

2011

BADO e.V.



Suchthilfe in Hamburg

Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation

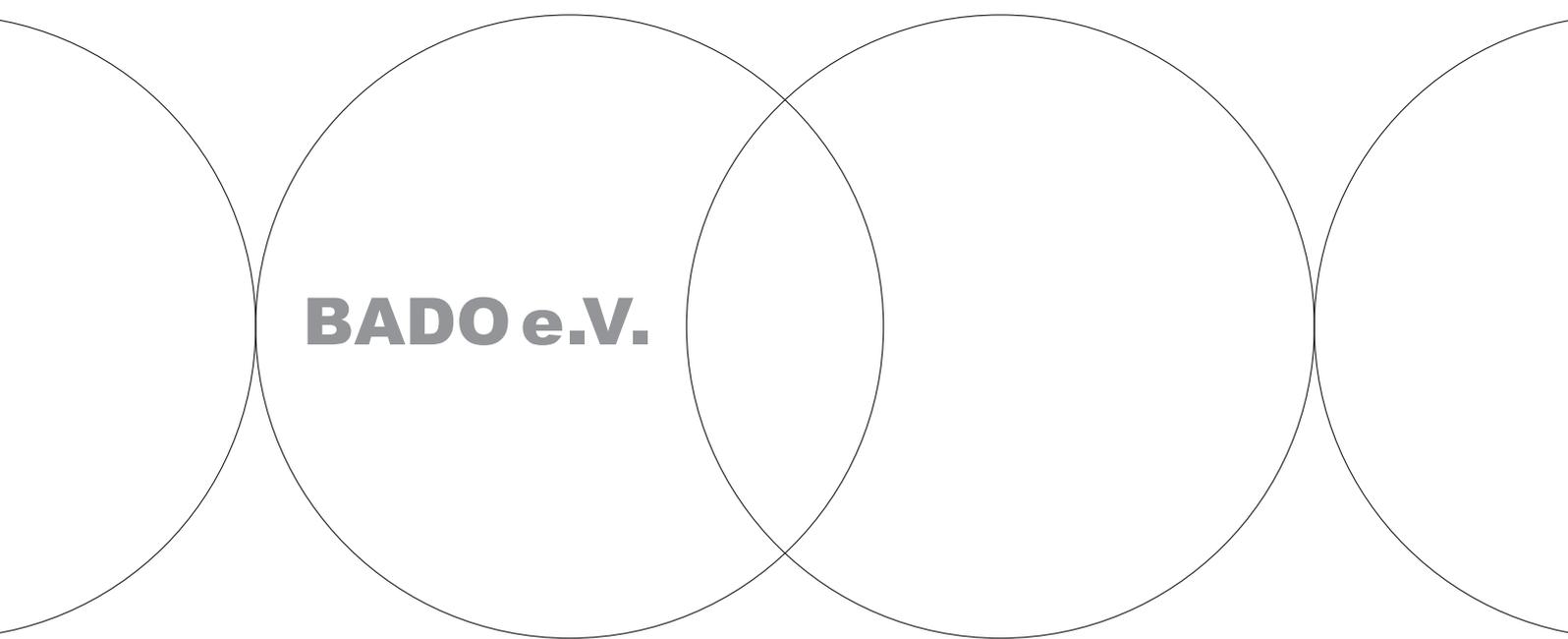
Sven Buth
Uwe Verthein
Christian Schütze
Eike Neumann-Runde
Marcus-Sebastian Martens

Herausgeber: BADO e.V.

Suchthilfe in Hamburg

Statusbericht 2011 der Hamburger Basisdatendokumentation
in der ambulanten Suchthilfe und der Eingliederungshilfe

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



BADO e.V.

Auswertungsleistungen und Bericht der Hamburger
Basisdatendokumentation 2011
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.
© 2012 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 Hamburger Bado e.V. [www.bado.de] legt seinen 15. BADO-Bericht für das Jahr 2011 vor. Es ist der erste Bericht basierend auf den Daten, die anhand eines überarbeiteten BADO-Moduls erhoben wurden. Mit der Überarbeitung wurden mehrere Ziele verfolgt: die Erfassung von Aspekten der sozialen Teilhabe und der Veränderungsmotivation, u. a. als wichtige Ergebniskriterien in der Verlaufsdokumentation, die differenziertere Erhebung von Daten zu nicht-stoffgebundenen Suchtformen und zur Lebenssituation der Klientinnen und Klienten mit Kindern sowie die noch bessere Anpassung an den Kerndatensatz der Deutschen Suchthilfestatistik. Bei der Überarbeitung galt es zugleich die Erhebungskontinuität zu den Daten der Vorjahre zu bewahren.

Schließlich wurden die in der Hamburger Suchthilfe eingesetzten Programme, mit denen die Erhebung und der Export der mit der neuen BADO-Version erhobenen Daten erfolgen sollte, durch das ZIS der Universität Hamburg überprüft und von BADO e. V. zertifiziert.

Implementierung der neuen BADO erfolgreich

Wir freuen uns, dass insgesamt dieser umfangreiche und komplexe Überarbeitungsprozess gelungen ist: Wie in den Vorjahren haben die Einrichtungen ihre einrichtungsspezifischen Auswertungen sehr zeitnah im Frühjahr erhalten, ausgewählte BADO-Ergebnisse wurden im Juni auf einem workshop mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtungen diskutiert, und der hier vorliegende BADO-Bericht basiert auf der Auswertung von 19.232 Betreuungsverläufen von 15.576 verschiedenen Personen: 4.766 Frauen und 10.771 Männer. Diese wurden in 59 Suchthilfeeinrichtungen und -projekten im Jahre 2011 beraten und betreut. Erstmals wurden auch Daten von rd. 1.000 Klientinnen und Klienten, die in Einrichtungen der stationären und ganztags-ambulanten Eingliederungshilfe Hilfe und Unterstützung erhielten, in die BADO einbezogen.

Hauptgruppen in der Betreuung: Alkoholabhängige, Opiatabhängige und Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten

68 % der Klientinnen und Klienten konsumierten intensiv Alkohol, 43 % Cannabis, 34 % Opiate, 29 % Kokain, 17 % Sedativa, 16 % Crack, 10 % Amphetamine, 6 % Halluzinogene, und 9 % hatten eine Glücksspielproblematik.

Bei der Einteilung in verschiedene Konsumtypen dominierten „reine“ Alkoholabhängige (34 %) und Opiatabhängige mit polyvalentem Konsum (34 %), Cannabisabhängige stellten 15 %, Kokainabhängige 9 % und ausschließlich Glücksspielabhängige 4 % des Klientels.

Die absolute Zahl der betreuten Alkoholabhängigen ist innerhalb von fünf Jahren von 4.458 auf 4.735, der Opiatabhängigen von 4.472 auf 4.668, der Cannabiskonsumenten von 1.706 auf 2.126, der Kokainabhängigen von 1.104 auf 1.206 und der Glücksspielabhängigen von 281 auf 572 angestiegen. Während relativ viele Opiatabhängige an das Hilfesystem angebunden sind, ist die Erreichungsquote bei den Alkoholabhängigen weiterhin zu niedrig. Insbesondere muss überlegt werden, wie die etwa zwölfjährige Zeitspanne zwischen dem Beginn der Suchtproblematik und dem Aufsuchen suchtspezifischer Hilfe deutlich verkürzt werden kann.

Eine zunehmend stärker auch im öffentlichen Blickpunkt stehende Aufgabe ist die Betreuung der Klientinnen und Klienten, für die etwa 6.000 minderjährige Kinder in der BADO dokumentiert sind.

Hinsichtlich der soziodemographischen Daten, der schweren biographischen und justiziellen Belastungen, der erheblichen gesundheitlichen und psychischen Probleme sowie der prekären sozialen Lebenssituation bei vielen Klientinnen und Klienten gab es insgesamt eine hohe Ergebniskonstanz

gegenüber den Vorjahren. Sehr stabil waren auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede in einer Vielzahl von Ergebnissen. Diese Ergebniskonstanz kann als weiterer Hinweis auf die erfolgreiche Einführung der neuen BADO betrachtet werden.

Betreuungsergebnisse: Mehr Abstinenz, gesundheitliche und psychische Stabilisierungen, mehr soziale Teilhabe und Zunahme der Abstinenzmotivation

Durch die in die BADO integrierte Verlaufsdocumentation werden im gesamten von der Stadt Hamburg finanzierten Suchthilfesystem für alle abgeschlossenen Betreuungen bei Alkohol- bzw. Drogenabhängigen die Betreuungsergebnisse in wichtigen Dimensionen transparent gemacht.

Im Bericht wird die Wirksamkeit der Hamburger Suchthilfe für fast 5.000 abgeschlossene Betreuungen dokumentiert. Das Abstinenzverhalten wurde während der Betreuung deutlich verbessert, die gesundheitlichen und psychisch-seelischen Belastungen nahmen ab. Erstmals deutete sich anhand der neuen BADO eine Zunahme der Abstinenzmotivation und eine Verbesserung der sozialen Teilhabe an.

Bei den alkoholabhängigen Klientinnen und Klienten waren je nach Betreuungszeit 55 % bis 69 % am Betreuungsende abstinent, etwa 60 % konnten ihre noch vorhandene berufliche Integration sichern bzw. wieder den Einstieg in die Arbeitswelt finden. Etwa 90 % lebten in eigenem Wohnraum am Betreuungsende.

60 % der opiatabhängigen Klientinnen und Klienten, von denen etwa drei Viertel substituiert waren, lebten am Betreuungsende ohne Heroinkonsum, die Wohnsituation blieb bei etwa drei Viertel stabil, die Teilhabe am Arbeitsleben verbesserte sich nur geringfügig.

Es stellt sich die Frage, wie die Wohnsituation von etwa 10 % der Alkoholabhängigen und etwa 25 % der Opiatabhängigen verbessert werden kann, die trotz mehrmonatiger Betreuung in prekären Wohnverhältnissen verharren.

Wie in den Vorjahren ging eine längere, mehrmonatige Betreuungszeit in der Regel mit deutlich besseren Betreuungsergebnissen einher.

Substituierte Opiatabhängige: größere Gesundheitsprobleme, deutlich stabilere Wohnsituation und weniger Justizprobleme

Etwa drei Viertel aller Opiatabhängigen im Hamburger Hilfesystem sind substituiert. Ihr biographischer Hintergrund sowie Aspekte der aktuellen Situation wurden in einer Spezialanalyse mit den nicht-substituierten Opiatabhängigen verglichen. Dabei zeigt sich, dass die Substituierten kaum stärkere biographische oder psychosoziale Belastungen, jedoch stärkere psychische Probleme und vor allem größere gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen. Diese sind bei der Teilgruppe langjährig Substituierter besonders ausgeprägt.

Hinsichtlich ihrer aktuellen Lebenssituation ist positiv festzustellen, dass die Substituierten sehr viel häufiger in eigenem Wohnraum leben und weniger justizielle Probleme haben. Dieses Ergebnis ist bei den langjährig Substituierten noch prägnanter.

Verbesserungsmöglichkeiten zeigen sich bei der sozialen Eingebundenheit – Arbeit, soziale Kontakte, Freizeitverhalten – der Substituierten. Diese ist bei ihnen kaum anders als bei den nicht-substituierten Opiatabhängigen, auch nicht nach langjähriger Substitution. Hier bestehen Chancen zur Verbesserung. Zudem haben Substituierte sehr viel häufiger eine Partnerin bzw. einen Partner mit ebenfalls einer Suchtproblematik.

Ebenfalls diskussionswürdig ist, dass die Substituierten zwar weniger Heroin, Kokain und Crack, jedoch mehr Alkohol, Cannabis und vor allem Benzodiazepine konsumieren, wobei der Heroin-Beikonsum von 30 % als relativ hoch betrachtet werden kann.

Substituierte mit Kindern eine stabilere Teilgruppe

Vergleicht man Substituierte mit Kindern mit den kinderlosen Substituierten, so deutet sich bei Ersteren eine insgesamt etwas stabilere Lebenssituation an: Die substituierten Opiatabhängigen mit Kindern sind u. a. seltener körperlich oder psychisch schwer belastet, sie leben in deutlich besseren Wohnverhältnissen, z. B. verfügen 96 % über eigenen Wohnraum. Sie haben aktuell seltener Justizdruck. Der Beikonsum ist geringer. Ihre Motivation zur Konsumreduktion bzw. zur Abstinenz ist stärker ausgeprägt. Sie sind deutlich häufiger ins Arbeitsleben integriert. Sie leben sehr viel häufiger in festen Partnerschaften, und ihre Partner bzw. Partnerinnen haben seltener Suchtprobleme. Zudem haben sie mehr Cleankontakte und mehr engere Bezugspersonen, die sie unterstützen. Trotz dieser insgesamt besseren Ergebnisse im Vergleich zu den kinderlosen Substituierten darf der weiterhin bestehende erhebliche Betreuungs- und Unterstützungsbedarf nicht übersehen werden, wie er u. a. durch die Arbeitslosigkeit von zwei Dritteln und ebenso vielen mit Arbeitslosengeld II-Bezug, das häufige Zusammenleben mit ebenfalls suchtmittelabhängigen Partnern, schwere körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen oder akute gesundheitliche Probleme signalisiert wird.

Wenn es um eine evidenzbasierte Steuerung des Suchthilfesystems mit dem Ziel der Teilhabeverbesserung in Hamburg geht, dann zeigt der vorliegende Bericht eindrucksvoll die vielfältigen positiven Betreuungsergebnisse, aber auch den hohen Unterstützungsbedarf der suchtkranken Menschen auf.

