbeit/Schule	8,4%	8,4%
Hilfen im Bereich soz. Beziehungen	14,2%	17,5%
Hilfen im Bereich Finanzen	3,9%	3,8%
Vermittlung in Entgiftung	12,2%	11,0%
Vermittlung in ambulante Beratung	4,5%	5,6%
Vermittlung in stationäre Therapie	23,1%	18,5%
Vorbereitung/Durchführung Kombitherapie	0,4%	0,4%
Sonstige Hilfsmaßnahmen	7,6%	7,2%
Gesamt	43.538	13.360

Unbek.: 9.972 Pat. (14,9%) aller Pat., bzw. 0 Pat. (0,0%) der ausgew. Einr., da Mehrfachnennungen

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N=377 (99,5%), Horizont: N=0 (0,0%)

* Mehrfachnennungen möglich

es unter anderem ihre Aufgabe, den Klienten bei seiner Suche nach dem passenden Hilfeangebot wirkungsvoll zu unterstützen (»case-management«).

Eine gewisse Unschärfe zwischen Beratung und Behandlung ergibt sich dadurch, dass einzelne Einrichtungen aus konzeptionellen Gründen oder Dienstabweisungen auch klare Behandlungsleistungen als »Beratung« verschlüsseln.

Während die Arbeit der ambulanten Einrichtungen bisher üblicherweise durch die Förderung der Kommune, des Landes und anderer Stellen finanziert wurde, gewinnt mit der »Ambulanten Rehabilitation« seit einigen Jahren eine durch die Rentenversicherung finanzierte Betreuungsform an Bedeutung. Damit einher ging auch die Einführung entsprechender Qualitätsstandards (u. a. Mindestkriterien für die sachliche und personelle Ausstattung der Einrichtungen und für die durchgeführten Maßnahmen). Nach einer langen Anlaufzeit wurden 1999 rund 11% der Alkohol Klienten in dieser Form behandelt. In 2000 waren es nur noch 6,3%. Diese deutliche Differenz begründet sich in der Änderung der Erhebungsform. Die Daten von 1999 bezogen sich nur auf die gültigen Fälle, in 2000 hingegen können aufgrund von Mehrfachwahlantworten die Non-Responder bei der Berechnung der Prozentwerte nicht ausgeschlossen werden. Bei den anderen Substanzen sind die Anteile deutlich kleiner. Da insbesondere Mütter oft sehr

schwer in der Lage sind, eine Abwesenheit von zu Hause für eine stationäre Behandlung zu organisieren, bietet sich hiermit eine gute Behandlungsalternative für diese Gruppe.

Im Anschluss folgt die Beschreibung des Betreuungsverlaufs bei den Hauptdiagnosen nach ICD-10 für die Substanzgruppen Alkohol, Opiate, Cannabis, Kokain und Stimulanzien (Kap. 7.2). In Kapitel 6 wurde für diese Gruppe bereits die Ausgangssituation anhand anamnestischer Daten dargestellt. Danach werden die wichtigsten Daten zum Betreuungsverlauf für die Hauptdiagnosen Ess-Störungen und Pathologisches Spielverhalten (Kap. 7.3 und 7.4) dargestellt.

7.2 Substanzbezogene Störungen

Während bei Cannabis über drei Viertel der Klienten erstmals in Betreuung sind und bei Stimulanzien rund zwei Drittel, sind es bei den Opiatabhängigen nur ein Viertel (Tabelle 7.2). Bei Alkohol und Kokain befinden sich etwa 45% bzw. 55% der Klienten erstmalig in einer ambulanten Spezialeinrichtung. Daraus lässt sich schließen, dass insbesondere Opiatabhängige in hohem Maß wiederholt stationär behandelt werden, Personen mit Cannabisproblemen eher selten. Geschlechtsunterschiede sind eher gering.

Frühere Therapieversuche beziehen sich vor allem auf ambulante Suchtberatungen, Entgiftung und sta-

Tabelle 7.2: Anteil der Erstbehandelten bei substanzbezogenen Störungen

		1997	1998	1999	2000
Alkohol	M	44%	44%	43%	45%
	F	37%	36%	36%	40%
Opiate	M	29%	27%	29%	28%
	F	25%	23%	25%	27%
Cannabis	M	77%	77%	74%	77%
	F	78%	74%	72%	82%
Kokain	M	51%	50%	51%	57%
	F	47%	45%	45%	55%
Stimulanzien	M				65%
	F				70%

Unbek.: 5.491 Pat. (10,2%) aller Pat., bzw. 2.148 Pat. (4,2%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=347 (91,6%), Horizont: N=22 (100,0%)

Tabelle 7.3: Vorbehandlungen

Frühere Behandlungen*	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Ambulante Suchtberatung	28,6%	30,0%	46,3%	47,4%	15,1%	11,1%	31,3%	25,5%	24,3%	20,9%
Stationäre Entgiftung	38,0%	40,9%	46,0%	46,7%	8,0%	5,5%	19,0%	32,1%	15,4%	18,4%
Ambulante Substitution	0,5%	0,6%	28,2%	35,2%	0,7%	1,3%	3,8%	9,4%	0,5%	0,4%
Ambulante Entwöhnung	4,6%	6,5%	4,4%	5,2%	1,1%	0,6%	2,2%	4,7%	1,1%	1,7%
Teilstationäre Entwöhnung	0,7%	0,8%	1,3%	1,0%	0,1%	0,0%	0,9%	0,9%	0,2%	0,0%
Stationäre Entwöhnung	21,1%	23,0%	30,1%	28,4%	4,0%	3,0%	16,7%	17,9%	8,9%	7,9%
Suchtbezogene Selbsthilfegruppe	11,6%	14,0%	2,8%	2,8%	0,5%	0,4%	2,8%	6,6%	1,0%	0,0%
Nicht-suchtspezifische Institution	4,1%	5,4%	4,4%	5,5%	2,9%	3,1%	3,5%	8,5%	4,0%	3,3%
Gesamt	25.516	7.077	5.825	1.648	2.506	542	742	106	629	239

Unbek.: 9.098 Pat. (16,9%) aller Pat., bzw. 0 Pat. (0,0%) der ausgew. Einr., da Mehrfachnennungen

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N=287 (75,7%), Horizont: N=0 (0,0%)

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 7.4: Aufnahmegrund

Aufnahmegrund	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Freiwillige Behandlung	86,7%	94,0%	74,6%	80,9%	72,0%	85,6%	70,1%	86,4%	74,6%	89,2%
§§ 35 – 38 BtmG	0,3%	0,1%	12,0%	6,2%	5,3%	1,6%	16,1%	2,9%	10,9%	2,8%
Andere strafrechtl. Grundlage	4,2%	0,9%	7,6%	4,5%	13,4%	5,7%	11,1%	3,9%	8,8%	4,2%
Zivilrechtliche Grundlage	5,2%	2,4%	1,7%	2,8%	3,6%	2,1%	1,0%	3,9%	2,1%	0,9%
Unterbringung (Psych-KK, LUG)	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sonstige Gründe	3,5%	2,5%	4,1%	5,5%	5,6%	4,5%	1,6%	2,9%	3,7%	2,8%
Gesamt	22.584	6.257	5.189	1.447	2.262	487	675	103	570	212

Unbek.: 14.142 Pat. (26,2%) aller Pat., bzw. 841 Pat. (2,1%) der ausgew. Einr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N=257 (67,8%), Horizont: N=0 (0,0%)

tionäre Entwöhnungen. (Tabelle 7.3). Hohe Werte liegen insbesondere für Alkohol und Opiate vor, sowohl für die ambulante Suchtbehandlung (30% bzw. 50%), wie für die Entgiftung (40% bzw. fast 50%) als auch für die stationäre Entwöhnung (etwa 20% bzw. 30%). Auffällig sind die teilweise sehr geringen Werte für diese drei Formen der Vorbehandlung bei Cannabis,

Kokain und Stimulanzien. Auch zeigt sich in diesen Gruppen ein höherer Anteil an Personen mit einem geringen Ausmaß wiederholter Behandlungen.

Die Aufnahme der Klienten erfolgt überwiegend freiwillig (Tabelle 7.4). Über alle Substanzen hinweg zeigt sich ein Geschlechtsunterschied dahin gehend,

Tabelle 7.5: Vermittlung

Vermittlung durch	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Ohne Vermittlung	24,4%	28,2%	44,0%	40,4%	22,5%	26,8%	47,2%	39,3%	35,5%	28,0%
Angehörige / Freunde / Bekannte	12,9%	14,9%	11,7%	15,9%	27,5%	36,5%	11,3%	20,0%	19,7%	33,7%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	6,0%	4,8%	1,2%	1,4%	5,8%	5,7%	1,5%	5,9%	4,6%	6,3%
Niedergel. Arzt/ Psychotherapeut	9,7%	12,6%	14,5%	17,8%	3,5%	4,0%	3,2%	3,0%	3,7%	7,4%
Krankenhaus	10,0%	12,7%	1,4%	2,5%	1,8%	1,9%	1,1%	2,2%	2,2%	1,7%
Stationäre Suchteinrichtung	5,9%	7,7%	3,5%	3,7%	1,6%	2,9%	2,5%	7,4%	2,8%	3,4%
Suchtberatung	1,0%	1,4%	2,7%	2,5%	1,0%	1,1%	3,1%	3,7%	3,1%	1,1%
Andere Beratungsdienste	6,7%	7,4%	3,4%	5,8%	8,1%	9,1%	4,0%	5,9%	5,9%	8,6%
Justizbehörde / Soziale Verwaltung	15,1%	4,3%	15,5%	7,3%	24,3%	8,9%	24,1%	8,9%	20,6%	6,3%
Abstinenz- / Selbsthilfegruppe	1,3%	1,7%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%
Kosten- / Leistungsträger	5,0%	2,5%	0,5%	0,3%	0,7%	0,4%	0,4%	0,0%	0,4%	0,6%
Sonstiges	2,1%	1,8%	1,5%	2,4%	3,1%	2,7%	1,5%	3,7%	1,3%	2,9%
Gesamt	28.538	7.864	5.761	1.617	2.527	526	750	135	543	175

Unbek.: 1.884 Pat. (3,7%) aller Einr., bzw. 1.024 Pat. (2,2%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=371 (97,9%), Horizont: N=15 (68,2%)

dass sich Frauen häufiger freiwillig einer Behandlung unterziehen als Männer. Der höchste Anteil an freiwilligen Behandlungen findet sich bei den Alkohol-Klienten. Bei Klienten mit opiatbezogener Hauptdiagnose spielen strafrechtliche Gründe eine große Rolle: Rund 20% der Männer und 11% der Frauen kommen überwiegend aufgrund von Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz in die ambulante Suchthilfeeinrichtung. Ähnliches gilt für Konsumenten von Stimulanzien. Bei männlichen Cannabis-Konsumenten sind neben der freiwilligen Behandlung Aufnahmen aufgrund von »anderen strafrechtlichen Grundlagen« mit 13% recht häufig. Am häufigsten wegen strafrechtlicher Grundlage kommen männliche Kokain-Klienten in die Beratungsstellen (27%). In der Regel handelt es sich dabei um eine Zurückstellung der Strafverfolgung zum Zweck der Therapie.

Bei Vermittlung geht es um die Frage, auf welchem Wege Personen in ambulante Beratung oder Behandlung kommen. Die meisten Klienten kommen ohne Vermittlung, insbesondere bei den Störungsreichen Opiate, Kokain und Stimulanzien (Tabelle 7.5). Bei den Hauptdiagnosen schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, Cannabis und Stimulanzien kommen 13% bis 37% durch Vermittlung von Angehörigen, Freunden oder Bekannten. Opiatabhängige werden in 15% der Fälle durch Ärzte oder Psychotherapeuten an die ambulante Einrichtung vermittelt. Bei männlichen Kokainkonsumenten wird ein Viertel durch Justizbehörden und soziale Einrichtungen vermittelt. Eine weitere Intensivierung der Kontakte mit der Ärzteschaft wäre in Anbetracht der immer noch sehr großen Zahl von unerkannten und unbehandelten substanzbezogenen Störungen in der Bevölkerung wünschenswert. Ein Großteil der zahl-

Tabelle 7.6: Behandlungsdauer bei substanzbezogenen Störungen

Behandlungsdauer	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Bis 4 Wochen	13,1%	12,8%	13,8%	16,2%	24,3%	28,6%	13,8%	21,9%	18,0%	31,9%
Bis 8 Wochen	11,1%	11,1%	10,6%	10,8%	16,4%	15,5%	12,9%	8,0%	12,5%	13,7%
Bis 12 Wochen	9,9%	9,5%	10,1%	8,6%	10,6%	11,7%	10,0%	10,2%	9,8%	8,8%
Bis 6 Monate	23,0%	20,2%	23,8%	21,6%	24,2%	22,8%	23,5%	23,4%	27,1%	25,8%
Bis 9 Monate	13,3%	12,0%	14,0%	12,2%	10,1%	8,8%	15,3%	10,2%	11,0%	7,1%
Bis 12 Monate	9,3%	9,4%	8,7%	7,7%	5,7%	4,9%	8,9%	5,8%	6,9%	4,9%
Bis 24 Monate	14,5%	16,8%	13,3%	14,6%	7,1%	4,7%	11,8%	16,1%	11,0%	6,0%
Mehr als 24 Monate	5,7%	8,2%	5,6%	8,3%	1,6%	2,9%	3,9%	4,4%	3,6%	1,6%
Gesamt	29.713	8.100	5.940	1.668	2.653	548	778	137	582	182

Unbek.: 19 Pat. (0,0%) aller Pat., bzw. 19 Pat. (0,0%) der ausgew. Einr.
Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
Basis: EBIS: N=377 (99,5%), Horizont: N=22 (100,0%)

Tabelle 7.7: Anzahl der Kontakte bei substanzbezogenen Störungen

Kontaktzahlen	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
2 bis 5	37,6%	35,8%	37,3%	35,3%	61,1%	64,0%	36,7%	35,2%	42,8%	59,6%
6 bis 10	24,5%	22,4%	23,9%	20,3%	21,8%	20,0%	25,3%	25,7%	24,2%	18,4%
11 bis 29	26,9%	26,6%	26,2%	25,5%	14,4%	12,6%	27,8%	26,7%	26,2%	19,1%
30 und mehr	11,0%	15,3%	12,6%	18,9%	2,8%	3,5%	10,2%	12,4%	6,8%	2,9%
Gesamt	22.396	6.071	4.671	1.314	2.013	405	648	105	442	136

Unbek.: 12.119 Pat. (24,1%) aller Pat., bzw. 1.993 Pat. (5,0%) der ausgew. Einr.
Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
Basis: EBIS: N=286 (75,5%), Horizont: N=21 (95,5%)

reichen Stellen, die im Prinzip vermittelnd oder vorbereitend tätig werden könnten, spielt zahlenmäßig bisher kaum eine Rolle.

In den Tabellen 7.6 bis 7.9 sind einige zentrale Daten zum Verlauf der Beratung und Behandlung für die ausgewählten substanzbezogenen Diagnosen gegenübergestellt. Betrachtet man die Dauer der Betreuung, so ist zu erkennen, dass vor allem bei Cannabis- und Stimulanzienabhängigen die Betreuung vorwiegend nach relativ kurzer Zeit (0 bis 8 Wochen) beendet ist (Tabelle 7.6). Neben diesen kurzen Zeiten (vor allem durch Abbrüche bedingt) liegt der Schwerpunkt bei einer Dauer von 4 bis 6 Monaten (je nach Gruppe 20% bis 27%).

»Kurzkontakte« (2 bis 5) stellen die wichtigste Gruppe bei allen Substanzen (zwischen 35% und 65%) dar und spiegeln den hohen Anteil von Abbrechern wider. Ansonsten verteilen sich die weiteren Fälle relativ gleichmäßig auf 6 bis 10 bzw. 11 bis 29 Kontakte. Eine Ausnahme bildet Cannabis mit überdurchschnittlich wenig Kontakten.

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 (je nach Gruppe 35% bis 60%, Tabelle 7.8). Die Abbruchquoten für Frauen sind durchgängig höher als die für Männer. Eine planmäßige Beendigung der Betreuung

Tabelle 7.8: Art der Beendigung bei substanzbezogenen Störungen

Art der Beendigung	Alkohol		Opiate		Cannabis		Kokain		Stimulanzen	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Planmäßig	38,0%	37,1%	15,1%	16,3%	38,2%	39,1%	23,8%	26,2%	29,2%	25,0%
Weitervermittlung	17,1%	15,7%	29,3%	25,5%	12,6%	11,8%	33,0%	21,3%	22,2%	13,2%
Abbruch Einrichtung	1,9%	1,8%	2,5%	2,5%	1,4%	1,0%	1,6%	0,0%	1,2%	0,7%
Abbruch Klient	41,2%	44,4%	46,0%	52,0%	45,9%	47,2%	35,5%	50,0%	43,2%	59,7%
Strafvollzug	0,7%	0,1%	6,0%	2,4%	1,7%	0,8%	5,9%	1,6%	3,8%	1,4%
Verstorben	1,1%	1,0%	1,1%	1,4%	0,2%	0,0%	0,3%	0,8%	0,4%	
Gesamt	27.061	7.365	5.033	1.445	2.349	483	631	122	500	144

Unbek.: 5.187 Pat. (10,3%) aller Pat., bzw. 2.702 Pat. (5,6%) der ausgew. Einr.
Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
Basis: EBIS: N=347 (91,6%), Horizont: N=21 (95,5%)

Tabelle 7.9: Ergebnisse der Behandlungen bei substanzbezogenen Störungen

	Alkohol	Opiate	Cannabis	Kokain	Stimulanzen
Planmäßig beendet					
Behoben/abstinent	51,0%	22,1%	28,1%	30,6%	30,2%
Gebessert	35,4%	50,7%	49,6%	47,2%	49,1%
Unverändert	12,9%	25,5%	21,9%	21,7%	19,6%
Verschlechtert	0,7%	1,8%	0,4%	0,5%	1,1%
Gesamt	16.719	2.729	1.279	396	281
Unplanmäßig beendet					
Behoben/abstinent	12,0%	3,4%	3,8%	4,8%	4,3%
Gebessert	28,4%	21,5%	29,7%	26,2%	31,7%
Unverändert	53,5%	65,6%	62,4%	60,5%	57,8%
Verschlechtert	6,2%	9,5%	4,1%	8,4%	6,2%
Gesamt	14.697	3.606	1.340	332	325

Unbek.: 2.107 Pat. (4,8%) der ausgew. Einr.
Bezug: Bundesdatensatz
Basis: EBIS: N=366 (96,6%), Horizont: N=0 (0,0%)

durch die Einrichtung ist bei 38% der Personen mit Alkohol- oder Cannabisdiagnose festzustellen. Sie ist bei Klienten mit Opiat- oder Kokainabhängigkeit mit 15% bis 24% deutlich seltener, dafür liegen die Vermittlungsraten entsprechend höher. Wie weiter oben beschrieben, sind allerdings auch die Rahmenbedingungen der Klienten mit Alkohol- oder Cannabisstörungen deutlich besser als die der beiden anderen

Gruppen. Dies betrifft Bildungsstand, Beschäftigungssituation und soziale Einbindung. Männer mit Stimulanzenproblemen weisen besonders hohe Abbruchquoten auf. Ihr Anteil mit planmäßigem Abschluss liegt zwischen dem der Gruppe der Alkohol- und Cannabisklienten und dem der Gruppe der Opiat- und Kokainklienten. Vermittlung spielt insbesondere bei Opiaten und bei Kokain eine zentrale Rolle. Etwa

Tabelle 7.10: Anteil der Erstbehandelten bei Ess-Störungen

		1997	1998	1999	2000
Ess-Störungen	M	61%	58%	49%	66%
	F	57%	61%	59%	62%

Unbek.: 141 Pat. (10,7%) aller Pat., bzw. 57 Pat. (4,6%) der ausgew. Einr.
Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
Basis: EBIS: N=347 (91,6%), Horizont: N=22 (100,0%)

jeder dritte bis vierte Fall wird – in der Regel in stationäre Behandlung – vermittelt.

