

# 2010

**BADO e.V.**



## **Ambulante Suchthilfe in Hamburg**

Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation

**Marcus-Sebastian Martens**

**Christian Schütze**

**Sven Buth**

**Eike Neumann-Runde**

Herausgeber: BADO e.V.

# **Ambulante Suchthilfe in Hamburg**

Statusbericht 2010 der Hamburger Basisdatendokumentation

Marcus-Sebastian Martens, Christian Schütze, Sven Buth,  
Eike Neumann-Runde



**BADO e.V.**

Auswertungsleistungen und Bericht der Hamburger  
Basisdatendokumentation 2010  
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung  
der Universität Hamburg ZIS

Vorstand des BADO e.V.:

Frank Gödecke, Elke Peine, Hans-Joachim Pohl,  
Hans-Jürgen Thiesen, Dietrich Hellge-Antoni,  
Monika Püschl, Christine Tügel

Alle Rechte vorbehalten.  
© 2011 BADO e.V., Hamburg  
Umschlagsgestaltung: Factor Design AG, Hamburg  
Layout & Satz: Eike Neumann-Runde, Hamburg  
Druck: PreMEDIA GmbH, Elmshorn

ISSN 1611-5104

## Zusammenfassende Stellungnahme

Der Bado e.V. legt seinen 14. Basisdatendokumentationsbericht für das Jahr 2010 vor. In 50 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen und -projekten wurden 19.219 (Vorjahr: 19.066) Betreuungen bei 15.251 (Vorjahr: 15.038) verschiedenen alkohol- oder drogenabhängigen bzw. -gefährdeten Personen dokumentiert. *Die Daten belegen erneut die hohe Leistungsfähigkeit und flächendeckende Erreichbarkeit des differenzierten ambulanten Suchthilfesystems.*

Die Hauptdrogen, aufgrund derer Hilfe gesucht wurde, waren bei 68 % Alkohol, bei 38 % Opiate, bei 43 % Cannabis, bei 30 % Kokain, bei 17 % Crack, ebenfalls bei 17 % Sedativa, bei 8 % Amphetamine sowie bei 5 % Halluzinogene. Ohne wesentliche Veränderungen gegenüber den Vorjahren war der betreute Personenkreis ganz erheblich biographisch, psychosozial und gesundheitlich belastet, wobei deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern sowie einzelnen Teilgruppen aufgezeigt wurden.

Die Verlaufsdocumentation weist unter Auswertung von rund 4.000 abgeschlossenen Betreuungsverläufen bei Alkohol- und Opiatabhängigen nach, dass bei einem hohen Anteil der Klientinnen und Klienten die während der Betreuung angestrebten Verbesserungen erreicht wurden:

- Am Betreuungsende lebten 55 % der Alkoholabhängigen abstinent, weitere 12 % hatten ihren Alkoholkonsum reduziert. Gut die Hälfte erreichte eine psychische Stabilisierung, nach mindestens sechsmonatiger Betreuung waren dies sogar zwei Drittel.
- 62 % der opiatabhängigen, überwiegend substituierten Klientinnen und Klienten konsumierten am Betreuungsende kein Heroin. Die gesundheitlichen und psychischen Beschwerden nahmen ebenfalls ab.
- Relativ durchgängig zeigte sich, dass grössere Verbesserungen mit einer längeren Betreuungszeit einhergingen. *Um die Haltequalität weiter zu verbessern, stehen die Einrichtungen vor der Herausforderung vor allem den Anteil mit sehr kurzen Betreuungszeiten zu reduzieren.*
- Bei Alkohol- und Opiatabhängigen gelang eine Stabilisierung der Wohnsituation. Weitere Verschlechterungen bei der Integration in Arbeit oder Ausbildung konnten verhindert werden. *Nach wie vor ist jedoch die Auseinandersetzung mit der Frage erforderlich, wie in diesen wichtigen Teilhabebereichen deutliche Verbesserungen erreicht werden können.*

Aus den im Bericht dargestellten Einzelergebnissen hält der BADO-Fachvorstand vor allem folgende für besonders beachtenswert:

1. In den bestehenden Jugendeinrichtungen wurden 1.200 Betreuungen dokumentiert. *Der Anstieg der Betreuungsfälle gegenüber 2008 um 51 % weist darauf hin, dass diese Einrichtungen immer besser ihre Zielgruppe erreichen.*
2. Etwa 2.700 minderjährige Kinder leben in den Haushalten der Hilfesuchenden. *Diese hohe Zahl lässt einen erheblichen Unterstützungsbedarf zum Wohle der Kinder erahnen. Eine ganz andere Frage ist, wie groß der Hilfebedarf bei den Familien mit Suchterkrankten ist, die keine Anbindung an die Suchthilfe haben. Auf jeden Fall ist die Wichtigkeit der Kooperation zwischen Suchthilfe- und Familienhilfeeinrichtungen hochgradig evident.*
3. *Rund 2.000 Klientinnen und Klienten in der ambulanten Suchthilfe ohne eigenen Wohnraum untermauern die Notwendigkeit mehr bezahlbaren Wohnraum für Menschen mit geringem Einkommen zu schaffen. Für viele Klientinnen und Klienten ist eine Bewältigung der Suchtmittelabhängigkeit ohne stabile Wohnsituation nicht realistisch.*
4. Etwa ein Viertel aller Klientinnen und Klienten hat mindestens einen Suizidversuch unternommen, 9 % – vor allem Frauen – sogar mehrere. *Da der Personenkreis mit erfolgtem Suizidversuch ein exorbitant höheres Risiko für eine vollendete Selbsttötung hat, stellen sich für die Suchthilfe enorme suizidpräventive Aufgaben.*

Ein weiterer Schwerpunkt der diesjährigen Auswertung war die zeitnahe Untersuchung relevanter Trends in der ambulanten Suchthilfe. Dazu wurden die jeweils neuen Klientinnen und Klienten, die noch niemals in der BADO dokumentiert waren, im Zeitraum 2005–2010 verglichen.

Als Haupttrends bei den Neuzugängen mit einer Alkoholproblematik wurden im Jahre 2010 eine bessere Schulbildung, häufiger ein Migrationshintergrund, weniger gesundheitliche Probleme sowie weniger Vorbehandlungserfahrungen konstatiert.

Auch unter den Neuaufnahmen mit einer Opiatabhängigkeit waren mehr Personen mit Migrationshintergrund. Ferner zeichnet sich bis 2010 ein weiterer Rückgang der HIV-Prävalenz auf 4 % sowie ein Rückgang der Hepatitis-C-Prävalenz ab. *Dies unterstreicht, dass die präventiven Maßnahmen in der Suchthilfe als „best practice“ in Hamburg etabliert sind und Wirkung zeigen.*

Die hohen Defizite und Probleme in den Bereichen Arbeit, Ausbildung, Einkommen oder Wohnsituation erwiesen sich bei den Neuzugängen der letzten sechs Jahre als weitgehend konstant.

In einer Spezialauswertung werden bei N=2.643 Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund u. a. soziodemographische Merkmale, biographische Belastungen und Betreuungsverläufe näher beschrieben. Während in Hamburg 30 % der Einwohner einen Migrationshintergrund haben, beträgt der Anteil in der ambulanten Suchthilfe 26 %. *Es zeigt sich, dass es zunehmend gelingt auch Personen mit Migrationshintergrund zu erreichen.* Ein zentrales Ergebnis ist, dass Personen, die selbst migriert sind, sich in einer Vielzahl von Merkmalen von jenen ohne Migrationshintergrund, aber auch von den hier als Kinder von Migranten Geborenen unterscheiden. *Letzteres spricht für den prägenden Einfluss der Lebenswelt. Es kann angenommen werden, dass eine Beachtung von sozialen Milieus, Aufenthaltsdauer und Geschlecht ein noch differenzierteres Bild ergäbe.*

Die Betreuungsergebnisse der Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund sind nicht einheitlich: einerseits erreichen sie eher eine stärkere Konsumreduktion, andererseits gibt es Hinweise, dass vor allem die Kinder von Menschen mit Migrationshintergrund sich während der Betreuungen weniger psychisch stabilisieren.

*Vom Hamburger Suchthilfesystem werden immer mehr Personen mit Migrationshintergrund erreicht. Deshalb werden die fachlich-konzeptionelle Auseinandersetzung mit der Migrationsproblematik, entsprechende Angebote zur Fortbildung sowie auch die Frage der angemessenen Teamzusammensetzung in den ambulanten Einrichtungen auf der Tagesordnung stehen müssen.*

In einer weiteren Spezialauswertung werden N=1.978 Personen mit einer Glücksspielproblematik aus den beiden letzten Jahren differenziert untersucht. Nicht ganz die Hälfte waren „reine“ Glücksspieler, etwas mehr als die Hälfte hatte eine zusätzliche Alkohol- oder Drogenproblematik. Diese beiden Teilgruppen unterschieden sich in vielerlei Hinsicht deutlich, wobei sich bei den Klientinnen und Klienten mit zusätzlichem Substanzkonsum insgesamt eine stärkere psychosoziale Belastung abzeichnet. *Mit folgenden weiteren Ergebnissen bietet sich eine Auseinandersetzung an:*

- *Etwa 90 % der von der ambulanten Suchthilfe erreichten Glücksspieler sind Männer.*
- *Bei den „reinen“ Glücksspielern wie auch bei der Teilgruppe mit zusätzlichem Substanzkonsum ist der überdurchschnittlich hohe Anteil von Personen mit Migrationshintergrund sehr auffällig.*
- *Ebenso auffallend sind die deutlich kürzere Betreuungszeit sowie die höhere Abbruchquote bei den reinen Glücksspielern.*

Der BADO-Vorstand bedankt sich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, die zu diesem Bericht beigetragen haben. Der Dank gilt weiterhin den Mitarbeitern des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), Dietmar Jungnickel vom Fachbereich Sozialwissenschaften der Universität Hamburg sowie Dr. Günter Thiel, der den BADO-Fachvorstand wissenschaftlich beraten hat.

Frank Gödecke (Die Boje gGmbH)

Elke Peine (Frauenperspektiven e. V.)

Hans-Joachim Pohl (jugend hilft jugend e. V.)

Hans-Jürgen Thiesen (Drogenhilfe Eimsbüttel e. V.)

Dietrich Hellge-Antoni (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz)

Monika Püschl (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz)

Christine Tügel (Jugendhilfe e. V.)

Vorstand des BADO e.V.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Datengrundlage.....</b>	<b>1</b>
1.1 Die Basisdatendokumentation (BADO) in Hamburg.....	1
1.2 Einrichtungen, Betreuungen und Klientinnen und Klienten in der Hamburger ambulanten Suchthilfe.....	1
1.3 Mehrfachbetreuungen in 2010 und Verbleib im Hamburger Suchthilfesystem.....	4
<b>2. Alkohol.....</b>	<b>7</b>
2.1 Betreuungen.....	7
2.2 Personen .....	10
2.3 Verlaufsdokumentation (Verlaudo).....	18
2.4 Trends.....	23
<b>3. Opiate.....</b>	<b>29</b>
3.1 Betreuungen.....	30
3.2 Personen .....	33
3.3 Verlaufsdokumentation (Verlaudo).....	40
<b>4. Cannabis.....</b>	<b>45</b>
4.1 Datengrundlage.....	45
4.2 Betreuungen.....	45
4.3 Personen .....	47
4.4 Konsum und Betreuungsbeginn.....	48
4.5 Biografischer Hintergrund und soziale Situation.....	49
4.6 Gesundheitliche Situation.....	51
4.7 Verlaufsdokumentation (Verlaudo).....	53
4.8 Neue Klientinnen und Klienten der Jahre 2005 bis 2010 – Trendaussagen .....	58
<b>5. Glücksspiel .....</b>	<b>65</b>
5.1 Datengrundlage.....	65
5.2 Betreuungen.....	66
5.3 Demografie .....	67
5.4 Aktuelle biografische Situation .....	67
5.5 Justizielle Probleme .....	69
5.6 Familiärer Hintergrund und Gewalterfahrungen .....	69
5.7 Körperliche und psychische Gesundheit.....	70
<b>6. Klienten und Klientinnen mit Migrationshintergrund .....</b>	<b>72</b>
6.1 Vorbemerkung – Einordnung.....	72
6.2 Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund in der Bado.....	74
6.3 Exkurs: Klientinnen und Klienten in den verschiedenen Einrichtungstypen .....	79
6.4 Exkurs: Neue Klientinnen und Klienten in den Jahren 2005-2010 .....	79
6.5 Konsum und Betreuungsbeginn.....	80
6.6 Betreuungen.....	82
6.7 Biografischer Hintergrund und soziale Situation.....	85
6.8 Gesundheitliche Situation.....	89
6.9 Verlaufsdokumentation .....	91
<b>7. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>93</b>
<b>8. Tabellenanhang .....</b>	<b>95</b>
Datengrundlage .....	95
Grunddaten der Alkohol- und Opiatklientel.....	96
Grunddaten der Cannabis- und Gesamtklientel.....	106

# 1. Datengrundlage

## 1.1 Die Basisdatendokumentation (BADO) in Hamburg

Mit dem vorliegenden Bericht werden zum mittlerweile vierzehnten Mal die Klienten- und Betreuungsmerkmale der Hamburger ambulanten Suchthilfe ausgewertet und beschrieben. Als Erhebungsinstrument kam die im Jahr 2005 erstmals eingesetzte, revidierte betreuungsbezogene Version der Basisdatendokumentation (Bado) zum Einsatz. Die Bado ist in dieser Fassung eine betreuungsbezogene Dokumentation, die sich durch den HIV-Code<sup>1</sup> auf unterschiedliche Personen beziehen lässt. In die betreuungsbezogene Dokumentation wurde eine Verlaufsdokumentation (VERLAUDO) integriert. Hierfür wird zu einer Vielzahl von Fragestellungen die Situation zu Betreuungsbeginn festgehalten. Ergeben sich im Laufe der Betreuung Veränderungen in diesem Bereich, so werden diese (prozessbegleitend) dokumentiert. Durch diese Art der VERLAUDO liegen für jede(n) Betreute(n) zwei Antworten zur gleichen Fragestellung vor, die sich im Zeitpunkt ihrer Erhebung unterscheiden. Eine Antwort bezieht sich auf den Betreuungsbeginn, die andere auf die aktuelle Situation, beziehungsweise bei Abschluss einer Betreuung auf den Zustand zu Betreuungsende. Auf diese Weise werden Entwicklungen während der Betreuung messbar.

Für die Dokumentation dürfen die an der Bado teilnehmenden ambulanten Suchthilfeeinrichtungen seit dem Jahre 2005 ausschließlich Systeme einsetzen, die durch ein unabhängiges Institut hinsichtlich Umsetzung und Export der Bado begutachtet und vom Bado e.V. zertifiziert wurden. Im Jahre 2010 waren fünf zertifizierte Dokumentationssysteme<sup>2</sup> für die Datenerhebung verwendet.

## 1.2 Einrichtungen, Betreuungen und Klientinnen und Klienten in der Hamburger ambulanten Suchthilfe

50 Einrichtungen / Projekte beteiligten sich im Jahr 2010 an der BADO. Im einzelnen verteilen sich diese auf 13 Einrichtungen für illegale Drogen, davon 5 ausschließlich für die externe Betreuung von inhaftierten Klientinnen und Klienten, 12 Einrichtungen mit dem Hauptschwerpunkt „Betreuung für Substituierte“, sechs Einrichtungen für „legale Drogen“, 12 suchtmittelübergreifende Einrichtungen und sieben Jugendsuchtbearbeitungsstellen. Damit bildet sich das gesamte ambulante, zuwendungsgeförderte Hamburger Suchthilfesystem in der BADO ab.

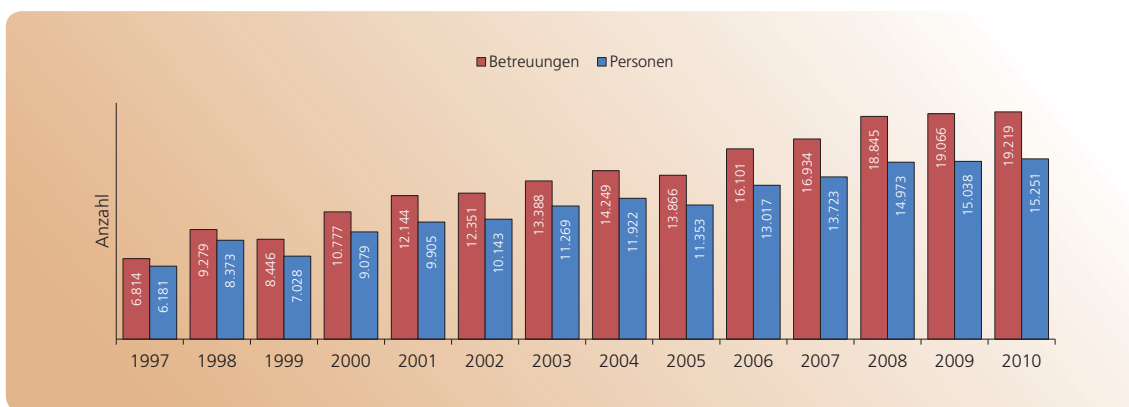
Mit 19.219 Betreuungen für 15.251 unterschiedliche Personen wurde im Jahr 2010 erneut ein Höchstwert an Betreuungen und Personen in den dokumentierenden Einrichtungen gemessen. Die Anzahl an Betreuungen legte um 153 Fälle zu, die dahinterliegende Zahl an unterschiedlichen Personen um 213. Das Verhältnis von unterschiedlichen Personen zu in Anspruch genommenen Betreuungen liegt in etwa auf dem Vorjahresniveau bei 79 % (Abbildung 1.1). Die weiterhin ungebrochen hohe Nachfrage an suchtspezifischen Interventionen spiegelt sich in diesen Zahlen wider, aber auch das Leistungsvermögen der ambulanten Hamburgischen Suchthilfeeinrichtungen.

In 2010 nahmen Frauen 30 % der Betreuungen in Anspruch und damit einen identischen Wert wie in den Vorjahren. Werden Betreuungen für Angehörige und weitere Menschen im sozialen Umfeld eines Konsumenten nicht berücksichtigt, sinkt die Frauenquote auf 26 %. 1.354 Betreuungen wurden in 2010 von Angehörigen und Menschen im sozialen Umfeld eines Konsumenten nachgefragt, innerhalb dieser Gruppe liegt der Frauenanteil bei 74 %. Trotz der grundsätzlichen Bedeutsamkeit der Angehörigenarbeit wird diese Gruppe in den weiteren Auswertungen, bis auf Abbildung 1.1 nicht berücksichtigt.

1 Der HIV-Code besteht aus dem dritten Buchstaben des Vornamens, der Buchstabenanzahl des Vornamens, dem dritten Buchstaben des Nachnamens, der Buchstabenanzahl des Nachnamens, dem Geschlecht und dem Geburtsjahr.  
2 Die im Jahre 2010 in der Hamburger Suchthilfe eingesetzten Dokumentationssysteme sind: Abdul, IZB, Patfak light, proBADO und WAY.

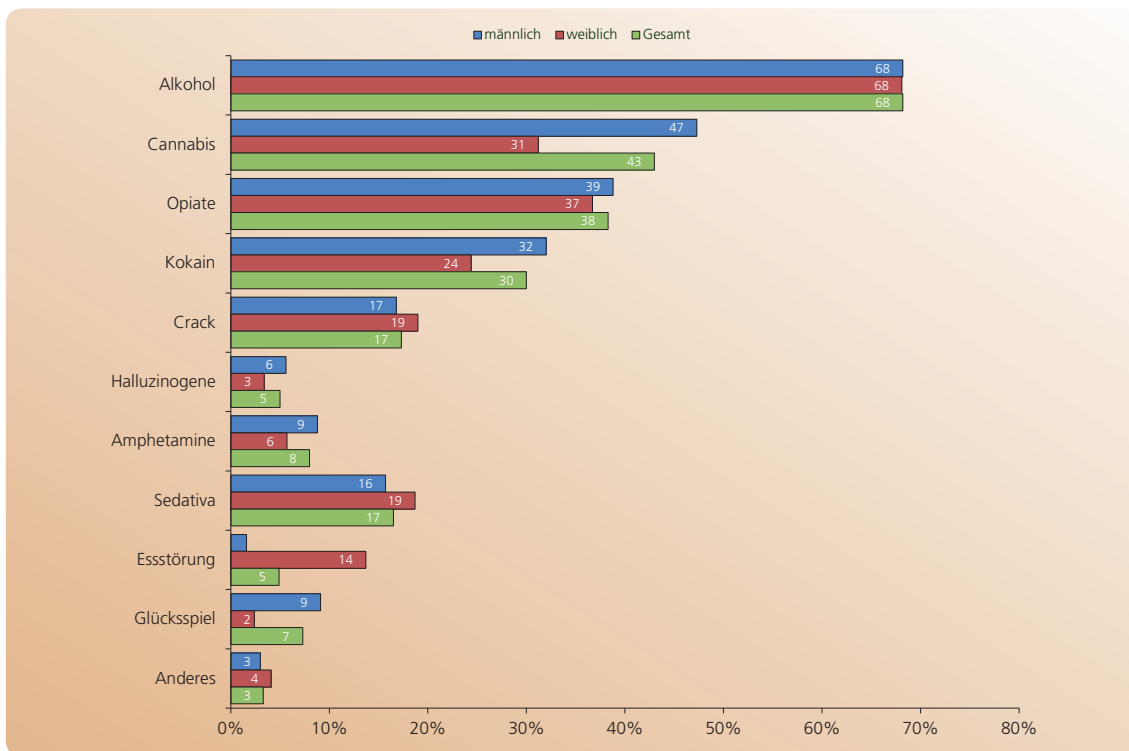


Abbildung 1.1:  
Anzahl der in der BADO dokumentierten Betreuungen und Personen nach Erhebungsjahr



Die Frage nach der Hauptdroge wird in der Bado seit 2005 als Mehrfachantwort erhoben. Hierdurch sind die Suchtberater(innen) nicht gezwungen, sich für eine Substanz entscheiden zu müssen, wenn mehrere Substanzen für die Probleme der Klientinnen und Klienten in Frage kommen. Wird Tabak nicht berücksichtigt, wird bei 57 % der Klientinnen und Klienten mehr als eine Hauptdroge bzw. ein Hauptproblem festgehalten. Im Mittel werden pro Klient(in) 2,5 (± 1,8) Hauptdrogen bzw. Hauptprobleme dokumentiert. Alkohol wird als Hauptdroge bei 68 % aller Klientinnen und Klienten dokumentiert, geschlechtsspezifische Effekte sind nicht zu beobachten. Damit dominiert nun schon seit Jahren diese Klientengruppe, mit zumindest auch problematischem Alkoholkonsum, das ambulante Suchthilfesystem. Bei 43 % der Klientinnen und Klienten wird Cannabis genannt, bei 38 % Opiate. Während opiatbedingte Probleme zwischen den Geschlechtern nahezu gleich verteilt sind, wird Cannabis deutlich häufiger bei Männern als Hauptdroge angegeben. Kokain ist mit 30 % die am vierthäufigsten genannte Droge unter den Klientinnen und Klienten (Abbildung 1.2).

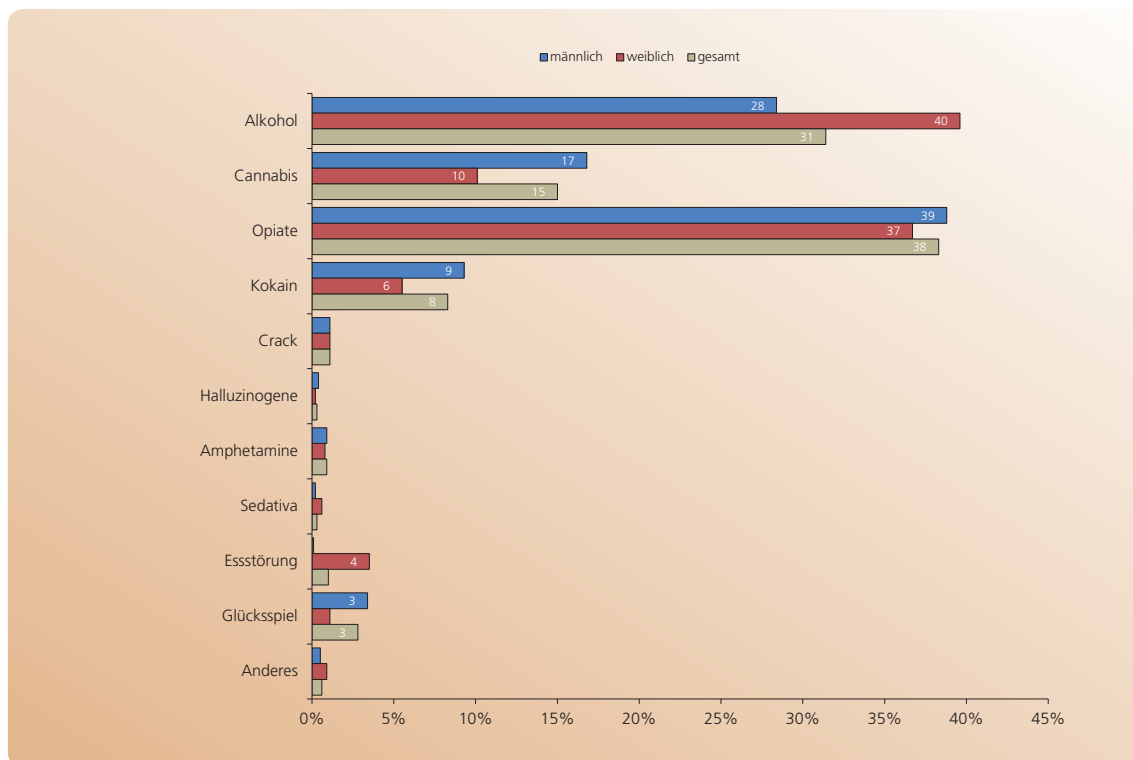
Abbildung 1.2:  
Hauptprobleme der Klientinnen und Klienten in 2010 nach Geschlecht (Mehrfachantworten)



Zur Komplexitätsreduktion und zur Vergleichbarkeit mit wissenschaftlichen Befunden und den Ausführungen der Vorjahre werden die Daten zu Hauptsubstanzen verdichtet, so dass diese den üblichen Kategorien entsprechen, die weitestgehend die Rechtssituation, und somit auch die Lebenssituation der Konsumenten abbilden. Grundsätzlich wären auch andere Formen der Zusammenfassung der Hauptsubstanzen möglich. Um eine Verdichtung der Daten zu ermöglichen, werden alle Angaben zur Hauptsubstanz einer Hierarchisierung unterzogen. Auf der ersten Ebene werden Opiatkonsumentinnen und -konsumenten herausgefiltert (ohne Rücksicht darauf, welche weiteren Substanzen oder Probleme vorliegen) und der Gruppe der Opiatklientinnen und -klienten zugeordnet. Klientinnen und Klienten, die nicht Opiate konsumieren, aber Crack, werden unabhängig von weiteren vorliegenden Konsumproblemen der Hauptgruppe Crack zugeordnet. Die nächste Integrationsebene stellt Kokain dar, gefolgt von Halluzinogenen, Amphetaminen, Cannabis, Alkohol, Sedativa und weiteren legalen Suchtstoffen bzw. nicht stoffgebundenen Suchtproblemen.

Das Ergebnis dieser Hierarchisierung ist in Abbildung 1.3 dargestellt. War vor der Hierarchisierung noch die Alkoholgruppe dominierend, zeigen sich nun als stärkste Gruppe mit 38 % die Opiatkonsumenten. Die Opiatkonsumenten haben also einen großen Teil der Alkoholgruppe absorbiert (siehe weiter unten). Die zweitgrößte Klientengruppe stellen nun die Alkoholklientinnen und -klienten dar, gefolgt von der Cannabisclientel. Vor der Hierarchisierung zeigte sich, dass 17 % der Hilfesuchende ein Crackproblem aufweisen. Dieser Anteil ist nun auf 1 % zusammengeschrumpft, obwohl Crack auf der zweiten Hierarchisierungsebene, gleich hinter Opiate alle weiteren Drogen und Probleme mit einschließt. Dieses Ergebnis macht sehr deutlich, dass Crackkonsum, ohne Opiatkonsum innerhalb der Gruppe der Klientinnen und Klienten des Hamburgischen Hilfesystems ein seltenes Phänomen darstellt.

**Abbildung 1.3:**  
Hauptdrogen zusammengefasst (hierarchisiert) der Klientinnen und Klienten in 2010 nach Geschlecht



In Tabelle 1.1 werden der Hauptdroge die dokumentierten Einzelsubstanzen gegenübergestellt. Per Definitionem weist die Alkoholgruppe keine illegalisierten Einzelsubstanzen auf. Nur bei einer sehr kleinen Gruppe unter 5 % werden noch weitere suchtspezifische Problemlagen angegeben. Ein vollkommen anderes Bild zeigt sich in der Gruppe der Opiatabhängigen. Bei 58 % dieser Gruppe ist auch Alkohol als Problemsubstanz angegeben, bei 55 % Cannabis, bei 55 % Kokain, bei 42 % Crack und bei

69 % aller Kokainklienten weisen auch ein Alkoholproblem auf und 63 % ein zusätzliches Problem mit Cannabis. Von den 2.008 Klientinnen und Klienten der Cannabisgruppe wurde bei 49 % auch ein Alkoholproblem dokumentiert. Wenn diese Gruppe in Cannabisklienten mit Alkoholproblematik und Cannabisklienten ohne Alkoholproblematik aufgeteilt wird, wird am aktuellen Lebensalter der Klientinnen und Klienten sichtbar, dass hier offensichtlich zwei sehr unterschiedliche Gruppen innerhalb einer Hauptdrogengruppe geführt werden. Cannabisklienten ohne Alkoholproblematik weisen ein mittleres Lebensalter von 23 Jahren auf, mit Alkoholproblematik liegt dieses bei 32 Jahren.

**Tabelle 1.1:**  
Hauptdroge und Einzelsubstanzen der Klientinnen und Klienten in 2010 nach Geschlecht

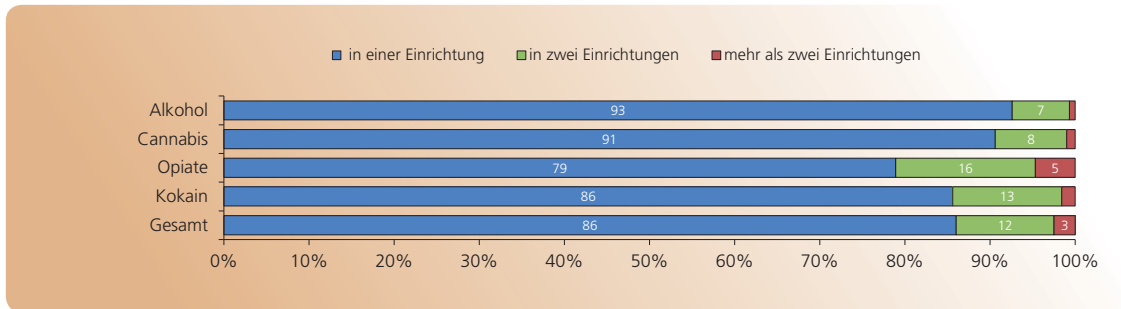
Einzelsubstanzen	Hauptdroge				
	Alkohol	Cannabis	Opiate	Kokain	Crack
Alkohol	N=4.210	49,2 %	58,1 %	68,5 %	57,9 %
Cannabis	0,0 %	N=2.008	54,8 %	64,8 %	62,1 %
Opiate	0,0 %	0,0 %	N=5.143	0,0 %	0,0 %
Kokain	0,0 %	0,0 %	54,7 %	N=1.116	62,8 %
Crack	0,0 %	0,0 %	42,4 %	0,0 %	N=145
Halluzinogene	0,0 %	0,0 %	10,3 %	7,2 %	11,0 %
Amphetamine	0,0 %	0,0 %	12,8 %	21,9 %	22,8 %
Sedativa	3,0 %	2,1 %	37,5 %	4,6 %	13,1 %
Essstörung	3,4 %	2,2 %	5,6 %	3,4 %	0,7 %
Glücksspiel	4,0 %	5,0 %	4,4 %	7,3 %	6,9 %
Anderes	2,6 %	2,5 %	2,7 %	2,6 %	2,8 %

In den Spalten sind die hierarchisierten Hauptdrogen abgetragen, in den Zeilen die Einzelsubstanzen.

### 1.3 Mehrfachbetreuungen in 2010 und Verbleib im Hamburger Suchthilfesystem

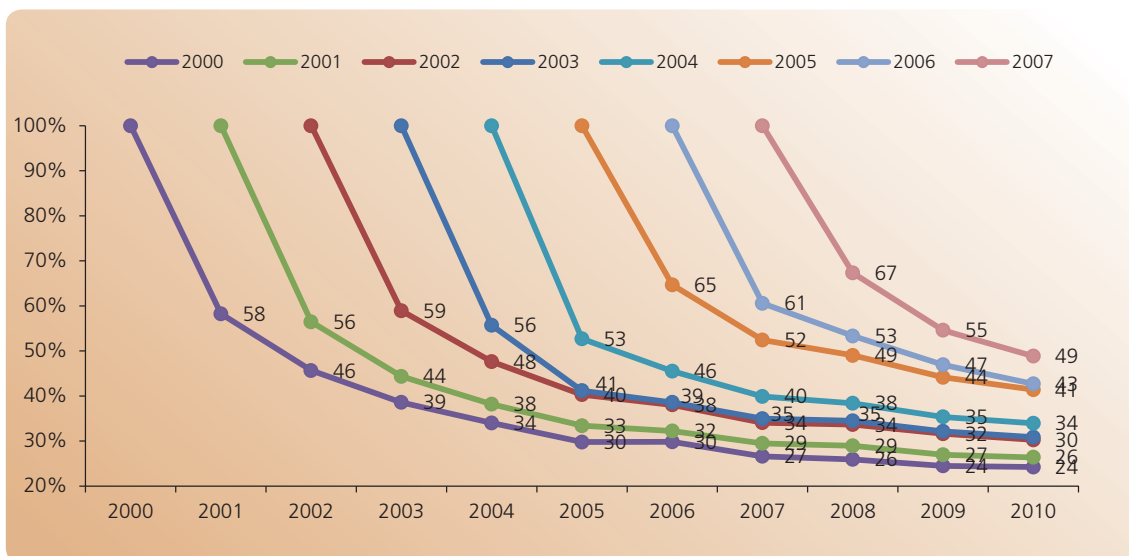
Mit Hilfe des HIV Codes kann abgebildet werden, inwieweit Klientinnen und Klienten innerhalb eines Jahres in mehreren Einrichtungen Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Solche Mehrfachbetreuungen können zum einen parallel stattfinden, z.B. wenn Klientinnen und Klienten in den Drogenambulanzen mit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

**Abbildung 1.4:**  
 Mehrfachbetreuungen der Klienten in 2008 in unterschiedlichen Einrichtungen,  
 differenziert nach Hauptgruppen



Die Effektivität eines Hilfesystems lässt sich durch eine Vielzahl an Parametern beschreiben. Einer dieser Parameter ist sicherlich, in wie weit es gelingt, Menschen mit Suchtproblemen wieder in die Lage zu versetzen ihr Leben zu meistern ohne weiterhin ambulante Suchthilfe in Anspruch zu nehmen. Durch den eindeutigen HIV-Code eines Klienten bzw. einer Klientin ist es der Hamburger BADO möglich Ausstiegsraten aus dem Hilfesystem zu berechnen. In Abbildung 1.5 sind acht Klientenjahrgänge vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2007 abgetragen und deren erneute Dokumentation in den jeweiligen Folgejahren. Bei den Opiatabhängigen, die im ambulanten Hamburgischen Hilfesystem im Jahr 2000 Leistungen in Anspruch genommen haben zeigt sich, dass nach zwei Jahren nur noch 46 % im ambulanten Hilfesystem verblieben sind und nach elf Jahren nur noch 24 % der Ausgangspopulation zu finden sind.

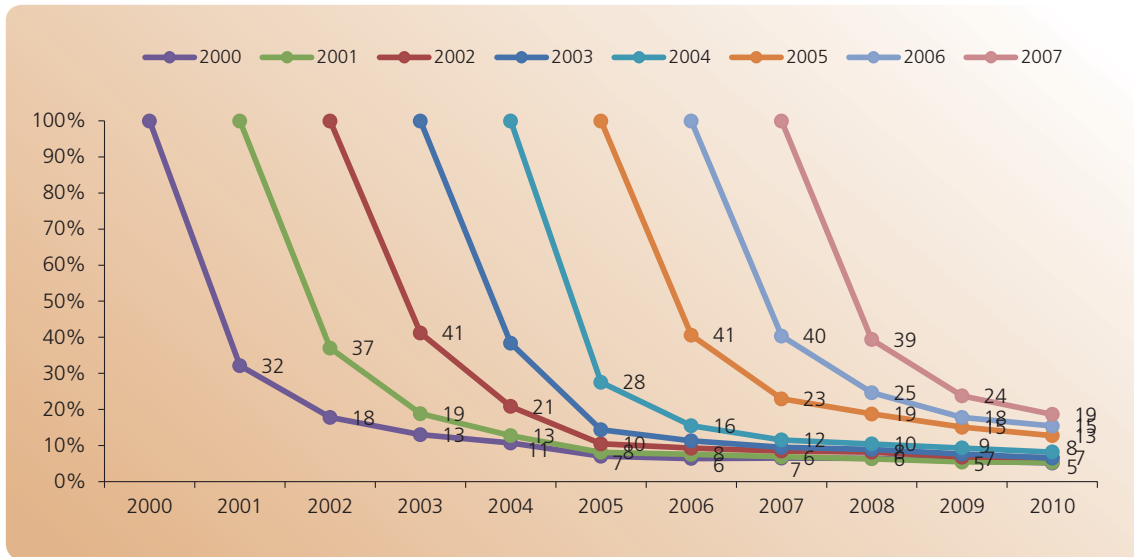
**Abbildung 1.5:**  
 Hauptgruppe Opiate: Verbleib der Klientinnen und Klienten eines BADO-Jahrgangs in den Folgejahren im ambulanten Hamburgischen Suchthilfesystem



Alkoholklienten verlassen das Hilfesystem dauerhaft sehr viel schneller als das oben dargestellte Opiat-klientel. Nach zwei Jahren finden sich nur noch ca. 20 % der Klientinnen und Klienten der Ausgangspopulation der Jahre 2000, 2001 und 2002 in Betreuung, nach drei Jahren ist dieser Wert schon auf unter 15 % gesunken.

Es liegen leider keine aussagekräftigen, katamnesticen Untersuchungen für diese Klientel vor, aus denen sich Aussagen bezüglich der Lebenssituation ableiten ließen. Hier ist dringender Forschungsbedarf vorhanden um diese Lücke zu schliessen.

Abbildung 1.6:  
Hauptgruppe Alkohol: Verbleib der Klientinnen und Klienten eines BADO-Jahrgangs in den Folgejahren im ambulanten Hamburgischen Suchthilfesystem



## 2. Alkohol

Das folgende Kapitel zu den Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen umfasst vier verschiedene Abschnitte. Zu Beginn werden betreuungsbezogene Inhalte wie z. B. die Art der in Anspruch genommenen Hilfen und deren Dauer, die Beendigungsform oder die Vermittlung in andere Maßnahmen nach Beendigung der Betreuung beschrieben. Der zweite Abschnitt beinhaltet Darlegungen zur Soziodemografie, zur Biografie und zum gesundheitlichen Status der betreuten Personen mit Alkoholproblemen. Liegen zu einer Person mehrere Betreuungen für das Auswertungsjahr 2010 vor, so werden, um Doppelzählungen zu vermeiden, nur die Angaben zur letzten aktuellen Betreuung dargestellt. Weist die letzte aktuelle Betreuung eines Bado-Items ein sogenanntes „missing“ auf, ist also keine Angabe vorhanden, so werden die Informationen vorangegangener Betreuungen herangezogen, um diese fehlenden Einträge zu ersetzen. Der Zustand zu Betreuungsbeginn wird, sofern nicht explizit ausgewiesen, in diesem Abschnitt nicht ausgewertet. Dieses Vorgehen gewährleistet, dass bei den personenbezogenen Darstellungen die aktuelle Situation der Hamburger Klientinnen und Klienten möglichst vollständig dargestellt werden kann. Auch in den nachfolgenden Kapiteln (zu den anderen Hauptdrogen) wird diese Form der Ergebnisdarstellung beibehalten.

Der dritte Abschnitt dieses Kapitels zu den Alkoholklientinnen und -klienten beinhaltet Auswertungen zur Verlaufsdokumentation (Verlaudo), also den Veränderungen im Betreuungsverlauf. Hierzu werden in diesem Jahr erstmals die individuellen Veränderungen der einzelnen Klientinnen und Klienten zwischen dem Betreuungsbeginn und dem Betreuungsende analysiert und nicht wie in den vorangegangenen Jahren im Gruppenvergleich. Im vierten und letzten Abschnitt der Ausführungen zur Alkoholklientel erfolgt eine Beschreibung grundlegender Charakteristika der betreuten Personen, die erstmals – seit Bestehen der Bado – in einer ambulanten Beratungsstelle um Hilfe nachsuchten. Durch die vergleichende Darstellung dieser „erstmal dokumentierten Klientinnen und Klienten“ aus den zurückliegenden sechs Jahren ist es möglich, Veränderungen in der Struktur dieser Klientel zu erkennen und zu beschreiben.

### 2.1 Betreuungen

Im Jahr 2010 sind in 41 Einrichtungen der Hamburger Suchtkrankenhilfe 4.210 verschiedene Personen aufgrund eines Alkoholproblems ambulant betreut worden. Diese Klientinnen und Klienten nahmen insgesamt 4.994 Betreuungen in Anspruch.

Die Mehrzahl dieser Betreuungen fand in Suchtberatungsstellen des Einrichtungstyps „suchtmittelübergreifend“ statt (53 %). Etwas mehr als ein Drittel (37 %) wurden in Einrichtungen des Typs „legale Drogen“ erbracht. Andere Einrichtungstypen spielen bei der Versorgung von Personen mit Alkoholproblemen erwartungsgemäß nur eine untergeordnete Rolle.

Neun von zehn Betreuungen (92 %) werden in Form einer ambulanten Beratung bzw. Betreuung durchgeführt. Eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme<sup>1</sup> wird von etwa jeder/m elften Klient(in)en in Anspruch genommen. Frauen nehmen diese mit 13 % häufiger in Anspruch, als die männlichen Klienten (7 %). Niedrigschwellige Hilfen werden hingegen von der letztgenannten Klientengruppe etwas häufiger nachgefragt (♂: 7 %; ♀: 4 %). In Bezug auf die ambulante medizinische Behandlung zeigen sich keine nennenswerten geschlechtsspezifischen Differenzen in den Anteilen (♂: 6 %; ♀: 5 %). Alle anderen Betreuungstypen sind (bezogen auf deren Anteile) von nachrangiger Bedeutung.

Bei einem nicht unbeträchtlichen Teil der Klientinnen und Klienten werden parallel zur dokumentierten Betreuung weitere ergänzende Maßnahmen und Kooperationen in anderen Teilen und außerhalb der Suchthilfe in Anspruch genommen (43 %). Der Besuch von Selbsthilfegruppen stellt hierbei die häufigste ergänzende Betreuungsart dar. 14 % der männlichen und 20 % der weiblichen Klientinnen und Klienten suchen diese auf. Für weitere 12 % ist als ergänzende Betreuung eine Entgiftung bzw. ein Entzug dokumentiert worden (♂: 13 %; ♀: 10 %). Des Weiteren nehmen 11 % der weiblichen Klienten sowie 4 % der Männer psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch.

<sup>1</sup> Gemäß der Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht

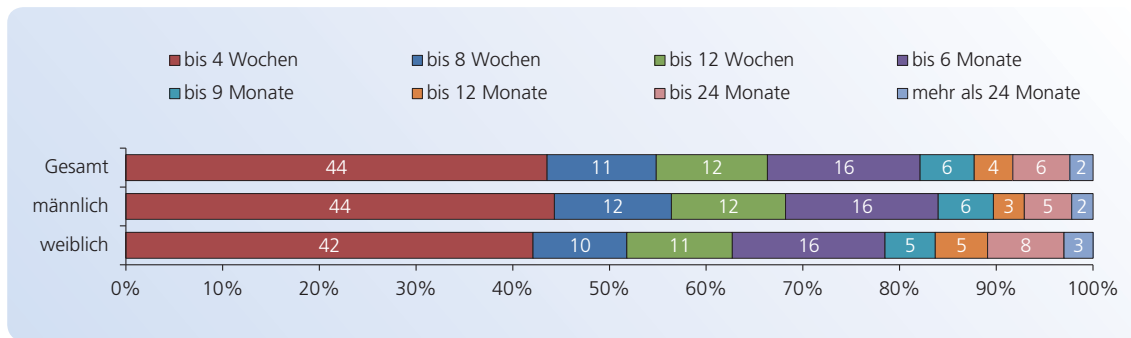
Die Art und Weise des Zugangs der Personen mit Alkoholproblemen zum ambulanten Hilfesystem stellt sich sehr unterschiedlich dar. Nahezu ein Drittel (32 %) kommt aus eigener Entscheidung in die Einrichtung; Frauen mit 33 % etwas häufiger, als die männlichen Klienten (31 %). Jeder sechsten Betreuung ging eine Vermittlung durch eine andere Einrichtung der Suchthilfe voraus (17 %) und zu 15 % ist im Rahmen einer medizinischen Versorgung empfohlen worden, eine ambulante Suchtberatungsstelle aufzusuchen. Jede zehnte Kontaktempfehlung erfolgte über den Arbeitgeber, die Schule oder andere öffentliche Institutionen. Bei den männlichen Klienten zu 11 % zu leicht höheren Anteilen als bei den Frauen (8 %). Deutlichere geschlechtsspezifische Unterschiede bilden sich hinsichtlich der Vermittlung durch die Justiz bzw. die JVA ab. So wurde für 8 % der Betreuungen von männlichen Klienten aber lediglich bei 1 % der Betreuungen der weiblichen Klientel eine solche Form der Kontaktanbahnung dokumentiert. Auch das unmittelbare soziale Umfeld ist für einen nicht unbedeutenden Teil der Personen mit Alkoholproblemen maßgeblich an der Entscheidung beteiligt eine ambulante Suchtberatungsstelle aufzusuchen (8 %). Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich hier aber nicht.

Nicht immer suchen Personen mit Alkoholproblemen die Einrichtungen freiwillig auf. So sind 19 % aller Betreuungen mit einer Auflage verbunden. Für Männer trifft dies mit einem Anteil von 23 % fast doppelt so häufig zu, wie für die weiblichen Klienten (12 %). Die Mehrzahl dieser Auflagen sind durch die Justiz (6 %) bzw. durch das Arbeitsamt (5 %) ausgesprochen worden (♂: 8 % bzw. 6 %; ♀: 2 % bzw. 3 %). Von Auflagen seitens des Arbeitgebers sind 3 % aller Betreuungen betroffen.

Für die Mehrzahl der Alkoholclientinnen und -klienten stellt die aktuelle Betreuung eine Weiterführung unmittelbar zuvor beendeter suchtspezifischer Maßnahmen dar. So geben 53 % an, in den zurückliegenden 60 Tagen vor Beginn der Betreuung bereits Hilfe in Anspruch genommen zu haben, die auf die Behandlung von Suchtproblemen fokussierte. Frauen berichten hiervon mit einem Anteil von 58 % bemerkenswert häufiger als die männlichen Klienten (50 %). Am häufigsten wurden in diesem Zusammenhang die Entzugsbehandlungen (Gesamt: 23 %; ♂: 23 %; ♀: 23 %), die stationären Entwöhnungsbehandlungen (Gesamt: 10 %; ♂: 9 %; ♀: 12 %) und die Selbsthilfegruppen (Gesamt: 6 %; ♂: 5 %; ♀: 9 %) genannt.

Wie oben bereits berichtet, sind im Jahre 2010 für die Personen mit Alkoholproblemen insgesamt 4.994 Betreuungen durchgeführt worden. Hiervon wurden 3.411 im laufenden Berichtsjahr auch abgeschlossen. Die mittlere Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen liegt bei 127 Tagen und ist somit gegenüber den Vorjahren bemerkenswert gestiegen (2009: 113 Tage; 2008: 109 Tage). Gleichwohl liegt sie immer noch deutlich unter dem Wert, welcher in der deutschen Suchthilfestatistik für das Jahr 2009 angegeben wird (226,1 Tage). Die Betreuungen der in Hamburg im Jahre 2010 versorgten männlichen Klienten nehmen mit durchschnittlich 118 Tagen weniger Zeit in Anspruch, als die der Frauen (143 Tage). Worauf die Unterschiede in der Betreuungsdauer zwischen Hamburg und der bundesdeutschen Suchthilfestatistik im Wesentlichen beruhen, macht Abbildung 2.1 deutlich. In Hamburg ist die Mehrzahl der durchgeführten Betreuungen nur von kurzer Dauer (bis zu 8 Wochen: 55 %). In der Bundessuchthilfestatistik beträgt dieser Anteil gerade einmal 34 %. Etwas mehr als ein Viertel der in Hamburg durchgeführten Betreuungen nimmt zwischen zwei und sechs Monaten in Anspruch und weitere 10 % werden innerhalb eines Zeitraums von sechs bis zwölf Monaten durchgeführt. Fast jede elfte Betreuung dauert länger als ein Jahr. Größere geschlechtsspezifische Unterschiede in der Dauer der durchgeführten Betreuungen lassen sich nicht erkennen. Lediglich in Bezug auf die lang andauernden Betreuungen zeigt sich ein höherer Anteil unter den weiblichen Klienten (♀: 11 %; ♂: 7 %). Die deutlich kürzeren Betreuungsdauern in Hamburg im Vergleich zur Deutschen Suchthilfestatistik weisen darauf hin, dass sich das Hamburger Suchthilfesystem hinsichtlich der Bedarfe der betreuten Klientel sowie der vorgehaltenen Angebotsstruktur vom Bundesdurchschnitt grundlegend unterscheidet.

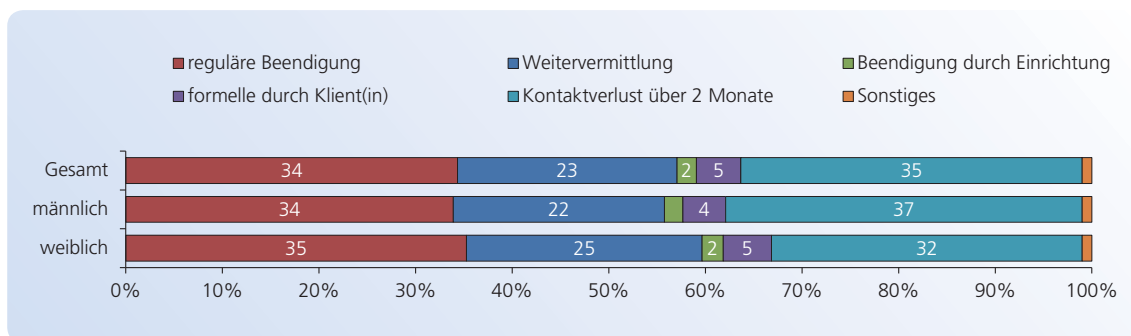
Abbildung 2.1: Betreuungsdauer der im Jahre 2010 abgeschlossenen Betreuungen nach Geschlecht



Die Art der Beendigung gestattet eine erste Einschätzung bzgl. des Erfolgs der durchgeführten Maßnahmen. Dass die Mehrzahl der Klientinnen und Klienten von den Angeboten der ambulanten Suchthilfe profitiert, macht Abbildung 2.2 deutlich. 57 % aller Betreuungen wurden regulär oder durch die Vermittlung in andere Einrichtungen beendet (Bundessuchthilfestatistik 2009: 59 %).

Für die weiblichen Klienten wird im Vergleich zu den Männern etwas häufiger ein positiver Betreuungsabschluss dokumentiert 60 % (♂: 56 %). Dafür stellt unter Letzteren der Kontaktverlust (über 2 Monate) die häufigste Form der Beendigung einer Betreuung dar. Jede zwanzigste Betreuung wird formell durch den Klienten bzw. die Klientin abgebrochen.

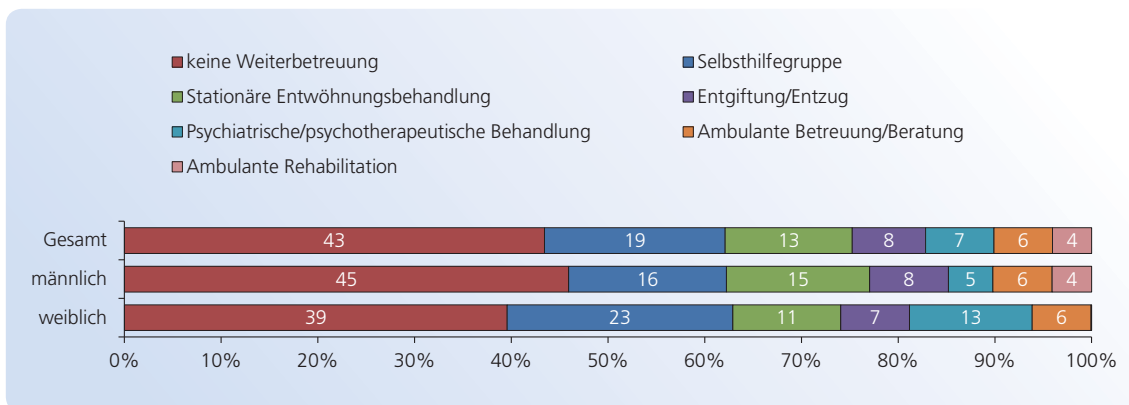
Abbildung 2.2: Art der Beendigung der im Jahre 2010 abgeschlossener Behandlungen, differenziert nach Geschlecht



Die aktuell in Anspruch genommenen Betreuungen stellen in der Mehrzahl nur ein Glied in einer Kette von suchtbezogenen Hilfemaßnahmen dar. Dem entsprechend werden auch mehr als die Hälfte der in 2010 beendeten Betreuungen (57 %) in anderen sucht-spezifischen Einrichtungen weitergeführt (siehe Abbildung 2.3). Am häufigsten findet eine Weiterbetreuung in Form von Selbsthilfegruppen statt. Für Frauen wurde eine solche weiterführende Maßnahme mit einem Anteil von 23 % häufiger dokumentiert als für die männlichen Klienten (16 %). In eine stationäre Entwöhnungsbehandlung im Anschluss an die laufende Betreuung haben sich 15 % der der männlichen und 11 % der weiblichen Alkohol-klientel begeben. Für die Betreuungen der letztgenannten Klientengruppe spielt außerdem die psychiatrische bzw. psychotherapeutische Weiterbetreuung eine nicht unbedeutende Rolle (♀: 13 %; ♂: 5 %). Weiterbetreuungen in Form einer Entzugsbehandlung oder einer Entgiftung sind für etwa jede Zwölfte aller beendeten Betreuungen benannt worden. Bei diesem auf den ersten Blick gering erscheinenden Anteil ist jedoch zu berücksichtigen, dass 23 % der Klientinnen und Klienten vor Beginn der aktuellen Betreuung bereits eine Entzugsbehandlung in Anspruch nahmen und weitere 12% sich aktuell ergänzend zur laufenden Betreuung in einer solchen Maßnahme befinden.



**Abbildung 2.3:**  
Weiterbetreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen nach Geschlecht  
(Mehrfachantworten möglich)

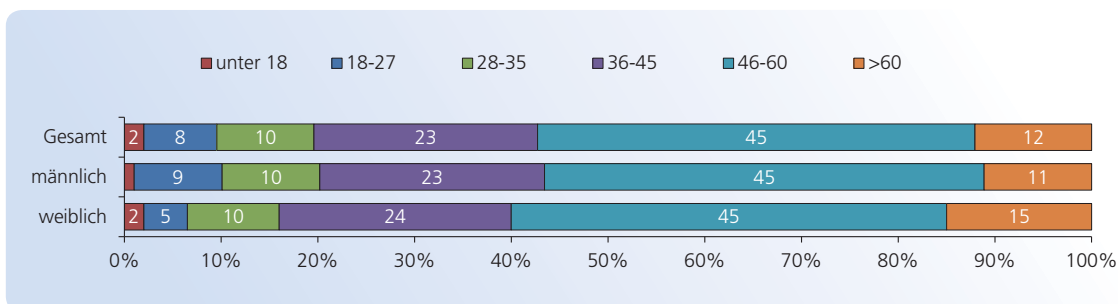


## 2.2 Personen

Die oben berichteten 4.994 Betreuungen sind von insgesamt 4.210 verschiedenen Personen mit Alkoholproblemen in Anspruch genommen worden. Zwei Drittel von Ihnen sind männlichen Geschlechts. Mit einem Durchschnittsalter von 46,1 Jahren sind die Alkohol klientinnen und -klienten im Mittel deutlich älter als die Klientinnen und Klienten, die aufgrund von Problemen mit illegalen Substanzen betreut werden. Die deutsche Suchthilfestatistik zeigt für das Auswertungsjahr 2009 einen Referenzwert für Menschen der Hauptdiagnosegruppe Alkohol von 43,1 Jahren auf, wobei zu beachten ist, dass sich dieser auf den Betreuungsbeginn bezieht. Aber selbst wenn die Angaben zum Alter der Hamburger Alkohol klientel analog zur deutschen Suchthilfestatistik bestimmt werden, liegt der gefundene Mittelwert etwa 2 Jahre über dem Durchschnitt der Bundesstatistik.

Die in Hamburg betreuten Frauen sind mit durchschnittlich 47,2 Jahre im Mittel nahezu zwei Jahre älter als die männlichen Alkohol klienten (45,5 Jahre). Dem entsprechend sind sie, wie Abbildung 2.4 zu entnehmen ist, in den älteren Alterskohorten auch jeweils etwas überrepräsentiert, während insbesondere bei den 18 bis 27-Jährigen die Männer häufiger vertreten sind. Das höhere Durchschnittsalter der Frauen korrespondiert mit den geschlechtsspezifischen Unterschieden bzgl. des Alters bei Erstkonsum, bei Störungsbeginn sowie beim Erstkontakt zur Suchthilfe (siehe Abbildung 2.6).

**Abbildung 2.4:**  
Alter der Klientinnen und Klienten in 2010 nach Geschlecht



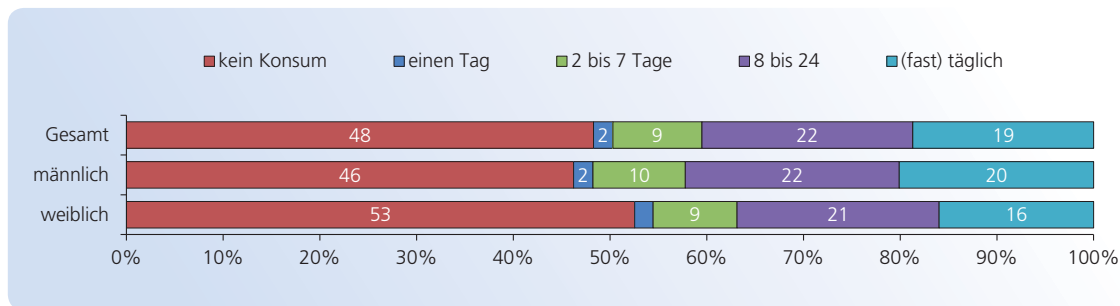
Der Beginn der letzten dokumentierten Betreuung stellt in der Regel nicht den ersten Kontakt zum Suchthilfesystem dar. Nur ein Fünftel der Klientel gibt an, zuvor noch nie aufgrund eines Suchtproblems betreut worden zu sein. Wenn bereits ein früherer Kontakt zur Suchthilfe bestand, dann liegt dieser im Mittel 8 Jahre bei den Männern und 7 Jahre bei den Frauen zurück. Gefragt nach den in Anspruch genommenen Hilfen geben 58 % an, sich bereits in eine stationäre Entzugsbehandlung begeben zu

haben. Von einer stationären Rehabilitation berichtet ein Drittel der Alkohol Klientel. Die ambulanten Formen dieser Therapieangebote spielten nur für ca. ein Zehntel des hier betrachteten Personenkreises eine Rolle.

## Konsumverhalten

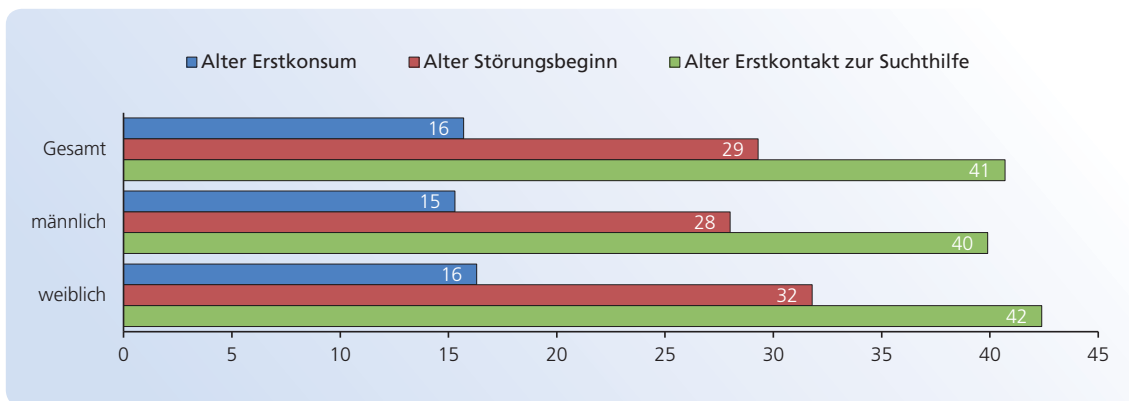
Die im oberen Abschnitt zu den Betreuungen berichteten hohen Anteile von früheren suchtspezifischen Betreuungen schlagen sich auch in der Verteilung des aktuellen Alkoholkonsums der Klientinnen und Klienten nieder (siehe Abbildung 2.5). Nahezu die Hälfte ist aktuell abstinent (48 %). Frauen mit einem Anteil von 53 % bemerkenswert häufiger als die männlichen Klienten (46 %). Dies verdeutlicht, dass ein nicht unbedeutender Anteil der Menschen mit Alkoholproblemen auch nach Kontrolle ihres eigentlichen Suchtproblems einer intensiven professionellen (Lebens-) Begleitung bedürfen. Den Abstinenten steht eine andere große Gruppe von Klientinnen und Klienten gegenüber, die von einer aktuellen Trinkfrequenz berichtet, die zwischen 8 und 30 Tagen liegt. Vier von zehn der betreuten Personen mit Alkoholproblemen zeigen ein solches Trinkverhalten. Der gelegentliche Konsum von alkoholischen Getränken ist bei der Alkohol Klientel hingegen eher die Ausnahme (ca. 11 %).

**Abbildung 2.5:**  
Konsumhäufigkeit der Klientinnen und Klienten in 2010 innerhalb der letzten 30 Tage



Die Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen geben an, im Mittel mit 15,7 Jahren das erste Mal Alkohol getrunken zu haben (siehe Abbildung 2.6). Die Bundessuchthilfestatistik weist dbzgl. einen identischen Wert aus. Bei den Frauen begann der Einstieg in den Alkoholkonsum mit 16,3 Jahren (Bundessuchthilfestatistik 2009: 16,5 Jahre) genau ein Jahr später, als bei den Männern mit 15,3 Jahren (Bundessuchthilfestatistik 2009: 15,3 Jahre). Alkoholabhängigkeit ist eine sich langsam entwickelnde Suchterkrankung. Dies spiegelt sich auch in den Daten der Hamburger Bado wider. So vergehen zwischen dem ersten Alkoholkonsum und dem Auftreten erster alkoholbedingter Störungen bei den Männern im Mittel 13,3 Jahre. Bei den weiblichen Klienten sind es im Durchschnitt 15,5 Jahre, bevor erste negative Auswirkungen des übermäßigen Alkoholkonsums erkennbar werden. Bemerkenswert ist darüber hinaus die hohe Latenz zwischen dem ersten Erkennen negativer Begleiterscheinungen und des Aufsuchens suchtspezifischer Hilfe. Im Mittel vergehen hier – bezogen auf die Gesamtklientel – 11,4 Jahre. Den in der Bado dokumentierten betroffenen Frauen gelingt es mit durchschnittlich 10,6 Jahren ein Jahr früher um Hilfe nachzufragen als den männlichen Klienten.

**Abbildung 2.6:**  
Alter des Erstkonsums, Alter des Störungsbeginns und Alter des Erstkontakts zur Suchthilfe der Klientinnen und Klienten in 2010

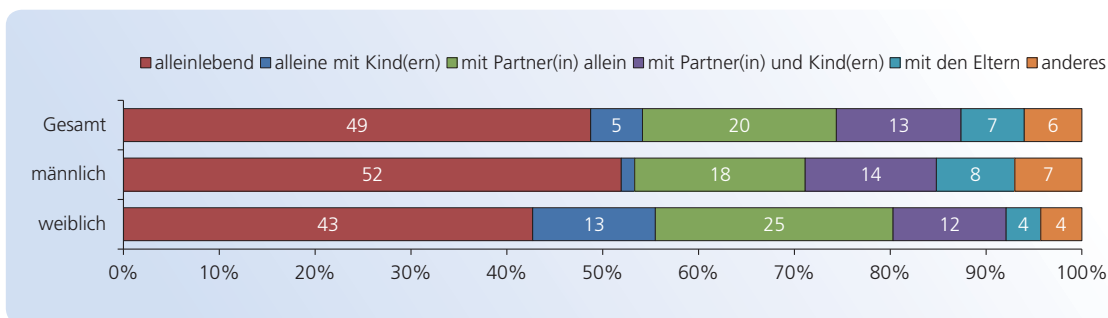


Ein über das Alkoholproblem hinausgehendes problematisches Konsumverhalten für legale Substanzen ist nur für wenige Alkoholclientinnen und -klienten dokumentiert worden. So weisen 2 % ein Medikamentenproblem auf und weitere 3 % haben Essstörungen. Von einem problematischen Glücksspielverhalten sind zusätzlich 5 % betroffen.

### Soziale Beziehungen und Lebenssituationen

Dass Alkoholprobleme in engem Zusammenhang mit sozialer Isolation der Betroffenen stehen können wird durch die Daten der Hamburger Bado eindrucksvoll bestätigt (siehe Abbildung 2.7). Denn obwohl mehr als drei Viertel der Alkoholklientel zwischen 28 und 60 Jahre alt sind, gibt gerade einmal ein Drittel von ihnen an, derzeit mit einem Partner zusammenzuleben. Bei den Frauen liegt dieser Anteil mit 37 % etwas höher, als bei den männlichen Klienten (32 %). Dem gegenüber sind 52 % der letztgenannten Gruppe aktuell ausschließlich alleinlebend (♀: 43 %). Von einem Leben ohne Partner aber mit Kindern berichten 13 % der Frauen. Unter den männlichen Klienten ist eine solche Lebenssituation hingegen nur sehr selten (1 %).

**Abbildung 2.7:**  
Lebenssituation der Klientinnen und Klienten in 2010 nach Geschlecht

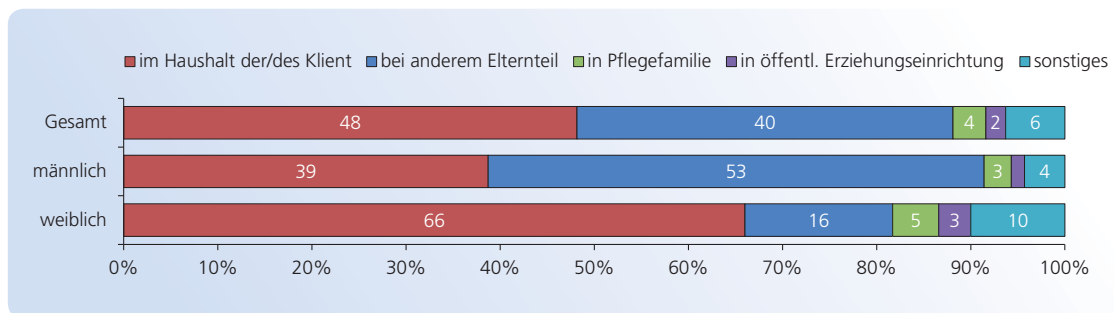


Alkoholprobleme stellen für das soziale Umfeld der Betroffenen häufig eine hohe Belastung dar und können zu Problemen in der Partnerschaft führen. Dies wird auch bei den Angaben zum Familienstand der betreuten Alkoholclientinnen und -klienten deutlich. Nahezu jede(r) vierte Klient(in) gibt an, geschieden zu sein; Frauen mit 26 % etwas häufiger als die männlichen Klienten (22 %). Auch die hohen Anteile der Ledigen unter der Alkoholklientel (♂: 47 %; ♀: 37 %) verweisen auf die Probleme dieser Klientel, gefestigte Partnerschaften zu entwickeln. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass eine bestehende Partnerschaft nicht zwangsläufig als stabilisierendes Moment im Leben eines Menschen

mit Alkoholproblemen angesehen werden kann. Deutlich wird dies an den Anteilen der Personen, die zwar mit einem Partner zusammenleben, dieser jedoch selbst ein Suchtproblem aufweist. Insbesondere die Frauen sind davon überdurchschnittlich häufig betroffen (♀: 39 %; ♂: 16 %).

Neben den Partnern sind es insbesondere die Kinder der betreuten Klientinnen und Klienten, welche unter Alkoholproblemen ihrer engsten Bezugspersonen leiden. Dass 57 % der Klientinnen und Klienten angeben, eigene Kinder zu haben – Frauen mit 61 % häufiger als die männlichen Klienten (55 %) – weist auf eine hohe Anzahl vormals wie aktuell betroffener Kinder. Die mittlere Anzahl in Bezug auf alle Klientinnen und Klienten beträgt 1,1 Kinder. Für die Arbeit der Suchthilfe ist jedoch weniger die gesamte Zahl der Kinder von Interesse, sondern vielmehr die Frage, wie viele minderjährige Kinder die Klientinnen und Klienten haben und ob diese in der Obhut ihrer alkoholabhängigen Eltern sind. Etwas mehr als jede(r) vierte Klient(in) gibt an, Kinder im minderjährigen Alter zu haben (28 %). Unterschiede zwischen Männern und Frauen finden sich hier kaum. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang aber, dass nicht alle Minderjährigen auch bei den Klientinnen und Klienten selbst wohnen (siehe Abbildung 2.8). Sind es bei den betreuten Müttern zwei Drittel, die angeben, mit dem minderjährigen Kind in einem Haushalt zu leben, so trifft dies nur auf 39 % der Väter zu. Diese letztgenannte Gruppe gibt hingegen zu 53 % an, dass die eigenen noch unter 18-jährigen Kinder bei dem anderen Elternteil leben. Bei 6 % aller Klientinnen und Klienten sind die Minderjährigen in einer Pflegefamilie oder einer öffentlichen Erziehungseinrichtung untergebracht.

**Abbildung 2.8:**  
Aufenthaltort der minderjährigen Kinder der Klientinnen und Klienten in 2010 nach Geschlecht



Die aufgrund von Alkoholproblemen betreuten Personen leben überwiegend in einer stabilen Wohnsituation. Werden die Anteile der Klientinnen und Klienten, die sich aktuell in Haft befinden (♂: 4 %; ♀: 0,3 %) herausgerechnet, so lässt sich festhalten, dass 88 % der Frauen und 76 % der Männer in einer eigenen Wohnung leben (Gesamt: 80 %). Weitere 8 % der männlichen Klienten leben bei Angehörigen (♀: 3 %; Gesamt 6 %). In Hotels und anderen Unterkünften eine Bleibe gefunden haben 2 % der Klientinnen und Klienten und ebenfalls 2 % berichten von Klinikaufenthalten.