Der BADO-Vorstand bedankt sich bei allen Beteiligten, die durch ihr Mitwirken die Umstellung auf die neue BADO und letztlich diesen 15. BADO-Bericht ermöglicht haben. Insbesondere bedanken wir uns bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Suchthilfeeinrichtungen, bei den Mitarbeitern des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), bei Dietmar Jungnickel von der sozialwissenschaftlichen Datenverarbeitung der Universität Hamburg sowie bei Dr. Günter Thiel, der den BADO-Fachvorstand wissenschaftlich beraten hat.

Fachvorstand des BADO e. V.

Frank Gödecke (Gemeindepsychiatrische Dienste Hamburg Nordost GmbH / Die Boje)
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)

Geschäftsführender Vorstand des BADO e. V.:

Monika Püschl (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz)
Christine Tügel (Jugendhilfe e. V.)

Inhaltsverzeichnis

1. Datengrundlage.....	1
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 2011.....	5
2. Alkohol.....	6
2.1 Betreuungen.....	6
2.2 Personen.....	8
2.3 Verlaufsdokumentation (Verlaudo).....	22
3. Opiate.....	31
3.1 Betreuungen.....	32
3.2 Verlaufsdokumentation (Verlaudo).....	34
3.3 Die Situation der Hamburger Substituierten.....	39
4. Cannabis.....	49
4.1 Betreuungen.....	49
4.2 Personen.....	51
4.3 Verlaufsdokumentation (Verlaudo).....	58
5. Glücksspiel.....	63
5.1 Datengrundlage: Personen, Hauptprobleme.....	63
5.2 Betreuungen.....	65
5.3 Gesundheit.....	66
5.4 Biografischer Hintergrund der Klientinnen und Klienten.....	66
5.5 Spielverhalten.....	68
6. Literaturverzeichnis.....	69
7. Tabellenanhang.....	71
Datengrundlage.....	71
Grunddaten der Alkohol- und Opiatklientel.....	72
Grunddaten der Cannabis- und Gesamtklientel.....	85

1. Datengrundlage

1.1 Die Basisdatendokumentation (BADO) in Hamburg

Mit dem vorliegenden Bericht werden zum mittlerweile fünfzehnten Mal die Klienten- und Betreuungsmerkmale der Hamburger ambulanten Suchthilfe ausgewertet und beschrieben. Als Erhebungsinstrument kam die im Jahr 2011 erstmals eingesetzte, revidierte Version der Basisdatendokumentation (BADO) zum Einsatz¹. Die BADO ist in dieser Fassung eine betreuungsbezogene Dokumentation, die sich durch den HIV-Code² auf unterschiedliche Personen beziehen lässt³. 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 2011 wurden fünf zertifizierte Dokumentationssysteme⁴ für die Datenerhebung verwendet.

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

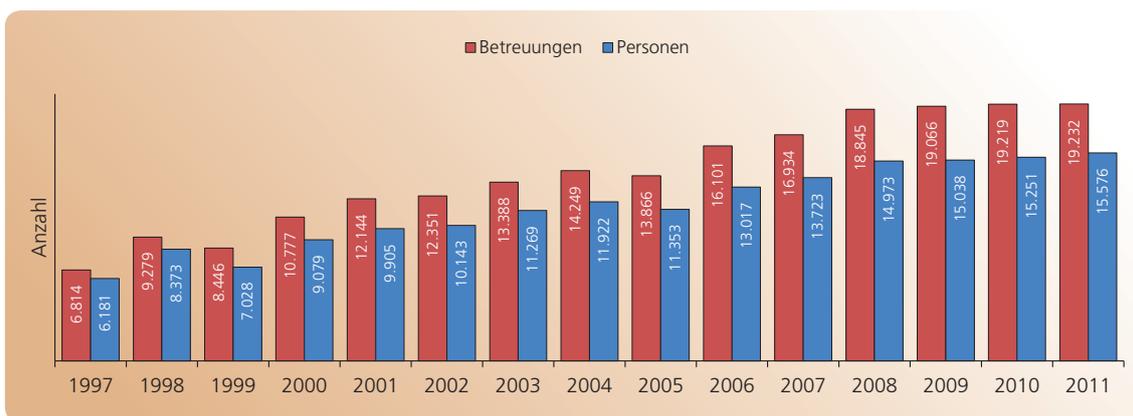
59 Einrichtungen bzw. Projekte beteiligten sich im Jahr 2011 an der BADO. Erstmals haben sich auch die neun Hamburger Suchthilfeeinrichtungen an der Basisdatendokumentation beteiligt, die stationäre und ganztagsambulante Hilfen anbieten und über Maßnahmen der Eingliederungshilfe finanziert werden. Die weiteren Einrichtungen verteilen sich im Einzelnen 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“, fünf Einrichtungen für „legale Drogen“, 13 suchtmittelübergreifende Einrichtungen und sieben Jugendsuchtberatungsstellen. Damit bildet sich das gesamte ambulante, zugewandungsgeförderte sowie über SGB XII finanzierte Hamburger Suchthilfesystem in der BADO ab.

19.232 Betreuungen für 15.576 unterschiedliche Personen wurden im Jahr 2011 in den Einrichtungen dokumentiert. Damit liegt die Anzahl an Betreuungen und an unterschiedlichen Personen auf dem Niveau des Vorjahres. Das Verhältnis von unterschiedlichen Personen zu in Anspruch genommenen Betreuungen liegt auch in etwa auf dem Vorjahresniveau bei 81 % (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 2011 nahmen Frauen 30 % der Betreuungen in Anspruch und haben 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 Die Hamburger BADO wurde seit ihrer Gründung im Jahre 1996 mittlerweile dreimal grundlegend überarbeitet (2001, 2005, 2011).
 - 2 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.
 - 3 Um die Wahrscheinlichkeit von Falschzuweisungen zu vermindern, die bei gleichen HIV-Codes für unterschiedliche Personen auftreten können, werden Zuweisungen von Betreuungen zu Personen anhand des HIV-Codes nur noch innerhalb von Hauptdrogengruppen vorgenommen.
 - 4 Die im Jahre 2011 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

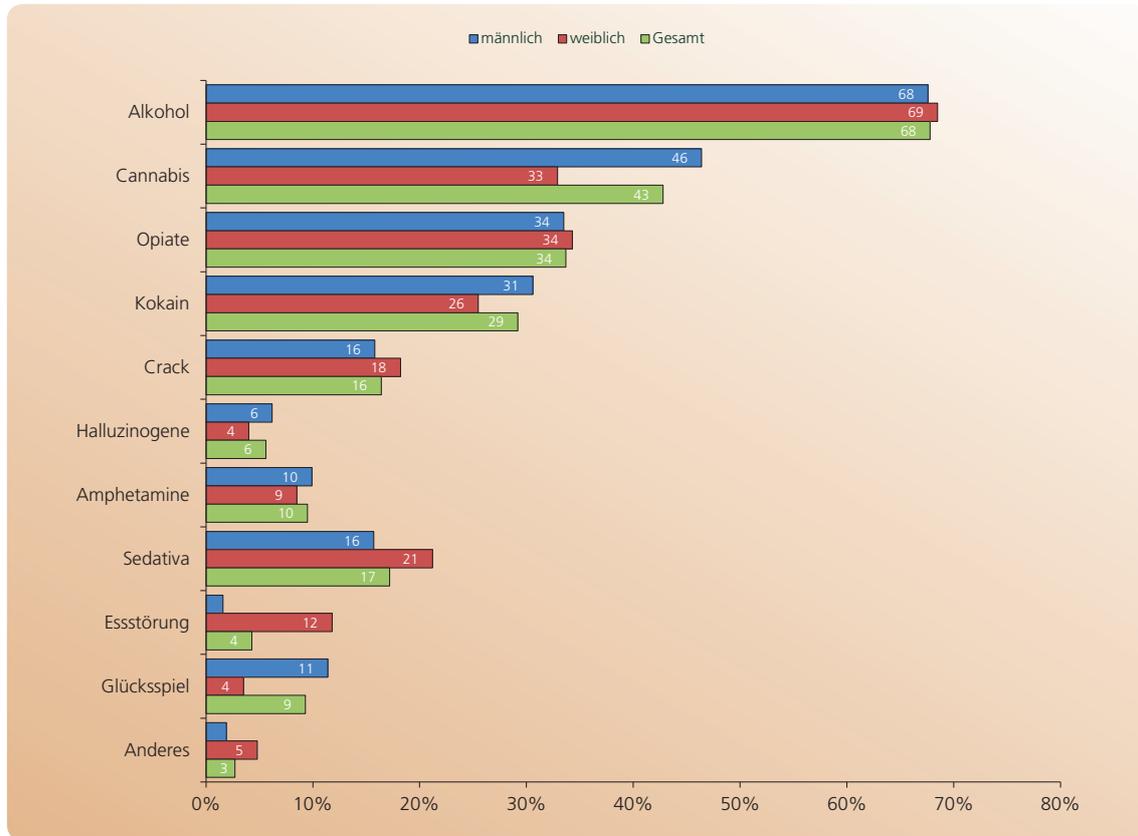


1.340 der insgesamt 19.232 Betreuungen wurden in 2011 von 1.299 unterschiedlichen Angehörigen und Menschen im sozialen Umfeld eines Konsumenten nachgefragt. Innerhalb dieser Gruppe liegt der Frauenanteil bei 76 %. Personen aus dem sozialen Umfeld sind zu 40 %, die Partnerin bzw. der Partner, 23 % sind Eltern und ein fast gleich großer Anteil Kinder eines Menschen mit einer Suchtproblematik. 60 % dieser Gruppe geben an wegen einer Alkoholproblematik des Menschen aus dem sozialen Umfeld eine Einrichtung aufgesucht zu haben, 28 % wegen einer Cannabisproblematik und 13 % aufgrund von Problemen mit Glücksspielen, PC-Spielen oder dem Internetgebrauch.

Die Frage nach der Hauptdroge wird in der BADO seit 2005 als Mehrfachantwort erhoben. Hierdurch sind die Suchtberaterinnen und Suchtberater 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 52,5 % der Klientinnen und Klienten mehr als eine Hauptdroge bzw. ein Hauptproblem festgehalten. Im Mittel werden pro Klientin und Klient 2,4 (± 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 34 % Opiate. Während opiatbedingte Probleme zwischen den Geschlechtern nahezu gleich verteilt sind, wird Cannabis deutlich häufiger bei Männern als Hauptdroge angegeben. Kokain ist mit 29 % die am vierthäufigsten genannte Droge unter den Klientinnen und Klienten (Abbildung 1.2).

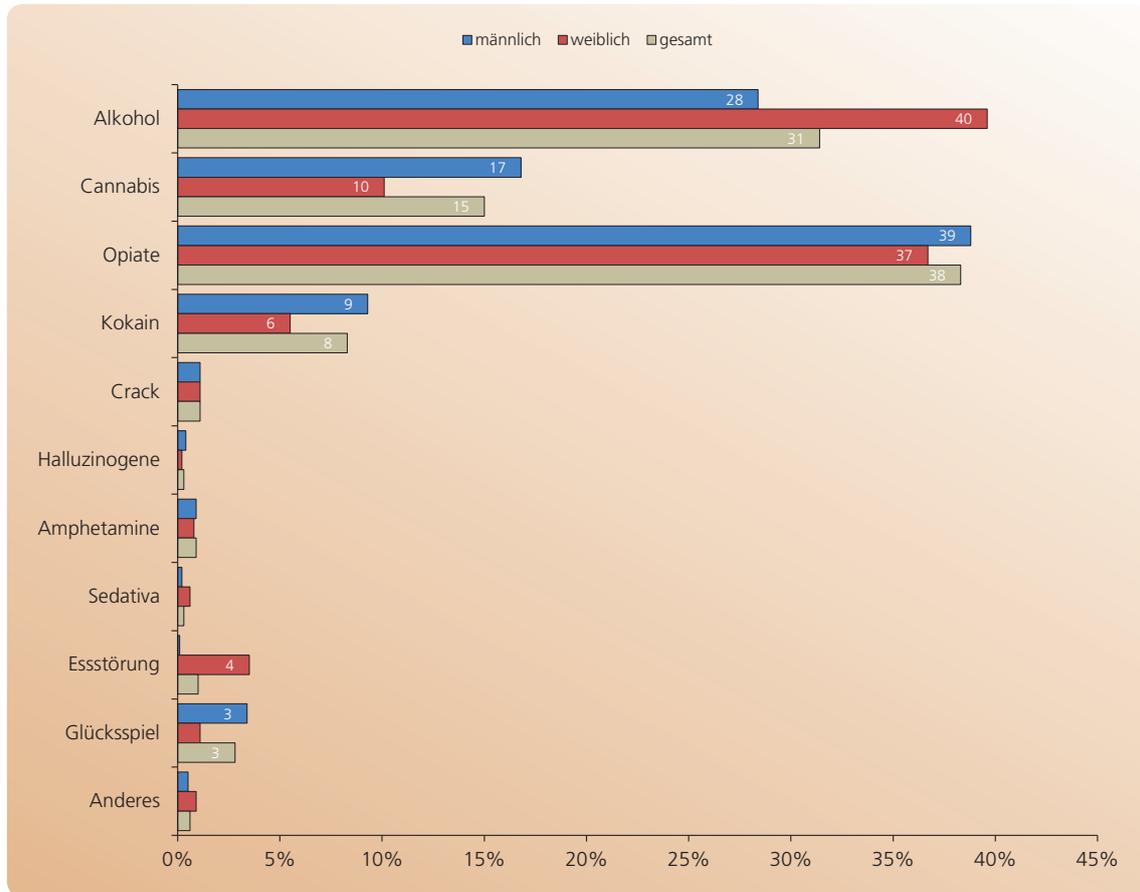
Abbildung 1.2:
Hauptprobleme der Klientinnen und Klienten in 2011 nach Geschlecht
(Mehrfachantworten)



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 Hauptsubstanzen 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 stark dominierend, zeigen sich die Opiatgruppe und die Alkoholgruppe mit 34 % als gleich stark besetzt. Die Opiatkonsumenten haben also einen großen Teil der Alkoholgruppe absorbiert (siehe weiter unten). Die drittgrößte Klientengruppe stellen nun die Cannabisklientinnen und -klienten dar. Vor der Hierarchisierung zeigte sich, dass 16 % der Hilfesuchende ein Crackproblem aufweisen. Dieser Anteil ist nun auf 1 % zusammengeschrumpft, obwohl Crack auf der zweiten Hierarchieebene, 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 2011 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 56 % dieser Gruppe ist auch Alkohol als Problemsubstanz angegeben, bei 60 % Cannabis, bei 60 % Kokain, bei 46 % Crack und 68 % aller Kokainklienten weisen auch ein Alkoholproblem auf und 63 % ein zusätzliches Problem mit Cannabis. Bei einem Großteil der Opiatabhängigen zeigt sich demnach eine polyvalente Problemlage. Von den 2.126 Klientinnen und Klienten der Cannabisgruppe wurde bei 47 % auch ein Alkoholproblem dokumentiert. Wenn diese Gruppe in Cannabisklienten mit Alkoholproblematik und Cannabisklienten ohne Alkoholproblematik aufgeteilt wird, wird schon 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 Lebensalter von 24 Jahren auf, mit Alkoholproblematik liegt das Alter bei 30 Jahren bei Betreuungsbeginn.