Die bei ambulanter Betreuung erzielten Ergebnisse werden in der Tabelle 7.9 getrennt nach planmäßigen und vorzeitigen Beendigungen dargestellt. Planmäßige Beendigung setzt voraus, dass die Ziele der Betreuung entsprechend eines vorhandenen Hilfeplanes erreicht wurden bzw. Einverständnis zwischen Therapeut und Klient über die 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 einer alkoholbezogenen Störung ist am Ende einer planmäßigen Beendigung abstinent. Darüber hinaus berichten 35% von einer 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 25% ist der Anteil der Unveränderten in der Gruppe der Opiatabhängigen am höchsten. Bei Cannabis, Kokain und Stimulanzien sind rund 30% der Klienten am Betreuungsende abstinent, weitere 50% sind gebessert. Insgesamt beenden damit rund 80% der Fälle mit einem positiven Ergebnis.

Wie zu erwarten fallen die Ergebnisse bei einer unplanmäßigen Beendigung deutlich schlechter aus. Bei den vier illegalen Substanzen verlassen etwa 55% bis 65% der Abbrecher die Betreuung mit unverändertem Konsumverhalten, bei weiteren 4% bis 10% hat sich der Status in diesem Zeitraum sogar verschlechtert. Dagegen ist immerhin bei 21% bis 32% eine Besserung zu verzeichnen. Abstinenz ist allerdings nur in wenigen Fällen erreicht worden.

7.3 Ess-Störungen

Die Rahmendaten zum Betreuungsverlauf und -ergebnis für Personen mit Ess-Störungen sind in Tabelle 7.10 bis 7.13 zusammengefasst. 62% der Frauen mit Ess-Störungen sind das erste Mal in einer entsprechenden Betreuung (Tabelle 7.10).

Tabelle 7.11: Behandlungsdauer bei Ess-Störungen

	M	F
Bis 4 Wochen	8,9%	14,7%
Bis 8 Wochen	10,9%	12,0%
Bis 12 Wochen	14,9%	10,8%
Bis 6 Monate	21,8%	19,9%
Bis 9 Monate	10,9%	10,3%
Bis 12 Monate	5,9%	7,4%
Bis 24 Monate	4,0%	15,8%
Mehr als 24 Monate	22,8%	9,2%
Gesamt	101	1.223

Unbek.: 1 Pat. (0,1%) aller Pat., bzw. 1 Pat. (0,1%) der ausgew. Einr.
Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
Basis: EBIS: N=377 (99,5%), Horizont: N=22 (100,0%)

Tabelle 7.12: Anzahl der Kontakte bei Ess-Störungen

	M	F
2 bis 5	38,5%	41,2%
6 bis 10	36,9%	22,0%
11 bis 29	18,5%	24,7%
30 und mehr	6,2%	12,0%
Gesamt	65	849

Unbek.: 411 Pat. (31,0%) aller Pat., bzw. 59 Pat. (6,1%) der ausgew. Einr.
Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
Basis: EBIS: N=286 (75,5%), Horizont: N=21 (95,5%)

Tabelle 7.13: Art der Beendigung bei Ess-Störungen

	M	F
Planmäßig	21,4%	38,0%
Weitervermittlung	21,4%	21,2%
Abbruch Einrichtung	4,3%	1,3%
Abbruch Klient	51,4%	39,5%
Strafvollzug	1,4%	0,0%
Verstorben	0,0%	0,0%
Gesamt	70	1.086

Unbek.: 169 Pat. (12,8%) aller Pat., bzw. 96 Pat. (7,7%)
der ausgew. Einr.
Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
Basis: EBIS: N=347 (91,6%), Horizont: N=21 (95,5%)

Tabelle 7.14: Ergebnisse der Behandlungen bei Ess-Störungen

	Planmäßig beendet	Unplanmäßig beendet
Erfolgreich	18,6%	4,4%
Gebessert	56,7%	38,3%
Unverändert	23,6%	55,8%
Verschlechtert	1,1%	1,5%
Gesamt	644	480

Unbek.: 33 Pat. (2,9%) der ausgew. Einr.
Bezug: Bundesdatensatz
Basis: EBIS: N=366 (96,6%), Horizont: N=0 (0,0%)

Tabelle 7.15: Anteil der Erstbehandelten bei Pathologischem Spielverhalten

		1997	1998	1999	2000
Pathologisches Spielverhalten	M	37%	63%	61%	62%
	F	60%	71%	69%	64%

Unbek.: 78 Pat. (7,4%) aller Pat., bzw. 25 Pat. (2,5%) der ausgew. Einr.
Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
Basis: EBIS: N=347 (91,6%), Horizont: N=22 (100,0%)

Tabelle 7.16: Behandlungsdauer bei pathologischem Spielverhalten

	M	F
Bis 4 Wochen	14,4%	18,3%
Bis 8 Wochen	13,2%	8,5%
Bis 12 Wochen	10,9%	18,3%
Bis 6 Monate	26,1%	20,7%
Bis 9 Monate	13,2%	13,4%
Bis 12 Monate	8,5%	7,3%
Bis 24 Monate	9,8%	4,9%
Mehr als 24 Monate	4,0%	8,5%
Gesamt	874	82

Unbek.: 0 Pat. (0,0%) aller Pat., bzw. 0 Pat. (0,0%) der ausgew. Einr.
Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
Basis: EBIS: N=377 (99,5%), Horizont: N=22 (100,0%)

Die Dauer der Betreuung ist breit gestreut, ein Fünftel bis ein Viertel der Klienten bleibt 3 bis 6 Monate (Tabelle 7.11). Es finden bei 41% der Klientinnen nur 2 bis 5 Kontakte statt (Tabelle 7.12). Die Betreuung beenden 38% der Frauen und 21% der Männer planmäßig (Tabelle 7.13). Weitere 21% werden in andere Einrichtungen zur Weiterbetreuung vermittelt. Die Abbruchquote durch die Klienten liegt ähnlich hoch wie bei den substanzbezogenen Störungen. Zu einem Abbruch durch die Einrichtung kommt es in 1% bis 4% der Fälle.

Die Rate erfolgreicher Behandlungen bei den Ess-Störungen ist gering: 19% bei planmäßiger, 5% bei vorzeitiger Beendigung. Die meisten Klienten haben einen gebesserten Status (57% bzw. 38%, Tabelle 7.14). Bei knapp 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 38% der Betroffenen die Situation verbessert, so dass auch in diesen Fällen durchaus etwas erreicht worden ist.

7.4 Pathologisches Spielverhalten

Pathologisches Spielverhalten als Hauptdiagnose ist relativ selten, spielt aber trotzdem eine gewisse Rolle in der Arbeit ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen. Die hier beschriebenen Personen haben die Störung als therapieleitendes und vorrangiges Problem (Hauptdiagnose). Mehr als 60% der Spieler sind das erste Mal in Betreuung.

Die Dauer ist breit gestreut: Etwa 65% (Männer) bzw. 66% (Frauen) bleiben bis zu 6 Monate (Tabelle 7.16). Etwa die Hälfte der Klienten hat nur 2 bis 5 Kontakte (Tabelle 7.17). Der Abbruch durch den Klienten ist extrem häufig: 58% brechen den Kontakt von sich aus ab (Tabelle 7.18). Eine planmäßige Be-

Tabelle 7.17: Anzahl der Kontakte bei pathologischem Spielverhalten

	M	F
2 bis 5	47,1%	50,0%
6 bis 10	27,0%	20,0%
11 bis 29	19,3%	22,0%
30 und mehr	6,6%	8,0%
Gesamt	575	50

Unbek.: 331 Pat. (34,6%) aller Pat., bzw. 53 Pat. (7,8%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=286 (75,5%), Horizont: N=21 (95,5%)

TTabelle 7.18: Art der Beendigung bei pathologischem Spielverhalten

	M	F
Planmäßig	26,0%	29,0%
Weitervermittlung	12,9%	11,6%
Abbruch Einrichtung	1,2%	1,4%
Abbruch Klient	58,4%	58,0%
Strafvollzug	1,5%	0,0%
Verstorben	0,0%	0,0%
Gesamt	758	69

Unbek.: 129 Pat. (13,5%) aller Pat., bzw. 68 Pat. (7,6%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=347 (91,6%), Horizont: N=21 (95,5%)

endigung wird nur in etwa einem Viertel der Fälle erreicht, eine Vermittlung findet bei etwa 13% statt. In der Summe scheint das Angebot für diese Personengruppe verbesserungsbedürftig.

Bei planmäßiger Beendigung erscheinen die Ergebnisse der Betreuung von Pathologischem Spielverhalten, gemessen am Status zum Ende der Betreuung, erstaunlich positiv. Etwa 85% der Behandelten weisen eine gebesserte Situation oder gar eine Behebung der Spielprobleme auf (Tabelle 7.19). Im Vergleich dazu ist das Ergebnis bei unplanmäßigen Beendigungen deutlich schlechter, aber mit fast 50% (erfolgreich/ gebessert) immer noch erstaunlich hoch.

Tabelle 7.19: Ergebnisse der Behandlungen bei pathologischem Spielverhalten

	Planmäßig beendet	Unplanmäßig beendet
Erfolgreich	43,5%	10,6%
Gebessert	41,1%	38,4%
Unverändert	15,4%	50,1%
Verschlechtert	0,0%	0,8%
Gesamt	299	489

Unbek.: 16 Pat. (2,0%) der ausgew. Einr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N=366 (96,6%), Horizont: N=0 (0,0%)

8 Kurzfassung

Grundlage dieser ersten systemübergreifenden nationalen Suchthilfestatistik ist der Bundesdatensatz, den eine Arbeitsgruppe des IFT seit 1980 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelt. Er umfasst sowohl den Europäischen wie den Deutschen Kerndatensatz und steht allen Softwaresystemen kostenlos zur Verfügung, wenn sie die damit erhobenen Daten aus den beteiligten Einrichtungen jährlich kostenlos nach standardisierten Vorgaben für eine nationale Dokumentation zur Verfügung stellen.

In die Auswertung 2000 gingen die Daten von 401 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen ein. Die Erhebung der Daten erfolgte in 379 Institutionen mit dem EBIS-Programm und in 22 Einrichtungen mit der Software Horizont der Firma Ohltec.

Daten zu den Einrichtungen

Personen mit Problemen im Umgang mit Alkohol oder Medikamenten werden am häufigsten von den Einrichtungen als eine Zielgruppe genannt: im Osten von 79% und im Westen von 86% bzw. 87%. Einen Schwerpunkt bei illegalen Drogen haben drei Viertel der Einrichtungen in den neuen Bundesländern und etwas weniger, 70%, der Einrichtungen in den alten Bundesländern

Insgesamt hat eine Einrichtung in den alten Bundesländern 4,95 Mitarbeiter, eine Einrichtung in den neuen Bundesländern 4,59 Mitarbeiter. Sozialarbeiter und Sozialpädagogen sind dabei die zahlenstärkste Berufsgruppe. Das durchschnittliche Gesamtbudget einer Einrichtung beträgt im Westen rund 621.017 DM und im Osten 367.417 DM. Dies entspricht gegenüber dem Vorjahr in West und Ost einem Zuwachs von 15%. Die Mittel der Sozialversicherungen machen dabei im Westen 9,7%, im Osten 2,9% des Gesamtbudgets aus.

Daten zur Klientel

In 2000 waren insgesamt 135.105 Personen in den an der Bundesauswertung teilnehmenden ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Betreuung. Von ihnen haben 74.715 die Betreuung in 2000 aufgenommen (1999: 82.847).

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 therapiel leitenden Hauptdiagnose, so dominieren Alkoholprobleme (Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch) bei 80% der Klienten im Osten (1999: 83%) und rund 65% im Westen (1999: 68%). An zweiter Stelle stehen in den alten Bundesländern Personen mit problematischem Opiatkonsum mit etwa 18%, während alle übrigen illegalen Drogen nur etwa bei 12% der Klienten der Anlass für die Betreuung sind. In den neuen Bundesländern spielen Opiate bei rund 5% der Klienten noch eine kleine Rolle (1999: 4%). Wie auch bei anderen illegalen Drogen ist jedoch ein Prozess der Angleichung von Ost und West zu beobachten.

Bei der Betrachtung der Trends in den behandlungsleitenden Diagnosen je Einrichtung zeigen sich Zunahmen gegenüber 1999 in der Klientenzahl bei der Gruppe der Cannabiskonsumenten (+21%) und der Konsumenten von Ecstasy und verwandter Substanzen (+91%) sowie Kokainkonsumenten (+13%). Bei den Zahlen bezüglich der Alkohol- und Opiatkonsumenten sind dagegen leichte Abnahmen festzustellen (-5%).

Suchtprobleme mit legalen oder illegalen Substanzen betreffen überwiegend Männer, sie machen rund drei Viertel bis vier Fünftel der Betreuten aus.

Bei Alkohol ist die Mehrzahl der Klienten in der Altersgruppe zwischen 35 und 50 Jahren zu finden. Auch die vier illegalen Substanzen weisen jeweils ein sehr typisches Muster auf. Schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Cannabis und Stimulanzien treten als Hauptdiagnosen vor allem in der Altersgruppe 15 bis 25 Jahre auf. Demgegenüber liegt der Altersschwerpunkt für Opiate wie für Kokain bei 20 bis 35 Jahren.

Zur Lebenssituation: Rund die Hälfte der alkoholabhängigen Klienten lebt mit einem Partner zusammen. Für Klienten mit opiat- und kokainbezogenen Hauptdiagnosen gilt dies nur für knapp ein Viertel bzw. ein Fünftel. Von den Cannabis- und Stimulanzienkonsumenten leben 50% bzw. 41% bei den Eltern.

Ein besonders bemerkenswertes Ergebnis ist der relativ hohe Anteil an Klientinnen, die *partnerlos* mit Kindern leben. Unter den Frauen mit Alkoholdiagnosen beträgt ihr Anteil immerhin 12%, bei den Opiatdiagnosen 13% und bei Kokain rund 11%.

Daten zu Interventionen

In der Prävention hat die Arbeit an Schulen eine herausragende Bedeutung. Durchschnittlich 15 durchgeführte Maßnahmen erreichen etwa je 24 Personen bei einem Zeitaufwand von etwa 4,9 Stunden pro Maßnahme.

Bei den Maßnahmen der ambulanten Betreuung steht die Beratung von Einzelpersonen im Vordergrund und wird auch in fast jedem Fall genutzt, während Gruppenberatung nur bei etwa 23% der Betroffenen stattfindet. Etwa jeder siebte Klient befindet sich in Einzeltherapie, Therapien für Gruppen oder für Familien werden seltener eingesetzt. Dagegen benötigen 28% der Klienten eine Krisenintervention. Etwas häufiger, bei 36% der Fälle, wird eine Vermittlung vorbereitet bzw. durchgeführt.

Bei allen Klientengruppen ist »Abbruch durch den Klienten« die häufigste Art der Therapiebeendigung. Männer mit Stimulanzienproblemen weisen besonders hohe Abbruchquoten auf (60%). Die Abbruchquoten für Frauen sind durchgängig höher als für

Männer. 38% der Personen mit Alkohol- oder Cannabisdiagnose beenden die Betreuung planmäßig. Eine planmäßige Beendigung bei Klienten mit Opiat- oder Kokainabhängigkeit ist mit 15% bzw. 24% deutlich seltener. Der Anteil der Stimulanzienklienten mit planmäßigem Abschluss liegt bei 29% (Männer) bzw. 25% (Frauen). Vermittlung spielt insbesondere bei Opiaten und bei Kokain eine zentrale Rolle. Etwa jeder dritte bis vierte Betreute wird – in der Regel in stationäre Behandlung – vermittelt.

Etwa jeder zweite Klient mit einem Alkoholproblem lebt nach Einschätzung des Therapeuten nach der planmäßigen Beendigung einer ambulanten Betreuung abstinent. Darüber hinaus wird bei 35% zumindest eine Besserung der Situation berichtet. Bei den Opiatfällen wird Abstinenz dagegen deutlich seltener erreicht (22%). Eine Besserung ist bei 51% der Klienten festzustellen. Bei Kokain sind die Ergebnisse insgesamt etwas günstiger (31% abstinent und 47% gebessert). Bei Cannabis und Stimulanzien sind 28% bzw. 30% der Klienten am Betreuungsende abstinent, weitere 50% bzw. 49% sind gebessert.