## Biografischer Hintergrund

Die weit überwiegende Mehrzahl der im Hamburger ambulanten Suchthilfesystem betreuten Personen mit Alkoholproblemen besitzt die deutsche Staatsangehörigkeit (92 %).

Weitere 4 % sind Bürger eines anderen Staates der Europäischen Union und 5 % einem Staat angehörig, der nicht der Europäischen Union zuzuordnen ist. Männer berichten von einer außereuropäischen Staatsangehörigkeit mit einem Anteil von 6 % doppelt so häufig wie die weiblichen Klienten. Im Vergleich zur Hamburger Normalbevölkerung – welche einen Ausländeranteil von 13 % aufweist (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2011a) – sind Personen mit Alkoholproblemen nichtdeutscher Nationalität somit im hamburgischen Suchtkrankenhilfesystem unterdurchschnittlich vertreten.

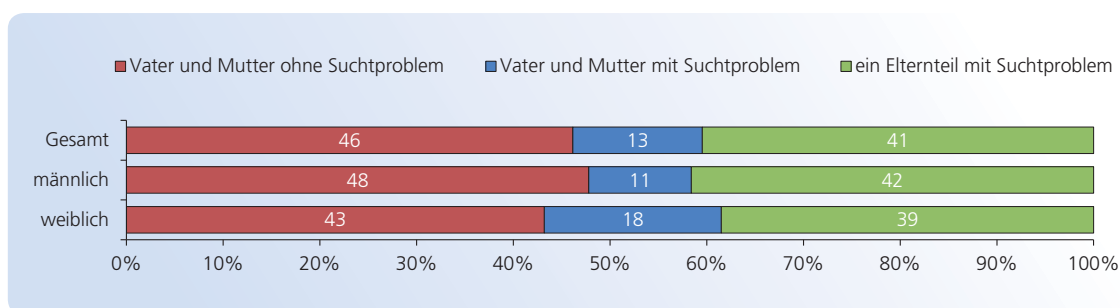
Ein ähnliches Bild zeigt sich in Bezug auf den Migrationshintergrund. Während 20 % der ambulant betreuten Personen mit Alkoholproblemen davon berichten, dass entweder sie selbst oder deren Eltern nach Deutschland emigrierten (♂: 22 %; ♀: 14 %), liegt dieser Anteil in der Hamburger Normalbevölkerung bei 28 % (Statistik Nord 2009). Bei den betreuten Migranten mit Alkoholproblemen handelt es sich

überwiegend um Personen, die noch selbst das Land ihrer Herkunft verlassen haben. Sie stellen 16 % aller betreuten Alkohol klientinnen und -klienten (♂: 18 %; ♀: 11 %). Weitere 4 % sind als Kinder von Migranten bereits in Deutschland geboren worden.

In der Suchtforschung gilt die transgenerationale Weitergabe von Suchtproblemen als einer der bedeutendsten Risikofaktoren für die Ausbildung einer Suchterkrankung. Mithilfe der Daten der Hamburger Bado lässt sich dieses Ergebnis bestätigen. So gibt nicht einmal die Hälfte der Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen an, mit Eltern aufgewachsen zu sein, die frei von Suchtproblemen waren (46 %; siehe Abbildung 2.9). Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass Frauen von einem dbzgl. unbelasteten Elternhaus weniger häufig berichten (43 %) als die männlichen Klienten (48 %). Noch deutlicher sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, wenn der Anteil der Klientinnen und Klienten betrachtet wird, bei denen sowohl der Vater als auch die Mutter von Suchtproblemen betroffen waren. Trifft dies für jeden neunten männlichen Klienten zu, so liegt dieser Anteil unter den betreuten Frauen bei 18 %.

In Anbetracht der nicht unbeträchtlichen Zahl minderjähriger Kinder, die nach den Daten der Bado noch bei den Klientinnen und Klienten leben, sind hier zukünftig größere Anstrengungen notwendig, um der transgenerationalen Weitergabe des Suchtproblems erfolgreich zu begegnen. Alkohol klientinnen und -klienten mit minderjährigen Kindern sollte daher eine besondere Aufmerksamkeit zu Teil werden, verbunden mit der Möglichkeit einer intensiven problemzentrierten Betreuung.

**Abbildung 2.9:**  
Klientinnen und Klienten in 2010 mit Eltern mit Suchtproblemen nach Geschlecht



Die Bedeutung belastender Erfahrungen in der Kindheit und Jugend wird auch an den Anteilen der Klientinnen und Klienten deutlich, die zumindest zeitweise in Heimen oder anderen Einrichtungen der öffentlichen Erziehung aufwuchsen. Mehr als jede achte betreute Person mit Alkoholproblemen weiß von einer solchen Form der Sozialisation zu berichten (12 %). Im Vergleich zur Hamburger Normalbevölkerung sind Heimkinder somit unter der hier betrachteten Klientel deutlich überrepräsentiert.<sup>2</sup>

Das Leben vieler Alkohol klientinnen und -klienten ist von Gewalt geprägt. So berichtet jede(r) Zweite von körperlichen Gewalterfahrungen. Frauen sind mit einem Anteil von 52 % etwas häufiger hiervon betroffen, als die männlichen Klienten. Deutlich größer sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede in Bezug auf sexuelle Gewalterfahrungen. Mehr als jede dritte Klientin erlitt bereits eine solch traumatische Situation (♀: 34 %; ♂: 6 %).

Vier von zehn männlichen Klienten geben zudem an, im Laufe ihres Lebens selbst schon einmal körperliche Gewalt gegenüber anderen ausgeübt zu haben (41 %). Für Frauen trifft dies zu deutlich geringeren Anteilen zu (13 %).

<sup>2</sup> In den 60er Jahren lebten im Durchschnitt in Deutschland ca. 200.000 Kinder in Heimen. Die Gruppe der unter 14-Jährigen hatte 1960 einen Anteil von 23,3 % an der gesamten Bevölkerung, sodass sich ein Anteil von Heimkindern an den jetzt 45-60 Jährigen von etwa 1,5 % ergibt. In diesem Zusammenhang sei aber darauf hingewiesen, dass die Mehrzahl der hier betrachteten Klientinnen und Klienten in den 1950er bzw. 1960er Jahren in den Heimen aufgewachsen sind. Die damalige Sozialisation in diesen Einrichtungen ist mit Sicherheit nicht mehr mit den derzeit gängigen Maßnahmen und Möglichkeiten öffentlicher Erziehung vergleichbar.

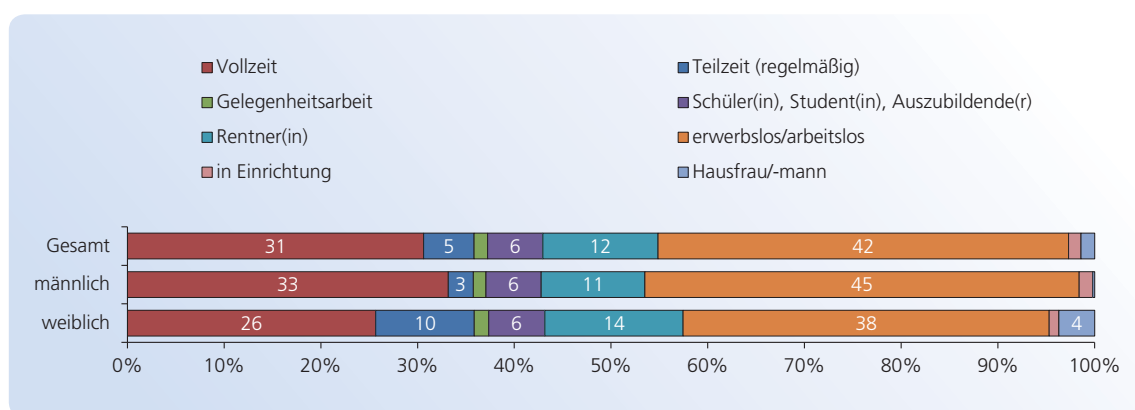
## Ausbildung, Arbeitssituation und finanzielle Lage

Im oberen Teil dieses Kapitels ist bereits dargestellt worden, dass die ersten alkoholbedingten Störungen bei den Klientinnen und Klienten meist Ende des dritten Lebensjahrzehnts auftreten. Zu diesem Zeitpunkt sind die schulische als auch die berufliche Ausbildung in der Regel bereits abgeschlossen. Obwohl somit die Alkoholprobleme kaum Einfluss auf den schulischen Werdegang der Klientinnen und Klienten genommen haben können, zeigt sich dieser Personenkreis insgesamt bemerkenswert weniger gut gebildet als die Hamburger Normalbevölkerung. Beispielsweise liegt der Anteil der betreuten Personen mit einem Hauptschulabschluss (34 %) bemerkenswert über dem aller 15- bis 64-jährigen Einwohner Hamburgs (22 %; Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2011b). Dem gegenüber verfügt die Hamburger Normalbevölkerung häufiger über einen Schulabschluss, der den Zugang zu einem Hochschulstudium ermöglicht (49 %; ebd.) als die Alkoholklientinnen und -klienten (26 %). Lediglich in Bezug auf den Realschulabschluss sind die Unterschiede zwischen der betreuten Klientel und der gesamten Einwohnerschaft gering (31 % resp. 29 %). Wird der erreichte Schulabschluss nach dem Geschlecht unterschieden, so zeigen die betreuten Frauen eine insgesamt höhere schulische Bildung. Sowohl in Bezug auf die mittlere Reife (♀: 35 %; ♂: 29 %) als auch das Abitur (♀: 30 %; ♂: 23 %) weisen sie jeweils höhere Anteile auf. Dementsprechend überwiegt bei den männlichen Klienten der Hauptschulabschluss (♂: 37 %; ♀: 27 %).

Die Unterschiede von Männern und Frauen hinsichtlich der schulischen Bildung schlagen sich jedoch nicht in den Anteilen derer mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung nieder. Jeweils etwa acht von zehn weiblichen wie männlichen Klienten geben an, über einen Ausbildungsabschluss zu verfügen (♂: 77 %; ♀: 79 %).

Diese insgesamt doch ausreichend gute Bildungs- und Ausbildungssituation findet in der aktuellen Erwerbssituation der Alkoholklientinnen und -klienten keine Fortsetzung. 45 % der Männer und 38 % der weiblichen Klienten sind arbeitslos (siehe Abbildung 2.10).<sup>3</sup> Über eine Erwerbstätigkeit oder eine Ausbildung berichten – unabhängig vom Geschlecht – 43 % der Klientinnen und Klienten. Die Bundessuchthilfestatistik weist hierfür mit 42 % einen ähnlich hohen Anteil aus. Erwähnenswert in Bezug auf die Hamburger Klientel ist des Weiteren, dass Frauen häufiger teilzeitbeschäftigt sind (10 %), als die männlichen Klienten (3 %). 12 % aller betreuten Personen mit Alkoholproblemen beziehen bereits eine Rente (Bundessuchthilfestatistik: 9 %): Frauen mit 14 % zu etwas höheren Anteilen als die männlichen Klienten (11 %).

**Abbildung 2.10:**  
Arbeits- und Ausbildungssituation der Klientinnen und Klienten in 2010 nach Geschlecht (ohne Inhaftierte)

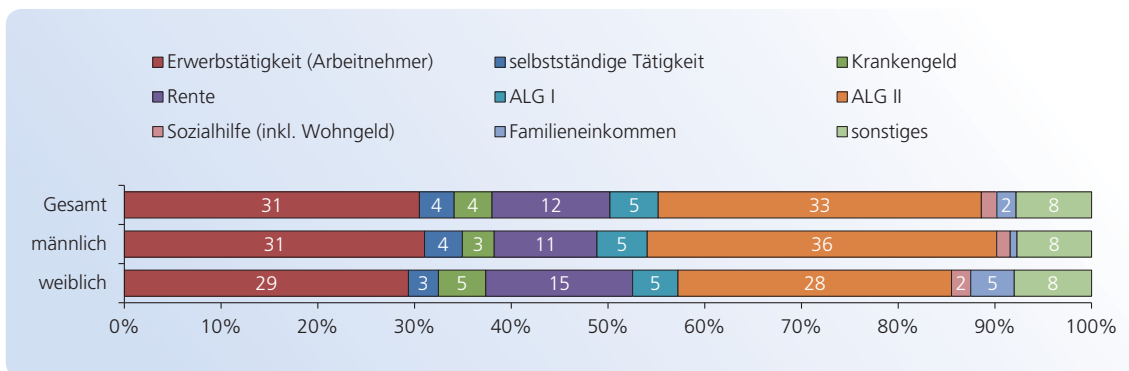


Die nachfolgende Darstellung der Verteilung der Haupteinkommensquelle der Klientinnen und Klienten des ambulanten Hamburger Hilfesystems ist in großen Teilen ein Abbild der zuvor dargelegten Erwerbssituation (siehe Abbildung 2.11). Vier von zehn Klientinnen und Klienten beziehen entweder Arbeitslosengeld-I (5 %), Arbeitslosengeld-II (33 %) oder Sozialhilfe (2 %). Die Männer sind mit einem Anteil von

<sup>3</sup> Inhaftierte sind bei den folgenden Angaben zur Erwerbs- und Einkommenssituation nicht einbezogen.

36 % häufiger Empfänger des Arbeitslosengeldes-II, als die weiblichen Klienten (28 %). Die letztgenannte Gruppe ist demgegenüber häufiger unter den verrenteten Klienten (♀: 15 %; ♂: 11 %) und den Beziehern von Familieneinkommen (♀: 5 %; ♂: 1 %) vertreten. 38 % der Alkohol Klienten sind in der Lage ihr finanzielles Auskommen mithilfe einer Erwerbstätigkeit (inkl. Krankengeld) zu bestreiten. Die Anteile von Männern und Frauen unterscheiden sich dbzgl. nur geringfügig.

**Abbildung 2.11:**  
Haupteinkommensquelle der Klientinnen und Klienten in 2010 nach Geschlecht (ohne Inhaftierte)



Die zu großen Teilen unvorteilhafte Erwerbs- und Einkommenssituation bleibt nicht ohne Einfluss auf die finanziellen Möglichkeiten der Klientinnen und Klienten. So gibt exakt die Hälfte an, aktuell Schulden zu haben. Frauen sind hiervon deutlich weniger häufig betroffen (40 %) als die männlichen Klientinnen und Klienten (56 %). 17 % der Alkohol Klient(innen) sind bis maximal 5.000 EURO verschuldet (♂: 18 %; ♀: 14 %). Darüber hinausgehende Schulden sind für genau ein Fünftel der Personen mit Alkoholproblemen dokumentiert worden (♂: 24 %; ♀: 13 %).<sup>4</sup>

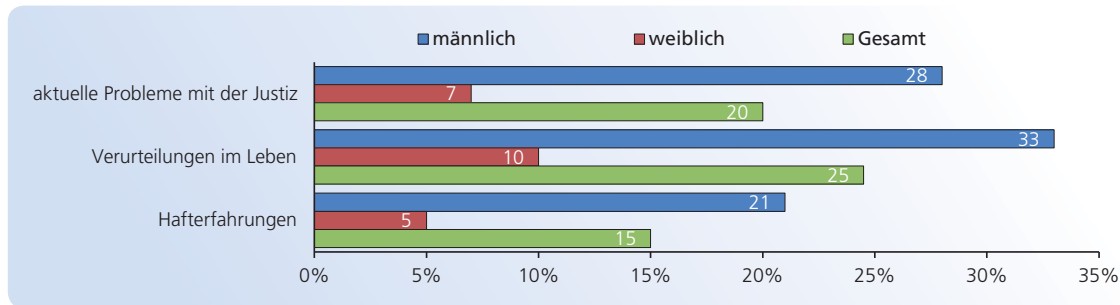
### Justizielle Probleme

Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Alkohol Klientinnen und - Klienten hat während seines Lebens bereits Sanktionen seitens der Justiz erfahren. So berichten die Männer zu 33 % über Verurteilungen (♀: 10 %). In diesem Zusammenhang sind neben der Kategorie „andere/unbekannte Delikte“ mit einem Anteil von 15 % insbesondere Verurteilungen in der Folge von Körperverletzungen (♂: 15 %; ♀: 2 %) und das Führen eines Fahrzeuges unter Alkohol- oder Drogeneinfluss (♂: 10 %; ♀: 4 %) von besonderer Bedeutung. Beschaffungskriminalität spielt erwartungsgemäß aufgrund der geringen Preise für Alkoholika nur eine untergeordnete Rolle (♂: 3 %; ♀: 1 %). Etwas mehr als jeder fünfte männliche Klient hat sich während seines Lebens schon einmal in Haft befunden (21 %). Unter den betreuten Frauen ist dieser Anteil vier Mal geringer (5 %).

Von aktuellen Problemen mit der Justiz sind 28 % der männlichen und 7 % der weiblichen Klienten betroffen (siehe Abbildung 2.12). 7 % geben an, sich zum Zeitpunkt ihrer Betreuung in Haft zu befinden. Weitere 9 % erhielten eine Bewährungsstrafe und jeder zwanzigste männliche Klient muss sich aktuell vor Gericht verantworten. Etwa jedem zwölften männlichen Klienten und 4 % der weiblichen Alkohol Klienten ist der Führerschein entzogen worden.

<sup>4</sup> Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass zu 13 % der Klientinnen und Klienten zwar dokumentiert wurde, dass sie verschuldet sind, jedoch über die Höhe der Schulden keine Angaben gemacht wurden. Die Anteile zu den einzelnen Schuldbeträgen und deren Verhältnis zueinander können daher von der realen Verteilung etwas abweichen.

Abbildung 2.12:  
Aktuelle Probleme mit der Justiz sowie Verurteilungen und Hafterfahrungen im bisherigen Leben von Klientinnen und Klienten in 2010 nach Geschlecht



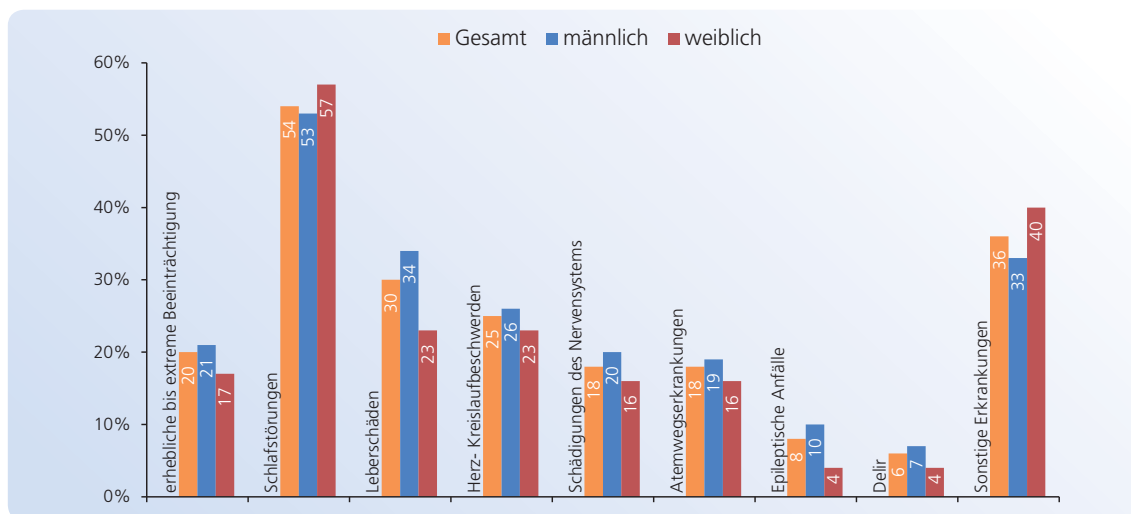
## Gesundheitliche Situation und Behandlungsvorerfahrungen

Die massiven negativen Folgen eines langjährigen übermäßigen Alkoholkonsums lassen sich nicht nur anhand der Probleme mit der Justiz oder der Schwierigkeit, das finanzielle Auskommen aus eigener Kraft zu bestreiten, ablesen. Auch gesundheitlich – so zeigen die Daten der Hamburger Bado – ist die Alkoholklientel aufgrund ihrer Suchterkrankung erheblich beeinträchtigt.

Für jede/n fünften Klient(in) dokumentierten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfe eine erhebliche bis extreme körperliche Beeinträchtigung: Männer in etwas stärkerem Maße als die Frauen (siehe Abbildung 2.13). Nahezu zwei Drittel der Klientel weisen wenige bis mittlere gesundheitliche Beeinträchtigungen auf (Gesamt: 64 %; ♂: 62 %; ♀: 68 %). Nur etwa jede(r) siebte Klient(in) ist beschwerdefrei (Gesamt: 16 %; ♂: 17 %; ♀: 15 %).

Die konkreten Krankheitsbilder sind sehr vielfältig. So berichten aktuell etwas mehr als die Hälfte über Schlafstörungen und fast jede(r) dritte Alkoholklient(in) weist alkoholbedingte Leberschäden auf; Männer mit 34 % bemerkenswert häufiger als die weiblichen Klienten (23 %). Von Herz-Kreislaufbeschwerden ist jede(r) vierte Klient(in) betroffen und jeweils 18 % berichten über Schädigungen des Nervensystems bzw. Atemwegserkrankungen. Der hohe Anteil der sonstigen Erkrankungen, von den Frauen häufiger betroffen sind (40 %) als die männlichen Klienten (33 %), deutet auf relevante schwere Erkrankungsformen hin, die bisher mit der Bado nicht erfasst werden und zukünftig genauer untersucht werden sollten.

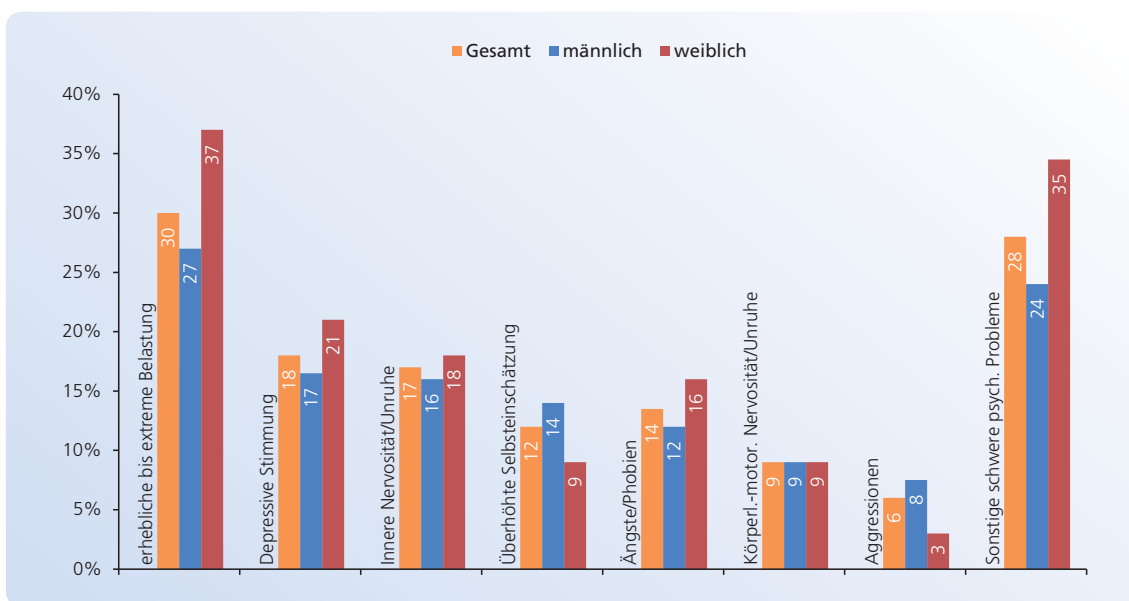
Abbildung 2.13:  
Einschätzung der gesundheitlich-körperlichen Beeinträchtigung (erheblich/extrem) und gesundheitliche Beschwerden der Klientinnen und Klienten in 2010 nach Geschlecht





Zusätzlich zu den vielfältigen körperlichen Beeinträchtigungen sehen sich die Personen mit Alkoholproblemen oftmals gravierenden psychischen und/oder seelischen Belastungen ausgesetzt (siehe Abbildung 2.14). 30 % dieser Klientel berichtet von erheblichen bzw. extremen Beschwerden dieser Art. Frauen sind hiervon in höherem Maße betroffen, als die männlichen Klienten. Unter erheblich bis extrem empfundenen depressiven Verstimmungen leiden 18 % der betreuten Personen: Frauen häufiger als die männlichen Klienten. Belastet von innerer Nervosität und Unruhe fühlen sich 17 %. Es folgen Ängste und Phobien, überhöhte Selbsteinschätzung, körperlich-motorische Unruhe und Aggressionen. Über sonstige schwere psychische Probleme berichtet etwas mehr als ein Drittel der Frauen und fast jeder vierte männliche Klient.

**Abbildung 2.14:**  
Einschätzung der psychischen bzw. seelischen Belastung und deren Symptome (erheblich/extrem) von Klientinnen und Klienten in 2010 nach Geschlecht



Ein nicht unbeträchtlicher Anteil der Alkohol Klienten ist der insgesamt schwierigen sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Lebenssituation ohne professionelle Hilfe oftmals nicht mehr gewachsen. Die Intensität der empfundenen Belastungen wird insbesondere an dem hohen Anteil derer deutlich, die im Laufe ihres Lebens schon einmal versucht haben, sich das Leben zu nehmen. Insbesondere die Frauen berichten zu überdurchschnittlich hohen Anteilen von solchen Verzweiflungstaten (♀: 26 %; ♂: 18 %). Jede Zwölfte hat sogar mehrmalig den Versuch unternommen, sich das Leben zu nehmen (♀: 9 %, ♂: 6 %).

### 2.3 Verlaufsdokumentation (Verlaudo)

Seit dem Jahre 2005 ist es für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfe möglich, das Konsumverhalten der Klientinnen und Klienten, ihre biografische Situation, ihre gesundheitliche Beeinträchtigung und psychische Belastung zu mehreren Zeitpunkten innerhalb einer Betreuung zu dokumentieren. Auf diese Weise können Veränderungen im Leben der Klientinnen und Klienten seit Eintritt in eine ambulante Betreuung exakt nachgezeichnet werden. Da sich in den früheren Berichtsjahren zeigte, dass diese Veränderungen je nach Dauer der Betreuung, unterschiedlich stark ausfallen, werden die nachfolgenden Analysen – welche ausschließlich auf bereits abgeschlossenen Betreuungen für nicht inhaftierte Menschen basieren, die mindestens einen Monat in Anspruch nahmen – differenziert nach der Länge einer Betreuung dargestellt. Im Unterschied zu den Verlaudo-Analysen der vergangenen Jahre, in denen die Ergebnisse im Gruppenvergleich zu Beginn und aktuell miteinander verglichen wurden, wird in die-

sem Berichtsjahr eine Analyse der individuellen Veränderungen auf Personenebene vorgenommen. Mit einer solchen Panelanalyse können die Veränderungen im Laufe einer Betreuung noch genauer als bisher nachgezeichnet und beschrieben werden.

Um einen Eindruck dahingehend gewinnen zu können, wie stark die Betreuungsdauer innerhalb der hier betrachteten Klientel variiert, ist in der folgenden Tabelle 2.1 die Verteilung der Kategorien der Betreuungsdauer differenziert nach dem Geschlecht wiedergegeben. Nahezu vier von zehn Betreuungen dauern zwischen mindestens einem und drei Monaten. Weitere 28 % zwischen mindestens drei und sechs Monaten. Genau ein Drittel aller abgeschlossenen Betreuungen nimmt zeitlich mehr als ein halbes Jahr in Anspruch. Beim Vergleich der Betreuungsdauern von Männern und Frauen wird deutlich, dass die weiblichen Klienten zu deutlich höheren Anteilen Betreuungen nachfragen, deren Dauer zwölf Monate überschreiten.

**Tabelle 2.1:**  
Verlaudo: Betreuungsdauer nach Geschlecht

	männlich		weiblich		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
31–90 Tage	472	41 %	216	34 %	688	38 %
91–180 Tage	330	28 %	177	27 %	507	28 %
181–365 Tage	201	17 %	127	20 %	328	18 %
366 Tage und mehr	155	13 %	124	19 %	279	15 %
Gesamt	1158	100 %	644	100 %	1802	100 %

## Trinkfrequenz

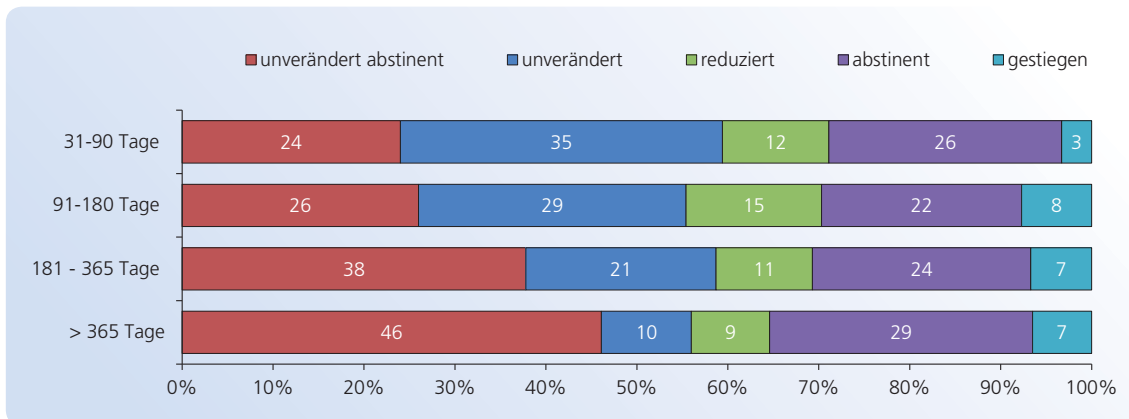
Zu Beginn der Analysen zur Verlaudo soll die Veränderung des Konsumverhaltens der Klientinnen und Klienten dargestellt werden. Abbildung 2.15 macht deutlich, dass die Anteile der betreuten Personen, die schon zu Betreuungsbeginn abstinent sind, mit fortschreitender Betreuungsdauer stetig ansteigen. Während unter den Klientinnen und Klienten, die maximal ein halbes Jahr in Betreuung sind, etwa ein Viertel bereits zu Betreuungsbeginn keinen Alkohol mehr konsumierte, sind es in der Gruppe der betreuten Personen mit einer Betreuungsdauer zwischen sechs und zwölf Monaten bereits 38 % und bei denen, die länger als ein Jahr betreut wurden, 46 %. Eine entgegengesetzte Abfolge zeigt sich in Bezug auf die unveränderte Frequenz des Alkoholkonsums. Trifft dies auf 35 % der Klientinnen und Klienten mit der kürzesten Betreuungsdauer zu, so sind es in der nächsthöheren Gruppe nur noch 29 %. Nochmals deutlich sinkt dieser Anteil bei Betrachtung derer, die zwischen sechs und zwölf Monaten (21 %) und darüber hinaus in Betreuung sind (10 %). Deutlich geringer fallen die Differenzen in den Anteilen der Personen mit unterschiedlicher Betreuungsdauer aus, deren Trinkfrequenz sich im Laufe der Betreuung reduziert hat, jedoch keine Abstinenz erreichten. Auch in Bezug auf den gesteigerten Konsum sind die Differenzen in den Anteilen vergleichsweise gering.

Eine mit Hilfe von suchtspezifischen Vorbehandlungen bereits zu Beginn der Betreuung erreichte Abstinenz schlägt sich demnach in einer längeren zusammenhängenden Betreuungsdauer nieder. Weiterhin ist anzunehmen, dass sich in den unterschiedlichen Betreuungsdauern auch Unterschiede hinsichtlich der Motivation zur Veränderung des eigenen Konsumverhaltens widerspiegeln. Die Änderungsmotivation der Klientinnen und Klienten wurde im Rahmen der Überarbeitung der Hamburger Bado neu mit aufgenommen und wird seit Beginn des Jahres 2011 erhoben. Eine Auswertung dieser spannenden Fragestellung wird dann in den nächsten Jahren möglich sein.

Wird die Entwicklung des Konsumverhaltens differenziert nach dem Geschlecht betrachtet, so finden sich nur wenige beachtenswerte Unterschiede. So zeigt sich in der Gruppe der ein bis drei Monate betreuten Klientinnen und Klienten ein höherer Anteil weiblicher Klienten, die im Laufe dieses Zeitraums abstinent werden (♂: 23 %; ♀: 30 %). Auch bei einer längeren Betreuungsdauer überwiegen die Anteile der abstinent gewordenen Frauen gegenüber den männlichen Klienten. Die Unterschiede betra-

gen jedoch nur noch jeweils zwei Prozentpunkte. Konträr hierzu weisen jedoch Frauen, die länger als drei Monate in Betreuung sind, jeweils immer etwas höhere Anteile eines gesteigerten Konsums auf als die Männer.

**Abbildung 2.15:**  
Verlaudo: Veränderungen in der Trinkfrequenz (Betreuungsende vs. Betreuungsbeginn)\*



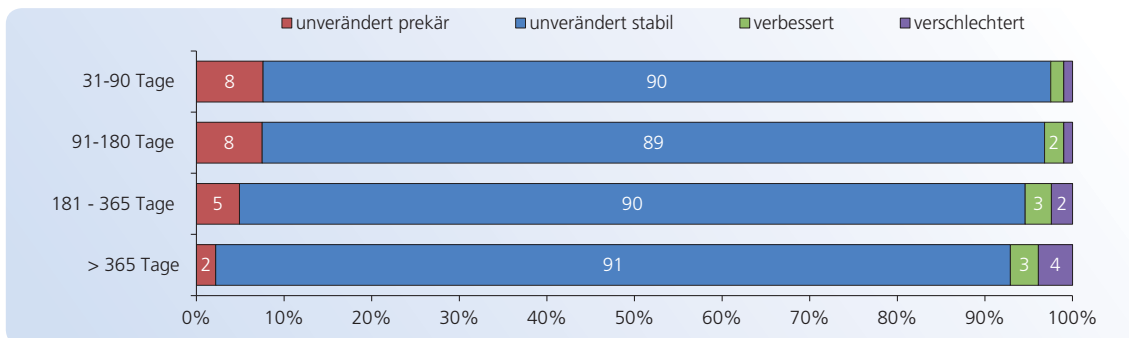
\* Basis: Klientinnen und Klienten mit einer im Jahre 2010 beendeten Betreuung

## Wohnsituation

Aus den oberen Darstellungen zum aktuellen Wohnstatus aller Alkoholclientinnen und -klienten des Jahres 2010 ist bereits deutlich geworden, dass der weit überwiegende Teil sich in stabilen Wohnverhältnissen<sup>5</sup> befindet. Abbildung 2.16 zeigt auf, dass dies unabhängig von der Dauer der in Anspruch genommenen Betreuung für den gesamten Betreuungszeitraum – von Beginn bis zum Ende – gilt. Dem entsprechend sind Veränderungen im Wohnstatus während der Betreuung nur zu geringen Anteilen dokumentiert worden. Man kann es aber auch als Erfolg der Suchthilfe deuten, dass in ca. 90 % der Fälle eine stabile Wohnsituation während der Betreuung erhalten werden konnte. 2 % gelang sogar eine Verbesserung der Wohnsituation. Diesen 92 % Klientinnen und Klienten mit stabiler Wohnsituation stehen aber weiterhin 6 % mit unverändert prekärer bzw. 2 % mit verschlechterter Wohnsituation gegenüber. Letzteres wirft die Frage auf, wie dieser Anteil wohnungspolitisch bzw. durch sozialpädagogische Konzepte reduziert werden kann.

Darüber hinaus zeigen sich bei der Betrachtung von männlichen und weiblichen Klienten nur wenige bemerkenswerte Unterschiede. So leben insgesamt Männer zu etwas höheren Anteilen in unverändert prekären Wohnverhältnissen.

**Abbildung 2.16:**  
Verlaudo: Wohnsituation

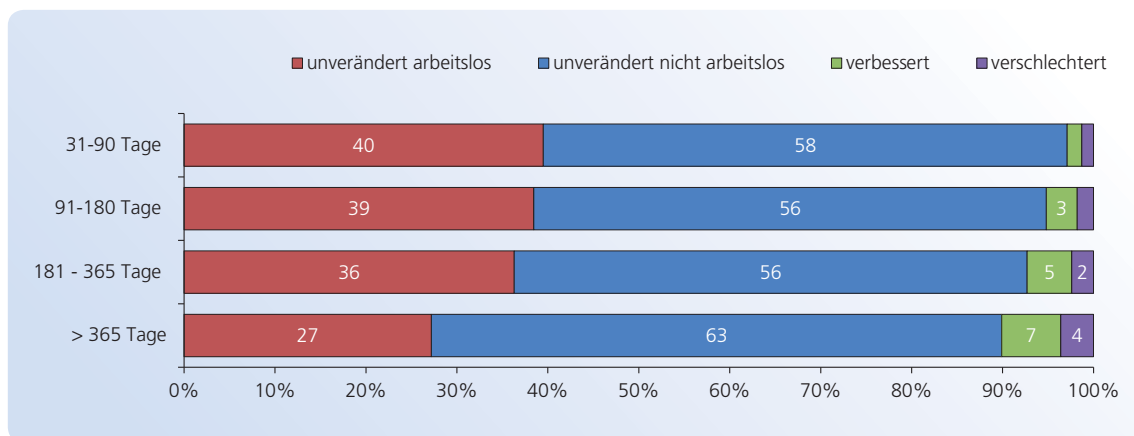


5 Die Angaben zum Aufenthaltsort der Klientinnen und Klienten wurden in die zwei Kategorien „stabil“ und „prekär“ zusammengefasst (stabile Wohnsituation: in eigener Wohnung, bei Angehörigen, bei Partner(in); prekäre Wohnsituation: vorübergehend bei Freund(inn)en, betreutes Wohnen, Klinik, Hotel/Pension/Unterkunft, auf der Straße/auf Trebe).

## Arbeitslosigkeit und Einkommen

Auch hinsichtlich des Erwerbsstatus finden sich nur wenige Veränderungen zwischen Beginn und Ende einer Betreuung. Unabhängig von der Betreuungsdauer sind jeweils etwa sechs von zehn Klientinnen und Klienten sowohl zu Beginn als auch zum Ende einer Betreuung weder erwerbs- noch arbeitslos (siehe Abbildung 2.17). Die verschiedenen aufgezeigten positiven Betreuungsergebnisse, z.B. Abstinenzzunahme und eine stabile Wohnsituation, dürften dazu beitragen, dass eine Verschlechterung der Erwerbssituation im Betreuungsverlauf nur zu sehr geringen Anteilen feststellbar ist. Wird der Fokus auf die Anteile gerichtet, welche eine Verbesserung des Erwerbsstatus abbilden, so fällt auf, dass diese mit zunehmender Betreuungsdauer stetig ansteigen. Konnten bei den Kurzzeitbetreuten nur 2 % über eine positive Entwicklung ihrer beruflichen Situation berichten, so sind es in der Gruppe „181-365 Tage“ bereits 5 % und bei den darüber hinaus betreuten Personen 7 %. Gleichwohl bleibt festzuhalten, dass sich bei einem erheblichen Teil der Alkoholkielntel (zwischen 27 % und 40 %) offensichtlich keine Möglichkeit bestand, die Erwerbs- bzw. Arbeitslosigkeit zu beenden. Eine nach Geschlecht differenzierte Darstellung der Entwicklung des Erwerbsstatus verweist auf keine nennenswerten Differenzen zwischen Männern und Frauen. Frauen sind zwar jeweils zu etwas höheren Anteilen „unverändert nicht arbeitslos“. Hierin dürfte sich jedoch widerspiegeln, dass die weiblichen Klienten häufiger angeben, als Hausfrau tätig zu sein.

**Abbildung 2.17:**  
**Verlaudo: Erwerbsstatus**



Hinsichtlich der Haupteinkommensquelle zeigt sich ein nahezu identisches Bild. Der weit überwiegende Teil der Klientinnen und Klienten verfügt entweder über unverändert eigenes Einkommen (31-90 Tage: 55 %; >365 Tage: 59 %) oder bezog durchgehend kommunale bzw. staatliche Transferleistungen wie Arbeitslosengeld I und II oder Sozialhilfe (31-90 Tage: 43 %; >365 Tage: 32 %). Eine nennenswerte positive Entwicklung ist jedoch bei den Männern zu verzeichnen, die länger als ein Jahr in Betreuung waren. Jeder zehnte von Ihnen berichtet über eine Verbesserung der Einkommenssituation (31-90 Tage: 0,5 %). Bei den weiblichen Klienten ist ein solcher Trend nicht erkennbar.

## Psychische und körperliche Gesundheit

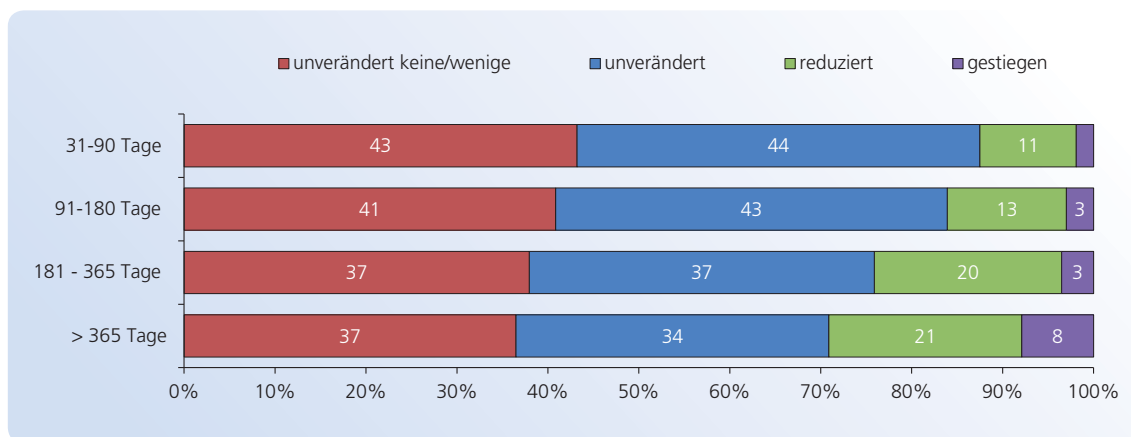
In den Analysen zur Verlaudo der vorangegangenen Jahre waren bemerkenswerte Veränderungen im Verlauf einer Betreuung vor allem in der seelischen und gesundheitlichen Situation der Klientinnen und Klienten festzustellen. Der in diesem Auswertungsjahr vorgenommene personenbezogene Vergleich der Situation zu Betreuungsbeginn und -ende (siehe Einleitung zur Verlaudo) bestätigt die Ergebnisse der früheren Jahre.

In Bezug auf die körperliche Gesundheit zeigen sich die geringsten Veränderungen bei Klientinnen und Klienten, welche zwischen einem und drei Monaten bzw. vier und sechs Monaten betreut werden (siehe Abbildung 2.18). In beiden Gruppen haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei jeweils vier

von zehn der Betroffenen den Eindruck, dass sowohl zu Betreuungsbeginn als auch zu Betreuungsende keine bzw. nur geringe körperliche Beeinträchtigungen vorliegen. Nur wenig höher ist der Anteil der Klientinnen und Klienten, deren körperlicher Gesundheitsstatus sich unverändert zeigt. Für jeden Neunten der Kurzzeitbetreuten und 13 % der Personen, die zwischen vier Monaten und einem halben Jahr eine Betreuung in Anspruch nehmen, ist hingegen eine Verbesserung dokumentiert worden. Die Anteile der Klientinnen und Klienten mit einer Verbesserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen steigen nochmals deutlich an, wenn die Betreuung länger als ein halbes Jahr andauert. Etwa jeder Fünfte wird von den Mitarbeiter(inne)n der Suchthilfe dann als gebessert eingeschätzt. Zu einer Verschlechterung der körperlichen Gesundheit kommt es bei den Klientinnen und Klienten, welche maximal ein Jahr betreut werden, sehr selten. Die entsprechenden Anteile liegen bei 2 % bis 3 %. Dem gegenüber zeigen jedoch 8 % der betreuten Personen mit einer Betreuungsdauer von mehr als 12 Monaten eine Verschlechterung ihrer körperlichen Verfassung im Laufe dieses langen Betreuungszeitraums.

Die für die Gesamtklientel berichteten Ergebnisse finden sich in ähnlicher Verteilung sowohl bei den männlichen wie weiblichen Klienten wieder. Bemerkenswert ist jedoch, dass für Frauen mit einer Betreuungsdauer zwischen 91 und 180 Tagen häufiger eine Verbesserung dokumentiert wird (17 %), als für die männlichen Klienten (11 %). Dem gegenüber profitieren die Männer von Betreuungen die über ein Jahr hinausgehen häufiger (23 %) als die Frauen (19 %).

**Abbildung 2.18:**  
Verlaudo: Gesundheitlich-körperliche Beeinträchtigung

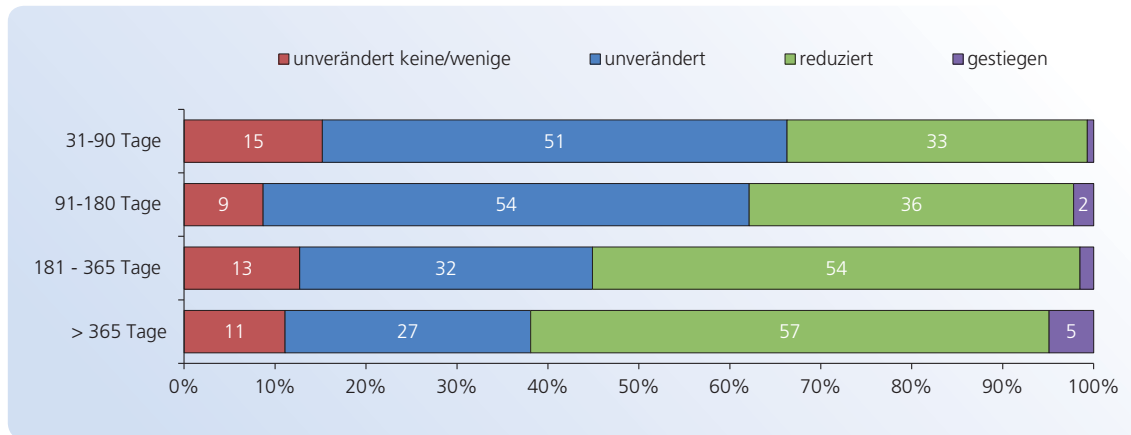


In Abbildung 2.19 sind die Veränderungen in der psychischen Situation der Klientinnen und Klienten wiedergegeben. Die Grafik zeigt sehr eindrucksvoll, in welchem hohem Maße die von Alkoholproblemen betroffenen Personen von der ambulanten Betreuung profitieren. So dokumentieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfe für genau ein Drittel der Kurzzeitbetreuten eine Verbesserung der psychischen Situation. Bei den Klientinnen und Klienten mit einer Betreuungsdauer von vier bis sechs Monaten sind es bereits 36 %. Gleichwohl weisen in diesen beiden Klientinnen- und Klientengruppen noch immer etwas mehr als die Hälfte nennenswerte psychische Belastungen auf. Zu einer Verschlechterung ist es jedoch nur in sehr seltenen Fällen gekommen.

Ähnlich dem gesundheitlichen Status finden sich die höchsten Anteile einer reduzierten psychischen Belastung bei den betreuten Personen, die länger als ein halbes Jahr professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Die entsprechenden Anteile liegen mit 54 % (7 bis 12 Monate) bzw. 57 % (> 12 Monate) ca. zwanzig Prozentpunkte über denen der kürzer betreuten Klientinnen und Klienten. Eine unverändert hohe psychische Belastung wurde für 32 % resp. 27 % dokumentiert. Eine nennenswerte Verschlechterung der psychischen Gesundheit ist nur für die Gruppe der Langzeitbetreuten erkennbar. Unter ihnen ist jeder zwanzigste von einer negativen Entwicklung betroffen. Frauen profitieren – bei insgesamt etwas problematischerem Ausgangsniveau – häufiger von den Betreuungsangeboten, als die männlichen Klienten. So wird bereits bei vier von zehn der betreuten Frauen, die maximal ein halbes Jahr betreut wurden, eine Verbesserung der psychischen Belastung dokumentiert. Bei den Männern sind es mit 30 % (>1 bis 3 Monate) bzw. 33 % (>3 bis 6 Monate) weniger. Während sich bei den Klientinnen

und Klienten die zwischen sechs und 12 Monaten betreut werden nur keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Besserung der psychischen Belastung zeigen (♂: 53 %; ♀: 54 %), sind es unter den Langzeitbetreuten wiederum die Frauen (♀: 61 %; ♂: 54 %), für die zu besonders hohen Anteilen eine Verbesserung der psychischen Belastungen angegeben wurde.

Abbildung 2.19:  
Verlaudo: psychische Belastungen



## 2.4 Trends

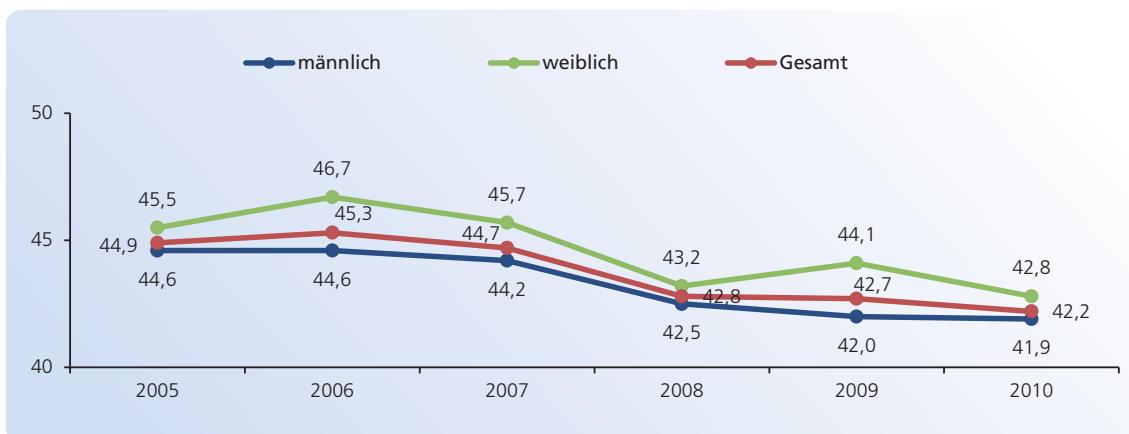
Bezogen sich die bisherigen Ausführungen auf alle im Jahre 2010 betreuten Personen in der Hauptdiagnosegruppe Alkohol, so sind in die nachfolgenden Analysen nur die Klientinnen und Klienten einbezogen worden, die seit Implementierung der BADO erstmalig in einer ambulanten Suchthilfeeinrichtung um Hilfe nachfragten. Durch eine vergleichende Darstellung über mehrere Jahre – 2005 bis 2010 – ist es nunmehr möglich, Entwicklungen in der demografischen Zusammensetzung, im Inanspruchnahmeverhalten und bzgl. des biografischen Hintergrundes aufzuzeigen. Die Ergebnisse dieser Analysen geben der Suchtkrankenhilfe somit die Möglichkeit, zeitnah und zielgerichtet auf neue Trends ihrer Klientel zu reagieren.

### Soziodemografische Trends

Etwa ein Drittel der Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen, die sich erstmals in einer ambulanten Suchtberatungseinrichtung betreuen ließen, sind weiblichen Geschlechts. Dieser Anteil variiert zwischen den Jahren 2005 und 2010 nur geringfügig.

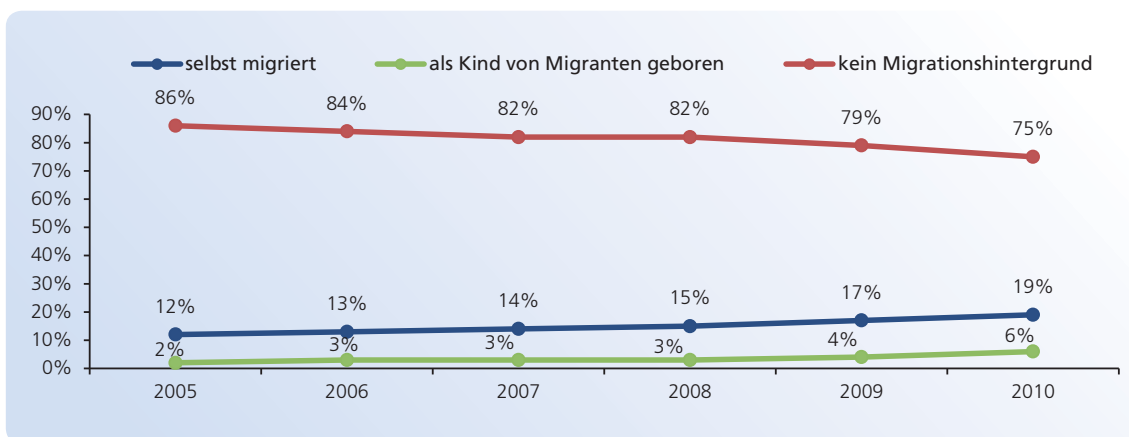
Wird das Alter betrachtet, so zeigt sich, dass die erstmalig betreuten Alkoholclientinnen und -klienten seit 2006 im Mittel etwas jünger werden (siehe Abbildung 2.20). Lag das Durchschnittsalter im Jahr 2006 noch bei 45,3 Jahren, so sind es 2010 drei Jahre weniger. Dieser Trend findet sich sowohl bei den Frauen wie auch den männlichen Klienten. Wird das Lebensalter nach verschiedenen Altersgruppen kategorisiert und deren Anteile über die Jahre verglichen, so wird deutlich, dass die Abnahme des Durchschnittsalters vorrangig auf die zunehmende Zahl von Klientinnen und Klienten zurückzuführen ist, die jünger als 28 Jahre sind. Hatte dieser Personenkreis im Jahre 2005 lediglich einen Anteil von 8 % an allen erstmalig dokumentierten Alkoholclientinnen und -klienten, so sind es im Jahre 2010 bereits 16 %. Anzunehmen ist, dass sich in diesem Zuwachs die Arbeit der seit dem Jahre 2006 neu geschaffenen Jugendberatungsstellen widerspiegelt.

Abbildung 2.20:  
Trends 2005-2010: Mittleres Lebensalter der erstmalig dokumentierten Klientinnen und Klienten



Auch in Bezug auf den Migrationshintergrund zeigt sich eine interessante Entwicklung. Gaben im Jahre 2005 14 % der erstmalig betreuten Alkoholclientinnen und -klienten an, entweder selbst migriert oder als Kind von Migranten geboren worden zu sein, so stieg dieser Anteil in den darauf folgenden Jahren stetig an (siehe Abbildung 2.21). Im aktuellen Auswertungsjahr hat nunmehr ein Viertel einen Migrationshintergrund.

Abbildung 2.21:  
Trends 2005-2010: Migrationshintergrund der erstmalig dokumentierten Klientinnen und Klienten

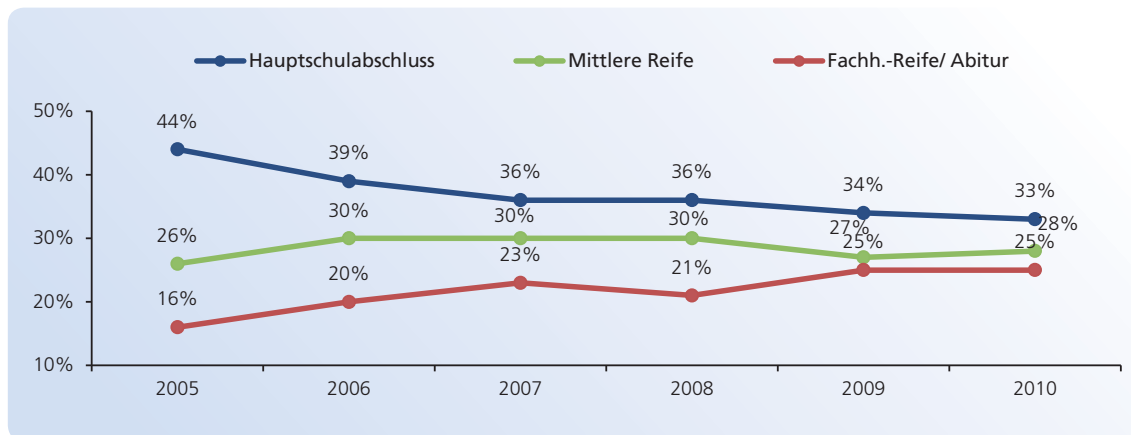


### Biografische Trends

Im Jahre 2005 lebten 47 % der erstmalig dokumentierten Klientinnen und Klienten allein und weitere 23 % wohnten ausschließlich mit ihrem Partner zusammen. In den darauf folgenden fünf Jahren haben sich diese Anteile stetig verringert (44 % resp. 19 %). Zugenommen haben seit dem Jahr 2007 hingegen die Anteile der Klientinnen und Klienten, welche mit Ihren Eltern zusammenleben. Gaben zwischen 2005 und 2007 jeweils 4 % der hier betrachteten Personen mit Alkoholproblemen eine solche Lebenssituation an, so steigt dieser Anteil bis zum Jahre 2010 auf insgesamt 10 %. Die oben berichtete Zunahme des Anteils jüngerer Klientinnen und Klienten lässt sich somit auch in der Darstellung der Lebenssituation wiederfinden.

Eine sehr bemerkenswerte Entwicklung zeigt sich in Bezug auf den höchsten Schulabschluss. Verfügten im Jahre 2005 noch 44 % der erstmalig betreuten Klientinnen und Klienten lediglich über einen Hauptschulabschluss, so sinkt dieser Anteil in den folgenden Jahren auf zuletzt 33 % im Jahre 2010 (siehe Abbildung 2.22). Im Gegensatz hierzu hat innerhalb dieses Zeitraums der Anteil derer, die die Hochschulreife erlangten, von 16 % auf 25 % zugenommen. Einen Zuwachs sowohl absolut als auch in Bezug auf die Anteile ist bei den betreuten Schülern festzustellen. Machten diese in den Jahren 2005 bis 2007 nur jeweils 1 % der hier betrachteten Klientel aus, so sind es 2008 bereits 3 % und 2009 & 2010 4 %.

Abbildung 2.22:  
Trends 2005-2010: Schulabschluss der erstmalig dokumentierten Klientinnen und Klienten



Wird der Fokus auf die aktuelle Erwerbssituation der erstmalig betreuten Personen mit Alkoholproblemen gerichtet, so lässt sich eine leichte Zunahme des Anteils der Klientinnen und Klienten feststellen, die zu Betreuungsbeginn Vollzeit beschäftigt waren (2006: 30 %; 2010: 33 %). Während sich bei den Anteilen der Erwerbs- bzw. Arbeitslosen innerhalb dieses Zeitraumes keine Veränderungen ergeben haben (2006-2010: 39 %), ging der Anteil der Rentner von 12 % in 2006 auf 9 % in 2010 leicht zurück. Korrespondierend mit der oben berichteten Zunahme des Anteils der bis 27-Jährigen ist zwischen 2007 und 2010 hingegen der Anteil der betreuten Personen, die sich zu Betreuungsbeginn in einer Ausbildung befanden, stetig gestiegen (2007: 4 %; 2010: 9 %).

Auf die Frage, wie die Klientinnen und Klienten ihr finanzielles Auskommen bestreiten, gaben im Jahre 2005 33 % an, dieses aufgrund einer Erwerbstätigkeit gewährleisten zu können. Bis zum Jahre 2008 ist dieser Anteil stetig auf zuletzt 39 % gestiegen. In den beiden darauf folgenden Jahren fiel dieser Anteil jedoch wieder leicht auf 36 %. Die Anteile der ALG-II-Empfänger haben sich hingegen zwischen 2005 und 2010 kaum verändert. Jeweils etwa drei von zehn Klientinnen und Klienten gaben in den einzelnen Berichtsjahren an, von der Hartz-IV-Regelung betroffen zu sein. Etwas abgenommen – sowohl absolut wie auch prozentual – hat die Zahl der Rentner. Lag deren Anteil im Jahre 2006 noch bei 13 %, so sind es 2009 und 2010 vier Prozentpunkte weniger. Eine Zunahme der Anteile ist hingegen bzgl. der finanziellen Zuwendung seitens der Eltern oder anderer Verwandte festzustellen. Benannten in den Jahren 2005 bis 2008 zwischen 1 % und 2 % diese als Haupteinkommensquelle, so sind es im Jahre 2010 bereits 5 %.

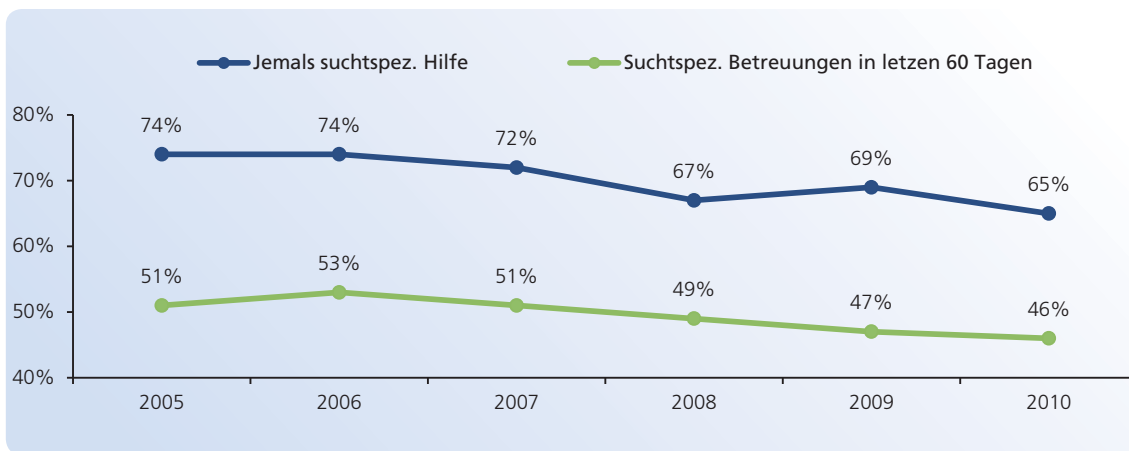
## Trends in der Inanspruchnahme von Hilfe

Mehr als ein Drittel der im Jahre 2010 erstmalig betreuten Klientinnen und Klienten gibt an, zuvor niemals Kontakt zum ambulanten Suchtkrankenhilfesystem Hamburgs aufgenommen zu haben (siehe Abbildung 2.23). Fünf Jahre zuvor lag dieser Anteil bei 26 %. Dem entsprechend sind die Anteile der zu einem früheren Zeitpunkt konkret in Anspruch genommenen suchtspezifischen Hilfen innerhalb des hier betrachteten Zeitraums stetig gesunken. Hiervon sind insbesondere die stationären Rehabilitationen (2005: 24 %; 2010: 15 %) und – wenn auch weniger stark – die Selbsthilfegruppen (2005: 21 %; 2010: 17 %) betroffen.



Die Abnahme der Behandlungsvorerfahrungen der hier betrachteten Klientel zeigt sich auch in Bezug auf die Frage nach der Inanspruchnahme von suchtspezifischen Betreuungen innerhalb von 60 Tagen vor Beginn der aktuellen Betreuung. Berichteten im Jahre 2006 53 % der erstmalig betreuten Alkohol-klientinnen und -klienten von solchen kurzzeitig zurückliegenden Maßnahmen, so sinkt dieser Anteil in den darauf folgenden Jahren stetig auf zuletzt 46 % im aktuellen Berichtsjahr (siehe Abbildung 2.23). Mit Blick auf die einzelnen Betreuungsarten bestätigt sich die große Bedeutung der Entgiftung bzw. des Entzugs. Zwischen 2005 und 2010 gibt jeweils etwa ein Viertel der neuen Klientinnen und Klienten an, sich kurz vor Beginn der aktuellen Betreuung in ein solches therapeutisches Setting begeben zu haben. An Bedeutung verloren haben im Laufe der betrachteten sechs Jahre hingegen die stationäre Entwöhnungsbehandlung (2005: 9 %; 2010: 6 %) und die Teilnahme an Selbsthilfegruppen (2005: 9 %; 2010: 4 %).

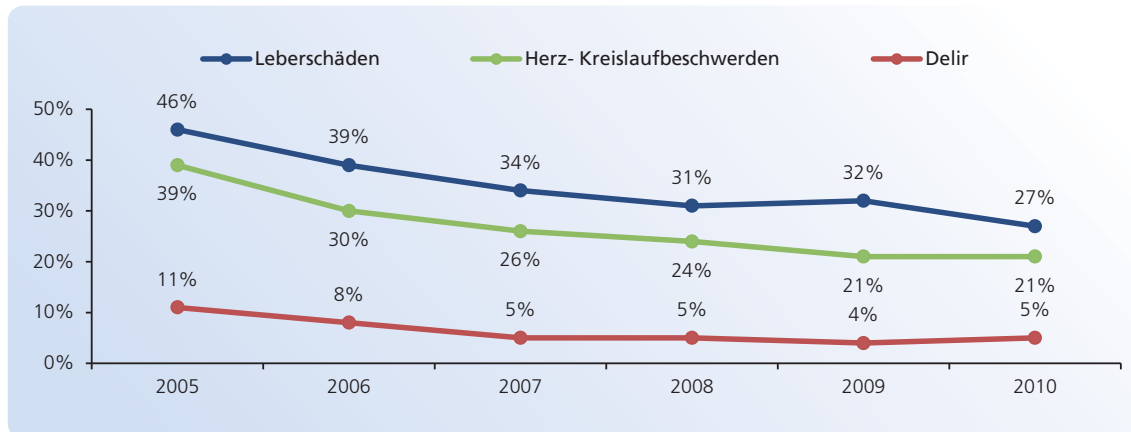
**Abbildung 2.23:**  
Trends 2005-2010: Inanspruchnahme früherer suchtspezifischer Hilfe der erstmalig dokumentierten Klientinnen und Klienten



## Gesundheitliche Belastungen

In Abbildung 2.24 sind die Anteile der erheblich bis extrem gesundheitlich-körperlich beeinträchtigten sowie der erheblich bis extrem psychisch bzw. seelisch belasteten erstmalig dokumentierten Klientinnen und Klienten wiedergegeben. In Bezug auf die gesundheitlich-körperlichen Beeinträchtigungen zeigt sich eine Abnahme von 24 % in den Jahren 2005 und 2006 auf 19 % ab dem Jahr 2009. Insbesondere die Anteile der Personen mit Alkoholproblemen, die von Schädigungen der Leber betroffen sind, haben im Betrachtungszeitraum deutlich abgenommen (2005: 46 %; 2010: 27 %). Gleiches gilt für Herz-Kreislaufbeschwerden (2005: 39 %; 2010: 21 %) und – wenn auch weniger stark ausgeprägt – für das Auftreten eines Deliriums (2005: 11 %; 2010: 5 %).

Abbildung 2.24:  
Trends 2005-2010: Gesundheitliche Probleme der erstmalig dokumentierten Klientinnen und Klienten



In Bezug auf die psychischen bzw. seelischen Belastungen der Klientinnen und Klienten lässt sich im Verlauf der hier betrachteten sechs Jahre keine einheitliche Entwicklung erkennen. Nahm der Anteil der erheblich bis extremen Ausprägungen zwischen 2006 und 2007 um fünf Prozentpunkte zu (2006: 46%; 2007: 51%), so ist bis einschließlich 2009 eine deutliche Abnahme solch schwerer psychischer Belastungen erkennbar (2009: 42%). Im laufenden Berichtsjahr ist dieser Anteil jedoch wieder um drei Prozentpunkte gestiegen. Diese uneinheitliche Entwicklung zeigt sich auch bei Betrachtung der konkreten Krankheitsmuster. Bei keinen der in der Bado abgebildeten psychischen Beeinträchtigungen ist ein klarer Trend erkennbar.

## Zusammenfassung

Im Jahr 2010 sind insgesamt 4.210 unterschiedliche Personen wegen eines alkoholbedingten Suchtproblems betreut worden. Sie nahmen insgesamt 4.994 Betreuungen in Anspruch. Das durchschnittliche Lebensalter der Alkoholclientinnen und -klienten beträgt 46,1 Jahre und jede(r) Fünfte ist im Jahre 2010 erstmals in der Hamburger Basisdatendokumentation erfasst worden. Das aktuelle Konsumverhalten variiert innerhalb der Alkoholklientel erheblich. Während ein Fünftel unter der laufenden Betreuung (fast) täglich Alkohol trinkt, sind 48% aktuell abstinent. Dieser hohe Anteil abstinenter Klientinnen und Klienten kann als Erfolg der Arbeit der Suchthilfe in Hamburg gewertet werden. Die Klientinnen und Klienten geben an, in einem Alter von durchschnittlich 15,7 Jahren das erste Mal Alkohol konsumiert zu haben. Die erste alkoholbedingte Störung trat mit durchschnittlich 29,3 Jahren auf. Vier von fünf Alkoholclientinnen und -klienten leben in einer eigenen bzw. gemieteten Wohnung. Hinsichtlich der Lebenssituation lässt sich festhalten, dass 49% der aufgrund eines Alkoholproblems betreuten Personen alleinlebend sind.

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

Vier von zehn der betreuten Alkoholclientinnen und -klienten gehen aktuell einer Erwerbstätigkeit nach oder befinden sich in der Ausbildung. Über 40% sind erwerbs- bzw. arbeitslos. Mit Blick auf die Haupteinkommensquelle zeigt sich, dass ein Drittel der Klientel seinen finanziellen Lebensunterhalt vorrangig durch die Ausübung einer Erwerbstätigkeit bzw. den Erhalt eines Krankengeldes bestreitet. Weitere 12% beziehen eine Rente. Vier von zehn Klientinnen und Klienten sind auf staatliche bzw. kommunale Zuwendungen angewiesen.

Nach Auffassung der dokumentierenden Mitarbeiter der Suchthilfe ist jede(r) fünfte Alkohol Klient(in) erheblich bzw. extrem gesundheitlich beeinträchtigt. Insbesondere Schlafstörungen, Leberschäden, Herz-Kreislaufbeschwerden und Schädigungen des Nervensystems werden häufig genannt. Fast ein Drittel der Alkohol Klientel berichtet von erheblichen bzw. extremen psychischen Belastungen. Diese äußern sich vor allem in Form von depressiven Stimmungen, innerer Nervosität und Unruhe, Ängsten und Phobien sowie überhöhter Selbsteinschätzung. Die schwierige psychische Verfassung der Alkohol Klientinnen und -Klienten spiegelt sich auch in den häufigen Nennungen früherer Suizidversuche wider. Insbesondere Frauen (jede Vierte) berichten hiervon.