Tabelle 1.1:
Hauptdroge und Einzelsubstanzen der Klientinnen und Klienten in 2011 nach Geschlecht

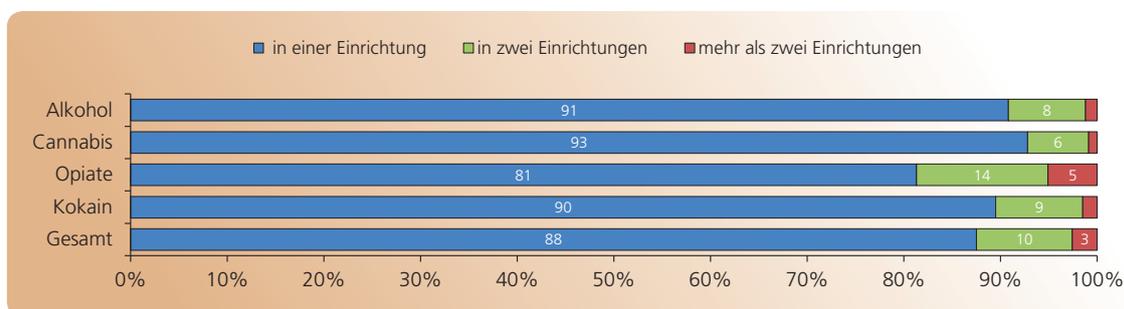
Einzelsubstanzen	Hauptdroge				
	Alkohol	Cannabis	Opiate	Kokain	Glücksspiel
Alkohol	N=4.735	47,3 %	56,1 %	68,3 %	0,0 %
Cannabis	0,0 %	N=2.126	59,9 %	63,4 %	0,0 %
Opiate	0,0 %	0,0 %	N=4.668	0,0 %	0,0 %
Kokain	0,0 %	0,0 %	59,50 %	N=1.206	0,0 %
Crack	0,0 %	0,0 %	46,2 %	0,0 %	0,0 %
Halluzinogene	0,0 %	0,0 %	12,8 %	9,6 %	0,0 %
Amphetamine	0,0 %	0,0 %	15,8 %	27,7 %	0,0 %
Sedativa	4,4 %	1,7 %	42,1 %	5,1 %	0,0 %
Essstörung	3,1 %	1,6 %	6,0 %	3,8 %	0,0 %
Glücksspiel	4,4 %	7,9 %	4,0 %	11,4 %	N=572
Anderes	2,2 %	1,3 %	2,6 %	1,7 %	1,7 %

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

1.3 Mehrfachbetreuungen in 2011

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 der überwiegende Teil der Klientinnen und Klienten (87,5 %) innerhalb des Berichtsjahres nicht mehr als eine Einrichtung aufsucht. Nach Hauptgruppen differenziert betrachtet zeigt sich, dass eher Klientinnen und Klienten der Hauptgruppe Opiate in mehreren Einrichtungen betreut werden.

Abbildung 1.4:
Mehrfachbetreuungen der Klienten in 2011 in unterschiedlichen Einrichtungen, differenziert nach Hauptgruppen



2. Alkohol

Personen mit Alkoholproblemen bilden die größte Gruppe der im Hamburger ambulanten Suchhilfesystem betreuten Klientinnen und Klienten. Die nachfolgenden Ausführungen zu dieser Klientel sind in drei Abschnitte untergliedert. Begonnen wird mit einer Darstellung von betreuungsbezogenen Inhalten, z. B. die Art der in Anspruch genommenen Hilfen und deren Dauer, die Beendigungsform oder die Vermittlung in andere Maßnahmen nach Beendigung der Betreuung. Im zweiten Abschnitt werden personenbezogene Charakteristika der Klientinnen und Klienten beschrieben. Hier finden sich Darlegungen zur Soziodemografie, zur Biografie und zum gesundheitlichen Status der betreuten Personen mit Alkoholproblemen. Zum Abschluss dieses Kapitels werden für ausgewählte Items die Entwicklungen im Betreuungsverlauf personenbezogen nachgezeichnet.

2.1 Betreuungen

Im Jahre 2011 sind insgesamt 4.735 Personen (Frauen: 1.488, Männer: 3.240)¹ aufgrund eines Alkoholproblems in 49 Einrichtungen bzw. Projekten der Hamburger Suchthilfe betreut worden. Diese Klientinnen und Klienten erhielten insgesamt 5.720 Betreuungen (Frauen: 1.780, Männer: 3.933).

Etwas weniger als zwei Drittel dieser Betreuungen erfolgten in Suchtberatungsstellen des Einrichtungstyps „suchtmittelübergreifend“ (61 %); weitere 23 % in Einrichtungen des Typs „legale Drogen“. Jeweils 6 % aller Betreuungen wurden in Einrichtungen des Typs „illegale Drogen“ und der Eingliederungshilfe durchgeführt. Andere Einrichtungstypen spielen bei der Versorgung von Personen mit Alkoholproblemen erwartungsgemäß nur eine untergeordnete Rolle.

Die weit überwiegende Mehrzahl der Betreuungen (87 %) wird in Form einer ambulanten Beratung bzw. Betreuung durchgeführt. Eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme ist bei jeder elften Betreuung (9 %) dokumentiert worden; bei den weiblichen Klienten mit einem Anteil von 11 % etwas häufiger als bei den männlichen (8 %). Niedrigschwellige Hilfen werden hingegen von der letztgenannten Klientengruppe etwas häufiger nachgefragt (6 %; Frauen: 4 %). Jede zwanzigste Betreuung erfolgt im Rahmen einer ambulanten medizinischen Behandlung. Die Anteile von Männern und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich nicht voneinander. Ebenfalls 5 % der Betreuungen umfassen Maßnahmen einer stationären Eingliederungshilfe (Männer: 6 %; Frauen: 4 %). Alle anderen Betreuungstypen spielen im Hamburger Suchhilfesystem – bezogen auf deren Anteile – nur eine geringe Rolle.

Neben der Betreuung in der dokumentierenden Einrichtung finden für etwas mehr als der Hälfte aller Betreuungen (57 %) noch zusätzlich ergänzende Betreuungen in anderen Teilen der Suchthilfe statt. So suchen beispielsweise 14 % der männlichen und 17 % der weiblichen Klienten Selbsthilfegruppen auf (Gesamt: 15 %). Für weitere 11 % ist als ergänzende Betreuung eine Entgiftung bzw. ein Entzug dokumentiert (Männer: 12 %; Frauen: 9 %). Jede zehnte Betreuung wird von einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung begleitet (Männer: 7 %; Frauen: 16 %).

Die Klientinnen und Klienten finden auf sehr verschiedene Art und Weise Zugang zum ambulanten Hilfesystem. Etwas mehr als ein Viertel der Betreuungen ist auf Eigeninitiative der Klientinnen und Klienten begonnen worden (27 %). Die diesbezüglichen Anteile der Männer und Frauen unterscheiden sich nicht voneinander. Jeder sechsten Betreuung ging eine Vermittlung durch eine andere Einrichtung der Suchthilfe voraus (17 %) und zu 14 % ist im Rahmen einer medizinischen Versorgung empfohlen worden, eine ambulante Suchtberatungsstelle aufzusuchen (Männer: 12,5 %; Frauen: 16 %). Bei 8 % aller begonnenen Betreuungen erfolgte die Kontaktabahnung durch die Familie, Freunde oder den Lebenspartner bzw. -partnerin. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich in der Vermittlung durch die Justiz bzw. die JVA. So wurde für 8 % der Betreuungen von männlichen Klienten aber lediglich bei 1 % der Betreuungen der weiblichen Klientel eine solche Form der Vermittlung in die Betreuung dokumentiert. Auch hinsichtlich der Kontaktempfehlung durch die Jobcenter zeigt sich ein Unterschied in den Anteilen von Männern und Frauen (7 % resp. 4 %; Gesamt: 6 %).

¹ Bei 7 Personen/Betreuungen fehlte die Angabe zum Geschlecht.

18 % der Betreuungen von Personen mit Alkoholproblemen waren mit einer Auflage verbunden (Männer 21,5 %; Frauen 12 %). Jeweils 5 % dieser Auflagen wurden durch Jobcenter (Männer: 7 %; Frauen: 2,5 %) und die Justiz (Männer: 6,5 %; Frauen: 1 %) erteilt. Weitere 3 % aller durchgeführten Betreuungen beinhalteten eine Auflage des Arbeitgebers (Männer: 4 %; Frauen: 2 %).

Mehr als der Hälfte aller Betreuungen des Jahres 2011 ging eine suchtspezifische Maßnahme in den 60 Tagen vor Betreuungsbeginn voraus (57 %). Bei den Betreuungen der weiblichen Klienten trifft dies mit einem Anteil von 61 % bemerkenswert häufiger zu, als bei denen der männlichen Klienten (55 %). Am häufigsten wurden in diesem Zusammenhang die Entzugsbehandlungen (30 %), die stationäre Rehabilitation (10 %) und die ambulante Betreuung und Beratung (6 %) genannt. Geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich hier kaum.

Von den im Jahre 2011 insgesamt durchgeführten 5.720 Betreuungen sind 3.907 im laufenden Berichtsjahr auch abgeschlossen worden. Im Mittel nahmen diese Betreuungen 109,6 Tage in Anspruch. Die Betreuungsdauer der Frauen liegt mit 118,2 Tagen höher als die der betreuten Männer (105,8 Tage).

Aus Abbildung 2.1 wird deutlich, dass mehr als die Hälfte der durchgeführten ambulanten Betreuungen nur von kurzer Dauer sind (bis zu 8 Wochen: 56 %). Weitere 28 % haben einen zeitlichen Umfang von zwei bis sechs Monaten und 17 % dauern länger als ein halbes Jahr. Nennenswerte geschlechtsspezifische Unterschiede sind nicht zu erkennen.

Abbildung 2.1:
Betreuungsdauer der im Jahre 2011 abgeschlossenen Betreuungen nach Geschlecht

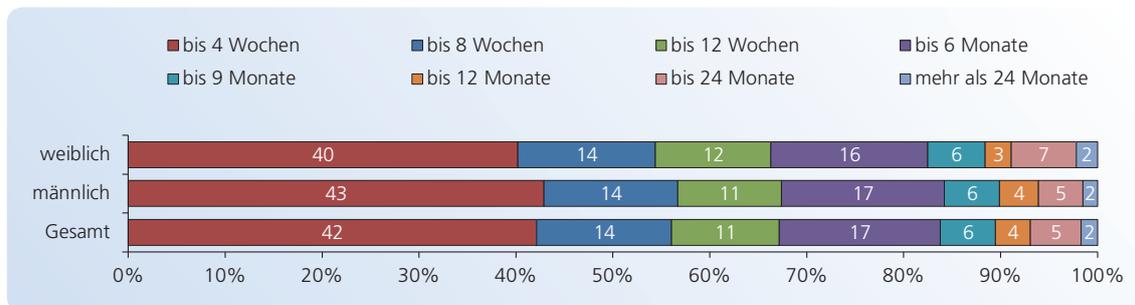
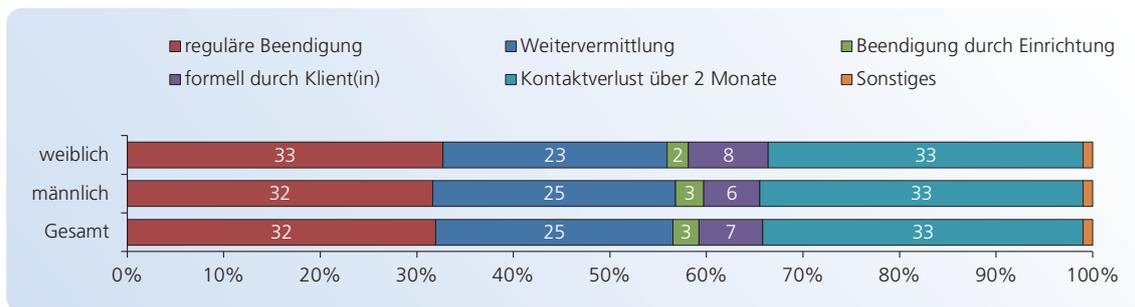


Abbildung 2.2 lässt sich entnehmen, dass etwas mehr als die Hälfte aller im Jahre 2011 abgeschlossenen Betreuungen regulär oder in Form einer Weitervermittlung in andere suchtspezifische Hilfe beendet wurden (57 %). Die Weitervermittlung ist bei den männlichen Klienten etwas häufiger zur Anwendung gekommen (25 %) als bei den weiblichen Klienten (23 %). Hingegen wird die informelle Beendigung einer Betreuung durch die Klientinnen und Klienten – gekennzeichnet durch einen mehr als zwei Monate andauernden Kontaktverlust – zu gleichen Anteilen von den männlichen und weiblichen Alkohol Klienten praktiziert (33 %).