9 Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Gesundheit (2000). Zusammenstellung der Länderkurzberichte über die Situation im Suchtbereich 1999. Stand 15.07.2000.
- Fachausschuss Statistik der DHS (1999). Einrichtungsbezogener Deutscher Kerndatensatz (Stand 29.10.99). Sucht 45 (6), 419-434.
- DHS (2001). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Hamm: DHS
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2000) (ed.) coordinated by Simon, R. & Pfeiffer, T.. Treatment demand indicator. Standard protocol 2.0. (EMCDDA Scientific Report). Lisbon.
- Simon, R. & Palazzetti, M. unter Mitarbeit von Helas, I., Holz, A. und Walter-Hamann, R. (1999). Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. EBIS-Bericht für den Zeitraum 1.1.-31.12.1998. Sucht, 45, Sonderheft 1.
- Simon, R. & Pfeiffer, T. (1998). Feasibility study on the implementation of the proposals given in the final reports of REITOX subtasks on improving the quality and comparability of treatment reporting systems. Development of a core Item List for Monitoring the treatment of Drug Misusers. Final Report. EMCDDA project CT.97.EP.07
- Simon, R., Walter-Hamann, R., Bühringer, G., Helas, I. & Hüllinghorst, R. (1999). Erweiterte Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.1998-31.12.1998. EBIS-Berichte Bd. 31e. Hamm: EBIS-AG.
- Strobl, M., Lange, S. N. & Zahn, H. (2000). Erweiterte Jahresstatistik 1999 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.1999-31.12.1999. EBIS-Berichte Bd. 32e. Hamm: EBIS-AG.
- Strobl, M., Pelzel, K. H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, S. N. (2001). Jahresstatistik 2000 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.2000 -31.12.2000. IFT-Berichte Bd. 125. München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Strobl, M. & Türk, D. (2000). Manual EBIS 2000. Erläuterungen zu den Erhebungsbögen und zum PC-Programm für Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe. IFT-Manuale Bd. 32. München: IFT.
- Türk, D. & Welsch, K. (2000a). EBIS-Jahresstatistik 1999 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in Deutschland. Sucht, 46, Sonderheft 1, 7-52.
- Türk, D. & Welsch, K. (2000b). SEDOS-Jahresstatistik 1999 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Sucht, 46, Sonderheft 1, 53-83.
- Zahn, H., Simon, R., Schmidtbreick, B., Bühringer, G., Helas, I. & Hüllinghorst, R. (1998). Erweiterte Jahresstatistik 1997 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.1997 - 31.12.1997. EBIS-Berichte Bd. 30e. Hamm: EBIS-AG.
- Zahn, H. & Simon, R. unter Mitarbeit von Eising, N., Funke, W., Helas, I., Hüllinghorst, R., Missel, P., Munderloh, W., Müller, J., Paul, K., Pfannkuche-Klemenz, S., Gamperl, P., Schmidtbreick, B. und Schuler, W. (1998). Erweiterte Jahresstatistik 1997 der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.-31.12.1997. SEDOS-Berichte Bd. 6e. Hamm: SEDOS-AG.
- Weltgesundheitsorganisation (1999). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 3. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.

Jahresstatistik 2000 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland¹

Statistical Report 2000 of Inpatient Treatment Facilities for Substance Use Disorders in Germany

Karin Welsch

Zusammenfassung

Ziel: Die jährliche Auswertung der statistischen Daten über die Art und Tätigkeit stationärer Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland ermöglicht eine Analyse der Versorgungsstruktur und eventuell vorhandener Mängel, der Patientencharakteristika sowie der im Bezugsjahr erzielten Ergebnisse. Sie erlaubt Trendanalysen über langfristige Veränderungen und dient zusätzlich als Grundlage für die Planung von Forschungsprojekten und Modellprogrammen zur Verbesserung einzelner Aspekte der Struktur und Qualität stationärer therapeutischer Einrichtungen. **Methodik:** Die Dokumentation für das Jahr 2000 basiert auf den Daten von 15.525 Patienten² aus 89 stationären Einrichtungen in Deutschland. Ausgewertet werden Aggregatdaten nach den standardisierten Vorgaben des Bundesdaten- und Bundestabellensatzes, der den Kerndatensatz der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogenprobleme einschließt (EMCDDA, 2000). **Ergebnisse:** 79% der Patienten sind männlich. Alkoholkonsum (schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit) steht bei 67% der Patienten im Vordergrund der Behandlung. 6% haben opiatbezogene Störungen als Hauptdiagnose. Die Behandlungsdauer liegt in der Regel zwischen drei und sechs Monaten. Etwa 66% der Behandlungen werden planmäßig beendet. Bei einer planmäßigen Beendigung verlassen 50% der Patienten die Behandlung abstinent und 46% in gebessertem Zustand. **Schlussfolgerungen:** Insgesamt kann man von guten Ergebnissen der stationären Suchtkrankenhilfe sprechen, ohne dass an dieser Stelle etwas über die Stabilität der Verhaltensänderungen ausgesagt werden kann (Kattamnesedaten sind noch nicht ausgewertet/vorhanden). Auffällig ist u.a., dass grundlegende Behandlungsstandards, wie eine individuelle Eingangsdi-

Abstract

Targets: The annual analysis of statistical data concerning type and activities of inpatient treatment centres of the German drug help system allows an analysis of supply structure and possibly existing shortcomings, characteristics of patients and results achieved during the reporting year as well as trend analysis of long-term changes. Moreover, it serves as a basis for research projects and model programs aiming at the improvement of individual aspects concerning structure and quality of inpatient therapeutic centres. **Methodology:** Statistics for the year 2000 are based on data of 15,525 patients from 89 inpatient treatment centres in Germany. Analysed are aggregated data following the guidelines of the Federal data set and the Federal table set including the requirements of the Treatment Demand Indicator (TDI) as defined by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2000). **Results:** 79% of the patients are male. Consumption of alcohol (harmful use and addiction) is for 67% of the patients the main reason of the treatment. For 6% opiate addiction is the main diagnosis. Generally the duration of treatment is between three and six months. About 66% of the treatments are terminated according to schedule. In case of a regular finish, 50% of the patients leave treatment in abstinent and 46% in at least improved condition. **Conclusions:** On the whole the results of the inpatient treatment are good, although at this point there can nothing be said about stability of the change in behaviour (respective data

1 Die Studie wurde vom Bundesministerium für Gesundheit finanziell gefördert.

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

gnostik sowie eine darauf aufbauende Therapie- und Behandlungsplanung zu selten erfüllt sind. Die geringeren Behandlungserfolge bei Pathologischem Spielverhalten und bei Ess-Störungen spiegeln die ungeklärte fachliche Zuständigkeit der Einrichtungen wider und erfordern weitere Untersuchungen zur Analyse von Versorgungsstruktur und -qualität.

are not yet available/analysed). Amongst other things it is obvious that fundamental standards of treatment, as i.e. an individual diagnostic at the beginning of the treatment as well as therapy and treatment schedule are rarely fulfilled. The rather small success of treatment of pathologic gambling and eating disorders reflects the unsolved competence of the treatment centres and require further investigations concerning the analysis of care structure and quality.

1 Einleitung

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

2 Ziele der Dokumentation

Die Ziele einer Dokumentation sind im stationären Bereich vergleichbar mit denen ambulanter Einrichtungen (vergleiche Kapitel 2 der Statistik über ambulanten Einrichtungen in diesem Band). Allerdings spielen einzelne Aspekte, wie etwa die Analyse der Problemlage im Einzugsgebiet als Grundlage für die Planung der Zielgruppen und Leistungen, bis heute eine sehr viel geringere Rolle. Dies liegt u. a. daran, dass ein großer Teil der stationären Einrichtungen sich nicht an definierten regionalen Einzugsgebieten orientiert, sondern am jeweiligen Bundesland oder gar am gesamten Bundesgebiet. Hier ist in den letzten Jahren eine Änderung zu beobachten, sodass die Analyse eines regional definierten Einzugsgebiets sowie eine darauf basierende Einrichtungsplanung eine sehr viel größere Rolle spielen wird als bisher.

3 Methodik

3.1 Daten- und Tabellensätze

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

3.2 Hinweise zum Verständnis der Tabellen und Abbildungen

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

Durch die Änderung der Klassifikation lassen sich einige der in den bisherigen Berichten angegebenen Trendanalysen nicht fortführen (Simon & Palazzetti, 1999; Strobl, Lange & Zahn, 2000; Strobl et al., 2001a; Strobl et al., 2001b; Türk & Welsch, 2000). Es ist geplant, die alte Einteilung – zusätzlich zur neuen – für die bessere Beschreibung der Einrichtungsscharakteristika wieder einzuführen.

4 Datenbasis für die Auswertung 2000

An der Jahresauswertung 2000 der stationären Suchthilfeeinrichtungen haben sich insgesamt 89 Einrichtungen beteiligt, davon 84 Hauptstellen und 5 Teilstellen. Die Erhebung der Daten (Hauptstellen) erfolgte in 61 Institutionen mit dem EBIS-Programm, in 21 Einrichtungen mit der Software Patfak der Firma Redline Data und in 2 Einrichtungen mit der Software Horizont der Firma Ohltec. Nach Mitteilung der DHS gibt es in Deutschland 213 stationäre Suchthilfeeinrichtungen. In der Jahresauswertung 2000 sind somit 42% aller stationären Einrichtungen vertreten. Die Statistik des Vorjahres basierte auf 107 Einrichtungen. Der Grund für den Rückgang liegt teilweise an Umstellungsproblemen bei den Einrichtungen, die eine neue Software gewählt haben, teilweise daran, dass wegen Problemen bei der Einführung des neuen Datensatzes in 2000 bzw. der neuen Software-Programme in 2001 die Einrichtungsdaten für 2000 zu spät oder gar nicht zur Auswertung eingereicht wurden. Für die nächste Auswertung der Daten aus 2001 wird wieder eine Verbesserung der Datenbasis erwartet.

Insgesamt wurden im Jahr 2000 in den 84 Hauptstellen die Daten von 15.525 (1999: 18.234) Patienten erfasst, das sind knapp 15% weniger als im Vorjahr und damit etwa genauso viele wie 1998.

Von den 15.525 Patienten sind 12.195 Zugänge (Grundlage der Auswertung der Klientel in Kap. 6). 13.934 wurden in 2000 entlassen und werden in Kapitel 7 ausgewertet.

5 Daten zu den Einrichtungen

Die folgenden Tabellen beziehen sich auf maximal 89 Einrichtungen (einschließlich fünf Teilstellen), die Angaben zu ihrer Einrichtung gemacht haben. Die teilweise niedrigere Antwortrate bei einzelnen Fragen ist durch die in vielen Einrichtungen erst jetzt erfolgte Umstellung der Erhebung der Daten von Papier auf EDV bedingt. Ein anderer Teil der Einrichtungen hat versäumt, Einrichtungsdaten zu ergänzen bzw. zu aktualisieren.

Die Prozentangaben beziehen sich jeweils auf die gültigen Antworten zur entsprechenden Frage. In einigen Tabellen sind Vergleichszahlen für 1998 und 1999 angegeben. Da nur eine einzelne Einrichtung des Typs »Tagesklinik« an der Bundesauswertung teilgenommen hat, ist es – aus Gründen des Vertrauensschutzes – nicht vorgesehen, die Daten für diese eine Einrichtung weiter aufzuschlüsseln. Sie sind jedoch in den Tabellen unter der Rubrik »Gesamt« bzw. in den einrichtungstypenübergreifenden Tabellen enthalten. Das bedeutet, dass in diesen Tabellen die Summe der Werte für die drei ausgewerteten Einrichtungstypen nicht dem jeweiligen Gesamtwert entspricht!

5.1 Struktur

Art der Einrichtungen

Die Verteilung der Zugänge auf die Einrichtungstypen ist in Abbildung 5.1 dargestellt. Bei den ausgewerteten Einrichtungen handelt es sich vor allem um

Rehabilitationseinrichtungen, in der Regel Fachkliniken (N = 72; 86%). 8% der Einrichtungen sind Krankenhäuser (N = 7), zumeist deren Suchtabteilungen. Die Gruppe der Adaption- und Nachsorgeeinrichtungen (Heime/stationäres betreutes Wohnen/Übergangseinrichtungen) umfasst 5% (N = 4). Des Weiteren hat eine Tagesklinik an der Auswertung teilgenommen (1%).

Über drei Viertel der Patienten (81,0%), wurden in Rehabilitationseinrichtungen behandelt. An zweiter Stelle stehen mit 17,2% die Patienten von Krankenhäusern. 1,2% der Patienten wurde in Nachsorgeeinrichtungen behandelt. Diese ungleiche Verteilung liegt daran, dass sich zwar eine repräsentative Anzahl an Rehabilitationseinrichtungen beteiligt, leider jedoch nicht an Suchtabteilungen von Kliniken und an Nachsorgeeinrichtungen.

Einrichtungsgröße

Insgesamt liegen von 46 Einrichtungen Angaben zur Einrichtungsgröße vor. 40 der 72 Rehabilitationseinrichtungen haben entsprechende Daten geliefert. Ihre Größe schwankt jedoch beträchtlich und liegt zwischen 13 und 166 Plätzen, der Mittelwert für diesen Einrichtungstyp beträgt 55 Plätze. Nur von zwei der sieben Krankenhäuser stehen Daten zur Einrichtungsgröße zur Verfügung. Sie haben 50 bzw. 42 Plätze. Drei der vier Heime haben Angaben zu ihrer Größe gemacht. Hier differieren die Daten jedoch erneut erheblich und liegen zwischen 24 und 165 Plätzen.

Trägerschaft

Die Trägerschaft der Einrichtungen liegt in rund 61% der Fälle bei der Freien Wohlfahrtspflege bzw. bei

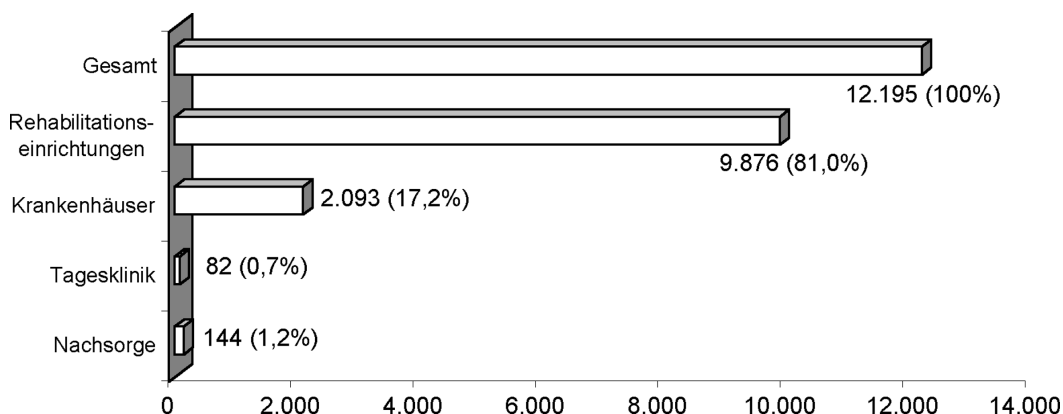


Abbildung 5.1: Zahl der Patienten (Zugänge in 2000) je Einrichtungsart

Tabelle 5.1: Trägerschaft

Trägerschaft	Kranken- häuser %	Rehabilitations- einrichtungen %	Nachsorge- einrichtungen %	Gesamt 2000 Abs. %		Gesamt 1999 %	Gesamt 1998 %
Öffentlicher Träger		23,3%		11	21,6%	14,7%	17,9%
Freie Wohlfahrtspfleger / Freigemeinnützige Träger	66,7%	60,5%	75,0%	31	60,8%	73,5%	66,7%
Privatwirtschaftlicher Träger	33,3%	16,3%	25,0%	9	17,6%	10,3%	12,8%
Sonstiges						1,5%	2,6%
Gesamt	3	43	4	51	100%	100%	100%

Unbek.: 38 Einrichtungen (42,7% aller Einrichtungen)
Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)
Basis: EBIS: N=35 (54,7%), Horizont: N=2 (100,0%), Patfak: N=14 (60,9%)

freigemeinnützigen Trägern. 22% der Einrichtungen gehören öffentlichen Trägern und 18% sind privatwirtschaftlich (Tabelle 5.1).

Zielgruppen

Zielgruppen in den Einrichtungen sind in etwa einem Drittel der Fälle Personen mit alkoholbezogenen bzw. medikamentbezogenen Störungen, in etwa einem Viertel Personen mit Abhängigkeit oder schädlichem Gebrauch von illegalen Drogen (Tabelle 5.2). Tabak spielt in stationären Einrichtungen eine geringe Rolle. Erstaunlich ist das häufige Angebot für Personen mit Ess-Störungen bzw. Pathologischem Spiel-

verhalten, da die Notwendigkeit stationärer Behandlungen für solche Personen oft bezweifelt wird, sofern keine weiteren Indikationen vorliegen.

Einzugsgebiet und Versorgungsauftrag

12 Einrichtungen machen Angaben zur Größe ihrer Versorgungsregion; 9 haben eine Versorgungsregion mit über 500.000 Einwohnern, der Rest liegt darunter (Abbildung 5.2).