Das durchschnittliche Lebensalter der erstmalig betreuten Klientinnen und Klienten hat sich zwischen den Jahren 2005 und 2010 um drei Jahre verringert. Dies gilt für Männer und Frauen gleichermaßen. Diese Entwicklung dürfte vorrangig auf die Inanspruchnahme der Angebote der neu geschaffenen Jugendberatungsstellen zurückzuführen sein. Des Weiteren finden Personen mit Migrationshintergrund immer häufiger den Weg in die Einrichtungen. Zwischen 2005 und 2010 ist deren Anteil von 14 % auf 25 % gestiegen. Veränderungen im Zeitverlauf zeigen sich auch in Bezug auf den schulischen Hintergrund. Während innerhalb des Betrachtungszeitraumes der Anteil der Personen mit einem Hauptschulabschluss deutlich abnahm, ist im Gegenzug ein Zuwachs von Klientinnen und Klienten mit Abitur zu erkennen. In Bezug auf den Erwerbsstatus und die Haupteinkommensquelle sind keine nennenswerten bzw. einheitlichen Veränderungen zu erkennen. Hingegen zeigt sich mit Blick auf die Inanspruchnahme von suchtspezifischen Hilfen vor Beginn der eigentlichen Betreuung eine bemerkenswerte Abnahme des Anteils der Klientinnen und Klienten, die hiervon berichten. Abgenommen haben des Weiteren die starken bis extremen Ausprägungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Dies gilt insbesondere für Leberschäden, Herz-Kreislauf-Beschwerden und dem Delir. In Bezug auf die psychischen bzw. seelischen Belastungen der Klientinnen und Klienten lässt sich im Verlauf der hier betrachteten sechs Jahre hingegen keine einheitliche Entwicklung erkennen.

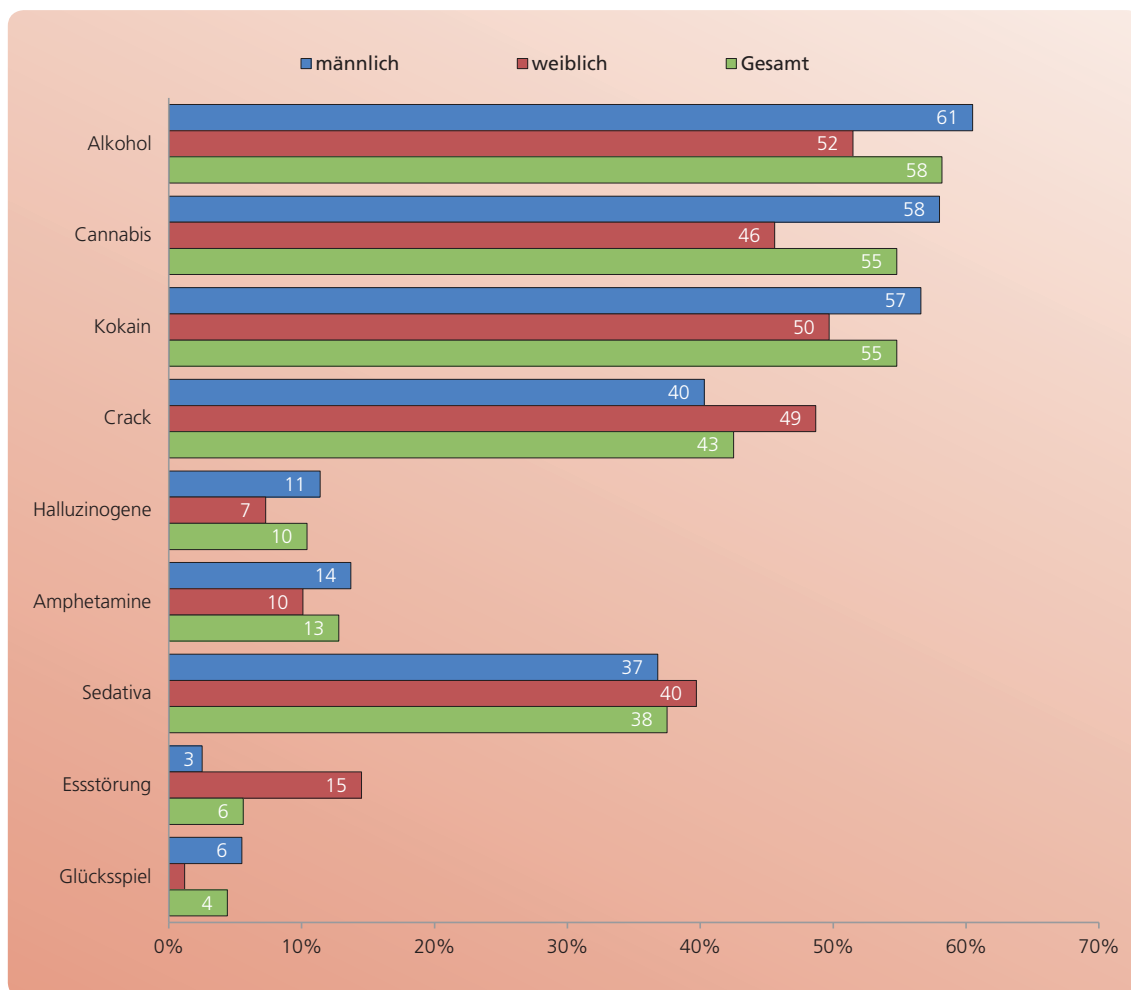
Ausgehend von einem ohnehin schon hohem Niveau abstinent in die Betreuung gehender Klientinnen und Klienten – die Anteile liegen je nach Länge der in Anspruch genommenen Betreuung zwischen 24 % und 46 % – kann während des Betreuungsverlaufs nochmals eine deutliche Verbesserung des Konsumstatus erreicht werden. In Bezug auf die aktuelle Wohn- und Erwerbssituation ergeben sich unabhängig von der Dauer der Betreuung hingegen nur geringfügige Veränderungen. Anders stellt sich dies für die gesundheitliche Situation der Klientinnen und Klienten dar. So wurde beispielsweise für jeden Fünften der länger betreuten Personen mit Alkoholproblemen (> 180 Tage) eine Verbesserung der gesundheitlich-körperlichen Situation dokumentiert. Bei den Kurzzeitbetreuten beträgt dieser Anteil etwas mehr als jeweils 10 %. Noch deutlich positiver zeigt sich die Entwicklung der psychischen bzw. seelischen Gesundheit der Klientinnen und Klienten. Für mehr als ein Drittel der bis zu einem halben Jahr betreuten Personen und mehr als die Hälfte der länger Betreuten Klientinnen und Klienten ist eine Reduzierung der psychischen Belastung festgehalten worden.

### 3. Opiate

In diesem Kapitel stehen die 5.143 Klientinnen und Klienten mit opiatbezogenen Abhängigkeiten im Vordergrund, der Anteil an Klientinnen liegt, wie in den letzten Jahren konstant bei 26 %. Die Anzahl an betreuten, unterschiedlichen Klientinnen und Klienten in 2010 erreicht damit seit Bestehen der BADO einen neuen Höchstwert.

Die 5.143 Klientinnen und Klienten dieser Gruppe sind zumeist polyvalent konsumierende Menschen, die jedoch auch alle eine Opiatabhängigkeit aufweisen. Im Mittel weist diese Gruppe 3,8 Problembereiche inklusive Glücksspiel und Essstörungen auf, ohne Tabak zu berücksichtigen, mit unwesentlichen Unterschieden zwischen den Geschlechtern (♀: 3,7, ♂: 3,9). Abbildung 3.1 verdeutlicht, dass neben Opiaten insbesondere Alkohol, Cannabis, Kokain, Crack und Sedativa konsumiert werden. 15 % der Klientinnen weisen zudem eine Essstörung auf.

**Abbildung 3.1:**  
Opiate Hauptdrogen/Hauptprobleme der Betreuten in 2010 (Mehrfachantwort) differenziert nach Geschlecht



Dieses Kapitel gliedert sich in drei verschiedene Abschnitte. Zu Beginn werden betreuungsbezogene Inhalte wie z. B. die Art der in Anspruch genommenen Hilfen und deren Dauer, die Beendigungsform oder die Vermittlung in andere Maßnahmen nach Beendigung der Betreuung beschrieben. Der zweite Abschnitt beinhaltet Darlegungen zur Soziodemografie, zur Biografie und zum gesundheitlichen Status der betreuten Personen mit Opiatproblemen. Liegen zu einer Person mehrere Betreuungen für das Auswertungsjahr 2010 vor, so werden, um Doppelzählungen zu vermeiden, nur die Angaben zur letzten aktuellen Betreuung dargestellt. Weist die letzte aktuelle Betreuung eines Bado-Items ein sogenanntes „missing“ auf, ist also keine Angabe vorhanden, so werden die Informationen vorangegangener Betreu-

ungen herangezogen, um diese fehlenden Einträge zu ersetzen. Der Zustand zu Betreuungsbeginn wird, sofern nicht explizit ausgewiesen, in diesem Abschnitt nicht ausgewertet. Dieses Vorgehen gewährleistet, dass bei den personenbezogenen Darstellungen die aktuelle Situation der Hamburger Klientinnen und Klienten möglichst vollständig dargestellt werden kann. Auch in den nachfolgenden Kapiteln (zu den anderen Hauptdrogen) wird diese Form der Ergebnisdarstellung beibehalten.

Der dritte Abschnitt dieses Kapitels zu den Opiatklientinnen und -klienten beinhaltet Auswertungen zur Verlaufsdocumentation, also den Veränderungen im Betreuungsverlauf. Hierzu werden in diesem Jahr erstmals die Veränderungen zwischen dem Betreuungsbeginn und dem Betreuungsende ad personam analysiert und nicht wie in den vorangegangenen Jahren im Querschnitt.

### 3.1 Betreuungen

49 Hamburger Einrichtungen bzw. Projekte waren an den 7.432 Betreuungen dieser Klientel beteiligt, jedoch zu stark unterschiedlichen Anteilen. Der größte Anteil an Betreuungen wurde mit 36 % durch den Einrichtungstyp „Betreuung für Substituierte“ geleistet. Einen geringfügig kleineren Anteil weist der Einrichtungstyp „illegale Drogen“ mit 30 % auf. In suchtmittelübergreifenden Einrichtungen wurden 20 % der Betreuungen durchgeführt und die externen Beratungsstellen in der JVA erreichten mit 589 Betreuungen 8 % aller Betreuten. Der Einrichtungstyp „legale Drogen“ weist für die Opiatgruppe 5 % der Betreuungen auf.

Die Betreuungsart in der Einrichtung gibt Aufschluss welche Leistungen Klienten im Hilfesystem nachfragten. 60 % der Klienten nahmen ambulante Beratung/Betreuung in Anspruch, 34 % psychosoziale Betreuung für Substituierte, 25 % auch niedrigschwellige Hilfen, 9,2 % wurden in Haft betreut.<sup>1</sup>

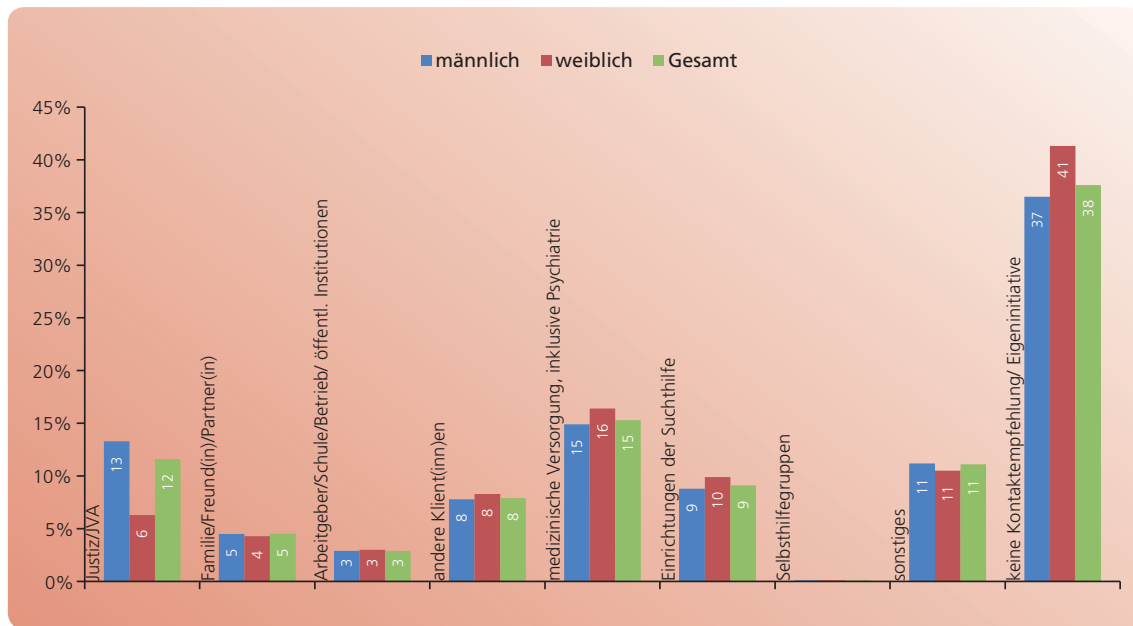
Während einer Betreuung kommt es regelmäßig zu weiteren Betreuungen in anderen Bestandteilen des Suchthilfesystems, 64 % der Klienten der Hauptgruppe Opiate nehmen ergänzende Betreuungen zur dokumentierten Betreuung in Anspruch. Zumeist sind diese ergänzenden Betreuungen Substitutionsbehandlungen (41 %), aber auch Entgiftungen sind mit einem Anteil von 8 % und ambulante suchtmittelmedizinische Hilfen mit 13 % als ergänzende Betreuung zu finden. Niedrigschwellige Hilfen nehmen zusätzlich 9 % der Betreuten in Anspruch, mit einem deutlich höheren Frauenanteil von 17 %.

83 % der Betreuten kommen ohne Auflagen in die Betreuung. Wurden im Jahr 2007 noch 15 % der Auflagen für eine Betreuung im ambulanten Suchthilfesystem von der Justiz ausgesprochen, so ging dieser Anteil um 7 Prozentpunkte zurück. Trotz der hohen Arbeitslosigkeit in dieser Klientengruppe erteilte das Arbeitsamt nur in 3 % der Fälle eine Auflage. Klientinnen kommen mit 14 % deutlich seltener mit Auflagen in die Beratungsstelle als männliche Klienten (19 %).

Die Kontaktempfehlung spiegelt wider, durch wen das Aufsuchen einer Beratungsstelle angeregt wurde. Hier lässt sich über die letzten 6 Jahre beobachten, dass immer häufiger die Kategorie keine Kontaktempfehlung / Eigeninitiative angegeben wird. Für Klientinnen und Klienten lag der Wert im Jahr 2005 noch bei 23 % und steigt kontinuierlich bis 2010 auf 41 % für die Gruppe der Klientinnen und 37 % für Klienten an.

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

Abbildung 3.2:  
Kontaktempfehlung nach Geschlecht



Die Vernetzung mit weiteren Suchthilfeeinrichtungen zeigt sich deutlich an den vorangegangenen Betreuungen innerhalb der letzten 60 Tage vor Aufnahme der aktuell dokumentierten Betreuung.

Nur 21 % der Betreuten waren in den letzten 60 Tagen nicht in einer suchtspezifischen Betreuung zu finden. Häufig waren die Klienten in Substitutionsbehandlung (49 %), aber sie waren auch in niedrigschwelligen Einrichtungen (17 %), im Entzug (14 %), in einer ambulanten Beratung (13 %) und in stationärer Entwöhnungsbehandlung (11 %).

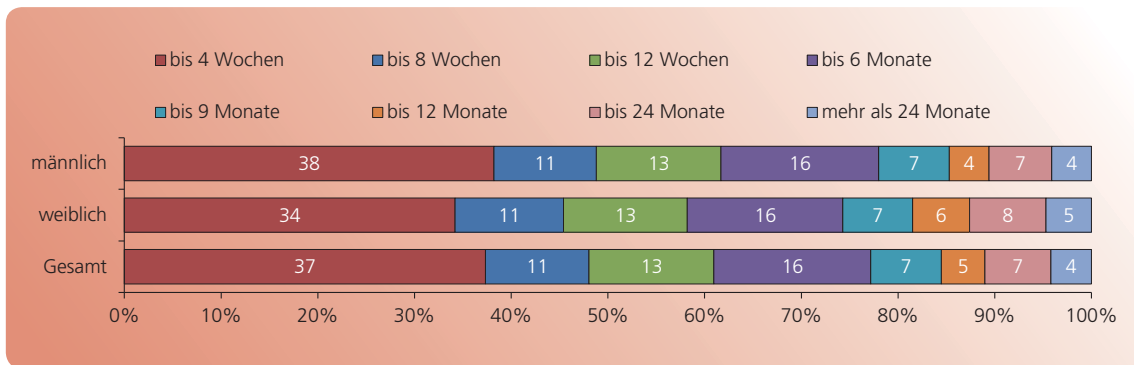
Von den 7.432 Betreuungen in 2010 wurden 4.267 Betreuungen (57 %) in 2010 beendet. Die mittlere Betreuungslänge lag bei 157 Tagen, die weibliche Klientel wurde mit 173 Tagen 16 Tage länger betreut als die männliche Klientel.

Dieser hier für Hamburg gefundene mittlere Wert für die Betreuungsdauer liegt 154 Tage unterhalb des Wertes für Opiatklientel, welcher als Mittelwert in der Deutschen Suchthilfestatistik 2009 ausgewiesen wird. Der Unterschied zwischen den Betreuungsdauern für Männer und Frauen ist dort mit 33 Tagen angegeben.

Die Betreuungsdauer ist in Hamburg gegenüber dem Vorjahr um 15 Tage gesunken. 48 % der Betreuten verweilen in Hamburg nur bis zu 8 Wochen in der Betreuung, der Vergleichswert für das Bundesgebiet liegt hier bei 30 %, wohingegen 32 % der Betreuten dort länger als 9 Monate betreut werden, in Hamburg trifft dieses jedoch nur auf eine Teilgruppe von 16 % der Betreuten zu. Die deutlich kürzeren Betreuungsdauern im Vergleich zur Deutschen Suchthilfestatistik lassen sich möglicherweise durch folgendes erklären:

- in einigen Bundesländern werden im Gegensatz zu Hamburg keine Einmalkontakte dokumentiert
- die längsten Betreuungszeiten findet man in Substitutionspraxen und -ambulanzen; in Hamburg fließen deren Daten nicht in die Bado ein
- die Struktur des Hamburger Suchthilfesystems zeichnet sich durch eine Vielzahl von ambulanten und stationären Angeboten aus, so dass schneller in andere suchtspezifische Einrichtungen vermittelt werden kann
- die Klientinnen und Klienten sind im Mittel seit 12 Jahren an die ambulante Hamburger Suchthilfe angebunden und nehmen Hilfen bei spezifischen Bedarfen in Anspruch

Abbildung 3.3: Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in Kategorien nach Geschlecht



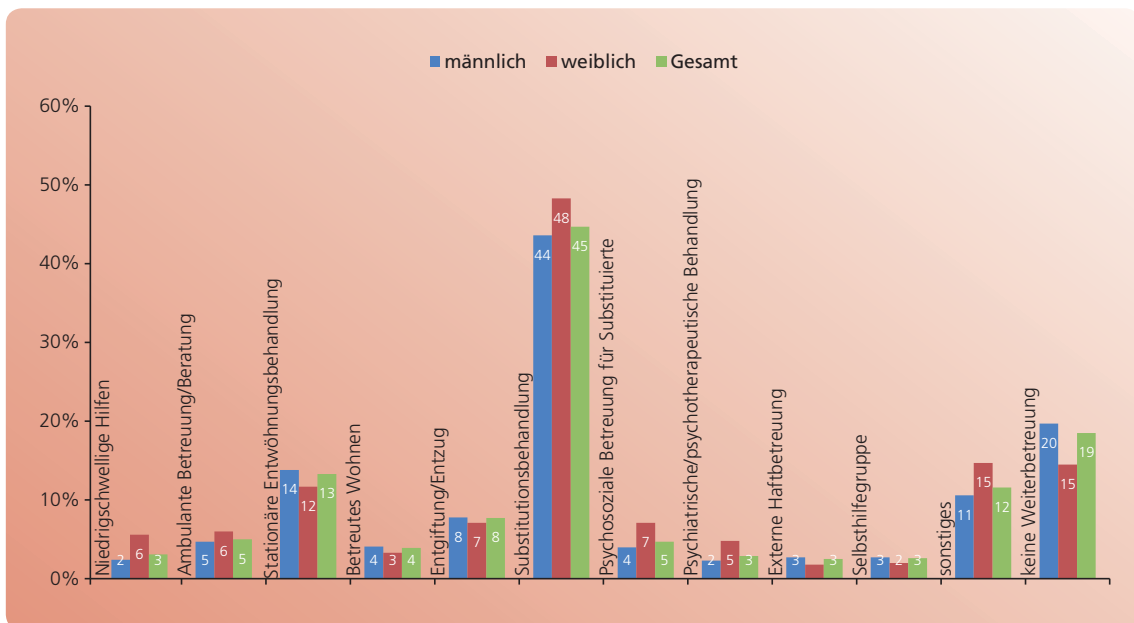
Erstaunlicherweise hat die kürzere Betreuungsdauer in Hamburg keine Auswirkungen auf den planmäßigen Abschluss der Betreuung im Vergleich zur Deutschen Suchthilfestatistik. 47 % der Klienten beenden ihre Betreuung in Hamburg entweder durch Weitervermittlung oder regulär. In der Deutschen Suchthilfestatistik wird ein etwas höherer Wert von 49 % angegeben.

Der Abschluss einer Betreuung stellt zumeist nicht das Ende der Betreuung im Suchthilfesystem dar. Vier Fünftel der Betreuten nehmen nach dem dokumentierten Betreuungsende weiterhin Betreuungen im Hilfesystem in Anspruch.

Die Hilfekette suchtspezifischer Maßnahmen lässt sich nun deutlich beschreiben. Die Betreuten kommen zumeist aus Maßnahmen, nehmen Maßnahmen während der dokumentierten Betreuung in Anspruch und verbleiben in 82 % der Fälle auch nach Ende der Betreuung in suchtspezifischen Maßnahmen.

In Anbetracht dieses in der BADO gefundenen Ergebnisses kann die aktuelle Betreuung immer nur als eine Momentaufnahme eines Betreuten gelten und Effekte einer Betreuung sind auf die Gesamtzahl aller in Anspruch genommenen Maßnahmen zu beziehen und nicht nur ausschließlich auf die letzte dokumentierte.

Abbildung 3.4: Weiterbetreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen nach Geschlecht (Mehrfachantwort)



## 3.2 Personen

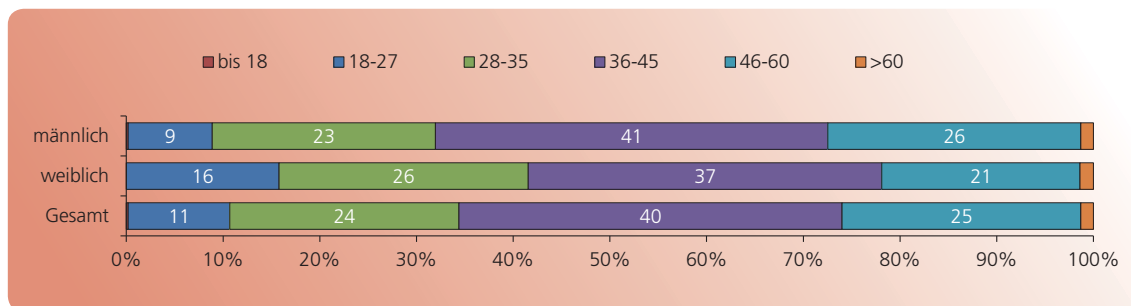
Im Jahr 2010 wurden 5.143 unterschiedliche Personen mit einer Störung durch Opiatkonsum im Hamburger ambulanten Suchthilfesystem betreut. Das mittlere Alter dieser Gruppe betrug 39,5 Jahre im Auswertungsjahr 2010, Klientinnen sind mit 38 Jahren gut zwei Jahre jünger als die männliche Klientel mit 40 Jahren. Seit 2005 hat sich damit der gefundene Wert für Klientinnen und Klienten um 2 Lebensjahre erhöht.

Die Deutsche Suchthilfestatistik zeigt einen Referenzwert für das Alter zu Betreuungsbeginn von 34 Jahren für diese Klientengruppe auf. Wenn die Hamburger Alterswerte auf den Betreuungsbeginn bezogen werden, zeigt sich ein Lebensalter von 39 Jahren, also 5 Jahre über dem bundesdeutschen Altersdurchschnitt für die Opiatklientel.

Nach Altersgruppen unterteilt sind 9 % der Opiatkonsumenten unter 28 Jahre alt, aber auch 25 % über 45 Jahre. Gerade die letztgenannte Altersgruppe ist verantwortlich für das höhere Lebensalter der Hamburg Opiatkonsumenten im Vergleich zur Suchthilfestatistik. Diese weist für die Altersgruppe über 45 Jahren einen Wert von 12 % aus. Auf der anderen Seite zeigt die Deutsche Suchthilfestatistik in der Gruppe bis 35 Lebensjahre an, dass dort 56 % der Klienten zu finden sind, in Hamburg liegt der Anteil nur bei 34 %.

Dies kann sicher nicht als Indiz für ein späteres Erreichen der Opiatabhängigen in Hamburg aufgefasst werden, aber als Indiz dafür, dass in Hamburg weniger junge Menschen problematisch Opiate konsumieren als im Bundesgebiet. Das höhere Lebensalter zusammen mit den Auswertungen zum Lebensalter bei Erstkontakt zur Suchthilfe, zeigt auf, dass die Gruppe der problematischen Opiatkonsumenten schon lange an das Suchthilfenetz in Hamburg angebunden ist und in diesem Alter.

**Abbildung 3.5:**  
Alter in Kategorien nach Geschlecht differenziert



Wenn der HIV-Code der 2010er Klientel mit den HIV-Codes der 13 BADO Vorjahre abgeglichen wird, so findet sich, dass 85 % der Klienten dieser Hauptgruppe auch schon in den Vorjahren die ambulante Hamburger Hilfe in Anspruch genommen hat. Ein anderes Bild ergibt sich, wenn nur die Überlappung der Klientel von 2010 auf 2009 betrachtet wird. Hier zeigt sich, dass 66 % der Betreuten in 2010 auch Betreute in 2009 waren. Wird die Überlappung des Klientel zwischen 2010 und 2008 analysiert, so finden sich in 2010 noch 57 % Klienten, die auch in 2008 in Einrichtungen der Hamburger ambulanten Suchthilfe registriert waren.

## Konsum und suchtspezifische Vorerfahrungen

In dieser Hauptgruppe sind Opiate die Leitdroge. Alle hier beschriebenen Personen zeigen zumindest eine Opiatstörung auf. Jedoch wird diese Opiatstörung häufig begleitet durch weitere problematisch konsumierte Substanzen. Mehr als die Hälfte der Klienten konsumieren zusätzlich noch problematisch Kokain, Cannabis und Alkohol. Auch finden sich in dieser Gruppe nahezu alle Crackkonsumenten, die in der Hamburger Suchthilfe in 2010 dokumentiert wurden und auch fast die gesamte Gruppe an Personen, bei denen Sedativa als Hauptproblem dokumentiert worden ist.

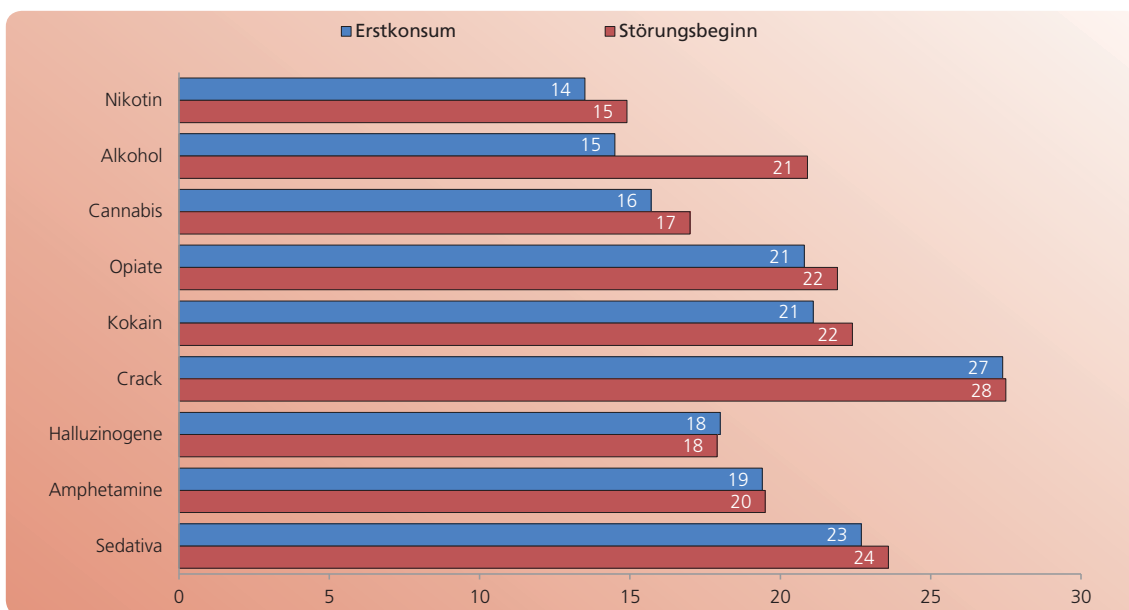
In Abbildung 3.6 sind der Erstkonsum und der Störungsbeginn wiedergegeben. Die Werte für den Erstkonsum von illegalen Substanzen unterscheiden sich – bis auf Crack – nicht von der Deutschen Suchthilfestatistik. Für Crack wird in dieser ein Alter bei Störungsbeginn von 23,2 Jahren angegeben, bei einer



recht kleinen Stichprobe von 618 Betreuten. Für Hamburg liegen 1.469 Angaben zum Störungsbeginn durch Crack vor und es zeigt sich wie in den Vorjahren ein deutlich höheres Alter. Crack ist in Hamburg seit ca. 13 Jahren auf der sogenannten Szene verfügbar. Bei dem oben beschriebenen mittleren Alter von 39 Jahren des Opiatklientels in 2010 ist das mittlere Alter für Erstkonsum von Crack durchaus plausibel.

Das Einstiegsalter für Opiatkonsum liegt bei 21 Jahren, Frauen beginnen gut ein Jahr früher mit dem Konsum von Opiaten. Das mittlere Lebensalter bei Störungsbeginn liegt nur ein Jahr später.

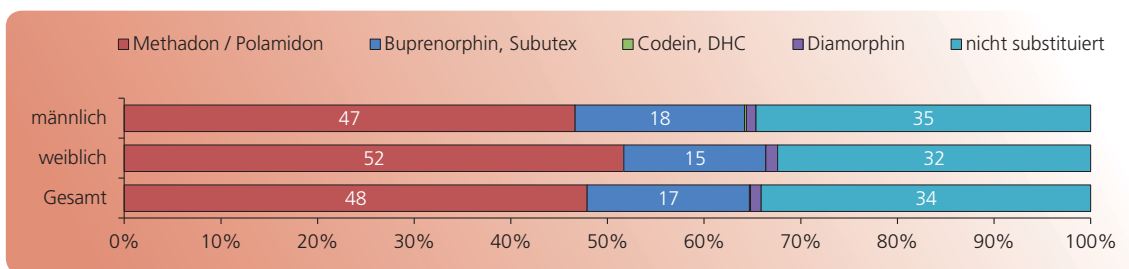
**Abbildung 3.6:**  
Alter bei Erstkonsum und Störungsbeginn differenziert nach Geschlecht



Die Latenz zwischen Störungsbeginn und aktuellem Lebensalter beträgt also 17 Jahre. Seit dem Jahr 2005 wird in der BADO das Lebensjahr des Erstkontaktes zur Suchthilfe erhoben. Die Klienten dieser Gruppe geben an, erstmals im Alter von 28 Jahren Kontakt zu einer Suchteinrichtung aufgenommen zu haben, Frauen mit 25 Lebensjahren deutlich früher als Männer im Alter von 29 Jahren. Es kann also konkretisiert werden, dass zwischen Störungsbeginn und Aufnahme einer suchtspezifischen Maßnahme 6 Jahre vergehen.

66 % dieser Klientengruppe sind zum letzten Dokumentationszeitpunkt substituiert, der Anteil substituierter Frauen liegt zwei Prozentpunkte oberhalb des Wertes für Männer. Zumeist wird noch mit Methadon oder Polamidon substituiert, 17 % erhalten Buprenorphin. Codein und Diamorphin spielen in Hamburg bei der Substitution nur eine stark untergeordnete Rolle.

**Abbildung 3.7:**  
Substitution Aktuell nach Geschlecht



Die Substitution und die langjährige Inanspruchnahme von suchtspezifischen Hilfen scheinen sich deutlich auf den letzten beobachteten Konsumstatus auszuwirken. Nur 13 % der Klienten konsumierten innerhalb der letzten 30 Tage täglich Heroin, 66 % waren gänzlich heroinabstinent.

Weiter oben wurde schon erwähnt, dass die Klienten im Mittel 11 Jahre vor der aktuellen Dokumentation in der BADO in 2010 erstmals Hilfe wegen ihrer Suchtproblematik nachsuchten. Nur 2 % der Opiatklientel gibt an, dass die aktuelle Betreuung der Erstkontakt zum Suchthilfesystem darstellt. 81 % der Klienten haben schon mindestens einen stationären Entzugsversuch unternommen, 52 % haben drei oder mehr stationäre Entzüge hinter sich, 26 % sogar mehr als fünf stationäre Entzüge. Auch ambulante Entzüge weisen 39 % der Klientel auf, von stationären Rehabilitationen berichten 61 % der Klienten und von ambulanten Rehabilitationen 28 %. Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen bejahen hingegen nur 13 % der Klienten, was auch nicht verwunderlich erscheint in Anbetracht der geringen Zahl von Selbsthilfegruppen für die Opiatklientel.

## Biografischer Hintergrund

86 % der Hamburger Opiatklientinnen und -klienten in der ambulanten Suchthilfe sind Staatsbürger der Bundesrepublik Deutschland. Nur 10 % weisen eine Staatsbürgerschaft eines Landes außerhalb der Europäischen Union auf. Identische Werte finden sich in der Deutschen Suchthilfestatistik.

Der neben der Staatsbürgerschaft in der BADO erfragte Migrationshintergrund liegt mit 24 % unterhalb des Wertes für das Bundesland Hamburg und vier Prozentpunkte unterhalb des Referenzwertes in der Deutschen Suchthilfestatistik. 17 % der Klienten sind selbst migriert und 7 % als Kind von Migranten in Hamburg geboren. Der Anteil mit Migrationshintergrund unter den Klientinnen liegt mit 17 % deutlich niedriger im Vergleich zur männlichen Klientel.

Bei den erstmals dokumentierten Klientinnen und Klienten dieser Hauptgruppe nimmt der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund im Zeitraum von 2005 bis 2010 von 27 % auf 37 % zu.

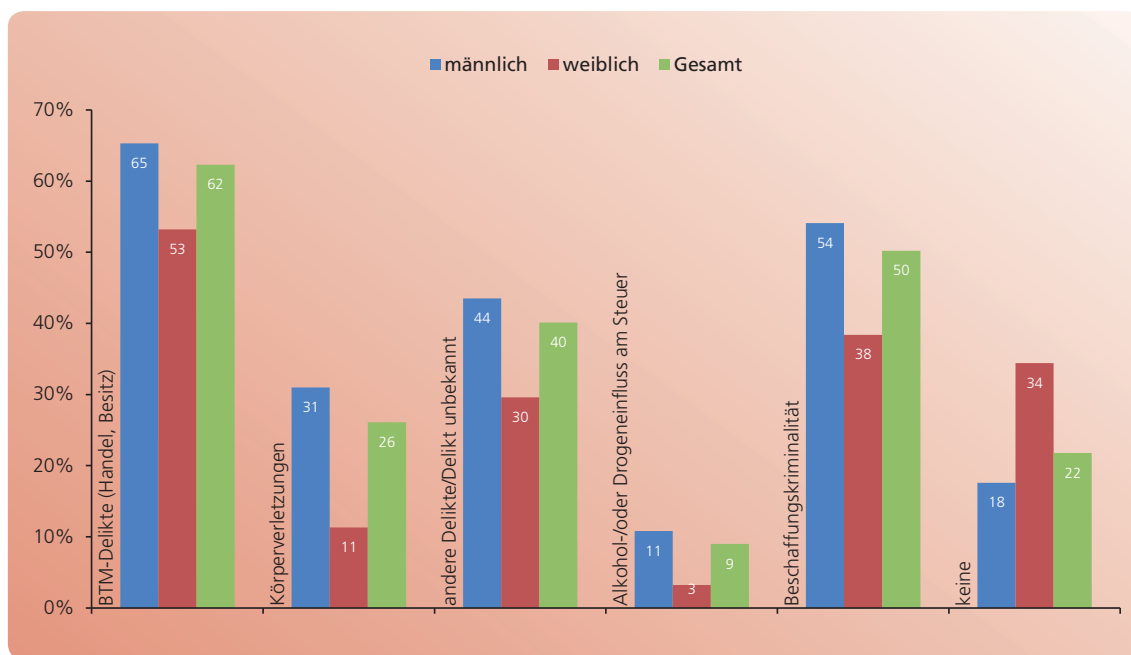
25 % der Klienten geben an, dass sie mindestens zeitweise in öffentlichen Erziehungseinrichtungen während ihrer Kindheit und Jugend betreut wurden, der Anteil weiblicher Klientel liegt mit 29 % fünf Prozentpunkte oberhalb des Anteils für männliche Opiatkonsumenten. Es deutet sich hier an, wie wichtig primäre und sekundärspezifische Suchtprävention in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe einzuschätzen sind.

49 % der Klienten berichten, dass mindestens ein Elternteil durch Suchtprobleme belastet war. 42 % der Klienten berichten von einem Vater und 23 % von einer Mutter mit einer Suchtproblematik. Klientinnen zeigen eine deutlich höhere Belastung durch das Elternhaus. Sie haben mit 32 % sehr viel häufiger eine Mutter mit Abhängigkeitserkrankung in ihrer Kindheit erlebt und mit 47 % Anteil auch öfter einen Vater mit Suchtverhalten.

79 % der Opiatklientinnen und 66 % der männlichen Opiatabhängigen waren in ihrem Leben schwerer körperlicher Gewalt ausgesetzt. 65 % der Frauen mussten sexuelle Gewalt erleben. Aufgrund des erhöhten Risikos von posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen schweren psychischen Beeinträchtigungen in Folge der sexuellen und körperlichen Gewalt, die ursächlich für die Substanzabhängigkeit der Klienten sein können, ist eine funktionierende Kooperation mit psychotherapeutischen Behandlungsstellen zur Abklärung solcher Belastungen dringend geboten.

Nur 31 % der Klienten geben an, noch nicht inhaftiert gewesen zu sein. 78 % wurden im Leben mindestens schon einmal verurteilt, zu 62 % wegen Verstößen gegen das BTMG und zu 50 % wegen Beschaffungskriminalität. 26 % der Klienten wurden auch wegen Körperverletzung bestraft, was nicht verwunderlich ist, da 50 % der Klienten angeben körperliche Gewalt im Leben ausgeübt zu haben. Wie in Abbildung 3.8 dargestellt finden sich ausgeprägte geschlechtsspezifische Unterschiede.

Abbildung 3.8:  
Verurteilungen (lifetime) nach Geschlecht (Mehrfachantworten)



### Soziale Beziehungen und Lebenssituationen

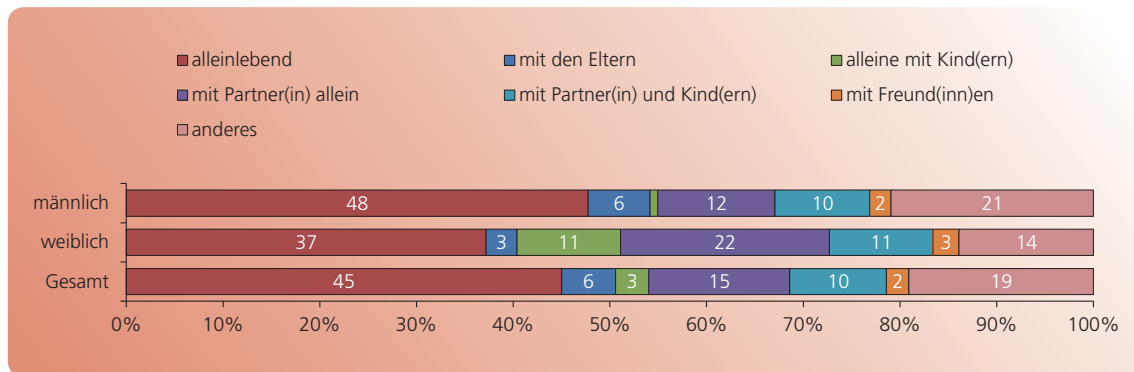
68% der Klienten dieser Hauptgruppe sind ledig (♀: 60%, ♂: 70%), ein etwa gleich großer Anteil geschieden und verheiratet. Auch der Blick auf die Partnersituation zeigt eher ein sozial isoliertes Bild. 57% leben ohne festen Partner, Frauen weniger häufig als Männer. Wenn die Klienten dieser Hauptgruppe in einer festen Partnerschaft leben, so weist der Partner bei 49% auch eine Suchtstörung auf. Frauen in einer festen Partnerschaft haben zu 72% einen Lebenspartner mit Suchtproblemen.

Die in Abbildung 3.9 dargestellte Lebenssituation gibt das oben beschriebene Bild wieder. Darüber hinaus gibt diese Aufschluss über Klienten, die mit ihren Kindern zusammenleben, also über Kinder, die unmittelbar täglich von der Suchtproblematik ihrer Eltern betroffen sind. 13% der Klienten leben mit Kindern zusammen, Frauen mit 21% deutlich häufiger als männliche Klientel mit 11%.

55% der Klienten sind Eltern. Es finden sich deutlich ausgeprägte Geschlechtsunterschiede. 53% der männlichen Klienten sind Väter und 58% der Klientinnen Mütter. Im Mittel weist jeder Klient der Hauptgruppe Opiate 1,0 Kinder auf.

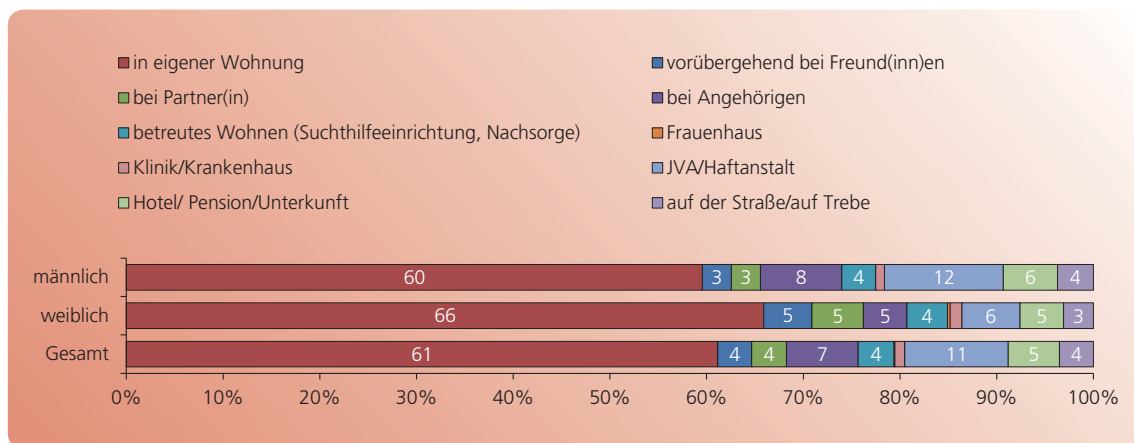
39% der Opiatabhängigen im Hilfesystem geben an Elternteil mindestens eines minderjährigen Kindes zu sein. Über die Gesamtgruppe dieser Klientel hinweg gilt, dass jeder Klient im Mittel 0,6 minderjährige Kinder aufweist. 31% der Klientinnen und Klienten mit minderjährigen Kindern leben mit diesen zusammen im Haushalt (♀: 43%, ♂: 26%). Für opiatabhängige Männer im Suchthilfesystem gilt, dass deren minderjährige Kinder zumeist bei dem anderen Elternteil leben. Für opiatabhängige Frauen im Suchthilfesystem gilt, wenn die Kinder nicht bei ihnen leben, dann leben diese in Pflegefamilien (23%). Wird die Anzahl der Kinder mit dem Aufenthaltsort der Kinder in Beziehung gesetzt, so lässt sich feststellen, dass gut 1.000 minderjährige Kinder in 600 Haushalten der Opiatklientel leben.

**Abbildung 3.9:**  
Lebenssituation Aktuell nach Geschlecht



15 % der Klienten halten sich zum Zeitpunkt der letzten und damit aktuellsten Dokumentation in Justizvollzugsanstalten auf (Abbildung 3.10). Werden diese Klienten nicht berücksichtigt, so geben 68 % der Klienten an, über eigenen Wohnraum zu verfügen.

**Abbildung 3.10:**  
Aufenthaltsort des Klienten Aktuell nach Geschlecht

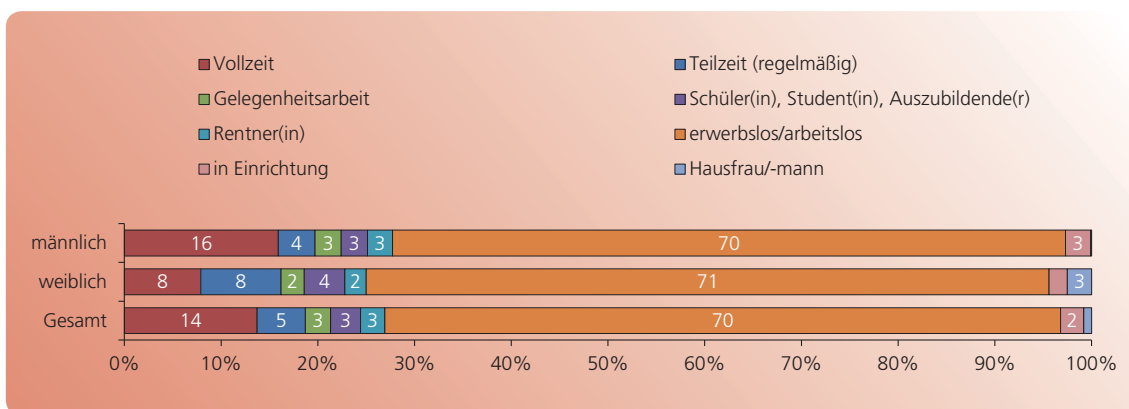


## Ausbildung, Arbeitssituation und finanzielle Lage

88 % der hier beschriebenen Klientel hat mit einem Schulabschluss die Schule verlassen, 41 % mit einem Hauptschulabschluss, 31 % mit der Mittleren Reife und 16 % mit der Hochschulreife. Die weibliche Klientel zeigt eine leicht höhere Schulbildung als die männliche Klientel. 66 % der Klienten haben eine Berufsausbildung abgeschlossen, Frauen deutlich weniger häufig mit nur 57 %.

Auch wenn die Ausbildungssituation problematisch erscheint und oftmals auch bedingt ist durch den frühen Abhängigkeitsbeginn, kann die Arbeitssituation, selbst wenn die Inhaftierten nicht berücksichtigt werden, als desolat bezeichnet werden. 70 % der Klienten sind arbeitslos und nur 19 % gehen einer Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung nach. In Anbetracht der hohen Abstinenzraten dieser Klientengruppe bedarf es dringend Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.

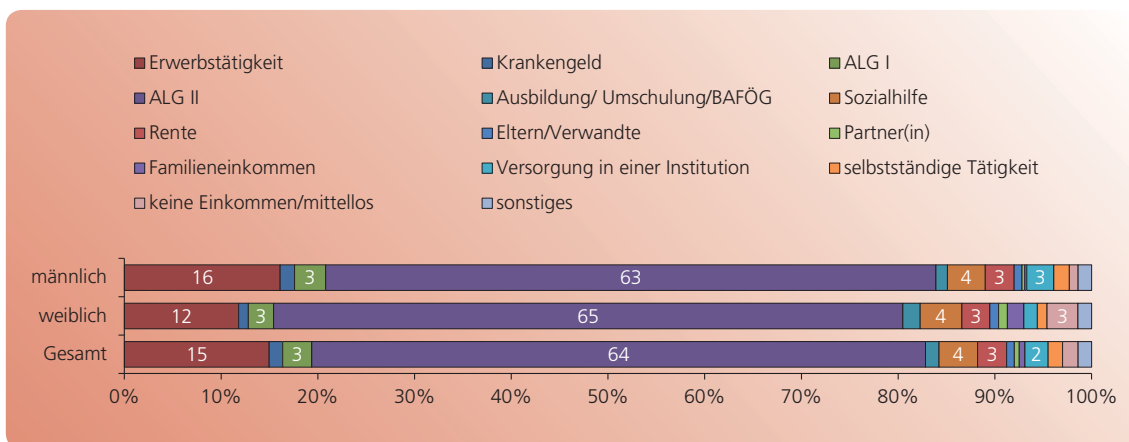
Abbildung 3.11: Arbeits- und Ausbildungssituation Aktuell nach Geschlecht (ohne Inhaftierte)



Das Haupteinkommen korrespondiert mit der Arbeitssituation. Nur 16 % geben ein Einkommen aus Erwerbstätigkeit oder selbständiger Tätigkeit als Haupteinkommen an. Arbeitslosengeld I leistet mit knapp 3 % so gut wie keinen Anteil an der finanziellen Versorgung der Klientel. Über 95 % der Arbeitslosen sind seit mehr als 12 Monaten arbeitslos. 22 % der Klientinnen gibt an, Einkünfte aus Prostitution zu erhalten.

Nur 21 % der Klienten weisen keine Schulden auf. 52 % der Klienten haben Schulden bis zu 25.000 Euro. 18 % der Klienten ist die Schuldenhöhe nicht bekannt.

Abbildung 3.12: Haupteinkommen Aktuell nach Geschlecht (ohne Inhaftierte)



### Gesundheitliche und psychische Situation

21 % der Opiatgruppe werden von den Mitarbeitern in der ambulanten Suchthilfe als erheblich oder extrem gesundheitlich belastet eingeschätzt, bei weiteren 32 % wird eine mittlere gesundheitliche Beeinträchtigung dokumentiert.

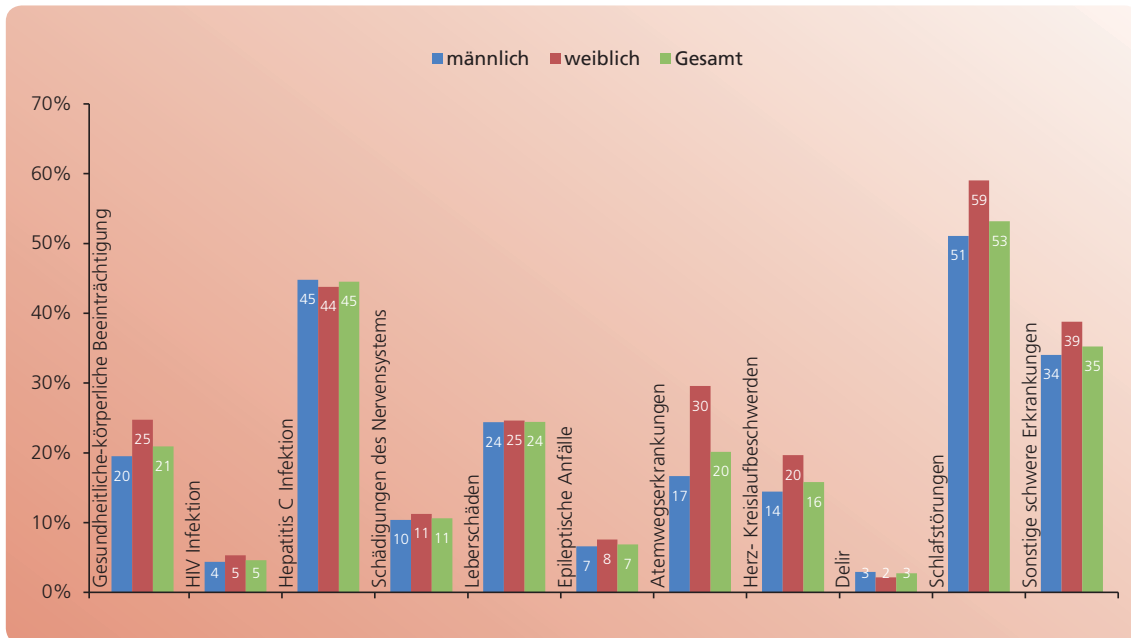
Es mag schon verwundern, dass bei dieser Gruppe mit chronifizierter Suchterkrankung und mit einer Vielzahl weiterer Erkrankungen nur 8 % der Klienten einen anerkannten Behindertenstatus besitzen.

Die Infektionsrate mit HIV liegt stabil bei 5 % und ist damit seit 2005 um nahezu zwei Prozentpunkte gesunken. Auch wenn ein Rückgang in gleicher Größenordnung bei den Klientinnen zu verzeichnen ist, liegt die Infektionsrate wie in den Vorjahren ein Prozentpunkt oberhalb der männlichen Klientel.

Die Hepatitis-C Infektionsrate ist im gleichen Zeitraum um 10 Prozentpunkte gesunken und liegt nunmehr bei 45 %.

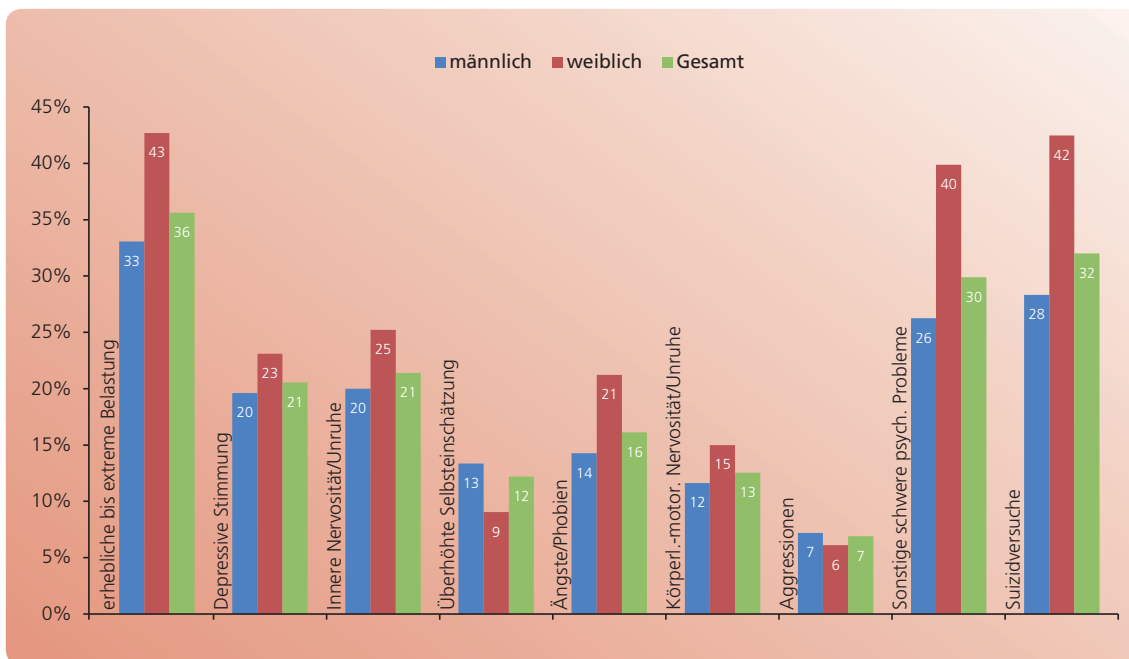
Bei den im jeweiligen Auswertungsjahr erstmals dokumentierten Klientinnen und Klienten mit einer Opiatabhängigkeit nimmt die HIV-Prävalenz in den Jahren 2005 bis 2010 von 10 % auf 5 % ab. Im gleichen Zeitraum ist für das gleiche Klientel ein Rückgang der Hepatitis-C-Prävalenz 56 % auf 45 % zu beobachten.

**Abbildung 3.13:**  
Einschätzung der gesundheitlich-körperlichen Beeinträchtigung (erheblich/extrem) und gesundheitliche Beschwerden der Klientinnen und Klienten in 2010 nach Geschlecht



Extrem bis erheblich psychisch belastet sind 36 % der Klienten, Frauen mit 43 % weitaus stärker als Männer mit 33 %. Die psychischen Symptome deuten darauf hin, dass ein Großteil der Klientel neben der bestehenden suchtspezifischen Behandlung weitere psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuungen in Anspruch nehmen müsste, um sich längerfristig zu stabilisieren. 43 % der Klientinnen berichten von mindestens einem Suizidversuch im Leben, männliche Opiatabhängige zu 28 %. Bei 30 % der Klienten wird noch neben der bestehenden Symptomliste dokumentiert, dass weitere schwere psychische Probleme bestehen, auch hier zeigt sich mit 40 % ein deutlich höherer Wert für die Klientinnen.

Abbildung 3.14:  
Einschätzung der psychischen Belastung (erheblich/extrem) und psychischen Auffälligkeiten (erheblich/extrem) der Klientinnen und Klienten in 2010 nach Geschlecht



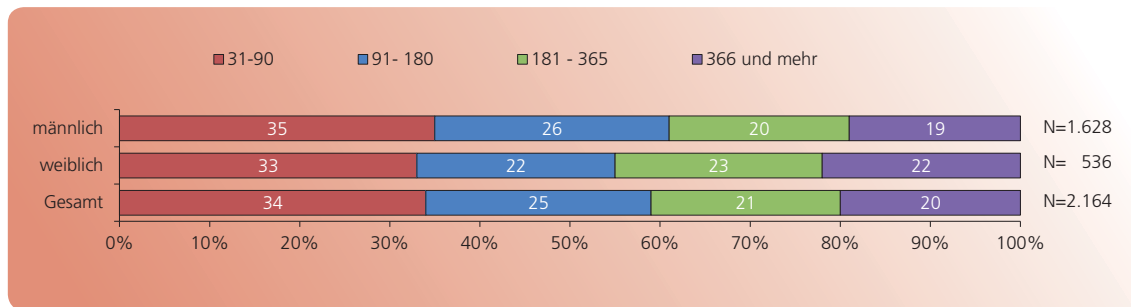
### 3.3 Verlaufsdokumentation (Verlaudo)

Der Badodatensatz bietet seit 2005 die Möglichkeit, die Situation der Klientinnen und Klienten in den Bereichen Konsum, Biografie, Gesundheit und Psyche zu zwei Zeitpunkten zu erfassen. Zum einen wird die Ausgangssituation zu Beginn der Betreuung (im Folgenden „Beginn“ genannt) festgehalten, zum anderen der aktuelle Zustand während der Betreuung fortlaufend dokumentiert. Nach beendeter Betreuung spiegelt demnach „Aktuell“ die Situation zu Betreuungsende wider. Anhand des Vergleichs beider Messzeitpunkte können Veränderungen sichtbar gemacht werden, welche wiederum Hinweise auf die Wirkung suchtbezogener Hilfe geben können. Da jedoch anzunehmen ist, dass sich einige Effekte der Betreuung erst nach einer gewissen Behandlungsdauer einstellen, somit die Veränderungen also nicht unabhängig von der Dauer der jeweiligen Betreuung sind, wurden die Betreuungen für die folgenden Betrachtungen nach ihrer Dauer in vier Gruppen aufgeteilt.

In die folgenden Analysen fließen alle Klientinnen und Klienten der Opiatgruppe ein, die in 2010 ihre Betreuung abgeschlossen haben, nicht in der JVA betreut wurden und deren Betreuung länger als 30 Tage dauerte.

Im Unterschied zu den Verlaudo-Analysen der vergangenen Jahre, in denen die Ergebnisse im Querschnitt zu Beginn und aktuell miteinander verglichen wurden, wird in diesem Berichtsjahr eine Analyse der Veränderungen auf Betreuungsebene vorgenommen.

Abbildung 3.15:  
Verlaudo Betreuungsdauer kategorisiert (in Tagen) nach Geschlecht



## Psychische und körperliche Gesundheit

Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen werden von den Betreuerinnen und Betreuern in den Einrichtungen auf einer fünfstufigen Skala von „keine“ bis „extreme“ Beeinträchtigungen zu Betreuungsbeginn, die Betreuung begleitend und zu Betreuungsende eingeschätzt.

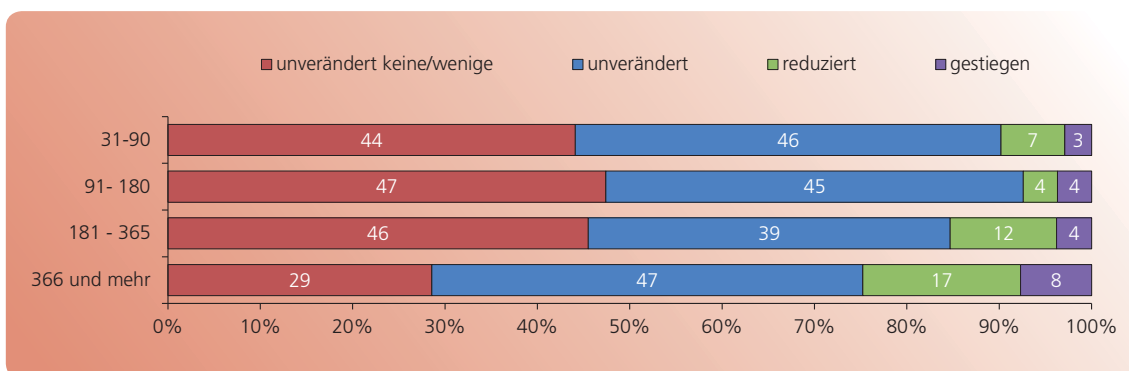
Wenn die Einschätzung zur gesundheitlichen Beeinträchtigung zu Betreuungsbeginn und Betreuungsende auf niedrigem Niveau lag („keine“ oder „wenige“) wurde diese Betreuung der Kategorie „unverändert keine/wenige“ zugeordnet. Gab es keine Veränderung der Einschätzung zwischen Betreuungsbeginn und Betreuungsende auf dem Niveau „mittel“, „erheblich“ oder „extrem“ wurde diese Betreuung als „unverändert“ eingestuft. Wurde ein Betreuer oder eine Betreute am Anfang mit „extrem“, „erheblich“ oder „mittel“ gesundheitlich beeinträchtigt bewertet und verbesserte sich dieser Zustand um mindestens eine Stufe, beispielsweise von „erhebliche“ zu „mittlere“ gesundheitliche Beeinträchtigung, wurde die Kategorie „reduziert“ zugeordnet. Sollte analog ein Anstieg der Beeinträchtigung dokumentiert worden sein, ist eine solche Betreuung in die Gruppe „gestiegen“ eingeordnet worden. Abbildung 3.16 ist zu entnehmen, dass die Kategorien „unverändert keine/wenige“ bei Betreuungsdauern von bis zu einem Jahr zwischen 44 % und 47 % liegen. Ein ähnlich großer Anteil an Betreuten findet sich in der Gruppe „unverändert“. Sehr wenige Klientinnen und Klienten verschlechtern sich in ihrer gesundheitlichen Lage, aber auch nur eine wenig größere Gruppe kann sich gesundheitlich verbessern. Eine Verbesserung der Situation zeigt sich noch am ehesten in der Gruppe mit Betreuungsdauern zwischen einem halben und einem Jahr. Dort liegt die Kategorie „unverändert“ bei 39 % und eine gesundheitliche Verbesserung ist bei 12 % eingetreten.

Die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der über ein Jahr betreuten Klientinnen und Klienten stellt sich vollkommen anders dar. Hier ist die Kategorie „unverändert keine/wenige“ gesundheitliche Beeinträchtigungen mit 29 % am schwächsten ausgeprägt, die Verbesserungen mit 17 % am stärksten, jedoch auch die Verschlechterungen mit 8 %.

Die Ergebnisse zeigen, dass Menschen mit stärkeren gesundheitlichen Beeinträchtigungen länger in der Betreuung bleiben, sich gesundheitlich stabilisieren und zum Teil verbessern.



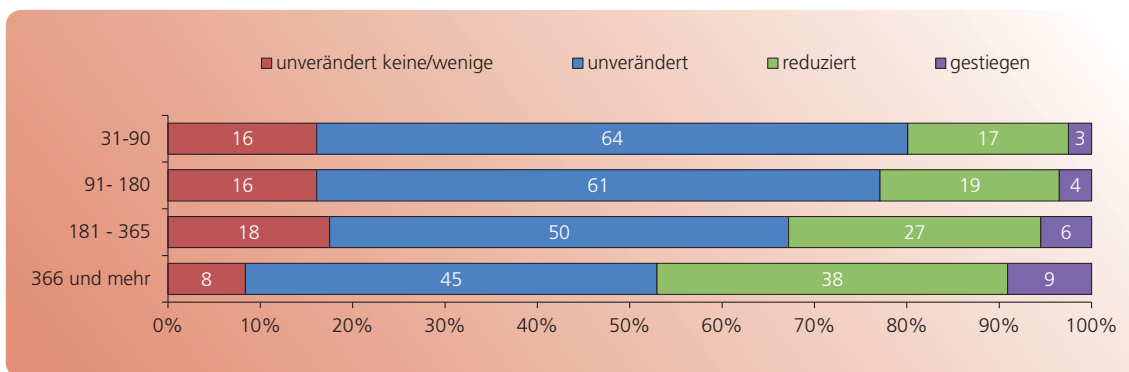
Abbildung 3.16:  
Verlaudo Gesundheitliche Beeinträchtigungen nach Betreuungsdauer



Die Daten zur psychischen Belastung wurden analog zur oben skizzierten gesundheitlichen Belastung aufbereitet. Jedoch zeigen die psychischen Belastungen einen sehr viel deutlicheren Zusammenhang zwischen Betreuungsdauer und Verbesserung der Befindlichkeit. Bei fast gleichen Anteilen in der Kategorie „unverändert keine/wenige“ bei Betreuungsdauern bis zu einem Jahr, verbessert sich die psychische Belastung bei Betreuungsdauern bis zu 90 Tagen bei 17 % der Klientinnen und Klienten, bei Betreuungsdauern bis zu 180 Tagen bei 19 % der Betreuten und bei Betreuungsdauern bis zu einem Jahr bei 27 %. Verschlechterungen zeigen sich jedoch auch zeitabhängig aber in einer deutlich geringeren Ausprägung.

Die deutlichsten Effekte zeigt die Gruppe der über ein Jahr Betreuten. Hier verbessern sich 38 % der Klientinnen und Klienten. Auch wenn der Anteil an Menschen mit keinen oder wenigen psychischen Belastungen zu Betreuungsbeginn deutlich niedriger liegt, also sich hier eine Gruppe von stärker belasteten abzeichnet, ist der Effekt nicht ausschließlich hierdurch zu erklären.

Abbildung 3.17:  
Verlaudo psychische Belastungen nach Betreuungsdauer

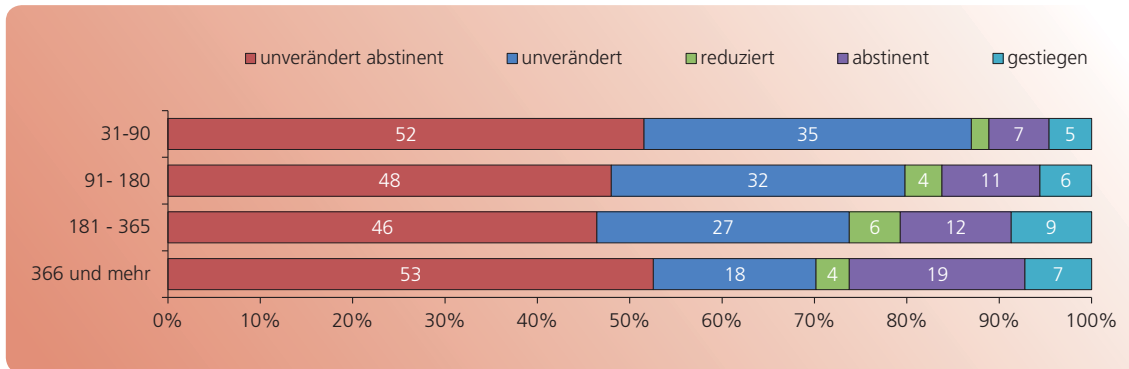


## Konsum

Die Angaben zum Konsum von Heroin, bezogen auf die letzten 30 Tage zu Betreuungsbeginn und Betreuungsende wurden pro Betreuung in Klassen eingeteilt. War eine Klientin oder ein Klient am Anfang der Betreuung abstinent vom Heroinkonsum und konnte dies bis zum Betreuungsende aufrechterhalten, erhielt dieser die Zuordnung „unverändert abstinent“. Konsumierte ein Klient am Anfang der Betreuung und trat keine Veränderung im Konsum bis zum Betreuungsende auf, wurde die Kategorie „unverändert“ als Klassifikation gewählt. Wenn am Betreuungsanfang ein Konsum vorlag und am Betreuungsende, aber auf niedrigerem Niveau wurde mit „reduziert“ klassifiziert oder aber bei Abstinenz am Betreuungsende „abstinent“. „Gestiegen“ wurde gewählt, wenn der Konsum am Betreuungsende den Konsum am Betreuungsanfang überstieg.

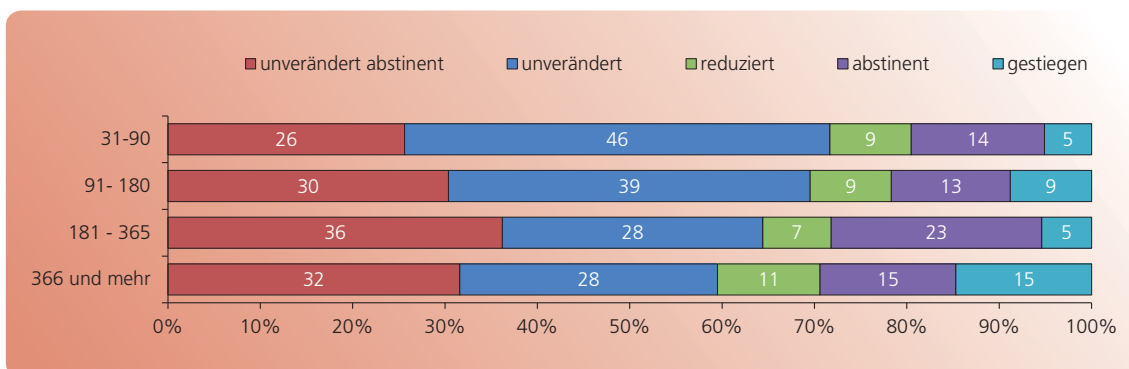
Abbildung 3.18 verdeutlicht, dass bei gut 50 % der Betreuten, unabhängig von der Betreuungsdauer, die zu Betreuungsbeginn vorliegende Abstinenz von Heroin über die Betreuung hinweg aufrecht erhalten werden konnte. „Gestiegener“ Konsum konnte nur bei einer sehr kleinen Gruppe von 5 % bis 7 % ausgemacht werden. „Unveränderten“ Konsum zeigten, abhängig von der Betreuungsdauer zwischen 35 % und 18 %. Je länger die Betreuung andauert, desto mehr Menschen verringern ihren Suchtmittelkonsum und umso mehr Menschen erreichen die Abstinenz vom Heroinkonsum.

**Abbildung 3.18:**  
Verlaudo Heroinkonsum nach Betreuungsdauer



Analog zum Heroinkonsum wurden die Alkoholkonsumdaten integriert. Die Analysen zeigen jedoch ein stärker heterogenes Bild als die Veränderungen im Heroinkonsum. Es deutet sich an, dass je länger eine Betreuung andauert, desto abstinenter kommen die Betreuten schon zu Betreuungsbeginn. Auch wenn über alle Dauern 26 % der Betreuten während der Betreuung ihren Alkoholkonsum reduzieren oder abstinent werden, zeigt die Betreuungslänge keinen eindeutigen Effekt. Betreuungen über ein Jahr lassen den Anteil an abstinent Gewordenen gleich groß werden mit dem Anteil an Betreuten mit gestiegenem Konsum.