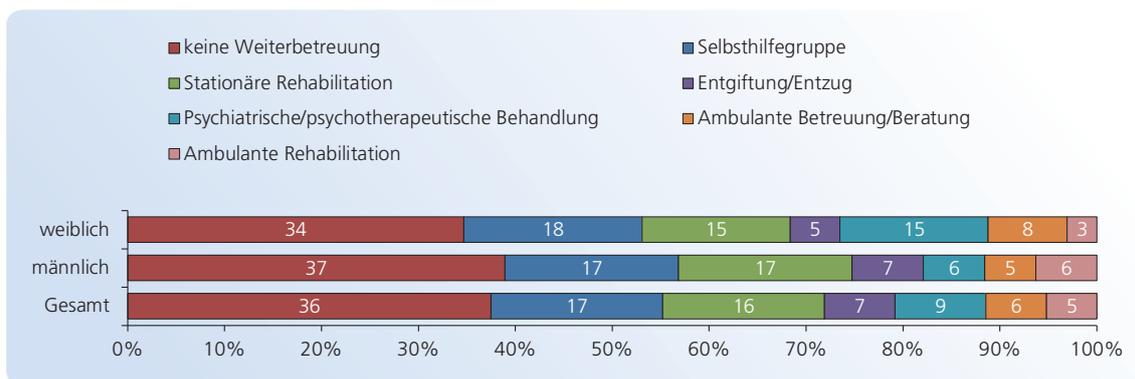
Eine formelle Beendigung auf Wunsch des Klienten bzw. der Klientin ist für 7 % aller abgeschlossenen Betreuungen dokumentiert worden und 3 % werden durch die Suchtberatungsstelle selbst beendet.

Abbildung 2.2:
Art der Beendigung der im Jahre 2011 abgeschlossenen Behandlungen, differenziert nach Geschlecht



Die Beendigung einer Betreuung bedeutet nicht zwangsläufig, dass kein weiterer Hilfebedarf mehr besteht. Vielmehr wird die Mehrzahl der beendeten Betreuungen (64 %) in anderen Einrichtungen oder Maßnahmen des Suchthilfesystems fortgeführt (siehe Abbildung 2.3). Als besonders bedeutsam sind in diesem Zusammenhang die Selbsthilfegruppen zu nennen, denen sich 18 % der weiblichen und 17 % der männlichen Klienten nach Abschluss der Betreuung in der Suchtberatungsstelle anschließen. Ähnlich hoch ist der Anteil der Klientinnen und Klienten, die sich in eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme begeben (16 %). 9 % aller Klientinnen und Klienten nehmen im Anschluss an die laufende Betreuung eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch. Frauen mit einem Anteil von 15 % bemerkenswert häufiger als Männer (6 %). Jeweils jede bzw. jeder Zwanzigste begibt sich in eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme bzw. beginnt eine weitere ambulante Betreuung. Weiterbetreuungen in Form einer Entzugsbehandlung sind für etwa jede vierzehnte aller beendeten Betreuungen benannt worden. Bei diesem auf den ersten Blick gering erscheinenden Anteil ist jedoch zu berücksichtigen, dass 30 % der Klientinnen und Klienten vor Beginn der aktuellen Betreuung bereits eine Entzugsbehandlung in Anspruch genommen haben und weitere 11 % sich aktuell ergänzend zur laufenden Betreuung in einer solchen Maßnahme befinden.

Abbildung 2.3:
Weiterbetreuungen der in 2011 abgeschlossenen Betreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen nach Geschlecht (Mehrfachantworten möglich)

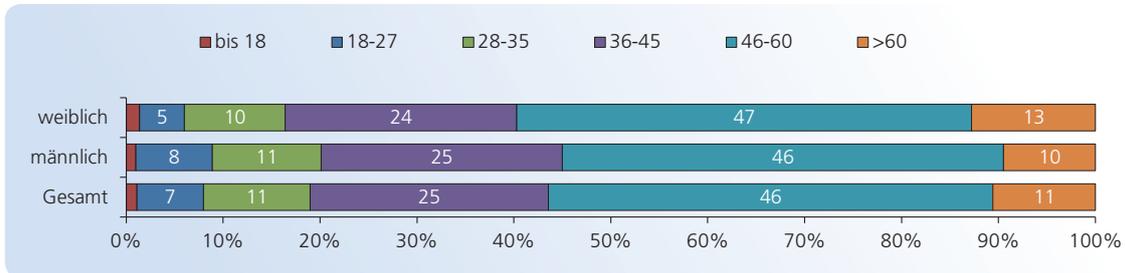


2.2 Personen

In den Einrichtungen des ambulanten Hamburger Suchtkrankenhilfesystems sind im Jahre 2011 insgesamt 4.735 unterschiedliche Personen wegen einer alkoholbezogenen Störung betreut worden. Zwei Drittel von ihnen sind männlichen Geschlechts (69 %). Das Durchschnittsalter dieser Klientel liegt bei 46,0 Jahren. Die Frauen sind mit 47,1 Jahren im Mittel etwas älter als die Männer (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.

Abbildung 2.4:
Alter der Klientinnen und Klienten in 2011 nach Geschlecht

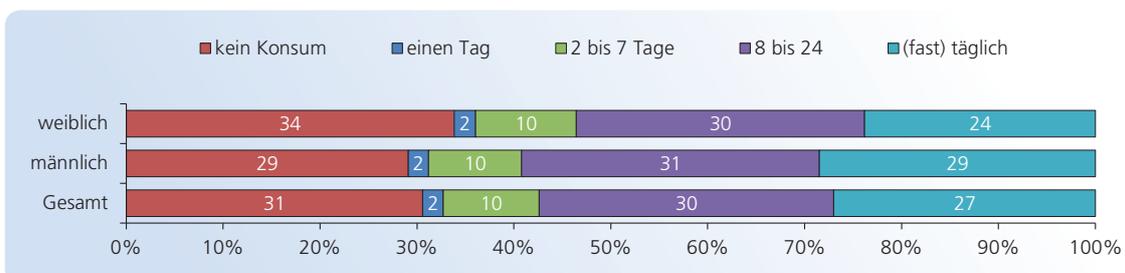


Mehr als vier Fünftel aller Klientinnen und Klienten geben an, bereits vor Beginn der aktuellen Betreuung Kontakt zum Suchthilfesystem aufgenommen zu haben (81,5 %). Im Mittel liegt das erstmalige Aufsuchen einer Suchthilfeeinrichtung 6,9 Jahre zurück (Männer: 7,0 Jahre, Frauen: 6,6 Jahre). Während dieses Zeitraumes begaben sich die Klientinnen und Klienten insbesondere in stationäre Entzugsbehandlungen (60,5 %) und/oder stationäre Rehabilitationen (38 %). Die ambulanten Formen dieser Therapieangebote spielten nur für 10,5 % (ambulanter Entzug) bzw. 14,5 % (ambulante Rehabilitation) des hier betrachteten Personenkreises eine Rolle. Etwas mehr als ein Viertel der Alkoholklientel hatte sich in den zurückliegenden Jahren bereits einer Selbsthilfegruppe angeschlossen (28 %).

Konsumverhalten

Die oben berichteten hohen Anteile der Klientinnen und Klienten, welche aus anderen suchtspezifischen Einrichtungen in die aktuelle Betreuung vermittelt wurden, finden ihren Widerhall in den Angaben zur Konsumhäufigkeit in den letzten 30 Tagen vor Beginn der Betreuung (siehe Abbildung 2.5). Nahezu jede dritte Person, die sich wegen eines Alkoholproblems an eine Suchtberatungsstelle wendete, war abstinent (31 %); Frauen mit einem Anteil von 34 % häufiger als Männer (29 %). Hieran wird deutlich, dass Menschen mit Alkoholproblemen auch während der Abstinenzphase einer intensiven professionellen (Lebens-)Begleitung bedürfen. Weitere 12 % aller Klientinnen und Klienten konsumierten an lediglich ein bis sieben Tagen im Monat Alkohol. Von einem Konsum zwischen acht und 24 Tagen berichteten 30 %. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind mit Blick auf diese beiden letztgenannten Kategorien der Konsumhäufigkeit nicht zu erkennen. Etwas mehr als ein Viertel der Alkoholklientel nahm in dem Monat vor Beginn der Betreuung (fast) täglich alkoholische Getränke zu sich. Die männlichen Klienten zeigen mit einem Anteil von 28,5 % häufiger ein solch intensives Trinkverhalten als die weiblichen (24 %).

Abbildung 2.5:
Konsumhäufigkeit der Klientinnen und Klienten innerhalb der letzten 30 Tage vor Betreuungsbeginn in 2011 nach Geschlecht



Neben der Häufigkeit des Alkoholkonsums ist auch die Trinkmenge eine relevante Größe, um das Konsumverhalten der Klientinnen und Klienten zu beschreiben. Abbildung 2.6 zeigt hierzu die Trinkmenge reinen Alkohols an Tagen mit Konsum. Bei rund 70 % der Alkohol Klientel mit einem Konsum zu Betreuungsbeginn liegt die eingenommene Menge reinen Alkohols bei über 120g. Bei einem Fünftel der Alkohol Klientel wurde eine Menge von über 300 Gramm dokumentiert. Erwartungsgemäß zeigt sich, dass die Trinkmenge der Frauen unterhalb der der Männer liegt. Da jedoch die gleiche Alkoholmenge bei Frauen zu einem höherem Blutalkoholspiegel führt und damit das gesundheitliche Risiko steigt, darf ein geringere Trinkmenge bei Frauen nicht mit einem weniger schädlichen Konsumverhalten gleichgestellt werden.

Abbildung 2.6:
Konsummenge der Klientinnen und Klienten an Trinktagen vor Betreuungsbeginn in 2011 nach Geschlecht

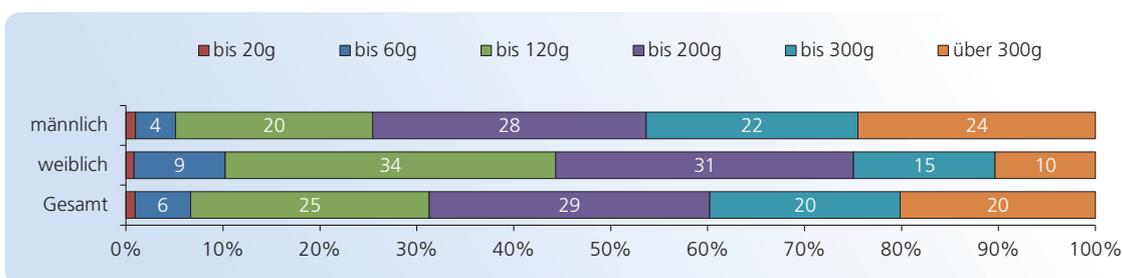
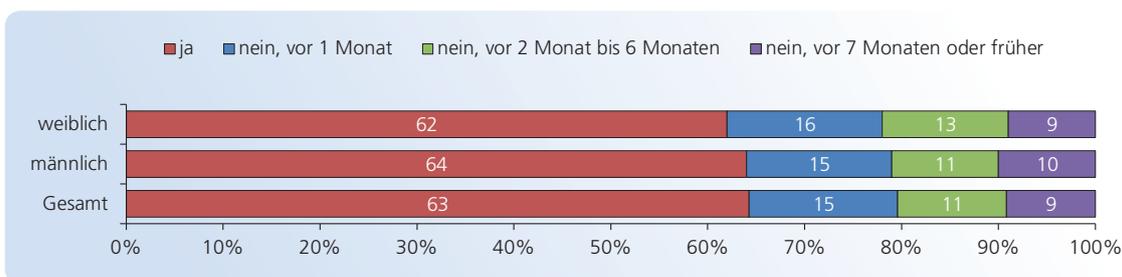


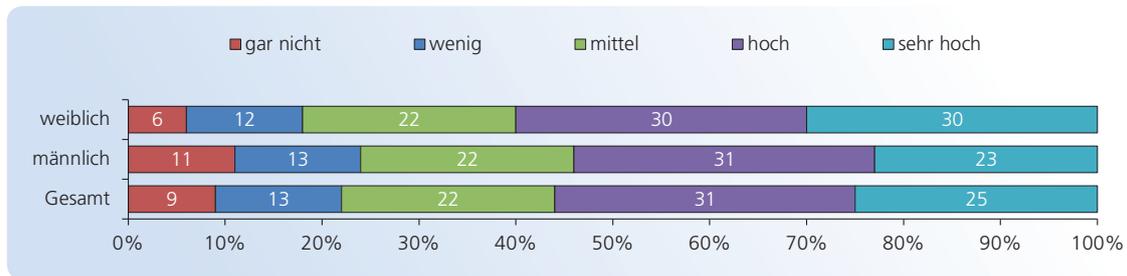
Abbildung 2.7 zeigt auf, dass die Angaben zum Konsum unmittelbar vor Beginn einer Betreuung nicht bei allen Klientinnen und Klienten einen Rückschluss auf deren typisches Konsummuster gestatten. So geben 15 % der betreuten Personen mit Alkoholproblemen an, dass der letzte für sie typische Konsum in der fünften bis achten Woche vor Betreuungsbeginn lag. Für jede/n fünfte/n Klient(in)en wurde dokumentiert, dass das für diesen Personenkreis eigentlich gängige Konsumverhalten schon seit zwei Monaten oder länger nicht mehr praktiziert wird. Die Angaben von den weiblichen und männlichen Klienten unterscheiden sich diesbezüglich kaum voneinander.