86% der Einrichtungen mit Angaben zu dieser Frage (n = 36) behandeln mit einem Pflichtversorgungsauftrag. Dies betrifft in der Praxis vor allem die Rehabi-

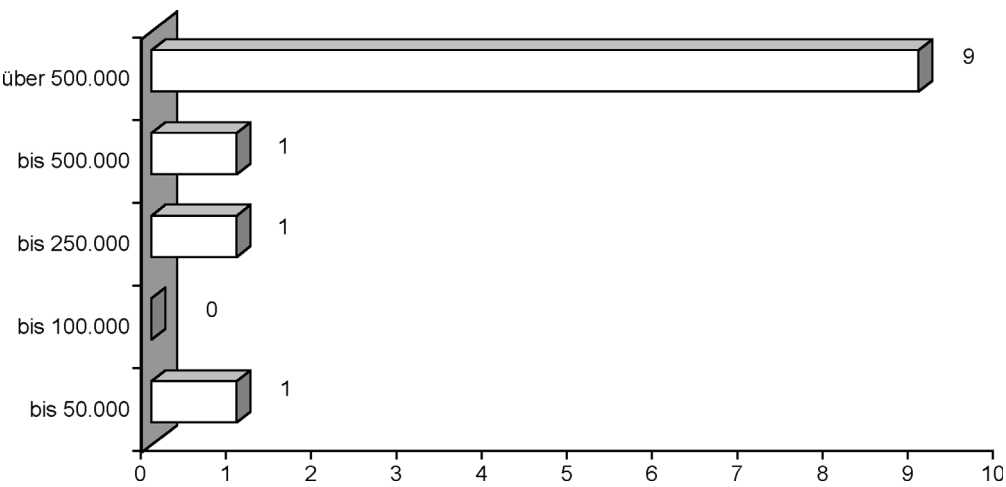


Abbildung 5.2: Größe der Versorgungsregion

Tabelle 5.2: Zielgruppen der Behandlung nach Einrichtungstyp

Störungsbereich* (nach ICD 10)	Kranken- häuser %	Rehabilitations- einrichtungen %	Nachsorge- einrichtungen %	Gesamt 2000		Gesamt 1999	Gesamt 1998
				Abs.	%	%	%
Alkohol	42,9%	30,3%	50,0%	28	31,8%	23,5%	23,1%
Illegale Drogen	42,9%	23,7%	25,0%	23	26,1%	61,8%	52,6%
Medikamente	42,9%	31,6%	50,0%	29	33,0%	75,0%	82,1%
Tabak		13,2%		10	11,4%	79,4%	82,1%
Pathologisches Spielverhalten	14,3%	19,7%	50,0%	18	20,5%	36,8%	35,9%
Ess-Störungen	14,3%	11,8%		10	11,4%	23,5%	25,6%
Sonstiges		6,6%		5	5,7%	4,4%	9,0%
Gesamt	7	76	4	88	100%	100%	100%

* Mehrfachnennungen möglich
Unbek.: 1 Einrichtung (1,1% aller Einrichtungen)
Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)
Basis: EBIS: N=63 (98,4%), Horizont: N=2 (100,0%), Patfak: N=23 (100,0%)

Tabelle 5.3: Pflichtversorgungsauftrag nach Einrichtungstyp

Pflichtversorgungsauftrag	Krankenhäuser %	Rehabilitations- einrichtungen %	Nachsorge- einrichtungen %	Gesamt	
				Abs.	%
Ja	66,7%	96,4%	50,0%	31	86,1%
Nein	33,3%	3,6%	50,0%	5	13,9%
Gesamt	3	28	4	36	100%

Unbek.: 53 Einrichtungen (59,6% aller Einrichtungen)
Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)
Basis: EBIS: N=27 (42,2%), Horizont: N=2 (100,0%), Patfak: N=7 (30,4%)

litationseinrichtungen, von denen 96% einen solchen Auftrag aufweisen. Von den drei Krankenhäusern und den vier Nachsorgeeinrichtungen haben jeweils zwei Einrichtungen diese Aufgabenstellung (Tabelle 5.3).

Qualitätsmanagement

Von 33 Einrichtungen liegen Angaben zur Qualitätssicherung vor; zwei Drittel verwenden Qualitätsmanagementsysteme (Tabelle 5.4). Das System EFQM wird von 12% der Einrichtungen eingesetzt, ISO 9000 ff. verwenden 24% der Einrichtungen. 23 Einrichtungen geben außerdem an, das Qualitätssicherungssystem der Sozialversicherungsträger durchzuführen. Von 89 Einrichtungen führen lediglich 38% eine formalisierte Eingangsdiagnostik durch. Thera-

pie- und Hilfeplanung, Verlaufsdokumentation und Abschlussdokumentation erfolgen jeweils ebenfalls in 38% der Einrichtungen. In 29% der Einrichtungen werden auch Maßnahmen zur Evaluation und Katamnestik durchgeführt.

Vernetzung

Koordination und Vernetzung mit anderen Diensten ist wesentlich für die Qualität und Kontinuität der Arbeit in der Suchthilfe. 27 Einrichtungen geben verbindliche Absprachen bezüglich einer Arbeitsteilung an (Tabelle 5.5): überwiegend mit ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen (70%) sowie mit Nachsorgeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen (je knapp 60%). Eine Koordinierung bezüg-

Tabelle 5.4: Qualitätsmanagementsysteme

Art des Systems*	Abs.	%
EFQM	4	12,1%
ISO 9000 ff.	8	24,2%
Sonstige	10	30,3%
Kein System	11	33,3%
Gesamt	33	100%

* Mehrfachnennungen möglich
Unbek.: 56 Einrichtungen (62,9% aller Einrichtungen)
Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)
Basis: EBIS: N=25 (38,5%), Horizont: N=2 (100,0%), Patfak: N=7 (30,4%)

lich der Therapie- und Hilfeplanung erfolgt in 30 Einrichtungen. Am häufigsten bestehen Absprachen mit Nachsorgeeinrichtungen (73%), mit ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen (70%) und mit anderen Rehabilitationseinrichtungen (63%).

5.2 Mitarbeiter

Für die folgenden Berechnungen sind die vorhandenen Mitarbeiter auf Vollzeitstellen umgerechnet. Dabei sind deutliche Unterschiede zwischen den Ein-

richtungstypen zu beobachten, sodass Gesamtdurchschnittswerte keinen Sinn machen. Etwa die Hälfte des Personals in Krankenhäusern besteht erwartungsgemäß aus Krankenschwestern und -pflegern, gefolgt von knapp 10% Sozialarbeitern/-pädagogen und etwa 9% ärztlichem Personal. Die Gesamtzahl der Vollzeitstellen ist in Krankenhäusern mit rund 38 Stellen von allen Gruppen am höchsten. Allerdings liegen nur aus zwei von sieben Einrichtungen Angaben zur personellen Ausstattung vor. In den 40 von 72 Rehabilitationseinrichtungen, von denen entsprechende Daten zur Verfügung stehen, sind Sozialarbeiter/-pädagogen mit etwa 17% die größte Berufsgruppe, gefolgt von jeweils etwa 11% Diplom-Psychologen und Ergo-Arbeitstherapeuten. 8% sind Ärzte, ein gegenüber früheren Jahren eher hoher Anteil. Durchschnittlich ist eine Rehabilitationseinrichtung mit etwa 14 Vollzeitstellen ausgestattet. In den drei Nachsorgeeinrichtungen, von denen Informationen zur personellen Ausstattung vorliegen, sind die Erzieher mit 17% des Personals die größte Berufsgruppe, gefolgt von rund 11% Ergo- und Arbeitstherapeuten. In den drei Einrichtungen sind im Mittel etwa 24 Vollzeitstellen vorhanden. Vergleichbar hoch in allen Einrichtungstypen ist der Anteil der Zivildienstleistenden mit etwa 9%.

Tabelle 5.5: Koordination und Vernetzung mit anderen Einrichtungen/Diensten

Verbindliche Absprachen mit (Einrichtungsart)*	bezüglich Arbeitsteilung		bezüglich Therapie- und Hilfeplanung	
	Abs.	%	Abs.	%
Niedrigschwellige Einrichtung	8	29,6%	12	40,0%
PSB/Instituts-/Fachambulanz	19	70,4%	21	70,0%
Ambulantes Betreutes Wohnen	9	33,3%	14	46,7%
Arbeits-/Beschäftigungsprojekt	6	22,2%	8	26,7%
Arzt/Psychotherapeutische Praxis	6	22,2%	8	26,7%
Krankenhäuser (SGB V § 107.1/JGG-§ 93/StGB § 64)	10	37,0%	12	40,0%
Rehabilitationseinrichtung (SGB V § 107.2/SGB VI § 9 u. § 15)	15	55,6%	19	63,3%
Heim/stationäres betreutes Wohnen/Übergangseinrichtung	16	59,3%	22	73,3%
Beratung und Behandlung im Strafvollzug	5	18,5%	4	13,3%
Gesamt	27	100%	30	100%

* Mehrfachnennungen möglich
Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)
Basis: EBIS:N=21 (32,8%), Horizont: N=2 (100,0%), Patfak: N=7 (30,4%)
Unbek.: 62 Einr. (69,7% aller Einr.)
Unbek.: 59 Einr. (66,3% aller Einr.)

Tabelle 5.6: Personelle Besetzung

Berufsgruppe	Krankenhäuser	Rehabilitations- einrichtungen	Nachsorge- einrichtungen	Gesamt Abs. (in Stellen)	Gesamt % (n=50)
Arzt	8,8%	7,9%	2,7%	1,18	7,5%
Psychologe	2,2%	11,3%	1,1%	1,43	9,1%
Pädagoge/Sozialwissenschaftler	4,4%	4,3%	7,4%	0,72	4,6%
Sozialarbeiter/-pädagoge	9,3%	16,9%	7,4%	2,38	15,1%
Erzieher		0,2%	17,0%	0,30	1,9%
Fachkraft für soziale Arbeit		1,2%	2,7%	0,19	1,2%
Krankenschwester/-pflege(helfer)	52,2%	9,3%	6,3%	2,25	14,3%
Ergo-/Arbeitstherapeut	1,8%	11,2%	10,6%	1,55	9,9%
Kunst-/Musiktherapeut	1,3%	1,2%		0,17	1,1%
Sport-/Bewegungstherapeut	1,8%	2,9%	1,2%	0,40	2,6%
Physiotherapeut	0,9%	1,3%		0,17	1,1%
Sonstige in Beratung/Therapie Tätige	0,9%	2,3%	6,1%	0,40	2,5%
Ökonom/Betriebswirt		0,7%	2,2%	0,12	0,8%
Büro-/Verwaltungspersonal	1,3%	10,1%	8,2%	1,39	8,8%
Technisches Personal/ Wirtschaftsbereich	6,2%	8,8%	15,4%	1,43	9,1%
Jahrespraktikanten/Azubi		2,5%	3,2%	0,35	2,2%
Zivildienstleistende	8,8%	8,1%	8,5%	1,28	8,2%
Gesamt Stellen	37,68	13,92	23,54	15,70	
Gesamt %	100%	100%	100%		100%

Unbek.: 39 Einrichtungen (43,8% aller Einrichtungen)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

5.3 Finanzierung

Angaben zum Tagessatz wurden insgesamt nur von 29 Einrichtungen gemacht. Drei der sieben Krankenhäuser haben entsprechende Daten geliefert. Für diese liegt der Tagessatz bei durchschnittlich 314 DM. Allerdings liegt der Wert einer Einrichtung deutlich unter dem der beiden anderen. In den 24 von 72 Rehabilitationseinrichtungen, deren Tagessatzdaten zur Auswertung vorlagen, liegt der Wert im Mittel bei 177 DM (130 DM bis 277 DM). Zwei der vier Einrichtungen aus dem Bereich der Nachsorge und Adaption haben entsprechende Angaben zum Tagessatz gemacht, der hier bei durchschnittlich 129 DM liegt.

6 Daten zur Klientel (Statistik der Zugänge)

6.1 Übersicht zur Klientel

Im Jahr 2000 wurden in 84 Einrichtungen (Hauptstellen) insgesamt 15.525 Fälle behandelt (1999: 18.234). In diesem Kapitel werden die Daten von 12.195 Patienten berücksichtigt, deren Behandlung in 2000 aufgenommen wurde (Zugänge), da sich in dieser Gruppe mögliche Trends bei den Patientencharakteristika am schnellsten zeigen. Aufgegliedert nach Einrichtungstyp liegen vor:

- 2.093 begonnene Behandlungen in Krankenhäusern,
- 9.876 in Rehabilitationseinrichtungen,
- 144 in Nachsorge-Einrichtungen,
- 82 in der Tagesklinik.

Zusätzlich kamen 1.549 Patienten im Rahmen allgemeiner Maßnahmen (z. B. Spritzentausch) in die Einrichtungen, die nicht in diese Dokumentation eingingen. Die Daten von 353 (2,3%) Patienten wurden nicht ausgewertet (z. B. Datenfehler, keine Einverständniserklärung). Die 82 Patienten der einzelnen Tagesklinik wurden aus Gründen des Vertrauensschutzes nur so ausgewertet, dass ein Rückschluss auf die Einrichtung nicht möglich ist.

Alter und Geschlecht

79% sind Männer und 21% Frauen (Tabelle 6.1). Etwa die Hälfte der Patienten ist zwischen 35 und 49 Jahren alt; in Krankenhäusern und Nachsorgeeinrichtungen ist der Anteil deutlich höher (etwa 60 %). Erweitert man die Altersgruppe auf 30–54, fallen 75% in diesen Bereich. Männer in Nachsorgeeinrichtungen sind deutlich älter als der Gesamtdurchschnitt. Insgesamt liegt der Altersdurchschnitt der Patienten in stationären Einrichtungen etwas höher als in den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen.

Tabelle 6.1: Alter nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Alter	Krankenhäuser		Rehabilitations- einrichtungen		Nachsorge- einrichtungen		G e s a m t			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M + F	Abs.
-14				0,0%				0,0%	0,0%	1
15–17	0,2%	0,5%	0,4%	0,6%			0,4%	0,6%	0,4%	51
18–19	0,1%	1,2%	1,9%	2,5%			1,6%	2,3%	1,7%	208
20–24	2,8%	1,9%	9,0%	6,3%	0,8%	11,1%	7,8%	5,7%	7,4%	898
25–29	5,6%	5,7%	8,4%	4,9%	1,6%		8,0%	5,1%	7,4%	903
30–34	9,7%	9,0%	12,2%	10,4%	5,6%	5,6%	11,8%	10,3%	11,5%	1.396
35–39	17,2%	20,5%	16,2%	17,9%	14,3%	5,6%	16,3%	18,1%	16,7%	2.035
40–44	22,6%	23,3%	18,7%	18,5%	31,0%	38,9%	19,5%	19,4%	19,4%	2.369
45–49	16,4%	17,2%	14,7%	15,7%	15,1%	16,7%	15,0%	15,8%	15,1%	1.844
50–54	12,3%	9,9%	10,0%	11,2%	14,3%		10,4%	10,8%	10,5%	1.279
55–59	7,8%	5,0%	5,7%	7,6%	10,3%	11,1%	6,1%	7,1%	6,3%	768
60–64	3,5%	4,0%	2,0%	3,2%	7,1%	11,1%	2,3%	3,3%	2,5%	308
65 +	1,6%	1,9%	0,8%	1,4%			0,9%	1,4%	1,0%	123
Gesamt	1.669	424	7.803	2.061	126	18	9.658	2.525		12.183
	79,7%	20,3%	79,1%	20,9%	87,5%	12,5%	79,3%	20,7%	100%	

Unbek.: 12 Pat. (0,1%) aller Pat., bzw. 12 Pat. (0,1%) der ausgew. Eindr.
Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
Basis: EBIS: N=60 (100,0%), Horizont: N=2 (100,0%), Patfak: N=21 (100,0%)

Tabelle 6.2: Erwerbstätigkeit nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Erwerbs- tätigkeit	Krankenhäuser		Rehabilitations- einrichtungen		Nachsorge- einrichtungen		G e s a m t			Abs.
	M	F	M	F	M	F	M	F	M + F	
Auszubildende(r)	0,5%	0,5%	1,4%	1,0%	0,0%		1,2%	0,9%	1,1%	129
(Fach-)ArbeiterIn	25,9%	7,4%	31,3%	10,6%	16,8%	28,6%	30,1%	10,2%	25,9%	2.929
Angestellt(r), Beamte(r)	13,6%	24,0%	11,1%	23,3%	2,8%	7,1%	11,4%	23,4%	14,0%	1.581
Selbständig, FreiberuflerIn	2,4%	1,7%	1,7%	1,9%	0,9%		1,8%	1,8%	1,8%	207
Mithelfende Familien- angehörige/r	0,1%	0,2%	0,1%	0,6%			0,1%	0,5%	0,2%	23
Berufliche Rehabilitation	1,6%		0,8%	1,0%			0,9%	0,8%	0,9%	102
Arbeitslos	44,9%	36,8%	42,8%	35,4%	48,6%	35,7%	43,3%	35,6%	41,6%	4.709
Schüler/in, Student/in	0,3%	1,0%	0,5%	1,6%	0,9%		0,4%	1,5%	0,6%	73
Hausfrau/ -mann	0,1%	23,8%	0,1%	13,6%			0,1%	15,3%	3,3%	374
RentnerIn	8,5%	3,9%	4,6%	5,7%	22,4%	14,3%	5,5%	5,5%	5,5%	619
Sonstige, Nichterwerbs- personen	2,0%	0,7%	5,7%	5,3%	7,5%	14,3%	5,1%	4,6%	5,0%	565
Gesamt	1.593	408	7.206	1.983	107	14	8.906	2.405	100%	11.311

Unbek.: 884 Pat. (7,2%) aller Pat., bzw. 490 Pat. (4,2%) der ausgew. Einr.
Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
Basis: EBIS: N=56 (93,3%), Horizont: N=0 (0,0%), Patfak: N=18 (85,7%)

Familienstand

44% der männlichen Patienten sind ledig, 8% leben getrennt und 22% sind geschieden; nur 26% sind verheiratet. Allein stehend, also ohne feste oder zeitweilige Beziehung, leben 49%. In den Nachsorgeeinrichtungen ist diese Zahl mit 87% deutlich höher, was das schwache soziale Netzwerk kennzeichnet, in dem sich die männlichen Patienten bewegen. Der Anteil lediger Frauen liegt bei 28%. 8% leben getrennt von ihrem Ehepartner, 26% der Frauen sind geschieden; ein weit höherer Anteil als bei Männern ist verheiratet (38%). 19% der Frauen leben mit Partner und Kind/ern, weitere 13% leben ohne Partner mit Kind/ern. In fast einem Drittel aller weiblichen Fälle

ist demnach zumindest ein Kind beteiligt. Die Zahl allein erziehender Väter ist mit 2% sehr klein.

Sozioökonomische Lage

Frauen haben höhere Schulabschlüsse vorzuweisen als Männer. Der Anteil der Patientinnen mit mittlerer Reife liegt bei 32,9%, der der Männer bei 22,1%. Auch Hochschulabschluss und (Fach-)Abitur findet sich bei Frauen häufiger. Demgegenüber haben 8,5% aller männlichen Patienten keinen Schulabschluss, 4,4% einen Sonderschulabschluss. Bei den Frauen liegen diese Anteile bei 5,3% und 2,6%. Es gibt also einen relativ hohen Anteil von Personen ohne adäquaten Bildungsabschluss. Angesichts der schwie-

rigen Arbeitsmarktsituation haben sie schlechte Chancen auf einen Arbeitsplatz. Besondere Fördermaßnahmen zur Qualifikation wären dringend erforderlich, um eine erfolgreiche (Re-)Integration in ein autonomes Leben zu fördern.

Erwerbstätigkeit

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

Wohnsituation

Fast drei Viertel aller Männer und 86% aller Frauen lebten vor Aufnahme in die jeweilige Einrichtung in einer eigenen Wohnung (Tabelle 6.3). Am höchsten sind diese Werte bei Aufnahmen in ein Krankenhaus (84% bzw. 93%), in der Nachsorge erwartungsgemäß viel geringer (48% bzw. 50%). In die Nachsorgeeinrichtungen kommen rund 22% der Männer und 7% der Frauen aus Heimen oder Kliniken.