**Abbildung 3.19:**  
Verlaudo Alkoholkonsum nach Betreuungsdauer

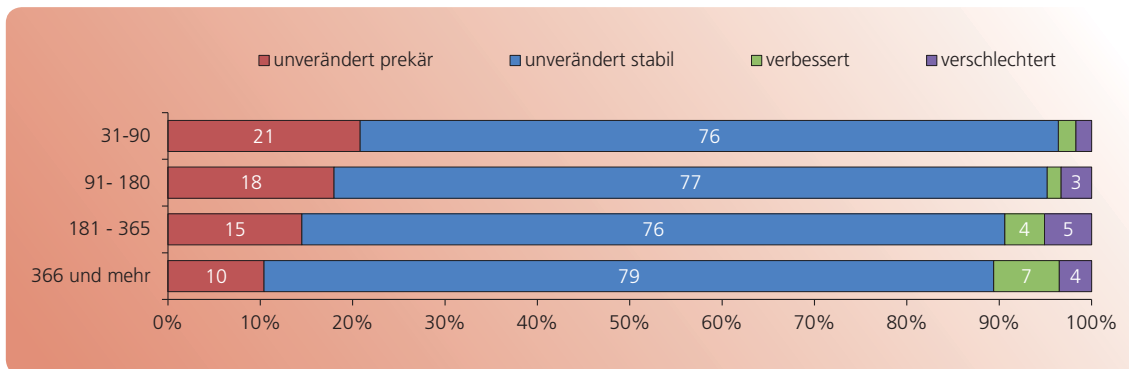


## Wohnsituation

Die jeweilige Wohnsituation zu Betreuungsbeginn und Betreuungsende wurde für jede Betreuung analysiert und entweder der Situation „prekäre und instabile Wohnsituation“ zugeordnet oder aber „stabile Wohnsituation“. Änderte sich die Wohnsituation von Betreuungsbeginn zu Betreuungsende nicht, wurde dies als entweder „unverändert prekär“ oder „unverändert stabil“ kategorisiert. Wenn von Betreuungsbeginn zu Betreuungsende ein Wechsel der Situation eintrat, wurde dies von „prekär“ auf „stabil“ als „verbessert“ bezeichnet und von „stabil“ auf „prekär“ als „verschlechtert“.

Es zeigt sich, dass die Wohnsituation wenig Veränderungen zwischen Betreuungsbeginn und Betreuungsende aufweist. Etwa drei Viertel kommen mit einer stabilen Wohnsituation in die Betreuung und können, wohl auch durch die Betreuungseffekte, diesen stabilen Zustand der Wohnsituation aufrechterhalten. Es deutet sich jedoch auch an, dass prekäre Wohnsituationen zu Betreuungsbeginn eher mit kürzeren Betreuungsdauern assoziiert sind und ganz generell die Effekte der Betreuung Klienten in eine stabile Wohnsituation zu bringen gering sind.

**Abbildung 3.20:**  
Verlaudo Wohnsituation nach Betreuungsdauer



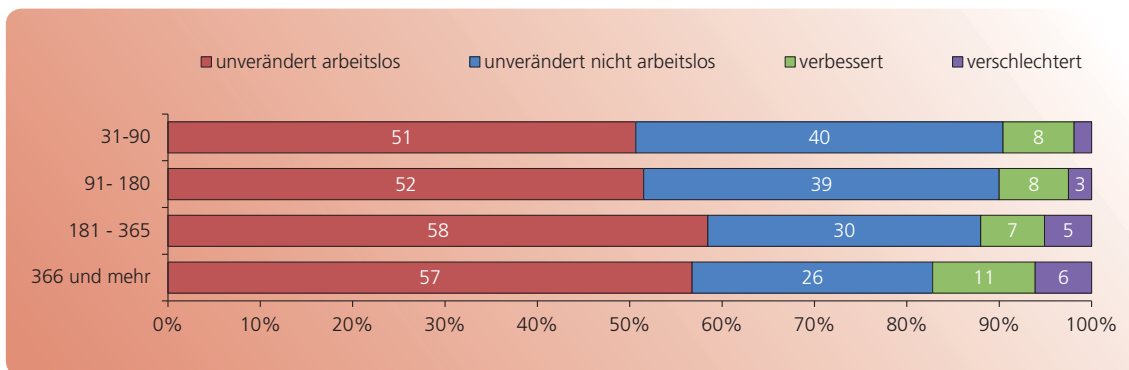
### Arbeitslosigkeit und Einkommen

Der Erwerbsstatus zu Betreuungsbeginn wurde zu den Gruppen „arbeitslos“ und „nicht arbeitslos“ zusammengefasst. Wenn keine Veränderung zwischen Betreuungsbeginn und Betreuungsende bei einem Betreuten bzw. einer Betreuten vorlag, wurden diese entweder der Gruppe „unverändert arbeitslos“ oder aber „unverändert nicht arbeitslos“ zugeordnet. Veränderte sich der Zustand von Betreuungsbeginn zu Betreuungsende von „arbeitslos“ auf „nicht arbeitslos“ erhielt der Betreute oder die Betreute die Kategorisierung „verbessert“ und im umgekehrten Fall „verschlechtert“.

Die Betreuung scheint stabilisierend auf die Arbeitssituation zu wirken. In beide Veränderungsrichtungen gibt es nur kleinere Effekte. Über alle Betreuungsdauern hinweg zeigt sich, dass von 1.137 Arbeitslosen zu Betreuungsbeginn 176 Betreute (8 %) ihre Situation verbessern und 77 Betreute bzw. 4 % ihre Situation verschlechtern.

Es zeigt sich jedoch auch, dass mit zunehmender Betreuungsdauer die Arbeitslosigkeit zu Betreuungsbeginn zunimmt. Sind bei Betreuungszeiten zwischen 31 und 90 Tagen 40 % nicht arbeitslos, so fällt dieser Wert auf 26 % bei Betreuungsdauern von 366 Tagen und mehr.

**Abbildung 3.21:**  
Verlaudo Arbeitslosigkeit nach Betreuungsdauer



## 4. Cannabis

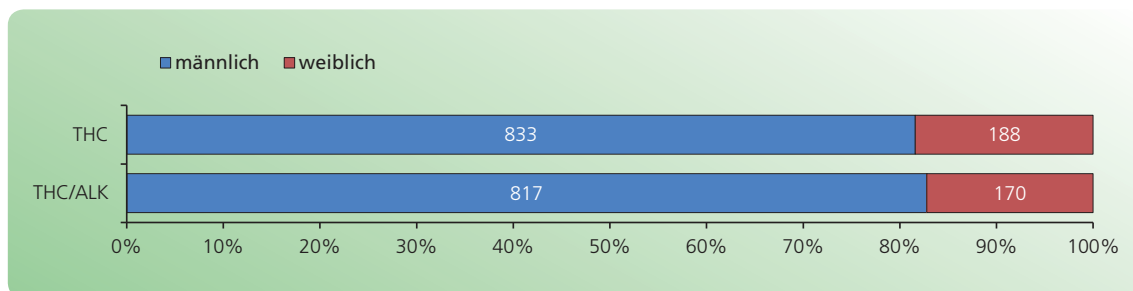
### 4.1 Datengrundlage

Bei 5.766 Klientinnen und Klienten des ambulanten Hamburger Suchthilfesystems des Jahres 2010 wurde ein problematischer Cannabiskonsum dokumentiert: Das sind 43 % aller Klientinnen und Klienten des Jahres 2010 (N=13.414). Bei 2.380 Betreuungen stand der problematische Cannabiskonsum im Vordergrund, denn hier war dieser das hierarchisierte Hauptproblem (siehe Erläuterung zur Hierarchie, Kapitel Datengrundlage). Diese Anzahl durchgeführter Betreuungen deckt sich annähernd mit der aus dem vergangenen Berichtsjahr: Im Jahr 2009 wurden 2.373 Betreuungen zur Hauptproblematik Cannabis in Anspruch genommen. Die 2.380 Betreuungen (2010) verteilen sich auf genau 2.008 Klientinnen und Klienten, so dass durchschnittlich je Klient(in) also 1,2 Betreuungen im Berichtsjahr nachgefragt wurden. 85 % dieser 2.008 Personen besaßen eine einzige Betreuung. Lediglich 3 % haben drei oder mehr Betreuungen in Anspruch genommen.

Der problematische Cannabiskonsum zeigt sich in den Einrichtungen der Hamburger Suchthilfe stark männlich dominiert: 82 % der betreuten Personen sind männlichen Geschlechts, sie fragen einen ebenso großen Anteil (82 %) der Betreuungen für die Problemhauptsubstanz Cannabis nach.

Die Gruppe der problematisch Cannabis konsumierenden Klientinnen und Klienten teilt sich in zwei Subgruppen, die sich in Bezug auf soziodemographische und betreuungsspezifische Merkmale voneinander unterscheiden: Auf der einen Seite befinden sich die reinen Cannabiskonsument(inn)en, die diese Substanz auf problemverursachende Art konsumieren (im Folgenden: THC; N=1.021; 51 % der Klientinnen und Klienten; 9 % mit zwei oder mehr Betreuungen) und auf der anderen Seite diejenigen, die zusätzlich auch Alkohol auf problematische Weise konsumieren (im Folgenden: THC/ALK; N=987; 49 % der Klientinnen und Klienten; 22 % mit zwei oder mehr Betreuungen). Unterschiede zwischen beiden Gruppen werden im Folgenden – ebenso wie zwischen den Geschlechtern – benannt, wenn diese relevant sind.

**Abbildung 4.1:**  
Anzahl der Cannabis-Klientinnen und Klienten nach Konsumentengruppe und Geschlecht, 2010



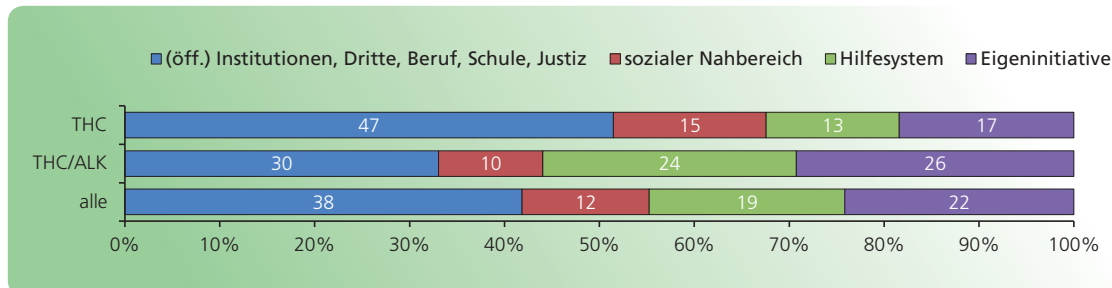
### 4.2 Betreuungen

Die 2.380 Betreuungen der 2.008 verschiedenen Klient(innen) wurden durch 39 Einrichtungen erbracht. Etwa jede zweite der aktuellen Cannabis-Betreuungen leistete eine suchtmittelübergreifende Einrichtung, jede vierte eine der Jugendberatung, jeweils etwa jede achte wurde durch eine Einrichtung für illegale bzw. eine für legale Drogen erbracht. Deutliche Unterschiede gibt es bezogen auf die beiden Cannabisgruppen. Die THC-Gruppe wird zu 39 % in suchtmittelübergreifenden Einrichtungen und zu 37 % in Jugendsuchthilfeeinrichtungen erreicht, wohingegen die THC/ALK-Gruppe zu 51 % in den suchtmittelübergreifenden Einrichtungen zu finden ist und nur zu 11 % in Jugendsuchthilfeeinrichtungen, aber mit 20 % deutlich häufiger in Einrichtungstyp „legale Drogen“ als die THC- Gruppe mit 4 %.

Begonnen wurde ein großer Teil der Betreuungen (38%), nachdem Außenstehende – Arbeitgeber, Betrieb, Schule, öffentliche Institutionen, Justiz oder JVA – die Betreuung empfohlen oder veranlasst hatten. Hiermit korrespondieren die Betreuungen, die mit Auflagen, durch die soeben genannten Insti-

tationen, aber auch durch die Wohnungssicherung, Krankenkassen oder Rentenversicherer, versehen sind (26 %). Das engere soziale Umfeld (Familie, Partner/in, Freunde) trägt nur in 12 % der Fälle zum Kontakt zur ambulanten Einrichtung bei; häufiger finden die Klientinnen und Klienten den Weg aus eigener Initiative (22 %) oder werden durch bestehende Kontakte aus dem Hilfesystem ermuntert.

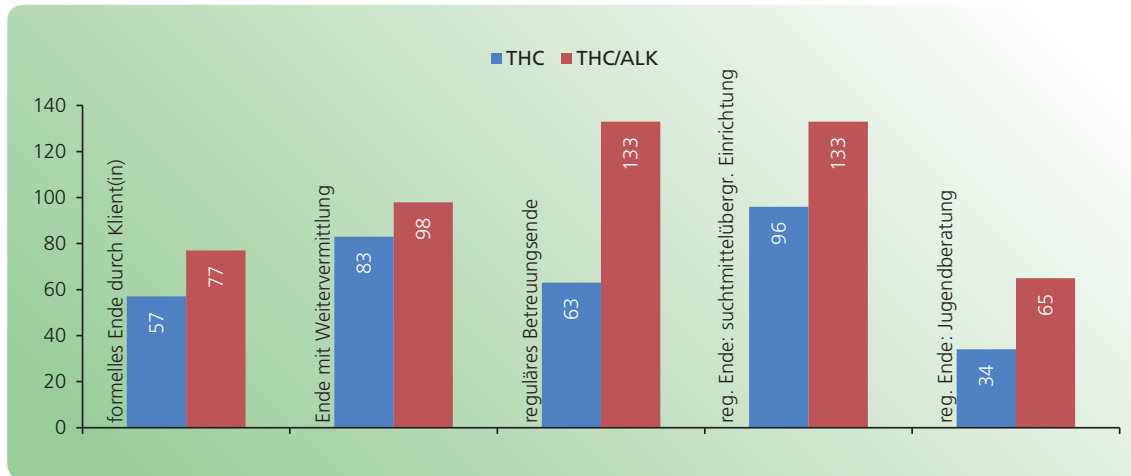
**Abbildung 4.2:**  
Kontaktempfehlungen, nach Konsumentengruppe, Cannabis-Betreuungen, 2010



Es bestehen jedoch Unterschiede zwischen den beiden Subgruppen: Deutlich häufiger werden die THC-Klientinnen und Klienten durch öffentliche Institutionen wie Justiz, JVA oder auch die Wohnungssicherung in die Betreuungen vermittelt. Für die THC/ALK-Klientinnen und Klienten sind die Eigeninitiative und andere (vorausgehende) Betreuungen aus dem Hilfesystem bedeutsamer. Diese vorausgehenden Betreuungen existieren bei den doppelt belasteten, durchschnittlich älteren Klientinnen und Klienten (THC/ALK) in einem höheren Maße: Das spiegelt sich in der Anzahl der Überlappungen mit Klientinnen und Klienten der Vorjahre wider. Während insgesamt genau 900 Klientinnen und Klienten der Gesamtgruppe bereits in einem früheren Jahr in der Bado seit 1997 dokumentiert wurden (45 %), finden sich von den THC/ALK-Klientinnen und Klienten bereits 612 (62 %) in der elektronischen Dokumentation der Vorjahre. Unter den THC-Klientinnen und Klienten sind dies aber nur 28 % (N=288). Für diese Gruppe gilt: Die aktuelle Betreuung ist in der Regel die erste Betreuung im ambulanten Hamburger Suchthilfesystem.

Die Cannabis-Betreuungen des Jahres 2010 dauerten durchschnittlich 85 Tage, bis sie beendet wurden. In Bezug auf die beiden Konsumentengruppen zeigen sich Unterschiede in der Betreuungslänge. Eine Betreuung der THC-Klientinnen und Klienten endet – unabhängig von der Art des Betreuungsendes – durchschnittlich nach bereits 70 Tagen, die der THC/ALK-Klientinnen und Klienten einen Monat später (101 Tage). Besonders deutlich zeigt sich die unterschiedliche Betreuungsdauer bei einem regulären Abschluss: Solche Betreuungen der THC-Klientinnen und Klienten enden nach 63 Tagen, die der THC/ALK-Klientinnen und Klienten allerdings erst nach 133 Tagen. Sie dauern also mehr als doppelt so lange. Ein gegensätzliches Muster wird deutlich, wenn die Betreuungen, die mit einer Weitervermittlung in eine andere Einrichtung schließen, betrachtet werden: Klientinnen und Klienten mit einem alleinigen Cannabisproblem werden nach durchschnittlich 83 Tagen weitervermittelt, bleiben also länger in Betreuung als die regulären Beender, aber kürzer als die THC/ALK-Klientinnen und Klienten, die weitervermittelt werden (98 Tage). Deren Betreuungen enden durch eine Weitervermittlung zügiger, als wenn sie regulär zu Ende gehen. Ebenfalls erhebliche Unterschiede zeigen sich zwischen den unterschiedlichen Einrichtungstypen: Die regulär beendeten THC-Betreuungen schließen in der Jugendberatung bereits nach durchschnittlich 34 Tagen – in der suchtmittelübergreifenden Einrichtung dauert eine solche Betreuung durchschnittlich etwa dreimal so lang: 96 Tage. Die THC/ALK-Klientinnen und Klienten werden in der Jugendberatung bei einem regulären Ende durchschnittlich doppelt so lang gebunden wie die THC-Klientinnen und Klienten (65 Tage statt 34 Tage).

Abbildung 4.3:  
Betreuungsdauer in Tagen, nach Konsumentengruppe, Betreuungsende und  
Einrichtungstyp, 2010



Etwas mehr als jede zweite Betreuung wurde regulär oder durch eine Weitervermittlung in eine andere Einrichtung beendet (56 %). Fast jede zweite Cannabisbetreuung (44 %) endete vorzeitig: vornehmlich durch Kontaktverlust (über zwei Monate; 33 %), aber ebenfalls durch die Einrichtung oder die Klientinnen und Klienten beendet oder aber durch Haft oder Abschiebung ausgelöst. Betreuungen der THC-Klientinnen und Klienten enden häufiger regulär (49 %) als die der THC/ALK-Klientinnen und Klienten (29 %). Letztere münden aber in größerem Ausmaß in einer gezielten Weitervermittlung (22 %) als die Betreuungen der Klientinnen und Klienten, die ausschließlich mit dem Cannabis Probleme besitzen (11 %).

### 4.3 Personen

Die im Jahr 2010 in der Hamburger Basisdatendokumentation erfassten Personen mit einem vornehmlichen Cannabiskonsumproblem sind durchschnittlich 27,9 Jahre alt. Die betreuten Männer sind mit 27,6 Jahren durchschnittlich 1,5 Jahre jünger als die Frauen (29,1 Jahre). Zwischen den beiden Cannabis-Subgruppen bestehen markante Unterschiede: Während die reinen Cannabiskonsumt(inn)en durchschnittlich 23,3 Jahre alt sind, liegt das Durchschnittsalter derer, die auch mit dem Konsum von Alkohol erhebliche Probleme haben, zum Zeitpunkt der Betreuung mit 33 Jahren um etwa 9 Jahre höher. Frauen sind in beiden Gruppen durchschnittlich älter als Männer: in der Gruppe der THC-Klientinnen und Klienten um 2,0 Jahre (♀: 24,9/ ♂: 22,9) und unter den THC/ALK-Klientinnen und Klienten um 1,4 Jahre (♀: 33,6 / ♂: 32,2). Der Altersunterschied der beiden Gruppen wird beim Vergleich der Anteile der bis zu 27-Jährigen besonders deutlich: 75 % der Gruppe der reinen Cannabiskonsumt(inn)en befinden sich in diesem (jungen) Alter. Bei denjenigen, deren Alkoholkonsum zusätzlich problematisch ist, finden sich hingegen lediglich 43 %, die das Alter von 28 Jahren noch nicht erreicht haben.

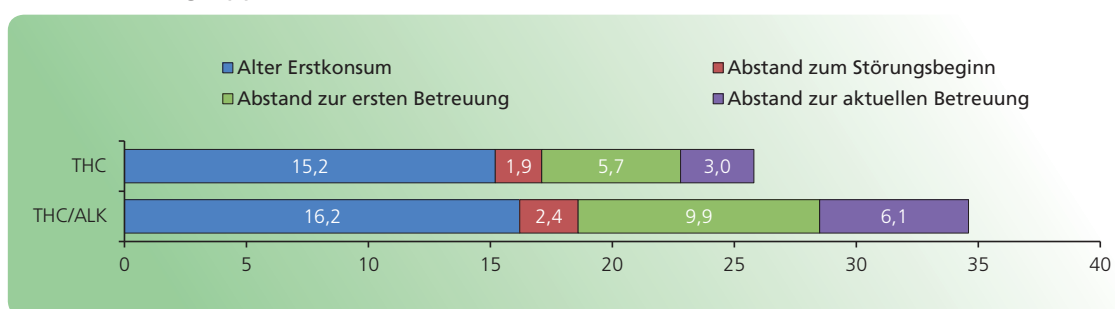
Der Migrationsanteil unter den Klientinnen und Klienten mit problematischem Cannabiskonsum liegt bei 32 %. Das sind 7 Prozentpunkte mehr als unter allen ambulant Hilfesuchenden. Unter den Klientinnen ist der Migrationsanteil mit 27 % etwas geringer (minus sechs Prozentpunkte) als bei den Klienten (33 %). Die beiden Untergruppen zeigen sich insgesamt kaum verschieden: In der THC-Gruppe befinden sich 6 Prozentpunkte mehr Personen mit einem Migrationshintergrund (35 % bzw. 29 %). Der genauere Blick offenbart Differenzen: Während unter den ausschließlich Cannabis Konsumierenden jede(r) Vierte als Kind von Migranten geboren wurde, ist dies unter den Cannabis und Alkohol Konsumierenden nur etwa jede(r) Achte. Stattdessen ist in letzterer Gruppe jede(r) Sechste selbst migriert – in der ersten Gruppe trifft dies nur auf jede/n Zehnten zu.

## 4.4 Konsum und Betreuungsbeginn

Cannabisklientinnen und -klienten konsumierten diese Substanz zuerst im Alter von durchschnittlich 15,6 Jahren. Das Cannabiseinstiegsalter der Hamburger Klientinnen und Klienten zeigt sich damit auf dem gleichen Niveau wie das aller Cannabisklientinnen und -klienten in ambulanten deutschen Suchthilfeeinrichtungen (15,3 Jahre).

Klientinnen und Klienten, die 2010 neben dem Cannabis ebenfalls problematisch Alkohol konsumierten, begannen später mit dem Konsum des Cannabis – nämlich im Alter von 16,2 Jahren – als die ausschließlichen Cannabiskonsumenten (deren Erstkonsum liegt im Alter von 15,2 Jahren). Der Störungsbeginn folgte circa zwei Jahre später: genau 1,9 Jahre (THC) bzw. 2,4 Jahre (THC/ALK) nach dem Erstkonsum. Durchschnittlich und über alle betrachtet beginnt die Cannabisstörung der Klientinnen und Klienten im Alter von 17,8 Jahren.

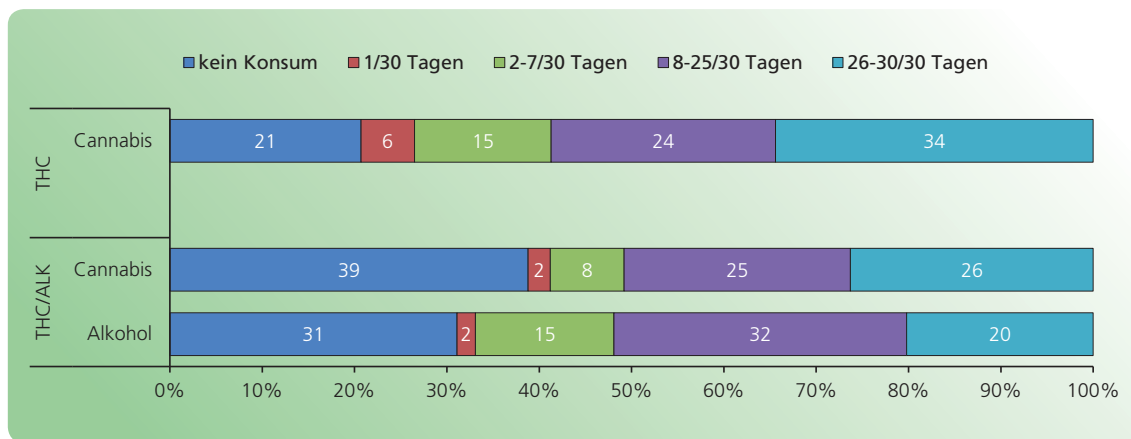
**Abbildung 4.4:**  
Alter von Erstkonsum, Störungsbeginn, erster und aktueller Betreuung, nach Konsumentengruppe, in Jahren, 2010



Die Latenzzeit – bis dann erster Rat in einer ambulanten Betreuung gesucht wird – beträgt 5,7 (THC) bzw. 9,9 Jahre (THC/ALK) und zeigt sich also zwischen diesen Untergruppen der Cannabisklientinnen und -klienten deutlich unterschiedlich. Die erste Betreuung fand so im Alter von 22,8 (THC) bzw. 28,5 (THC/ALK) Jahren statt. Bis zur aktuellen Betreuung vergingen durchschnittlich 8,7 (THC) bzw. 16 Jahre (THC/ALK) seit dem Cannabisstörungsbeginn.

Zum Beginn der aktuellen Betreuung besitzt ein beachtenswerter Anteil der Cannabisklientinnen und -klienten einen sehr geringen bzw. gar keinen Cannabiskonsum: Etwa jede(r) Dritte dieser Gesamtgruppe konsumierte in den 30 Tagen vor der Aufnahme der Betreuung überhaupt kein Cannabis oder höchstens an einem Tag. Unter den Klientinnen und Klienten, die ausschließlich mit dieser Substanz Probleme besaßen, waren es 27 % und unter denjenigen, die zusätzlich mit dem Alkoholkonsum Probleme besaßen, sogar 41 %. Auf der anderen Seite fanden sich in dieser Gruppe (THC/ALK) 26 % Klientinnen und Klienten, die fast täglich Cannabis zu sich nahmen, in der Teilgruppe mit ausschließlichen Cannabisproblemen (THC) waren es 8 Prozentpunkte mehr (34 %), die diese große Konsumhäufigkeit aufwiesen. Ein vergleichbares Bild zeigt sich für den Alkoholkonsum der Teilgruppe, die auch mit dieser Substanz erhebliche Probleme besitzt: Jede(r) Dritte konsumierte keinen Alkohol zu Betreuungsbeginn und jede(r) Fünfte nahm ihn fast täglich zu sich. Es stellt sich die Frage, welche Gründe für diesen beachtenswerten Anteil quasi Abstinenter unter den erreichten Klientinnen und Klienten mit erheblichen Cannabisproblemen bestehen. Zwischen den Teilgruppen scheinen sich aber auch Unterschiede anzudeuten: So ist ein deutlich kleinerer Teil der THC-Gruppe zu Beginn der Betreuung abstinent als in der THC/ALK-Gruppe (minus 18 Prozentpunkte). Auch ist der fast tägliche Konsum der problematischen Substanz(en) in der reinen Cannabisgruppe deutlich häufiger anzutreffen als in der THC/ALK-Gruppe (plus 8 Prozentpunkte).

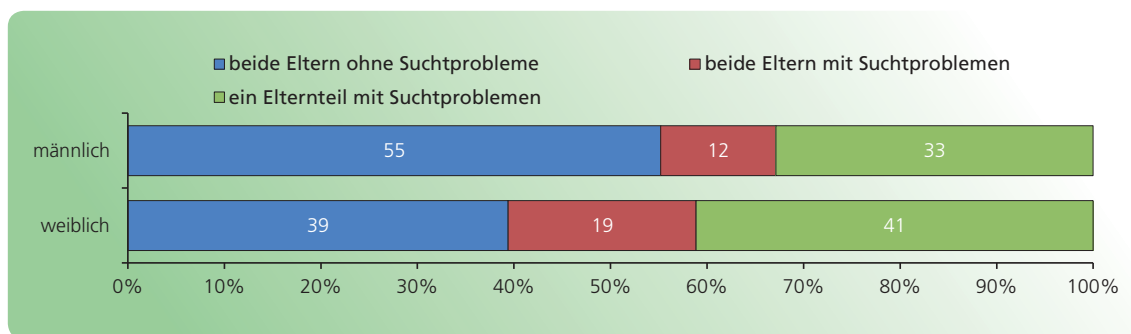
Abbildung 4.5:  
Konsumhäufigkeit, nach Konsumentengruppe, zu Betreuungsbeginn, 2010



## 4.5 Biografischer Hintergrund und soziale Situation

Die betreuten Cannabis-Klientinnen und Klienten des ambulanten Hamburger Suchthilfesystems zeigen sich in vielfältiger Hinsicht und massiv biografisch vorbelastet. Dies gilt in besonderem Maße für die Klientinnen. Von den mit Cannabisproblemen betreuten Mädchen und Frauen stammen nur 39 % aus Familien, in denen kein Elternteil eigene Suchtprobleme besitzt, bei den Männern und Jungen sind es „immerhin“ 55 %. Nicht einmal jede zweite Klientin und nur jeder zweite Klient ist also ohne familiäre Suchterfahrung aufgewachsen. Die Klientinnen haben häufiger einen und auch häufiger zwei suchtbela-stete Elternteile(n) als die Klienten.

Abbildung 4.6:  
Eltern der Cannabis-Klientinnen und Klienten mit Suchtproblemen, nach Geschlecht, 2010



Die Klientel weist einen beträchtlichen Anteil jenseits der Familie Aufgewachsener auf: 21 % der wegen eines Cannabisproblems Betreuten wuchsen auch im Heim bzw. im Rahmen öffentlicher Erziehung auf. Auch hier verfügen Frauen und Mädchen eher über diese Erfahrung (30 %) als Jungen und Männer (19 %). Dies bedeutet, dass für fast jede dritte Cannabis-Klientin und jeden fünften Cannabis-Klienten gilt, dass sie aus dermaßen prekären familiären Zuständen stammen, dass sich die öffentliche Verwaltung genötigt sah, massiv in das Erziehungsrecht der Eltern einzugreifen.

Hinzu treten körperliche und im speziellen auch sexuelle Gewalterfahrungen, die die Betreuten erleiden mussten: Mehr als die Hälfte aller Cannabis-Klientinnen und Klienten berichten von erlittenen, körperlichen Gewalterfahrungen (54 %). Auch dies gilt in höherem Maße für die Frauen und Mädchen: Von ihnen sind es 66 %, die diese Erfahrungen machen mussten (männliche Klienten: 52 %). Sexuelle Gewalttaten richteten sich in noch stärkerem Maße einseitig gegen die Klientinnen: 42 % von ihnen waren diesen ausgesetzt. 6 % der Klienten waren davon betroffen. Insgesamt hat jede(r) achte der betreuten Cannabis-Klientinnen und Klienten sexuelle Gewalttaten erfahren.



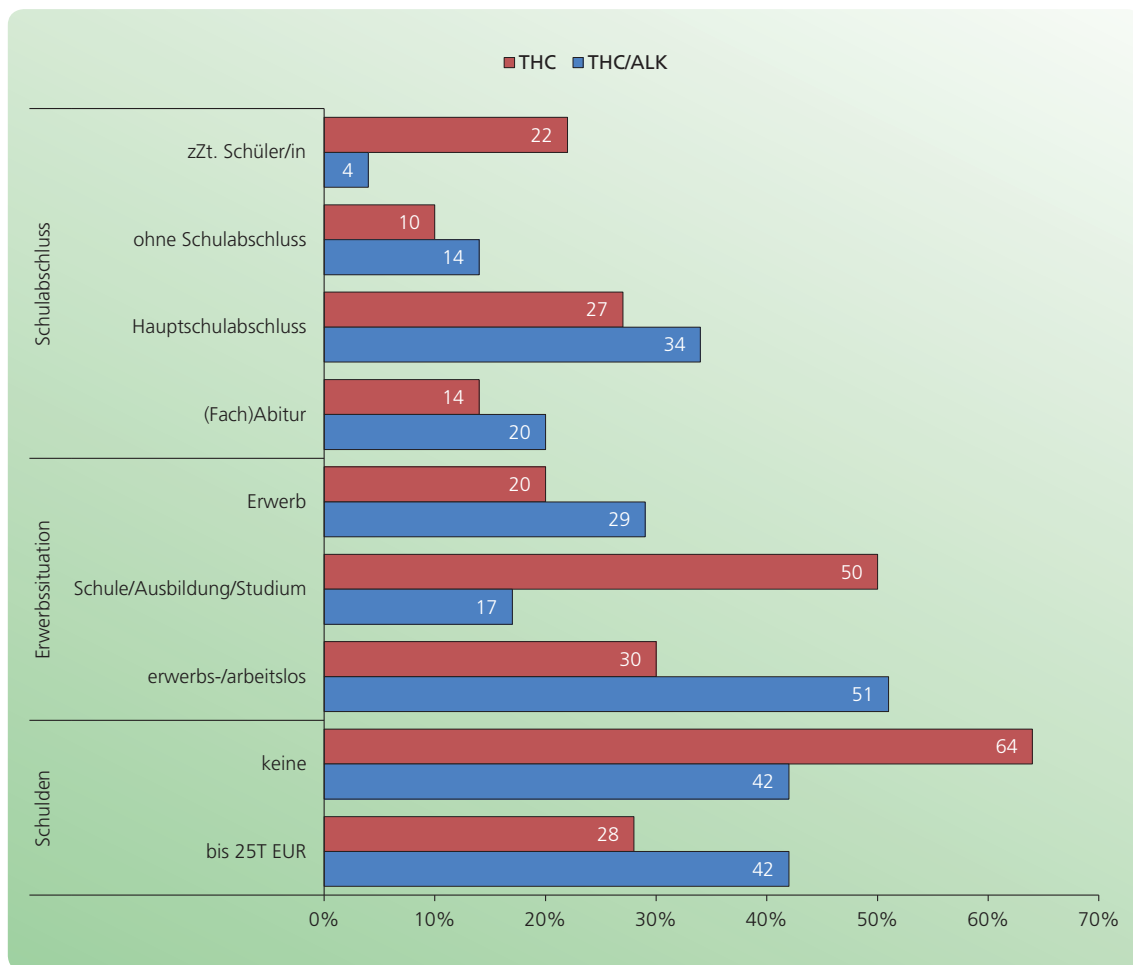
Zu den Faktoren, die die biografische Gesamtsituation prägen, gehören auch die eigenen Konflikte mit den gesellschaftlichen Regeln, die ihren stärksten Ausdruck in Verurteilungen und – unabhängig von der formellen, rechtlichen Bestrafung – in eigener Gewaltausübung finden. Einer von drei Cannabis-Klientinnen und Klienten gibt an, im Leben bereits mindestens einmal von einem Gericht zu einer Strafe verurteilt worden zu sein. Durchschnittlich verweist jede(r) dieser Verurteilten auf 1,6 Verurteilungen. Dies waren Körperverletzungen (15 %), BtM-Delikte (10 %), Taten der Beschaffungskriminalität (8 %), Alkohol- und/oder Drogeneinfluss am Steuer (6 %) und andere Delikte (15 %). Männer kommen häufiger als Frauen auf diese Weise mit dem Rechtssystem in Konflikt – das gilt für alle bezeichneten Delikte. Wenn über eigene Gewaltausübung, unabhängig von einem formellen rechtlichen Verfahren, berichtet wird, steigen die eigenen (Täter-)Anteile. 44 % der Cannabis-Klientinnen und Klienten geben an, selbst bereits Gewalt gegen andere ausgeübt zu haben, unter den Männern sind dies 46 % und unter den Frauen 37 %.

Während der Betreuung sind die Cannabis-Klientinnen und Klienten in der Regel ledig (86 %), zwischen den Geschlechtern bestehen nur geringe Unterschiede. Allerdings sind die Klientinnen und Klienten, die sich wegen eines ausschließlichen Cannabisproblems in Betreuung befinden, zu einem größeren Teil ledig als die THC/ALK-Klientinnen und Klienten (plus 14 Prozentpunkte). Letztere sind häufiger verheiratet oder bereits wieder geschieden (zusammen: plus 12 Prozentpunkte). Tatsächlich alleinstehend sind etwa 2/3 der Klientinnen und Klienten, 70 % der THC-Klientinnen und Klienten und 61 % der THC/ALK-Klientinnen und Klienten. Von einer festen Beziehung, in der mit der Partnerin bzw. dem Partner zusammen gelebt wird, berichten nur 12 % der THC-Klientinnen und Klienten; von den THC/ALK-Klientinnen und Klienten sind dies 18 %. Klientinnen sind seltener alleinstehend (minus zehn Prozentpunkte) als Männer, leben aber nur geringfügig häufiger mit einem Partner zusammen (plus vier Prozentpunkte) als sie. Denn Frauen geben auch häufiger als Männer an, zwar über eine feste Partnerschaft zu verfügen, mit dem Partner aber gleichwohl nicht zusammen zu leben (plus sechs Prozentpunkte). Dass die Partnerschaften allerdings nicht per se ein allein stabilisierender Faktor im Leben der Klientinnen und Klienten sein müssen, wird durch die Tatsache deutlich, dass viele der Partnerinnen und Partner ebenfalls ein Suchtproblem besitzen. Von allen partnerschaftlich gebundenen Klientinnen geben 61 % an, dass ihr Partner ebenfalls ein Suchtproblem besitzt; unter den Klienten betrifft dies 16 %. Zwischen den beiden Konsumentengruppen gibt es hinsichtlich dieser Frage keinen Unterschied. Tatsächlich allein leben die Klientinnen (40 %) ebenso häufig wie die Klienten (38 %). Allerdings leben (nur) sie allein mit einem oder mehreren Kindern (♀: 10 %; ♂: 1 %); Männer leben doppelt so häufig wie Frauen (noch) bei den Eltern (♂: 38 %; ♀: 19 %). Zwischen den beiden Klientinnen und Klientengruppen zeigen sich ebenfalls Unterschiede: Die THC-Klientinnen und Klienten leben erheblich seltener allein (29 %) als die Gruppe der THC/ALK-Klientinnen und Klienten, in der dies auf jede/n Zweite zutrifft (49 %). Jede(r) Zweite der THC-Klientinnen und Klienten lebt mit den Eltern zusammen (48 %), bei den THC/ALK-Klientinnen und Klienten gilt dies nur für 21 %.

Die so zuletzt beschriebene Lebenssituation spiegelt sich in der Wohnsituation wieder: Etwa jede(r) zweite Klient(in) lebt in einer eigenen Wohnung (56 %), auf Frauen trifft dies in stärkerem Maße zu (67 %) als auf Männer (54 %). Diese wohnen häufiger bei Angehörigen (35 %) als die Frauen (18 %). Sieben % der betreuten Cannabis-Klientinnen und Klienten sind inhaftiert, dies sind fast ausschließlich Männer. Entsprechend zeigt sich die Wohnsituation bei den zwei Subgruppen: THC/ALK-Klientinnen und Klienten leben häufiger in eigener Wohnung (67 %) und seltener bei Angehörigen (19 %) als die THC-Konsumgruppe (46 % bzw. 43 %).

Die beiden Cannabissubgruppen zeigen sich auch in soziodemografischer Hinsicht verschieden – das wird an den bedeutenden Kategorien ausgewählter Items deutlich. So befinden sich unter den THC-Klientinnen und Klienten 22 % aktueller Schülerinnen und Schüler, unter den THC/ALK-Klientinnen und Klienten sind es nur 4 %. In der Gruppe letzterer haben 34 % die Schule mit einem Hauptschulabschluss beendet, 7 Prozentpunkte mehr als in der Gruppe der THC-Klientinnen und Klienten. Von denjenigen, die sowohl ein Alkohol- als auch ein Cannabisproblem besitzen, gehen 29 % einer Erwerbstätigkeit nach. Unter denen, die ausschließlich ein Problem mit dem Cannabiskonsum besitzen, sind es lediglich 20 %. Dafür befindet sich in dieser Gruppe jede(r) Zweite noch in der Schule, der Ausbildung oder dem Studium. Von den THC/ALK-Klientinnen und Klienten ist jede(r) Zweite arbeits- oder erwerbslos, unter den THC-Klientinnen und Klienten gilt dies für jede/n Dritte/n.

Abbildung 4.7:  
Soziodemografische Angaben, nach Konsumentengruppe, 2010



Während 64 % der THC-Klientinnen und Klienten keine Schulden besitzen, sind dies unter den THC/ALK-Klientinnen und Klienten nur 42 %, ebenso viele haben aber bis zu 25.000 Euro Schulden – unter den THC-Klientinnen und Klienten sind dies 28 %.

## 4.6 Gesundheitliche Situation

Cannabis-Klientinnen und Klienten weisen während der Betreuung in Bezug auf körperlich-gesundheitliche Beeinträchtigungen ein gemischtes Bild auf. Für jede/n Fünfte/n sind diese mittelmäßig stark, für nur etwa 7 % erheblich oder sogar extrem belastend. Jede(r) Dritte (35 %) weist dagegen geringe Belastungen auf, ein noch etwas größerer Teil (38 %) besitzt keinerlei Einschränkungen. Frauen sind belasteter als Männer: Sie besitzen seltener gar keine Beeinträchtigungen (minus 16 Prozentpunkte) aber häufiger mittelmäßige (plus zehn Prozentpunkte) und erhebliche bzw. extreme körperlich-gesundheitliche Beschwerden (plus sechs Prozentpunkte). Wie zu erwarten war, zeigen sich die Klientinnen und Klienten, die ausschließlich mit dem Cannabis Probleme besitzen, weniger belastet als diejenigen, die zusätzlich mit dem Alkoholkonsum Schwierigkeiten besitzen. Von ersteren hat fast jede(r) Zweite gar keine körperlich-gesundheitlichen Beeinträchtigungen (47 %). Dies gilt nur für 30 % der THC/ALK-Subgruppe. Dagegen gibt es in dieser einen Anteil von 11 %, der erhebliche oder extreme körperliche Beeinträchtigungen besitzt – in der THC-Gruppe sind es lediglich 4 % der Klientinnen und Klienten, die solche haben.

Beim Blick auf einzelne Erkrankungen spiegelt sich dieser Gesamteindruck wieder: Frauen sind häufiger am Nervensystem erkrankt als Männer (10 bzw. 6 %), sie besitzen häufiger Herz-Kreislauf-Beschwerden (14 bzw. 8 %) und auch Schlafstörungen (56 bzw. 41 %). Frauen sind auch eher von weiteren, schwe-

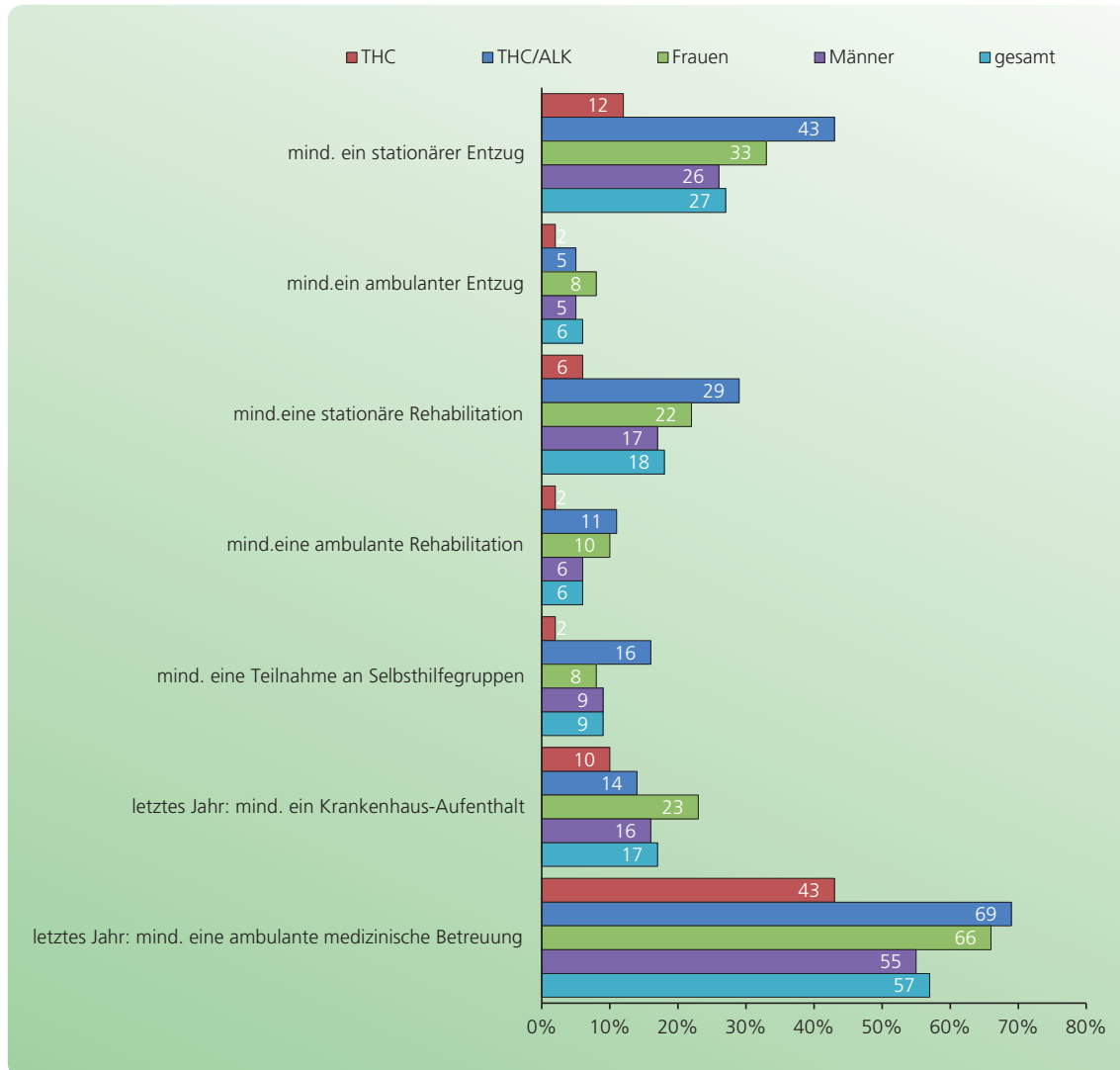
ren Erkrankungen betroffen (34 %) als Männer (17 %). Diese aber haben einen größeren Behandlungsbedarf bei ihren Zähnen (21 %) als die Frauen (13 %). Der Vergleich der Cannabis-Subgruppen offenbart: Die doppelt belastete THC/ALK-Gruppe besitzt mehr Hepatitis-C-Infizierte (3 bzw. 1 %), größere Klientinnen und Klienten-Anteile, die am Nervensystem geschädigt sind (10 bzw. 2 %), die aktuelle Leberschäden besitzen (13 bzw. 1 %), mit einem Delir leben (4 bzw. 1 %), die unter epileptischen Anfällen leiden (5 bzw. 0,4 %), Herz-Kreislauf-Beschwerden besitzen (13 bzw. 4 %) oder auch Atemwegserkrankungen haben (14 bzw. 10 %). Weitere schwere Erkrankungen treffen ebenfalls eher die THC/ALK-Gruppe (25 %) als die ausschließlichen THC-Klientinnen und Klienten (13 %), wie auch ein behandlungsbedürftiger Zahnstatus eher bei den THC/ALK-Klientinnen und Klienten vorliegt (26 bzw. 12 %).

Seelische Belastungen treffen Cannabis-Klientinnen und Klienten häufiger als körperliche, die Verteilung über die beiden Geschlechter und auch über die beiden Untergruppen zeigt sich aber ganz ähnlich wie bei den körperlichen Erkrankungen. Nur 10 % der Cannabis-Klientinnen und Klienten sind gar nicht psychisch belastet (♀: 4 %), dagegen leiden 27 % von ihnen unter erheblichen oder sogar extremen Beschwerden (♀: 42 %). Unter den Einzelerkrankungen treten mit bedeutenden Anteilen im erheblichen oder sogar extremen Bereich besonders hervor die innere Unruhe (17 % aller Klientinnen und Klienten; ♀: 24 %), Depressionen (alle: 14 %; ♀: 25 %) und eine überhöhte Selbsteinschätzung (alle: 13 %).

Mehr als jede(r) siebte der Cannabis-Klientinnen und Klienten hat bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen (15 %) – unter den Klientinnen gilt dies für fast jede Dritte (30 %)! Auch für diesen stärksten Prädiktor einer schweren Erkrankung gilt: Klientinnen und Klienten mit der Doppelbelastung von Cannabis und Alkohol sahen sich bereits häufiger, als diejenigen mit einer ausschließlichen Cannabisproblematik, in einer Situation, in der das Mittel der Selbsttötung als letzter Ausweg schien (THC: 10 %; THC/ALK: 19 %).

Für die aktuell betreuten Cannabis-Klientinnen und Klienten stellt sich – auch angesichts der geschilderten gesundheitlichen Belastungen – die Frage, welche allgemeinmedizinische und speziell suchtmmedizinische Vorerfahrung sie in die Betreuung mitbringen, welche medizinische Hilfe sie also bisher nachgefragt haben. Diese steht in Verbindung mit mindestens zwei Faktoren: der Schwere der jeweiligen Erkrankung und dem für die speziellen Erkrankungen vorgehaltenen Angebot (hier sind mindestens relevant die Hoch- bzw. Niedrigschwelligkeit, der Bekanntheitsgrad, die Verbreitung). Grundsätzlich ist über die Indikatoren der Bado erkennbar, dass Klientinnen und doppelt belastete Konsumenten und Konsumentinnen häufiger medizinische Hilfe nachgefragt haben als Männer bzw. THC-Klientinnen und Klienten. Nur für Selbsthilfegruppen ist erkennbar, dass diese geringfügig häufiger von Männern als von Frauen aufgesucht wurden. Ansonsten gilt: Frauen bzw. THC/ALK-Klientinnen und Klienten hatten deutlich häufiger in den vergangenen 12 Monaten mindestens eine ambulante medizinische Betreuung und waren in diesem Zeitraum auch häufiger mindestens einmal im Krankenhaus. In diesen beiden Gruppen finden sich größere Anteile derjenigen, die bereits überhaupt einmal an einer ambulanten oder stationären Rehabilitation teilgenommen oder auch einen ambulanten bzw. stationären Entzug vorgenommen haben. Während sich unter den suchtmmedizinischen Angeboten bei der ambulanten Rehabilitation und dem ambulanten Entzug zwischen den Gruppen noch vergleichsweise geringe Unterschiede zeigen, nahmen die THC/ALK-Klientinnen und Klienten Selbsthilfegruppen, die stationäre Rehabilitation und auch den stationären Entzug in deutlich größerem Maße in Anspruch als die THC-Klientinnen und Klienten (plus 14 bzw. 23 bzw. 31 Prozentpunkte). Solche erheblichen Unterschiede zeigen sich zwischen den Geschlechtern nicht.

Abbildung 4.8:  
Nachgefragte sucht- und medizinische Hilfen, nach Geschlecht und Konsumentengruppe, 2010



## 4.7 Verlaufsdokumentation (Verlaudo)

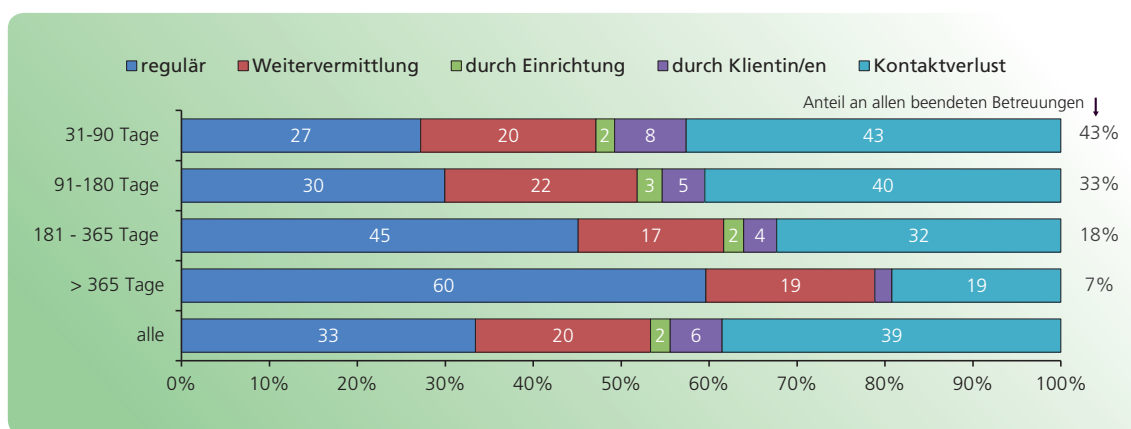
Durch das Datenschutzkonzept gesichert sind mit den elektronisch dokumentierten Informationen der Bado auch Analysen ad personam möglich, ohne die Anonymität der Klientinnen und Klienten zu gefährden. Für Aussagen im Rahmen einer solchen Verlaufsdokumentation wurden – wie bereits in den vergangenen Jahren – Inhaftierte, Einmalkontakte und Betreuungen, die über die Dauer von 30 Tagen nicht hinausgingen, ausgeschlossen, so dass Verzerrungen durch Kurzkontakte vermieden werden. Für den Badojahrgang 2010 können genau 800 solcher Betreuungen von Cannabis-Klientinnen und Klienten identifiziert werden, deren Betreuung im Jahr 2010 beendet wurde. Im aktuellen Abschnitt werden also Aussagen zum Verlauf der einzelnen Betreuungen getroffen. Immer betrachtet wird die Abhängigkeit von der Dauer der Betreuungen. Bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede, werden diese benannt.

Die Verteilung der 800 beendeten Betreuungen über die Geschlechter – 79 % sind solche der männlichen Klienten – entspricht annähernd der Geschlechterverteilung des Bado-Jahrgangs 2010, in dem die Männer einen Anteil von 82 % besitzen. Diese leichte Abweichung kann über die durchschnittliche

Betreuungsdauer erklärt werden: Männer haben größere Anteile von Betreuungen mit einer Dauer von bis zu 30 Tagen, die aus der Betrachtung herausgenommen wurden, so dass Frauen bei den in der Auswertung verbliebenen einen geringfügig größeren Anteil besitzen.

Etwas mehr als die Hälfte aller Cannabis-Betreuungen (53 %) werden entweder regulär oder durch eine Weitervermittlung in eine andere Einrichtung beendet. Hier wurde also entweder das Betreuungsziel erreicht, das zu Beginn der Betreuung festgelegt wurde und seinen Niederschlag in einer bestimmten Anzahl projektierte Einzelsitzungen fand, oder der Betreuungsbedarf der Klientinnen und Klienten wurde in fortgesetzter Betreuung – eben in einer anderen, für die Klientinnen und Klienten besser geeigneten Einrichtung – gedeckt. Annähernd die Hälfte der Cannabis-Betreuungen (47 %) nahm allerdings ein unbefriedigendes Ende: Allein 39 % aller Betreuungen mussten beendet werden, nachdem die Klientinnen und Klienten den Kontakt zur Einrichtung nach zwei Monaten haben abreißen lassen. Nur ein geringer Teil der Betreuungen wird explizit entweder durch die Einrichtungen (2 %) oder durch die Klientinnen und Klienten (6 %) vorzeitig abgebrochen.

Abbildung 4.9: Verlaudo Art des Betreuungsendes, nach Betreuungsdauer, 2010



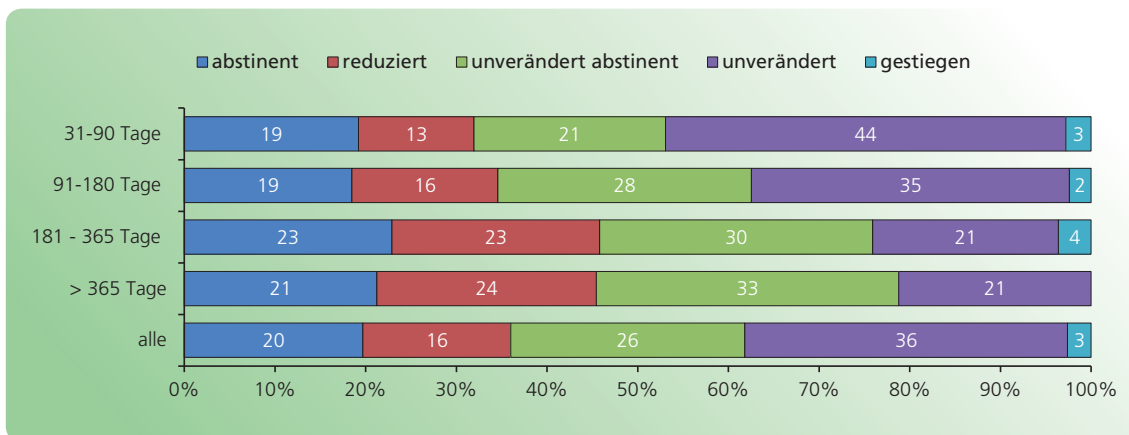
Es ist erkennbar, dass die Rate der „stillen“ Abbrüche – das Fernbleiben der Klientinnen und Klienten – mit zunehmender Dauer der Betreuung abnimmt. Gelingt eine Bindung der Klientinnen und Klienten über einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr, beginnt der Anteil regulär beendeter Betreuungen deutlich zu steigen, dies setzt sich nochmals fort bei Betreuungen, die länger als ein Jahr anhalten. Nicht abhängig von der Dauer der Betreuung ist der Anteil der Weitervermittlungen in andere Einrichtungen – er liegt immer bei etwa 20 %.

Mit Blick auf die beiden Konsumentensubgruppen ist feststellbar, dass die THC-Klientinnen und Klienten zu größeren Anteilen (47 %) kürzere Betreuungen (bis zu 90 Tage) in Anspruch nehmen als die THC/ALK-Klientinnen und Klienten (40 %). Letztere besitzen größere Anteile (29 %) an den längeren Betreuungen (> 180 Tage) als diejenigen, die nur mit dem Cannabiskonsum Probleme besitzen (19 %). Die Betreuungen der THC/ALK-Klientinnen und Klienten werden – über alle Kategorien der Betreuungsdauer – in absoluten Zahlen und auch durchschnittlich häufiger durch Weitervermittlung in eine anschließende Betreuung beendet als die der THC-Klientinnen und Klienten. Wenn beide Kriterien zusammen betrachtet werden, zeigt sich: Dauern die Betreuungen maximal 90 Tage, werden sie von den THC-Klientinnen und Klienten in 30 % der Fälle regulär und in 12 % der Fälle durch eine Weitervermittlung beendet – bei den THC/ALK-Klientinnen und Klienten betragen die entsprechenden Anteile aber 24 und 27 %, so dass die kurzen Betreuungen der doppelt Belasteten häufiger (neun Prozentpunkte) erfolgreich beendet werden als die der einfach Belasteten. Entsprechend größer sind die Anteile der abgebrochenen Betreuungen – ob formell erklärt, durch Fernbleiben vollzogen oder von der Einrichtung ausgesprochen – bei den reinen THC-Klientinnen und Klienten gegenüber den THC/ALK-Klientinnen und Klienten. Beträgt die Betreuungsdauer allerdings mehr als 180 Tage, wird sie für die THC-Klientinnen und Klienten häufiger (plus zehn Prozentpunkte) erfolgreich (regulär oder durch Weitervermittlung) beendet als bei den THC/ALK-Klientinnen und Klienten.

Die Reduktion des Konsums der problemverursachenden Substanz Cannabis ist ein Indikator für den Erfolg der Betreuung. In etwas mehr als jeder dritten Betreuung (36 %) reduzieren die Klientinnen und Klienten ihren Cannabiskonsum: Von diesen erreicht etwas mehr als die Hälfte (55 %) die Abstinenz – das sind 20 % aller Cannabis-Betreuungen. Weitere 26 % aller Betreuungen enden ebenfalls mit abstinenten Klientinnen und Klienten, diese allerdings sind bereits abstinent in die Betreuung hinein gegangen. Die spezifische Leistung der Betreuungen liegt hier also in der Stabilisierung des konsumfreien Zustands der Klientinnen und Klienten; in wie weit andere Aspekte in der Betreuung ebenfalls wichtig waren und welche Priorität jene Stabilisierung hatte, lässt sich aus diesen Zahlen nicht ableiten. Gleiches gilt für die 36 % der Betreuungen, die keine Abstinenz erreichen, bei denen sich der Cannabiskonsum aber ebenfalls im Laufe der Betreuung nicht verändert.

In Bezug auf die unterschiedlichen Betreuungslängen ist es bemerkenswert, dass die längsten Betreuungen den geringsten Anteil unveränderten Cannabiskonsums aufweisen. Dieser nimmt bis zu einer Betreuungsdauer von einem Jahr kontinuierlich ab (minus 23 Prozentpunkte). Dem entspricht ein wachsender Reduktionsanteil nur zum Teil (plus zehn Prozentpunkte). Die Konsumreduktion bis zur Abstinenz scheint nicht abhängig zu sein von der Betreuungsdauer – ihr Anteil verändert sich kaum und schwankt zwischen den unterschiedlichen Betreuungslängen um lediglich plus/minus zwei bis vier Prozentpunkte. Dagegen steigt in den langen Betreuungen kontinuierlich – mit einem deutlichen Schritt zwischen den kurzen (bis zu 90 Tage dauernden) und den nächst längeren – der Anteil derjenigen Klientinnen und Klienten, die bereits abstinent in die Betreuung starten: Ihr Anteil steigt von 21 % auf bis zu 33 % in den längsten Betreuungen.

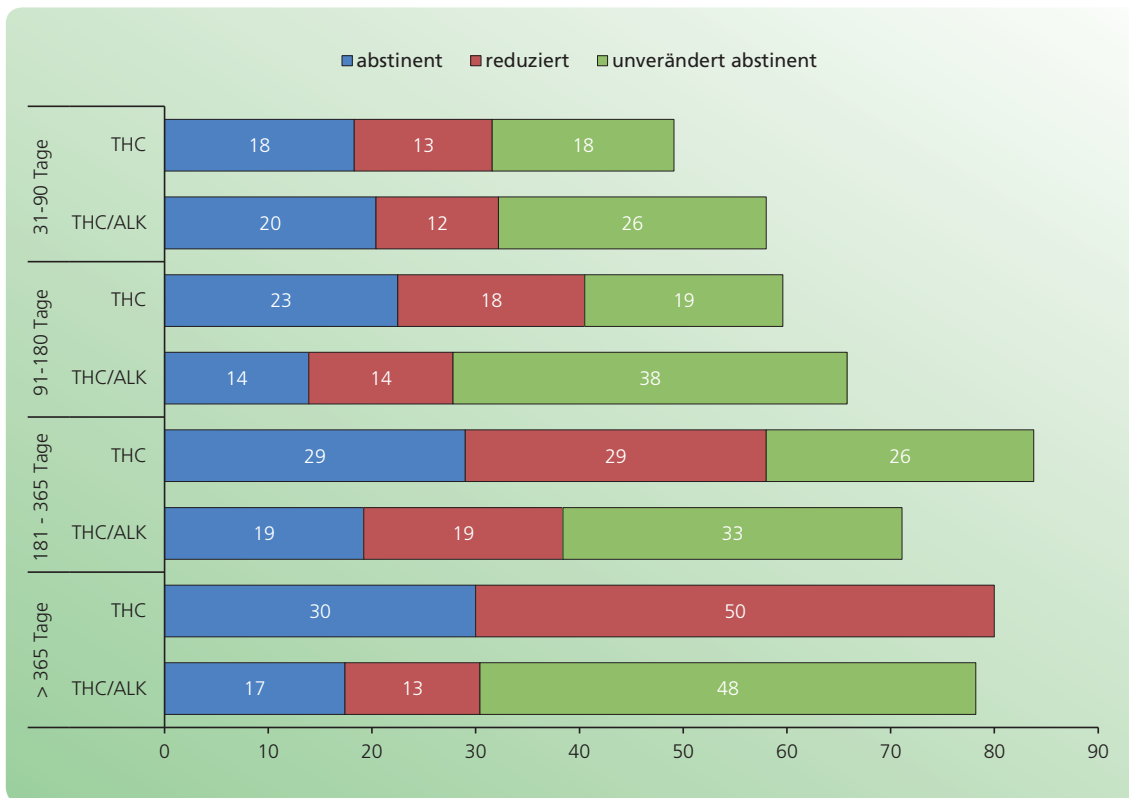
**Abbildung 4.10:**  
Verlaufs Reduktion des Cannabiskonsums, nach Betreuungsdauer, 2010



Der differenzierte Blick klärt auf, dass für die beiden Konsumentensubgruppen unterschiedliche Zusammenhänge bestehen. Bei den THC-Klientinnen und Klienten gibt es einen klaren Zusammenhang zwischen der Betreuungsdauer und der Konsumreduktion: Mit steigender Betreuungslänge steigen ebenfalls die Anteile der THC-Betreuungen, in denen der Cannabiskonsum reduziert bzw. sogar eine Cannabis-Abstinenz herbeigeführt wird. Für die erreichte Abstinenz deutet sich bis zur Betreuungslänge von einem Jahr eine kontinuierliche Steigerung an, die dann nicht mehr zunimmt. Für die Konsumreduktion bildet sich ein exponentieller Zusammenhang ab: Mit jedem Schritt der Betreuungsdauerverlängerung steigt der Anteil der Betreuungen, in denen eine Konsumreduktion erreicht wird, deutlicher. Bei den Betreuungen, die länger als ein Jahr andauern, wird in jedem zweiten Fall der Konsum reduziert und bei jedem Dritten die Abstinenz erreicht. Für die THC/ALK-Betreuungen zeigt sich ein solch klarer Zusammenhang nicht: Zwar steigt auch hier mit Wachstum der Betreuungslänge bis zu einem Jahr der Anteil der Cannabiskonsumreduktionen: allerdings in weit geringerem Ausmaß. Bei Betreuungen, die länger als ein Jahr dauern, zeigt sich kein höherer Anteil an Konsumreduktionen als bei den kurzen Betreuungen. Bei diesen Klientinnen und Klienten gibt es keinen Zusammenhang zwischen der Betreuungslänge und dem Anteil erreichter Cannabisabstinenz, vielmehr sinken bzw. schwanken diese Anteile mit steigender Betreuungsdauer. In beiden Subgruppen (THC und THC/ALK) steigen mit wachsender

Betreuungslänge die Anteile derjenigen, die bereits Cannabis-abstinent in die Betreuung starten. Bei den doppelt belasteten THC/ALK-Klientinnen und Klienten gilt dies aber in weit größerem Maße: Bei ihnen beginnt dieser Anteil bei den kurzen Betreuungen bereits auf dem Niveau, das er bei den THC-Klientinnen und Klienten bei den Betreuungen mit einer Länge von bis zu einem Jahr erst erreicht.

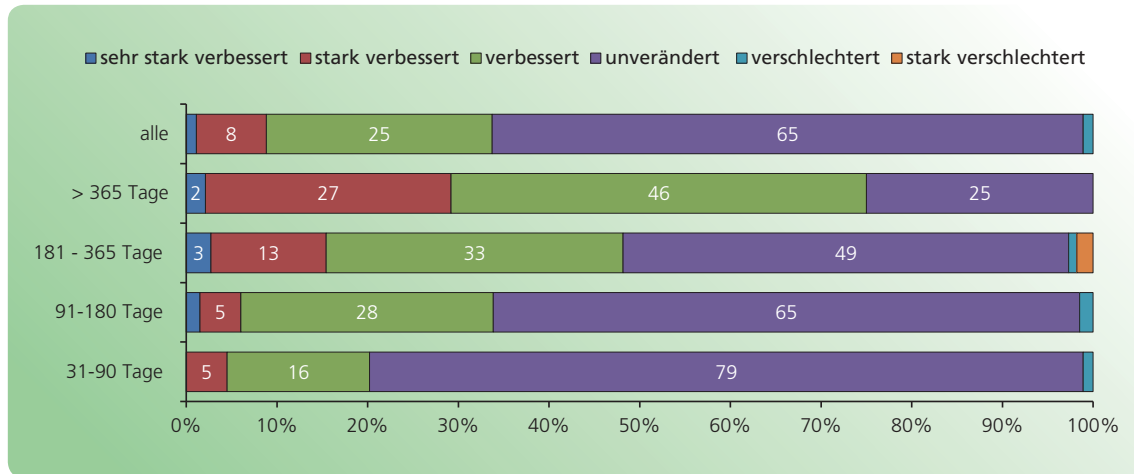
**Abbildung 4.11:**  
Verlaufs Reduktion des Cannabiskonsums, nach Konsumentengruppe und Betreuungsdauer, 2010



Ein Teil der Antwort auf die Frage „welche Funktion hat die Betreuung für die Klientinnen und Klienten, die bereits abstinent in sie starten?“ könnte der Blick auf die Veränderung des psychischen Zustands der Betreuten liefern. Für ein Drittel aller Betreuungen wird zum Ende eine bessere psychische Situation festgehalten, als sie zu Beginn vorlag. Eine starke oder sehr starke Verbesserung wird für neun Prozent der Betreuungen dokumentiert, eine leichte Verbesserung für 25 %. Jedoch unterscheiden sich diese Anteile stark in Abhängigkeit von der Betreuungsdauer. Bei drei Viertel der Betreuungen, die länger als ein Jahr andauern, wird eine Verbesserung der psychischen Gesundheit erreicht – für 29 % der Betreuten sogar eine starke oder sehr starke Verbesserung. Hingegen bleibt bei drei Vierteln der kurzen Betreuungen (bis zu 90 Tage) der psychische Zustand unverändert. Mit steigender Betreuungsdauer steigen die Anteile leichter Verbesserung deutlich kontinuierlich und diejenigen starker psychischer Verbesserung exponentiell an.

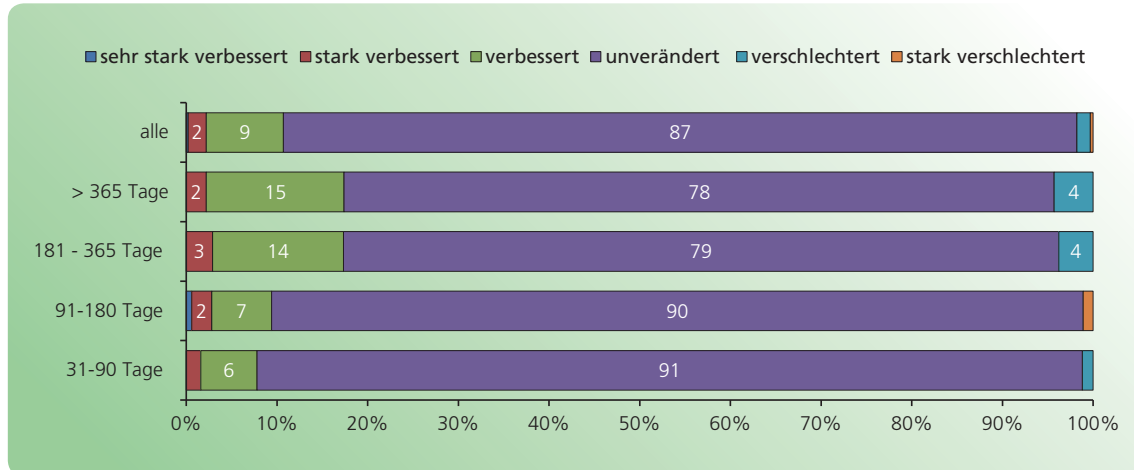
Zwischen den beiden Konsumentensubgruppen bestehen in dieser Frage keine strukturellen Unterschiede: Bei längeren Betreuungen wachsen die Anteile leichter und starker psychischer Verbesserung. Die THC-Klientinnen und Klienten weisen aber im Vergleich zu den THC/ALK-Klientinnen und Klienten immer die größeren Anteile eines unveränderten psychischen Zustands auf, profitieren andererseits aber von langen Betreuungen in besonderem Ausmaß: Unter ihnen befinden sich die größeren Anteile sehr starker Verbesserung. THC/ALK-Klientinnen und Klienten besitzen bei längeren Betreuungen größere Anteile leichter oder starker psychischer Verbesserung als die THC-Klientinnen und Klienten.