Abbildung 2.7:
Waren die letzten 30 Tage vor Betreuungsbeginn eine typische Konsumphase der Klientinnen und Klienten des Jahres 2011 nach Geschlecht



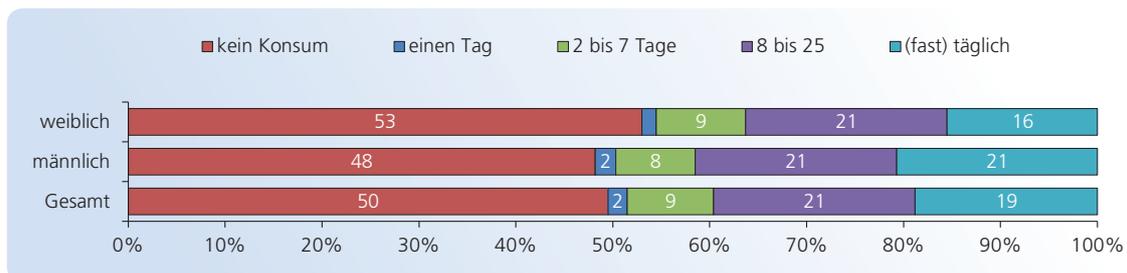
Eine mögliche Einflussgröße auf den Erfolg einer Suchtbehandlung ist die Motivation der Betroffenen den Substanzkonsum einzuschränken oder ganz einzustellen. Abbildung 2.8 lässt sich entnehmen, dass die Motivation zur Konsumreduktion bzw. zur Abstinenz variiert. So berichten 22 % von einer mittleren, 13 % von einer geringen und 9 % von einer gänzlich fehlenden Motivation, den Alkoholkonsum zu beenden. Frauen zeigen insgesamt eine höhere Motivation zur Abstinenz. So liegen die Anteile einer sehr hohen Motivation mit 30 % sieben Prozentpunkte über denen der Männer.

Abbildung 2.8:
Motivation zur Beendigung des Alkoholkonsums zu Betreuungsbeginn der Klientinnen und Klienten in 2011 nach Geschlecht



Wird die Konsumhäufigkeit dreißig Tage vor Beendigung der Betreuung bzw. bei laufenden Betreuungen im Monat Dezember 2011 betrachtet, so zeigt sich, dass genau die Hälfte der Alkohol Klientel zu diesem Zeitpunkt abstinent lebt (siehe Abbildung 2.9). Frauen gelingt es etwas häufiger dem Alkoholkonsum gänzlich zu entsagen (53 %) als Männern (48 %). Jeweils ein Fünftel der Gesamtklientel konsumiert entweder zwischen acht und 25 Tagen oder sogar (fast) täglich. Das letztgenannte intensive Konsumverhalten wird von männlichen Alkohol Klienten häufiger praktiziert als von den betreuten Personen weiblichen Geschlechts. Der gelegentliche Konsum (zwischen zwei und sieben Tagen) stellt – unabhängig vom Geschlecht – die Ausnahme dar².

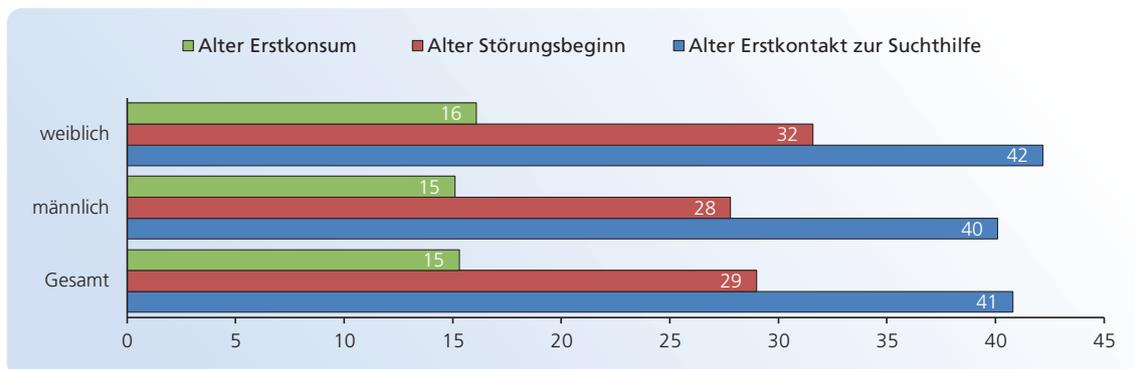
Abbildung 2.9:
Aktuelle Konsumhäufigkeit innerhalb der letzten 30 Tage der Klientinnen und Klienten des Jahres 2011 nach Geschlecht



Die im Hamburger ambulanten Suchthilfesystem betreuten Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen geben an, mit durchschnittlich 15,4 Jahren das erste Mal Alkohol getrunken zu haben; Männer mit 15,1 Jahren exakt ein Jahr früher als Frauen (siehe Abbildung 2.10). Anders als bei Nikotin und den Opiaten vollzieht sich die Ausbildung substanzbezogener Störungen bzgl. des Alkohols innerhalb eines über viele Jahre andauernden Zeitraums. Die Klientinnen und Klienten berichten, dass sie mit durchschnittlich 29,0 Jahren erstmals alkoholbedingte Störungen registrierten, d. h. etwa 14 Jahre nach dem erstmaligen Konsum von Alkohol. Bei den männlichen Klienten vollzog sich diese Entwicklung mit 12,7 Jahren schneller als bei den weiblichen, welche im Mittel nach 15,5 Jahren des Alkoholkonsums entsprechende negative Folgen ihres Trinkverhaltens wahrnahmen. Vom Registrieren der ersten Störungen bis zum Aufsuchen suchtspezifischer Hilfe vergehen bezogen auf die Gesamtgruppe dann nochmals durchschnittlich 11,8 Jahre. Die betreuten Männer benötigen für diesen Schritt mit durchschnittlich 12,3 Jahren nahezu zwei Jahre länger als die Frauen (10,6 Jahre).

² Ein Vergleich mit den oben berichteten Anteilen zur Konsumhäufigkeit bei Betreuungsbeginn ist nur bedingt zulässig, da die aktuellen Angaben auch laufende, erst im letzten Quartal des Jahres 2011 begonnene – und somit sehr kurze – Betreuungen enthalten. Im späteren Verlaufsabschnitt werden jeweils nur die Angaben zur Konsumhäufigkeit (Betreuungsbeginn vs. -ende) der beendeten Betreuungen miteinander verglichen.

Abbildung 2.10:
Alter des Erstkonsums, Alter des Störungsbeginns und Alter des Erstkontakts zur Suchthilfe der Klientinnen und Klienten in 2011

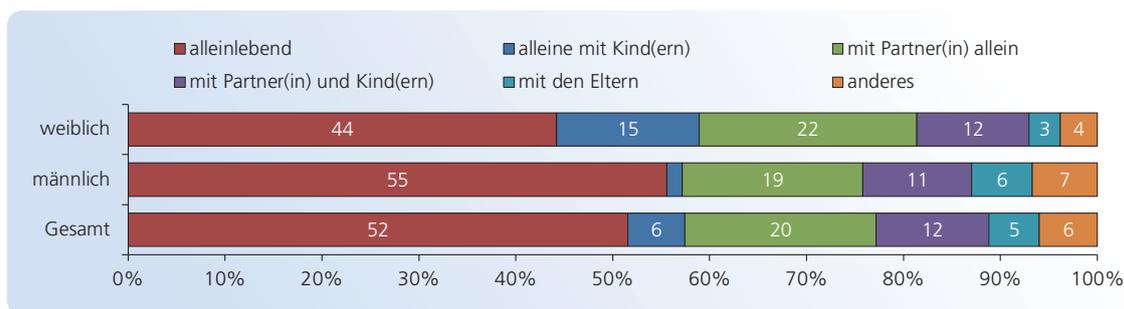


Ein über das Alkoholproblem hinausgehendes problematisches Konsumverhalten ist nur für wenige Klientinnen und Klienten dokumentiert worden. So weisen 4,4 % ein Medikamentenproblem auf und weitere 3 % haben Essstörungen. Von einem problematischem Glücksspielverhalten sind zusätzlich 4 % betroffen.

Soziale Beziehungen und Lebenssituationen

Alkoholprobleme stellen nicht nur für die Beteiligten selbst, sondern auch für deren soziales Umfeld eine erhebliche Belastung des Lebensalltags dar. Beziehungsabbrüche und soziale Isolation sind oftmals die Folge. Die Auswertungen der Hamburger Basisdatendokumentation spiegeln dies eindrucksvoll wieder. 52 % der Alkoholclientinnen und -klienten sind aktuell alleinlebend (siehe Abbildung 2.11). Im Vergleich zur Hamburger Normalbevölkerung (28 %)³ liegt dieser Anteil somit nahezu doppelt so hoch. Hinzu kommen weitere 6 % der Klientinnen und Klienten die mit den eigenen Kindern aber ohne Partnerin bzw. Partner zusammenleben. Für Frauen wurde eine solche Lebenssituation mit einem Anteil von 15 % deutlich häufiger dokumentiert als für Männer (2 %). Etwas mehr als ein Fünftel der Alkoholklientel lebt aktuell ausschließlich mit einem Partner zusammen. Hinzu kommen weitere 11 % die sowohl mit einem Lebenspartner als auch mit Kindern den Lebensalltag gestalten. Die diesbezüglichen Anteile der Frauen liegen mit 22 % resp. 12 % jeweils etwas über dem der Männer (19 % resp. 11 %). Hingegen wohnt die letztgenannte Klientengruppe häufiger noch bei den Eltern (6 %; Frauen: 3 %).

Abbildung 2.11:
Lebenssituation der Klientinnen und Klienten in 2011 nach Geschlecht (ohne Inhaftierte)



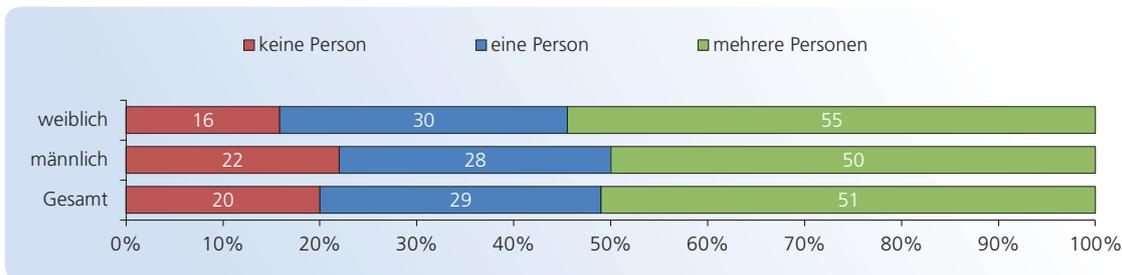
Die mit den Alkoholproblemen einhergehenden partnerschaftlichen Probleme spiegeln sich eindrücklich in den Angaben zum aktuellen Familienstand der Klientinnen und Klienten wider. Nahezu ein Viertel der Klientel gibt an, geschieden zu sein; Frauen mit 27 % etwas häufiger als die männlichen Klienten (21 %).

3 Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein:
http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standdocuments/SI12_094.pdf

Im Vergleich zur Hamburger Normalbevölkerung, die einen Anteil an Geschiedenen von 8 % (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2010) aufweist, zeigt sich somit eine nahezu dreifach höhere Scheidungsrate. Auch die hohen Anteile der Ledigen unter der Alkoholklientel (Männer: 50 %; Frauen: 37 %) machen deutlich, wie schwer es Menschen mit bestehenden Alkoholproblemen fällt, gefestigte Partnerschaften einzugehen. 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 einer Partnerin oder einem Partner zusammenleben, diese Person jedoch selbst ein Suchtproblem aufweist. Insbesondere die Frauen sind davon überdurchschnittlich häufig betroffen (37 %; Männer 17 %).

Personen mit einem langjährigen Alkoholproblem sind aufgrund ihres Substanzkonsums, ihrer oftmals schlechten gesundheitlichen Verfassung und ihrer prekären sozioökonomischen Situation einem erhöhten Risiko ausgesetzt in Notsituationen zu geraten. Sich in solchen Fällen an Angehörige, Freunde oder Bekannte wenden zu können, welche verlässlich Hilfe anbieten – sei es ideell oder materiell – ist für diese Klientel daher von besonderer Bedeutung. Abbildung 2.12 zeigt auf, dass die Hälfte der Alkohol-klientinnen und -klienten im Notfall auf mehrere solcher Personen zurückgreifen kann. Die Anteile der Frauen liegen mit 55 % diesbezüglich etwas höher als die der männlichen Klienten (50 %). Hinzu kommen weitere 29 %, welche sich im Notfall zumindest an eine Person wenden können (Männer: 28 %; Frauen: 30 %). 20 % der Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen sind jedoch sozial bereits so isoliert, dass selbst in akut problematischen Lebenssituationen nicht die Möglichkeit besteht, Angehörige oder Freunde um verlässliche Hilfe zu bitten. Männer sind hiervon mit 22 % häufiger betroffen als Frauen.