6.2 Hauptdiagnosen

Jeder dokumentierte Patient erhält zu Behandlungsbeginn eine Diagnose auf der Basis der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (Dilling, Mombour und Schmidt, 1999). Unterschieden wird bei den substanzbezogenen Störungen zwischen »Schädlichem Gebrauch« (F1x.1) und »Abhängigkeitssyndrom« (F1x.2). Weitere nennenswerte Diagnosegruppen betreffen Ess-Störungen (F50.x) und Pathologisches Spielverhalten (F63.0). In den Fällen, in denen mehrere Diagnosen gestellt wurden, wird diejenige Diagnose zusätzlich als »Hauptdiagnose« bestimmt, die für die Behandlung die größte Bedeutung aufweist. Das heißt, der zuständige Mitarbeiter muss entscheiden, welche von den konsumierten Substanzen vorrangig zu bewerten ist. Eine Hauptdiagnose kann sich bei den substanzbezogenen Störungen auf »Schädlichen Gebrauch« oder »Abhängigkeit« beziehen. Sonstige Diagnosen und fehlende Hauptdiagnosen werden in einem Teil der folgenden Tabellen in der Kategorie »Ohne Hauptdiagnose« zusammengefasst.

In der diesjährigen Auswertung gibt es zwei Auffälligkeiten:

Tabelle 6.3: Wohnsituation nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Wohnsituation	Krankenhäuser		Rehabilitations-einrichtungen		Nachsorge-einrichtungen		G e s a m t			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M + F	Abs.
Selbständiges Wohnen	84,1%	92,6%	70,7%	84,3%	47,7%	50,0%	72,8%	85,5%	75,6%	8.448
Bei anderen Personen	8,2%	4,9%	11,9%	7,3%	14,0%	21,4%	11,3%	7,0%	10,4%	1.159
Betreutes Wohnen	1,6%	0,2%	1,7%	1,8%	7,5%	14,3%	1,8%	1,6%	1,7%	194
Heim / Klinik	2,0%	1,2%	3,4%	2,2%	22,4%	7,1%	3,4%	2,1%	3,1%	346
JVA	0,4%		6,6%	2,7%	0,9%		5,4%	2,2%	4,7%	528
Ohne Wohnung	1,3%	0,2%	2,1%	1,1%	3,7%	7,1%	2,0%	1,0%	1,7%	195
Sonstiges	2,3%	0,7%	3,6%	0,7%	3,7%		3,3%	0,7%	2,8%	310
Gesamt	1.595	408	7.074	1.982	107	14	8.776	2.404	100%	11.180

Unbek.: 1.015 Pat. (8,3%) aller Pat., bzw. 471 Pat. (4,0%) der ausgew. Einr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N=56 (93,3%), Horizont: N=0 (0,0%), Patfak: N=17 (81,0%)

- Der Anteil der Patienten ohne Hauptdiagnose (18,0%) ist deutlich höher als im letzten Jahr (10,8%). Die Erklärung hierfür liegt darin, dass ab 2000 für die Beschreibung der Klientel die Gruppe der Zugänge und nicht die der Beender ausgewertet wurde, und einige Einrichtungen ihre Hauptdiagnosen erst spät im Behandlungsverlauf dokumentiert haben. Grund für diese Umstellung ist eine verbesserte Vergleichbarkeit mit dem ambulanten Bereich, wo seit Jahren die Hauptdiagnosen für die Gruppe der Zugänge ausgewertet werden, um Trends bei den Patientencharakteristika schneller erfassen zu können.
- Der Anteil der Patienten mit der Hauptdiagnose »Andere psychotrope Substanzen« (F19.x) (5,4%) ist ebenfalls deutlich höher als im letzten Jahr (0,3%). Nach ICD-10 werden unter F19.x auch Störungen durch multiplen Substanzgebrauch (Polytoxikomanie) kodiert. Nach dem Deutschen

Kerndatensatz sind unter F19.x Störungen aufgrund anderer psychotroper Substanzen zu kodieren. In EBIS wurde die Diagnose Polytoxikomanie explizit ausgeschlossen, da in früheren Jahren die Tendenz bestand, diese Diagnose vorschnell nahezu bei jedem Patienten zu stellen. In vielen stationären Einrichtungen wird diese Vorgabe anscheinend nicht mehr beachtet. Da zugleich der Anteil der Patienten mit einer opiatbezogenen Hauptdiagnose deutlich abgenommen hat, (von 14,7% auf 6,5%) ist anzunehmen, dass viele Patienten mit einer opiatbezogenen Störung aufgrund ihres Konsummusters fälschlicherweise die Diagnose Polytoxikomanie, also F19.x erhielten. Dies bestätigen auch die Auswertungen der Einzeldiagnosen der betroffenen Patienten sowie verschiedene soziodemographische Merkmale (Alter, Arbeits- und Wohnsituation).

Tabelle 6.4: Hauptdiagnose nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Hauptdiagnose (Störungs- bereich)	Krankenhäuser		Rehabilitations- einrichtungen		Nachsorge- einrichtungen		G e s a m t			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M + F	Abs.
Alkohol	77,1%	80,4%	64,4%	68,1%	84,1%	72,2%	66,5%	69,6%	67,1%	8.186
Opiode	3,9%	5,2%	7,0%	6,1%			6,5%	6,1%	6,5%	788
Cannabinoide	0,4%	0,2%	1,1%	0,3%			1,0%	0,3%	0,8%	103
Sedativa/ Hypnotika	0,4%	1,7%	0,2%	1,6%			0,2%	1,5%	0,5%	61
Kokain	0,1%	0,5%	0,8%	0,0%			0,7%	0,1%	0,6%	72
Stimulanzien	0,2%		0,7%	0,1%			0,6%	0,2%	0,5%	63
Halluzinogene			0,1%	0,0%			0,1%	0,0%	0,1%	8
Tabak	0,1%		0,0%	0,0			0,0%	0,0%	0,0%	2
Flüchtige Lösungs- mittel	0,1%		0,0%	0,0%			0,0%	0,0%	0,0%	2
And. psychotr. Substanzen	7,5%	5,9%	4,4%	7,5%			4,9%	7,2%	5,4%	660
Ess-Störungen			0,0%	1,1%			0,0%	0,9%	0,2%	25
Pathologisches Spielverhalten	0,2%		0,4%	0,0%			0,3%	0,0%	0,3%	33
Ohne	10,1%	6,1%	20,7%	15,1%	15,9%	27,8%	19,0%	14,0%	18,0%	2.191
Gesamt	1.669	424	7.813	2.063	126	18	9.668	2.527		12.195

Unbek.: 0 Pat. (0,0%) aller Pat., bzw. 0 Pat. (0,0%) der ausgew. Einr.
 Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
 Basis: EBIS: N=60 (100,0%), Horizont: N=2 (100,0%), Patfak: N=21 (100,0%)

Verteilung von Hauptdiagnosen und Geschlecht

Mit 67% stehen alkoholbezogene Störungen als Hauptdiagnose bei den Patienten an erster Stelle (Tabelle 6.4; vgl. auch John et al., 1996). Abhängigkeit oder Schädlicher Gebrauch von Opiaten wurde bei 6% als Hauptdiagnose genannt. Daneben spielt Cannabis, welches in ambulanten Einrichtungen als Hauptdiagnose-Gruppe an dritter Stelle erscheint, nur eine untergeordnete Rolle: 1,0% der Männer und 0,3% der Frauen weisen eine diesbezügliche Hauptdiagnose auf (103 Nennungen). Andere Substanzen sind ebenfalls selten als Hauptdiagnose zu finden. Kokain zum Beispiel wird bei den stationären Einrichtungen nur 72-mal genannt (Männer: 0,7%, Frauen: 0,1%). Die Kategorie, in der Ecstasy erfasst wird – »Stimulanzien« – wurde insgesamt 63-mal angegeben (Männer: 0,6%, Frauen: 0,2%). Insgesamt nur 33 Personen in der Stichprobe wurden in erster Linie wegen Pathologischen Spielverhaltens (gewerbliches Automatenspiel und Glücksspiel) behandelt.

Die mit 5,4% der Hauptdiagnosen sehr häufig genannte Kategorie »Andere psychotrope Substanzen« beinhaltet auch Patienten mit Polytoxikomanie, die hier, entgegen der Richtlinien des EBIS-Manuals, codiert wurden. Nähere Analysen haben gezeigt, dass es sich dabei in zwei von drei Fällen um Patienten mit opiatbezogener Störung handelt.

Zwischen den Geschlechtern ergeben sich nur wenige auffallende Unterschiede. Lediglich bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln und bei Ess-Störungen überwiegen die Frauen deutlich, Pathologisches Spielverhalten ist dagegen eine »Männerdomäne«.

Hauptdiagnose und Alter

Die Altersverteilung der Patienten variiert je nach Hauptdiagnose (Tabelle 6.5). Patienten unter 20 Jahre sind vor allem bei den cannabis- und stimulanzenbezogenen Hauptdiagnosen zu finden (29% und 27%), ansonsten aber selten. Etwa 78% der Patienten mit opiatbezogenen Hauptdiagnosen liegen in der zentralen Altersgruppe zwischen 20 und 34 Jahren; für Patienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose liegen 59% der Fälle in der Altersgruppe 35 bis 49 Jahre.

Die Altersgruppe jenseits der 50 ist in den meisten Diagnosen nur wenig vertreten, lediglich bei den alkoholbezogenen Hauptdiagnosen liegen etwa 26% der Fälle und bei den Schlafmitteln rund 34% in diesem Altersbereich.

Hauptdiagnose und Erwerbstätigkeit

Der Anteil der Erwerbstätigen in der Gesamtgruppe der stationär Behandelten liegt bei etwa 43%, 42% sind arbeitslos (Tabelle 6.6). Auch hier unterscheiden sich die Konsumenten der einzelnen Substanzen. Bei den Patienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose liegt der Anteil der Erwerbstätigen bei 48%; 38% sind arbeitslos und 14% stehen dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung. Bei den Patienten mit opiatbezogener Hauptdiagnose sind die Werte ungünstiger (29% Erwerbstätige, 51% Arbeitslose und 20% stehen dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung). Zu beachten ist auch, dass rund 24% der Patienten mit Störungen durch Beruhigungsmittel Hausfrauen oder Rentner sind.

6.3 Substanzbezogene Einzeldiagnosen

Während die Hauptdiagnose über die wichtigste problematische Substanz Auskunft gibt, die in der Regel therapieliegend ist, geht es in der folgenden Darstellung der substanzspezifischen Einzeldiagnosen darum, alle Substanzen zu beschreiben, die eine Bedeutung für den einzelnen Patienten haben. Diese zweigleisige Betrachtungsweise ist notwendig, da zum Beispiel bei den illegalen Substanzen häufig Heroin im Vordergrund der Betrachtung und Behandlung steht. Würde man die Statistiken allein auf die Hauptdiagnose beziehen, so wären kaum nutzbare Informationen über die Verbreitung und Konsummuster anderer Substanzen in der behandelten Klientel zu finden. Dies gilt insbesondere für Kokain. Die weiteren Diagnosen wie Pathologisches Spielverhalten und Ess-Störungen wurden wegen der geringen Bedeutung in der Zusammensetzung der Klientel nur in einigen Tabellen ausgewertet.

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

- Für 80% der Männer und 83% der Frauen wird die Diagnose schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Alkohol gestellt. Alkohol ist damit auch im therapeutischen Bereich bei weitem die häufigste Substanz.
- Nach Alkohol ist Tabak die am häufigsten in problematischer Form konsumierte Substanz. Bei etwa 57% der Männer und etwa 56% der Frauen wurde eine Tabakabhängigkeit oder ein schädlicher Gebrauch diagnostiziert. Da nicht alle Klini-

Tabelle 6.5: Hauptdiagnose und Alter

Hauptdiagnose (Störungsbereich)	-14	15-17	18-19	20-24	25-29	Alter beim Betreuungsbeginn						Gesamt			
						30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 +	Abs.	%
Alkohol		0,1%	0,3%	2,0%	3,4%	9,4%	17,9%	22,9%	18,4%	13,2%	7,8%	3,3%	1,3%	8.181	67,2%
Opioide		1,5%	5,6%	33,5%	25,1%	19,8%	8,9%	3,3%	1,5%	0,8%				788	6,5%
Cannabinoide		7,8%	21,4%	33,0%	13,6%	9,7%	6,8%	6,8%	1,0%					103	0,8%
Sedativa/Hypnotika				3,3%	6,6%	14,8%	11,5%	14,8%	14,8%	18,0%	8,2%	8,2%		61	0,5%
Kokain			6,9%	25,0%	26,4%	20,8%	12,5%	6,9%		1,4%				72	0,6%
Stimulanzien		4,8%	22,2%	36,5%	19,0%	9,5%	4,8%	1,6%		1,6%				63	0,5%
Halluzinogene				62,5%	37,5%									8	0,1%
Tabak			50,0%						50,0%					2	0,0%
Flüchtige Lösungsmittel				50,0%		50,0%								2	0,0%
And. psychotr. Substanzen		1,7%	6,1%	23,0%	21,2%	18,6%	15,8%	8,3%	3,0%	0,9%	0,8%	0,3%	0,3%	660	5,4%
Ess-Störungen				12,0%	20,0%	28,0%	32,0%		4,0%			4,0%		25	0,2%
Pathologisches Spielverhalten				15,2%	12,1%	24,2%	18,2%	6,1%	15,2%	3,0%		6,1%		33	0,3%
Ohne Diagnose	0,0%	0,5%	2,5%	10,3%	10,2%	13,6%	16,4%	18,0%	13,3%	7,8%	5,4%	1,3%	0,7%	2.184	17,9%
Gesamt	1	51	208	898	903	1.396	2.035	2.369	1.844	1.279	768	308	123	12.183	100%
%	0,0%	0,4%	1,7%	7,4%	7,4%	11,5%	16,7%	19,4%	15,1%	10,5%	6,3%	2,5%	1,0%	100%	

Unbek.: 12 Pat. (0,1%) aller Pat., bzw. 12 Pat. (0,1%) der ausgew. Einr.
Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
Basis: EBIS: N=60 (100,0%), Horizont: N=2 (100,0%), Pafak: N=21 (100,0%)

Tabelle 6.6: Hauptdiagnose und Erwerbstätigkeit

Hauptdiagnose (Störungs- bereich)	Auszu- bildende	(Fach-) Arbeiter	Ange- stellte Beamte	Selbst- ständig, Frei- berufler	Mithelfende Familien- ange- hörige	Berufliche Rehabi- litation	Arbeitslos	Schüler, Student	Hausfrau/ -mann	Rentner	Sonstige Nicht- erwerbs- personen	Abs.	%
Alkohol	0,6%	27,7%	16,6%	2,2%	0,2%	0,8%	38,3%	0,1%	4,0%	6,7%	2,8%	8.071	71,4%
Opioide	3,6%	20,1%	3,8%	0,7%	0,1%	1,1%	50,6%	2,8%	1,3%	1,0%	14,9%	717	6,3%
Cannabinoide	13,9%	17,8%	3,0%		1,0%		43,6%	7,9%			12,9%	101	0,9%
Sedativa/Hypnotika		3,4%	22,0%	1,7%			40,7%	1,7%	8,5%	15,3%	6,8%	59	0,5%
Kokain	3,2%	25,4%	3,2%	1,6%	1,6%		49,2%	1,6%			14,3%	63	0,6%
Stimulanzien	10,2%	23,7%	3,4%			1,7%	52,5%	5,1%			3,4%	59	0,5%
Halluzinogene	25,0%	25,0%	12,5%				37,5%					8	0,1%
Tabak	50,0%						50,0%					2	0,0%
Flüchtige Lösungsmittel							50,0%				50,0%	2	0,0%
And. psychotr. Substanzen	2,3%	19,2%	4,5%	1,1%	0,2%	1,1%	56,9%	2,8%	2,6%	1,1%	8,2%	645	5,7%
Ess-Störungen	4,2%	8,3%	20,8%				45,8%	4,2%	4,2%	8,3%	4,2%	24	0,2%
Pathologisches Spielverhalten		30,3%	12,1%				51,5%					33	0,3%
Ohne Diagnose	1,0%	23,7%	10,2%	1,2%	0,3%	1,2%	47,4%	0,8%	1,1%	3,5%	9,8%	1.526	13,5%
Gesamt	129	2.929	1.581	207	23	102	4.709	73	374	619	565	11.311	100%
%	1,1%	25,9%	14,0%	1,8%	0,2%	0,9%	41,6%	0,6%	3,3%	5,5%	5,0%	100%	

Unbek.: 884 Pat. (7,2%) aller Pat., bzw. 490 Pat. (4,2%) der ausgew. Einr.
Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
Basis: EBIS: N=56 (93,3%), Horizont: N=0 (0,0%), Patfak: N=18 (85,7%)

Tabelle 6.7: Substanzbezogene Einzeldiagnosen und Alter bei Männern

Einzeldiagnosen*	A l t e r									G e s a m t	
	-14	15-17	18-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-	Abs.	%
Alkohol											
Schädlicher Gebrauch		2,6%	9,6%	33,4%	21,5%	23,8%	5,0%	3,6%	0,3%	302	4,6%
Abhängigkeit		0,3%	0,9%	5,5%	6,7%	28,1%	36,7%	17,9%	3,8%	4.937	75,1%
Opiode											
Schädlicher Gebrauch		2,7%	4,4%	29,1%	17,0%	34,1%	11,0%	1,6%		182	2,8%
Abhängigkeit		1,2%	4,4%	28,7%	24,7%	30,0%	9,9%	1,0%	0,1%	923	14,0%
Cannabinoide											
Schädlicher Gebrauch		1,5%	4,8%	20,6%	18,8%	40,1%	12,1%	2,2%		272	4,1%
Abhängigkeit		2,4%	6,5%	30,3%	20,8%	29,7%	9,4%	0,9%		1.057	16,1%
Sedativa/Hypnotika											
Schädlicher Gebrauch		1,3%	3,9%	21,3%	19,4%	33,5%	13,5%	5,8%	1,3%	155	2,4%
Abhängigkeit		0,2%	2,7%	22,0%	21,4%	32,7%	15,5%	4,3%	1,2%	510	7,8%
Kokain											
Schädlicher Gebrauch		1,4%	6,1%	28,0%	23,4%	32,2%	8,9%			214	3,3%
Abhängigkeit		1,7%	5,6%	30,0%	23,0%	31,9%	7,3%	0,6%		661	10,1%
Stimulanzien											
Schädlicher Gebrauch		2,0%	7,3%	40,1%	16,6%	29,1%	4,9%			247	3,8%
Abhängigkeit		2,3%	9,9%	35,2%	25,1%	23,4%	3,4%	0,7%		435	6,6%
Halluzinogene											
Schädlicher Gebrauch		1,3%	5,5%	33,9%	20,8%	26,3%	10,2%	2,1%		236	3,6%
Abhängigkeit		2,8%	7,7%	37,1%	21,7%	22,7%	7,7%	0,3%		286	4,4%
Tabak											
Schädlicher Gebrauch			0,9%	3,6%	4,1%	32,4%	40,7%	16,1%	2,3%	442	6,7%
Abhängigkeit		0,9%	2,6%	11,8%	10,9%	29,4%	29,4%	12,8%	2,2%	3.326	50,6%
Flüchtige Lösungsmittel											
Schädlicher Gebrauch		3,7%		25,9%	22,2%	40,7%	7,4%			27	0,4%
Abhängigkeit			5,4%	21,6%	29,7%	32,4%	8,1%	2,7%		37	0,6%
And. psychotr. Substanzen											
Schädlicher Gebrauch			6,3%	62,5%	6,3%	12,5%	12,5%			16	0,2%
Abhängigkeit		2,3%	11,6%	25,6%	20,9%	25,6%	9,3%	2,3%	2,3%	43	0,7%
Gesamt	0	32	123	602	573	1.857	2.148	1.027	209	6.571	100%