Abbildung 4.12:  
Verlaudo Veränderung des psychischen Gesundheitszustands<sup>1</sup>, nach Betreuungsdauer, 2010



Verbesserungen des körperlichen Zustands der Klientinnen und Klienten werden für den Verlauf weniger Betreuungen dokumentiert (11 %). Zwar sind diese mit gesteigener Betreuungsdauer häufiger vorzufinden – insbesondere dann, wenn die Betreuung länger als ein halbes Jahr dauert: Der Anstieg bleibt jedoch geringer als etwa bei den psychischen Erkrankungen (plus sieben Prozentpunkte zwischen den kürzeren und den längeren Betreuungen).

Abbildung 4.13:  
Verlaudo Veränderung des körperlichen Gesundheitszustands, nach Betreuungsdauer, 2010



In Bezug auf die soziodemografischen Indikatoren Wohnsituation, Arbeitslosigkeit und Einkommenssituation zeigen sich über die Betreuungsverläufe hinweg keine nennenswerten Entwicklungen. Die Veränderungen sind minimal und nicht einheitlich.

Für die Wohnsituation ist zu berichten, dass mit steigender Betreuungsdauer der Anteil der Klientinnen und Klienten, die in prekären Verhältnissen leben, kontinuierlich abnimmt, individuelle Veränderungen dieses Zustands (von prekär zu stabil) finden aber nicht statt.

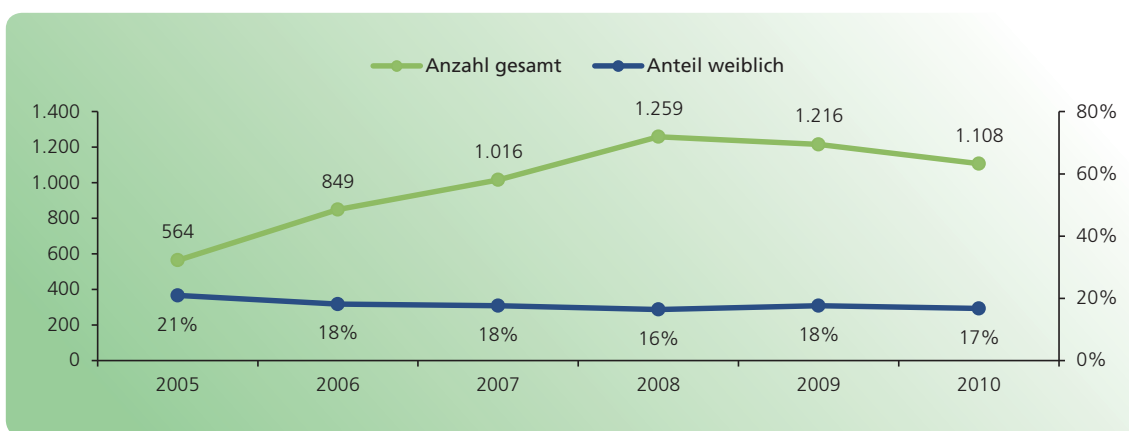
<sup>1</sup> Die Kategorien resultieren aus den Differenzen der fünfstufigen Likert-Skala zur Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands der Klientinnen und Klienten zwischen den beiden Zeitpunkten Betreuungsbeginn und Betreuungsende. Findet sich kein unterschiedlicher Wert bei dieser Beurteilung – egal auf welchem Niveau – resultiert das Ergebnis ‚unverändert‘. Eine um einen Skaleneinheit positivere Beurteilung am Ende – egal von welchem Niveau kommend – führt zu ‚verbessert‘, zwei Punkte bedeuten ‚stark verbessert‘, drei Punkte: ‚sehr stark verbessert‘. Analog wurde eine Verschlechterung stufenweise klassifiziert.



## 4.8 Neue Klientinnen und Klienten der Jahre 2005 bis 2010 – Trendaussagen

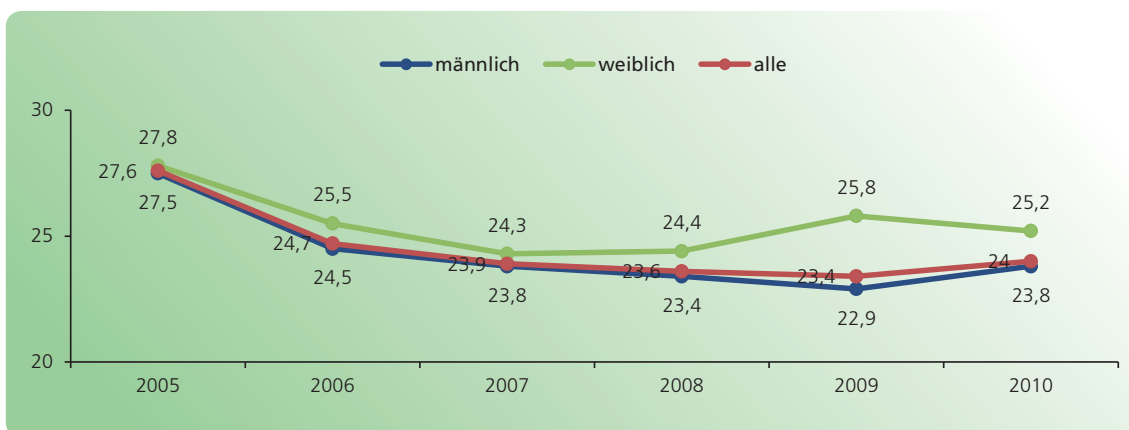
Lassen sich Charakteristika der Klientel erkennen, die sich im Laufe der Jahre verändern? Werden also durch die Angebote der ambulanten Suchthilfe andere Klientinnen und Klienten erreicht als in den vergangenen Jahren? Diese Fragen lassen sich mit Hilfe der Analyse der Daten der neu in die Basisdatendokumentation aufgenommenen Cannabis-Klientinnen und Klienten der Betrachtungsjahre beantworten. Zunächst ist grundlegend festzuhalten, dass vom Jahr 2005 bis in das Jahr 2008 die Anzahl der neu in die Bado aufgenommenen Cannabis-Klientinnen und Klienten stetig und deutlich zugenommen hat: Von 564 auf 1.259 Klientinnen und Klienten. Der Anstieg lässt sich kausal auf die neu eingerichteten Jugend-suchtberatungsstellen zurückführen. In 2009 und 2010 wurden geringfügig weniger Neue aufgenommen. In den betrachteten sechs Jahren ist der Anteil der neu aufgenommenen Klientinnen zunächst gesunken und pendelt nun um die 17 %.

Abbildung 4.14:  
Neue Cannabisklientinnen und -klienten, Anzahl und weiblicher Anteil, 2005 – 2010



Das Lebensalter der neuen Cannabis-Klientinnen und Klienten ist bis in das Jahr 2009 auf durchschnittliche 23,4 Jahre gesunken, im vergangenen Jahr stieg es leicht an. Der geschlechtsdifferenzierte Blick zeigt jedoch, dass die Entwicklung nicht einheitlich ist. Neu betreute Frauen waren immer durchschnittlich älter als die Männer. Ihr Alter ist allerdings nur bis ins Jahr 2007 gesunken. Der Altersunterschied zwischen den Klientinnen und den Klienten ist in den Jahren 2008 und insbesondere 2009 (2,4 Jahre) größer geworden.

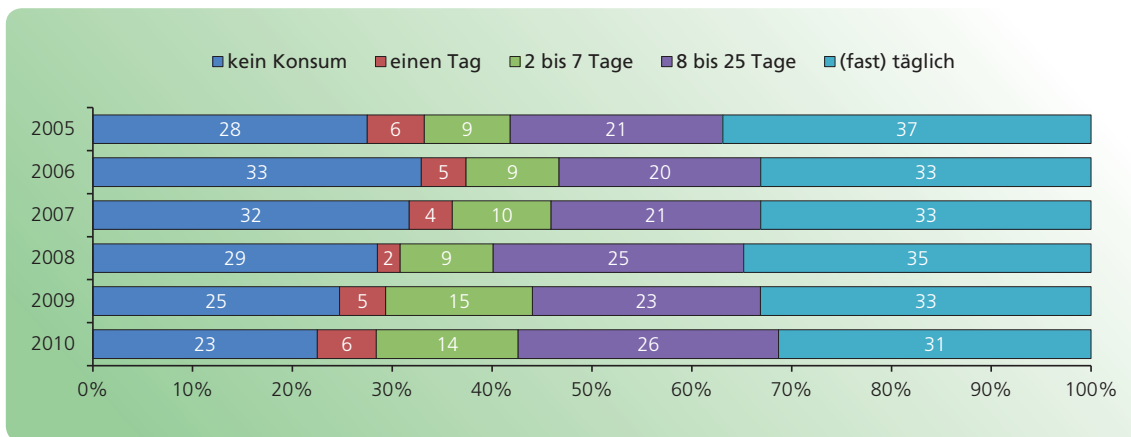
Abbildung 4.15:  
Neue Cannabisklientinnen und -klienten, Lebensalter nach Geschlecht, 2005 – 2010



In Zusammenhang mit dem sinkenden durchschnittlichen Alter der Klientinnen und Klienten stehen Veränderungen bei soziodemographischen Indikatoren zur Charakterisierung der Situation der Klientinnen und Klienten: der (Aus-)Bildung, der Einkommens-, der Erwerbs- und auch der Wohnsituation der Betreuten, die in diesem Kapitel noch beleuchtet werden.

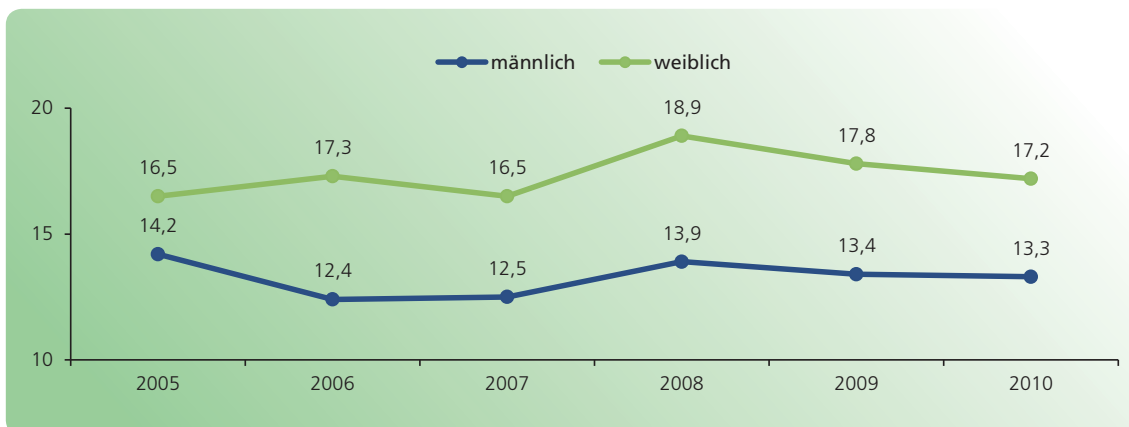
Der Cannabiskonsum, mit dem die Klientinnen und Klienten die Betreuungen aufnehmen, hat sich in den vergangenen Jahren leicht verändert. Der Anteil derjenigen, die ohne aktuellen Konsum die Betreuung aufnahmen, ist seit dem Jahr 2006 um zehn Prozentpunkte gesunken. Gewachsen ist im gleichen Zeitraum hingegen der Anteil der Cannabis-Klientinnen und Klienten, die diese Substanz an 8 bis 25 der letzten 30 Tage zu sich genommen haben (sechs Prozentpunkte). Die größte Gruppe unter den neu Betreuten stellen die täglichen Konsument(inn)en: Ihr Anteil liegt über die Jahre fast unverändert bei ungefähr 33 %.

**Abbildung 4.16:**  
Neue Cannabisklientinnen und -klienten, Konsumfrequenz zu Betreuungsbeginn, 2005 – 2010



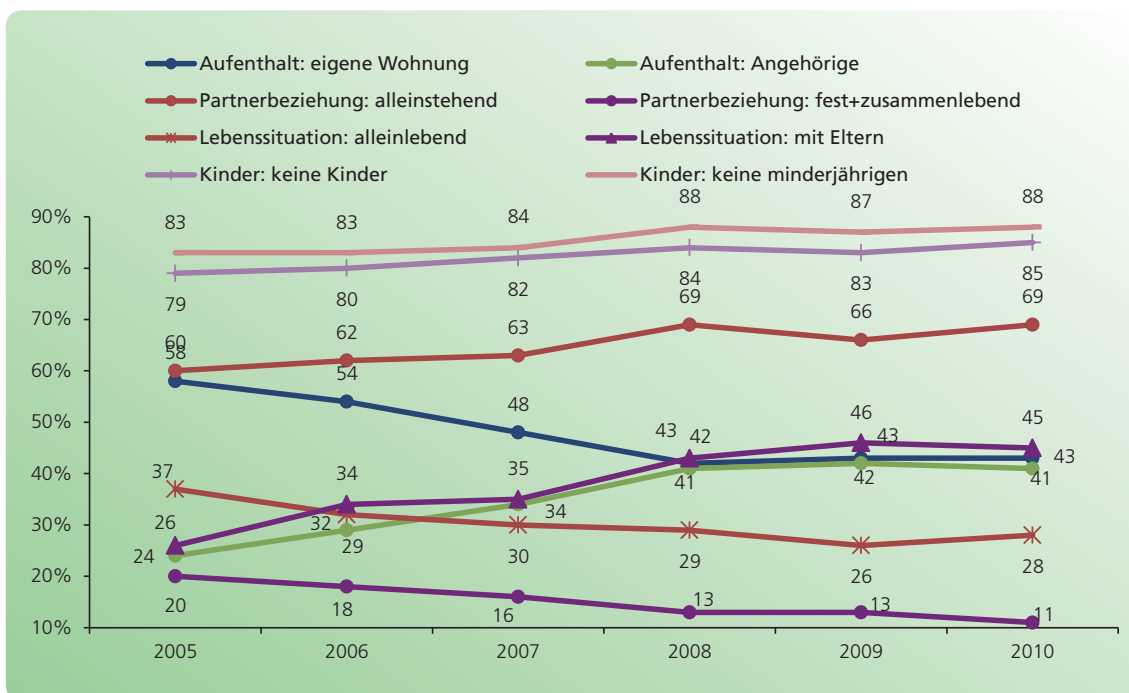
Zwischen den neuen Klientinnen und Klienten bestehen in der Konsumfrequenz des Cannabis zu Betreuungsbeginn Unterschiede. Die durchschnittliche Anzahl der Konsumtage der letzten 30 Tage ist in allen betrachteten Jahren bei den Klientinnen höher als bei den Klienten. So konsumierten die neuen Cannabisklientinnen etwa im Jahr 2010 an durchschnittlich 17,2 Tagen (in den letzten 30 Tagen), während dies die neu betreuten Männer an nur 13,2 Tagen taten. Die Differenz zwischen den Geschlechtern beträgt – recht stabil – in den Jahren 2006 bis 2010 etwa 4 – 5 Tage pro Monat. In den Jahren 2007 bis 2010 zeigt sich die Entwicklung annähernd parallel; insgesamt verändert sich die durchschnittliche Cannabiskonsumfrequenz, mit der eine Betreuung aufgenommen wird, über den Betrachtungszeitraum aber nicht.

Abbildung 4.17:  
 Neue Cannabisklientinnen und -klienten, durchschnittl. Anzahl Konsumtage letzte 30 Tage, zu Betreuungsbeginn, nach Geschlecht, 2005 – 2010



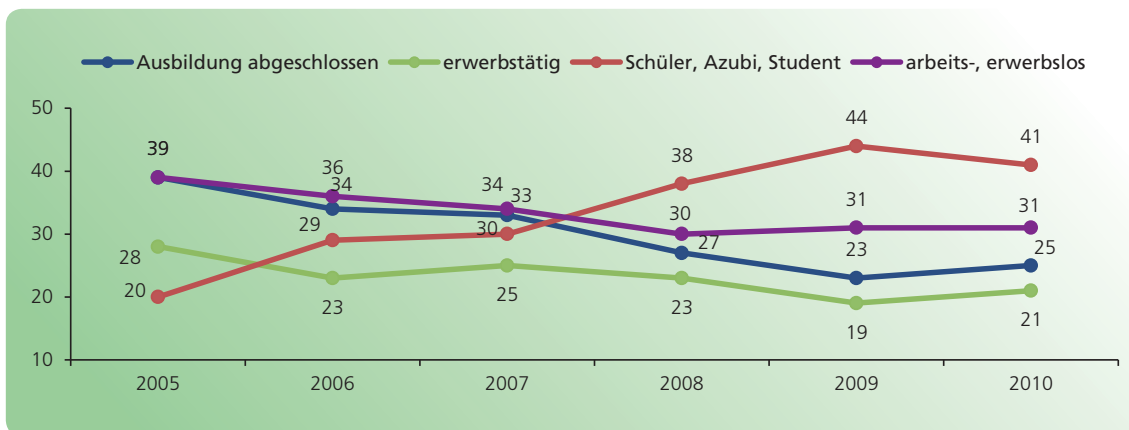
Die neu betreuten Cannabis-Klientinnen und Klienten haben sich in ihren persönlichen Lebensumständen in den vergangenen Jahren durchschnittlich verändert: Sie befinden sich seltener in einer festen Partnerbeziehung, in der sie mit der Partnerin oder dem Partner zusammenleben (minus neun Prozentpunkte), stattdessen hat der Anteil Alleinstehender zugenommen. Dies bedeutet aber nicht, dass der Anteil Alleinlebender gewachsen ist: Vielmehr hat dieser ab- und der Anteil derjenigen zugenommen, der mit seinen Eltern zusammen lebt (plus zwanzig Prozentpunkte). Dem entspricht die deutliche Abnahme beim Aufenthalt in eigenem Wohnraum (minus 15 Prozentpunkte) und der gleichzeitige Bedeutungsgewinn des Aufenthaltsortes Angehörige (plus 17 Prozentpunkte). Eigene Kinder sind für die neu aufgenommenen Cannabis-Klientinnen und Klienten immer weniger von Bedeutung: Hatten im Jahr 2005 noch 21 % eigene Kinder, sind es im Jahr 2010 nur noch 15 %.

Abbildung 4.18:  
 Neue Cannabisklientinnen und -klienten, soziodemografische Variablen, 2005 – 2010



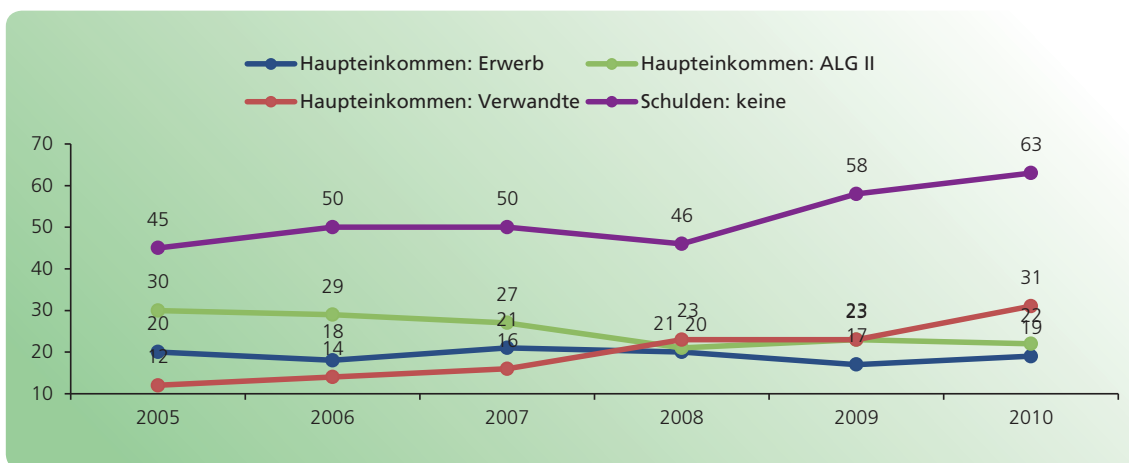
Auch bei der Ausbildungs- und Erwerbssituation zeigen sich Veränderungen über die Jahre. Der Anteil der neuen Cannabis-Klientinnen und Klienten mit einer abgeschlossenen Ausbildung ist während der betrachteten sechs Jahre um 14 Prozentpunkte gesunken (auf 25 %). Im gleichen Zeitraum stieg der Anteil derjenigen, die sich zu Betreuungsbeginn noch in schulischer, beruflicher oder universitärer Ausbildung befanden um 21 Prozentpunkte auf 41 %. Dieser bedeutende Anteil schmälert den Anteil der prinzipiell Erwerbsfähigen: Sowohl der Anteil der Erwerbstätigen als auch derjenigen der Erwerbslosen ist im gleichen Zeitraum gesunken.

Abbildung 4.19: Neue Cannabisklientinnen und -klienten, Ausbildungs- + Erwerbssituation, 2005 – 2010



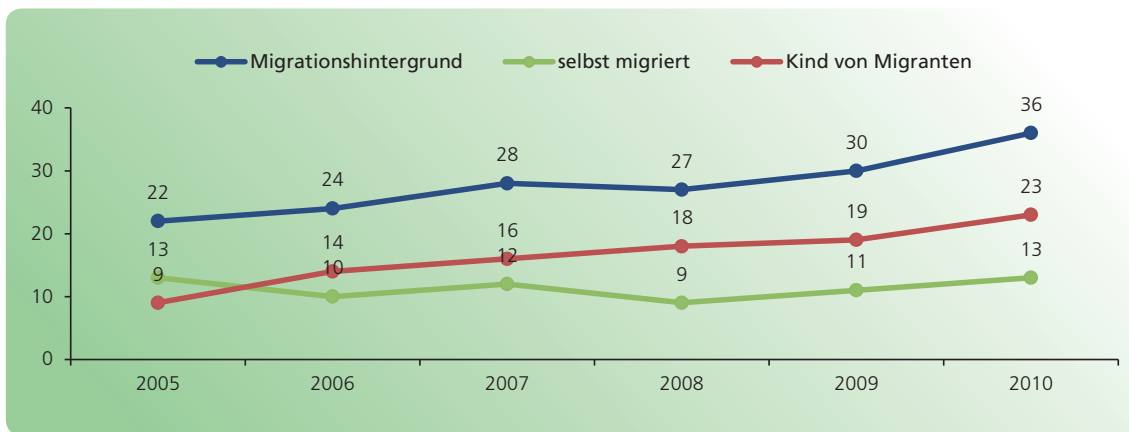
Die soeben geschilderten Veränderungen in der Zusammensetzung der Klientel spiegeln sich auch bei der finanziellen Situation wieder. Während die Verwandten als Haupteinkommensquelle in den Jahren 2005 bis 2007 immer der Erwerbstätigkeit und dem Arbeitslosengeld II nachgeordnet waren, haben sie mit dem Jahr 2008 den größten Anteil übernommen und diesen „Vorsprung“ im Jahr 2010 noch einmal deutlich ausgebaut. Der Anteil eigener Erwerbstätigkeit als Hauptquelle des Einkommens hat sich in den sechs Jahren kaum verändert, dagegen verlor das ALG II an Bedeutung. Neue Cannabisklientinnen und -klienten sind in den letzten Jahren bedeutend seltener verschuldet: Im Jahr 2010 wurden für 63 % dieser Gruppe festgehalten, dass sie keine Schulden besäßen, im Jahr 2005 betrug der entsprechende Anteil nur 45 %.

Abbildung 4.20: Neue Cannabisklientinnen und -klienten, Einkommenssituation + Schulden, 2005 – 2010



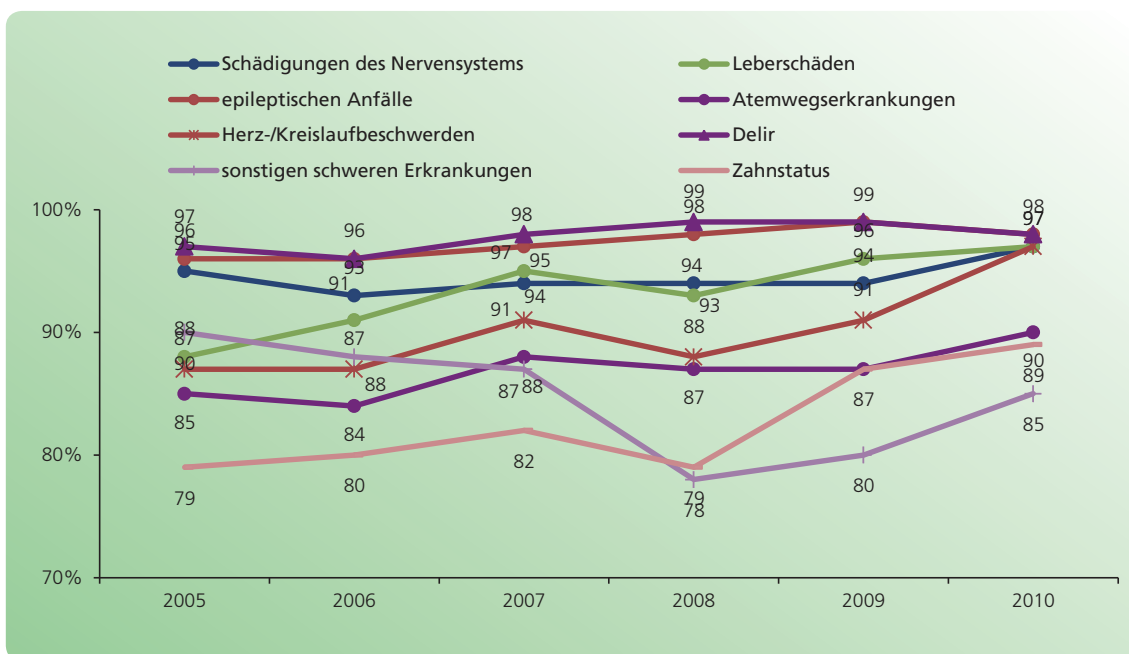
In Bezug auf den Migrationshintergrund zeigen sich während der letzten sechs Jahre deutliche Veränderungen unter den neuen Cannabis-Klientinnen und Klienten: Hatten im Jahr 2005 noch 22 % einen solchen familiären Hintergrund, sind es inzwischen 36 % (plus 14 Prozentpunkte). Dieser Anstieg ist zurückzuführen auf den wachsenden Anteil derjenigen, die als Kind von Migranten geboren wurden. Ihr Anteil unter den neuen Cannabis-Klientinnen und Klienten stieg von 9 auf 23 %.

Abbildung 4.21:  
Neue Cannabisklientinnen und -klienten, Migrationshintergrund, 2005 – 2010



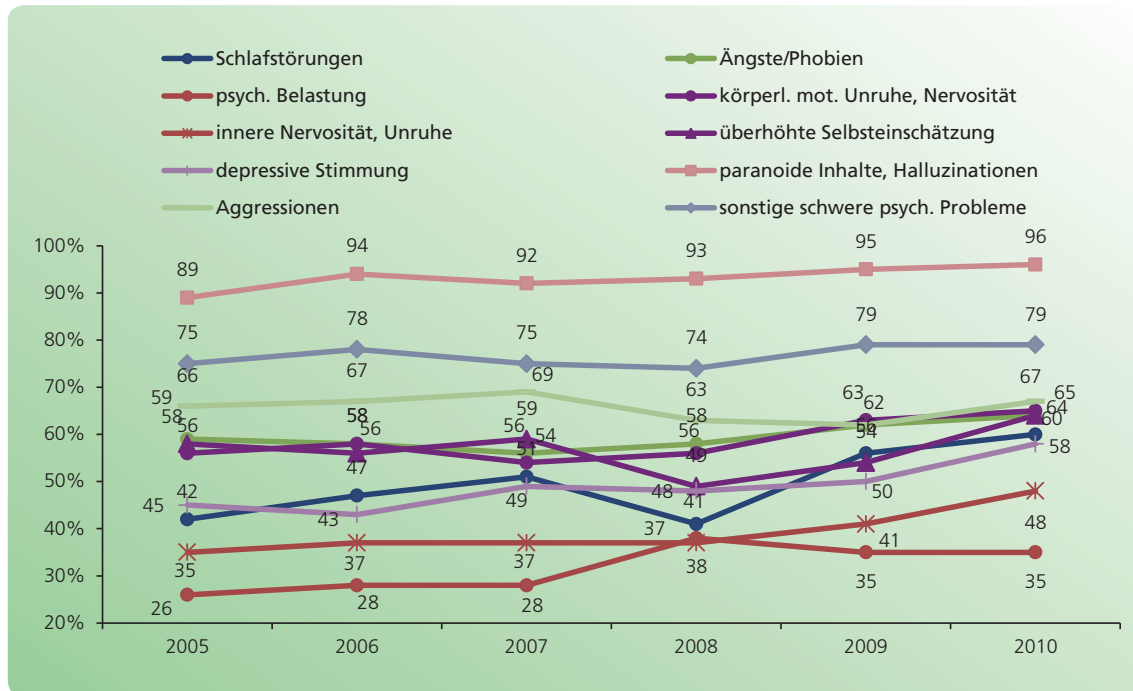
Die gesundheitliche Situation der jeweils neuen Cannabis-Klientinnen und Klienten zeigt sich im Verlauf der betrachteten Jahre grundsätzlich besser als in den zurückliegenden. Es sind leichte Verbesserungen des Eingangsstatus: Sie vollziehen sich bei den erhobenen Informationen zum körperlichen Gesundheitszustand auf hohem Niveau. Neue Cannabis-Klientinnen und Klienten haben in 80 bis 95 % der Fälle keine schweren körperlichen Beeinträchtigungen (Schädigungen des Nervensystems, Leberschäden, epileptische Anfälle, Herz-/Kreislaufbeschwerden, Delir).

Abbildung 4.22:  
Neue Cannabisklientinnen und -klienten, körperliche Erkrankungen: keine Schädigungen, 2005 – 2010



Anders zeigt sich das durchschnittliche Erkrankungsniveau bei den psychischen Erkrankungen: Von ihnen ist ein erheblicher Teil der Cannabis-Klientinnen und Klienten betroffen. Nur etwa 40 bis 60 % von ihnen geben an, von ihnen gar nicht oder wenig betroffen zu sein (Ängste, Phobien, innere oder äußere Unruhe, überhöhte Selbsteinschätzung, Depressionen). Zwischen den Erkranktenraten der einzelnen psychischen Krankheiten bestehen größere Unterschiede als zwischen denen der körperlichen Erkrankungen. Gleichwohl zeigt sich auch bei den psychischen Erkrankungen ein Trend der Verbesserung unter den neuen Klientinnen und Klienten: In den jüngeren Klientinnen und Klienten-Jahrgängen steigen die Anteile derjenigen leicht, die nicht oder wenig an den genannten Krankheiten leiden.

Abbildung 4.23:  
Neue Cannabisklientinnen und -klienten, psychische Erkrankungen: keine und wenig, 2005 – 2010



## Zusammenfassung

Bei insgesamt 43 % aller Klientinnen und Klienten des Jahres 2010 wurde ein problematischer Cannabiskonsum dokumentiert (N= 5.766). Bei 2.380 Betreuungen stand der problematische Cannabiskonsum als Hauptproblem im Vordergrund.

Aufgrund soziodemografischer und betreuungsspezifischer Unterschiede ist es gerechtfertigt, die Gruppe der Cannabis-Klientinnen und Klienten in zwei Gruppen zu unterteilen: Diejenigen, die parallel auf problematische Weise Alkohol konsumieren („THC/ALK“; N=987) und diejenigen, die dies nicht tun („THC“; N=1.021). Letztere sind mit 23 1/2 Jahren durchschnittlich um neun Jahre jünger; die aktuelle Betreuung ist in der Regel deren erste, anders als bei den THC/ALK-Klientinnen und Klienten. Bei THC/ALK-Klientinnen und Klienten dauert die regulär beendete Betreuung durchschnittlich 133 Tage, für THC-Klientinnen und Klienten 63 Tage.

Ein bedeutender Teil der Cannabis-Betreuungen (38 %) wird durch Außenstehende – öffentliche Institutionen, Arbeitgeber, Schule, etc. – initiiert; bei den THC-Klientinnen und Klienten betrifft dies fast jede zweite Betreuung (47 %). Bei den betreuten THC-Klientinnen und Klienten beträgt die Latenzzeit – der Abstand zwischen Störungsbeginn und der ersten Betreuung – durchschnittlich 5,7 Jahre, bei den THC/ALK-Klientinnen und Klienten dagegen 10,3 Jahre. Etwa jede(r) dritte Klient(in) konsumierte zu Betreuungsbeginn während der vergangenen 30 Tage kein oder an maximal einem Tag Cannabis.

Etwa jede(r) zweite der Cannabis-Klientinnen und Klienten besitzt mindestens einen Elternteil mit eigenen Suchtproblemen. Ebenso viele berichten von erlittener körperlicher Gewalt in ihrem Leben; sexuelle Gewalt musste jede(r) Achte ertragen (Klientinnen: 42 %). Jede(r) fünfte der Cannabis-Klientinnen und Klienten wuchs auch im Heim oder im Rahmen öffentlicher Erziehung auf. Von einem Gericht verurteilt wurde bereits jede(r) Dritte, selbst Gewalt gegen andere haben 44 % der Cannabis-Klientinnen und Klienten angewendet. 86 % der Cannabis-Klientinnen und Klienten sind ledig, etwa 2/3 tatsächlich alleinstehend, nur jede(r) siebte lebt in fester Partnerschaft. 22 % der THC-Klientinnen und Klienten sind aktuell Schüler/innen.

Bei 36 % der Cannabis-Betreuungen gelingt eine Reduktion des Substanzkonsums, in etwa der Hälfte dieser – genau 20 % aller Cannabis-Betreuungen – wird die Abstinenz erreicht. Ebenfalls bei jede(r) dritten Betreuung wird eine Verbesserung des psychischen Zustands der Klientinnen und Klienten erreicht – bei längeren Betreuungen wachsen die Anteile leichter und starker Verbesserung.

Über den Zeitraum der Jahre 2005 bis 2010 zeigen sich einige Veränderungen in der neu betreuten Cannabis-Klientel (sie sind das erste Mal in der Dokumentation erfasst): Die Anzahl der neu Betreuten stieg bis ins Jahr 2008 deutlich (auf dann 1.259 neue Klientinnen und Klienten). Das Durchschnittsalter dieser Neuen ist bis ins Jahr 2009 durchgehend gesunken. Seit dem Jahr 2006 ist der Anteil derjenigen Neuen, die ohne aktuellen Konsum die Betreuung beginnen, um zehn Prozentpunkte gesunken. Der Anteil Alleinstehender (also ohne Partnerbindung) ist in den letzten Jahren gestiegen, ebenso der Anteil derjenigen, die mit ihren Eltern zusammen leben. Gleichzeitig sank der Anteil der neuen Cannabis-Klientinnen und Klienten mit abgeschlossener Ausbildung und mit eigener Erwerbstätigkeit. Häufiger als früher sind inzwischen Verwandte die primäre Basis für das Einkommen. Deutlich angestiegen ist der Anteil der neuen Cannabis-Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund: von 22 % (2005) auf 36 % (2010).

## 5. Glücksspiel

Insbesondere seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahre 2006 zur Zulässigkeit des staatlichen Glücksspielmonopols sind das Glücksspiel und die damit verbundenen Probleme stärker in den Fokus des öffentlichen, politischen und wissenschaftlichen Erkenntnisinteresses gerückt. In der Folge sind unter anderem eine Reihe von Prävalenzstudien durchgeführt worden, welche eine Abschätzung des tatsächlichen Problemausmaßes ermöglichen (Bühringer et al., 2007; Buth & Stöver, 2008; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2010). Durch den Vergleich der (geschätzten) Zahl der Betroffenen und der Anzahl der Personen, die aufgrund eines Glücksspielproblems in Suchtberatungsstellen um Hilfe nachfragen, wird deutlich, dass – ähnlich wie im Alkoholbereich – nur ein Bruchteil der Betroffenen durch das Hilfesystem erreicht wird (Stöver & Buth, 2008). In den zurückliegenden Jahren ist deshalb versucht worden, das Beratungsangebot quantitativ wie qualitativ zu erweitern. Da die letzte Auswertung der BadoDaten zu den pathologischen Glücksspielerinnen und -spielern schon einige Jahre zurückliegt (Martens et al., 2006), werden – um sich einen Überblick zur aktuellen Situation der Glücksspielklientel verschaffen zu können – im Folgenden eine Vielzahl von Teilauswertungen dieser Klientinnen- und Klientengruppe dargestellt.

### 5.1 Datengrundlage

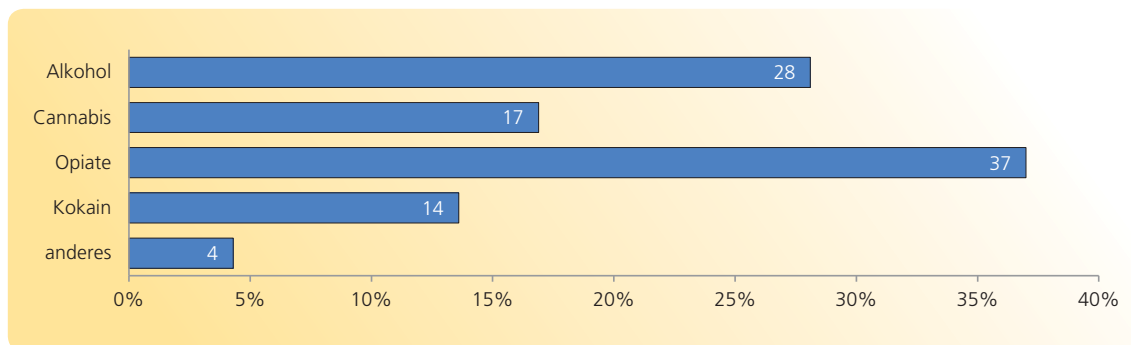
Die oben erwähnte Zunahme an öffentlicher Wahrnehmung des Glücksspiels und der Ausbau der Hilfeangebote schlägt sich auch in den Zahlen der Hamburger Bado wieder. Wurden im Jahre 2007 insgesamt 431 Personen vorrangig aufgrund eines Spielproblems betreut, so sind es 2009 bereits 714 und im aktuellen Auswertungsjahr 983 Personen. Absolut hat sich diese Klientel im Laufe der vier Jahre somit mehr als verdoppelt. Betreut werden die Glücksspielklientinnen und -klienten des Jahres 2010 überwiegend in den suchtmittelübergreifenden Einrichtungen (2010: 64 %). Jeweils etwa jede zehnte Betreuung findet in Einrichtungen für legale bzw. illegale Drogen sowie in Einrichtungen für Substituierte statt; jede Zwanzigste in einer Haftanstalt. Im Vergleich zu den Vorjahren hat es diesbezüglich nur geringfügige Veränderungen gegeben.

In der bereits schon erwähnten früheren Auswertung zu den Glücksspielerinnen und -spielern aus dem Auswertungsjahr 2005 wurde deutlich, dass sich die von Spielproblemen betroffenen Personen in zwei große Gruppen einteilen lassen: in die reinen Problemspieler (RGS) und Problemspieler mit anderen suchtspezifischen Störungen (GSAS). Anzunehmen ist, dass sich diese beiden Gruppen hinsichtlich ihres biografischen Hintergrundes, ihrer aktuellen sozioökonomischen Situation, ihres aktuellen Gesundheitsstatus oder der Inanspruchnahme von Hilfe unterscheiden. Um die Prüfung dieser Annahme unter Rückgriff einer ausreichend hohen Fallzahl in beiden Gruppen vornehmen zu können, sind für die nachfolgenden Analysen die Daten der Jahre 2007 bis 2010 zusammengeführt worden. Haben Klientinnen und Klienten während dieses Zeitraums mehrere Betreuungen in Anspruch genommen, so sind bei den Auswertungen auf Personenebene jeweils die Angaben der letzten abgeschlossenen Betreuung einbezogen worden. Insgesamt ließen sich auf diesem Wege 895 Personen der RGS-Gruppe und 1.083 Personen der GSAS-Gruppe zuordnen, die in den vier ausgewerteten Jahren 3.406 Betreuungen in Anspruch genommen haben.

Wie bereits dargelegt, ist in der letztgenannten Gruppe das problematische Glücksspielen nur eines von mehreren Suchtproblemen. Die (hierarchisierte) Hauptdroge dieser Klientinnen und Klienten ist in Abbildung 5.1 wiedergegeben. Mehr als ein Drittel sind vorrangig auf Grund ihres Konsums von Opiaten in Betreuung und weitere 28 % haben ein Alkoholproblem. Es folgen Probleme aufgrund des Konsums von Cannabis (17 %) und Kokain (14 %). Andere Substanzen sind von nachrangiger Bedeutung.



**Abbildung 5.1:**  
Hierarchisierte Hauptdroge der betreuten Glücksspielerinnen und -spieler mit anderen suchtspezifischen Störungen (GSAS)

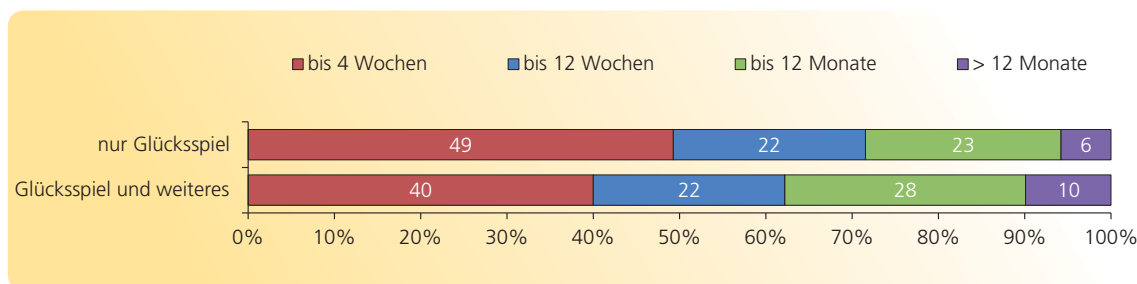


## 5.2 Betreuungen

Innerhalb des hier betrachteten Zeitraums von vier Jahren – 2007 bis 2010 – hat die Gruppe der reinen Glücksspielerinnen und -spielern insgesamt 952 bereits beendete Betreuungen in Anspruch genommen. Die mittlere Betreuungsdauer dieser Klientel liegt bei 99,4 Tagen. Für die Klientinnen und Klienten mit anderen suchtspezifischen Störungen sind insgesamt 1.708 beendete Betreuungen dokumentiert worden, die mit durchschnittlich 135,8 Tagen im Mittel mehr als einen Monat länger andauerten als in der RGS-Gruppe.

Die Differenz in der mittleren Betreuungsdauer spiegelt sich auch in der kategorialen Darstellung der in Anspruch genommenen Betreuungszeiten wider (siehe Abbildung 5.2). Während die Hälfte der Betreuungen der reinen Glücksspielerinnen und -spieler bereits innerhalb eines Zeitraumes von vier Wochen beendet wird, beträgt dieser Anteil in der GSAS-Gruppe 40 %. Dementsprechend sind Betreuungsepisoden, welche länger als drei Monate andauern, in der letztgenannten Gruppe mit einem Anteil von 38 % häufiger dokumentiert worden als bei den reinen Glücksspielerinnen und -spielern (29 %).

**Abbildung 5.2:**  
Dauer der beendeten Betreuungen (kategorisiert)

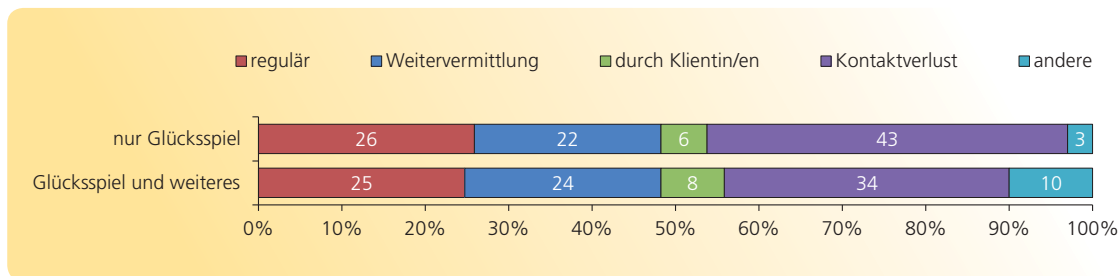


Die Wege in eine Hilfsmaßnahme sind sehr unterschiedlich. 31 % der reinen Glücksspielerinnen und -spieler und 29 % der GSAS-Klientinnen und Klienten haben auf eigenen Wunsch Kontakt zum ambulanten Hilfesystem in Hamburg aufgenommen. Mehr als jede(r) Vierte der erstgenannten Gruppe gab darüber hinaus an, auf Empfehlung einer ihm nahestehenden Person sich um Hilfe bemüht zu haben. In der GSAS-Gruppe liegt dieser Anteil mit 10 % deutlich darunter. Für diese Klientel spielen die Gerichte bzw. die Haftanstalten eine bedeutsamere Rolle. Jede(r) Fünfte ist von dort vermittelt worden (RGS: 6 %). In Bezug auf die Vermittlung aus anderen suchtspezifischen Einrichtungen (RGS: 12 %; GSAS: 13 %) bzw. Einrichtungen der medizinischen Versorgung (jeweils 8 %) sowie hinsichtlich der Kontaktabahnung über den Arbeitgeber, die Schule oder anderen öffentlichen Institutionen (RGS: 9 %; GSAS: 9 %) zeigen sich zwischen den beiden Untersuchungsgruppen keine nennenswerten Differenzen.

Die weit überwiegende Mehrzahl der Glücksspielerinnen und -spieler erhält Hilfe in der Betreuungsart „ambulante Beratung“. In der Gruppe der reinen Glücksspielerinnen und -spieler betrifft dies 92 %. Weitere 6 % sind in Form einer ambulanten Rehabilitation und jede(r) Zwanzigste in Haft betreut worden. Bei den GSAS-Klientinnen und Klienten variieren aufgrund der verschiedenen substanzbezogenen Störungen die Betreuungsarten deutlich stärker. Etwas mehr als drei Viertel werden mittels einer ambulanten Betreuung bzw. Beratung im Hilfesystem versorgt. 15 % werden im Rahmen ihres Haftaufenthaltes betreut und weitere 9 % nahmen die psychosoziale Betreuung für Substituierte in Anspruch. Niedrigschwellige Hilfen sind für 8 % und ambulante Rehabilitationen für 5 % dieser mehrfach belasteten Suchtmittelabhängigen dokumentiert worden.

Sowohl in der Gruppe der reinen Glücksspielerinnen und -spieler als auch bei den mehrfach suchtspezifisch belasteten Personen mit einem Glücksspielproblem werden jeweils etwa die Hälfte der Betreuungen entweder regulär beendet oder in eine andere Einrichtung weiter vermittelt (siehe Abbildung 5.3). Deutlichere Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der Beendigung aufgrund eines Kontaktverlustes von mehr als 60 Tagen. Ist in der GSAS-Gruppe für jede(n) Dritte(n) eine solche Beendigungsform dokumentiert worden, so betrifft es bzgl. der RGS-Klientinnen und Klienten mehr als vier von zehn Betreuungen (43 %).

**Abbildung 5.3:**  
Art der Beendigung



### 5.3 Demografie

Die obere Abbildung 5.1 zu den hierarchisierten Hauptdrogen der Glücksspielerinnen und -spieler mit anderen suchtspezifischen Problemen machte bereits deutlich, dass es sich hierbei um eine heterogene Klientel handelt. Dies wird auch in Bezug auf das Alter deutlich. Dieses schwankt, bezogen auf die bedeutsamsten Suchtprobleme, zwischen 30 Jahre (Cannabis) und 41 Jahre (Alkohol). Der mittlere Wert der Gesamtgruppe entspricht mit 37,7 Jahren annähernd dem Wert der Personen, die ausschließlich wegen ihres Spielproblems betreut werden. Die Spielsucht ist (bisher) ein vornehmlich bei Männern auftretendes Suchtproblem. Dementsprechend ist auch in der Hamburger Bado der Anteil Frauen in dieser Klientel gering. Gerade einmal 11 % der RGS und 7 % GSAS sind weiblich.

Genau drei Viertel der Klientinnen und Klienten mit ausschließlich glücksspielbezogenen Problemen besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit. Bei den Spielern mit weiteren Suchtproblemen sind es 80 %. Etwas deutlicher fallen die Differenzen hinsichtlich des Migrationshintergrundes aus. Während in der Gruppe der RGS 31 % angeben, selbst migriert zu sein und weitere 15 % als Kinder von Migranten geboren wurden, betragen diese Anteile in der Vergleichsgruppe 24 % und 14 %.

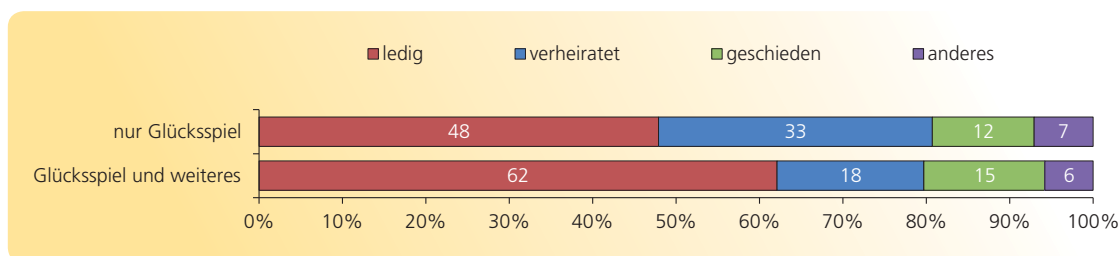
### 5.4 Aktuelle biografische Situation

Nahezu die Hälfte der RGS-Klientinnen und Klienten lebt aktuell mit einem Partner zusammen (46 %). Hinzu kommen 17 %, die von einer gefestigten Partnerschaft berichten, jedoch nicht mit dem Partner einen gemeinsamen Haushalt führen. Etwas mehr als ein Drittel (38 %) dieser Klientel ist aktuell alleinstehend. Unter den behandelten Glücksspielerinnen und -spielern mit weiteren suchtspezifischen Problemen liegt dieser letztgenannte Anteil mit 54 % deutlich darüber. Eine feste Partnerschaft wird somit von weniger als der Hälfte dieser mehrfach belasteten Klientinnen und Klienten angegeben. Darüber hinaus, sind viele Partnerschaften von Mitgliedern der GSAS-Gruppe durch zusätzliche Suchtprobleme

seitens des Lebenspartners belastet: jede(r) fünfte Klient(in), welche(r) aktuell auch einen Partner hat, berichtete hiervon (18 %). In der Gruppe der reinen Glücksspielerinnen und -spieler beträgt dieser Anteil mit 8 % nicht einmal die Hälfte.

Die berichteten Unterschiede hinsichtlich einer bestehenden Partnerschaft lassen sich in ähnlicher Form auch bei der Betrachtung des aktuellen Familienstandes erkennen (siehe Abbildung 5.4). Der Anteil der Verheirateten liegt in der Gruppe der RGS-Klientinnen und Klienten mit 33 % fast doppelt so hoch wie bei den mehrfach belasteten Glücksspielerinnen und -spielern. Bei den letztgenannten Klientinnen und Klienten sind hingegen die Ledigen deutlich stärker vertreten. Die Anteile der Geschiedenen unterscheiden sich hingegen nur geringfügig.

**Abbildung 5.4:**  
Familienstand

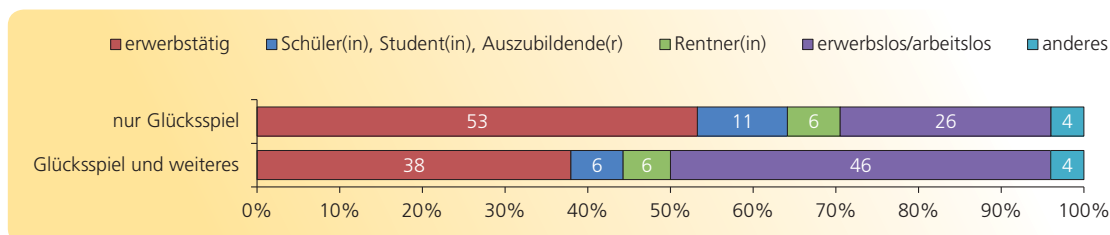


Dass sich die Klientinnen und Klienten der GSAS-Gruppe in einer insgesamt bemerkenswert problematischeren Lebenssituation befinden, wird auch an dem aktuellen Aufenthaltsstatus deutlich. Jede(r) Sechste gibt an, aktuell in Haft zu sein (16 %). In der Gruppe der reinen Glücksspielerinnen und -spieler sind es vergleichsweise geringe 4 %. Werden die Häftlinge herausgerechnet, so sind die Unterschiede in der Wohnsituation weniger stark. Nahezu neun von zehn der reinen Glücksspielerinnen und -spieler und 84 % der GSAS-Klientinnen und Klienten verfügen über einen eigenen Wohnraum.

Wird der Blick auf den höchsten Schulabschluss der betreuten Glücksspielerinnen und -spieler gerichtet, so zeigen sich diesbezüglich nur geringfügige Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen. Jeweils etwa die Hälfte verfügt über die mittlere Reife oder das Abitur. Ähnlich verhält es sich in Bezug auf die Berufsausbildung. 62 % der reinen Glücksspielerinnen und -spieler und 65 % der GSAS-Gruppe berichten über einen entsprechenden Abschluss. Aktuell in einer Ausbildung befinden sich 5 % der letztgenannten Klientel. Bei den ausschließlich von Glücksspielproblemen betroffenen Klientinnen und Klienten liegt dieser Anteil genau doppelt so hoch.

Zeigten sich hinsichtlich des Bildungs- und Ausbildungsstatus kaum Unterschiede zwischen der GSAS- und RGS-Gruppe, so stellt sich die aktuelle Erwerbssituation doch deutlich voneinander verschieden dar. Besonders deutlich wird dies an dem Anteil der Arbeits- bzw. Erwerbslosen. Beträgt dieser Anteil unter den reinen Glücksspielerinnen und -spielern 26 % so liegt dieser bei den mehrfach belasteten Glücksspielerinnen und -spielern zwanzig Prozentpunkte höher. Dementsprechend gehen auch weit mehr der RGS-Klientinnen und Klienten einer Beschäftigung nach (54 %) als dies in der Gruppe der GSAS-Klientinnen und Klienten der Fall ist (38 %).

**Abbildung 5.5:**  
Arbeits- und Ausbildungssituation Aktuell (ohne Inhaftierte)



Diese schwierige Arbeitssituation der letztgenannten Klientel findet sich in ähnlicher Form auch in den Anteilen der verschiedenen Haupteinkommensquellen wieder. Während 57 % der reinen Glücksspielerinnen und -spieler ihren Lebensunterhalt aufgrund einer eigenen Erwerbstätigkeit bestreiten können, gelingt dies den mehrfach suchtspezifisch belasteten Klientinnen und Klienten nur zu 39 %. Die Mehrheit dieser Klientinnen- und Klientengruppe gibt als Haupteinkommensquelle kommunale bzw. staatliche Zuwendungen an: Arbeitslosengeld I (5 %; RGS: 5 %), Arbeitslosengeld II (36 %; RGS: 17 %) und Sozialhilfe (2 %; 1 %). Eine Rente beziehen jeweils 6 % aller Betroffenen.

Den Erwartungen entsprechend, sind sehr viele der Glücksspielerinnen und -spieler von aktuellen Schulden betroffen: 82 % der reinen Glücksspielerinnen und -spieler und 80 % der GSAS-Gruppe berichten hiervon. Da die Anteile der Klientinnen und Klienten, welche keine Angaben zur Höhe ihrer Schulden machen konnten oder wollten, zwischen den beiden Untersuchungsgruppen deutlich voneinander abweichen (RGS: 6 %; GSAS: 13 %), lässt sich ein genauer Vergleich der Höhe der Schulden nicht vornehmen. Die vorliegenden Informationen legen aber den Schluss nahe, dass sich die Schuldensituation insgesamt sehr ähnlich zwischen den Gruppen darstellt.

## 5.5 Justizielle Probleme

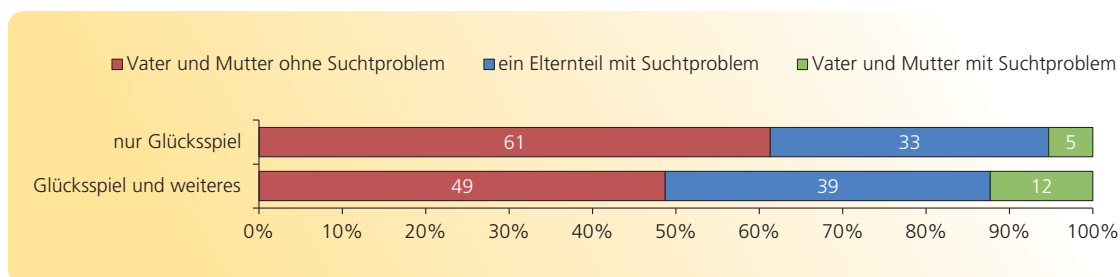
Von aktuellen Problemen mit der Justiz berichten in der Gruppe der reinen Glücksspielerinnen und -spieler 18 %. Den größten Anteil hieran haben die Klientinnen und Klienten, die sich aktuell in Haft befinden (8 %). Deutlich anders stellt sich die Situation in der GSAS-Gruppe dar. Insgesamt 47 % sind aktuell von justiziellen Problemen betroffen. Nahezu ein Drittel von Ihnen berichtet über aktuelle Untersuchungs- oder Strafhaftaufenthalte (30 %). Weitere 12 % sind lediglich aufgrund einer auf Bewährung ausgesprochenen Verurteilung auf freiem Fuß. Jede(r) Zehnte berichtet von einem aktuell laufenden Gerichtsverfahren. Noch deutlicher werden die Differenzen zwischen den beiden Gruppen, wenn der Fokus auf die jemals im bisherigen Leben der Klientinnen und Klienten vorgenommenen Verurteilungen gerichtet wird. Nahezu zwei Drittel der mehrfach suchtspezifisch belasteten Klientinnen und Klienten berichtet hiervon (64 %). Bei den Personen der RGS -Gruppe beträgt dieser Anteil mit 22 % etwa ein Drittel. In dieser letztgenannten Gruppe sind es vor allem die Beschaffungskriminalität und nicht näher bezeichnete Delikte, die von jeweils etwa einem Zehntel angegeben werden. In der GSAS-Gruppe ist die Bandbreite der angegebenen Gründe für die Verurteilungen größer. So berichten 32 % über Verurteilungen aufgrund von Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz, 27 % von geahndeten Körperverletzungen und 35 % geben eine Verurteilung als Folge von Beschaffungskriminalität an. Zudem sind weitere 12 % dieser Gruppe aufgrund des Führens eines Fahrzeuges unter Alkohol- bzw. Drogeneinflusses zur Verantwortung gezogen worden. Von Haftaufenthalten berichten 57 % der GSAS-Gruppe und 15 % der RGS-Gruppe.

## 5.6 Familiärer Hintergrund und Gewalterfahrungen

Dass Glücksspielprobleme oftmals Folge einer transgenerationalen Weitergabe durch spielsüchtige Eltern sind, ist in der Glücksspielforschung hinreichend aufgezeigt worden (Gupta & Derevensky, 1998; Buth & Stöver, 2008). Auch wenn in der Hamburger Bado nicht das konkrete Suchtproblem der Eltern erfragt wird – erhoben wird, ob das Elternhaus generell suchtbelastet war – so zeigen die Angaben zu den Glücksspielerinnen und -spielern doch sehr eindrücklich die Relevanz solcher Sozialisierungserfahrungen (siehe Abbildung 5.6). So gibt ein Drittel der reinen Glücksspielerinnen und -spieler an, dass einer von beiden Elternteilen von einem Suchtproblem betroffen war<sup>1</sup>. Hinzu kommen 5 %, bei denen sowohl der Vater als auch die Mutter suchtbelastet waren. Nochmals deutlich häufiger wissen die Klientinnen und Klienten der GSAS-Gruppe von einer solchen belastenden familiären Situation während der Kindheit und Jugend zu berichten. Nahezu vier von zehn benennen ein Suchtproblem eines Elternteils (39 %). Weitere 12 % – und somit mehr als jede(r) Zehnte – wuchsen in einem familiären Umfeld auf, in welchem die beiden engsten Bezugspersonen suchtmittelabhängig waren bzw. andere Suchtstörungen aufwiesen.

<sup>1</sup> Personen, zu denen nicht bzgl. beider Elternteile eine Angabe vorlag, sind in die nachfolgenden Ausführungen nicht einbezogen worden.

**Abbildung 5.6:**  
**Suchtbelastung im Elternhaus**



Ein nicht unbeträchtlicher Teil der betreuten Glücksspielerinnen und -spieler ist – zumindest zeitweise – in Heimen oder anderen Formen der öffentlichen Erziehung aufgewachsen. Unter den Glücksspielerinnen und -spielern mit weiteren suchtspezifischen Störungen war hiervon jede(r) Fünfte betroffen (21 %). Bemerkenswert geringer ist dieser Anteil in der Gruppe der reinen Glücksspielerinnen und -spieler: 12 % berichten von solchen Sozialisierungserfahrungen.

Die Ausführungen in dem diesjährigen Bado-Bericht zu den Alkohol- und Opiatklientinnen und -klienten machten bereits deutlich, dass das Leben der von Suchtproblemen betroffenen Menschen von erheblichen körperlichen und sexuellen Gewalterfahrungen geprägt ist. Die betreuten Glücksspielerinnen und -spieler bilden hier keine Ausnahme. So geben 43 % der reinen Glücksspielerinnen und -spieler und 64 % der GSAS-Gruppe an, während ihres Lebens bereits körperliche Gewalt erfahren zu haben. Auch hinsichtlich sexueller Gewalterfahrungen zeigt sich die letztgenannte Klientinnen- und Klientengruppe in besonderem Maße belastet. 13 % wissen von solchen traumatischen Erlebnissen zu berichten. In der Gruppe der reinen Glücksspielerinnen und -spieler sind es 5 %.

Besonders deutlich werden die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen aber, wenn nach der selbst ausgeübten Gewalt gefragt wird. Bejaht ein solches Verhalten jede(r) Vierte der RGS-Gruppe, so sind es in der Gruppe der mehrfach suchtspezifisch belasteten Glücksspielerinnen und -spieler mehr als die Hälfte (53 %).

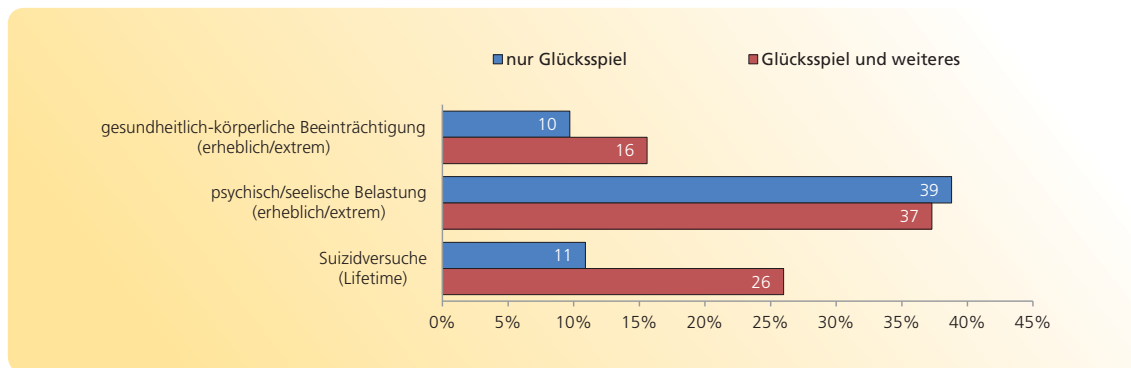
## 5.7 Körperliche und psychische Gesundheit

Zu Beginn der Ausführungen zu diesem Kapitel ist bereits darauf hingewiesen worden, dass die Klientinnen und Klienten der GSAS-Gruppe von einer Reihe weiterer suchtspezifischer Störungen betroffen sind. Die damit einhergehenden gesundheitlichen Schädigungen – körperlich wie psychisch – finden ihren Widerhall in den Angaben zu den gesundheitlich-körperlichen Beeinträchtigungen und der psychischen bzw. seelischen Belastung. So sind nach Auffassung der dokumentierenden Mitarbeiter 16 % dieser Klientel erheblich bis extrem körperlich beeinträchtigt (siehe Abbildung 5.7). Für die Gruppe der reinen Glücksspielerinnen und -spieler trifft dies zu 10 % zu. Von mittleren körperlichen Beeinträchtigungen sind in der letztgenannten Gruppe 16 % betroffen, während der Anteil der GSAS-Klientinnen und Klienten neun Prozentpunkte darüber liegt. Die Häufigkeit der Nennungen zu den jeweiligen konkreten Krankheitsmustern ist ein Spiegelbild der verschiedenen Suchtprobleme der GSAS-Klientinnen und Klienten. So berichten 15 % von einer Hepatitis-C-Infektion (RGS: 0 %), von Leberschäden 13 % (RGS: 0,5 %), von Atemwegserkrankungen 13 % (RGS: 4 %), von einem behandlungsbedürftigen Zahnstatus 33 % (RGS: 14 %) und sonstigen schweren Erkrankungen 26 % (RGS: 14 %). Nur geringe Unterschiede zeigen sich in Bezug auf die Schlafstörungen (RGS: 54 %; GSAS: 52 %) und Herz-Kreislauf-Beschwerden (RGS: 12 %; GSAS: 14 %).

Hinsichtlich der psychischen bzw. seelischen Belastung der betreuten Glücksspielerinnen und -spieler sind die Unterschiede weit weniger stark ausgeprägt. Insgesamt zeigen sich diesbezüglich die reinen Glücksspielerinnen und -spieler etwas stärker belastet als die Klientinnen und Klienten der GSAS-Gruppe. So ist für die erstgenannte Klientel zu 39 % eine erhebliche bis extreme psychische bzw. seelische Belastung dokumentiert worden. Bei den mehrfach suchtspezifisch belasteten Klientinnen und Klienten beträgt der entsprechende Anteil 37 %. Bei vielen der konkret benannten psychischen Krankheitsmuster liegen die Anteile erheblicher bis extremer Ausprägungen in beiden Gruppen auf ähnlich

hohem Niveau. Bedeutsame Unterschiede zeigen sich jedoch hinsichtlich eines aggressiven Verhaltens, welches für 13 % der GSAS-Klientinnen und Klienten, jedoch nur zu 7 % für die Gruppe der reinen Glücksspielerinnen und -spieler berichtet wird. Auch die Anteile der betreuten Personen, die im Laufe ihres Lebens bereits einen Suizidversuch unternommen haben, liegen in der letztgenannten Gruppe mit 11 % deutlich unter dem Anteil der mehrfach belasteten Glücksspieler(innen), welche zu 26 % hiervon berichten (siehe Abbildung 5.7).

**Abbildung 5.7:**  
**Gesundheitlich-körperliche Beeinträchtigung und psychische bzw. seelische Belastung**  
**(jeweils erheblich bis extrem) sowie versuchter Suizid im Laufe des Lebens**



## Zusammenfassung

Die vorliegende Spezialanalyse zum Thema Glücksspiel beinhaltet einen Vergleich von Personen, für die neben dem pathologischen Spielverhalten noch weitere Suchtprobleme dokumentiert wurden, mit der Gruppe der ausschließlich aufgrund von Spielproblemen betreuten Klientinnen und Klienten.

Erwartungsgemäß unterscheiden sich die beiden Spielergruppen hinsichtlich einer Vielzahl der untersuchten Merkmale. So beträgt die Dauer der Betreuungen der Spieler mit anderen suchtspezifischen Störungen (GSAS) durchschnittlich 135,8 Tage und somit im Mittel mehr als einen Monat länger als in der Gruppe der reinen Glücksspielerinnen und -spieler (RGS). Mehr als jede(r) Vierte der letztgenannten Gruppe gab an, auf Empfehlung einer ihm nahestehenden Person sich um Hilfe bemüht zu haben. In der GSAS-Gruppe liegt dieser Anteil mit 10 % deutlich darunter. In Bezug auf die Art der Beendigung bleibt festzuhalten, dass unabhängig von der untersuchten Klientinnen- und Klientengruppe etwa ein Viertel der Betreuungen entweder regulär beendet oder in eine andere Einrichtung weiter vermittelt wird.

Hinsichtlich des Alters und des Geschlechts sind keine nennenswerten Unterschiede zu erkennen. Hingegen ist der Anteil der verheirateten Personen in der Gruppe der RGS-Klientinnen und Klienten mit 33 % fast doppelt so hoch wie bei den mehrfach belasteten Glücksspielerinnen und -spielern. Zeigen sich hinsichtlich des Bildungs- und Ausbildungsstatus kaum Unterschiede zwischen der GSAS- und RGS-Gruppe, so stellt sich die aktuelle Erwerbssituation doch bemerkenswert voneinander verschieden dar. Besonders deutlich wird dies an dem Anteil der Arbeits- bzw. Erwerbslosen. Beträgt dieser Anteil unter den reinen Glücksspielerinnen und -spielern 26 %, so liegt dieser bei den mehrfach belasteten Glücksspielerinnen und -spielern zwanzig Prozentpunkte höher.

Von aktuellen Problemen mit der Justiz berichten in der Gruppe der reinen Glücksspielerinnen und -spieler 18 %. In der GSAS-Gruppe sind es mit 47 % fast drei Mal so viele. Auch hinsichtlich der gesundheitlich-körperlichen Beeinträchtigung sowie der Suizidalität zeigen sich die Glücksspielerinnen und -spieler mit anderen suchtspezifischen Störungen stärker belastet.