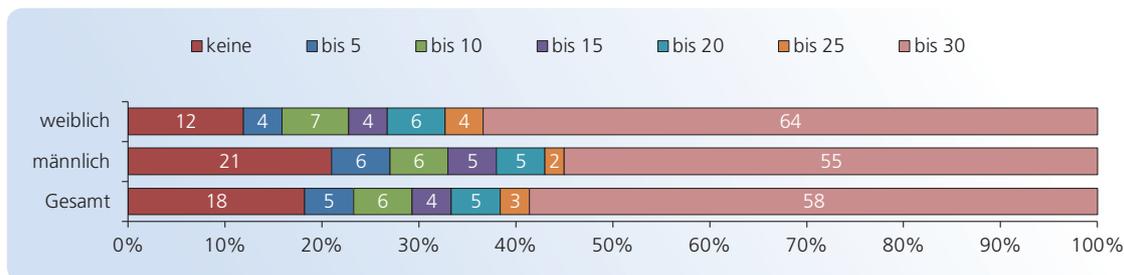
Abbildung 2.12:
Angehörige oder Freunde der Klientinnen und Klienten in 2011 von denen verlässliche Hilfe erwartet werden kann nach Geschlecht



Neben der Eigenmotivation der Klientel und der Bereitstellung passender Therapie- bzw. Beratungsangebote kann auch dem sozialen Umfeld der Klientinnen und Klienten eine wichtige Rolle für den weiteren Verlauf der Suchtproblematik zugeschrieben werden.

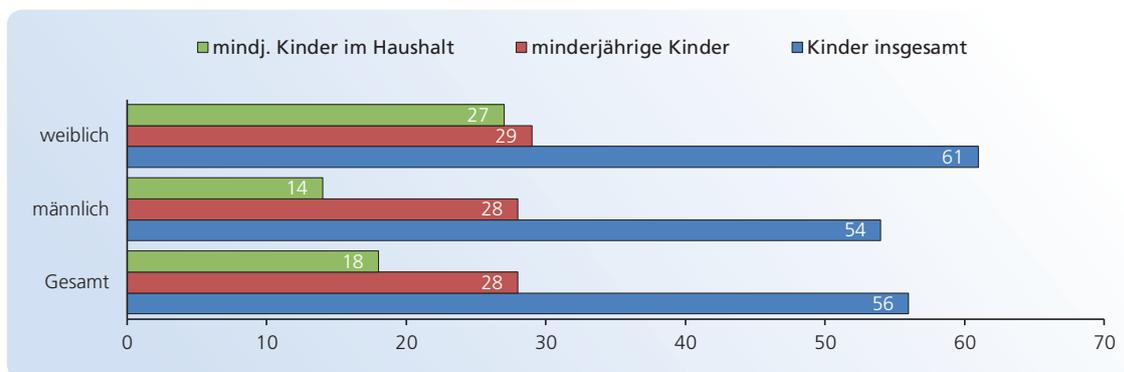
Abbildung 2.13 zeigt auf, dass nahezu sechs von zehn Klientinnen und Klienten (fast) täglich sogenannten Clean-Kontakte vorweisen können. Der Anteil der Frauen liegt mit 64 % neun Prozentpunkte über dem der Männer. Von entsprechenden Kontakten an elf bis 25 Tagen berichten 12 % der gesamten Alkoholklientel und weitere 11 % sehen ein- bis zehnmal pro Monat Personen ohne substanzbezogene Probleme. Etwa jeder fünfte männliche Klient hat hingegen keinerlei Umgang mit einem „cleanen“ Personenkreis. Bei den Frauen ist dieser Anteil mit 12 % deutlich geringer. Man kann erwarten, dass es der Mehrzahl dieser letztgenannten Klientinnen und Klienten sehr schwer fallen wird, ihr Suchtproblem erfolgreich anzugehen.

Abbildung 2.13:
Tage mit Clean-Kontakten in den letzten 30 Tagen der Klientinnen und Klienten in 2011 nach Geschlecht



Es ist davon auszugehen dass vor allem Kinder unter der Alkoholabhängigkeit ihrer Eltern in ganz besonderem Maße leiden. Dass von den alkoholbedingten Problemen der hier betrachteten Klientel eine nicht unbeträchtliche Zahl von Heranwachsenden mitbetroffen ist, lässt sich Abbildung 2.14 entnehmen. So geben 61 % der Frauen und 54 % der männlichen Klienten an, eigene Kinder zu haben. Aufgrund des hohen Durchschnittsalters der Klientinnen und Klienten (46 Jahre) ist der Anteil derer, die Kinder im minderjährigen Alter haben, jedoch nur etwa halb so groß. Die Anteile von Männern und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich kaum. Bemerkenswerte geschlechtsspezifische Differenzen zeigen sich hingegen bzgl. der Anteile von Klientinnen und Klienten, welche minderjährige Kinder im eigenen Haushalt zu versorgen haben. Während 27 % der Frauen hiervon berichten, ist es bei den Männern gerade einmal ein halb so hoher Anteil⁴. Überwiegend wird nur ein einziges minderjähriges Kind zu Hause betreut (Frauen: 67 %; Männer: 57 %).

Abbildung 2.14:
Klientinnen und Klienten des Jahres 2011 mit Kindern, minderjährigen Kindern sowie minderjährigen Kindern im eigenen Haushalt nach Geschlecht



Wie sich der oberen Grafik bereits entnehmen lässt, leben viele minderjährige Kinder von männlichen Klienten nicht in deren Haushalten. Überwiegend befinden sich diese Minderjährigen in der Obhut der Mutter (83 %). Weitere 8 % leben bereits in einem eigenen Haushalt. Differenzierter stellt sich die Situation der Mütter dar, deren minderjährige Kinder auswärts versorgt werden. Drei von zehn geben an, dass diese bei dem Vater leben. Weitere 20 % berichten, dass diese unter 18-Jährigen bereits selbstständig in einer eigenen Wohnung bzw. in einer Wohngemeinschaft leben. Darüber hinaus sind bei 17 % der Mütter die Kinder entweder in Pflegefamilien oder in öffentlichen Erziehungseinrichtungen untergebracht. Etwa jede elfte Mutter hat minderjährige Kinder die aktuell bei den Großeltern leben.

⁴ Zu insgesamt 2.608 Alkohol Klientinnen und - Klienten liegen Angaben zur Anzahl der minderjährigen Kinder im Haushalt vor. Bezogen auf diese Teilklientel sind aktuell 716 Minderjährige in der Obhut von ambulant betreuten Personen mit Alkoholproblemen. Bei insgesamt 4.735 Alkohol Klientinnen und - Klienten – d. h. zu über 2.000 Personen liegen keine Einträge zu den minderjährigen Kindern im Haushalt vor – dürfte die tatsächliche Zahl jedoch bei über 1.000 Kindern liegen.

Wohnsituation

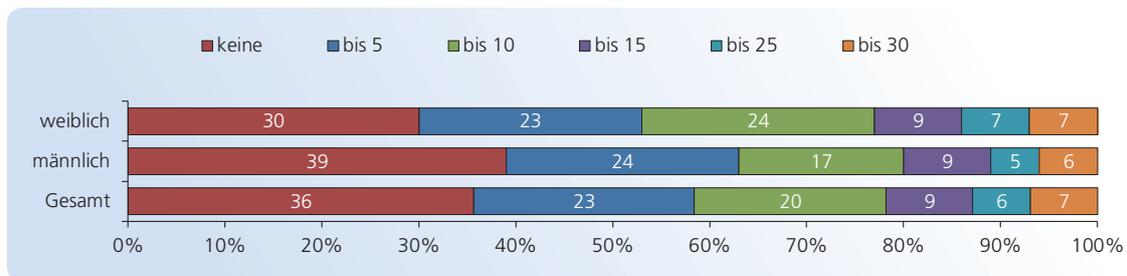
Werden die Anteile der Klientinnen und Klienten, die sich aktuell in Haft befinden (Männer 4 %; Frauen 0,3 %) herausgerechnet, so zeigt sich, dass 86 % der Frauen und 76 % der Männer in einer eigenen Wohnung leben (Gesamt: 79 %). Darüber hinaus wohnen 7 % der männlichen Klienten (Frauen: 3 %; Gesamt 6 %) bei Angehörigen. Vier Prozent der Alkoholkielntel sind in einer Einrichtung des betreuten Wohnens untergebracht und jeweils 2 % wohnen bei dem Partner bzw. der Partnerin, bei Freunden, im Hotel oder in einer Pension, leben auf der Straße oder befinden sich aktuell in einem Krankenhaus.

Grafik

Freizeitverhalten

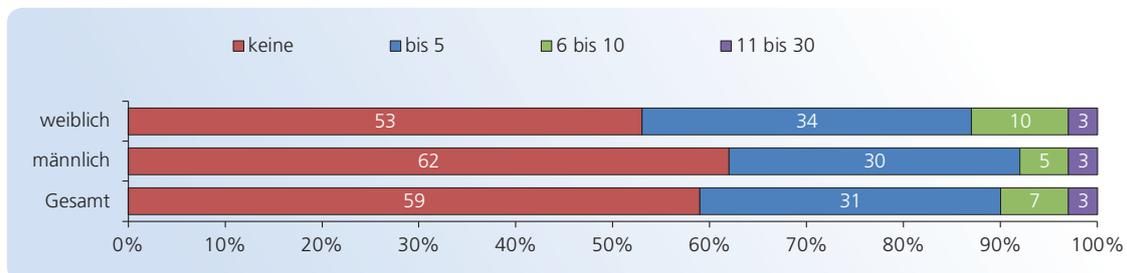
Mehr als ein Drittel der Alkoholkielntel gibt an, aktuell keiner konkreten Freizeitbeschäftigung nachzugehen (siehe Abbildung 2.15). Männer berichten hiervon bemerkenswert häufiger (39 %) als Frauen. Fast einem Viertel der Personen mit Alkoholproblemen (23 %) gelingt es aber zumindest bis zu einmal wöchentlich die Freizeit aktiv zu gestalten und weitere 20 % suchen an sechs bis elf Tagen Abwechslung vom Lebensalltag. 22 % nehmen sogar noch häufiger an entsprechenden Aktivitäten teil.

Abbildung 2.15:
Tage mit Freizeitaktivitäten der Klientinnen und Klienten in 2011 in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht



Werden die Freizeitaktivitäten eingegrenzt auf die Besuche von kulturellen, politischen oder sportlichen Veranstaltungen, so zeigt sich, dass die Mehrheit solche Angebote aktuell nicht in Anspruch nimmt (siehe Abbildung 2.16). Wiederum liegen die Anteile der Männer mit 62 % bemerkenswert über dem der Frauen. (53 %). Von einer etwa wöchentlichen Teilnahme berichtet nahezu ein Drittel der Alkoholkielntel. Der mehrmalige Besuch solcher Events pro Woche ist für ein Zehntel dokumentiert worden.

Abbildung 2.16:
Tage mit Besuch kultureller, politischer oder sportlicher Veranstaltungen der Klientinnen und Klienten in 2011 in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht



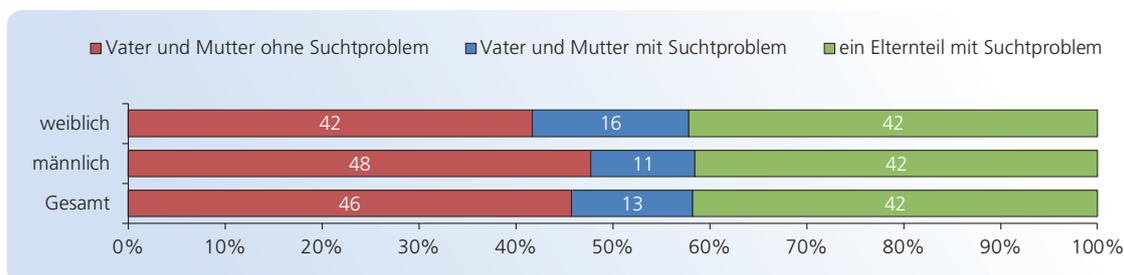
Biografischer Hintergrund

Die im Hamburger ambulanten Suchthilfesystem betreuten Alkohol klientinnen und -klienten besitzen zum überwiegenden Teil die deutsche Staatsangehörigkeit (92 %); Frauen mit einem Anteil von 94 % etwas häufiger als Männer (91 %). Staatsbürger eines Landes, welches der Europäischen Union angehört, stellen 3 % der Alkohol klientel und weitere 5 % besitzen eine andere Staatsangehörigkeit. 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.

Korrespondierend zu diesen Ergebnissen liegt auch der Anteil der Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund unter den Angaben für die Hamburger Normalbevölkerung. Während 28 % (Statistik Nord 2009) der Hamburger einen solchen biografischen Hintergrund aufweisen, sind es unter den betreuten Personen mit Alkoholproblemen lediglich 17 % (Männer: 19 %; Frauen: 13 %). Bei diesen letztgenannten Personen handelt es sich überwiegend um Personen, die ihr Heimatland selbst verlassen haben (14 %; Männer: 15 %; Frauen: 10 %; Hamburger Normalbevölkerung: 19 %)⁵. Etwa vier Prozent sind als Kinder von in Deutschland lebenden Migranten geboren worden (Hamburger Normalbevölkerung: 9 %).