* Mehrfachnennungen möglich
Unbek.: 1 Pat. (0,0%) aller Pat., bzw. 1 Pat. (0,0%) der ausgew. Einr.
Bezug: Bundesdatensatz
Basis: EBIS: N=60 (98,3%), Horizont: N=0 (0,0%), Patfak: N=0 (0,0%)

Tabelle 6.8: Substanzbezogene Einzeldiagnosen und Alter bei Frauen

Einzeldiagnosen*	A l t e r									G e s a m t	
	-14	15-17	18-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-	Abs.	%
Alkohol											
Schädlicher Gebrauch		4,7%	15,6%	37,5%	12,5%	23,4%	3,1%	3,1%		64	4,4%
Abhängigkeit		0,4%	1,6%	3,2%	3,2%	27,8%	40,4%	18,8%	4,7%	1.137	78,4%
Opiode											
Schädlicher Gebrauch		8,0%	28,0%	20,0%	16,0%	24,0%	4,0%			25	1,7%
Abhängigkeit		2,4%	8,1%	28,4%	17,5%	31,3%	10,4%	1,9%		211	14,6%
Cannabinoide											
Schädlicher Gebrauch		2,6%	5,2%	26,0%	16,9%	40,3%	6,5%	2,6%		77	5,3%
Abhängigkeit		2,9%	16,4%	27,1%	17,1%	24,3%	11,4%	0,7%		140	9,7%
Sedativa/Hypnotika											
Schädlicher Gebrauch		4,7%	9,3%	32,6%	9,3%	20,9%	11,6%	9,3%	2,3%	43	3,0%
Abhängigkeit		0,6%	6,4%	14,0%	14,6%	31,6%	18,7%	9,9%	4,1%	171	11,8%
Kokain											
Schädlicher Gebrauch		8,1%	13,5%	37,8%	10,8%	27,0%	2,7%			37	2,6%
Abhängigkeit		2,5%	10,7%	27,3%	19,0%	28,9%	10,7%	0,8%		121	8,3%
Stimulanzien											
Schädlicher Gebrauch		7,3%	9,1%	38,2%	10,9%	25,5%	5,5%	3,6%		55	3,8%
Abhängigkeit		3,0%	21,2%	30,3%	15,2%	25,8%	4,5%			66	4,6%
Halluzinogene											
Schädlicher Gebrauch			17,1%	40,0%	5,7%	25,7%	5,7%	5,7%		35	2,4%
Abhängigkeit		2,5%	17,5%	32,5%	12,5%	20,0%	12,5%	2,5%		40	2,8%
Tabak											
Schädlicher Gebrauch		3,3%	3,3%	10,0%	5,0%	28,3%	38,3%	10,0%	1,7%	60	4,1%
Abhängigkeit		0,8%	3,6%	8,2%	6,4%	30,8%	35,5%	12,9%	1,7%	746	51,4%
Flüchtige Lösungsmittel											
Schädlicher Gebrauch		7,7%	30,8%	15,4%	23,1%	23,1%				13	0,9%
Abhängigkeit			28,6%	14,3%	14,3%	28,6%	14,3%			7	0,5%
And. psychotr. Substanzen											
Schädlicher Gebrauch		25,0%	25,0%	37,5%		12,5%				8	0,6%
Abhängigkeit			20,0%			60,0%		20,0%		5	0,3%
Gesamt	0	9	44	93	80	400	527	240	57	1.450	100%

* Mehrfachnennungen möglich
Unbek.: 0 Pat. (0,0%) aller Pat., bzw. 0 Pat. (0,0%) der ausgew. Eintr.
Bezug: Bundesdatensatz
Basis: EBIS: N=60 (98,3%), Horizont: N=0 (0,0%), Patfak: N=0 (0,0%)

ken diese Diagnosen berücksichtigen, dürften die tatsächlichen Zahlen noch deutlich höher liegen. Die hohen Werte stehen in großer Diskrepanz zu der immer noch geringen therapeutischen Beachtung dieser gefährlichen Substanz in stationären Einrichtungen.

- An dritter Stelle der Diagnosen steht schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Cannabis bei rund 20% der Männer und 15% der Frauen, noch vor Opiaten (17%/16%) und Kokain (13%/11%).
- Von den legalen Substanzen spielen Beruhigungsmittel bei weiblichen Patienten traditionell eine große Rolle. Rund 15% sind hiervon betroffen. Bei den männlichen Patienten erhielten nur 10% diese Diagnose.

6.4 Zugang zur Behandlung

Erst-/Wiederbehandlung

Nur etwa 12% der Patienten sind zum ersten Mal in Behandlung, wobei ihr Anteil in Krankenhäusern mit etwa 17% deutlich über dem Durchschnitt liegt (Tabelle 6.9). Die Aufschlüsselung der 88% Wiederbehandlungen (= 100%) zeigt, dass der größte Teil (82%) zum ersten Mal in der spezifischen Einrichtung ist, etwa 18% sind Wiederaufnahmen. In Krankenhäusern liegt dieser Wert etwa doppelt so hoch (Pflichtversorgung), in Rehabilitationseinrichtungen deutlich darunter.

Der Anteil an Erstbehandlungen bei Patienten mit den Hauptdiagnosen Cannabis (26%), Kokain (30%), Stimulanzien (18%) sowie Pathologischem Spielver-

halten (25%) liegt deutlich über dem Durchschnitt (12%).

Rechtliche Grundlage der Aufnahme

Die Aufnahme des Patienten erfolgt in den stationären Einrichtungen zumeist freiwillig (90%; Tabelle 6.11). Der Anteil der Aufnahmen aufgrund einer rechtlichen Anordnung liegt in Rehabilitationseinrichtungen höher als in Krankenhäusern (12%/17% vs. 3%/2% jeweils für Männer/Frauen).

Leistungsträger

Tabelle 6.12 bezieht sich auf den vorrangigen Leistungsträger der stationären Maßnahme. Aufgrund der Empfehlungsvereinbarung von 1978 sind die Rentenversicherer, sofern die versicherungsrechtlichen 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 (etwa 50%). In 11% der Fälle ist die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) Leistungsträger. Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) tragen bei insgesamt 12% der Patienten die Kosten.

Bei den behandelten Frauen ist die BfA mit 27% der am häufigsten genannte Leistungsträger, bei den Männern liegt ihr Anteil bei ca. 8%. Der Grund für diesen Unterschied ist der höhere Angestelltenanteil

Tabelle 6.9: Erst-/Wiederbehandelte nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Erst-/Wiederbehandelte	Krankenhäuser		Rehabilitationseinrichtungen		Nachsorgeeinrichtungen		Gesamt			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M+F	Abs.
Erstbehandelt	16,3%	17,4%	11,3%	9,3%	12,0%	22,2%	12,5%	11,7%	12,3%	955
Wiederbehandelte	83,7%	82,6%	88,7%	90,7%	88,0%	77,8%	87,5%	88,3%	87,7%	6.790
Davon (=100%):										
Erstaufnahme	62,1%	61,6%	87,9%	90,2%	80,9%	92,8%	81,9%	82,7%	82,1%	5.572
Wiederaufnahme*	37,9%	38,4%	12,1%	9,8%	19,1%	7,2%	18,1%	17,3%	17,9%	1.218
Gesamt	1.507	397	4.699	999	125	18	6.331	1.414	100%	7.745

Unbek.: 4.451 Pat. (36,5%) aller Pat., bzw. 412 Pat. (5,0%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=52 (86,7%), Horizont: N=2 (100,0%), Patfak: N=0 (0,0%)

* Bezogen auf die jeweilige aufnehmende Einrichtung

Tabelle 6.10: Erst-/Wiederbehandelte und Hauptdiagnose

Hauptdiagnose (Störungsbereich)	Erstbe- handelt	Wiederbehandelte			Abs.
		Alle	Erstauf- nahme	Wieder- aufnahme*	
Alkohol	11,0%	89,0%	80,6%	19,4%	5.195
Opioide	13,5%	86,5%	86,2%	13,8%	628
Cannabinoide	26,4%	73,6%	79,2%	20,8%	72
Sedativa/Hypnotika	13,5%	86,5%	81,3%	18,8%	37
Kokain	30,2%	69,8%	94,6%	5,4%	53
Stimulanzien	18,4%	81,6%	90,0%	10,0%	49
Halluzinogene	12,5%	87,5%	85,7%	14,3%	8
Tabak	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	2
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	2
And. psychotr. Substanzen	8,6%	91,4%	84,5%	15,5%	500
Ess-Störungen	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	4
Pathologisches Spielverhalten	25,0%	75,0%	100,0%	0,0%	16
Ohne Diagnose	16,9%	83,1%	84,6%	15,4%	1.178
Gesamt	955	6.790	5.572	1.218	7.745
%	12,3%	87,7%	82,1%	17,9%	100%

Unbek.: 4.451 Pat. (36,5%) aller Pat., bzw. 412 Pat. (5,0%) der ausgew. Einr.
Basis: EBIS: N=52 (86,7%), Horizont: N=2 (100,0%), Patfak: N=0 (0,0%)

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
* Bezogen auf die jeweilige aufnehmende Einrichtung

Tabelle 6.11: Rechtliche Grundlagen der Aufnahme nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Erst-/Wieder- behandelte	Kranken- häuser		Rehabilitations- einrichtungen		Nachsorge- einrichtungen		G e s a m t			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M+ F	Abs.
Freiwillige Behandlung	96,1%	96,7%	86,8%	91,1%	99,0%	100,0%	89,6%	92,9%	5.891	90,3%
§§ 35–38 BtmG	1,5%	1,5%	8,8%	5,9%			6,6%	4,5%	404	6,2%
Andere strafrechtliche Grundlage	1,5%	0,5%	3,0%	1,0%	1,0%		2,5%	0,9%	143	2,2%
Zivilrechtliche Grundlage	0,1%	0,2%	0,2%				0,2%	0,2%	10	0,2%
Unterbringung (Psych-KK, LUG)										
Sonstige Gründe	0,8%	1,3%	1,3%	1,7%			1,1%	1,6%	79	1,2%
Gesamt	1.460	392	3.694	865	104	12	5.258	1.269	6.527	100%

Unbek.: 5.668 Pat. (46,5%) aller Pat., bzw. 433 Pat. (6,2%) der ausgew. Einr.
Bezug: Bundesdatensatz
Basis: EBIS: N=45 (75,0%), Horizont: N=0 (0,0%), Patfak: N=0 (0,0%)

bei den Frauen und die höhere Schulbildung der Frauen: Die BfA ist zuständig für Angestellte, Schüler und Studenten. Eine Sonderposition nehmen die Einrichtungen aus dem Bereich der Nachsorge

ein. Die Behandlungskosten für 98% der Männer und 86% der Frauen werden für diesen Einrichtungstyp durch Sozialhilfeträger übernommen.

Tabelle 6.12: Belegung nach Leistungsträger, Einrichtungstyp und Geschlecht

Kosten- träger	Kranken- häuser		Rehabilitations- einrichtungen		Nachsorge- einrichtungen		G e s a m t			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M+ F	Abs.
Pauschal/institutionell	0,7%		0,4%	0,6%			0,5%	0,4%	0,5%	41
Selbstzahler/in	0,3%		0,6%	0,6%	0,9%		0,5%	0,5%	0,5%	45
BfA	2,0%	1,7%	9,8%	37,3%			7,8%	27,0%	11,2%	961
LVA Baden			2,6%	1,1%			2,0%	0,8%	1,8%	151
LVA Berlin			1,6%	0,9%			1,2%	0,7%	1,1%	93
LVA Brandenburg			2,1%	2,3%			1,5%	1,6%	1,6%	134
LVA Braunschweig		0,2%	0,9%	0,6%			0,7%	0,5%	0,7%	58
LVA Freie und Hansestadt Hamburg			1,0%	0,9%			0,7%	0,7%	0,7%	61
LVA Hannover	0,1%		2,4%	1,3%			1,8%	0,9%	1,7%	145
LVA Hessen	2,2%		1,4%	0,6%			1,6%	0,5%	1,4%	118
LVA Mecklenburg/Vorp.	0,1%		0,0%	0,1%			0,0%	0,1%	0,0%	4
LVA Niederbayern- Oberpfalz			1,8%	1,3%			1,3%	0,9%	1,2%	107
LVA Oberbayern			2,9%	0,9%			2,2%	0,7%	1,9%	166
LVA Oberfranken u. Mittelfranken			3,3%	1,1%			2,5%	0,8%	2,2%	187
LVA Oldenburg-Bremen			1,3%	1,2%			0,9%	0,9%	0,9%	80
LVA Rheinland-Pfalz	0,1%		3,1%	0,4%			2,4%	0,3%	2,0%	172
LVA Rheinprovinz	6,5%	0,5%	7,9%	5,7%			7,5%	4,2%	6,9%	593
LVA für das Saarland			3,2%	1,9%			2,4%	1,3%	2,2%	192
LVA Sachsen	0,1%		7,2%	2,6%			5,4%	1,8%	4,8%	409
LVA Sachsen-Anhalt	0,1%		0,8%	0,5%			0,6%	0,3%	0,6%	51
LVA Schleswig-Holstein			3,5%	1,7%			2,6%	1,2%	2,4%	205
LVA Schwaben			1,3%	0,6%			0,9%	0,4%	0,8%	73
LVA Thüringen	0,2%		2,5%	1,4%			1,9%	1,0%	1,8%	152
LVA Unterfranken	0,5%		1,8%	0,6%			1,4%	0,5%	1,3%	108
LVA Westfalen	2,7%	2,1%	7,3%	5,4%			6,1%	4,4%	5,8%	500
LVA Württemberg			7,8%	6,0%			5,8%	4,3%	5,6%	479

Fortsetzung der Tabelle nächste Seite

Tabelle 6.12: Belegung nach Leistungsträger, Einrichtungstyp und Geschlecht (Fortsetzung)

Kosten-träger	Kranken-häuser		Rehabilitations-einrichtungen		Nachsorge-einrichtungen		G e s a m t			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M+ F	Abs.
Bahnversicherungsanstalt	0,2%	0,2%	0,6%	0,3%			0,5%	0,3%	0,5%	40
Seekasse	0,1%		0,3%	0,1%			0,2%	0,1%	0,2%	16
Bundesknappschaft	2,3%	1,7%	1,9%	0,7%			2,0%	1,0%	1,8%	156
Betriebskrankenkasse	11,5%	9,2%	1,0%	1,2%			3,5%	3,4%	3,5%	299
Innungskrankenkasse	8,8%	6,4%	0,9%	0,7%			2,7%	2,3%	2,6%	228
See-Krankenkasse	0,1%	0,2%	0,1%				0,1%	0,1%	0,1%	8
Landwirtschaftliche Krankenkasse	0,4%	0,5%	0,1%	0,2%			0,2%	0,3%	0,2%	16
AOK	33,3%	27,1%	5,1%	7,2%			11,7%	12,7%	11,9%	1.021
Angestellten-Krankenk.	15,0%	38,9%	1,9%	4,7%			5,0%	14,2%	6,6%	569
Arbeiter-Ersatzkasse	2,3%	3,5%	0,1%	0,0%			0,6%	1,0%	0,7%	60
Privat-Krankenkasse	1,6%	0,9%	0,3%	0,6%			0,6%	0,7%	0,6%	51
Bundeswehr	0,2%		0,5%	0,1%			0,4%	0,1%	0,4%	32
Bundespost	0,2%	0,2%	0,4%	0,3%			0,4%	0,3%	0,3%	29
Polizeibehörde	0,2%		0,2%				0,2%		0,2%	14
Berufsgenossenschaft	0,1%		0,0%	0,2%			0,0%	0,1%	0,0%	4
Jugendhilfe	0,1%	0,2%	0,0%			7,1%	0,0%	0,1%	0,1%	5
Sozialhilfe	6,0%	4,0%	4,7%	2,8%	98,1%	85,7%	6,4%	3,9%	6,0%	514
Sonstige/Unbekannt	2,5%	2,4%	3,2%	3,2%	0,9%	7,1%	3,0%	3,0%	3,0%	259
Gesamt	1.669	424	5.313	1.078	108	14	7.090	1.516	100%	8.606

Unbek.: 3.589 Pat. (29,4%) aller Pat., bzw. 0 Pat. (0,0%) der ausgew. Einr.

Bezug: Bundesdatensatz

Basis: EBIS: N=58 (96,7%), Horizont: N=0 (0,0%), Patfak: N=0 (0,0%)

7 Daten zu Interventionen
(Statistik der Entlassungen)

Die Auswertung der Behandlungsmaßnahmen und -ergebnisse erfolgt für die in 2000 entlassenen Patienten (N = 13.934).

7.1 Vorbehandlung

Aufgrund der Organisation des therapeutischen Systems in Deutschland kommt nur eine Minderheit der Patienten ohne Vorbehandlung in die stationäre Einrichtung. In der Regel hat bei substanzbezogenen Störungen eine Entgiftung direkt vor Beginn der Entwöhnungsbehandlung stattgefunden (je nach Substanz zwischen 90% und 100%; Tab. 7.1). Nach wie vor relativ selten sind ambulante Vorbehandlungen (etwa 5% der Fälle). Die Angaben für Männer und Frauen unterscheiden sich nur geringfügig (Tab. 7.2).