## 6. Klienten und Klientinnen mit Migrationshintergrund

### 6.1 Vorbemerkung – Einordnung

Im vergangenen Jahrzehnt hat die soziokulturelle, -wissenschaftliche, psychiatrische und – wenn auch im geringen Umfang – die suchtmmedizinische Forschung Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund stärker in den Fokus der Untersuchung gestellt. Im Mittelpunkt des Interesses standen: spezifische Voraussetzungen, Belastungen und auch die Rehabilitationsmöglichkeiten dieser Personengruppe. Analysen waren qualitativ und auch quantitativ angelegt, die Reichweite der abgeleiteten Ergebnisse und dadurch neu aufgeworfenen wissenschaftlichen Fragestellungen unterschiedlich erheblich. Als (vorläufige) Thesen stehen z. Zt. im Raum:

- die innere (defizitorientierte) Haltung der Behandler(innen) gegenüber den Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund hat Einfluss auf die Compliance der Klientinnen und Klienten (Göbber et al. 2008),
- es ist ein besonderes Maß der Empathie, des Verstehens – ja: der Enkulturation – der Behandler(innen) erforderlich, um die Konsequenzen unterschiedlicher kultureller Prägung der psychischen Erkrankungen der Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund zu erkennen und angemessen mit ihnen umzugehen (Gundlach 2010; Assion 2005),
- Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund haben einen hohen Anteil somatoformer Beschwerden, die sich negativ auf den Rehaerfolg auswirken (Kobelt et al. 2010),
- Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund besitzen eine größere psychopathologische Gesamtbelastung. Diese ist ein unabhängiger, negativer Prädiktor für den Behandlungserfolg (Möske et al. 2008),
- der Migrationsprozess selbst wirkt – neben den differentiellen kulturspezifischen Einflüssen – auf die psychischen Erkrankungen der Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund ein (Behrens et al. 2008),
- der Schweregrad von Suchterkrankungen bei Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund steht in einem signifikanten Zusammenhang zu Konfliktbereichen in der Familie und der sozialen Umgebung (Haasen et al. 2001),
- das Risiko psychischer Erkrankungen ist für bestimmte Krankheiten für die zweite Migrantengeneration noch höher als für die erste (Depression) (Ziegenbein et al. 2010),
- ein Migrationshintergrund ist ein bedeutender Multiplikator für andere Hemmfaktoren gesundheitlicher Rehabilitation (Göbber 2011),
- Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund gehören häufiger unteren sozialen Schichten als Personen ohne Migrationshintergrund. Dies muss unabhängig vom Migrationsstatus als negativer Prädiktor psychischer Erkrankungen begriffen werden (Kobelt et al. 2010),
- der Migrationshintergrund hat keinen Einfluss auf die Rehabilitationsergebnisse in der stationären Drogentherapie (Thiel et al. 2009)

Zur Erklärung der grundsätzlich erhöhten Vulnerabilität von Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund wird die Verlagerung des historischen und sozialen Modernisierungsprozesses angeführt, der bei Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund durch den Wechsel von der einen – traditionellen – in die andere – moderne – Gesellschaft Teil der persönlichen Erfahrung wird und daher individuell verarbeitet werden muss (und eben nicht in einer beobachtenden Perspektive betrachtet werden kann). Hatte in der Ursprungsgesellschaft die kulturelle Umgebung und die Integration in diese (neben familiären Einbindungen) eine Schutzfunktion auch hinsichtlich klinischer Manifestationen von Persönlichkeitsauffälligkeiten, so fällt diese bei einer Migration weg oder verkehrt sich sogar teilweise in ihr Gegenteil, so dass die kulturelle Umgebung individuell bedrohungssteigernd erfahren wird. Denn moderne und traditionale Gesellschaften unterscheiden sich erheblich in Bezug auf die Geschwindigkeit sozialen Wandels, das Verständnis sozialer Rollen, individuell und kollektiv zu erbringender Leistungen bzw. Funktionen für die und in der Gesellschaft und auch bezüglich des Verständnisses von Krankheit samt der als angemessen bewerteten Reaktionen auf diese (Ziegenbein et al. 2010).

Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden die Situation der Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund im ambulanten Hamburger Suchthilfesystem beschrieben: Im Mittelpunkt stehen: ihre biografische, gesundheitliche und soziale Situation, Konsum und Krankheitsprävalenzen, Betreuungsverläufe. Den Ausgangspunkt bilden eine definitorische Abgrenzung der Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund und die Einordnung des Migrantenanteils in die Hamburgische Bevölkerungsstatistik.

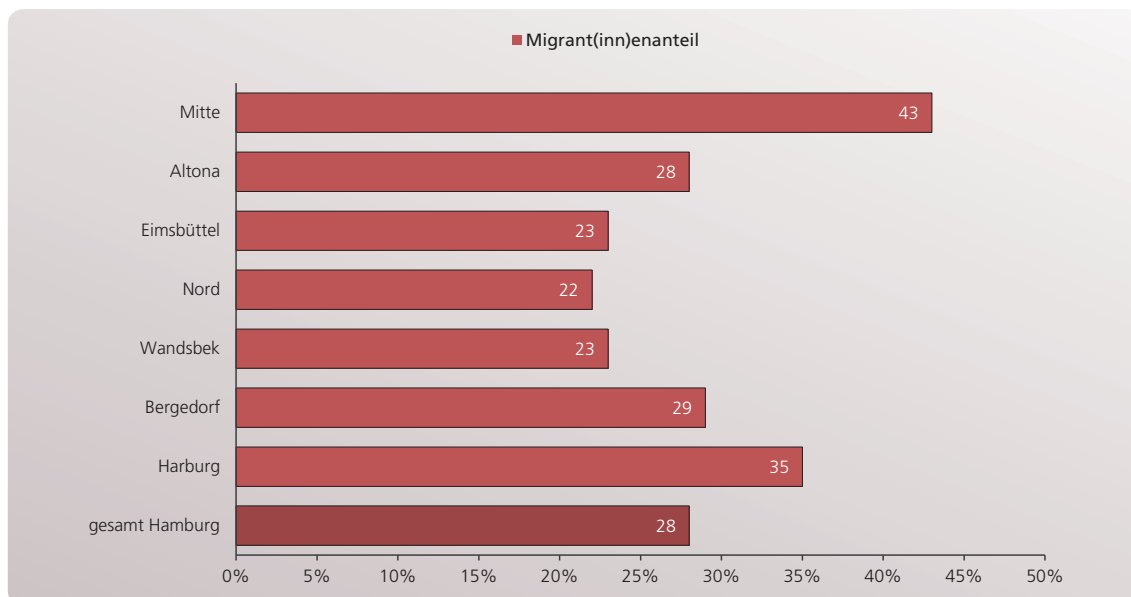
## Definition und Einordnung in die Bevölkerungsstatistik

„Zu der Bevölkerung mit Migrationshintergrund gehören die ausländische Bevölkerung sowie alle ab 1950 von außerhalb Deutschlands Zugewanderten unabhängig von ihrer Nationalität. Dazu zählen auch die in Deutschland geborenen eingebürgerten früheren Ausländerinnen und Ausländer sowie in Deutschland Geborene mit deutscher Staatsangehörigkeit, bei denen sich der Migrationshintergrund aus der Migrationserfahrung der Eltern oder eines Elternteils ableitet. Außerdem gehören zu dieser Gruppe seit 2000 auch die (deutschen) Kinder ausländischer Eltern, die die Bedingungen für das Optionsmodell erfüllen. Nicht zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund zählen Flüchtlinge und Vertriebene in Folge des Zweiten Weltkriegs.“ (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2010)

Die Basisdokumentation der ambulanten Suchhilfe in Hamburg hat sich dieser Definition angeschlossen. Wenn in der elektronischen Dokumentation ein Migrationshintergrund festgehalten wird, soll dies, unabhängig von der Staatsbürgerschaft, darüber Aufschluss geben, welchen kulturellen Hintergrund ein Mensch aufweist. „Kein Migrationshintergrund“ ist dann auszuwählen, wenn ein Mensch in Deutschland von Eltern ohne Migrationshintergrund geboren wurde. Für „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten“ ist die Antwortmöglichkeit „selbst migriert“ zu wählen und für „alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ die Antwortmöglichkeit „als Kind von Migranten geboren“ (Martens & Oechsler 2011).

In Hamburg beträgt der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund 28 %, also etwa 487.000 Personen der ca. 1,75 Millionen Hamburger(innen). Etwas weniger als die Hälfte von ihnen (231.000) besitzt keine deutsche Staatsangehörigkeit. In Hamburg unterscheidet sich die Situation in den Bezirken: Im Bezirk Mitte sind 43 % der Bevölkerung Menschen mit Migrationshintergrund, den geringsten Anteil besitzt der Bezirk Nord (22 %).

**Abbildung 6.1:**  
Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg, nach Bezirk (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2010)





Unter den über 65-Jährigen befinden sich in Hamburg 10 % Personen mit Migrationshintergrund, unter den unter 15-Jährigen sind es 43 %. Fast jedes zweite Kind im Alter bis zu 14 Jahren in Hamburg besitzt also einen familiären Zuwanderungshintergrund.

Laut Statistischem Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein kommen „die in Hamburg lebenden Menschen mit Migrationshintergrund aus fast allen Ländern der Welt. Die beiden mit Abstand wichtigsten Herkunftsländer sind die Türkei und Polen, die für 19 bzw. elf Prozent der Menschen mit Migrationshintergrund Bezugsland sind...Weitere für Hamburg wichtige Bezugsländer sind (in dieser Reihenfolge) Russland, Afghanistan, Kasachstan, Iran, Serbien, Portugal, Ghana, Italien und Griechenland.“

Im Datensatz der Hamburger Basisdatendokumentation wird für die Staatsangehörigkeit bzw. Nationalität in lediglich drei Kategorien unterschieden: deutsch, EU-Bürger und andere. Für den Migrationshintergrund wird das Ursprungsland nicht erhoben. Daher ist keine Aufschlüsselung in Einzelherkunftsstaaten möglich.

## 6.2 Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund in der Bado

### Personen im Jahr 2010

Zu über 12.688 verschiedene Personen, die in der ambulanten Suchthilfe in Hamburg im Jahr 2010 um Rat nachsuchten, sind Informationen zu ihrem Migrationsstatus vorhanden.<sup>1</sup> Sie bilden die Grundlage aller nachfolgenden Auswertungen.

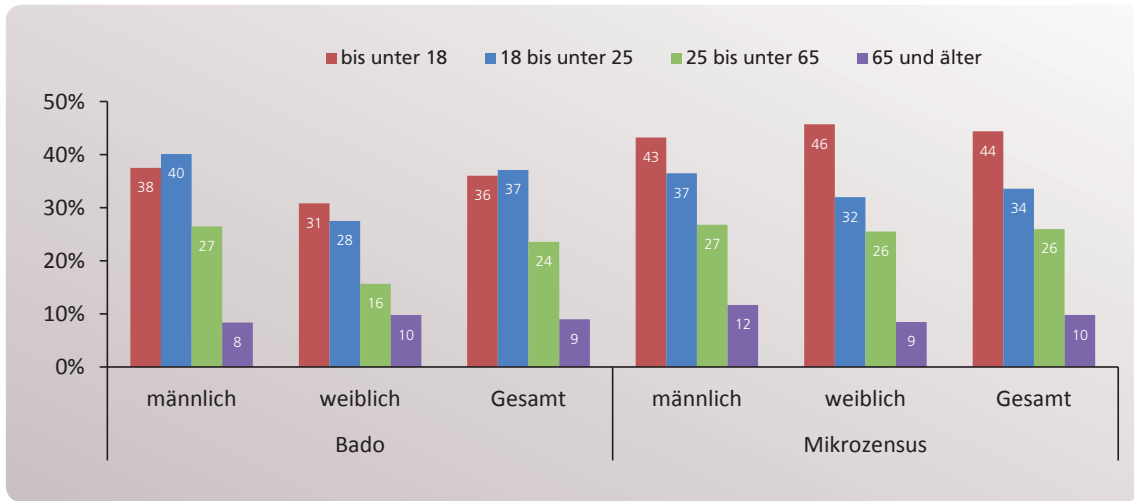
**Tabelle 6.1:**  
Klientinnen und Klienten und ihr Migrationshintergrund, Anzahl, 2010

	ohne Migrationshintergrund	mit Migrationshintergrund		
		gesamt	selbst migriert	als Kind von Migrant(inn)en geboren
alle	9.463	3.225	2.103	1.122
weiblich	2.779	582	359	223
männlich	6.684	2.643	1.744	899

Bezogen auf die die Hamburger Wohnbevölkerung über 17 Jahre und ohne Migrationshintergrund wurden in 2010 von 1.000 Einwohnern 8,7 von der Hamburger ambulanten Suchthilfe erreicht, bezogen auf die Bevölkerung mit Migrationshintergrund wurde ein nahezu identischer Wert von 8,6 pro 1.000 Einwohner erreicht.

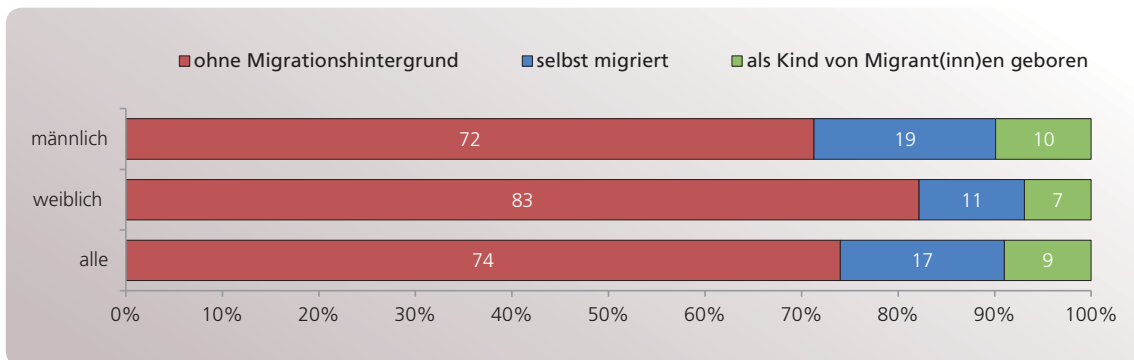
<sup>1</sup> Zu 1.271 Klientinnen und Klienten fehlen hierzu Angaben, die Missingrate beträgt also 9 %.

Abbildung 6.2: Prozentuale Verteilung der Menschen mit Migrationshintergrund nach Alterskategorien im Hamburger Suchthilfesystem und Hamburger Gesamtbevölkerung (Mikrozensus 2008)



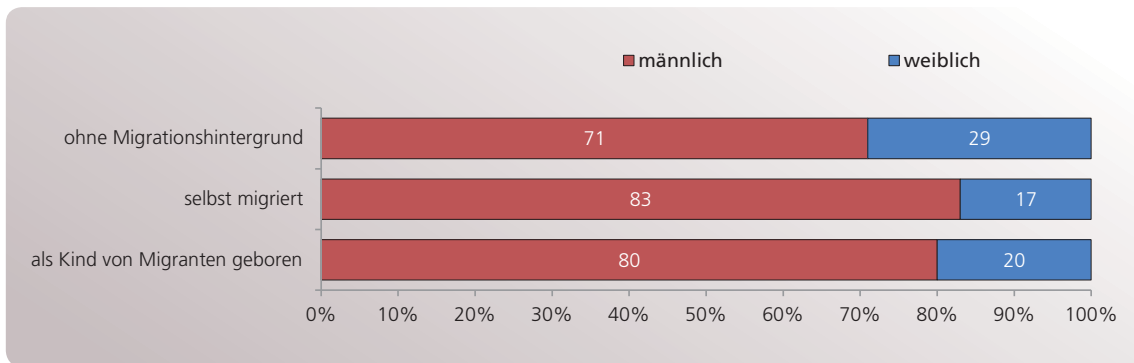
74 % der Klientel weisen keinen Migrationshintergrund auf, 17 % sind selbst nach Deutschland migriert und 9 % der Hilfesuchenden wurden als Kinder von Migrantinnen und Migranten geboren. Der Anteil an Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund ist bei den Frauen um elf Prozentpunkte geringer als unter den Männern.

Abbildung 6.3: Klientinnen und Klienten in der Bado, nach Migrationsstatus und nach Geschlecht, Anteile, 2010



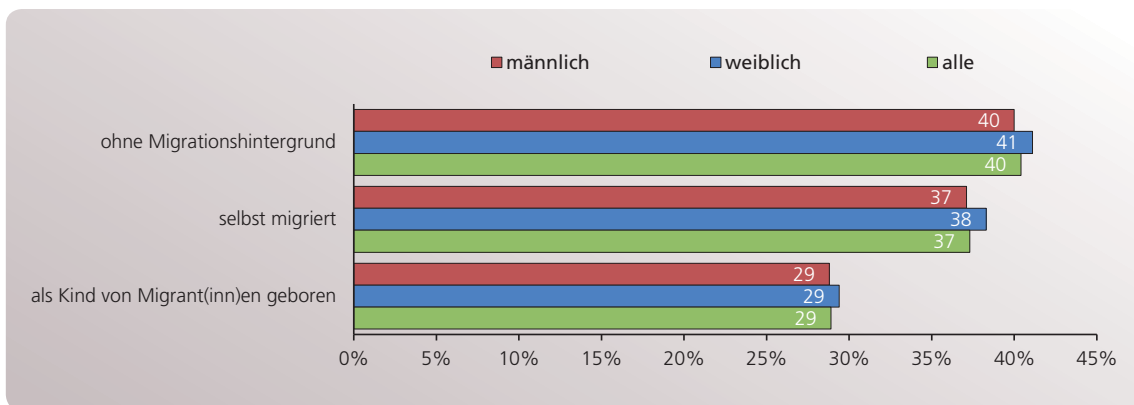
Werden die Klientinnen und Klienten nach ihrem Migrationsstatus getrennt betrachtet, zeigt sich unter den Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund ein generell geringerer Frauenanteil: Sowohl in der Gruppe der selbst Migrierten als auch unter jenen Klientinnen und Klienten, deren Eltern nach Deutschland eingewandert sind, liegt der Frauenanteil bei 20 %. Dies sind zehn Prozentpunkte weniger als in der Gruppe ohne Migrationshintergrund.

**Abbildung 6.4:**  
Geschlechterverteilung innerhalb der Klientengruppen, nach Migrationsstatus, 2010



Klientinnen und Klienten mit einem Migrationshintergrund sind durchschnittlich jünger als solche ohne eigene oder familiäre Zuwanderungserfahrung: Beträgt das Alter Letzterer während der Betreuung durchschnittlich 40 Jahre, sind Personen, die selbst zugewandert sind, etwa 3 Jahre jünger (37,3 Jahre). Von diesen beiden Gruppen unterscheiden sich die Kinder der selbst Migrierten: Sie sind durchschnittlich erst 28,9 Jahre alt und damit fast 12 Jahre jünger als die Personen ohne Migrationshintergrund. In allen drei Gruppen sind die Frauen immer älter als die Männer.

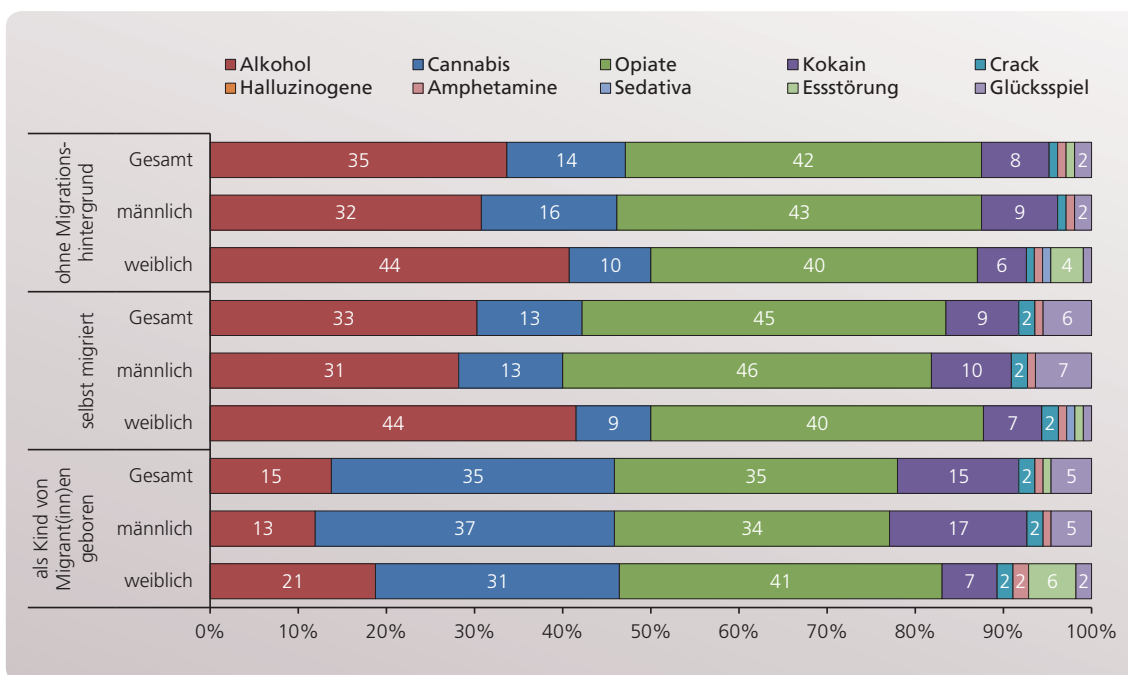
**Abbildung 6.5:**  
Alter der Klientinnen und Klienten, nach Migrationsstatus und Geschlecht, 2010



Vor dem Hintergrund der Altersunterschiede dieser drei Teilgruppen sind Differenzen der Hauptproblem-substanzen zu erwarten und zu finden: Während für die Personen ohne Migrationshintergrund und die selbst Migrierten vor allen Dingen der Konsum von Opiaten (hierarchisierte Hauptdroge: 42 bzw. 45 %) und zweitrangig der des Alkohol (35 bzw. 33 %) die Hauptprobleme darstellen, sind es für die Kinder der selbst Migrierten gleichrangig der Cannabis- und Opiatkonsum (jeweils 35 %). Die Bedeutung des problematischen Alkoholkonsums ist hier nachrangig und liegt auf einem Niveau mit dem des Kokainkonsums (15 %). Der Kokain-Anteil ist hier deutlich höher als in den beiden anderen Gruppen. Beide Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund-Gruppen besitzen höhere Anteile von dominierenden Glücksspielproblemen (6 bzw. 5 %) als sie die Klientinnen und Klienten ohne Migrationshintergrund aufweisen (2 %).

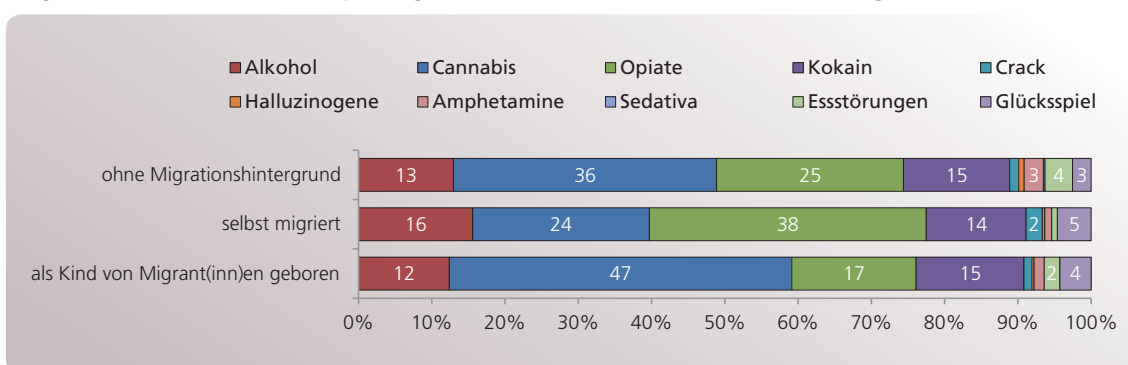
In allen drei Teilgruppen hat der Alkohol als Hauptdroge für Frauen eine größere Bedeutung als für Männer: Die Differenz ist unter den selbst Migrierten am größten (plus 13 Prozentpunkte) und nur geringfügig geringer unter denjenigen ohne Migrationshintergrund (plus 12 Prozentpunkte). Cannabis- und Kokainkonsum sind häufiger für Männer das Hauptproblem, bei Opiaten ist das Bild geteilt. Sie sind unter den Kindern der selbst Migrierten, die als Klientinnen in die Beratung kommen, häufiger das Hauptproblem als unter den Klienten. In beiden anderen Gruppen sind Opiate etwas häufiger für Männer das Hauptproblem als für Frauen.

Abbildung 6.6: Hauptdrogen (hierarchisiert), nach Migrationsstatus und Geschlecht, 2010



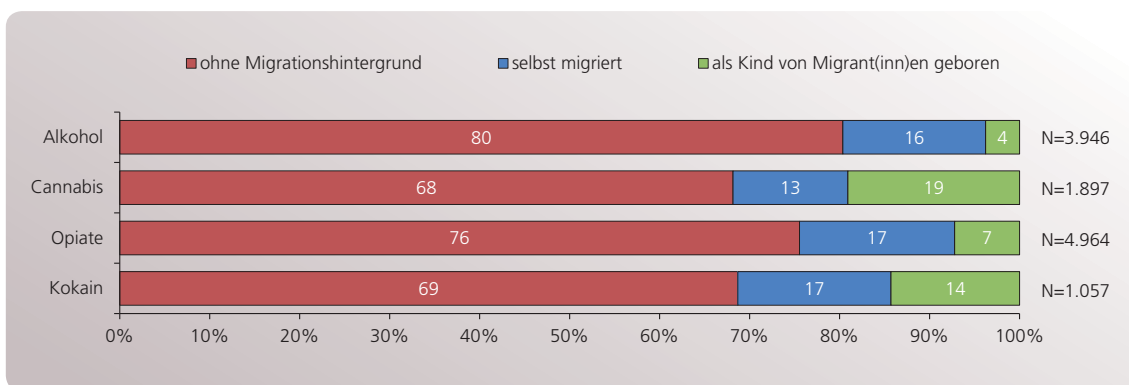
Der große Anteil der Hauptdroge Cannabis bei den Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund der zweiten Generation hängt nicht allein mit dem jüngeren Alter zusammen. Dies wird deutlich, wenn bei allen drei Gruppen nur die bis zu 30-Jährigen in der Auswertung betrachtet werden (siehe Abbildung 6.7). Auch dann steht Cannabis in dieser Gruppe weiterhin eindeutig im Vordergrund (47 %), anders als bei den zwei anderen Gruppen der unter 30-Jährigen. Unter den jungen selbst Migrierten haben die Opiate als Hauptdroge den größten Anteil (38 %) und unter den jungen Klientinnen und Klienten ohne Migrationshintergrund auch das Cannabis – jedoch mit einem deutlich geringerem Anteil (36 %) und einer deutlich geringeren Differenz zur zweithäufigsten Hauptdroge Opiate.

Abbildung 6.7: Migrationsstatus nach Hauptdroge (hierarchisiert), der unter 30-Jährigen, 2010



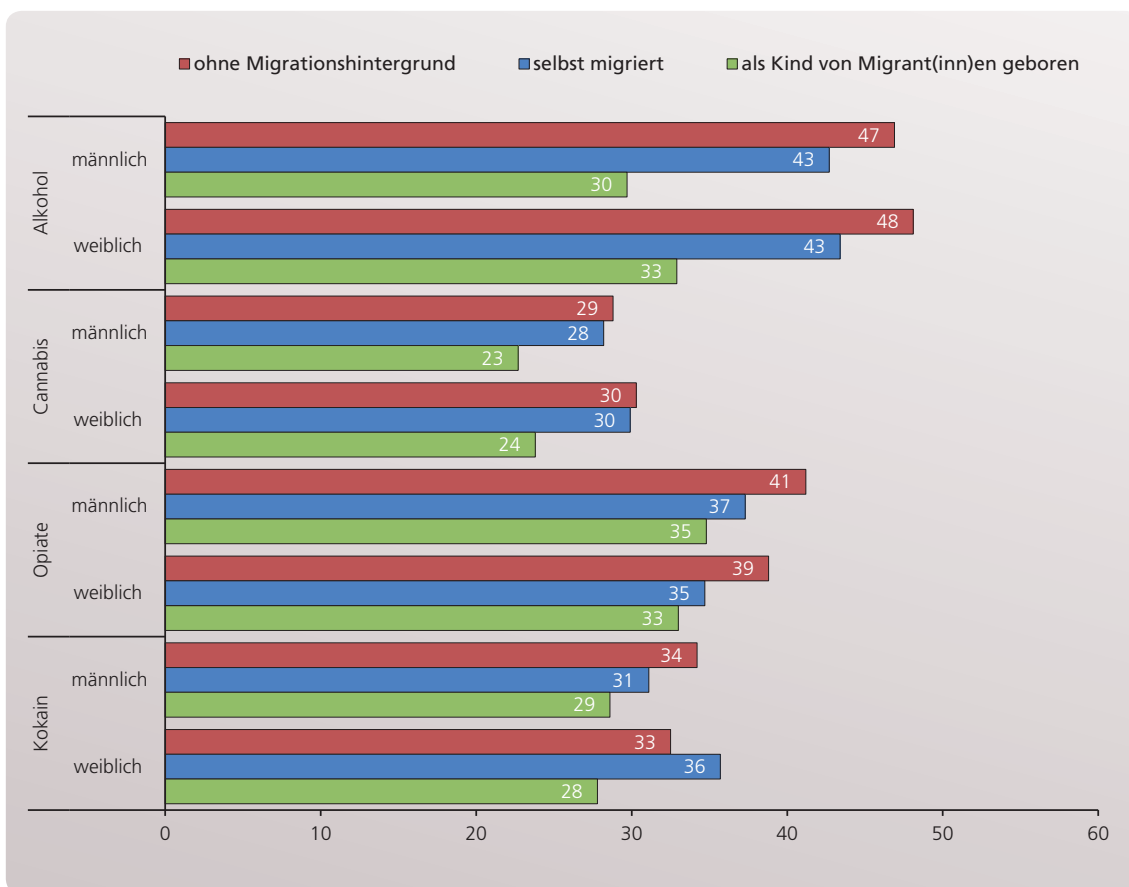
Werden die vier größten Hauptdrogen und der jeweilige Anteil an Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund betrachtet, so variieren diese zwischen 20 % und 32 %. In der Alkoholgruppe findet sich der geringste Anteil, in der Opiatgruppe ein Anteil von 24 %, in der Kokaingruppe von 31 % und ein vergleichbarer Wert von 32 % in der Gruppe der Cannabisklientinnen und Klienten.

Abbildung 6.8: Hauptdroge (hierarchisiert) nach Migrationsstatus, Anteil und Anzahl<sup>2</sup>, 2010



Die Klientinnen und Klienten unterscheiden sich im Alter, nach Migrationsstatus und differenziert nach den vier wichtigsten Hauptdrogengruppen erheblich voneinander. Am ältesten ist die Alkoholklientel ohne Migrationshintergrund (♀: 48,1 bzw. ♂: 46,9 Jahre), die durchschnittlich jüngsten sind die Cannabis-Klientinnen und Klienten der zweiten Migrantinnen und Migranten-Generation (♂: 22,7 bzw. ♀: 23,8 Jahre).

Abbildung 6.9: Alter der Klientinnen und Klienten, nach Hauptdroge, Migrationsstatus und Geschlecht, 2010

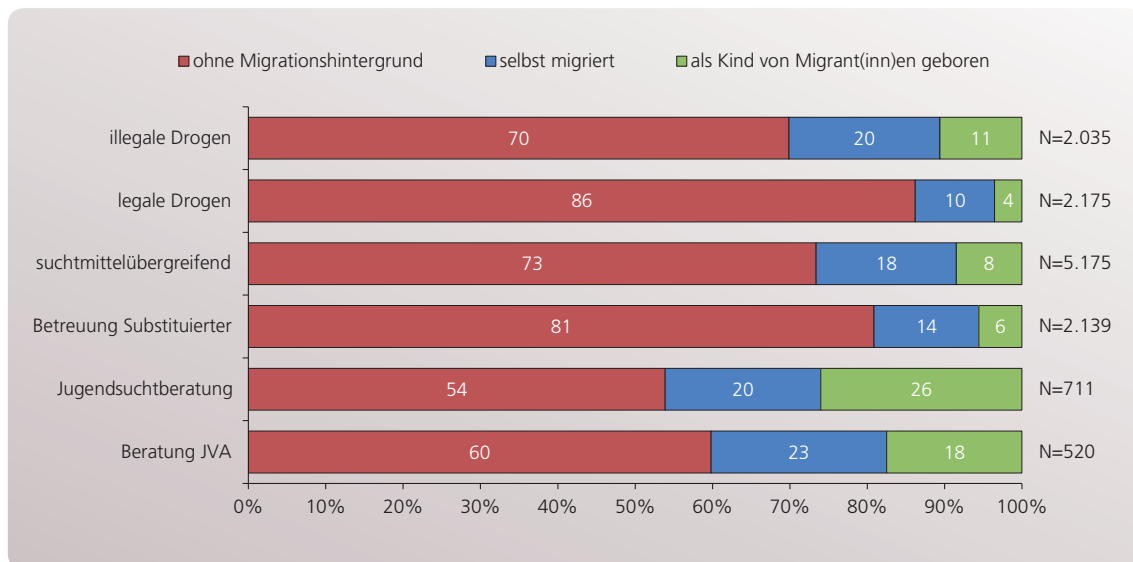


<sup>2</sup> Die tatsächliche Anzahl ist geringfügig höher, da bei den einzelnen Hauptdrogen in Bezug auf den Migrationshintergrund geringe Missing-Raten vorhanden sind.

### 6.3 Exkurs: Klientinnen und Klienten in den verschiedenen Einrichtungstypen

Die Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund im Hamburger Suchthilfesystem verteilen sich nicht gleichmäßig über die verschiedenen Einrichtungstypen. Insbesondere in zwei Einrichtungsarten werden deutlich größere Anteile von Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund betreut als in den anderen Einrichtungsarten. Fast die Hälfte aller Klientinnen und Klienten in den Einrichtungen der Jugendberatung haben einen Migrationshintergrund (46 %). Die Mehrheit von ihnen gehört der zweiten Zuwanderergeneration an. Vier von zehn Klientinnen und Klienten der Beratung in der JVA besitzen einen Migrationshintergrund – unter ihnen überwiegen die selbst Migrierten (23 %). Allerdings sind immer noch 18 % der Klientinnen und Klienten, die im Strafvollzug betreut werden, Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation. In keinem der verbleibenden anderen Einrichtungstypen werden ähnlich große Anteile dieser Klientel betreut. Am geringsten ist der Anteil der Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund in den Beratungsstellen für legale Suchtmittel (14 %).

**Abbildung 6.10:**  
Klientinnen und Klienten in den verschiedenen Einrichtungstypen, nach Migrationsstatus, 2010

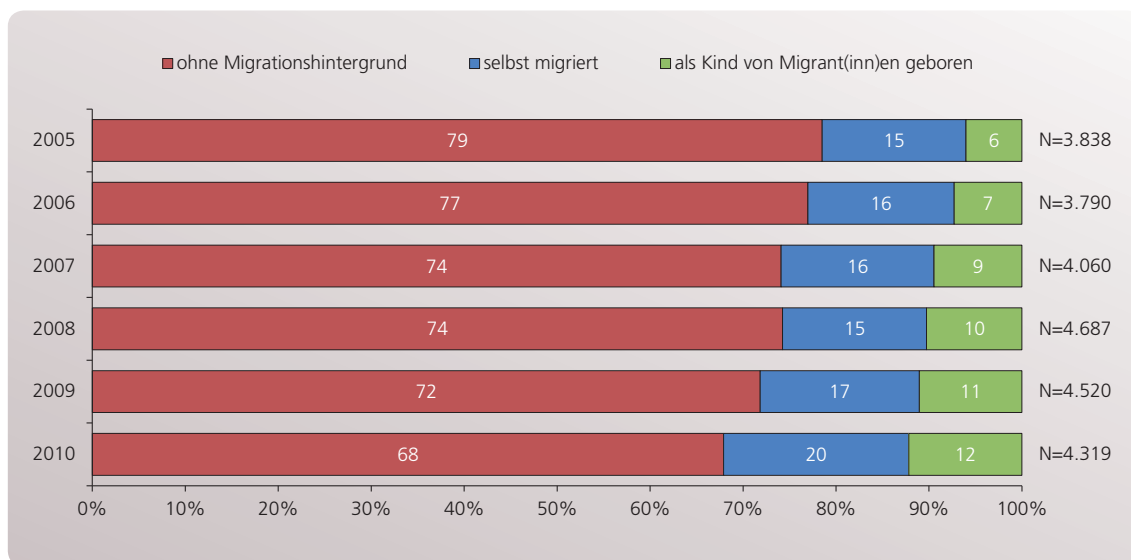


### 6.4 Exkurs: Neue Klientinnen und Klienten in den Jahren 2005-2010

Neben der dichten Beschreibung der betreuten Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund des aktuellen Jahres – wie sie dieser Gesamtabschnitt des Jahresberichtes liefert – stellt sich die Frage, ob die ambulante Suchthilfe in Hamburg in den letzten Jahren verstärkt Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund angesprochen bzw. erreicht hat. Beantwortet werden kann sie durch einen Blick auf die „Neuen“ in der Basisdokumentation – also diejenigen, die im betrachteten Bado-Jahr das erste Mal seit 1997 Aufnahme in die elektronische Dokumentation fanden. Hierzu ist eine gesonderte Auswertung vorgenommen worden. Sie zeigt, dass in den letzten Jahren kontinuierlich die Anzahl der neu betreuten Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund gestiegen ist. Dies gilt für beide Gruppen mit Migrationshintergrund gleichermaßen. Das Wachstum in der Gruppe der zweiten Migrantengeneration ist stärker als das der selbst Migrierten: In den vergangenen sechs Jahren hat sich die Anzahl der neu betreuten Klientinnen und Klienten, die als Kind selbst Migrierter geboren wurden, mehr als verdoppelt: von 231 im Jahr 2005 auf 526 im Jahr 2010. Die Anzahl neu betreuter Klientinnen und Klienten ohne Zuwanderungshintergrund hat sich in den Jahren 2005 bis 2007 kaum verändert, ist dann im Jahr 2008 erkennbar angestiegen und in 2010 wieder auf das Niveau der Jahre 2005 bis 2007 abgefallen.

Ein zunehmend immer größer werdender Anteil der neuen Klientinnen und Klienten weist einen Migrationshintergrund auf. Betrug der Anteil der neuen Klientinnen und Klienten ohne Zuwanderungshintergrund im Jahr 2005 noch 79 %, so waren dies im Jahr 2010 (nur) noch 68 %. Der Zuwachs der Migrierten unter den neuen Klientinnen und Klienten vollzieht sich in beiden Migrantengruppen: Sowohl die selbst Migrierten als auch die Zuwander(innen) der zweiten Generation gewinnen größere Anteile unter den Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchthilfe. Letztere haben ihren Anteil in den vergangenen sechs Jahren von 6 auf 12 % verdoppelt.

**Abbildung 6.11:**  
**Neue Klientinnen und Klienten in der Bado, nach Migrationsstatus, Anzahl und Anteil, 2005-2010**



In den drei Gruppen bestehen in Bezug auf die Geschlechterverteilung leichte Schwankungen, aber keine systematischen Veränderungen. Unter den neuen Klientinnen und Klienten ohne Zuwanderungshintergrund haben die Männer in den unterschiedlichen Jahren einen Anteil zwischen 67 und 69 % und unter den Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund zwischen 77 und 83 %.

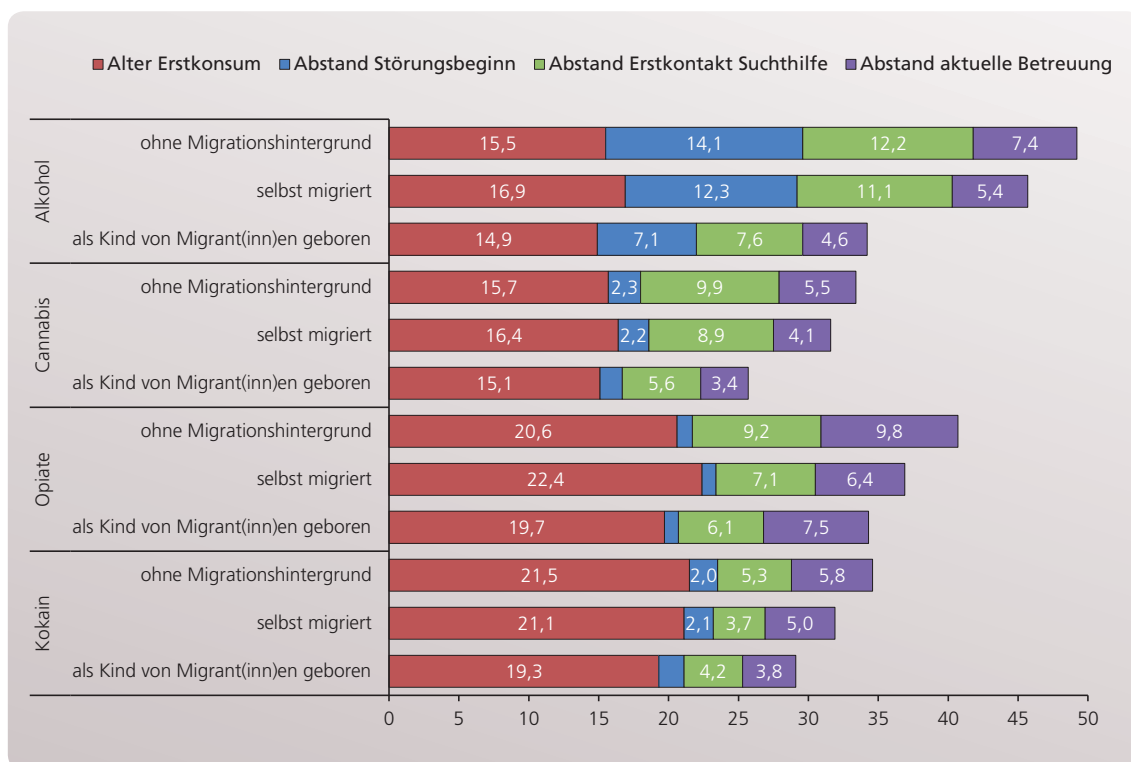
### 6.5 Konsum und Betreuungsbeginn

Fragen nach dem Zeitpunkt des Erstkonsums der dominierenden Hauptdrogen, des nachgelagerten Störungsbeginns und der Erreichung dieser Personen durch das ambulante Suchthilfesystem sind bedeutende für die Funktion dieses Systems. Für die vier bedeutenden Hauptdrogen der Hamburger Klientinnen und Klienten werden als durchschnittliche Erstkonsumzeitpunkte festgehalten: 15,7 Jahre (Alkohol und Cannabis), 20,8 Jahre (Heroin) und 21,1 Jahre (Kokain). Bei allen vier Substanzen liegt der Erstkonsum in der Gruppe der zweiten Migrantengeneration am frühesten – beim Kokain um zwei Jahre vor denjenigen ohne Migrationshintergrund und beim Heroin um ein Jahr früher. Ihr Cannabis- und Alkoholkonsum beginnt etwa ein halbes Jahr früher als in jener Vergleichsgruppe. Die erste Migrantengeneration begann später mit dem Konsum als die Klientinnen und Klienten ohne Zuwanderungshintergrund. Der Beginn von Störungen durch den Konsum dieser Substanzen schloss sich bei den illegalen Substanzen (Opiate, Kokain, Cannabis) sehr viel schneller an als beim legalen Alkohol. Die zeitlichen Abstände zwischen den drei Migrationsstatus zeigen sich bei den drei illegalen Substanzen sehr viel kleiner, bei den Opiaten sind sie gar nicht vorhanden: Hier liegt der zeitliche Abstand zwischen Erstkonsum und dem Beginn von Störungen generell bei einem Jahr. Bei den anderen drei bedeutenden Hauptdrogen lässt sich erkennen, dass der zeitliche Abstand von Erstkonsum zum Beginn von Störungen in der Gruppe der Kinder der selbst Migrierten immer geringer ist als in den beiden anderen Gruppen. Die

zweite Migrantengeneration (unter den Klientinnen und Klienten des ambulanten Hilfesystems) beginnt also am frühesten mit dem Substanzkonsum und entwickelt tendenziell am schnellsten Probleme beim Konsum.

Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation finden – wenn sie Kontakt zum ambulanten Suchthilfesystem in Hamburg aufnehmen – diesen schneller als Personen ohne Migrationshintergrund und selbst Migrierte (nur beim problematischen Kokainkonsum sind die selbst Migrierten am schnellsten), dies hat seine Ursache sicherlich auch in den speziellen Angeboten der Jugendberatung. Die zeitlichen Differenzen zwischen den drei Teilgruppen sind z. T. erheblich: So benötigen die Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation durchschnittlich 5,6 Jahre nach dem Beginn von Störungen durch den Cannabiskonsum bis zum Erstkontakt mit einer Einrichtung, die Personen ohne Migrationshintergrund brauchen allerdings fast zehn Jahre (9,9 Jahre) und damit mehr als 4 Jahre länger zur Kontaktaufnahme. Ähnlich groß ist die Differenz beim problematischen Alkoholkonsum: Sie beträgt zwischen diesen Teilgruppen 4,6 Jahre. Die selbst migrierten Klientinnen und Klienten zeigen bei den zeitlichen Distanzen bei den Substanzen, die einem hohen justiziellen Verfolgungsdruck unterliegen – dem Heroin und dem Kokain – eine größere Nähe zu den Migranten der zweiten Generation und beim Alkohol sowie dem weniger stark verfolgten Cannabisgebrauch eine größere Nähe zu den Personen ohne Migrationshintergrund.

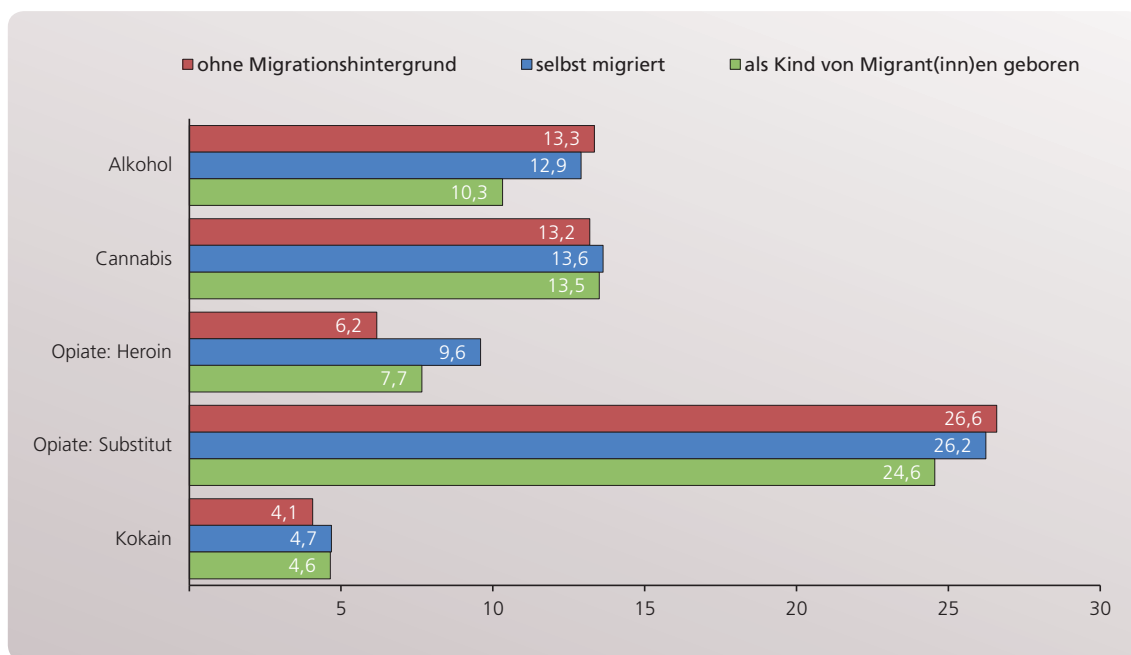
**Abbildung 6.12:**  
**Abfolge Erstkonsum-Störungsbeginn-Erstkontakt-aktuelle Betreuung, wichtigste Hauptdrogen, nach Migrationsstatus, 2010**



Die Häufigkeit des Konsums der am stärksten problemverursachenden Substanz unterscheidet sich nur wenig zwischen den drei Gruppen der Migrationsstatus. Beim Heroinkonsum zeigen sich Differenzen, die ihren Ursprung auch in der unterschiedlichen Inanspruchnahme der Substitutionsbehandlung haben können (siehe unten): Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund konsumieren zu Betreuungsbeginn häufiger Heroin (letzte 30 Tage) als Klientinnen und Klienten ohne Migrationshintergrund. Des Weiteren findet der Alkoholkonsum bei Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation, wenn sie eine Betreuung aufnehmen, seltener statt als in den beiden anderen Gruppen (durchschnittlich an drei Tagen weniger im letzten Monat als bei den Klientinnen und Klienten ohne Zuwanderungshintergrund).



Abbildung 6.13:  
Konsumhäufigkeit der Hauptdroge (hierarchisiert), letzte 30 Tage, Betreuungsbeginn, 2010



## 6.6 Betreuungen

Betreuungen von Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund in der ambulanten Suchthilfe finden in mehr als drei von vier Fällen – wie auch bei den Klientinnen und Klienten ohne Zuwanderungshintergrund – als ambulante Beratung statt. Selbst Migrierte nehmen etwas häufiger niedrigschwellige Hilfen in Anspruch (plus fünf bzw. sechs Prozentpunkte) als Migrantinnen und Migranten zweiter Generation und nicht migrierte Personen. Die externe Haftbetreuung wird überproportional oft von den Migrantinnen und Migranten zweiter Generation in Anspruch genommen: Diese Form der Betreuung hat bei ihnen einen Anteil von 14 %, bei den Klientinnen und Klienten ohne Migrationshintergrund aber nur einen Anteil von 5 %. Die Psychosoziale Betreuung Substituierter hat für Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund eine geringere Bedeutung als für Klientinnen und Klienten ohne Migrationshintergrund (minus fünf bzw. sechs Prozentpunkte).

Tabelle 6.2:  
Betreuungsart, nach Migrationsstatus, Anteile, 2010

	ohne Migrationshintergrund	selbst migriert	als Kind von Migrant(inn)en geboren
niedrigschwellige Hilfen	12 %	17 %	11 %
amb. Beratung/Betreuung	78 %	81 %	78 %
PSB	15 %	10 %	9 %
externe Haftbetreuung	5 %	10 %	14 %

Dies deutet darauf hin, dass es in Bezug auf die Versorgung Opiatabhängiger Unterschiede in Abhängigkeit vom Migrationsstatus geben könnte. 43 % der betreuten opiatabhängigen Migrantinnen und Migranten zweiter Generation befinden sich nicht in einer Substitution, 4 Prozentpunkte mehr als unter den selbst Migrierten und 11 Prozentpunkte mehr als unter den nicht Migrierten. Unter den Opiatabhängigen befinden sich die Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund also selten in einer aktuellen Substitution als diejenigen ohne einen eigenen oder familiären Zuwanderungshintergrund.

**Tabelle 6.3:**  
Aktuell keine Substitution, Hauptdroge Opiate, nach Migrationsstatus und Geschlecht, Anteile, 2010

	ohne Migrationshintergrund	selbst migriert	als Kind von Migrant(inn)en geboren
männlich	33 %	38 %	43 %
weiblich	30 %	45 %	44 %
alle	32 %	39 %	43 %

Die Klientinnen und Klienten haben – in Abhängigkeit vom Migrationsstatus – in der Vergangenheit in unterschiedlichem Ausmaß bereits Hilfen des ambulanten Suchthilfesystems in Anspruch genommen. Für die Mehrheit derjenigen, die als Kind von Migrantinnen und Migranten geboren wurden, ist ihre aktuelle Betreuung die erste Betreuung (57 %). Dies gilt nur für eine Minderheit der selbst Migrierten (47 %) und einen nochmals geringeren Anteil der Personen ohne Zuwanderungshintergrund (42 %). Insbesondere Entgiftungen haben die betreuten Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation seltener in Anspruch genommen (minus 6 Prozentpunkte) und auch die – gerade erwähnten – Substitutionsbehandlungen.

**Tabelle 6.4:**  
Vorangegangene Betreuungen, nach Migrationsstatus, Anteile, 2010, Mehrfachnennungen

	ohne Migrationshintergrund	selbst migriert	als Kind von Migrant(inn)en geboren
keine	42 %	47 %	58 %
Entgiftung/Entzug	17 %	15 %	11 %
Substitutionsbehandlung	16 %	16 %	12 %

Jede(r) dritte Klient(in) ohne Migrationshintergrund nahm die Betreuung aus eigener Motivation, ohne eine Kontaktempfehlung auf. Für selbst Migrierte gilt dies in etwas geringerem Maße und trifft bei den Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation auf nur jede/n Vierte/n zu. Von ihnen wurden 41 % durch öffentliche Institutionen, die Justiz, den Arbeitgeber oder die Schule an die helfende Einrichtung vermittelt. Dieser Zugangsweg ist für diese Teilgruppe doppelt so bedeutsam wie für die Personen ohne Zuwanderungshintergrund (19 %). Jene – mit größeren Vorerfahrungen im Hilfesystem – werden häufiger durch andere Einrichtungen oder im System Tätige empfohlen.

**Tabelle 6.5:**  
Kontaktempfehlung und Auflagen, nach Migrationsstatus, Anteile, 2010

	ohne Migrationshintergrund	selbst migriert	als Kind von Migrant(inn)en geboren
<b>Kontaktempfehlung</b>			
Eigeninitiative	34 %	30 %	24 %
Justiz, öffentliche Institutionen, Schule, Betrieb	19 %	25 %	41 %
Hilfesystem	26 %	21 %	14 %
<b>Auflagen</b>			
keine Auflagen	81 %	75 %	69 %
Auflagen Justiz	7 %	12 %	22 %

Entsprechend verteilt sind die Auflagen, die die Klientinnen und Klienten mit der Betreuung zu erfüllen haben: Jede fünfte Betreuung der Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation startet unter der Voraussetzung, dass mit ihr eine Auflage der Justiz erfüllt wird – bei den selbst Migrierten ist es jede achte Betreuung und bei den Personen ohne Migrationshintergrund nur jede fünfzehnte.

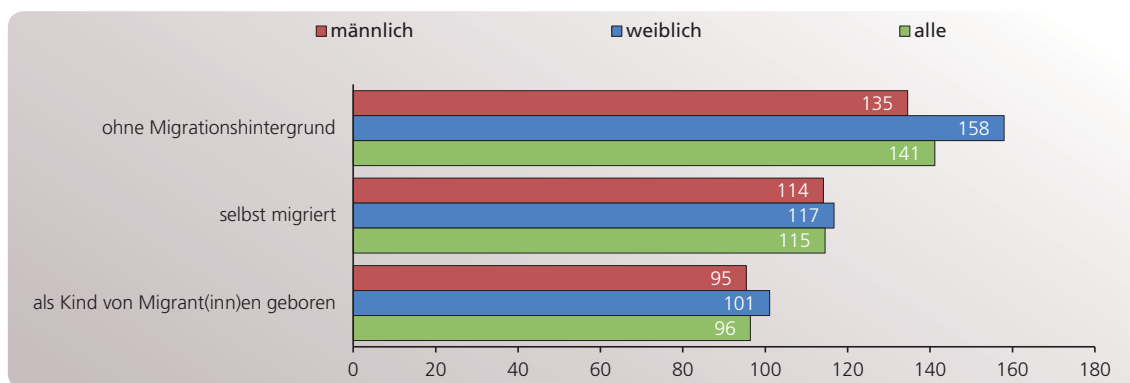
Die dokumentierte Betreuung bleibt bei der Hälfte der Personen ohne Migrationshintergrund die einzige Betreuung – die andere Hälfte nimmt (mindestens) eine zusätzliche, ergänzende Betreuung in einer anderen Einrichtung in Anspruch. Dies gilt für selbst Migrierte nur in geringerem Maße (42 %) und für Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation in noch geringerem Umfang (34 %). Es muss hier und im Folgenden beachtet werden, dass die Altersunterschiede zwischen den Gruppen, sowie die unterschiedlichen Hauptdrogen sich auf die Inanspruchnahme von Maßnahmen auswirkt.

**Tabelle 6.6:**  
Ergänzende, externe Betreuung, nach Migrationsstatus, Anteile, 2010, Mehrfachnennungen

	ohne Migrationshintergrund	selbst migriert	als Kind von Migrant(inn)en geboren
keine	50 %	58 %	66 %
Substitution	18 %	16 %	13 %
Entgiftung/Entzug	9 %	8 %	5 %
Selbsthilfegruppe	9 %	5 %	3 %

Die Betreuungen zeigen sich je nach Migrationsstatus unterschiedlich lang. Am längsten werden die Personen ohne Migrationsstatus betreut: Frauen 158 Tage und Männer 135 Tage. Durchschnittlich etwa eineinhalb Monate kürzer dauern die Betreuungen der Kinder der selbst Migrierten an (96 Tage), die Länge der Betreuungen der Männer unterscheidet sich hier kaum von denen der Frauen. Dies ist auch bei den selbst Migrierten so; ihre Betreuungen haben eine durchschnittliche Länge von 115 Tagen.

**Abbildung 6.14:**  
Betreuungsdauer, abgeschlossene Betreuungen, nach Migrationsstatus, in Tagen, 2010



Bei der Analyse verschiedener suchtmmedizinischer Einzelmaßnahmen wird deutlich, dass Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund – unabhängig vom Hauptdrogentyp – häufiger suchtmmedizinische Maßnahmen nicht in Anspruch genommen haben als Klientinnen und Klienten ohne Migrationshintergrund. Grundsätzlich gilt dies für Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation in stärkerem Maße als für die selbst Migrierten. Für die Hauptdroge Opiate ist erkennbar, dass hier insbesondere die selbst Migrierten seltener spezifische Maßnahmen in Anspruch nehmen.

In Bezug auf das Ende der Betreuung zeigen sich hinsichtlich des Migrationsstatus geringe Unterschiede. Alle drei Teilgruppen beenden in ähnlich großem Maße (zu etwa 30 %) regulär oder durch eine Weitervermittlung (zu etwa 20 %) die Betreuung. In der Gruppe der zweiten Migrantengeneration wird seltener der Kontakt stillschweigend zur Einrichtung abgebrochen und damit die Betreuung beendet (32 %; minus fünf bzw. sechs Prozentpunkte im Vergleich zu den anderen Teilgruppen).

**Tabelle 6.7:**  
**Art der Beendigung, nach Migrationsstatus, Anteile, 2010**

	ohne Migrations- hintergrund	selbst migriert	als Kind von Migrant(inn)en geboren
regulär	32 %	29 %	33 %
Weitervermittlung	21 %	22 %	19 %
Kontaktverlust	37 %	38 %	32 %

## 6.7 Biografischer Hintergrund und soziale Situation

Selbst migrierte Klientinnen und Klienten zeigen eine größere Integration in familiäre Zusammenhänge als Klientinnen und Klienten ohne Zuwanderungshintergrund: Sie sind häufiger verheiratet, seltener alleinstehend, häufiger in einer festen Partnerschaft und leben auch häufiger mit Eltern und / oder Kindern zusammen. Die Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation zeigen Merkmale, die mit ihrem durchschnittlich jüngerem Alter zu erwarten sind: Sie sind häufiger ledig und alleinstehend, leben gleichzeitig aber häufiger mit den Eltern zusammen. Am häufigsten in einer eigenen Wohnung leben Klientinnen und Klienten ohne Migrationshintergrund (71 %); beide Gruppen mit Migrationshintergrund leben häufiger bei Angehörigen – insbesondere die jüngere, zweite Einwanderergeneration (29 %).

**Tabelle 6.8:**  
**Ausgewählte familiäre Indikatoren, nach Migrationsstatus, Anteile, 2010**

	ohne Migrations- hintergrund	selbst migriert	als Kind von Migrant(inn)en geboren
<b>Familienstand</b>			
ledig	65 %	49 %	78 %
verheiratet	14 %	26 %	11 %
<b>Partnerbeziehung</b>			
alleinstehend	57 %	50 %	57 %
feste Bez. zusammen	26 %	32 %	21 %
<b>Lebenssituation</b>			
alleinlebend	48 %	33 %	26 %
mit Eltern	9 %	14 %	29 %
mit Kindern	13 %	21 %	12 %
<b>Aufenthaltort</b>			
eigene Wohnung	71 %	59 %	41 %
Angehörige	9 %	14 %	29 %

In Bezug auf die Existenz eigener Kinder unterscheiden sich die zwei Gruppen mit Migrationshintergrund voneinander: Die selbst Migrierten haben in der Mehrzahl eigene Kinder (57 %), die Kinder der Zugewanderten hingegen nicht, wenn sie als Klientinnen und Klienten betreut werden (37 %). Durchschnittlich haben die betreuten selbst Migrierten 1,1 Kinder, diejenigen ohne Migrationshintergrund 0,9 und die Kinder der selbst Migrierten 0,7 Kinder.

Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund weisen eher niedrigere Bildungsabschlüsse auf und einen größeren Anteil fehlender Berufs- bzw. Ausbildungsabschlüsse als die nicht Migrierten. Dies hat seine Ursache auch in dem durchschnittlich (noch) niedrigeren Alter der betreuten zweiten Migrantengeneration. So finden sich in dieser Gruppe die größten Anteile an Schülerinnen und Schülern und Auszubildenden. Die selbst Migrierten besitzen den höchsten Anteil fehlender Schulabschlüsse (17 %) und einen um zwölf Prozentpunkte kleineren Anteil an Ausbildungsabschlüssen (56 %).

**Tabelle 6.9:**  
**(Aus-)Bildungsabschlüsse, nach Migrationsstatus, Anteile, 2010**

	ohne Migrationshintergrund	selbst migriert	als Kind von Migrant(inn)en geboren
<b>höchster Schulabschluss</b>			
kein Abschluss	7 %	17 %	16 %
zur Zeit Schüler(in)	2 %	2 %	8 %
Hauptschulabschluss	35 %	36 %	41 %
(Fach-) Hochschulreife	21 %	20 %	10 %
<b>Ausbildung</b>			
Abschluss	68 %	56 %	35 %
zur Zeit Azubi	7 %	7 %	19 %

Obwohl sich die selbst migrierten Klientinnen und Klienten im Vergleich zu den etwa gleichaltrigen Klientinnen und Klienten ohne Migrationshintergrund also formal unterqualifizierter zeigen, spiegelt sich dies in den Kategorien der Erwerbstätigkeit und der Haupteinkommensquellen nicht wieder: Beide Gruppen besitzen ähnlich große Anteile Erwerbstätiger (etwa 30 %) und Erwerbsloser (56 bzw. 52 %). Auch tragen die eigene Erwerbstätigkeit und das ALG II in beiden Gruppen in vergleichbarem Maße zur Sicherung des Lebensunterhaltes bei. Allerdings lässt die beschriebene Verteilung der Kategorien natürlich keinen Rückschluss auf die Höhe der Einkommen zu. Die jeweiligen Unterschiede bei den Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation lassen sich wiederum in Verbindung bringen mit ihrem geringeren Alter. Sie sind seltener erwerbstätig, aber häufiger (noch) Schüler(in) oder Azubi. Entsprechend fungiert die eigene Erwerbstätigkeit seltener als Haupteinkommensquelle – Verwandte übernehmen hier diese Funktion.

Die drei betrachteten Gruppen unterscheiden sich in Bezug auf die Verschuldung kaum: Klientinnen und Klienten ohne Migrationsstatus besitzen einen geringfügig höheren Anteil (plus fünf Prozentpunkte) der Verschuldung ab einer Höhe von 5.000 Euro.

**Tabelle 6.10:**  
**Ausgewählte Indikatoren der finanziellen und Erwerbssituation, nach Migrationsstatus, Anteile, 2010**

	ohne Migrationshintergrund	selbst migriert	als Kind von Migrant(inn)en geboren
<b>Erwerbssituation</b>			
erwerbstätig	30 %	30 %	23 %
erwerbslos	52 %	56 %	50 %
Schüler/Azubi	9 %	9 %	23 %
<b>Haupteinkommen</b>			
Erwerb	26 %	27 %	20 %
ALG II	45 %	44 %	43 %
Verwandte	5 %	3 %	16 %
<b>Verschuldung</b>			
keine	35 %	36 %	33 %
über 5.000	27 %	21 %	22 %

Klientinnen und Klienten ohne Migrationshintergrund stammen zu einem beachtenswerten Teil aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil eigene Suchtprobleme besitzt: Mehr als jede(r) Dritte stammt aus einer solchen Familie (37 %). Für Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund gilt dies grundsätzlich in geringerem Maße: 29 % sind davon betroffen – Unterschiede zwischen den beiden Migrantengruppen gibt es in dieser Frage nicht. Frauen sind in dieser Hinsicht immer stärker betroffen als Männer. Dies gilt für jede der drei Gruppen und unabhängig davon, ob ein Elternteil oder sogar beide

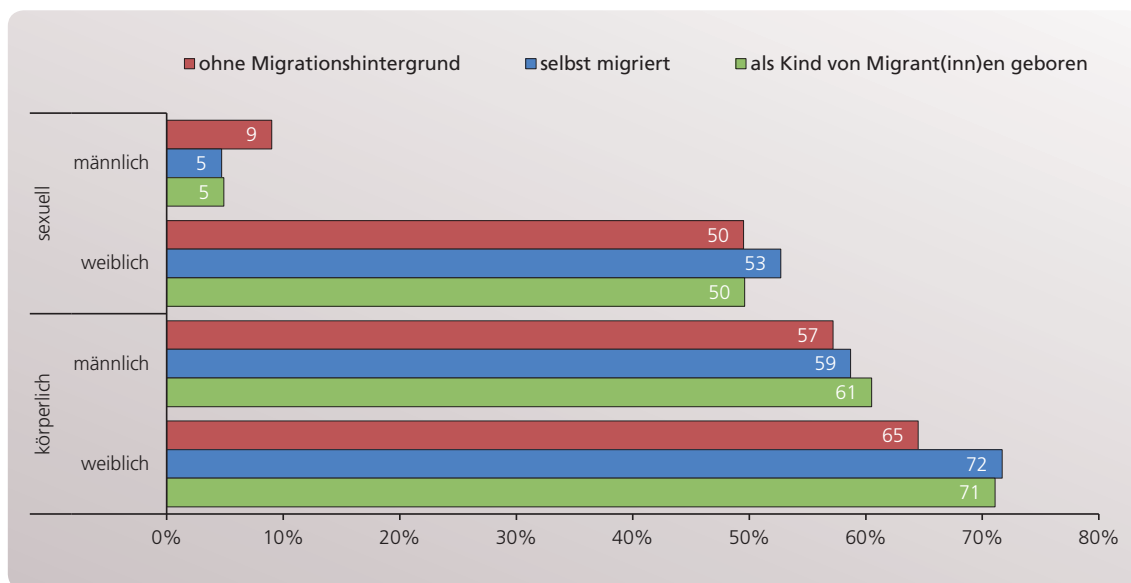
eigene Suchtprobleme besitzen. Unter den Klientinnen mit einem suchtbelasteten Elternteil zeigt sich allerdings ein geringfügig größerer Anteil betroffener Migrantinnen (38 bzw. 39 %) als bei den Frauen ohne Migrationshintergrund (35 %).

In der eigenen Partnerschaft kommt es unter Klientinnen und Klienten, die keinen Migrationshintergrund besitzen, desgleichen häufiger vor, dass die Partnerin bzw. der Partner ebenfalls Suchtprobleme besitzt (37 %), als unter den Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund. Betreute Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation leben häufiger (28 %) unter diesen Umständen als selbst Migrierte (19 %).

Jede(r) Fünfte (21 %) der Klientinnen und Klienten ohne Migrationshintergrund wuchs auch im Heim oder unter Obhut öffentlicher Stellen auf. Ein etwa ebenso großer Anteil (18 %) der betreuten Kinder der selbst Migrierten teilt diese Erfahrung; von den Migrantinnen und Migranten der ersten Generation ist dies nur jede(r) Zehnte. In allen drei Teilgruppen sind die Frauen (bzw. zum Zeitpunkt der Erfahrung: Mädchen) stärker betroffen. Fast 29 % der Migrantinnen der zweiten Generation waren von Fremdplatzierung in Kindheit und Jugend betroffen.

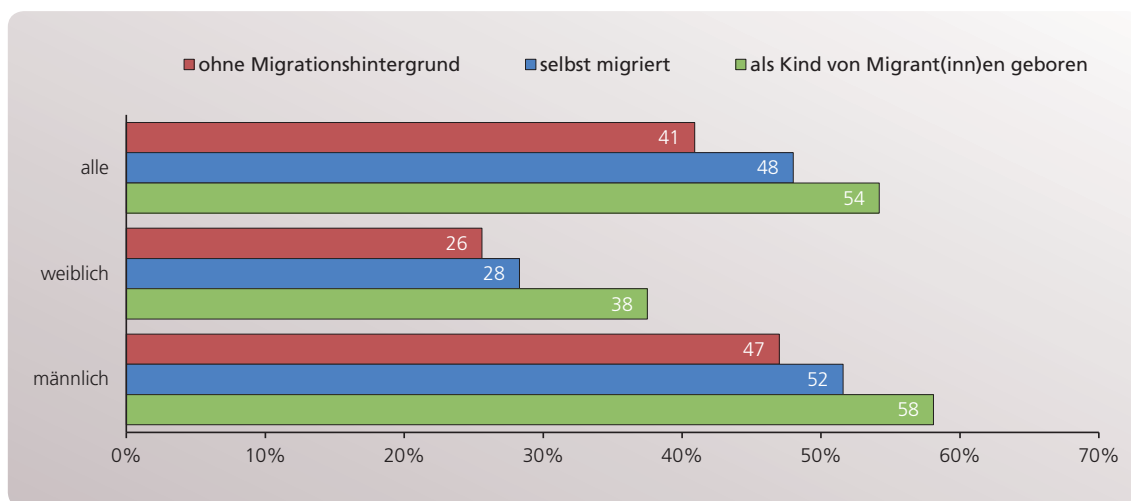
Auch körperlicher und sexueller Gewalt sind die Frauen in weitaus höherem Maße als die Männer ausgesetzt gewesen. 71 % der betreuten Migrantinnen mussten körperliche Gewalt erleiden – dies sind nochmals 6 Prozentpunkte mehr als bei den Frauen ohne Migrationshintergrund. Zwischen den Männern bestehen – je nach Migrationsstatus – nur geringe Unterschiede. Sexueller Gewalt war jeder zwanzigste Migrant (egal ob der ersten oder zweiten Generation) ausgesetzt, jeder zehnte Klient ohne Migrationshintergrund, aber jede zweite betreute Klientin – unabhängig von ihrem Migrationsstatus.

**Abbildung 6.15:**  
**Körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen, nach Geschlecht und Migrationsstatus, Lifetime, 2010**



Die dokumentierten Anteile eigener körperlicher Gewaltausübung durch die Klientinnen und Klienten spiegeln ähnlich hohe Werte wider wie die der Opferanteile. Zwischen den drei betrachteten Gruppen von Klientinnen und Klienten in der ambulanten Suchthilfe lassen sich mehrere Tendenzen erkennen: Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund sind häufiger selbst zu Tätern geworden als nicht Migrierte; mit 54 % weist die Gruppe der zweiten Migrantengeneration den größten Anteil an Personen auf, die bereits selbst Gewalt gegen andere angewendet haben. Dieser unterscheidet sich deutlich (plus 13 Prozentpunkte) vom entsprechenden Anteil der Klientinnen und Klienten ohne Zuwanderungshintergrund (41 %). In der Gruppe der zweiten Migrantengeneration haben sowohl die Männer als auch die Frauen im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen höhere Anteile mit körperlicher Gewaltausübung. Gleiches gilt für die selbst Migrierten im Vergleich zu den nicht Migrierten. Insgesamt besitzen Frauen also immer geringere Anteile eigener körperlicher Gewaltausübung als Männer.