Die Biografie von Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen ist geprägt von einer Vielzahl belastender Lebenserfahrungen. Diese sind zum Teil Folge, oftmals aber auch Mitursache der Alkoholerkrankung. Besonders deutlich wird dieser letztgenannte Punkt in Bezug auf die Klientinnen und Klienten, die angeben, in einem suchtbelasteten Elternhaus aufgewachsen zu sein (siehe Abbildung 2.17). So berichten 42 % von mindestens einem Elternteil, der ein suchtspezifisches Problem aufwies. Bei weiteren 13 % waren sowohl der Vater als auch die Mutter von einer Suchtstörung betroffen. Die Frauen berichten von einem solch belastenden biografischen Hintergrund etwas häufiger (16 %) als die Männer.

Abbildung 2.17:
Klientinnen und Klienten in 2011 mit Eltern mit Suchtproblemen nach Geschlecht



Wie sehr belastende Erfahrungen in der Kindheit und Jugend die Genese einer Suchtstörung befördern, wird auch an den Angaben zu früheren Heimaufhalten bzw. anderen Einrichtungen der öffentlichen Erziehung deutlich. Etwas mehr als jede achte betreute Person mit Alkoholproblemen weiß – unabhängig vom Geschlecht – von einer solchen Form der Sozialisation zu berichten (13 %). Somit ist dieser Personenkreis unter den Alkohol klienten deutlich stärker vertreten, als in der Hamburger Normalbevölkerung⁶.

Für einen erheblichen Anteil der Alkohol klientinnen und -klienten ist das bisherige Leben durch Erfahrungen von körperlicher und/ oder sexueller Gewalt sowie anderen schwer belastenden Lebensereignissen geprägt gewesen. So berichten 52 % von körperlichen Gewalterfahrungen; Frauen mit einem Anteil von 57 % etwas häufiger als Männer (50 %). Noch größere geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich in Bezug auf sexuelle Gewalterfahrungen. Fast vier von zehn der betreuten Frauen (39 %) berichten

5 <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund.html>
 6 In den 60er Jahren lebten im Durchschnitt in Deutschland ca. 200.000 Kinder in Heimen. Die Gruppe der 0 bis 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 1960er bzw. frühen 1970er Jahren in den Heimen aufgewachsen ist. Die damalige Sozialisation in diesen Einrichtungen ist mit Sicherheit nicht mehr mit den derzeit gängigen Maßnahmen und Möglichkeiten öffentlicher Erziehung vergleichbar.

von solchen Lebensereignissen (Männer: 6 %; Gesamt: 17 %). Auch von anderen schwer belastenden Lebensereignissen waren die weiblichen Klienten stärker betroffen. Mehr als drei Viertel (78 %) von Ihnen berichten hiervon. Für die männlichen Klienten liegt dieser Anteil mit 57 % mehr als zwanzig Prozentpunkte darunter (Gesamt: 64 %).

Dass das Leben vieler Alkohol klientinnen und -klienten von Gewalt begleitet ist, wird auch an den Angaben zur selbst ausgeübten Gewalt deutlich. Es sind überwiegend Männer, die angeben, im Laufe ihres Lebens selbst schon einmal körperliche Gewalt gegenüber anderen angewendet zu haben (39 %). Für die Frauen liegt dieser Anteil bei deutlich geringeren 17 % (Gesamt: 32 %).

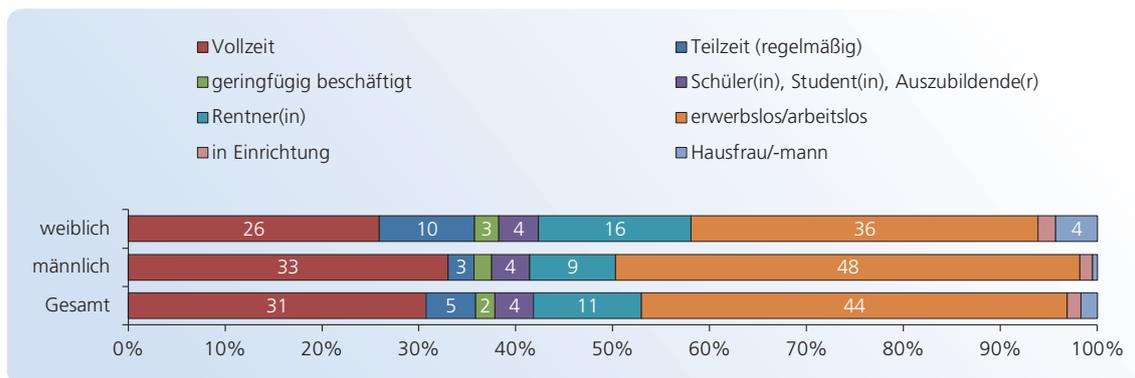
Ausbildung, Arbeitssituation und finanzielle Lage

Obwohl, wie im oberen Teil dieses Kapitels bereits berichtet, sich bei der überwiegenden Mehrheit der Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen die ersten alkoholbedingten Störungen erst Ende des dritten Lebensjahrzehnts bemerkbar machen – zu einem Zeitpunkt also, zu dem sowohl die schulische wie berufliche Ausbildung in der Regel bereits abgeschlossen ist – weist dieser Personenkreis im Vergleich zur Hamburger Normalbevölkerung eine unterdurchschnittliche formelle Bildung auf. Angesichts der oben berichteten hohen Anteile der Klientinnen und Klienten mit einer problematischen Sozialisation in der Kindheit und Jugend ist dieses Ergebnis dennoch nicht überraschend. 7 % können keinen Schulabschluss bzw. lediglich einen Sonderschulabschluss vorweisen. Etwas mehr als ein Drittel (35 %) verfügt über einen Hauptschulabschluss und weitere 32 % können die mittlere Reife vorweisen. Die Anteile für die Hamburger Normalbevölkerung liegen bzgl. der beiden letztgenannten Schulabschlüsse mit 22 % resp. 29 % jeweils darunter (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2011b). Die Schule mit einer Fachhochschulreife bzw. dem Abitur hat exakt ein Viertel der Alkohol klientel beendet (Bevölkerung: 49 %). Die weiblichen Klienten zeigen sich insgesamt besser gebildet, als die Männer. So berichten 31 % von einem erworbenen Abitur (Männer: 23 %) und weitere 36 % von der mittleren Reife (Männer: 29 %). Hinsichtlich des Hauptschulabschlusses (Männer: 39 %; Frauen: 27 %) und des fehlenden bzw. des Sonderschulabschlusses überwiegen die Anteile der männlichen Klienten.

Obwohl die betreuten Frauen über eine bessere schulische Bildung verfügen, stellt sich ihre Ausbildungssituation nur geringfügig besser dar als die der Männer. Insgesamt 79 % der gesamten Klientel besitzt aktuell eine abgeschlossene Berufsausbildung. Bei den Männern liegt dieser Anteil mit 78 % etwas unter dem der Frauen (81 %). Bezogen auf alle Alkohol klientinnen und -klienten sind 2 % aktuell noch in einer beruflichen Bildungseinrichtung bzw. studieren. Etwa ein Fünftel (19 %) verfügt hingegen über keinen Berufsbildungsabschluss (Männer: 19,5 %; Frauen: 18 %).

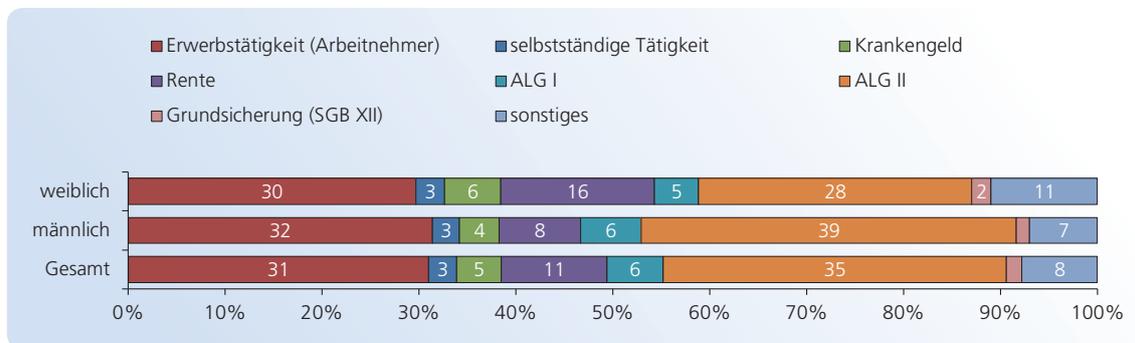
Trotz dieser insgesamt doch ausreichend guten Ausbildungssituation sind mehr als vier von zehn der nicht inhaftierten Alkohol klientinnen und -klienten aktuell erwerbs- bzw. arbeitslos (siehe Abbildung 2.18). Männer befinden sich mit einem Anteil von 48 % deutlich häufiger in einer solchen unbefriedigenden Erwerbssituation als die Frauen (36 %). Etwas mehr als ein Drittel der Klientinnen und Klienten geht – unabhängig vom Geschlecht – aktuell in einer Voll- oder Teilzeitbeschäftigung nach. Der Anteil der Rentner liegt bezogen auf die Gesamtgruppe der Personen mit Alkoholproblemen bei 11 %; Frauen betrifft dies mit 16 % häufiger als Männer (9 %).

Abbildung 2.18:
Arbeits- und Ausbildungssituation der Klientinnen und Klienten in 2011 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 2.19). Jede/r Dritte ist aktuell erwerbstätig, jede/r Zwanzigste erhält Krankengeld und jede/r Neunte bezieht bereits eine Rente. Bzgl. der letztgenannten Einkommensart liegt der Anteil der Frauen mit 16 % doppelt so hoch wie der der männlichen Klienten. Insgesamt ist somit gerade einmal die Hälfte der Klientel in der Lage finanziell für sich selbst zu sorgen. Die andere Hälfte bezieht vornehmlich Arbeitslosengeld II (35 %) – Männer mit 39 % deutlich häufiger als die Frauen (28 %) – sowie Arbeitslosengeld I. Die Grundsicherung nach SGB XII spielt für die Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen nur eine sehr untergeordnete Rolle.

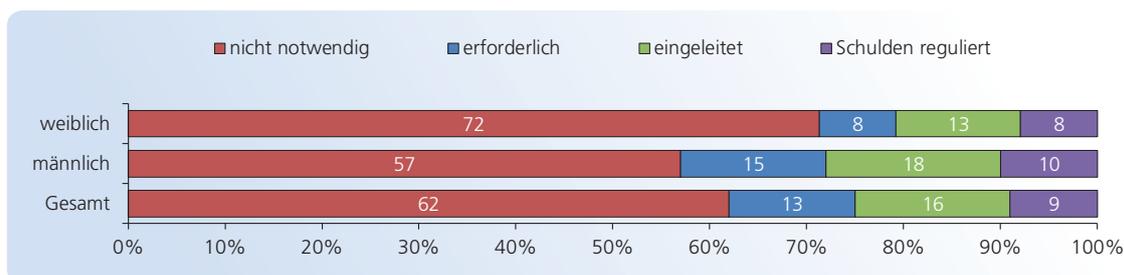
Abbildung 2.19:
Haupteinkommensquelle der Klientinnen und Klienten in 2011 nach Geschlecht (ohne Inhaftierte)



Etwas weniger als zwei Drittel der Alkoholklientel geben an, aktuell verschuldet zu sein; Frauen mit einem Anteil von 45 % bemerkenswert häufiger als Männer (34 %). Da zu insgesamt 18 % der Klientinnen und Klienten keine konkrete Angabe zur Schuldenhöhe vorliegt (Männer: 21 %; Frauen: 13 %), sind Aussagen zum genauen Umfang der Verschuldung nur mit Einschränkungen möglich. Die Zahlen verweisen aber darauf, dass Verbindlichkeiten über 25.000 Euro für die Alkoholklientel eher die Ausnahme darstellen.

Dieser Umstand spiegelt sich auch in den Angaben zur Schuldenregulierung wider (siehe Abbildung 2.20). Bei 62 % der Klientinnen und Klienten, die aktuell verschuldet sind, besteht keine Notwendigkeit der Regulierung. Für die Frauen liegt dieser Anteil mit 72 % deutlich höher als für die Männer (57 %). Bei 9 % der verschuldeten Klientinnen und Klienten sind die Schulden hingegen bereits reguliert worden, und bei weiteren 16 % ist bereits ein entsprechender Vorgang eingeleitet. Für 13 % besteht ein Regulierungsbedarf. Männer sind hiervon mit einem Anteil von 15 % fast doppelt so häufig betroffen wie die Frauen (8 %).

Abbildung 2.20:
Schuldenregulierung nach Geschlecht

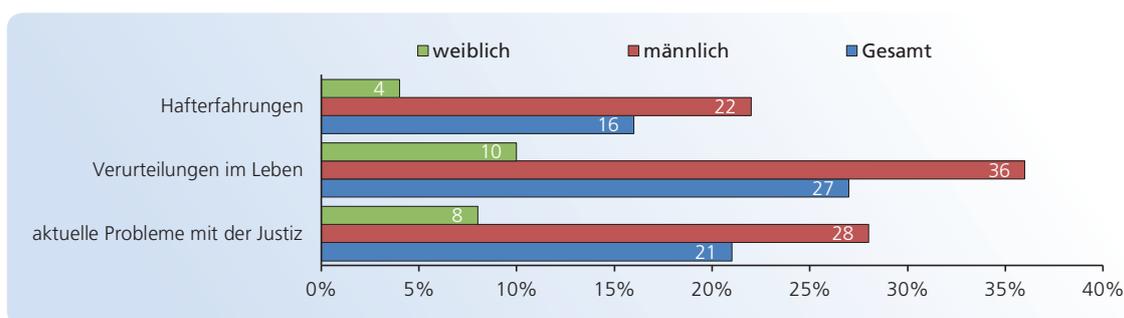


Justizielle Probleme

Abbildung 2.21 zeigt, dass 36 % der Männer im Laufe ihres Lebens bereits verurteilt worden sind (Frauen: 9,5 %). Neben sonstigen Delikten (18 %) waren diese Verurteilungen der männlichen Klientel vor allem auf Körperverletzungen (16,5 %) und dem Führen eines Fahrzeuges unter Alkoholeinfluss (11 %) zurückzuführen. Wohl aufgrund der geringen Kosten für alkoholische Getränke in Deutschland war Beschaffungskriminalität hingegen selten die Ursache eines gerichtlichen Urteils (4 %) für die männlichen Klienten.