Die Beendigung der letzten Entgiftung erfolgt bei 95% der Patienten mit der Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch / Abhängigkeit von Alkohol planmäßig (Cannabis: 94%, Stimulanzien: 92%). Bei den opiat- und kokainbezogenen Hauptdiagnosen ist eine planmäßige Beendigung seltener (85% und 83%). Frühere stationäre Entwöhnungen wurden von Alkoholpatienten in 81% der Fälle planmäßig beendet. Für Opiate liegt die Zahl deutlich niedriger (44%).

Vermittlung

Etwa 49% der Vermittlungen erfolgen durch ambulante Fachberatungsstellen, die den Hauptanteil der notwendigen Vorbereitungsarbeit leisten (1996: 50,5%; Abbildung 7.1). Der Anteil stationärer Facheinrichtungen bei der Vermittlung hat sich seit 1996 stark erhöht (2000: 14,7%; 1996: 10,5%). Der Zugang über niedergelassene Ärzte/Psychotherapeuten hat seit 1996 von 9,9% auf 11,4% zugenommen.

Tabelle 7.1: Vorbehandlung und Hauptdiagnose bei Wiederbehandelten

Hauptdiagnose (Störungsbereich)	Vorbehandlung*					Gesamt	
	Stationäre Entgiftung	Ambulante Substitution	Ambulante Entwöhnung	Teilstationäre Entwöhnung	Stationäre Entwöhnung	Abs.	%
Alkohol	93,9%	0,6%	5,3%	1,2%	38,6%	6.545	72,1%
Opiode	89,7%	38,4%	6,5%	3,6%	52,1%	633	7,0%
Cannabinoide	92,3%	3,8%	5,8%		28,8%	52	0,6%
Sedativa/Hypnotika	96,2%		1,9%	1,9%	26,9%	52	0,6%
Kokain	85,7%	23,8%	9,5%		52,4%	42	0,5%
Stimulanzien	96,6%	6,9%	3,4%		24,1%	29	0,3%
Halluzinogene	100,0%				33,3%	3	0,0%
Tabak	100,0%				100,0%	1	0,0%
Flüchtige Lösungsmittel	100,0%	50,0%			50,0%	2	0,0%
Andere Psychotrope Substanzen	91,2%	31,4%	6,1%	1,5%	51,4%	590	6,5%
Ess-Störungen	60,0%			20,0%	20,0%	5	0,1%
Pathologisches Spielverhalten	30,8%		15,4%		84,6%	13	0,1%
Ohne Hauptdiagnose	93,3%	3,8%	5,0%	0,5%	35,4%	1.111	12,2%
Gesamt	8.461	523	494	120	3.624	9.078	100%
%	93,2%	5,8%	5,4%	1,3%	39,9%	100%	

* Mehrfachnennungen möglich; Art der früheren Behandlung bei wiederbehandelten Patienten (nicht notwendigerweise auf die aktuelle Störung ausgerichtet)

Unbek./ohne Vorbehandlung: 3.461 Pat. (24,8%) aller Pat., bzw. 1.395 Pat. (13,3%) der ausgew. Einr.

Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)

Basis: EBIS: N=55 (90,2%), Horizont: N=2 (100,0%), Patfak: N=20 (95,2%)

Tabelle 7.2: Vorbehandlung nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Vorbehandlungen	Kranken- häuser		Rehabilitations- einrichtungen		Nachsorge- einrichtungen		G e s a m t			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M+ F	Abs.
Stationäre Entgiftung	94,5%	93,9%	93,2%	92,4%	98,9%	100,0%	93,3%	92,7%	93,2%	8.461
Ambulante Substitution	6,2%	7,1%	5,3%	5,6%		8,3%	5,6%	6,5%	5,8%	523
Ambulante Entwöhnung	5,5%	9,1%	4,8%	6,3%	12,4%	8,3%	5,1%	6,7%	5,4%	494
Teilstationäre Entwöhnung	1,4%	1,3%	1,1%	1,1%	2,2%		1,3%	1,5%	1,3%	120
Stationäre Entwöhnung	44,6%	42,4%	38,7%	37,0%	75,3%	75,0%	40,3%	38,6%	39,9%	3.624
Abs.	1.137	297	5.872	1.611	89	12	7.137	1.941	100%	9.078

* Mehrfachnennungen möglich; Art der früheren Behandlung bei wiederbehandelten Patienten
Unbek./ohne Vorbehandlung: 3.461 Pat. (24,8%) aller Pat., bzw. 1.395 Pat. (13,3%) der ausgew. Einr.
Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
Basis: EBIS: N=55 (90,2%), Horizont: N=2 (100,0%), Patfak: N=20 (95,2%)

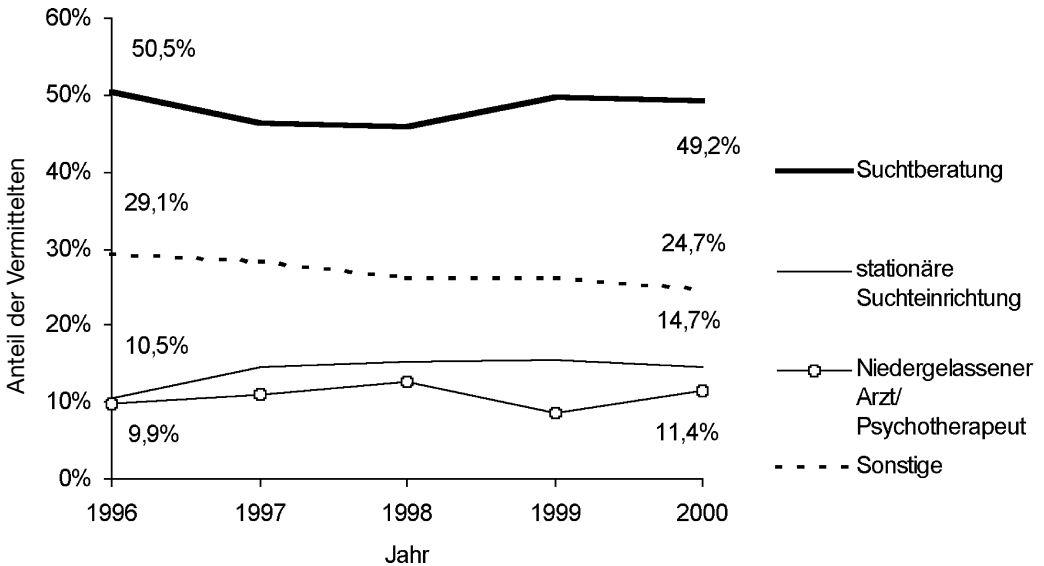


Abbildung 7.1: Vermittlung in stationäre Behandlung 1996 bis 2000

Tabelle 7.3: Art der Behandlung nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Art der Behandlung*	Kranken- häuser		Rehabilitations- einrichtungen		Nachsorge- einrichtungen		G e s a m t			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M+ F	Abs.
Ambulante Beratung/ Behandlung	1,6%	2,5%	0,9%	1,1%	0,0%	0,0%	1,2%	1,7%	1,3%	182
Ambulante Reha	0,7%	1,4%	0,3%	0,6%	0,0%	0,0%	0,4%	0,7%	0,5%	69
Entgiftung	62,7%	74,0%	3,3%	2,5%	0,0%	0,0%	12,7%	13,6%	12,9%	1.841
Substitution	0,4%	0,5%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	83
Stationäre Entwöhnung	19,7%	5,5%	87,5%	90,9%	64,7%	61,1%	76,3%	77,4%	76,5%	11.310
Krankenhaus- behandlung	1,9%	1,1%	0,3%	0,3%	0,9%	0,0%	0,6%	0,4%	0,6%	81
Betreutes Wohnen	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	14
Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,6%	0,9%	1,9%	2,4%	49,1%	33,3%	2,1%	2,4%	2,2%	323
Gesamt	1.770	435	9.162	2.353	116	18	11.104	2.830	100%	13.934

* Mehrfachnennungen möglich
Unbek.: 0 Pat. (0,0%) aller Pat., bzw. 0 Pat. (0,0%) der ausgew. Einr.
Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
Basis: EBIS: N=60 (100,0%), Horizont: N=2 (100,0%), Patfak: N=21 (100,0%)

Ein Großteil der zahlreichen Stellen, die im Prinzip vermittelnd oder vorbereitend tätig werden könnten, spielen zahlenmäßig bisher kaum eine Rolle.

7.2. Verlauf der Behandlung

Maßnahmen

Eine »stationäre Entwöhnung« wird erwartungsgemäß in knapp drei von vier Fällen durchgeführt (Tabelle 7.3). Auch die stationäre Entgiftung in der Einrichtung selbst (etwa 13%) spielt eine wesentliche Rolle bei den Behandlungsmaßnahmen.

Bei den Arbeitsschwerpunkten zeigen sich die konzeptionellen Unterschiede zwischen Krankenhaus (Entgiftung) und Rehabilitationseinrichtung (Entwöhnung) deutlich. In den Nachsorgeeinrichtungen liegt der Schwerpunkt einerseits auf Entwöhnungsbehandlung (65% der Männer und 61% der Frauen) und andererseits auf Arbeits- und Beschäftigungsprojekten, woran 49% der dort untergebrachten Männer und 33% der Frauen teilnehmen.

Behandlungsdauer

In Tabelle 7.4 sind sowohl planmäßige als auch unplanmäßige Beendigungen berücksichtigt. Die Behandlungsdauer liegt bei der Hälfte der Patienten zwischen drei und sechs Monaten, die andere Hälfte verteilt sich gleichmäßig auf eine Dauer von einem, zwei oder drei Monaten. Hier zeigt sich die erhebliche Verkürzung der Dauer in den letzten Jahren. Es sind jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Konsumenten verschiedener Substanzen und den Einrichtungstypen festzustellen. Während von den Patienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose nur etwa 2% mehr als sechs Monate in stationärer Behandlung sind, gilt dies bei opiat- und kokainbezogenen Störungen für 18%. Überraschend ist ein ähnlich hoher Wert bei der kleinen Gruppe der Personen mit einer Hauptdiagnose Cannabis (16%). Da diese Personen in der Regel jünger sind und die Behandlung cannabisbezogener Störungen häufig als weniger kritisch angesehen wird, sind die Daten erstaunlich. Möglicherweise spielen dabei zusätzliche Störungen eine wichtige Rolle. Weitere Analysen sind erforderlich.

Tabelle 7.4: Hauptdiagnose und Behandlungsdauer

Hauptdiagnose (Störungsbereich)	Dauer der Behandlung								Gesamt	
	bis 4 Wochen	>4-8 Wochen	>8-12 Wochen	>3-6 Monate	>6-9 Monate	>9-12 Monate	>12-24 Monate	Über 24 Monate	Abs.	%
Alkohol	15,4%	16,6%	15,7%	50,5%	0,8%	0,3%	0,4%	0,3%	9.631	69,1%
Opioide	21,8%	13,0%	10,6%	36,3%	14,2%	3,7%	0,3%		944	6,8%
Cannabinoide	20,0%	11,4%	7,9%	45,0%	12,1%	3,6%			140	1,0%
Sedativa/ Hypnotika	20,0%	12,9%	30,0%	35,7%	1,4%				70	0,5%
Kokain	22,0%	13,4%	6,1%	40,2%	17,1%	1,2%			82	0,6%
Stimulanzen	14,1%	5,6%	23,9%	43,7%	11,3%	1,4%			71	0,5%
Halluzinogene	9,1%		9,1%	72,7%		9,1%			11	0,1%
Tabak	100,0%								1	0,0%
Flüchtige Lösungsmittel				100,0%					2	0,0%
And. psychotr. Substanzen	34,5%	9,7%	12,0%	36,9%	5,1%	1,1%	0,7%		710	5,1%
Ess-Störungen	25,0%	6,3%	25,0%	43,8%					16	0,1%
Pathologisches Spielverhalten	19,0%	23,8%	9,5%	47,6%					42	0,3%
Ohne Diagnose	14,3%	15,1%	14,5%	52,5%	2,4%	0,7%	0,4%	0,2%	2.204	15,8%
Gesamt	2.336	2.175	2.080	6.812	344	97	52	32	13.928	100%

Unbek.: 6 Pat. (0,0%) aller Pat., bzw. 6 Pat. (0,0%) der ausgew. Einr.
Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
Basis: EBIS: N=60 (100,0%), Horizont: N=2 (100,0%), Patfak: N=21 (100,0%)

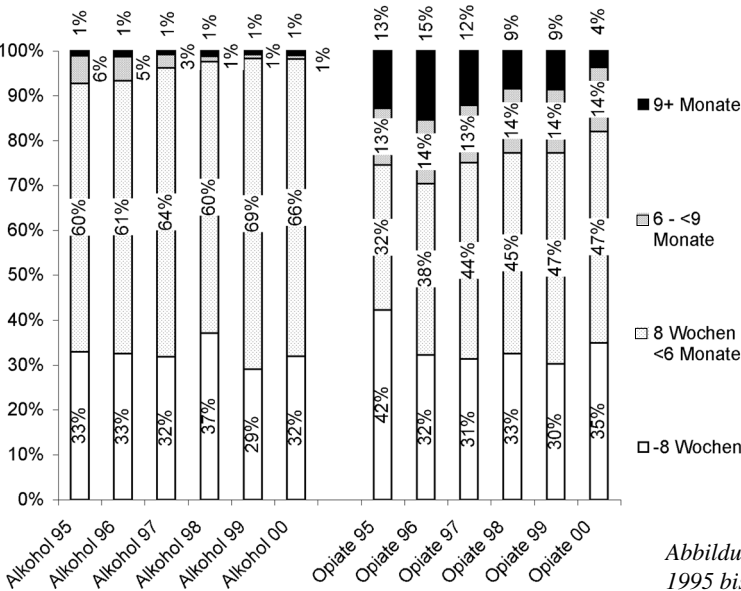


Abbildung 7.2: Behandlungsdauer 1995 bis 2000

Tabelle 7.5: Art der Beendigung nach Einrichtungstyp und Geschlecht

Art der Beendigung	Kranken- häuser		Rehabilitations- einrichtungen		Nachsorge- einrichtungen		G e s a m t			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M+ F	Abs.
Planmäßig	72,7%	71,0%	64,8%	66,4%	27,7%	44,4%	65,6%	66,8%	65,8%	8.419
Weitervermittlung	6,1%	7,3%	4,1%	4,9%	14,3%	33,3%	4,5%	5,5%	4,7%	604
Abbruch Einrichtung	5,2%	3,8%	9,9%	6,0%	16,1%	5,6%	9,1%	5,7%	8,4%	1.073
Abbruch Patient	16,1%	17,9%	21,2%	22,6%	42,0%	16,7%	20,7%	22,1%	21,0%	2.681
Strafvollzug			0,0%				0,0%		0,0%	4
Verstorben			0,1%				0,1%		0,1%	7
Gesamt	1.706	424	8.208	2.244	112	18	10.078	2.710		12.788

Unbek.: 663 Pat. (4,8%) aller Pat., bzw. 483 Pat. (3,6%) der ausgew. Einr.
Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
Basis: EBIS: N=56 (93,3%), Horizont: N=2 (100,0%), Patfak: N=17 (81,0%)

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

Da sich mit der Umsetzung des Deutschen Kern-datensatzes auch die Kategorien der Behandlungsdauer geändert haben, die mit der Einführung kürzerer Regelbehandlungsdauern durch die Kostenträger korrespondieren, ist es in diesem Jahr nur unter Bildung übergeordneter Kategorien möglich, die Tendenz zur Behandlungsverkürzung der letzten Jahre weiter zu verfolgen. Bis 1999 zeigte sich Folgendes: Der Anteil der langen Behandlungszeiten (Alkohol: über 6 Monate; Opiate: über 9 Monate) hat sich seit 1995 zugunsten mittelfristiger Behandlungen (2 bis 6 Monate) kontinuierlich verringert.

7.3 Beendigung der Behandlung

Rund 66% der Behandlungen werden planmäßig beendet, weitere 5% durch Verlegung oder Vermittlung (Tabelle 7.5). In 21% der Fälle kommt es zu einem vorzeitigen Abbruch durch den Patienten. In den Krankenhäusern liegt wegen des hohen Anteils von Entgiftungsbehandlungen die Abbrecherquote etwas niedriger (rund 16%). Hier finden sich auch die meisten planmäßigen Beendigungen. Männliche Patienten in Nachsorgeeinrichtungen haben eine extrem

hohe Abbruchquote (42%) und entsprechend eine sehr geringe Quote planmäßiger Beender (28%).

Die Art der Beendigung ist in Tabelle 7.6 für Rehabilitationseinrichtungen dargestellt. Sie variiert erheblich mit der Hauptdiagnose: Während bei der Hauptdiagnose Alkohol in etwa 72% der Fälle eine planmäßige Beendigung vorliegt, betragen die entsprechenden Werte für Cannabis 48%, für Opiate nur 35% und für Kokain 23%. Bei den illegalen Substanzen ist sowohl der deutlich erhöhte Anteil von Abbrüchen durch den Patienten als auch der hohe Wert disziplinarischer Therapiebeendigungen durch die Klinik auffällig. Ungewöhnlich ist die hohe Anzahl von Abbrüchen bei den Ess-Störungen (29% durch den Patienten, 14 % durch die Einrichtung).

Fast jeder zweite Klient mit einer alkoholbezogenen Störung gilt am Ende einer stationären Behandlung als erfolgreich behandelt (abstinenter; Tabelle 7.7). Darüber hinaus wird bei 39% eine Besserung der Situation berichtet. Dagegen ist Abstinenz bei den Opiatfällen deutlich seltener anzutreffen; nur etwa jeder fünfte Behandelte wird dieser Kategorie zugeordnet. Allerdings wird auch hier in 34% der Fälle zumindest eine Verbesserung der Situation angegeben. Eine geringe Erfolgsrate zeigt sich auch beim Störungsbereich Stimulanzien mit etwa 20%.