Abbildung 6.16:  
Körperliche Gewaltausübung, nach Geschlecht und Migrationsstatus, Lifetime, 2010



Die biografische Gesamtsituation wird auch geprägt durch eigene Konflikte mit den gesellschaftlichen Regeln, die sich dann in Verurteilungen widerspiegeln. Je nach Migrationsstatus differiert das Ausmaß der Probleme der Klientinnen und Klienten mit der Justiz: Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund haben zum Zeitpunkt der Betreuung im ambulanten Suchthilfesystem Hamburgs in größerem Umfang aktuelle Auseinandersetzungen mit den Strafverfolgungsbehörden und sie sind in ihrem Leben bereits häufiger verurteilt worden als Klientinnen und Klienten ohne Migrationshintergrund. 70 % der Klientinnen und Klienten ohne Migrationshintergrund haben zum Beginn der Betreuung keine laufenden Auseinandersetzungen mit der Justiz. Dies gilt für nur jede/n Zweite/n der Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund – 51 % der Betreuten aus der ersten und lediglich 48 % der zweiten Einwanderergeneration. Beide Gruppen haben auch größere Anteile laufender Gerichtsverfahren (plus vier Prozentpunkte) als die Klientinnen und Klienten ohne Migrationshintergrund. Insbesondere viele der betreuten Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation befinden sich während der Betreuung in Strafhaft: 21 %, das ist jede(r) Fünfte. Von den selbst migrierten Klientinnen und Klienten befinden sich 17 % und denjenigen ohne Zuwanderungshintergrund lediglich neun Prozent in Strafhaft. Ein unmittelbarer Rückschluss auf eine allgemein höhere Straffälligkeit von Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund kann aus diesen Zahlen nicht abgeleitet werden – sie sind auch vermittelt über das Ausmaß besonderer Angebote der hamburgischen Suchthilfe, die sich an straffällige Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund richten. Obwohl die Klienten der zweiten Migrantengeneration durchschnittlich die mit Abstand jüngste der drei Teilgruppen ist, hat sie doch den größten Anteil an Verurteilungen während ihrer Lebenszeit. Mehr als jede(r) Zweite dieser Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund (58 %) wurde bereits mindestens einmal durch ein Gericht verurteilt. Die selbst Migrierten weisen nur einen unbedeutend kleineren Anteil auf (57 %). Auch fast jede(r) Zweite der Klientinnen und Klienten ohne Zuwanderungshintergrund ist in seinem Leben bereits mindestens einmal verurteilt worden. In Bezug auf BtM-Delikte besteht kein Unterschied: Für jede/n Dritte/n der Klientinnen und Klienten war dies der Grund für (mindestens) eine Verurteilung. Differenzen bestehen bei der Beschaffungskriminalität: Sie ist bei den selbst Migrierten (28 %) und insbesondere bei den Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation (30 %) häufiger der Grund für eine Verurteilung als bei den Klientinnen und Klienten ohne Migrationshintergrund (24 %). Ähnlich stellt sich die Situation bei den Körperverletzungen als Ursache der Verurteilungen dar: Mehr als jede(r) Vierte der betreuten Kinder der selbst Migrierten (27 %) ist bereits wegen (mindestens) einer Körperverletzung gerichtlich verurteilt worden. Unter den Betreuten der ersten Einwanderergeneration ist dies jede(r) Fünfte (19 %), ein etwa genauso großer Anteil wie unter den nicht Migrierten (18 %).

**Tabelle 6.11:**  
Konflikte mit der Justiz, nach Migrationsstatus, Anteile, 2010

	ohne Migrations- hintergrund	selbst migriert	als Kind von Migrant(inn)en geboren
<b>aktuelle Probleme mit der Justiz</b>			
keine	70 %	51 %	48 %
laufendes Gerichtsverfahren	8 %	12 %	12 %
in Strafhaft	9 %	17 %	21 %
<b>Verurteilungen, Lifetime</b>			
ja, mindestens eine	49 %	57 %	58 %
wg. Körperverletzung*	18 %	19 %	27 %
wg. BtM-Delikte*	30 %	32 %	33 %
wg. Beschaffungskriminalität*	24 %	28 %	30 %

\*Mehrfachnennungen möglich

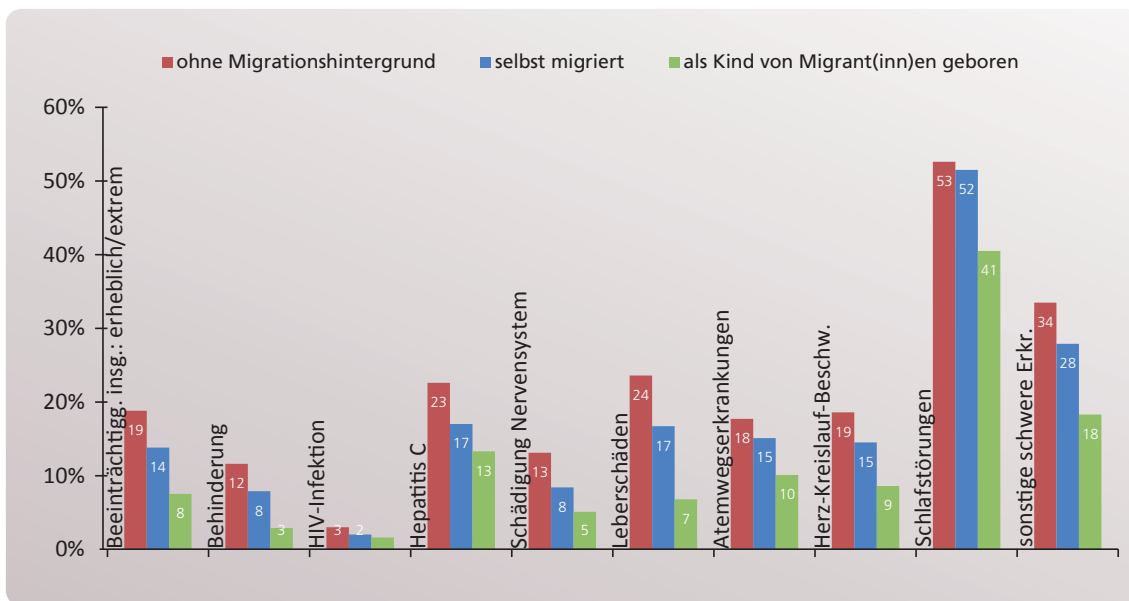
Die Dauer der Strafhaft – als Summe aller Inhaftierungen – ist bei den jemals Inhaftierten ohne Migrationshintergrund mit Abstand am größten: Sie beträgt durchschnittlich 50 Monate und damit mehr als vier Jahre. In dieser Hinsicht besteht zwischen den beiden Migrantengruppen nur ein geringer Unterschied: Selbst migrierte Klientinnen und Klienten sind durchschnittlich insgesamt 31 Monate inhaftiert (gewesen) und die Klientinnen und Klienten der zweiten Migrantengeneration durchschnittlich bereits 32 Monate. Denn es bleibt zu bedenken, dass diese Klientinnen und Klienten in der Betreuung durchschnittlich 8 1/2 Jahre jünger sind als die selbst Migrierten, aber bereits eine durchschnittlich ebenso lange Inhaftierungszeit aufweisen.

## 6.8 Gesundheitliche Situation

Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund sind durchschnittlich weniger körperlich beeinträchtigt als Klientinnen und Klienten ohne Zuwanderungshintergrund. Während für lediglich 19 % der letztgenannten Gruppen dokumentiert wird, dass sie gar nicht gesundheitlich-körperlich beeinträchtigt sind, wird dies für 26 % der selbst migrierten Klientinnen und Klienten und 40 % der betreuten zweiten Migrantengeneration festgehalten. Auf der anderen Seite werden ebenfalls 19 % der nicht Zugewanderten attestiert, dass sie erhebliche oder sogar extreme körperliche Beeinträchtigungen besitzen; dies wird für 14 % der selbst Migrierten und 8 % der zweiten Migrantengeneration vermerkt. Dieses Muster spiegelt sich durchgängig über alle einzeln erhobenen Krankheitsbilder ab. Es hat seine Ursache sicherlich auch im durchschnittlich jüngeren Alter der betreuten zweiten Migrantengeneration.

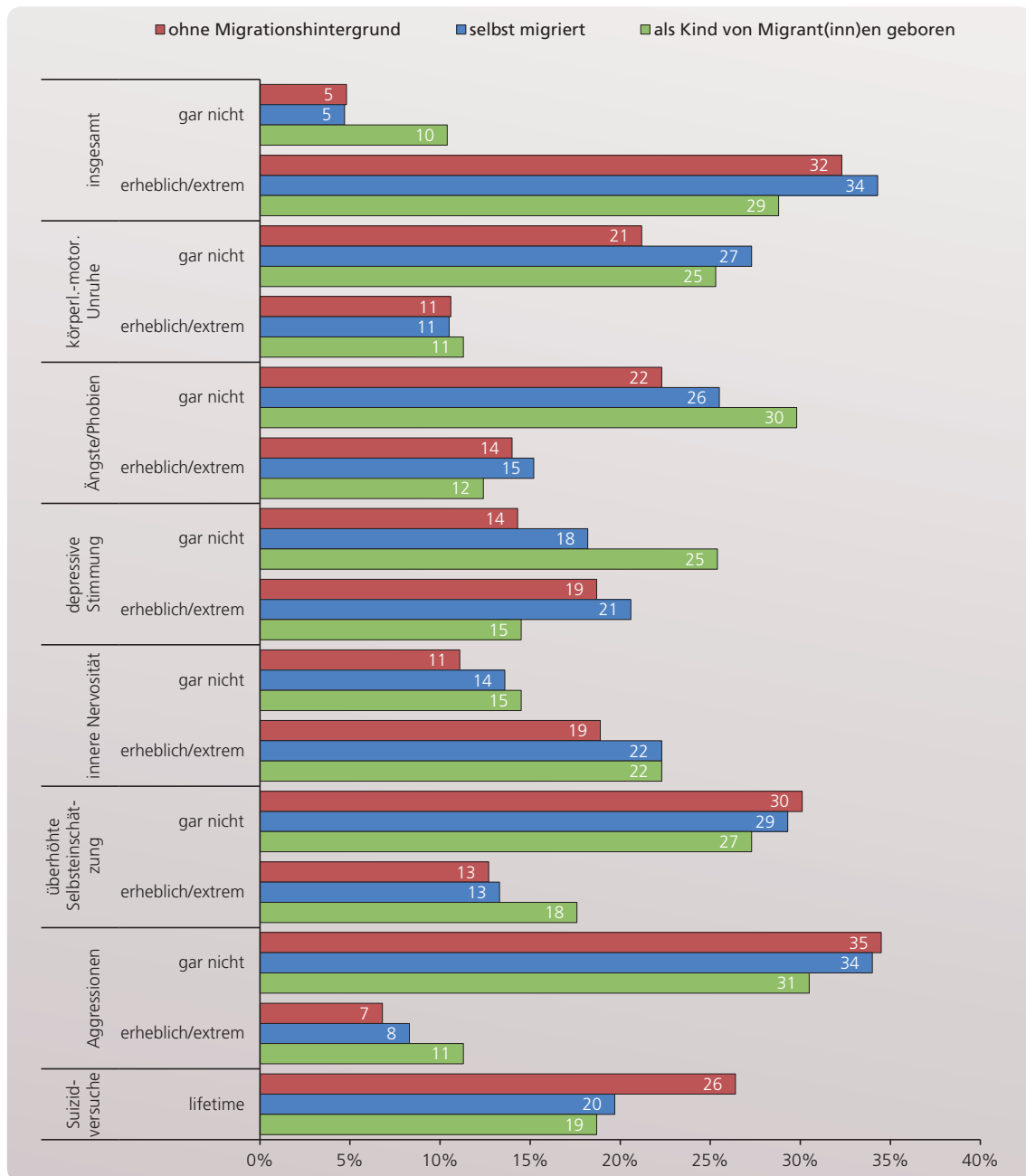


Abbildung 6.17:  
Körperliche Beeinträchtigungen, nach Migrationsstatus, 2010



Anders stellt sich die Situation bei der psychischen Belastung bzw. Beeinträchtigung der Klientinnen und Klienten dar. Zwar ist es auch hier so, dass die betreute zweite Migrantengeneration grundsätzlich weniger belastet ist, jedoch übersteigen die Belastungen der Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund bei einigen psychischen Symptomen die der nicht Zugewanderten. Dies zeigt sich auch bei einer zusammenfassenden Bewertung der psychischen Gesamtsituation: Jeweils nur 5 % der nicht Migrierten und der selbst Migrierten sind gar nicht psychisch belastet – von der zweiten Migrantengeneration sind es hingegen zehn Prozent. Dagegen wird Letzteren zu 29 % attestiert, erheblich oder sogar extrem psychisch belastet zu sein, dies gilt aber für 32 % der nicht Migrierten und 34 % der selbst Migrierten. Bei der Betrachtung einzelner Krankheitszeichen zeigen sich differenzierte Facetten: Körperlich-motorische Unruhe betrifft die drei betrachteten Gruppen in erheblichem Ausmaß in gleicher Weise, die selbst Migrierten sind damit häufiger gar nicht konfrontiert. Ängste und Phobien treffen Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation weniger als die beiden anderen Gruppen. Das gilt in gleicher Weise für depressive Stimmungen. Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund besitzen in erheblicher oder extremer Ausprägung eine innere Nervosität geringfügig häufiger als die Klientinnen und Klienten ohne Migrationshintergrund. Überhöhte Selbsteinschätzung und auch Aggressionen werden für Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation häufiger in erheblicher bzw. extremer Form dokumentiert und seltener als gar nicht vorhanden festgehalten. Versuche der Selbsttötung haben Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund seltener unternommen als Klientinnen und Klienten ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 6.18:  
Psychische Beeinträchtigungen, nach Migrationsstatus, 2010

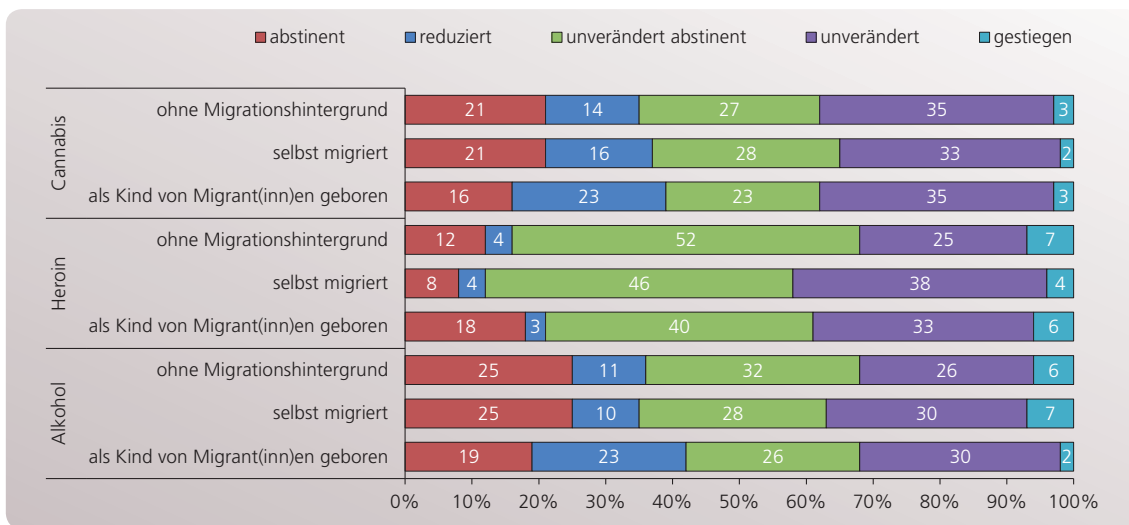


## 6.9 Verlaufsdokumentation

Nach den eingangs angeführten, aktuell wissenschaftlich diskutierten Thesen stellt sich Frage, ob die Bado hierzu Aufklärung leisten kann. Im Folgenden soll in aller Kürze der Versuch unternommen werden, Hinweise auf die Frage zu finden, ob Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund von der ambulanten Suchthilfe anders profitieren als Klientinnen und Klienten ohne Zuwanderungshintergrund. Hierzu werden die Verlaufsdaten für die Konsumententwicklung der jeweiligen Hauptsubstanzen der wichtigsten Hauptdrogentypen und die Veränderung der psychischen Situation betrachtet.

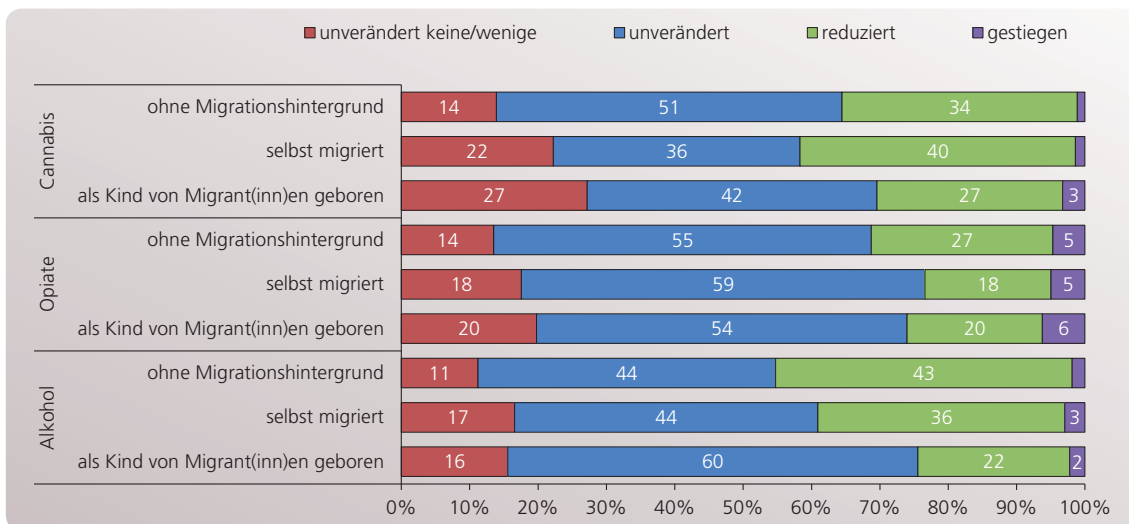
Beim Konsum der Hauptsubstanz ist kein Unterschied zwischen den Klientengruppen erkennbar. Die Anteile positiver Veränderung (Reduktion, erreichte Abstinenz) sind über die drei Teilgruppen beim Cannabis- und auch beim Alkoholkonsum vergleichbar groß.

**Abbildung 6.19:**  
Konsumreduktion, wichtigste Hauptdrogentypen, nach Migrationsstatus, 2010



Auch bei der Veränderung der psychischen Belastung der Klientinnen und Klienten im Verlauf der Betreuung zeigt sich ein differenziertes Bild. Für die betreuten Alkohol Klientinnen und -Klienten ist erkennbar, dass Klientinnen und Klienten ohne Migrationshintergrund in höherem Maße eine Reduktion der psychischen Belastung erleben als die Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund. Insbesondere die Migrantinnen und Migranten zweiter Generation haben geringere Anteile einer psychischen Verbesserung (minus 21 Prozentpunkte im Vergleich zu den Klientinnen und Klienten ohne Migrationshintergrund). Unter den Opiatabhängigen führt die Betreuung der Klientinnen und Klienten ohne Zuwanderungshintergrund in größerem Umfang zur Verbesserung der psychischen Situation als bei den beiden Gruppen mit Migrationshintergrund (plus sieben bzw. neun Prozentpunkte). Die selbst migrierte Cannabis-Klientel zeigt den stärksten Rückgang der psychischen Belastung im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen. Die zweite Zuwanderergeneration hat hier die größten Anteile fehlender Veränderung und verbessert sich in Bezug auf die psychische Situation am geringsten. Ein einheitliches Bild entsteht damit nicht; es scheint sich aber eine durchgängig geringere Verbesserung des psychischen Zustands bei der zweiten Migrantinnen und Migranten-Generation während der Betreuung anzudeuten.

**Abbildung 6.20:**  
Veränderung der psychischen Situation, wichtigste Hauptdrogentypen, nach Migrationsstatus, 2010



## 7. Literaturverzeichnis

- Assion, H. J. (2005) Migration und seelische Gesundheit.
- Behrens, K., Calliess, I. T. (2008) Migration und Kultur als Determinanten diagnostischer und therapeutischer Prozesse bei seelisch erkrankten Migranten Eine systematische Differenzierung anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse von Behandlungsverläufen. In: Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie, (58): 162-168.
- Brähler, E., Petermann, F., Rief, W. (2010) Psychotherapie und Migration. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie; (58): 161-163.
- Bühringer, G., Kraus, L., Sonntag, D., Pfeiffer-Gerschel, T. & Steiner, S. (2007). Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel- und Bevölkerungsrisiken. Sucht 53, 296-308.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2010). Glücksspielverhalten in Deutschland 2007 und 2009: Ergebnisse aus zwei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen. BzgA, Köln.
- Buth, S. & Stöver, H. (2008). Glücksspielteilnahme und Glücksspielprobleme in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. Suchttherapie 9, 1-9.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2010) Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe – Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch.
- Göbber, J., Gündel, H., Henniger, S., Machleidt, W., Kimil, A. (2008) Migration: Kulturelle Besonderheiten bei somatoformen Störungen. In: Psychotherapie im Dialog; (03): 265-271.
- Göbber, J., Pfeiffer, W., Winkler, M., Kobelt, A., Petermann, F. (2010) Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie; (58): 181-187.
- Göbber, J., Kobelt A., Winkler, M., Pfeiffer W., Petermann, F. (2011) Die Bedeutung des Migrationshintergrundes für den Behandlungserfolg in der psychosomatischen Rehabilitation. Vortrag bei der Deutschen Rentenversicherung (verfügbar im Internet, eingesehen am 10.6.2011)
- Gupta, R. & Derevensky, J. L. (1998). Adolescent Gambling Behavior: A Prevalence Study and Examination of the Correlates Associated with Problem Gambling. Journal of Gambling Studies 14, 319-345.
- Gundlach, H. B. (2010) Kulturelle Dimensionen als Erklärungsmuster. In: Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover als Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes; Anders und doch gleich: Workshop des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover zur Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten, Dokumentation der Veranstaltung am 2. Dezember 2009; Sozialpsychiatrische Schriften Band 3, 11-25.
- Haasen, C., Toprak, M. A., Yagdiran, O., Kleinemeier, E (2001) Psychosoziale Aspekte der Sucht bei Migranten. In: Suchttherapie, (2): 161-166.
- IFT (Institut für Therapieforchung) 2010: Deutsche Suchthilfestatistik 2009, Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4), Bezugsgruppe: 3 Alle Betreuungen mit Einmalkontakte, München.
- Kimil, A., Waldhoff, H-P, Salman, R. (2010) Wer versteht schon diese Familien? Ressourcen und Schwierigkeiten von Menschen mit Migrationshintergrund und ihren Familien im Kontext der Psychiatrie. In: Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover als Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes; Anders und doch gleich: Workshop des Sozialpsychiatrischen

- Dienstes der Region Hannover zur Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten, Dokumentation der Veranstaltung am 2. Dezember 2009; Sozialpsychiatrische Schriften Band 3, 26-44.
- Kobelt, A., Winkler, M., Göbber J., Pfeiffer, W., Petermann, F. (2010) Hängt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vom Migrationsstatus ab? In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie; (58): 189-197.
- Martens M.-S., Buth S., Neumann E., Kloss M. & Oechsler H. (2006) Statusbericht 2005 der Hamburger Basisdatendokumentation. Auswertungsleistungen und Bericht zur Hamburger Basisdatendokumentation 2005. BADO e.V. (Hrsg.) Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Hamburg: Bado e.V.
- Martens, M.S., Oechsler, H. (2011) Manual – zur Anwendung der Hamburger Basisdatendokumentation der ambulanten Suchthilfe ab 2011.
- Möske, M., Schneider, J., Koch, U., Schulz, H. (2008) Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. In: Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie; (58): 176-182.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010) Bevölkerung nach Migrationsstatus regional – Ergebnisse des Mikrozensus 2008 (verfügbar im Internet, eingesehen am 07.07.2011)
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2010): Statistische Berichte
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2010) Statistik informiert ... SPEZIAL V/2010: Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen (verfügbar im Internet, eingesehen am 07.07.2011)
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2011a): Statistik informiert ..., Nr. 63 (Datenbasis: Destatis Bevölkerungsfortschreibung, Ausländerzentralregister, Stand: 30.9.2010)
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2011b): Statistisches Jahrbuch Hamburg 2010/2011
- Stöver, H. & Buth, S. (2008). Glücksspiele in Deutschland. Ergebnisse zweier repräsentativer Bevölkerungsumfragen zur Teilnahme am Glücksspiel und den daraus resultierenden Spielproblemen. Konturen 29, 16-19.
- Thiel, G., Ackermann, R., Martens, M.-S. (2009) Zum Einfluss von Rehabilitanden- und Prozessmerkmalen auf Ergebnisse in der stationären Drogentherapie In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 32 2009, 13-23.
- Ziegenbein, M., Calliess, I. T., Machleidt, W., Sieberer, M. (2010) Besondere Aspekte in der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund. In: Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover als Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes; Anders und doch gleich: Workshop des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover zur Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten, Dokumentation der Veranstaltung am 2. Dezember 2009; Sozialpsychiatrische Schriften Band 3, 45-58.

## 8. Tabellenanhang<sup>1</sup>

### Datengrundlage

		unbekannt	Alkohol	Cannabis	Opiate	Kokain	Angehörige
Geschlecht unbekannt	Personen	9	2	0	13	0	1
	Betreuungen	9	2	0	13	0	1
männlich	Personen	343	2.797	1.650	3.821	919	309
	Betreuungen	352	3.301	1.941	5.583	1.165	322
weiblich	Personen	193	1.411	358	1.309	197	982
	Betreuungen	195	1.691	439	1.836	246	1.032
Gesamt	Personen	545	4.210	2.008	5.143	1.116	1.292
	Betreuungen	556	4.994	2.380	7.432	1.411	1.355
Überlappung der Klientel aus 2010 mit den Vorjahren	2010	545	4.210	2.008	5.143	1.116	1.292
	2009	35	1.787	675	3.363	506	176
	2008	13	858	250	2.484	262	60
	2007	5	463	120	1.863	135	33
	2006	0	276	61	1.401	62	17
	2005	0	180	30	1.066	37	9
	2004	0	80	14	728	18	7
	2003	0	44	7	536	9	4
	2002	0	21	4	408	6	4
	2001	0	15	1	317	3	3
	2000	0	6	0	237	2	2
	1999	0	2	0	172	1	1
1998	0	0	0	71	0	0	
1997	0	0	0	57	0	0	
Überlappung der Klientel aus 2010 mit den Vorjahren	in der BADO	7,5 %	56,1 %	44,8 %	84,3 %	62,8 %	21,7 %
	nicht in der BADO	92,5 %	43,9 %	55,2 %	15,7 %	37,2 %	78,3 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>545</b>	<b>4.210</b>	<b>2.008</b>	<b>5.143</b>	<b>1.116</b>	<b>1.292</b>
Mehrfachbetreuungen	in einer Einrichtung	99,1 %	92,6 %	90,6 %	78,9 %	85,6 %	98,1 %
	in zwei Einrichtungen	0,9 %	6,7 %	8,4 %	16,4 %	12,8 %	1,6 %
	in drei Einrichtungen	0,0 %	0,6 %	0,8 %	3,7 %	1,3 %	0,2 %
	> drei Einrichtungen	0,0 %	0,1 %	0,1 %	1,0 %	0,3 %	0,1 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>545</b>	<b>4.210</b>	<b>2.008</b>	<b>5.143</b>	<b>1.116</b>	<b>1.292</b>

		männlich		weiblich		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Hauptdrogen/ Hauptprobleme der Betreuten in 2010 (Mehrfachantwort)	Alkohol	6.712	68,2 %	2.426	68,1 %	9.142	68,2 %
	Cannabis	4.653	47,3 %	1.110	31,2 %	5.766	43,0 %
	Opiate	3.821	38,8 %	1.309	36,7 %	5.143	38,3 %
	Kokain	3.151	32,0 %	869	24,4 %	4.020	30,0 %
	Crack	1.648	16,8 %	675	19,0 %	2.324	17,3 %
	Halluzinogene	548	5,6 %	121	3,4 %	669	5,0 %
	Amphetamine	869	8,8 %	204	5,7 %	1.073	8,0 %
	Sedativa	1.542	15,7 %	666	18,7 %	2.213	16,5 %
	Essstörung	162	1,6 %	488	13,7 %	651	4,9 %
	Glücksspiel	899	9,1 %	84	2,4 %	983	7,3 %
	Anderes	297	3,0 %	147	4,1 %	444	3,3 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>9.837</b>		<b>3.562</b>		<b>13.414</b>	

<sup>1</sup> Sofern nicht anders angegeben, handelt es sich bei allen Items, die zu Beginn und Aktuell erhoben werden, um die Beschreibung des Zustandes „Aktuell“.

Grunddaten der Alkohol- und Opiatklientel

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Betreuungs- dauer der abge- schlossenen Betreuungen in Tagen nach Einrichtungsart	illegale Drogen	112,5	149,5	123,8	130,6	149,2	135,3
	legale Drogen	161,4	163,2	162,0	119,1	75,8	111,8
	suchtmittel-übergreifend	92,3	127,6	104,1	117,2	121,8	118,3
	Betreuung Substituierter	247,7	382,1	310,4	259,0	294,9	267,6
	Jugendberatung	114,6	52,1	96,7	136,0	187,4	146,9
	JVA	52,1	64,0	52,3	79,9	104,5	82,8
	<b>Gesamt</b>	<b>118,0</b>	<b>143,4</b>	<b>126,6</b>	<b>151,5</b>	<b>173,1</b>	<b>156,5</b>
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.262</b>	<b>1.149</b>	<b>3.411</b>	<b>3.280</b>	<b>987</b>	<b>4.267</b>
Kostenträger der Betreuung (Mehrfachantwort)	pauschal/institutionell finanziert	95,8 %	94,0 %	95,2 %	94,8 %	95,8 %	95,0 %
	Selbstzahler	2,9 %	3,6 %	3,2 %	0,3 %	0,4 %	0,3 %
	Rentenversicherung	6,2 %	10,2 %	7,6 %	3,2 %	2,6 %	3,0 %
	Krankenversicherung	0,8 %	1,9 %	1,1 %	1,1 %	0,8 %	1,0 %
	Sozialhilfe/Jugendhilfe	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,3 %	0,1 %
	sonstige	0,3 %	0,1 %	0,2 %	2,3 %	1,2 %	2,0 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>3.096</b>	<b>1.601</b>	<b>4.697</b>	<b>4.559</b>	<b>1.555</b>	<b>6.114</b>
Betreuungs- art in der eigen- en Einrichtung (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	6,8 %	4,0 %	5,8 %	23,5 %	29,6 %	25,1 %
	Ambulante Betreuung/Beratung	92,2 %	92,3 %	92,2 %	60,8 %	57,9 %	60,1 %
	Ambulante Rehabilitation	7,1 %	12,7 %	9,0 %	4,6 %	4,0 %	4,4 %
	Ambulante medizinische Behandlung	5,8 %	5,3 %	5,6 %	3,9 %	10,2 %	5,5 %
	Entgiftung/Entzug	1,2 %	2,4 %	1,6 %	0,5 %	0,6 %	0,5 %
	Substitutionsbehandlung	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,8 %	5,1 %	4,2 %
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,1 %	0,1 %	0,1 %	34,5 %	34,3 %	34,4 %
	Psychiatrische/psychotherap. Behandlung	0,3 %	0,5 %	0,4 %	0,3 %	1,0 %	0,5 %
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %
	Aufsuchende Arbeit	4,5 %	1,5 %	3,5 %	2,9 %	8,7 %	4,4 %
	Externe Haftbetreuung	3,0 %	0,5 %	2,1 %	9,9 %	7,2 %	9,2 %
	sonstiges	1,3 %	3,3 %	2,0 %	2,5 %	4,3 %	2,9 %
<b>Gesamt N</b>	<b>3.207</b>	<b>1.655</b>	<b>4.862</b>	<b>4.439</b>	<b>1.565</b>	<b>6.004</b>	
Ergänzende Betreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	0,9 %	0,9 %	0,9 %	6,7 %	16,5 %	9,4 %
	Ambulante Betreuung/Beratung	4,1 %	5,5 %	4,6 %	5,5 %	8,0 %	6,2 %
	Ambulante Rehabilitation	1,0 %	4,8 %	2,4 %	0,7 %	1,3 %	0,8 %
	Ambulante medizinische Behandlung	3,5 %	5,8 %	4,3 %	12,0 %	16,1 %	13,1 %
	Stationäre medizinische Behandlung	2,3 %	1,7 %	2,1 %	3,4 %	4,4 %	3,7 %
	Stationäre Entwöhnungsbehandlung	2,8 %	3,6 %	3,1 %	2,3 %	2,5 %	2,4 %
	Betreutes Wohnen	1,6 %	1,2 %	1,5 %	4,2 %	3,9 %	4,1 %
	Entgiftung/Entzug	12,5 %	9,8 %	11,5 %	8,2 %	6,8 %	7,8 %
	Substitutionsbehandlung	0,0 %	0,1 %	0,0 %	40,5 %	43,4 %	41,3 %
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,2 %	6,4 %	4,8 %
	Psychiatrische/psychotherap. Behandlung	4,4 %	11,0 %	6,7 %	4,6 %	7,6 %	5,4 %
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	1,4 %	1,2 %	1,4 %	2,7 %	2,4 %	2,6 %
	Aufsuchende Arbeit	0,3 %	0,5 %	0,4 %	2,2 %	4,0 %	2,7 %
	Externe Haftbetreuung	0,5 %	0,0 %	0,3 %	0,8 %	1,3 %	0,9 %
	Selbsthilfegruppe	14,3 %	20,3 %	16,4 %	4,2 %	2,7 %	3,8 %
sonstiges	4,1 %	5,7 %	4,6 %	4,8 %	8,2 %	5,7 %	
keine ergänzende Betreuung	59,4 %	51,2 %	56,5 %	38,8 %	29,2 %	36,2 %	
<b>Gesamt N</b>	<b>2.151</b>	<b>1.168</b>	<b>3.319</b>	<b>3.436</b>	<b>1.271</b>	<b>4.707</b>	
Art der Been- digung der Betreuung	reguläre Beendigung	33,8 %	35,4 %	34,3 %	25,7 %	27,2 %	26,0 %
	Beendigung durch Weitervermittlung in andere Einrichtung	21,8 %	24,5 %	22,7 %	21,4 %	18,9 %	20,8 %
	Beendigung durch Einrichtung	1,9 %	2,2 %	2,0 %	2,4 %	2,2 %	2,4 %
	formelle Beendigung durch Klientin/en	4,4 %	5,0 %	4,6 %	5,6 %	4,9 %	5,4 %
	Beendigung durch Kontaktverlust über 2 Monate	36,8 %	32,3 %	35,3 %	39,0 %	42,5 %	39,8 %
	Haft	0,3 %	0,0 %	0,2 %	2,5 %	1,9 %	2,4 %
	Abschiebung / Haftverlegung	0,6 %	0,0 %	0,4 %	2,8 %	1,1 %	2,4 %
	Tod	0,4 %	0,6 %	0,5 %	0,6 %	1,3 %	0,8 %
<b>Gesamt N</b>	<b>2.172</b>	<b>1.112</b>	<b>3.284</b>	<b>2.812</b>	<b>845</b>	<b>3.657</b>	

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Weiterbetreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	0,8 %	0,6 %	0,7 %	2,4 %	5,6 %	3,1 %
	Ambulante Betreuung/Beratung	6,2 %	5,7 %	6,0 %	4,7 %	6,0 %	5,0 %
	Ambulante Rehabilitation	3,7 %	5,5 %	4,3 %	2,2 %	3,1 %	2,4 %
	Ambulante medizinische Behandlung	1,2 %	2,8 %	1,7 %	2,0 %	3,3 %	2,3 %
	Stationäre medizinische Behandlung	2,0 %	1,9 %	1,9 %	1,5 %	1,7 %	1,6 %
	Stationäre Entwöhnungsbehandlung	14,5 %	11,3 %	13,4 %	13,8 %	11,7 %	13,3 %
	Betreutes Wohnen	1,7 %	1,4 %	1,6 %	4,1 %	3,3 %	3,9 %
	Entgiftung/Entzug	7,8 %	7,0 %	7,5 %	7,8 %	7,1 %	7,7 %
	Substitutionsbehandlung	0,0 %	0,0 %	0,0 %	43,6 %	48,3 %	44,7 %
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,0 %	7,1 %	4,7 %
	Psychiatrische/psychotherap. Behandlung	4,5 %	12,5 %	7,2 %	2,3 %	4,8 %	2,9 %
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,7 %	0,9 %	0,7 %	0,5 %	1,0 %	0,6 %
	Aufsuchende Arbeit	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,2 %
	Externe Haftbetreuung	0,3 %	0,0 %	0,2 %	2,7 %	1,8 %	2,5 %
	Selbsthilfegruppe	16,0 %	23,3 %	18,5 %	2,7 %	2,0 %	2,6 %
	sonstiges	5,2 %	4,8 %	5,0 %	4,3 %	5,3 %	4,5 %
	keine Weiterbetreuung	44,8 %	39,0 %	42,8 %	19,7 %	14,5 %	18,5 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.316</b>	<b>690</b>	<b>2.006</b>	<b>1.970</b>	<b>605</b>	<b>2.575</b>
Kontaktempfehlung	Justiz/JVA	8,1 %	1,4 %	5,8 %	13,3 %	6,3 %	11,6 %
	Familie/Freund(in)/Partner(in)	7,9 %	8,4 %	8,1 %	4,5 %	4,3 %	4,5 %
	Arbeitgeber/Schule/Betrieb/ öffentliche Institutionen	10,8 %	7,6 %	9,7 %	2,9 %	3,0 %	2,9 %
	andere Klientinnen und Klienten	2,9 %	3,1 %	2,9 %	7,8 %	8,3 %	7,9 %
	medizinische Versorgung, inkl. Psychiatrie	13,9 %	16,2 %	14,7 %	14,9 %	16,4 %	15,3 %
	Einrichtungen der Suchthilfe	15,8 %	19,4 %	17,0 %	8,8 %	9,9 %	9,1 %
	Selbsthilfegruppen	1,1 %	1,8 %	1,4 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
	sonstiges	8,3 %	9,2 %	8,6 %	11,2 %	10,5 %	11,1 %
	keine Kontaktempfehlung/ Eigeninitiative	31,1 %	32,9 %	31,7 %	36,5 %	41,3 %	37,6 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>3.021</b>	<b>1.566</b>	<b>4.587</b>	<b>4.524</b>	<b>1.503</b>	<b>6.027</b>
Auflagen für die Betreuung	keine	76,8 %	87,7 %	80,6 %	81,4 %	86,4 %	82,7 %
	Krankenkasse/Rentenversicherer	2,2 %	1,6 %	2,0 %	2,3 %	1,5 %	2,1 %
	Justiz	7,8 %	1,8 %	5,7 %	9,7 %	5,5 %	8,6 %
	Arbeitgeber	3,7 %	1,6 %	3,0 %	0,8 %	0,2 %	0,6 %
	Arbeitsamt	6,2 %	3,1 %	5,1 %	3,0 %	2,1 %	2,8 %
	sonstige öffentliche Einrichtungen	1,3 %	3,3 %	2,0 %	2,1 %	4,0 %	2,6 %
	Wohnungssicherung	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
	MPU (mediz.-psych. Untersuchung)	1,8 %	0,9 %	1,5 %	0,6 %	0,2 %	0,5 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.762</b>	<b>1.484</b>	<b>4.246</b>	<b>3.913</b>	<b>1.369</b>	<b>5.282</b>
Bezirk des Wohnorts der betreuten Person	Hamburg-Mitte	16,1 %	14,8 %	15,7 %	18,1 %	17,5 %	18,0 %
	Altona	10,8 %	13,9 %	11,8 %	12,0 %	12,9 %	12,2 %
	Eimsbüttel	11,1 %	16,7 %	13,0 %	8,3 %	7,9 %	8,2 %
	Hamburg-Nord	12,5 %	12,8 %	12,6 %	13,4 %	11,4 %	12,9 %
	Wandsbek	17,6 %	19,2 %	18,1 %	13,6 %	14,4 %	13,8 %
	Bergedorf	9,0 %	6,2 %	8,0 %	7,8 %	5,3 %	7,2 %
	Harburg	13,9 %	9,6 %	12,5 %	13,0 %	13,4 %	13,1 %
	außerhalb Hamburg	5,9 %	6,3 %	6,1 %	4,8 %	5,8 %	5,1 %
	ohne festen Wohnsitz	3,1 %	0,6 %	2,3 %	8,9 %	11,4 %	9,5 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.583</b>	<b>1.300</b>	<b>3.883</b>	<b>3.597</b>	<b>1.205</b>	<b>4.802</b>
weitere Hauptdrogen/Hauptprobleme der Betreuten (Mehrfachantwort)	Alkohol				60,5 %	51,5 %	58,2 %
	Cannabis				58,0 %	45,6 %	54,8 %
	Kokain				56,6 %	49,7 %	54,8 %
	Crack				40,3 %	48,7 %	42,5 %
	Halluzinogene				11,4 %	7,3 %	10,4 %
	Amphetamine				13,7 %	10,1 %	12,8 %
	Sedativa	1,8 %	5,4 %	3,0 %	36,8 %	39,7 %	37,5 %
	Essstörung	1,2 %	7,7 %	3,4 %	2,5 %	14,5 %	5,6 %
	Glücksspiel	5,3 %	1,3 %	4,0 %	5,5 %	1,2 %	4,4 %
		<b>Gesamt N</b>	<b>2.797</b>	<b>1.411</b>	<b>4.208</b>	<b>3.821</b>	<b>1.309</b>
Alter zu Betreuungsbeginn		44,7	46,3	45,2	38,8	36,5	38,2
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.797</b>	<b>1.411</b>	<b>4.208</b>	<b>3.821</b>	<b>1.309</b>	<b>5.130</b>



		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Alter in Kategorien	bis 18	1,4 %	2,2 %	1,7 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %
	18-27	9,1 %	4,5 %	7,5 %	8,7 %	15,8 %	10,5 %
	28-35	10,4 %	9,5 %	10,1 %	23,1 %	25,8 %	23,7 %
	36-45	23,1 %	24,1 %	23,4 %	40,6 %	36,6 %	39,6 %
	46-60	45,1 %	44,9 %	45,1 %	26,2 %	20,5 %	24,7 %
	>60	10,8 %	14,8 %	12,2 %	1,3 %	1,4 %	1,3 %
Alter bei Erstkonsum	Nikotin	14,9	16,2	15,3	13,5	13,4	13,5
	Alkohol	15,3	16,3	15,7	14,5	14,7	14,5
	Cannabis				15,8	15,5	15,7
	Opiate				21,1	20,0	20,8
	Kokain				21,2	20,5	21,1
	Crack				27,9	26,2	27,4
	Halluzinogene				18,1	17,7	18,0
	Amphetamine				19,6	18,8	19,4
	Sedativa				23,0	21,8	22,7
	Glücksspiel				19,8	24,0	20,0
Alter bei Störungsbeginn	Nikotin	17,4	18,4	17,8	15,0	14,5	14,9
	Alkohol	28,0	31,8	29,3	20,7	21,7	20,9
	Cannabis				17,1	16,5	17,0
	Opiate				22,2	20,9	21,9
	Kokain				22,6	21,6	22,4
	Crack				28,1	25,9	27,5
	Halluzinogene				18,1	16,9	17,9
	Amphetamine				19,8	18,4	19,5
	Sedativa				23,8	22,9	23,6
	Essstörung				25,4	19,3	21,2
	Glücksspiel				22,8	25,8	23,0
		<b>kein Konsum</b>	<b>einen Tag</b>	<b>2 bis 7 Tage</b>	<b>8 bis 25</b>	<b>(fast) täglich</b>	<b>Gesamt</b>
<b>Alkohol:</b> Konsumhäufigkeit innerhalb der letzten 30 Tage	Nikotin	9,6 %	1,1 %	1,0 %	3,7 %	84,7 %	<b>1.324</b>
	Alkohol	48,3 %	2,0 %	9,2 %	21,8 %	18,7 %	<b>3.417</b>
<b>Opiate:</b> Konsumhäufigkeit innerhalb der letzten 30 Tage	Nikotin	6,0 %	0,5 %	0,3 %	2,0 %	91,2 %	<b>1.744</b>
	Alkohol	48,4 %	2,3 %	11,1 %	18,3 %	19,9 %	<b>2.084</b>
	Cannabis	56,4 %	1,3 %	9,9 %	18,1 %	14,2 %	<b>1.600</b>
	Heroin	66,0 %	2,1 %	8,3 %	10,2 %	13,4 %	<b>2.576</b>
	Methadon, Subutex	6,9 %	0,2 %	0,6 %	1,8 %	90,5 %	<b>3.469</b>
	Opiate	81,1 %	2,0 %	7,7 %	6,5 %	2,7 %	<b>1.587</b>
	Crack	68,0 %	1,4 %	7,7 %	11,2 %	11,7 %	<b>1.534</b>
	Halluzinogene	98,6 %	0,9 %	0,3 %	0,0 %	0,1 %	<b>861</b>
	Amphetamine	96,8 %	0,6 %	1,5 %	0,8 %	0,3 %	<b>928</b>
	Sedativa	62,2 %	1,4 %	6,5 %	9,6 %	20,2 %	<b>1.246</b>
	Essstörung	93,6 %	0,0 %	0,8 %	1,3 %	4,3 %	<b>532</b>
	Glücksspiel	94,4 %	0,5 %	1,6 %	2,6 %	0,9 %	<b>571</b>

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Trinkmenge Alkohol in Gramm reiner Alkohol an Tagen mit Konsum Aktuell,	0g	63,5 %	68,5 %	65,3 %	68,6 %	69,0 %	68,7 %
	bis 20g	1,0 %	1,0 %	1,0 %	2,7 %	3,5 %	2,9 %
	bis 40g	2,8 %	2,0 %	2,5 %	5,9 %	4,3 %	5,5 %
	bis 60g	2,5 %	3,3 %	2,8 %	2,4 %	3,7 %	2,7 %
	bis 80g	3,5 %	4,6 %	3,9 %	3,2 %	4,3 %	3,5 %
	bis 120g	6,0 %	7,2 %	6,4 %	5,9 %	4,3 %	5,5 %
	bis 200g	9,4 %	8,2 %	9,0 %	5,2 %	4,8 %	5,1 %
	bis 300g	6,4 %	3,2 %	5,3 %	2,3 %	4,3 %	2,8 %
	bis 400g	3,5 %	1,4 %	2,8 %	2,2 %	1,3 %	2,0 %
	bis 500g	0,8 %	0,3 %	0,6 %	0,7 %	0,3 %	0,6 %
	über 500g	0,7 %	0,2 %	0,5 %	0,7 %	0,3 %	0,6 %
<b>Gesamt N</b>		<b>1.621</b>	<b>905</b>	<b>2.526</b>	<b>1.093</b>	<b>374</b>	<b>1.467</b>
Substitution	Methadon / Polamidon				46,6 %	51,7 %	47,9 %
	Buprenorphin, Subutex				17,5 %	14,7 %	16,8 %
	Codein, DHC				0,2 %	0,0 %	0,1 %
	Heroin				1,0 %	1,2 %	1,1 %
	nicht substituiert				34,6 %	32,4 %	34,1 %
	<b>Gesamt N</b>				<b>3.552</b>	<b>1.229</b>	<b>4.781</b>
Vorangegangene Betreuungen in den letzten 60 Tagen vor Betreuungsbeginn	Niedrigschwellige Hilfen	1,3 %	1,0 %	1,2 %	15,1 %	22,7 %	17,1 %
	Ambulante Betreuung/Beratung	7,5 %	8,4 %	7,8 %	12,4 %	13,7 %	12,7 %
	Amb. Reha	1,5 %	2,0 %	1,6 %	1,2 %	1,7 %	1,4 %
	Amb. mediz. Behandlung	2,9 %	6,6 %	4,2 %	8,8 %	13,7 %	10,1 %
	Stat. mediz. Behandlung	3,4 %	5,7 %	4,2 %	4,9 %	5,3 %	5,0 %
	Stat. Entwöhnungsbehandlung	9,6 %	12,0 %	10,5 %	11,4 %	10,9 %	11,3 %
	Betreutes Wohnen	1,4 %	1,0 %	1,3 %	4,2 %	4,1 %	4,2 %
	Entgiftung/Entzug	23,6 %	24,1 %	23,8 %	14,3 %	14,6 %	14,4 %
	Substitutionsbehandlung	0,1 %	0,0 %	0,1 %	48,5 %	49,5 %	48,8 %
	PSB für Substituierte	0,0 %	0,0 %	0,0 %	9,1 %	9,9 %	9,3 %
	Psychia./psychothera. Behandlung	3,0 %	8,4 %	4,9 %	2,1 %	5,2 %	2,9 %
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,5 %	0,4 %	0,5 %	1,1 %	1,4 %	1,2 %
	Aufsuchende Arbeit	0,3 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %	1,5 %	0,7 %
	Externe Haftbetreuung	0,6 %	0,0 %	0,4 %	3,2 %	1,7 %	2,8 %
	Selbsthilfegruppe	5,3 %	8,9 %	6,6 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %
	sonstiges	2,6 %	3,8 %	3,0 %	2,3 %	3,3 %	2,6 %
keine Betreuung	49,6 %	40,6 %	46,5 %	22,5 %	17,3 %	21,1 %	
<b>Gesamt N</b>		<b>2.535</b>	<b>1.353</b>	<b>3.888</b>	<b>4.035</b>	<b>1.443</b>	<b>5.478</b>
Zeitlicher Abstand zwischen Erstkontakt zur Suchthilfe und aktuellem Betreuungsbeginn	kein Kontakt	19,4 %	17,8 %	18,8 %	2,2 %	1,2 %	2,0 %
	Kontakt, Alter unbekannt	42,2 %	48,6 %	44,4 %	63,8 %	63,8 %	63,8 %
	letzten 12 Monate	6,0 %	6,0 %	6,0 %	1,7 %	0,7 %	1,5 %
	bis 2 Jahre	5,2 %	4,6 %	5,0 %	1,8 %	1,3 %	1,7 %
	bis 5 Jahre	8,8 %	7,5 %	8,4 %	4,6 %	4,3 %	4,5 %
	bis 10 Jahre	8,1 %	7,0 %	7,7 %	7,6 %	8,6 %	7,9 %
	bis 15 Jahre	5,3 %	4,1 %	4,9 %	7,9 %	8,6 %	8,1 %
	mehr als 15 Jahre	5,1 %	4,4 %	4,9 %	10,4 %	11,4 %	10,7 %
	<b>Gesamt N</b>		<b>2.271</b>	<b>1.206</b>	<b>3.477</b>	<b>3.537</b>	<b>1.214</b>
Zeitlicher Abstand zwischen erster Substitution und aktuellem Betreuungsbeginn	nicht substituiert gewesen				25,2 %	22,6 %	24,6 %
	substituiert gewesen, Alter unbekannt				20,7 %	22,6 %	21,1 %
	letzten 12 Monate				11,0 %	9,4 %	10,6 %
	bis 2 Jahre				6,9 %	5,6 %	6,6 %
	bis 5 Jahre				11,9 %	12,1 %	12,0 %
	bis 10 Jahre				8,5 %	11,2 %	9,2 %
	bis 15 Jahre				9,2 %	9,2 %	9,2 %
	mehr als 15 Jahre				6,6 %	7,4 %	6,8 %
	<b>Gesamt N</b>				<b>3.302</b>	<b>1.112</b>	<b>4.414</b>

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Dauer aller Substitutionsbehandlungen zu Betreuungsbeginn	nie substituiert				25,2 %	22,5 %	24,5 %
	substituiert gewesen, Dauer unbekannt				9,3 %	10,8 %	9,7 %
	bis 1 Jahr				22,5 %	17,5 %	21,2 %
	bis 2 Jahre				7,4 %	7,7 %	7,5 %
	bis 3 Jahre				6,4 %	5,9 %	6,3 %
	bis 5 Jahre				8,5 %	9,5 %	8,7 %
	bis 7 Jahre				4,6 %	5,6 %	4,9 %
	bis 10 Jahre				9,1 %	11,0 %	9,6 %
	>10 Jahre				7,0 %	9,5 %	7,6 %
	<b>Gesamt N</b>				<b>3.307</b>	<b>1.116</b>	<b>4.423</b>
Anzahl stationärer Entzüge zu Betreuungsbeginn	keinen Entzug	42,4 %	41,3 %	42,1 %	19,4 %	18,7 %	19,2 %
	mind 1 Entzug	0,4 %	0,7 %	0,6 %	0,7 %	0,8 %	0,7 %
	1 Entzug	24,4 %	26,0 %	25,0 %	14,6 %	15,2 %	14,7 %
	2 Entzüge	12,6 %	13,9 %	13,1 %	13,9 %	13,5 %	13,8 %
	3 Entzüge	6,4 %	6,2 %	6,3 %	12,0 %	10,9 %	11,7 %
	bis 5 Entzüge	6,6 %	6,6 %	6,6 %	14,0 %	12,3 %	13,6 %
	bis 10 Entzüge	4,4 %	4,1 %	4,3 %	16,0 %	18,7 %	16,7 %
	> 10 Entzüge	2,7 %	1,2 %	2,2 %	9,5 %	10,0 %	9,6 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.243</b>	<b>1.202</b>	<b>3.445</b>	<b>3.380</b>	<b>1.104</b>	<b>4.484</b>
Anzahl ambulanter Entzüge zu Betreuungsbeginn	keinen Entzug	90,0 %	85,7 %	88,5 %	61,2 %	59,5 %	60,7 %
	mind. 1 Entzug	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,9 %	1,0 %	0,9 %
	1 Entzug	5,7 %	7,7 %	6,4 %	9,3 %	9,6 %	9,4 %
	2 Entzüge	1,9 %	2,3 %	2,0 %	7,6 %	6,9 %	7,4 %
	3 Entzüge	0,4 %	1,8 %	0,9 %	4,6 %	5,7 %	4,9 %
	bis 5 Entzüge	0,9 %	1,2 %	1,0 %	6,7 %	6,2 %	6,6 %
	bis 10 Entzüge	0,6 %	0,8 %	0,7 %	6,5 %	7,3 %	6,7 %
	> 10 Entzüge	0,2 %	0,3 %	0,3 %	3,3 %	3,7 %	3,4 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.038</b>	<b>1.092</b>	<b>3.130</b>	<b>3.269</b>	<b>1.057</b>	<b>4.326</b>
Anzahl stationärer Rehabilitationen zu Betreuungsbeginn	keine Reha	66,9 %	65,9 %	66,6 %	38,6 %	39,5 %	38,8 %
	mind. 1 Reha	0,4 %	0,5 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
	1 Reha	21,8 %	22,7 %	22,1 %	24,1 %	27,7 %	25,0 %
	2 Rehas	7,0 %	7,5 %	7,2 %	17,2 %	16,3 %	17,0 %
	3 Rehas	2,7 %	2,4 %	2,6 %	10,4 %	8,7 %	10,0 %
	bis 5 Rehas	0,9 %	0,7 %	0,9 %	7,2 %	6,1 %	6,9 %
	bis 10 Rehas	0,2 %	0,2 %	0,2 %	1,9 %	1,0 %	1,7 %
	> 10 Rehas	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.304</b>	<b>1.206</b>	<b>3.510</b>	<b>3.442</b>	<b>1.111</b>	<b>4.553</b>
Anzahl ambulanter Rehabilitationen zu Betreuungsbeginn	keine Reha	89,1 %	83,2 %	87,1 %	72,2 %	72,1 %	72,1 %
	mind. 1 Reha	0,2 %	0,2 %	0,2 %	2,0 %	1,4 %	1,8 %
	1 Reha	9,1 %	13,6 %	10,7 %	18,2 %	17,9 %	18,1 %
	2 Rehas	1,4 %	2,2 %	1,7 %	6,3 %	6,6 %	6,4 %
	3 Rehas	0,1 %	0,7 %	0,3 %	1,0 %	1,6 %	1,1 %
	bis 5 Rehas	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,4 %	0,5 %	0,4 %
	bis 10 Rehas	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	> 10 Rehas	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.232</b>	<b>1.182</b>	<b>3.414</b>	<b>3.326</b>	<b>1.063</b>	<b>4.389</b>
Dauer aller Teilnahmen an Selbsthilfegruppen zu Betreuungsbeginn	nie Selbsthilfe	70,6 %	70,0 %	70,4 %	86,8 %	90,3 %	87,7 %
	bis 1 Jahr	21,2 %	21,8 %	21,4 %	9,5 %	7,4 %	9,0 %
	bis 2 Jahre	3,1 %	3,9 %	3,3 %	1,6 %	1,3 %	1,5 %
	bis 3 Jahre	1,9 %	1,6 %	1,8 %	1,0 %	0,2 %	0,8 %
	bis 5 Jahre	1,8 %	1,6 %	1,8 %	0,5 %	0,7 %	0,5 %
	bis 7 Jahre	0,2 %	0,5 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,2 %
	bis 10 Jahre	0,7 %	0,4 %	0,6 %	0,2 %	0,0 %	0,1 %
	>10 Jahre	0,5 %	0,2 %	0,4 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.758</b>	<b>853</b>	<b>2.611</b>	<b>2.609</b>	<b>857</b>	<b>3.466</b>

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Anzahl an Krankenhaustagen im letzten Jahr vor dieser Betreuung	keinen KKH-Tag	59,5 %	59,0 %	59,3 %	72,2 %	71,7 %	72,1 %
	bis 5 Tage	5,4 %	6,6 %	5,9 %	7,2 %	7,0 %	7,2 %
	bis 10 Tage	6,1 %	6,2 %	6,2 %	4,0 %	4,0 %	4,0 %
	bis 20 Tage	11,3 %	9,7 %	10,7 %	5,3 %	5,5 %	5,3 %
	bis 30 Tage	12,2 %	10,3 %	11,5 %	6,6 %	5,4 %	6,3 %
	bis 2 Monate	3,3 %	4,3 %	3,6 %	2,6 %	3,8 %	2,9 %
	bis 6 Monate	1,7 %	2,4 %	2,0 %	1,1 %	1,3 %	1,1 %
	>6 Monate	0,5 %	1,6 %	0,9 %	0,9 %	1,4 %	1,1 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.692</b>	<b>972</b>	<b>2.664</b>	<b>2.844</b>	<b>952</b>	<b>3.796</b>
Ambulante medizinische Versorgung in den letzten 12 Monaten vor dieser Betreuung		76,1 %	79,3 %	77,3 %	77,4 %	85,9 %	79,6 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.842</b>	<b>1.057</b>	<b>2.899</b>	<b>2.934</b>	<b>1.037</b>	<b>3.971</b>
Familienstand	ledig	47,1 %	37,2 %	43,8 %	70,2 %	60,4 %	67,7 %
	verheiratet	24,2 %	24,8 %	24,4 %	11,9 %	12,3 %	12,0 %
	geschieden	21,5 %	26,1 %	23,1 %	12,4 %	17,3 %	13,6 %
	verwitwet	1,8 %	5,0 %	2,9 %	0,9 %	1,5 %	1,1 %
	eheähnliche Gemeinschaft	1,6 %	2,5 %	1,9 %	2,4 %	4,5 %	2,9 %
	dauerhaft getrennt lebend	3,7 %	4,3 %	3,9 %	2,2 %	4,0 %	2,7 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.613</b>	<b>1.337</b>	<b>3.950</b>	<b>3.669</b>	<b>1.257</b>	<b>4.926</b>
Partnerbeziehung	alleinstehend	54,4 %	46,9 %	51,8 %	61,3 %	44,1 %	56,9 %
	feste Beziehung, getrennt lebend	14,8 %	16,0 %	15,2 %	15,3 %	20,9 %	16,7 %
	feste Beziehung, zusammen lebend	30,8 %	37,1 %	33,0 %	23,4 %	34,9 %	26,4 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.509</b>	<b>1.305</b>	<b>3.814</b>	<b>3.644</b>	<b>1.251</b>	<b>4.895</b>
Partner mit Suchtproblemen	keinen Partner	59,5 %	51,1 %	56,6 %	66,8 %	48,6 %	62,1 %
		6,7 %	19,2 %	11,0 %	12,4 %	37,1 %	18,7 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.336</b>	<b>1.219</b>	<b>3.555</b>	<b>3.532</b>	<b>1.217</b>	<b>4.749</b>
Lebenssituation (ohne Inhaftierte)	alleinlebend	52,0 %	42,7 %	48,7 %	54,5 %	39,6 %	50,5 %
	mit den Eltern	8,2 %	3,6 %	6,6 %	7,3 %	3,4 %	6,3 %
	alleine mit Kind(ern)	1,4 %	12,8 %	5,4 %	0,9 %	11,4 %	3,8 %
	mit Partner(in) allein	17,8 %	24,8 %	20,2 %	13,8 %	23,0 %	16,3 %
	mit Partner(in) und Kind(ern)	13,7 %	11,8 %	13,0 %	11,2 %	11,4 %	11,3 %
	mit Freund(innen)	1,5 %	1,5 %	1,5 %	2,5 %	2,8 %	2,6 %
	anderes	5,5 %	2,8 %	4,5 %	9,7 %	8,4 %	9,3 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.447</b>	<b>1.319</b>	<b>3.766</b>	<b>3.217</b>	<b>1.196</b>	<b>4.413</b>
Aufenthaltort des Klienten	in eigener Wohnung	75,8 %	88,2 %	80,0 %	59,5 %	65,9 %	61,1 %
	vorübergehend bei Freund(innen)	1,9 %	1,2 %	1,6 %	3,0 %	5,0 %	3,5 %
	bei Partner(in)	1,5 %	2,3 %	1,8 %	3,0 %	5,3 %	3,6 %
	bei Angehörigen	7,9 %	3,2 %	6,3 %	8,4 %	4,5 %	7,4 %
	betreutes Wohnen (Suchthilfeeinrichtung, Nachsorge)	2,2 %	2,0 %	2,1 %	3,5 %	4,2 %	3,7 %
	Frauenhaus	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,1 %
	Klinik/Krankenhaus	2,9 %	1,6 %	2,4 %	0,9 %	1,2 %	1,0 %
	JVA/Haftanstalt	3,7 %	0,3 %	2,5 %	12,3 %	6,0 %	10,7 %
	Hotel/ Pension/Unterkunft	2,4 %	0,6 %	1,8 %	5,6 %	4,5 %	5,3 %
	auf der Straße/auf Trebe	1,8 %	0,5 %	1,4 %	3,7 %	3,1 %	3,5 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.591</b>	<b>1.327</b>	<b>3.918</b>	<b>3.705</b>	<b>1.278</b>	<b>4.983</b>
Eigener Wohnraum der Klienten (ohne Inhaftierte)		88,4 %	95,4 %	90,8 %	76,9 %	78,0 %	77,2 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.490</b>	<b>1.316</b>	<b>3.806</b>	<b>3.213</b>	<b>1.188</b>	<b>4.401</b>
Anzahl Kinder	keine Kinder	45,5 %	38,6 %	43,1 %	47,3 %	41,7 %	45,9 %
	ein Kind	22,6 %	25,9 %	23,8 %	26,8 %	27,7 %	27,0 %
	2 Kinder	21,0 %	23,8 %	22,0 %	17,1 %	16,9 %	17,0 %
	3 Kinder	6,8 %	8,1 %	7,2 %	5,6 %	8,9 %	6,4 %
	4 Kinder	2,4 %	2,2 %	2,3 %	2,0 %	3,0 %	2,2 %
	5 Kinder	1,0 %	0,6 %	0,9 %	0,7 %	1,3 %	0,8 %
	>5 Kinder	0,8 %	0,7 %	0,7 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.458</b>	<b>1.293</b>	<b>3.751</b>	<b>3.614</b>	<b>1.258</b>	<b>4.872</b>

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Anzahl minderjähriger Kinder	keine mind. Kinder	72,2 %	71,4 %	71,9 %	63,4 %	54,9 %	61,2 %
	ein Kind	15,6 %	17,7 %	16,3 %	22,4 %	25,7 %	23,3 %
	2 Kinder	9,1 %	8,3 %	8,8 %	10,2 %	11,4 %	10,5 %
	3 Kinder	2,2 %	2,4 %	2,2 %	2,6 %	5,9 %	3,5 %
	4 Kinder	0,6 %	0,2 %	0,5 %	0,8 %	1,3 %	0,9 %
	5 Kinder	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,5 %	0,3 %
	>5 Kinder	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,3 %	0,4 %	0,3 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.436</b>	<b>1.273</b>	<b>3.709</b>	<b>3.588</b>	<b>1.245</b>	<b>4.833</b>
Aufenthaltort der minderjährigen Kinder	keine minderjährigen Kinder	72,6 %	72,2 %	72,4 %	64,0 %	55,2 %	61,7 %
	im Haushalt des Klienten	10,6 %	18,3 %	13,3 %	9,5 %	19,2 %	12,0 %
	bei anderem Elternteil	14,5 %	4,4 %	11,0 %	21,7 %	4,6 %	17,3 %
	bei Großeltern	0,1 %	0,6 %	0,2 %	1,2 %	5,5 %	2,3 %
	in Pflegefamilie	0,8 %	1,4 %	1,0 %	1,8 %	10,5 %	4,1 %
	in öffentl. Erziehungseinrichtung	0,4 %	1,0 %	0,6 %	0,4 %	2,6 %	0,9 %
	im eigenen Haushalt	0,7 %	1,0 %	0,8 %	0,9 %	1,5 %	1,0 %
	sonstiges	0,4 %	1,3 %	0,7 %	0,6 %	1,0 %	0,7 %
<b>Gesamt N</b>	<b>2.424</b>	<b>1.259</b>	<b>3.683</b>	<b>3.559</b>	<b>1.237</b>	<b>4.796</b>	
Höchster Schulabschluss	z. Zt. Schüler	1,4 %	2,3 %	1,7 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %
	ohne Abschluss	7,2 %	4,1 %	6,2 %	9,7 %	11,2 %	10,0 %
	Sonderschulabschluss	2,2 %	1,5 %	2,0 %	1,7 %	1,8 %	1,7 %
	Hauptschulabschluss	37,1 %	26,8 %	33,5 %	42,6 %	36,0 %	41,0 %
	Mittlere Reife	28,7 %	35,2 %	31,0 %	30,3 %	34,4 %	31,3 %
	Fachhochschulreife oder höherwertiger Abschluss	23,3 %	30,2 %	25,7 %	15,4 %	16,6 %	15,7 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.207</b>	<b>1.166</b>	<b>3.373</b>	<b>3.490</b>	<b>1.129</b>	<b>4.619</b>
Berufsausbildung	z. Zt. Schüler/Auszubildender	4,9 %	5,5 %	5,1 %	1,7 %	2,4 %	1,9 %
	keine Ausbildung	18,5 %	15,3 %	17,4 %	29,9 %	40,6 %	32,5 %
	Ausbildung abgeschlossen	76,6 %	79,3 %	77,5 %	68,3 %	57,0 %	65,6 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.441</b>	<b>1.258</b>	<b>3.699</b>	<b>3.551</b>	<b>1.153</b>	<b>4.704</b>
Arbeits- und Ausbildungssituation (ohne Inhaftierte)	Vollzeit	33,1 %	25,7 %	30,6 %	15,9 %	7,9 %	13,7 %
	Teilzeit (regelmäßig)	2,6 %	10,2 %	5,2 %	3,8 %	8,3 %	5,0 %
	Gelegenheitsarbeit	1,3 %	1,5 %	1,4 %	2,7 %	2,4 %	2,6 %
	Schüler(in), Student(in), Auszubildende(r)	5,7 %	5,8 %	5,7 %	2,7 %	4,2 %	3,1 %
	Bundeswehr, Zivildienst	0,2 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	Rentner(in)	10,7 %	14,3 %	11,9 %	2,6 %	2,2 %	2,5 %
	erwerbslos/arbeitslos	44,8 %	37,9 %	42,4 %	69,5 %	70,6 %	69,8 %
	in Einrichtung	1,4 %	1,0 %	1,3 %	2,6 %	1,9 %	2,4 %
	Hausfrau/-mann	0,2 %	3,7 %	1,4 %	0,1 %	2,5 %	0,8 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.504</b>	<b>1.315</b>	<b>3.819</b>	<b>3.194</b>	<b>1.181</b>	<b>4.375</b>
Haupteinkommen (ohne Inhaftierte)	Einkommen aus Erwerbstätigkeit (Arbeitnehmer)	31,0 %	29,4 %	30,5 %	16,1 %	11,8 %	15,0 %
	Krankengeld	3,3 %	4,9 %	3,9 %	1,5 %	1,0 %	1,4 %
	Arbeitslosengeld I	5,2 %	4,7 %	5,0 %	3,2 %	2,6 %	3,0 %
	Arbeitslosengeld II	36,1 %	28,3 %	33,4 %	63,1 %	65,0 %	63,6 %
	Ausbildungsvergütung/ Umschulungsgeld/ BAFÖG	2,6 %	1,3 %	2,2 %	1,2 %	1,8 %	1,4 %
	Sozialhilfe (inkl. Wohngeld)	1,4 %	2,0 %	1,6 %	3,9 %	4,3 %	4,0 %
	Rente	10,6 %	15,2 %	12,2 %	3,0 %	2,9 %	3,0 %
	Unterstützung durch Eltern/Verwandte	2,2 %	2,5 %	2,3 %	0,8 %	0,9 %	0,8 %
	Unterstützung durch Partner(in)	0,4 %	2,0 %	0,9 %	0,3 %	0,9 %	0,5 %
	Familieneinkommen (Hausfrau/-mann)	0,7 %	4,5 %	2,0 %	0,2 %	1,7 %	0,6 %
	Versorgung in einer Institution	0,5 %	0,5 %	0,5 %	2,8 %	1,4 %	2,4 %
	Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit	3,9 %	3,1 %	3,6 %	1,6 %	1,0 %	1,5 %
	keine Einkommen/mittellos	0,6 %	0,3 %	0,5 %	0,9 %	3,2 %	1,6 %
	sonstiges	1,4 %	1,4 %	1,4 %	1,4 %	1,4 %	1,4 %
<b>Gesamt N</b>	<b>2.484</b>	<b>1.310</b>	<b>3.794</b>	<b>3.199</b>	<b>1.173</b>	<b>4.372</b>	
Einkommen durch Prostitution (ohne Inhaftierte)		0,1 %	0,9 %	0,4 %	0,7 %	22,4 %	6,8 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.813</b>	<b>1.017</b>	<b>2.830</b>	<b>2.361</b>	<b>934</b>	<b>3.295</b>
Illegale Einkünfte (ohne Inhaftierte)		1,5 %	0,7 %	1,2 %	13,2 %	23,4 %	16,2 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.426</b>	<b>918</b>	<b>2.344</b>	<b>2.067</b>	<b>858</b>	<b>2.925</b>