Die erzielten Ergebnisse werden in der Abbildung 7.3 getrennt nach planmäßigen und unplanmäßigen Beendigungen dargestellt. Planmäßige Beendigung setzt voraus, dass die Therapieziele entsprechend eines vorhandenen Hilfeplanes erreicht wurden bzw. Einverständnis zwischen Therapeut und Klient über

Tabelle 7.6: Art der Beendigung und Hauptdiagnose (Rehabilitationseinrichtungen)

Hauptdiagnose (Störungsbereich)	Art der Beendigung						Gesamt	
	Plan- mäßig	Weiter- vermittlung	Abbruch Einrichtung	Abbruch Patient	Straf- vollzug	Verstorben	Abs.	%
Alkohol	71,9%	3,5%	6,4%	18,0%	0,0%	0,1%	7.430	71,1%
Opioide	35,0%	8,0%	25,2%	31,8%			765	7,3%
Cannabinoide	48,4%	6,3%	16,7%	28,6%			126	1,2%
Sedativa/Hypnotika	51,9%	7,4%	11,1%	29,6%			54	0,5%
Kokain	23,2%	8,7%	24,6%	43,5%			69	0,7%
Stimulanzen	35,9%	10,9%	17,2%	34,4%	1,6%		64	0,6%
Halluzinogene	70,0%			30,0%			10	0,1%
Tabak							0	
Flüchtige Lösungsmittel				100,0%			1	0,0%
And. psychotr. Substanzen	36,6%	7,1%	17,4%	38,7%		0,2%	506	4,8%
Ess-Störungen	42,9%	14,3%	14,3%	28,6%			14	0,1%
Pathologisches Spielverhalten	69,2%	5,1%	7,7%	17,9%			39	0,4%
Ohne Diagnose	61,3%	4,2%	9,4%	25,1%			1.371	13,1%
Gesamt	6.808	444	946	2.244	3	7	10.452	100,0%

Unbek.: 400 Pat. (3,7%) der ausgew. Eindr.
Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
Basis: N=63 (87,5%)

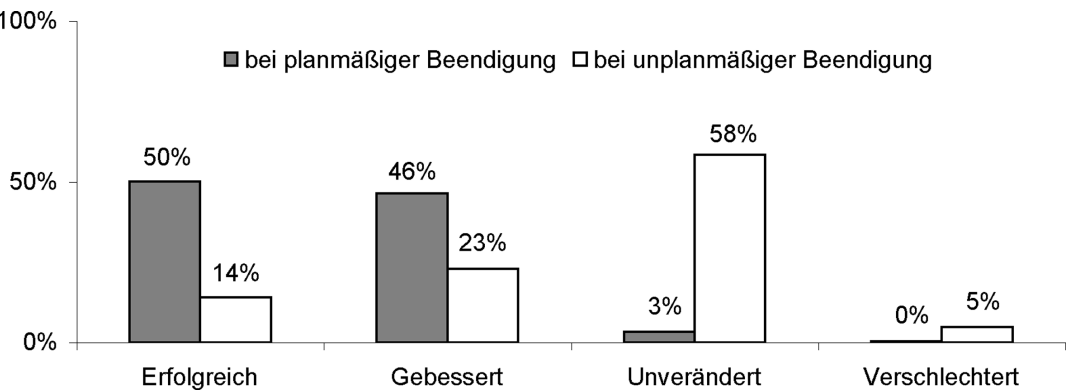


Abbildung 7.3: Behandlungserfolg bei Entlassung und Art der Beendigung

Tabelle 7.7: Behandlungsergebnis und Hauptdiagnose

Hauptdiagnose (Störungsbereich)	Erfolgreich/ abstinent	Behandlungsergebnis			Gesamt Abs.	%
		Gebessert	Unverändert	Verschlechtert		
Alkohol	45,5%	38,5%	14,7%	1,3%	6.754	75,5%
Opiode	22,3%	33,7%	41,8%	2,3%	754	8,4%
Cannabinoide	31,8%	34,6%	30,8%	2,8%	107	1,2%
Sedativa/Hypnotika	40,0%	38,0%	22,0%		50	0,6%
Kokain	29,0%	34,8%	36,2%		69	0,8%
Stimulanzen	20,3%	50,8%	27,1%	1,7%	59	0,7%
Halluzinogene	66,7%	16,7%	16,7%		6	0,1%
Tabak					0	
Flüchtige Lösungsmittel	100,0%				1	0,0%
And. psychotr. Substanzen	26,8%	30,9%	40,0%	2,2%	492	5,5%
Ess-Störungen	6,7%	46,7%	33,3%	13,3%	15	0,2%
Pathologisches Spielverhalten	59,4%	21,9%	18,8%		32	0,4%
Ohne Diagnose	40,4%	40,4%	17,5%	1,6%	611	6,8%
Gesamt	3.732	3.381	1.706	132	8.951	100%
%	41,7%	37,8%	19,1%	1,5%	100%	

Unbek.: 4.983 (35,8%) aller Pat., bzw. 631 Pat. (6,6%) der ausgew. Einr.
Bezug: Deutscher Kerndatensatz (DHS)
Basis: EBIS: N=47 (77,0%), Horizont: N=1 (50,0%), Patfak: N=14 (66,7%)

die Beendigung der Behandlung vorliegt. Unplanmäßige Beendigung umfasst dagegen Abbrüche sowohl durch Klienten als auch durch die Einrichtung. Die Einschätzung des Status des Klienten nimmt der Therapeut vor. Wie zu erwarten, fallen die Ergebnisse bei einer unplanmäßigen Beendigung deutlich schlechter aus. Während bei einer planmäßigen Beendigung 96% der Patienten die Behandlung abstinent oder zumindest in gebessertem Zustand verlassen, erreichen dies nur 37% bei unplanmäßiger Beendigung. 58% der unplanmäßigen Beender weisen am Ende der Behandlung ein unverändertes Störungsbild auf.

Therapieerfolg bei substanzbezogenen Störungen kann nicht ausschließlich an der Abstinenz oder der Verringerung des Konsums gemessen werden. Vielmehr muss eine Stabilisierung der gesamten Lebensumstände der Patienten angestrebt werden, ohne die substanzbezogene Therapieziele auf Dauer nur schwer haltbar sind. Von den dazu vorliegenden Parametern wurde (exemplarisch) die Wohnsituation als

Indikator der sozialen Lage des Patienten herausgegriffen. Die Veränderung der Wohnsituation im Laufe der Behandlung lässt sich ablesen, wenn man in Tabelle 7.8 die Diagonale verfolgt.

Etwa 12% der Patienten, die zu Behandlungsbeginn bei anderen Personen gewohnt haben, wohnen bei Abschluss der Behandlung selbstständig in einer eigenen Wohnung, also rechtlich gesichert. Von denjenigen Patienten, die zu Behandlungsbeginn in betreutem Wohnen gelebt haben, leben am Ende der Behandlung fast 13% selbstständig. Gleiches gilt für ein Viertel der Patienten, die zu Beginn in Heimen oder Kliniken untergebracht waren. Aus Notunterkünften wechselt ein Fünftel der Patienten im Laufe der Behandlung in betreute Wohnungen, ebenso ein Fünftel der vormals Wohnungslosen. Insgesamt sind also deutliche Verbesserungen in der Wohnsituation zu verzeichnen.

Tabelle 7.8 : Wohnsituation bei Aufnahme und Entlassung

Wohnsituation bei Behand- lungsbeginn	Wohnsituation am Behandlungsende									Gesamt	
	Selbst- ständiges Wohnen	Bei anderen Personen	Betreutes Wohnen	Heim/ Klinik	JVA/Maß- regel- vollzug	Not- unterkunft Übern.stelle	Einrichtung nach § 72	Ohne Wohnung	Sonstiges	Abs.	%
Selbstständiges Wohnen	92,1%	1,6%	2,5%	2,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,6%	1,0%	6.814	74,8%
Bei anderen Personen	11,6%	70,1%	6,6%	6,2%	0,2%	0,2%	0,6%	1,7%	2,8%	995	10,9%
Betreutes Wohnen	12,8%	6,1%	68,3%	6,1%		0,6%	0,6%	1,8%	3,7%	164	1,8%
Heim/Klinik	24,6%	8,7%	14,1%	43,5%		0,7%	1,8%	3,6%	2,9%	276	3,0%
JVA / Maß- regelvollzug	20,1%	26,9%	6,4%	10,0%	13,7%	1,6%	1,1%	8,4%	11,6%	438	4,8%
Notunterkunft/ Übern.stelle	14,3%	5,7%	21,9%	8,6%		32,4%	3,8%	7,6%	5,7%	105	1,2%
Einrichtung nach § 72 BSHG	12,8%	4,3%	8,5%				72,3%	2,1%		47	0,5%
Ohne Wohnung	15,2%	5,8%	19,9%	9,9%	0,5%	0,5%	2,1%	42,4%	3,7%	191	2,1%
Sonstiges	9,5%	7,1%	6,0%	7,1%					70,2%	84	0,9%
Gesamt.	6.629	983	485	403	69	49	66	198	232	9.114	100%
%	72,7%	10,8%	5,3%	4,4%	0,8%	0,5%	0,7%	2,2%	2,5%	100%	

Unbek.: 4.820 Pat. (34,6%) aller Pat., bzw. 464 Pat. (4,8%) der ausgew. Einr.
Bezug: Bundesdatensatz
Basis: EBIS: N=55 (90,2%), Horizont: N=0 (0,0%), Patfak: N=0 (0,0%)

8 Kurzfassung

Diese erste systemübergreifende nationale Suchthilfestatistik basiert auf dem Bundesdatensatz, den das IFT Institut für Therapieforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelt. An der Jahresauswertung 2000 der stationären Suchthilfeinrichtungen haben sich insgesamt 89 Einrichtungen (inkl. Teilstellen) beteiligt. Von 84 Einrichtungen (Hauptstellen) lagen zum Stichtag für die Auswertung verwertbare Daten zu den durchgeführten Behandlungen vor.

Daten zu den Einrichtungen

Viele stationäre Einrichtungen orientieren sich traditionell an der Behandlung von Patienten mit Störungen durch legale oder illegale psychoaktive Substanzen, ohne allerdings den jeweils anderen Bereich völlig zu ignorieren. Bei den teilnehmenden Einrichtungen handelt es sich um 72 Rehabilitationseinrichtungen, in der Regel Fachkliniken. Sieben der Einrichtungen sind Krankenhäuser, zumeist deren Suchtabteilungen. Des weiteren haben vier Adaptionen- und Nachsorgeeinrichtungen (Heime/stationäres betreutes Wohnen/Übergangseinrichtungen) und eine Tagesklinik an der Auswertung teilgenommen.

22% der erfassten Einrichtungen gehören einem öffentlichen Träger an, die größte Gruppe bilden mit 61% die Verbände der freien Wohlfahrtspflege und freigemeinnützigen Träger. Die Behandlungsangebote sind relativ breit gestreut und variieren je nach Einrichtungstyp.

Daten zur Klientel

In der Jahresstatistik 2000 wurden die Daten zu 12.195 Personen erfasst, die ihre Behandlung in den beteiligten Kliniken begonnen haben. Insgesamt wurden in 2000 15.525 Fälle behandelt. Aus Gründen der Vergleichbarkeit werden entsprechend der Vorgaben des Deutschen Kerndatensatzes nur Daten von Zugängen und Beendern des Jahres 2000 ausgewertet. Dabei stammen von diesen Behandlungen 2.093 aus Krankenhäusern bzw. Krankenhausabteilungen, 9.876 aus Rehabilitationseinrichtungen und 144 aus Nachsorge-Einrichtungen.

79% sind Männer und 21% Frauen. Der Männeranteil ist im Bereich Nachsorge mit ca. 88% noch deutlich höher. Etwa 46% der Männer und 38% der Frauen sind erwerbstätig. Bei den Patienten der Krankenhäuser sind es 44% und 34%. Entsprechend liegt die Arbeitslosenquote der Patienten in Rehabilita-

tionseinrichtungen bei rund 43% für Männer und 35% für Frauen. Besonders ungünstig ist die Lage in der Nachsorge: Nur 21% der Männer und 36% der Frauen sind hier erwerbstätig.

Mit 67% stehen alkoholbezogene Hauptdiagnosen bei den stationär behandelten Patienten an erster Stelle. Schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Opiaten wurde bei 6% als Hauptdiagnose genannt. Daneben spielt auch Cannabis eine Rolle. Rund 1,0% der Männer und 0,3% der Frauen weisen eine diesbezügliche Hauptdiagnose auf. Andere Substanzen sind seltener als Hauptdiagnose zu finden. Kokain zum Beispiel wird nur 72-mal genannt. Die Kategorie, in der Ecstasy mit erfasst wird – »Stimulanzien« – wurde insgesamt 63-mal angegeben. In einer Reihe von stationären Einrichtungen werden auch spezielle Behandlungen für Patienten mit pathologischem Spielverhalten angeboten. Insgesamt 33 Patienten wurden in erster Linie wegen pathologischem Spielverhalten (Automatenspiel und Glücksspiel) behandelt. Zwischen den Geschlechtern ergeben sich nur wenige auffallende Unterschiede. Lediglich bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln und bei Ess-Störungen überwiegen die Frauen deutlich, pathologisches Spielen bleibt weiterhin eine »Männerdomäne«.

Das Alter der Patienten variiert je nach Hauptdiagnose. Patienten unter 20 Jahre sind vor allem bei cannabis- und stimulantienbezogenen Hauptdiagnosen zu finden. Etwa 78% der Patienten mit opiatbezogenen Hauptdiagnosen sind zwischen 20 und 34 Jahren alt. Patienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose sind in 59% der Fälle zwischen 35 und 49 Jahren alt. Cannabis- und Stimulanzien-Hauptdiagnosen sind am häufigsten (68% und 72%) in der Gruppe der 18- bis 29-jährigen zu finden.

Daten zu Interventionen

Etwa 85% aller Patienten kommen das erste Mal in die jeweilige stationäre Einrichtung zur Behandlung. In Krankenhäusern/-abteilungen ist der Anteil der Wiederaufnahmen aufgrund der regionalen Zuständigkeit (Pflichtversorgungsauftrag) besonders hoch: 32% der Patienten werden zum wiederholten mal in der selben Einrichtung aufgenommen. In Rehabilitationseinrichtungen sind wiederholte Aufnahmen seltener: rund 10% der Patienten waren schon einmal in der selben Einrichtung. Im Bereich Nachsorge liegt der Anteil der Wiederaufnahmen bei 15%.

Bei der Vermittlung in stationäre Behandlung hat sich der Anteil der Entgiftungseinrichtungen gegenüber dem Vorjahr kaum verändert (2000: 15%; 1999: 17%). Etwa 49% der Vermittlungen erfolgen durch

ambulante Fachberatungsstellen, 11% durch niedergelassene Ärzte.

Während in den Krankenhäusern/-abteilungen 63% der Männer und 74% der Frauen eine Entgiftungs- bzw. Entzugsbehandlung durchlaufen, erhalten in den Rehabilitationseinrichtungen 87% der Männer und 91% der Frauen Entwöhnungsbehandlungen. In den Nachsorgeeinrichtungen liegt der Schwerpunkt einerseits auf Entwöhnungsbehandlung (65% der Männer und 61% der Frauen) und andererseits auf Arbeits- und Beschäftigungsprojekten (49% der Männer und 33% der Frauen).

Die Behandlungsdauer liegt in der Regel zwischen drei und sechs Monaten. Während von den Patienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose nur etwa 2% mehr als sechs Monate in stationärer Behandlung sind, gilt dies bei opiat- und kokainbezogenen Störungen für 18% der Patienten. Überraschend ist ein ähnlich hoher Wert bei Personen mit einer Hauptdiagnose Cannabis (16%).

Rund 66% der Behandlungen werden planmäßig beendet, weitere 5% durch Verlegung oder Vermittlung. In 21% der Behandlungen kommt es zu einem vorzeitigen Abbruch durch den Patienten. In den Krankenhäusern/-abteilungen liegt die Abbrecherquote etwas niedriger, bei rund 16%. Hier finden sich auch die meisten planmäßigen Beendigungen. Auch die Art der Beendigung variiert erheblich mit der Hauptdiagnose. Während bei der alkoholbezogenen Hauptdiagnose 72% planmäßige Beendigungen vorliegen, betragen die entsprechenden Werte für Cannabis 48%, für Opiate sogar nur 35% und für Kokain 23%.

Während bei einer planmäßigen Beendigung 96% der Patienten die Behandlung abstinent oder zumindest in gebessertem Zustand verlassen, schaffen dies nur 37% der Patienten mit unplanmäßiger Beendigung. 58% der unplanmäßigen Beender weisen am Ende der Behandlung ein unverändertes Konsumverhalten auf.

9 Literaturverzeichnis

- DHS (2001). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Hamm: DHS
- Dilling, H., Mombour, W. und Schmidt, M. (Hrsg.) (1999). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien (3. Auflage). Bern: Huber.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2000) (ed.) coordinated by Simon, R. & Pfeiffer, T.. Treatment demand indicator. Standard protocol 2.0. (EMCDDA Scientific Report). Lisbon.
- Fachausschuss Statistik der DHS (1999). Einrichtungsbezogener Deutscher Kerndatensatz (Stand 29.10.99). Sucht 45 (6), 419–434.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A. und Dilling, H. (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Simon, R. & Palazzetti, M. (1999). Erweiterte Jahresstatistik 1998 der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum: 1.1.1998–31.12.1998. SEDOS-Berichte Bd. 7e. Hamm: SEDOS-AG.
- Strobl, M., Lange, S. N. & Zahn, H. (2000). 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.
- Strobl, M., Pelzel, K. H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, S. N. (2001a). Jahresstatistik 2000 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.2000–31.12.2000. IFT-Berichte Bd. 125. München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Strobl, M., Pelzel, K. H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, S. N. (2001b). Jahresstatistik 2000 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum: 1.1.2000–31.12.2000. IFT-Berichte Bd. 126. München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Türk, D. & Welsch, K. (2000). SEDOS-Jahresstatistik 1999 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Sucht, 46, Sonderheft 1, 53–83.

Korrespondenzanschrift

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

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

PVSt, DPAG, »Entgelt bezahlt« C5732

Die regelmäßige Auswertung von statistischen Daten über die Art und Tätigkeit von Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland ermöglicht eine Analyse der Versorgungsstruktur und eventuell vorhandener Mängel, der Klientencharakteristika sowie der im Bezugsjahr erzielten Ergebnisse. Sie erlaubt Trendanalysen über langfristige Veränderungen und dient zusätzlich als Grundlage für die Planung von Forschungsprojekten und Modellprogrammen zur Verbesserung einzelner Aspekte der Struktur und Qualität therapeutischer Einrichtungen.

ISBN 3-87581-226-3



www.neuland.com