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Schulden	keine	44,4 %	60,4 %	50,1 %	20,3 %	24,1 %	21,2 %
	bis 5.000 Euro	18,2 %	14,4 %	16,9 %	30,7 %	33,6 %	31,4 %
	über 5.000 bis 25.000 Euro	15,3 %	8,5 %	12,9 %	22,0 %	17,7 %	20,9 %
	über 25.000 bis 50.000 Euro	4,7 %	3,1 %	4,1 %	6,0 %	4,0 %	5,5 %
	über 50.000 Euro	3,6 %	1,7 %	2,9 %	3,2 %	1,4 %	2,7 %
	Schulden, Höhe der/dem Kl. unklar	13,7 %	11,9 %	13,1 %	17,9 %	19,2 %	18,2 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.798</b>	<b>978</b>	<b>2.776</b>	<b>3.341</b>	<b>1.099</b>	<b>4.440</b>
Probleme mit der Justiz (Mehrfachantworten)	keine	72,3 %	93,4 %	79,9 %	46,7 %	67,2 %	51,8 %
	BtMG § 35: Therapie statt Strafe	0,1 %	0,0 %	0,1 %	3,4 %	1,9 %	3,0 %
	BtMG § 37: Zurückstellung der Hauptverhandlung	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,1 %
	einfache Bewährung	2,2 %	0,2 %	1,5 %	6,6 %	4,5 %	6,1 %
	Bewährung mit Weisung bzw. Auflage	7,1 %	1,1 %	4,9 %	13,3 %	6,8 %	11,7 %
	laufendes bzw. offenes Gerichtsverfahren	5,3 %	1,0 %	3,8 %	14,1 %	11,0 %	13,3 %
	in U-Haft	0,8 %	0,2 %	0,6 %	4,1 %	1,9 %	3,6 %
	in Strafhaft	5,9 %	0,4 %	3,9 %	19,0 %	9,6 %	16,6 %
	sonstiges (z. B. Führungsaufsicht /§63/§64 StGB)	2,3 %	0,7 %	1,8 %	3,5 %	2,8 %	3,3 %
Führerscheinentzug	8,4 %	3,5 %	6,7 %	3,8 %	1,2 %	3,1 %	
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.670</b>	<b>937</b>	<b>2.607</b>	<b>2.484</b>	<b>836</b>	<b>3.320</b>
Verurteilungen (lifetime) (Mehrfachantworten)	BTM-Delikte (Handel, Besitz)	2,6 %	2,0 %	2,4 %	65,3 %	53,2 %	62,3 %
	Körperverletzungen	14,5 %	1,8 %	10,0 %	31,0 %	11,3 %	26,1 %
	andere Delikte/Delikt unbekannt	15,4 %	2,9 %	11,0 %	43,5 %	29,6 %	40,1 %
	Alkohol-oder Drogeneinfluss am Steuer	9,7 %	3,9 %	7,6 %	10,8 %	3,2 %	9,0 %
	Beschaffungskriminalität	3,4 %	0,9 %	2,5 %	54,1 %	38,4 %	50,2 %
	keine	67,3 %	90,1 %	75,5 %	17,6 %	34,4 %	21,8 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.920</b>	<b>1.065</b>	<b>2.985</b>	<b>3.254</b>	<b>1.079</b>	<b>4.333</b>
Dauer der Strafhaft	keine Haft	78,8 %	95,3 %	84,8 %	25,0 %	48,0 %	30,6 %
	Haft, Dauer unbekannt	2,5 %	2,0 %	2,3 %	4,5 %	5,5 %	4,7 %
	bis 3 Monate	3,7 %	0,8 %	2,7 %	6,5 %	10,0 %	7,3 %
	bis 6 Monate	1,9 %	0,2 %	1,3 %	3,6 %	5,2 %	4,0 %
	bis 12 Monate	2,9 %	0,4 %	2,0 %	7,6 %	7,9 %	7,7 %
	bis 2 Jahre	2,5 %	0,5 %	1,8 %	11,2 %	9,0 %	10,7 %
	bis 3 Jahre	1,8 %	0,3 %	1,3 %	7,7 %	3,8 %	6,7 %
	bis 5 Jahre	2,7 %	0,1 %	1,7 %	10,8 %	6,1 %	9,7 %
	bis 10 Jahre	2,0 %	0,4 %	1,4 %	13,0 %	3,2 %	10,6 %
>10 Jahre	1,2 %	0,1 %	0,8 %	10,0 %	1,3 %	7,9 %	
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.912</b>	<b>1.084</b>	<b>2.996</b>	<b>3.374</b>	<b>1.090</b>	<b>4.464</b>
Nationalität	deutsch	90,4 %	93,5 %	91,5 %	83,8 %	90,3 %	85,5 %
	EU – Europäische Union	3,6 %	3,5 %	3,6 %	3,8 %	4,8 %	4,1 %
	andere Staatsangehörigkeit	5,9 %	3,0 %	4,9 %	12,4 %	4,9 %	10,4 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.680</b>	<b>1.344</b>	<b>4.024</b>	<b>3.740</b>	<b>1.284</b>	<b>5.024</b>
Migrationshintergrund	kein Migrationshintergrund	77,7 %	85,7 %	80,4 %	73,0 %	82,9 %	75,5 %
	selbst migriert	18,2 %	11,2 %	15,9 %	19,4 %	10,8 %	17,2 %
	als Kind von Migranten geboren	4,1 %	3,2 %	3,8 %	7,5 %	6,3 %	7,2 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.620</b>	<b>1.326</b>	<b>3.946</b>	<b>3.703</b>	<b>1.261</b>	<b>4.964</b>
Vater mit Suchtproblemen		46,0 %	48,5 %	46,9 %	40,1 %	47,4 %	41,9 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.600</b>	<b>909</b>	<b>2.509</b>	<b>3.022</b>	<b>973</b>	<b>3.995</b>
Mutter mit Suchtproblemen		17,8 %	28,0 %	21,5 %	20,4 %	31,8 %	23,2 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.591</b>	<b>904</b>	<b>2.495</b>	<b>3.053</b>	<b>983</b>	<b>4.036</b>
Heim, öffentliche Erziehung in der Kindheit		12,3 %	11,8 %	12,1 %	23,5 %	29,0 %	24,8 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.832</b>	<b>983</b>	<b>2.815</b>	<b>3.383</b>	<b>1.072</b>	<b>4.455</b>
Körperliche Gewalterfahrung im Leben		49,5 %	52,1 %	50,4 %	65,6 %	79,1 %	69,2 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.585</b>	<b>889</b>	<b>2.474</b>	<b>3.015</b>	<b>1.083</b>	<b>4.098</b>
Sexuelle Gewalterfahrung im Leben		5,9 %	33,9 %	16,4 %	10,2 %	65,0 %	25,5 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.279</b>	<b>768</b>	<b>2.047</b>	<b>2.664</b>	<b>1.029</b>	<b>3.693</b>
Gewaltausübung im Leben		40,8 %	12,5 %	31,3 %	54,2 %	37,2 %	50,0 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.583</b>	<b>803</b>	<b>2.386</b>	<b>2.943</b>	<b>968</b>	<b>3.911</b>

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Gesundheitliche-körperliche Beeinträchtigung	gar nicht	16,6 %	13,1 %	15,3 %	18,7 %	12,4 %	17,0 %
	wenig	31,9 %	34,4 %	32,8 %	31,2 %	26,5 %	30,0 %
	mittel	31,9 %	34,7 %	32,9 %	31,0 %	34,0 %	31,8 %
	erheblich	16,6 %	15,1 %	16,1 %	15,4 %	21,3 %	17,0 %
	extrem	3,0 %	2,7 %	2,9 %	3,7 %	5,8 %	4,3 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.148</b>	<b>1.169</b>	<b>3.317</b>	<b>3.246</b>	<b>1.142</b>	<b>4.388</b>
Grad der Behinderung	Keine Behinderung	87,0 %	89,0 %	87,7 %	85,9 %	89,2 %	86,8 %
	behindert, aber nicht beantragt	4,1 %	3,3 %	3,8 %	6,1 %	4,9 %	5,8 %
	20 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %
	30 %	0,6 %	0,9 %	0,7 %	0,6 %	0,1 %	0,4 %
	40 %	0,7 %	0,9 %	0,8 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %
	50 %	2,2 %	1,8 %	2,0 %	2,0 %	1,1 %	1,7 %
	60 %	1,1 %	1,5 %	1,2 %	1,4 %	1,3 %	1,4 %
	70 %	1,2 %	0,7 %	1,0 %	1,5 %	0,5 %	1,2 %
	80 %	1,0 %	1,3 %	1,1 %	0,9 %	1,2 %	1,0 %
	90 %	0,5 %	0,1 %	0,3 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %
	100 %	1,3 %	0,5 %	1,0 %	0,7 %	1,1 %	0,8 %
<b>Gesamt N</b>	<b>1.874</b>	<b>1.025</b>	<b>2.899</b>	<b>2.994</b>	<b>1.072</b>	<b>4.066</b>	
HIV Infektion		1,3 %	0,5 %	1,0 %	4,4 %	5,3 %	4,6 %
	kein Test bisher	11,1 %	8,1 %	10,0 %	4,0 %	10,6 %	5,7 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.574</b>	<b>910</b>	<b>2.484</b>	<b>3.033</b>	<b>1.092</b>	<b>4.125</b>
Hepatitis C Infektion		1,3 %	1,1 %	1,2 %	44,8 %	43,8 %	44,5 %
	kein Test bisher	10,1 %	6,9 %	8,9 %	2,9 %	8,5 %	4,3 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.720</b>	<b>977</b>	<b>2.697</b>	<b>3.262</b>	<b>1.142</b>	<b>4.404</b>
Schädigungen des Nervensystems		19,7 %	15,9 %	18,4 %	10,4 %	11,3 %	10,6 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.743</b>	<b>998</b>	<b>2.741</b>	<b>3.013</b>	<b>1.057</b>	<b>4.070</b>
Leberschäden		34,3 %	23,4 %	30,3 %	24,4 %	24,6 %	24,4 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.753</b>	<b>989</b>	<b>2.742</b>	<b>2.982</b>	<b>1.011</b>	<b>3.993</b>
Epileptische Anfälle		9,6 %	4,4 %	7,7 %	6,6 %	7,6 %	6,9 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.807</b>	<b>1.009</b>	<b>2.816</b>	<b>2.798</b>	<b>1.003</b>	<b>3.801</b>
Atemwegserkrankungen		19,3 %	15,8 %	18,1 %	16,7 %	29,6 %	20,1 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.732</b>	<b>986</b>	<b>2.718</b>	<b>2.784</b>	<b>1.021</b>	<b>3.805</b>
Herz- Kreislaufbeschwerden		26,3 %	22,8 %	25,1 %	14,4 %	19,7 %	15,8 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.777</b>	<b>1.008</b>	<b>2.785</b>	<b>2.980</b>	<b>1.052</b>	<b>4.032</b>
Delir		6,6 %	4,0 %	5,6 %	2,9 %	2,1 %	2,7 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.845</b>	<b>1.030</b>	<b>2.875</b>	<b>2.998</b>	<b>1.070</b>	<b>4.068</b>
Schlafstörungen		52,6 %	57,3 %	54,3 %	51,1 %	59,0 %	53,2 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.883</b>	<b>1.055</b>	<b>2.938</b>	<b>3.053</b>	<b>1.084</b>	<b>4.137</b>
Sonstige schwere Erkrankungen		33,2 %	39,9 %	35,6 %	34,0 %	38,8 %	35,3 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.797</b>	<b>1.013</b>	<b>2.810</b>	<b>3.013</b>	<b>1.057</b>	<b>4.070</b>
Zahnstatus	normal / saniert	66,9 %	84,1 %	73,1 %	56,6 %	60,5 %	57,6 %
	behandlungsbedürftig	27,5 %	13,8 %	22,6 %	36,5 %	31,9 %	35,3 %
	ruinös	5,5 %	2,2 %	4,3 %	6,9 %	7,6 %	7,1 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.965</b>	<b>1.104</b>	<b>3.069</b>	<b>3.052</b>	<b>1.090</b>	<b>4.142</b>
Psychische/seeleliche Belastung	gar nicht	4,5 %	1,9 %	3,6 %	6,1 %	2,5 %	5,2 %
	wenig	26,8 %	20,9 %	24,8 %	21,0 %	17,5 %	20,1 %
	mittel	41,7 %	40,6 %	41,3 %	39,8 %	37,2 %	39,2 %
	erheblich	23,1 %	31,2 %	26,0 %	26,9 %	32,6 %	28,4 %
	extrem	3,8 %	5,4 %	4,4 %	6,2 %	10,1 %	7,2 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.269</b>	<b>1.217</b>	<b>3.486</b>	<b>3.306</b>	<b>1.192</b>	<b>4.498</b>
Ängste/Phobien	gar nicht	22,2 %	13,4 %	19,1 %	28,4 %	17,1 %	25,4 %
	wenig	35,9 %	37,8 %	36,6 %	31,4 %	27,8 %	30,4 %
	mittel	30,0 %	32,4 %	30,9 %	26,0 %	33,8 %	28,1 %
	erheblich	10,7 %	14,8 %	12,2 %	11,8 %	18,0 %	13,5 %
	extrem	1,1 %	1,6 %	1,3 %	2,4 %	3,2 %	2,6 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.095</b>	<b>1.164</b>	<b>3.259</b>	<b>3.009</b>	<b>1.103</b>	<b>4.112</b>

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Körperlich-motorische Nervosität/Unruhe	gar nicht	18,9 %	18,0 %	18,6 %	26,5 %	21,0 %	25,0 %
	wenig	41,9 %	43,7 %	42,5 %	34,1 %	34,4 %	34,1 %
	mittel	30,7 %	29,5 %	30,3 %	27,8 %	29,6 %	28,3 %
	erheblich	7,7 %	8,4 %	7,9 %	10,2 %	13,4 %	11,0 %
	extrem	0,9 %	0,4 %	0,7 %	1,5 %	1,6 %	1,5 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.183</b>	<b>1.184</b>	<b>3.367</b>	<b>3.054</b>	<b>1.120</b>	<b>4.174</b>
Innere Nervosität/Unruhe	gar nicht	9,1 %	6,0 %	8,0 %	16,2 %	11,0 %	14,8 %
	wenig	34,6 %	33,8 %	34,3 %	27,2 %	28,4 %	27,5 %
	mittel	40,1 %	42,6 %	41,0 %	36,7 %	35,4 %	36,3 %
	erheblich	14,8 %	16,3 %	15,3 %	17,5 %	21,8 %	18,6 %
	extrem	1,5 %	1,3 %	1,4 %	2,5 %	3,4 %	2,8 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.201</b>	<b>1.187</b>	<b>3.388</b>	<b>3.057</b>	<b>1.118</b>	<b>4.175</b>
Überhöhte Selbsteinschätzung	gar nicht	22,8 %	29,4 %	25,1 %	33,3 %	41,2 %	35,4 %
	wenig	28,0 %	36,8 %	31,1 %	28,2 %	30,2 %	28,7 %
	mittel	35,1 %	25,1 %	31,6 %	25,2 %	19,6 %	23,7 %
	erheblich	12,1 %	8,0 %	10,7 %	11,5 %	8,1 %	10,6 %
	extrem	2,0 %	0,7 %	1,6 %	1,8 %	0,9 %	1,6 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.161</b>	<b>1.168</b>	<b>3.329</b>	<b>3.043</b>	<b>1.107</b>	<b>4.150</b>
Depressive Stimmung	gar nicht	15,2 %	8,9 %	12,9 %	16,7 %	10,7 %	15,0 %
	wenig	33,1 %	31,1 %	32,4 %	27,8 %	27,5 %	27,7 %
	mittel	35,2 %	38,6 %	36,4 %	36,0 %	38,7 %	36,7 %
	erheblich	14,9 %	18,4 %	16,1 %	16,5 %	19,4 %	17,3 %
	extrem	1,6 %	3,0 %	2,1 %	3,1 %	3,7 %	3,3 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.177</b>	<b>1.175</b>	<b>3.352</b>	<b>3.080</b>	<b>1.126</b>	<b>4.206</b>
Paranoide Inhalte, Halluzinationen	gar nicht	84,6 %	86,1 %	85,1 %	78,4 %	80,0 %	78,8 %
	wenig	11,7 %	11,4 %	11,6 %	13,4 %	12,3 %	13,1 %
	mittel	2,7 %	2,0 %	2,5 %	5,7 %	5,5 %	5,6 %
	erheblich	1,0 %	0,4 %	0,8 %	2,0 %	1,6 %	1,9 %
	extrem	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,5 %	0,6 %	0,5 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.068</b>	<b>1.126</b>	<b>3.194</b>	<b>2.951</b>	<b>1.086</b>	<b>4.037</b>
Aggressionen	gar nicht	32,8 %	39,0 %	35,0 %	36,6 %	35,5 %	36,3 %
	wenig	38,7 %	41,1 %	39,5 %	33,0 %	35,8 %	33,8 %
	mittel	21,0 %	17,1 %	19,7 %	23,2 %	22,6 %	23,1 %
	erheblich	6,2 %	2,6 %	5,0 %	5,7 %	5,1 %	5,6 %
	extrem	1,3 %	0,3 %	0,9 %	1,4 %	1,0 %	1,3 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>2.115</b>	<b>1.157</b>	<b>3.272</b>	<b>2.993</b>	<b>1.097</b>	<b>4.090</b>
Sonstige schwere psychische Probleme		24,0 %	34,5 %	27,8 %	26,3 %	39,9 %	29,9 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.768</b>	<b>1.004</b>	<b>2.772</b>	<b>2.864</b>	<b>1.046</b>	<b>3.910</b>
Anzahl Suizidversuche (lifetime)	keine	82,3 %	74,1 %	79,3 %	71,7 %	57,5 %	68,0 %
	1 Suizidversuch	12,3 %	17,5 %	14,2 %	17,0 %	24,5 %	19,0 %
	2 Suizidversuche	3,0 %	4,0 %	3,3 %	5,3 %	8,1 %	6,0 %
	3 Suizidversuche	1,4 %	2,6 %	1,8 %	3,1 %	4,5 %	3,5 %
	bis 5 Suizidversuche	0,8 %	1,1 %	0,9 %	2,0 %	3,5 %	2,4 %
	bis 10 Suizidversuche	0,1 %	0,6 %	0,3 %	0,8 %	1,6 %	1,0 %
	> 10 Suizidversuche	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %	0,2 %
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.443</b>	<b>802</b>	<b>2.245</b>	<b>2.542</b>	<b>897</b>	<b>3.439</b>



Grunddaten der Cannabis- und Gesamtklientel<sup>2</sup>

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Betreuungs- dauer der abge- schlossenen Betreuungen in Tagen nach Einrichtungsart	illegale Drogen	98,8	136,6	105,0	122,1	136,1	125,6
	legale Drogen	95,2	101,8	96,2	137,3	141,5	138,6
	suchtmittel-übergreifend	91,9	101,5	94,0	98,0	118,9	103,8
	Betreuung Substituierter	238,5	182,6	221,1	252,1	278,0	258,9
	Jugendberatung	54,6	69,4	56,8	60,7	60,0	60,5
	JVA	64,9	238,0	69,3	76,4	105,8	78,8
	<b>Gesamt</b>	<b>83,5</b>	<b>101,0</b>	<b>86,7</b>	<b>120,7</b>	<b>139,5</b>	<b>125,6</b>
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.394</b>	<b>312</b>	<b>1.706</b>	<b>8.496</b>	<b>2.950</b>	<b>11.446</b>
Kostenträger der Betreuung (Mehrfachantwort)	pauschal/institutionell finanziert	96,7%	97,1%	96,8%	95,6%	95,0%	95,4%
	Selbstzahler	1,2%	1,7%	1,3%	1,2%	2,0%	1,4%
	Rentenversicherung	3,1%	5,3%	3,5%	4,3%	6,2%	4,8%
	Krankenversicherung	0,8%	1,4%	0,9%	0,9%	1,4%	1,0%
	Sozialhilfe/Jugendhilfe	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
	sonstige	0,4%	0,2%	0,4%	1,1%	0,6%	1,0%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.820</b>	<b>415</b>	<b>2.235</b>	<b>11.403</b>	<b>4.143</b>	<b>15.546</b>
Betreuungs- art in der eige- nen Einrichtung (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	2,7%	2,1%	2,6%	12,0%	14,6%	12,7%
	Ambulante Betreuung/Beratung	90,3%	96,0%	91,3%	78,7%	79,0%	78,8%
	Ambulante Rehabilitation	4,0%	5,4%	4,3%	5,4%	7,8%	6,1%
	Ambulante medizinische Behandlung	2,2%	3,3%	2,4%	3,8%	6,6%	4,5%
	Entgiftung/Entzug	1,4%	1,4%	1,4%	1,0%	1,6%	1,1%
	Substitutionsbehandlung	0,1%	0,5%	0,1%	1,5%	1,9%	1,6%
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,4%	0,5%	0,4%	13,6%	12,8%	13,3%
	Psychiatrische/psychotherap. Behandlung	0,1%	0,2%	0,1%	0,3%	0,6%	0,4%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,1%	0,0%	0,1%	0,4%	0,4%	0,4%
	Aufsuchende Arbeit	2,6%	3,1%	2,7%	3,0%	4,3%	3,3%
	Externe Haftbetreuung	6,4%	0,2%	5,3%	7,4%	3,1%	6,2%
	sonstiges	2,9%	4,0%	3,1%	2,1%	3,7%	2,6%
<b>Gesamt N</b>	<b>1.848</b>	<b>425</b>	<b>2.273</b>	<b>11.407</b>	<b>4.247</b>	<b>15.654</b>	
Ergänzende Betreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	0,9%	1,5%	1,0%	3,5%	7,6%	4,7%
	Ambulante Betreuung/Beratung	7,1%	7,5%	7,2%	5,5%	6,8%	5,9%
	Ambulante Rehabilitation	0,9%	3,0%	1,3%	0,9%	2,8%	1,4%
	Ambulante medizinische Behandlung	1,8%	4,8%	2,4%	6,7%	9,9%	7,6%
	Stationäre medizinische Behandlung	1,2%	3,3%	1,6%	2,6%	3,0%	2,7%
	Stationäre Entwöhnungsbehandlung	1,6%	3,0%	1,8%	2,3%	2,8%	2,4%
	Betreutes Wohnen	2,4%	2,1%	2,4%	2,8%	2,4%	2,7%
	Entgiftung/Entzug	4,8%	7,2%	5,3%	8,3%	7,7%	8,1%
	Substitutionsbehandlung	0,2%	0,0%	0,2%	16,8%	17,2%	16,9%
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,1%	0,0%	0,1%	1,8%	2,5%	2,0%
	Psychiatrische/psychotherap. Behandlung	4,1%	10,5%	5,3%	4,7%	9,3%	6,0%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	1,1%	1,8%	1,3%	1,9%	1,7%	1,8%
	Aufsuchende Arbeit	0,7%	0,9%	0,8%	1,3%	2,1%	1,5%
	Externe Haftbetreuung	0,5%	0,0%	0,4%	0,7%	0,6%	0,7%
	Selbsthilfegruppe	3,6%	6,0%	4,1%	6,9%	9,8%	7,7%
sonstiges	2,4%	4,8%	2,8%	4,1%	6,6%	4,8%	
keine ergänzende Betreuung	74,6%	64,6%	72,6%	55,1%	45,8%	52,5%	
<b>Gesamt N</b>	<b>1.400</b>	<b>333</b>	<b>1.733</b>	<b>8.292</b>	<b>3.220</b>	<b>11.512</b>	
Art der Been- digung der Betreuung	reguläre Beendigung	40,9%	32,6%	39,4%	31,4%	32,2%	31,6%
	Beendigung durch Weitervermittlung in andere Einrichtung	16,3%	19,8%	17,0%	20,4%	22,3%	20,9%
	Beendigung durch Einrichtung	2,4%	1,7%	2,3%	2,3%	2,2%	2,2%
	formelle Beendigung durch Klientin/en	5,9%	7,7%	6,2%	5,3%	5,5%	5,4%
	Beendigung durch Kontaktverlust über 2 Monate	32,0%	38,3%	33,1%	36,6%	36,2%	36,5%
	Haft	0,7%	0,0%	0,6%	1,3%	0,6%	1,1%
	Abschiebung / Haftverlegung	1,8%	0,0%	1,5%	2,2%	0,4%	1,8%
	Tod	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,7%	0,5%
<b>Gesamt N</b>	<b>1.323</b>	<b>298</b>	<b>1.621</b>	<b>7.636</b>	<b>2.660</b>	<b>10.296</b>	

2 Die Werte für das Gesamtklientel beziehen sich auf alle Klientinnen und Klienten des Jahres 2010 ohne Angehörige

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Weiterbetreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	0,7%	1,1%	0,8%	1,5%	2,7%	1,8%
	Ambulante Betreuung/Beratung	6,0%	6,6%	6,1%	5,9%	6,5%	6,0%
	Ambulante Rehabilitation	4,5%	4,4%	4,5%	3,3%	4,0%	3,5%
	Ambulante medizinische Behandlung	0,9%	3,3%	1,3%	1,4%	3,3%	1,9%
	Stationäre medizinische Behandlung	1,8%	2,7%	2,0%	1,7%	2,4%	1,9%
	Stationäre Entwöhnungsbehandlung	8,8%	15,3%	10,0%	13,6%	12,0%	13,2%
	Betreutes Wohnen	2,9%	4,4%	3,2%	2,7%	2,4%	2,6%
	Entgiftung/Entzug	6,7%	10,4%	7,4%	7,6%	7,0%	7,5%
	Substitutionsbehandlung	0,0%	0,0%	0,0%	17,7%	16,9%	17,5%
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	2,5%	1,9%
	Psychiatrische/psychotherap. Behandlung	4,3%	9,3%	5,2%	4,0%	10,9%	5,8%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,6%	1,1%	0,7%	0,6%	0,9%	0,7%
	Aufsuchende Arbeit	0,6%	0,0%	0,5%	0,2%	0,3%	0,2%
	Externe Haftbetreuung	1,0%	0,0%	0,8%	1,7%	0,7%	1,4%
	Selbsthilfegruppe	3,9%	6,6%	4,4%	7,1%	12,0%	8,3%
	sonstiges	3,4%	4,9%	3,7%	4,6%	4,9%	4,7%
	keine Weiterbetreuung	60,5%	45,9%	57,9%	37,6%	30,8%	35,8%
<b>Gesamt N</b>	<b>821</b>	<b>183</b>	<b>1.004</b>	<b>4.847</b>	<b>1.730</b>	<b>6.577</b>	
Kontaktempfehlung	Justiz/JVA	19,3%	2,8%	16,2%	13,7%	3,5%	11,0%
	Familie/Freund(in)/Partner(in)	12,5%	10,6%	12,1%	8,2%	7,5%	8,0%
	Arbeitgeber/Schule/Betrieb/ öffentliche Institutionen	21,5%	21,9%	21,6%	8,7%	7,7%	8,4%
	andere Klientinnen und Klienten	1,7%	2,3%	1,8%	4,7%	5,2%	4,8%
	medizinische Versorgung, inkl. Psychiatrie	5,5%	8,8%	6,1%	11,9%	15,0%	12,7%
	Einrichtungen der Suchthilfe	9,9%	13,6%	10,6%	11,5%	14,3%	12,3%
	Selbsthilfegruppen	0,1%	0,3%	0,1%	0,4%	0,8%	0,5%
	sonstiges	0	0	0	0	0	0
	keine Kontaktempfehlung/ Eigeninitiative	21,0%	25,2%	21,8%	31,4%	35,5%	32,5%
<b>Gesamt N</b>	<b>1.735</b>	<b>397</b>	<b>2.132</b>	<b>11.088</b>	<b>4.008</b>	<b>15.096</b>	
Auflagen für die Betreuung	keine	72,1%	84,2%	74,4%	77,5%	87,0%	80,1%
	Krankenkasse/Rentenversicherer	0,6%	0,5%	0,6%	1,7%	1,4%	1,6%
	Justiz	14,6%	1,8%	12,2%	10,8%	3,2%	8,7%
	Arbeitgeber	2,1%	0,5%	1,8%	1,9%	0,8%	1,6%
	Arbeitsamt	4,5%	5,5%	4,7%	4,5%	3,1%	4,1%
	sonstige öffentliche Einrichtungen	3,1%	6,6%	3,7%	1,8%	3,8%	2,4%
	Wohnungssicherung	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%
	MPU (mediz.-psych. Untersuchung)	2,9%	0,5%	2,5%	1,6%	0,5%	1,3%
<b>Gesamt N</b>	<b>1.639</b>	<b>379</b>	<b>2.018</b>	<b>9.946</b>	<b>3.758</b>	<b>13.704</b>	
Bezirk des Wohnorts der betreuten Person	Hamburg-Mitte	16,1%	17,2%	16,3%	17,0%	16,4%	16,8%
	Altona	16,3%	13,1%	15,7%	12,5%	13,2%	12,7%
	Eimsbüttel	10,7%	14,6%	11,4%	10,0%	12,7%	10,7%
	Hamburg-Nord	14,0%	16,3%	14,4%	13,3%	13,1%	13,2%
	Wandsbek	17,7%	17,8%	17,7%	15,7%	17,2%	16,1%
	Bergedorf	7,6%	6,1%	7,3%	8,1%	5,8%	7,5%
	Harburg	11,6%	8,7%	11,0%	12,9%	10,5%	12,2%
	außerhalb Hamburg	4,2%	3,5%	4,0%	5,3%	6,0%	5,5%
	ohne festen Wohnsitz	1,9%	2,6%	2,0%	5,2%	5,1%	5,2%
<b>Gesamt N</b>	<b>1.541</b>	<b>343</b>	<b>1.884</b>	<b>9.242</b>	<b>3.303</b>	<b>12.545</b>	
weitere Hauptdrogen/Hauptprobleme der Betreuten (Mehrfachantwort)	Alkohol	49,5%	47,5%	49,2%	68,1%	67,9%	68,0%
	Cannabis	100,0%	100,0%	100,0%	47,2%	31,1%	42,9%
	Opiate				38,7%	36,6%	38,2%
	Kokain				31,9%	24,3%	29,9%
	Crack				16,7%	18,9%	17,3%
	Halluzinogene				5,6%	3,4%	5,0%
	Amphetamine				8,8%	5,7%	8,0%
	Sedativa	1,5%	5,0%	2,1%	15,6%	18,6%	16,4%
	Essstörung	0,7%	9,2%	2,2%	1,6%	13,7%	4,8%
	Glücksspiel	5,9%	0,8%	5,0%	9,1%	2,4%	7,3%
<b>Gesamt N</b>	<b>1.650</b>	<b>358</b>	<b>2.008</b>	<b>9.863</b>	<b>3.573</b>	<b>13.436</b>	

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Alter zu Betreuungsbeginn	Alkohol				44,7	46,3	45,2
	Cannabis	26,9	28,4	27,2	26,9	28,4	27,2
	Opiate				38,8	36,5	38,2
	Kokain				32,0	31,8	32,0
	Crack				34,4	34,8	34,5
	Halluzinogene				31,8	36,6	32,6
	Amphetamine				28,0	28,9	28,2
	Sedativa				43,6	48,9	46,7
	Essstörung				29,4	25,5	25,7
	Glücksspiel				36,2	46,2	37,2
	Anderes				29,9	49,3	36,9
<b>Gesamt N</b>	<b>1.650</b>	<b>358</b>	<b>2.008</b>	<b>9.837</b>	<b>3.562</b>	<b>13.399</b>	
Alter in Kategorien	bis 18	16,3%	13,3%	15,8%	3,5%	2,9%	3,4%
	18-27	44,3%	40,2%	43,6%	18,4%	16,6%	17,9%
	28-35	17,7%	21,4%	18,3%	20,2%	18,3%	19,7%
	36-45	11,8%	13,3%	12,1%	27,9%	27,0%	27,7%
	46-60	9,3%	11,6%	9,7%	26,0%	28,1%	26,6%
	>60	0,6%	0,3%	0,5%	4,0%	7,0%	4,8%
Alter bei Erstkonsum	Nikotin	13,7	13,3	13,6	13,9	14,3	13,9
	Alkohol	14,4	14,7	14,5	14,7	15,4	14,9
	Cannabis	15,6	16,1	15,6	15,8	15,7	15,8
	Opiate				21,0	20,1	20,8
	Kokain				21,2	20,7	21,1
	Crack				27,5	26,2	27,2
	Halluzinogene				18,2	17,8	18,2
	Amphetamine				19,5	19,2	19,4
	Sedativa	26,9	24,8	26,3	23,3	22,9	23,2
	Glücksspiel	18,8	28,5	19,2	20,6	28,8	21,2
Alter bei Störungsbeginn	Nikotin	15,6	14,8	15,5	15,7	15,9	15,7
	Alkohol	20,7	20,6	20,7	23,8	27,6	24,8
	Cannabis	17,7	18,5	17,8	17,4	17,3	17,4
	Opiate				22,2	20,8	21,9
	Kokain				22,7	21,9	22,5
	Crack				27,9	26,0	27,4
	Halluzinogene				18,3	17,7	18,2
	Amphetamine				19,8	19,0	19,6
	Sedativa				24,2	24,8	24,4
	Essstörung				23,8	18,2	19,4
	Glücksspiel	22,0	34,2	22,7	24,3	33,2	25,1

		kein Konsum	einen Tag	2 bis 7 Tage	8 bis 25	(fast) täglich	Gesamt N
<b>Cannabis:</b> Konsumhäufigkeit innerhalb der letzten 30 Tage	Nikotin	5,8%	0,8%	1,2%	5,3%	86,9%	<b>589</b>
	Alkohol	41,0%	3,4%	19,7%	22,6%	13,3%	<b>880</b>
	Cannabis	43,1%	2,8%	12,1%	20,8%	21,1%	<b>1.454</b>
	Glücksspiel	60,9%	6,5%	6,5%	20,7%	5,4%	<b>92</b>
<b>Gesamt:</b> Konsumhäufigkeit innerhalb der letzten 30 Tage	Nikotin	7,5%	0,8%	0,7%	3,3%	87,6%	<b>4.234</b>
	Alkohol	47,1%	2,4%	11,7%	21,0%	17,8%	<b>7.147</b>
	Cannabis	54,1%	2,0%	9,9%	17,3%	16,7%	<b>3.915</b>
	Heroin	70,7%	1,9%	7,2%	8,7%	11,5%	<b>3.001</b>
	Methadon, Subutex	15,2%	0,2%	0,5%	1,6%	82,5%	<b>3.807</b>
	Kokain	78,8%	2,5%	8,5%	7,7%	2,5%	<b>2.570</b>
	Crack	70,7%	1,2%	7,4%	10,1%	10,5%	<b>1.770</b>
	Halluzinogene	97,4%	1,4%	0,7%	0,5%	0,1%	<b>1.174</b>
	Amphetamine	93,1%	1,4%	2,8%	2,2%	0,4%	<b>1.445</b>
	Sedativa	65,5%	1,2%	5,9%	8,6%	18,7%	<b>1.538</b>
	Essstörung	79,4%	0,2%	2,2%	4,4%	13,8%	<b>827</b>
Glücksspiel	71,7%	2,4%	7,5%	13,8%	4,7%	<b>1.275</b>	

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Trinkmenge Alkohol in Gramm reiner Alkohol an Tagen mit Konsum	0g	61,8%	62,9%	62,0%	65,5%	67,6%	66,1%
	bis 20g	3,2%	1,7%	2,9%	1,8%	1,8%	1,8%
	bis 40g	4,9%	7,8%	5,5%	4,1%	3,3%	3,8%
	bis 60g	1,7%	0,9%	1,5%	2,3%	3,3%	2,6%
	bis 80g	3,6%	2,6%	3,4%	3,4%	4,3%	3,7%
	bis 120g	5,2%	6,0%	5,3%	5,8%	6,7%	6,1%
	bis 200g	10,7%	11,2%	10,8%	8,0%	7,5%	7,8%
	bis 300g	5,6%	4,3%	5,3%	4,8%	3,6%	4,4%
	bis 400g	1,5%	1,7%	1,5%	2,7%	1,5%	2,3%
	bis 500g	1,1%	0,0%	0,9%	0,9%	0,3%	0,7%
	über 500g	0,6%	0,9%	0,7%	0,8%	0,3%	0,6%
	<b>Gesamt N</b>	<b>466</b>	<b>116</b>	<b>582</b>	<b>3.589</b>	<b>1.501</b>	<b>5.090</b>
Vorangegangene Betreuungen eines Klienten in den letzten 60 Tagen vor Betreuungsbeginn der letzten dokumentierten Betreuung (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	1,5%	1,9%	1,6%	7,2%	10,1%	8,0%
	Ambulante Betreuung/Beratung	10,1%	9,7%	10,1%	10,6%	10,9%	10,7%
	Amb. Reha	0,9%	2,2%	1,2%	1,3%	1,8%	1,4%
	Amb. mediz. Behandlung	1,8%	5,5%	2,6%	5,2%	9,2%	6,3%
	Stat. mediz. Behandlung	2,0%	5,0%	2,6%	3,8%	5,9%	4,4%
	Stat. Entwöhnungsbehandlung	5,6%	7,5%	6,0%	9,8%	10,5%	10,0%
	Betreutes Wohnen	2,2%	2,5%	2,2%	2,7%	2,6%	2,7%
	Entgiftung/Entzug	9,0%	11,1%	9,4%	15,1%	17,3%	15,7%
	Substitutionsbehandlung	0,1%	0,0%	0,1%	20,5%	19,7%	20,3%
	PSB für Substituierte	0,1%	0,0%	0,1%	3,9%	3,9%	3,9%
	Psychia./psychothera. Behandlung	3,2%	8,3%	4,1%	2,7%	7,5%	4,0%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,5%	0,6%	0,5%	0,8%	0,9%	0,8%
	Aufsuchende Arbeit	0,3%	0,6%	0,3%	0,4%	1,0%	0,5%
	Externe Haftbetreuung	1,1%	0,0%	0,9%	2,1%	0,7%	1,7%
	Selbsthilfegruppe	1,3%	1,9%	1,4%	2,3%	4,2%	2,8%
	sonstiges	1,5%	2,2%	1,6%	2,3%	3,3%	2,6%
keine Betreuung	68,0%	58,7%	66,2%	43,0%	34,7%	40,7%	
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.519</b>	<b>361</b>	<b>1.880</b>	<b>9.578</b>	<b>3.636</b>	<b>13.214</b>
Zeitlicher Abstand zwischen Erstkontakt zur Suchthilfe und aktuellem Betreuungsbeginn	kein Kontakt	43,1 %	35,8 %	41,8 %	17,3%	14,5%	16,5%
	Kontakt, Alter unbekannt	25,5 %	36,2 %	27,4 %	47,1%	51,9%	48,4%
	letzten 12 Monate	6,4 %	4,6 %	6,1 %	4,4%	3,7%	4,2%
	bis 2 Jahre	6,7 %	4,6 %	6,3 %	4,1%	3,3%	3,9%
	bis 5 Jahre	8,8 %	7,8 %	8,6 %	7,7%	6,5%	7,3%
	bis 10 Jahre	5,6 %	5,0 %	5,5 %	7,7%	7,7%	7,7%
	bis 15 Jahre	2,1 %	3,5 %	2,4 %	5,6%	5,7%	5,6%
	mehr als 15 Jahre	1,8 %	2,5 %	1,9 %	6,2%	6,8%	6,4%
		<b>Gesamt N</b>	<b>1.309</b>	<b>282</b>	<b>1.591</b>	<b>8.430</b>	<b>3.118</b>
Anzahl stationärer Entzüge zu Betreuungsbeginn	keinen Entzug	73,7%	66,8%	72,5%	42,3%	39,8%	41,7%
	mind 1 Entzug	0,1%	0,0%	0,1%	0,4%	0,6%	0,5%
	1 Entzug	14,0%	18,1%	14,8%	17,5%	19,5%	18,1%
	2 Entzüge	4,9%	5,7%	5,0%	10,9%	11,6%	11,1%
	3 Entzüge	2,7%	3,7%	2,9%	7,5%	7,4%	7,5%
	bis 5 Entzüge	2,4%	3,0%	2,5%	8,3%	7,8%	8,2%
	bis 10 Entzüge	1,5%	1,7%	1,5%	8,2%	8,8%	8,4%
	> 10 Entzüge	0,6%	1,0%	0,7%	4,8%	4,3%	4,7%
		<b>Gesamt N</b>	<b>1.390</b>	<b>298</b>	<b>1.688</b>	<b>8.376</b>	<b>3.034</b>
Anzahl ambulanter Entzüge zu Betreuungsbeginn	keinen Entzug	94,6%	91,7%	94,1%	79,3%	77,6%	78,8%
	mind 1 Entzug	0,1%	0,0%	0,1%	0,5%	0,5%	0,5%
	1 Entzug	3,4%	3,8%	3,5%	6,6%	7,4%	6,8%
	2 Entzüge	0,7%	1,7%	0,8%	4,0%	3,8%	3,9%
	3 Entzüge	0,4%	0,0%	0,4%	2,2%	2,9%	2,4%
	bis 5 Entzüge	0,5%	1,7%	0,7%	3,1%	3,1%	3,1%
	bis 10 Entzüge	0,1%	0,3%	0,1%	2,9%	3,2%	3,0%
	> 10 Entzüge	0,1%	0,7%	0,2%	1,4%	1,6%	1,5%
		<b>Gesamt N</b>	<b>1.364</b>	<b>288</b>	<b>1.652</b>	<b>7.981</b>	<b>2.846</b>

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Anzahl stationärer Rehabilitationen zu Betreuungsbeginn	keine Reha	83,3%	77,8%	82,3%	59,3%	58,8%	59,2%
	mind 1 Reha	0,1%	0,0%	0,1%	0,3%	0,4%	0,3%
	1 Reha	11,9%	14,9%	12,4%	20,5%	22,9%	21,1%
	2 Rehas	3,1%	5,0%	3,4%	10,2%	10,1%	10,2%
	3 Rehas	1,1%	2,0%	1,3%	5,5%	4,6%	5,2%
	bis 5 Rehas	0,5%	0,0%	0,4%	3,3%	2,7%	3,1%
	bis 10 Rehas	0,1%	0,3%	0,1%	0,9%	0,5%	0,8%
	> 10 Rehas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.374</b>	<b>302</b>	<b>1.676</b>	<b>8.526</b>	<b>3.051</b>	<b>11.577</b>
Anzahl ambulanter Rehabilitationen zu Betreuungsbeginn	keine Reha	94,3%	89,9%	93,5%	83,5%	80,8%	82,8%
	mind 1 Reha	0,2%	0,3%	0,2%	0,9%	0,6%	0,8%
	1 Reha	4,9%	8,8%	5,6%	11,7%	14,0%	12,3%
	2 Rehas	0,5%	1,0%	0,6%	3,2%	3,5%	3,3%
	3 Rehas	0,1%	0,0%	0,1%	0,4%	0,8%	0,5%
	bis 5 Rehas	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%
	bis 10 Rehas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	> 10 Rehas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.359</b>	<b>297</b>	<b>1.656</b>	<b>8.297</b>	<b>2.960</b>	<b>11.257</b>
Dauer aller Teilnahmen an Selbsthilfegruppen zu Betreuungsbeginn	nie Selbsthilfe	90,9%	91,7%	91,0%	83,1%	82,5%	83,0%
	bis 1 Jahr	6,6%	6,9%	6,7%	12,3%	13,1%	12,5%
	bis 2 Jahre	1,3%	0,9%	1,2%	1,9%	2,2%	2,0%
	bis 3 Jahre	0,5%	0,0%	0,4%	1,1%	0,7%	1,0%
	bis 5 Jahre	0,3%	0,5%	0,3%	0,9%	1,0%	0,9%
	bis 7 Jahre	0,3%	0,0%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%
	bis 10 Jahre	0,1%	0,0%	0,1%	0,3%	0,1%	0,3%
	>10 Jahre	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,2%
<b>Gesamt N</b>	<b>1.161</b>	<b>218</b>	<b>1.379</b>	<b>6.663</b>	<b>2.281</b>	<b>8.944</b>	
Anzahl an Krankenhaustagen im letzten Jahr vor dieser Betreuung	keinen KKH-Tag	83,7%	77,3%	82,5%	72,3%	67,4%	70,9%
	bis 5 Tage	2,7%	6,9%	3,5%	5,6%	6,6%	5,9%
	bis 10 Tage	2,0%	2,8%	2,2%	4,1%	4,4%	4,2%
	bis 20 Tage	3,3%	3,2%	3,3%	6,3%	6,6%	6,4%
	bis 30 Tage	4,5%	4,5%	4,5%	7,2%	7,5%	7,3%
	bis 2 Monate	2,0%	1,6%	2,0%	2,6%	3,8%	2,9%
	bis 6 Monate	0,7%	2,0%	0,9%	1,2%	2,1%	1,4%
	>6 Monate	1,0%	1,6%	1,1%	0,8%	1,7%	1,1%
<b>Gesamt N</b>	<b>1.025</b>	<b>247</b>	<b>1.272</b>	<b>6.655</b>	<b>2.520</b>	<b>9.175</b>	
Ambulante medizinische Versorgung im letzten Jahr vor dieser Betreuung		55,5%	66,1%	57,4%	71,5%	80,1%	73,9%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.067</b>	<b>239</b>	<b>1.306</b>	<b>6.957</b>	<b>2.694</b>	<b>9.651</b>
Familienstand	ledig	86,4%	81,8%	85,6%	66,4%	54,1%	63,1%
	verheiratet	5,7%	3,8%	5,4%	15,0%	16,5%	15,4%
	geschieden	5,6%	11,1%	6,6%	13,3%	19,7%	15,0%
	verwitwet	0,2%	0,3%	0,2%	1,0%	2,9%	1,5%
	eheähnliche Gemeinschaft	1,5%	1,5%	1,5%	2,1%	3,2%	2,4%
	dauerhaft getrennt lebend	0,6%	1,5%	0,7%	2,3%	3,6%	2,7%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.549</b>	<b>341</b>	<b>1.890</b>	<b>9.401</b>	<b>3.426</b>	<b>12.827</b>
Partnerbeziehung	alleinstehend	67,4%	57,0%	65,5%	58,5%	47,9%	55,7%
	feste Beziehung, getrennt lebend	18,5%	24,9%	19,7%	16,7%	19,3%	17,4%
	feste Beziehung, zusammen lebend	14,1%	18,1%	14,8%	24,7%	32,8%	26,9%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.447</b>	<b>321</b>	<b>1.768</b>	<b>9.106</b>	<b>3.349</b>	<b>12.455</b>
Partner mit Suchtproblemen	keinen Partner	71,3%	60,9%	69,5%	63,7%	52,0%	60,6%
		4,7%	23,8%	8,1%	8,4%	26,5%	13,3%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.382</b>	<b>302</b>	<b>1.684</b>	<b>8.662</b>	<b>3.185</b>	<b>11.847</b>

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Lebenssituation (ohne Inhaftierte)	alleinlebend	38,2%	39,9%	38,5%	49,3%	41,0%	46,9%
	mit den Eltern	38,2%	18,6%	34,5%	14,5%	6,5%	12,2%
	alleine mit Kind(ern)	0,7%	10,1%	2,5%	1,1%	11,9%	4,1%
	mit Partner(in) allein	7,5%	9,8%	7,9%	14,0%	21,7%	16,2%
	mit Partner(in) und Kind(ern)	5,6%	5,5%	5,6%	11,4%	10,4%	11,1%
	mit Freund(inn)en	2,0%	3,0%	2,2%	2,0%	2,2%	2,1%
	anderes	7,8%	13,1%	8,8%	7,7%	6,4%	7,3%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.396</b>	<b>328</b>	<b>1.724</b>	<b>8.401</b>	<b>3.316</b>	<b>11.717</b>
Aufenthaltort des Klienten	in eigener Wohnung	49,6%	66,4%	52,6%	62,7%	75,6%	66,1%
	vorübergehend bei Freund(inn)en	1,8%	1,8%	1,8%	2,4%	2,9%	2,5%
	bei Partner(in)	1,3%	3,3%	1,7%	2,2%	3,7%	2,6%
	bei Angehörigen	31,7%	17,6%	29,2%	13,2%	6,6%	11,4%
	betreutes Wohnen (Suchthilfeeinrichtung, Nachsorge)	4,0%	6,1%	4,3%	2,9%	3,2%	3,0%
	Frauenhaus	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%
	Klinik/Krankenhaus	0,7%	1,2%	0,8%	1,4%	1,3%	1,4%
	JVA/Haftanstalt	8,2%	0,6%	6,8%	9,4%	2,6%	7,6%
	Hotel/ Pension/Unterkunft	1,3%	1,2%	1,3%	3,4%	2,2%	3,1%
	auf der Straße/auf Trebe	1,5%	1,8%	1,5%	2,4%	1,7%	2,2%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.511</b>	<b>330</b>	<b>1.841</b>	<b>9.357</b>	<b>3.417</b>	<b>12.774</b>
Eigener Wohnraum der Klienten (ohne Inhaftierte)		81,6%	86,5%	82,5%	82,2%	86,3%	83,3%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.354</b>	<b>325</b>	<b>1.679</b>	<b>8.388</b>	<b>3.299</b>	<b>11.687</b>
Anzahl Kinder	keine Kinder	78,1%	69,5%	76,5%	53,8%	45,9%	51,7%
	ein Kind	12,3%	14,0%	12,6%	22,4%	24,4%	22,9%
	2 Kinder	5,7%	9,1%	6,4%	15,6%	18,2%	16,3%
	3 Kinder	2,1%	4,6%	2,6%	5,1%	7,6%	5,8%
	4 Kinder	1,0%	1,8%	1,1%	1,8%	2,4%	2,0%
	5 Kinder	0,3%	0,6%	0,4%	0,6%	0,9%	0,7%
	>5 Kinder	0,4%	0,3%	0,4%	0,7%	0,6%	0,6%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.444</b>	<b>328</b>	<b>1.772</b>	<b>9.019</b>	<b>3.342</b>	<b>12.361</b>
Anzahl minderjäh- riger Kinder	keine mind. Kinder	83,4%	75,8%	82,0%	69,7%	65,8%	68,6%
	ein Kind	10,5%	13,5%	11,0%	18,0%	20,0%	18,6%
	2 Kinder	4,4%	7,3%	5,0%	8,9%	9,2%	9,0%
	3 Kinder	1,0%	2,8%	1,3%	2,3%	3,7%	2,7%
	4 Kinder	0,4%	0,3%	0,4%	0,7%	0,7%	0,7%
	5 Kinder	0,1%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
	>5 Kinder	0,1%	0,0%	0,1%	0,3%	0,2%	0,3%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.440</b>	<b>327</b>	<b>1.767</b>	<b>8.960</b>	<b>3.307</b>	<b>12.267</b>
Aufenthaltort der minderjährigen Kinder	keine minderjährigen Kinder	83,5%	76,1%	82,1%	70,1%	66,4%	69,1%
	im Haushalt des Klienten	4,8%	15,0%	6,7%	9,5%	18,1%	11,8%
	bei anderem Elternteil	10,3%	2,1%	8,8%	17,2%	3,9%	13,7%
	bei Großeltern	0,1%	0,3%	0,2%	0,6%	2,5%	1,1%
	in Pflegefamilie	0,3%	2,5%	0,7%	1,1%	5,2%	2,2%
	in öffentl. Erziehungseinrichtung	0,1%	1,5%	0,4%	0,3%	1,6%	0,6%
	im eigenen Haushalt	0,6%	1,8%	0,9%	0,8%	1,3%	0,9%
	sonstiges	0,2%	0,6%	0,3%	0,5%	1,0%	0,6%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.438</b>	<b>326</b>	<b>1.764</b>	<b>8.909</b>	<b>3.278</b>	<b>12.187</b>
Höchster Schulabschluss	z.Zt. Schüler	13,3%	10,4%	12,8%	3,0%	2,7%	2,9%
	ohne Abschluss	12,9%	9,7%	12,3%	10,1%	7,8%	9,5%
	Sonderschulabschluss	1,7%	0,6%	1,5%	1,8%	1,4%	1,7%
	Hauptschulabschluss	32,1%	23,4%	30,5%	38,2%	29,5%	36,0%
	Mittlere Reife	24,1%	33,1%	25,7%	28,4%	34,3%	30,0%
	Fachhochschulreife oder höherwertiger Abschluss	15,9%	22,7%	17,1%	18,4%	24,3%	20,0%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.441</b>	<b>308</b>	<b>1.749</b>	<b>8.508</b>	<b>3.010</b>	<b>11.518</b>
Berufsausbildung	z.Zt. Schüler/Auszubildender	30,2%	24,5%	29,2%	8,6%	7,8%	8,4%
	keine Ausbildung	35,2%	36,0%	35,3%	28,6%	28,6%	28,6%
	Ausbildung abgeschlossen	34,6%	39,4%	35,4%	62,9%	63,6%	63,1%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.492</b>	<b>322</b>	<b>1.814</b>	<b>8.961</b>	<b>3.176</b>	<b>12.137</b>

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Arbeits- und Ausbildungssituation (ohne Inhaftierte)	Vollzeit	18,2%	15,5%	17,7%	24,4%	17,9%	22,6%
	Teilzeit (regelmäßig)	3,0%	8,4%	4,0%	3,3%	8,9%	4,9%
	Gelegenheitsarbeit	2,6%	2,2%	2,5%	2,1%	1,9%	2,0%
	Schüler(in), Student(in), Auszubildende(r)	34,8%	26,7%	33,3%	10,4%	9,0%	10,0%
	Bundeswehr, Zivildienst	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
	Rentner(in)	0,6%	3,4%	1,1%	4,8%	7,5%	5,5%
	erwerbslos/arbeitslos	40,0%	41,0%	40,2%	52,9%	50,6%	52,3%
	in Einrichtung	0,6%	1,2%	0,7%	1,8%	1,3%	1,7%
	Hausfrau/-mann	0,0%	1,6%	0,3%	0,1%	3,0%	0,9%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.392</b>	<b>322</b>	<b>1.714</b>	<b>8.416</b>	<b>3.275</b>	<b>11.691</b>
Haupteinkommen (ohne Inhaftierte)	Einkommen aus Erwerbstätigkeit (Arbeitnehmer)	20,2%	21,1%	20,4%	24,0%	21,9%	23,4%
	Krankengeld	1,8%	3,5%	2,2%	2,2%	3,1%	2,5%
	Arbeitslosengeld I	3,2%	2,8%	3,2%	4,0%	3,5%	3,9%
	Arbeitslosengeld II	31,4%	35,0%	32,1%	45,2%	42,9%	44,6%
	Ausbildungsvergütung/ Umschulungsgeld/ BAFÖG	9,1%	6,9%	8,7%	3,5%	2,7%	3,3%
	Sozialhilfe (inkl. Wohngeld)	1,5%	3,2%	1,8%	2,3%	3,0%	2,5%
	Rente	0,7%	3,5%	1,3%	4,9%	8,2%	5,8%
	Unterstützung durch Eltern/Verwandte	24,4%	16,1%	22,8%	5,8%	4,4%	5,4%
	Unterstützung durch Partner(in)	0,0%	0,6%	0,1%	0,3%	1,3%	0,6%
	Familieneinkommen (Hausfrau/-mann)	0,4%	0,9%	0,5%	0,4%	2,8%	1,1%
	Versorgung in einer Institution	1,7%	1,6%	1,7%	1,8%	1,0%	1,5%
	Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit	2,6%	0,9%	2,3%	3,1%	2,1%	2,8%
	keine Einkommen/mittellos	0,8%	1,6%	1,0%	0,8%	1,6%	1,0%
	sonstiges	2,1%	2,2%	2,1%	1,7%	1,5%	1,6%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.356</b>	<b>317</b>	<b>1.673</b>	<b>8.356</b>	<b>3.245</b>	<b>11.601</b>
Einkommen durch Prostitution (ohne Inhaftierte)		0,1%	1,3%	0,3%	0,4%	9,5%	3,0%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.038</b>	<b>239</b>	<b>1.277</b>	<b>6.226</b>	<b>2.540</b>	<b>8.766</b>
Illegale Einkünfte (ohne Inhaftierte)		5,2%	1,9%	4,6%	7,5%	10,0%	8,3%
	<b>Gesamt N</b>	<b>844</b>	<b>210</b>	<b>1.054</b>	<b>5.198</b>	<b>2.310</b>	<b>7.508</b>
Schulden	keine	50,6%	58,0%	52,0%	31,8%	43,7%	34,9%
	bis 5.000 Euro	24,0%	24,2%	24,0%	25,9%	24,1%	25,5%
	über 5.000 bis 25.000 Euro	11,8%	9,5%	11,4%	19,6%	13,0%	17,9%
	über 25.000 bis 50.000 Euro	2,9%	1,7%	2,7%	5,3%	3,6%	4,9%
	über 50.000 Euro	1,3%	0,0%	1,0%	3,2%	1,5%	2,7%
	Schulden, Höhe der/dem Kl. unklar	9,4%	6,5%	8,8%	14,2%	14,1%	14,1%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.025</b>	<b>231</b>	<b>1.256</b>	<b>7.415</b>	<b>2.666</b>	<b>10.081</b>
Probleme mit der Justiz (Mehrfachantworten)	keine	63,2%	89,6%	67,9%	57,9%	82,9%	64,6%
	BtMG § 35: Therapie statt Strafe	0,8%	0,4%	0,7%	1,8%	0,8%	1,5%
	einfache Bewährung	2,3%	1,2%	2,1%	4,0%	2,2%	3,5%
	Bewährung mit Weisung bzw. Auflage	9,4%	1,9%	8,1%	10,8%	3,3%	8,8%
	laufendes bzw. offenes Gerichtsverfahren	10,0%	4,6%	9,1%	9,9%	5,3%	8,7%
	in U-Haft	2,7%	0,0%	2,2%	2,9%	0,9%	2,4%
	in Strafhaft	10,7%	0,8%	8,9%	13,9%	3,9%	11,2%
	sonstiges (z. B. Führungsaufsicht /§63/§64 StGB)	2,8%	1,2%	2,5%	2,8%	1,5%	2,4%
	Führerscheinentzug	6,9%	1,9%	6,0%	6,2%	2,3%	5,1%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.197</b>	<b>259</b>	<b>1.456</b>	<b>6.548</b>	<b>2.369</b>	<b>8.917</b>
Verurteilungen (lifetime) (Mehrfachantworten)	BTM-Delikte (Handel, Besitz)	11,6%	4,0%	10,3%	33,4%	22,7%	30,5%
	Körperverletzungen	16,9%	5,1%	14,8%	23,1%	6,0%	18,5%
	andere Delikte/Delikt unbekannt	16,7%	4,0%	14,5%	28,8%	13,7%	24,8%
	Alkohol-/oder Drogeneinfluss am Steuer	7,1%	0,4%	5,9%	9,4%	3,0%	7,7%
	Beschaffungskriminalität	8,8%	1,5%	7,5%	28,3%	15,9%	25,0%
	keine	62,2%	87,6%	66,7%	42,5%	67,6%	49,2%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.290</b>	<b>274</b>	<b>1.564</b>	<b>7.716</b>	<b>2.786</b>	<b>10.502</b>

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Dauer der Strafhaft	keine Haft	75,3%	93,6%	78,5%	52,2%	76,2%	58,6%
	Haft, Dauer unbekannt	2,7%	1,8%	2,5%	3,5%	3,3%	3,5%
	bis 3 Monate	5,4%	3,9%	5,2%	5,5%	4,8%	5,3%
	bis 6 Monate	1,8%	0,0%	1,5%	2,8%	2,2%	2,7%
	bis 12 Monate	4,0%	0,4%	3,3%	5,7%	3,3%	5,0%
	bis 2 Jahre	4,6%	0,4%	3,8%	7,6%	3,8%	6,6%
	bis 3 Jahre	1,8%	0,0%	1,4%	4,7%	1,7%	3,9%
	bis 5 Jahre	2,5%	0,0%	2,1%	6,4%	2,5%	5,4%
	bis 10 Jahre	1,5%	0,0%	1,3%	6,8%	1,5%	5,4%
	>10 Jahre	0,4%	0,0%	0,3%	4,8%	0,5%	3,7%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.309</b>	<b>280</b>	<b>1.589</b>	<b>7.889</b>	<b>2.837</b>	<b>10.726</b>
Nationalität	deutsch	87,1%	93,2%	88,2%	85,2%	91,4%	86,8%
	EU – Europäische Union	2,3%	1,6%	2,1%	3,7%	3,9%	3,7%
	andere Staatsangehörigkeit	10,7%	5,1%	9,6%	11,2%	4,8%	9,4%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.331</b>	<b>311</b>	<b>1.642</b>	<b>9.503</b>	<b>3.542</b>	<b>13.045</b>
Migrationshintergrund	kein Migrationshintergrund	67,0%	73,4%	68,2%	71,6%	82,6%	74,6%
	selbst migriert	13,6%	9,0%	12,8%	18,6%	10,7%	16,5%
	als Kind von Migranten geboren	19,4%	17,6%	19,1%	9,8%	6,7%	8,9%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.551</b>	<b>346</b>	<b>1.897</b>	<b>9.439</b>	<b>3.421</b>	<b>12.860</b>
Vater mit Suchtproblemen		38,8%	49,3%	40,6%	40,9%	47,6%	42,7%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.028</b>	<b>217</b>	<b>1.245</b>	<b>6.735</b>	<b>2.409</b>	<b>9.144</b>
Mutter mit Suchtproblemen		18,5%	34,2%	21,3%	18,8%	30,4%	21,9%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.052</b>	<b>228</b>	<b>1.280</b>	<b>6.791</b>	<b>2.442</b>	<b>9.233</b>
Heim, öffentliche Erziehung in der Kindheit		18,8%	30,0%	20,8%	18,8%	21,4%	19,5%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.274</b>	<b>270</b>	<b>1.544</b>	<b>7.749</b>	<b>2.698</b>	<b>10.447</b>
Körperliche Gewalt-erfahrung im Leben		51,6%	65,5%	54,0%	57,8%	65,8%	60,0%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.016</b>	<b>220</b>	<b>1.236</b>	<b>6.664</b>	<b>2.521</b>	<b>9.185</b>
Sexuelle Gewalt-erfahrung im Leben		5,9%	41,9%	12,3%	8,0%	50,0%	20,1%
	<b>Gesamt N</b>	<b>794</b>	<b>172</b>	<b>966</b>	<b>5.575</b>	<b>2.254</b>	<b>7.829</b>
Gewaltausübung im Leben		45,9%	36,8%	44,4%	48,8%	26,6%	43,2%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.030</b>	<b>204</b>	<b>1.234</b>	<b>6.617</b>	<b>2.262</b>	<b>8.879</b>
Gesundheit-liche-körperliche Beeinträchtigung	gar nicht	41,0%	24,9%	38,1%	24,4%	14,5%	21,7%
	wenig	34,4%	34,9%	34,5%	31,9%	32,4%	32,1%
	mittel	18,3%	28,0%	20,0%	27,5%	32,9%	29,0%
	erheblich	5,6%	10,0%	6,4%	13,5%	15,9%	14,2%
	extrem	0,7%	2,1%	0,9%	2,6%	4,3%	3,1%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.332</b>	<b>289</b>	<b>1.621</b>	<b>8.132</b>	<b>3.074</b>	<b>11.206</b>
Grad der Behinderung	Keine Behinderung	96,7%	95,6%	96,5%	89,5%	90,3%	89,8%
	behindert, aber nicht beantragt	1,0%	1,1%	1,0%	4,0%	3,5%	3,9%
	20 %	0,2%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%
	30 %	0,2%	0,0%	0,2%	0,5%	0,4%	0,5%
	40 %	0,1%	0,7%	0,2%	0,5%	0,7%	0,5%
	50 %	0,7%	1,1%	0,8%	1,6%	1,4%	1,5%
	60 %	0,3%	0,4%	0,3%	1,0%	1,2%	1,1%
	70 %	0,5%	0,4%	0,5%	1,1%	0,6%	0,9%
	80 %	0,0%	0,7%	0,1%	0,7%	1,0%	0,8%
	90 %	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
	100 %	0,3%	0,0%	0,3%	0,7%	0,7%	0,7%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.241</b>	<b>273</b>	<b>1.514</b>	<b>7.365</b>	<b>2.762</b>	<b>10.127</b>
HIV Infektion		1,6%	0,5%	1,4%	2,7%	2,6%	2,7%
	kein Test bisher	10,2%	3,0%	9,0%	7,5%	9,1%	8,0%
	<b>Gesamt N</b>	<b>957</b>	<b>202</b>	<b>1.159</b>	<b>6.588</b>	<b>2.513</b>	<b>9.101</b>
Hepatitis C Infektion		1,6%	2,9%	1,8%	21,4%	19,8%	20,9%
	kein Test bisher	8,9%	4,3%	8,1%	6,4%	7,7%	6,8%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.022</b>	<b>209</b>	<b>1.231</b>	<b>7.099</b>	<b>2.653</b>	<b>9.752</b>
Schädigungen des Nervensystems		6,0%	10,4%	6,8%	11,5%	12,5%	11,8%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.018</b>	<b>222</b>	<b>1.240</b>	<b>6.895</b>	<b>2.625</b>	<b>9.520</b>



		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Leberschäden		7,7%	8,7%	7,9%	21,6%	20,3%	21,3%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.032</b>	<b>229</b>	<b>1.261</b>	<b>6.899</b>	<b>2.575</b>	<b>9.474</b>
Epileptische Anfälle		2,2%	4,9%	2,7%	6,2%	5,4%	6,0%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.048</b>	<b>225</b>	<b>1.273</b>	<b>6.808</b>	<b>2.599</b>	<b>9.407</b>
Atemwegserkrankungen		12,3%	13,1%	12,4%	15,3%	20,6%	16,8%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.034</b>	<b>221</b>	<b>1.255</b>	<b>6.678</b>	<b>2.586</b>	<b>9.264</b>
Herz- Kreislaufbeschwerden		7,7%	14,2%	8,9%	15,6%	21,5%	17,2%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.046</b>	<b>225</b>	<b>1.271</b>	<b>6.945</b>	<b>2.646</b>	<b>9.591</b>
Delir		2,4%	3,4%	2,5%	3,7%	3,0%	3,5%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.099</b>	<b>237</b>	<b>1.336</b>	<b>7.117</b>	<b>2.702</b>	<b>9.819</b>
Schlafstörungen		41,1%	56,0%	43,8%	48,8%	58,4%	51,5%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.123</b>	<b>250</b>	<b>1.373</b>	<b>7.244</b>	<b>2.752</b>	<b>9.996</b>
Sonstige schwere Erkrankungen		16,6%	33,9%	19,8%	28,9%	37,6%	31,3%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.035</b>	<b>233</b>	<b>1.268</b>	<b>6.989</b>	<b>2.672</b>	<b>9.661</b>
Zahnstatus	normal / saniert	79,5%	86,7%	80,8%	66,4%	74,7%	68,7%
	behandlungsbedürftig	19,1%	11,7%	17,7%	28,6%	21,1%	26,5%
	ruinös	1,5%	1,5%	1,5%	5,0%	4,1%	4,7%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.159</b>	<b>264</b>	<b>1.423</b>	<b>7.339</b>	<b>2.826</b>	<b>10.165</b>
Psychische/see-lische Belastung	gar nicht	11,8%	4,0%	10,4%	6,4%	2,2%	5,2%
	wenig	26,2%	16,8%	24,5%	24,1%	17,8%	22,3%
	mittel	39,0%	37,6%	38,8%	40,2%	38,7%	39,8%
	erheblich	20,0%	32,0%	22,2%	24,6%	32,9%	26,9%
	extrem	3,0%	9,6%	4,2%	4,8%	8,3%	5,8%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.371</b>	<b>303</b>	<b>1.674</b>	<b>8.336</b>	<b>3.157</b>	<b>11.493</b>
Ängste/Phobien	gar nicht	31,0%	21,3%	29,3%	26,2%	15,8%	23,3%
	wenig	35,6%	28,7%	34,3%	34,0%	31,9%	33,4%
	mittel	25,5%	30,4%	26,4%	27,5%	33,1%	29,0%
	erheblich	7,1%	16,1%	8,8%	10,5%	16,5%	12,2%
	extrem	0,8%	3,5%	1,3%	1,8%	2,8%	2,1%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.279</b>	<b>286</b>	<b>1.565</b>	<b>7.693</b>	<b>2.968</b>	<b>10.661</b>
Körperlich-moto-rische Nervosität/Unruhe	gar nicht	26,8%	18,9%	25,3%	23,5%	18,6%	22,2%
	wenig	39,4%	36,1%	38,8%	38,2%	37,9%	38,1%
	mittel	25,5%	33,3%	27,0%	28,3%	30,7%	29,0%
	erheblich	7,1%	9,3%	7,5%	8,7%	11,4%	9,4%
	extrem	1,2%	2,4%	1,4%	1,3%	1,3%	1,3%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.323</b>	<b>291</b>	<b>1.614</b>	<b>7.899</b>	<b>3.018</b>	<b>10.917</b>
Innere Nervosität/Unruhe	gar nicht	17,2%	7,5%	15,4%	13,0%	7,8%	11,6%
	wenig	32,5%	26,4%	31,4%	30,5%	29,0%	30,1%
	mittel	35,4%	42,1%	36,6%	37,7%	40,4%	38,4%
	erheblich	13,7%	20,9%	15,0%	16,7%	20,0%	17,6%
	extrem	1,3%	3,1%	1,6%	2,1%	2,8%	2,3%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.321</b>	<b>292</b>	<b>1.613</b>	<b>7.925</b>	<b>3.025</b>	<b>10.950</b>
Überhöhte Selbsteinschätzung	gar nicht	29,9%	33,8%	30,6%	27,6%	34,5%	29,5%
	wenig	29,3%	36,6%	30,6%	28,8%	33,1%	30,0%
	mittel	27,3%	16,7%	25,4%	29,1%	22,5%	27,3%
	erheblich	11,4%	10,5%	11,2%	12,4%	8,7%	11,4%
	extrem	2,1%	2,4%	2,2%	2,1%	1,2%	1,9%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.312</b>	<b>287</b>	<b>1.599</b>	<b>7.851</b>	<b>2.985</b>	<b>10.836</b>
Depressive Stimmung	gar nicht	26,3%	13,4%	23,9%	18,3%	9,4%	15,9%
	wenig	33,1%	26,4%	31,8%	30,8%	27,9%	30,0%
	mittel	28,6%	34,9%	29,8%	34,1%	39,1%	35,5%
	erheblich	11,2%	21,6%	13,1%	14,6%	20,1%	16,1%
	extrem	0,8%	3,8%	1,4%	2,2%	3,4%	2,5%
	<b>Gesamt N</b>	<b>1.300</b>	<b>292</b>	<b>1.592</b>	<b>7.900</b>	<b>3.017</b>	<b>10.917</b>

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Paranoide Inhalte, Halluzinationen	gar nicht	83,8%	81,1%	83,3%	81,0%	82,3%	81,4%
	wenig	12,1%	11,4%	12,0%	13,1%	12,3%	12,9%
	mittel	2,8%	5,7%	3,3%	4,1%	3,9%	4,1%
	erheblich	1,0%	0,7%	1,0%	1,4%	1,2%	1,3%
	extrem	0,3%	1,1%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%
	<b>Gesamt N</b>		<b>1.251</b>	<b>280</b>	<b>1.531</b>	<b>7.557</b>	<b>2.900</b>
Aggressionen	gar nicht	32,9%	26,2%	31,7%	33,5%	35,4%	34,0%
	wenig	34,2%	37,1%	34,8%	35,6%	38,5%	36,4%
	mittel	22,8%	25,2%	23,3%	22,7%	20,9%	22,2%
	erheblich	8,6%	9,2%	8,7%	6,9%	4,6%	6,2%
	extrem	1,4%	2,4%	1,6%	1,4%	0,7%	1,2%
	<b>Gesamt N</b>		<b>1.288</b>	<b>294</b>	<b>1.582</b>	<b>7.693</b>	<b>2.958</b>
Sonstige schwere psychische Probleme		22,5%	40,4%	26,0%	25,2%	38,5%	28,9%
	<b>Gesamt N</b>		<b>1.050</b>	<b>255</b>	<b>1.305</b>	<b>6.816</b>	<b>2.681</b>
Anzahl Suizidversuche (lifetime)	keine	88,3%	70,2%	85,0%	78,8%	66,1%	75,3%
	1 Suizidversuch	8,0%	19,4%	10,1%	13,6%	20,6%	15,5%
	2 Suizidversuche	1,7%	4,2%	2,2%	3,8%	6,1%	4,4%
	3 Suizidversuche	1,4%	3,7%	1,8%	2,1%	3,5%	2,4%
	bis 5 Suizidversuche	0,3%	2,6%	0,8%	1,2%	2,4%	1,5%
	bis 10 Suizidversuche	0,2%	0,0%	0,2%	0,4%	1,1%	0,6%
	mehr als 10 Suizidversuche	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,2%
	<b>Gesamt N</b>		<b>870</b>	<b>191</b>	<b>1.061</b>	<b>5.797</b>	<b>2.179</b>