Von Haftaufenthalten wissen etwas mehr als ein Fünftel der letztgenannten Klientengruppe zu berichten (22 %). Frauen haben hingegen nur zu geringen Anteilen (4 %) solche Erfahrungen machen müssen. Auch in Bezug auf die aktuellen Probleme mit der Justiz zeigt sich die männliche Klientel stärker betroffen; 28 % berichten davon. Hiervon entfallen 9 % auf einen Führerscheinentzug, 7,5 % auf eine Bewährung mit Weisung bzw. Auflage und 7 % sind aktuell in Strafhaft. Der Anteil der Frauen mit aktuellen justiziellen Problemen liegt mit 8 % erheblich unter dem der Männer. Überwiegend handelte es sich hierbei um einen Führerscheinentzug.

Abbildung 2.21:
Aktuelle Probleme mit der Justiz sowie Verurteilung und Hafterfahrungen im bisherigen Leben von Klientinnen und Klienten in 2011 nach Geschlecht



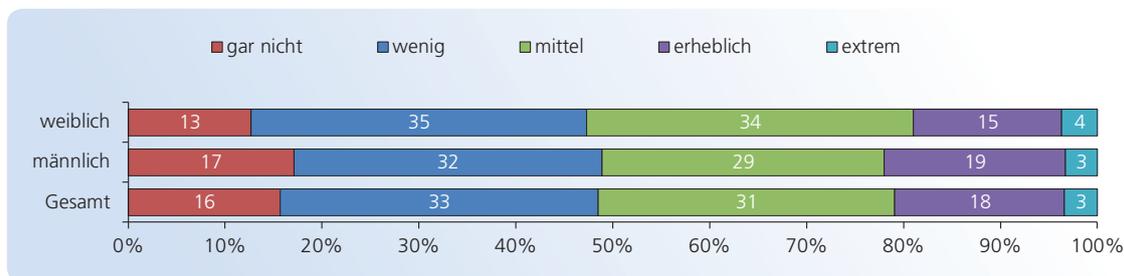
Gesundheitliche Situation und Behandlungsvorerfahrungen

Eine Suchterkrankung geht oftmals mit erheblichen psychischen und – insbesondere bei den stoffgebundenen Süchten – auch mit körperlichen Beeinträchtigungen einher. Die Daten der Hamburger BADO belegen dies eindrücklich.

So weist ein Fünftel der Alkoholklientinnen und -klienten gesundheitlich-körperliche Probleme auf, die seitens der Mitarbeiter in den Suchtberatungsstellen als erheblich bis extrem eingestuft werden (siehe Abbildung 2.22). Bei den Männern ist dieser Anteil mit 22 % etwas höher als bei den Frauen (19 %). Von mittleren gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist nahezu ein Drittel der Klientinnen und Klienten

betroffen. In dieser Kategorie überwiegen die Anteile der Frauen (34 %; Männer: 29 %). Darüber hinaus wird von ebenfalls einem Drittel der Klientel berichtet, welches nur geringe gesundheitliche Probleme aufweist. Nur 16 % der Klientinnen und Klienten ist aktuell beschwerdefrei.

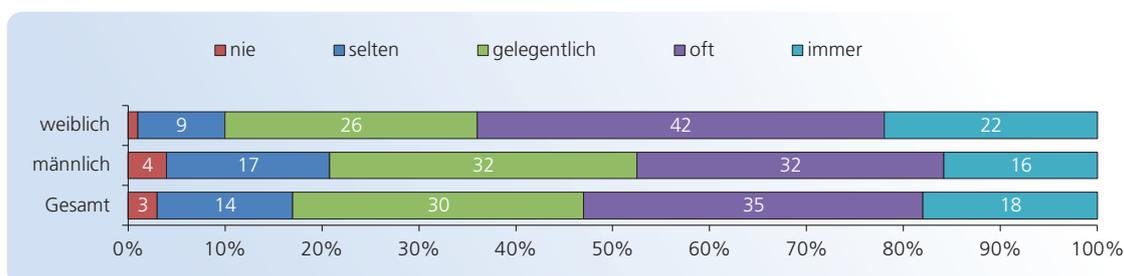
Abbildung 2.22:
Einschätzung der gesundheitlich-körperlichen Beeinträchtigung der Klientinnen und Klienten in 2011 nach Geschlecht



Mehr als die Hälfte der betreuten Personen mit Alkoholproblemen klagt über Schlafstörungen (52,5 %); Frauen mit einem Anteil von 58 % häufiger als Männer (50 %). Auch der Zahnstatus stellt sich für etwas mehr als ein Viertel als unbefriedigend dar. So zeigt sich für 21,5 % der Klientinnen und Klienten das Gebiss als behandlungsbedürftig. Die entsprechenden Anteile der Männer liegen mit 26 % exakt doppelt so hoch wie die der Frauen. Hinzu kommen 6 % der Männer und 2 % der Frauen (Gesamt: 5 %), deren Zahnstatus als ruinös eingestuft wurde.

Die sich schon an den Ergebnissen zum Zahnstatus abzeichnende Zurückhaltung vieler Alkohol Klientinnen und -klienten, medizinische Hilfeeinrichtungen aufzusuchen, findet sich auch in den Angaben zur allgemeinen medizinischen Versorgung wieder (siehe Abbildung 2.23). So nehmen 17 % nie oder nur selten medizinische Hilfe in Anspruch, obwohl diese eigentlich notwendig gewesen wäre. Männer berichten hiervon mit einem Anteil von 21 % doppelt so häufig wie die Frauen (10 %). Etwas weniger als ein Drittel der Alkohol Klientel (30 %) geht bei akuten Beschwerden nur gelegentlich zum Arzt. Auch bzgl. dieser Kategorie überwiegen die Anteile der Männer (32 %; Frauen: 26 %). Etwas mehr als die Hälfte der aufgrund eines Alkoholproblems betreuten Personen sucht oft oder immer Einrichtungen der medizinischen Versorgung auf, wenn dies aufgrund der Schwere der Erkrankung notwendig ist. Die weiblichen Klienten berichten hiervon mit einem Anteil von 64 % bemerkenswert häufiger als die männlichen Klienten (48 %).

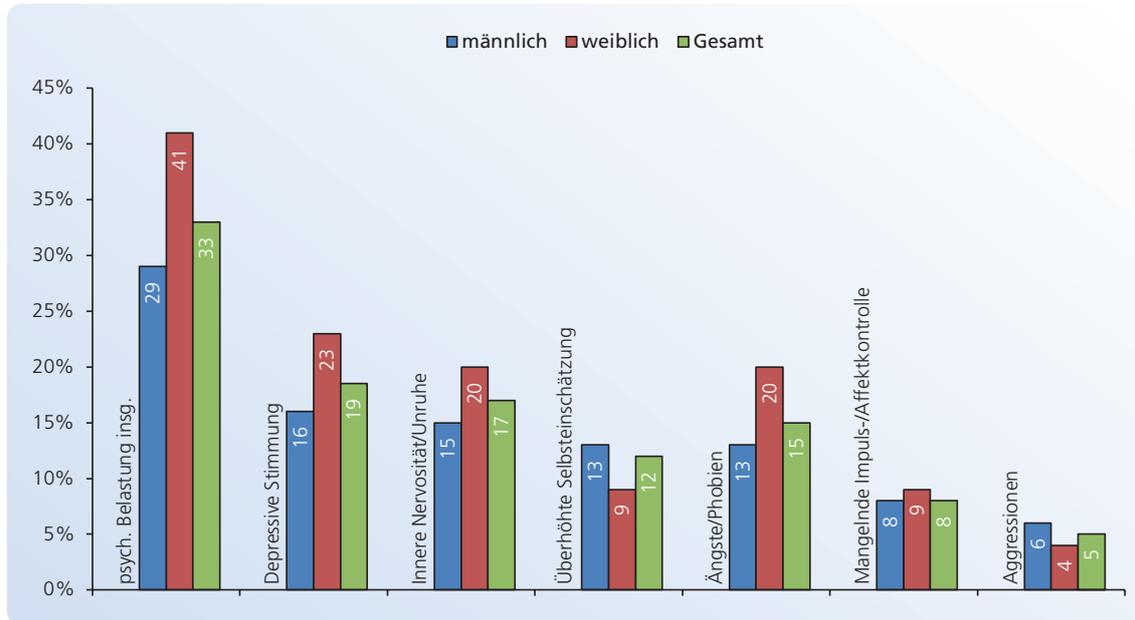
Abbildung 2.23:
Inanspruchnahme notwendiger medizinischer Versorgung der Klientinnen und Klienten in 2011 nach Geschlecht



Noch ausgeprägter als die gesundheitlich-körperlichen Beeinträchtigungen sind die psychischen und/oder seelischen Probleme der betreuten Alkohol Klientel. Vier von zehn Frauen und drei von zehn Männern berichten von schweren bis extremen psychischen bzw. seelischen Belastungen (siehe Abbildung 2.24). Differenziert nach den verschiedenen Störungsmustern sind es vornehmlich depressive Stimmungen (19 %), innere Nervosität oder Unruhe (17 %) sowie Ängste und Phobien (15 %). Frauen sind

hiervon jeweils häufiger betroffen als Männer. Hingegen leidet der letztgenannte Personenkreis häufiger an einer überhöhten Selbsteinschätzung und Aggressionen. Von einer mangelnden Affekt- bzw. Impulskontrolle sind 8 % der Klientinnen und Klienten betroffen.

Abbildung 2.24:
Einschätzung der psychischen Belastung (erheblich/extrem) und psychischen Auffälligkeiten (erheblich/extrem) von Klientinnen und Klienten in 2011 nach Geschlecht



Angesichts dieser deutlichen psychischen Belastung verwundert es nicht, dass auch für etwas mehr als ein Viertel der Alkoholklientel eine psychiatrische Diagnose gestellt wurde (26 %). Für Frauen trifft dies mit einem Anteil von 33 % häufiger zu als für Männer (23 %). Entsprechend wird dieser Personenkreis auch häufig mit Psychopharmaka behandelt. Insgesamt 31 % aller Klientinnen und Klienten berichten hiervon. Der Anteil der weiblichen Klienten liegt mit 45 % diesbezüglich fast doppelt so hoch wie jene der männlichen Klienten (24 %). Korrespondierend zu den Darlegungen der Symptome psychischer bzw. seelischer Belastungen – depressive Verstimmungen wurden hier am häufigsten genannt – sind es überwiegend Antidepressiva, welche die Klientinnen und Klienten zur medikamentösen Behandlung ihrer psychischen Beschwerden einnehmen (Männer: 17 %; Frauen: 39 %).

Die bisherigen Ausführungen zur aktuellen Lebenssituation zeigten sehr eindrücklich die schwierige Lage von Menschen mit Alkoholproblemen. Die soziale Isolation, das Leben in sehr eingeschränkten finanziellen Verhältnissen, oftmals ohne berufliche Perspektive sowie die gesundheitlichen Beeinträchtigungen stellen eine erhebliche emotionale Belastung dar, welche einen Teil der betreuten Klientinnen und Klienten schlichtweg überfordert. Besonders deutlich wird dies anhand der Angaben zu den Suizidversuchen, die im Leben verübt wurden. 29 % der Frauen und 17,5 % der Männer haben demnach versucht, sich selbst das Leben zu nehmen (Gesamt: 21 %). Jede neunte Klientin hat sogar mehrmals einen solchen Versuch der Selbsttötung unternommen (11 %; Männer: 6 %).

2.3 Verlaufsdokumentation (Verlaudo)

Die in der Hamburger Basisdatendokumentation erfasste aktuelle ambulante Betreuung eines Klienten bzw. einer Klientin ist in der Regel nur ein Abschnitt eines langwierigen Prozesses der Loslösung von der Alkoholsucht. Diesem gingen oftmals schon eine Reihe anderer ambulanter und stationärer Maßnahmen voraus und weitere – so zeigen es die Ergebnisse zu der Weitervermittlung nach Beendigung der aktuellen Betreuung – werden folgen. Diese Diversität der Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten durch die Alkoholkielntel macht es aber nahezu unmöglich, den Erfolg einer ambulanten Betreuung anhand des Hauptzielkriteriums „fortwährende Alkoholabstinenz“ zu messen, da der Beitrag der einzelnen Maßnahmen zu dessen Erreichung bzw. Nichterreichung sich nur selten eindeutig ermitteln lässt. Zudem gibt es eine Vielzahl weiterer Bereiche im Leben alkoholabhängiger Menschen – insbesondere die soziale, finanzielle und gesundheitliche Situation – die ebenfalls einer Besserung bzw. Regulierung bedürfen, um die Lebensqualität der Betroffenen und ihre Motivation zur Reduzierung bzw. Einstellung des Alkoholkonsums nachhaltig zu erhöhen. Hier kann durchaus erwartet werden, dass sich im Zeitraum einer längeren ambulanten Betreuung beachtenswerte Veränderungen vollziehen.

Um solche Entwicklungen auch mithilfe der Basisdatendokumentation nachzeichnen zu können, besteht seit dem Jahre 2005 die Möglichkeit für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hamburger Suchthilfe das Konsumverhalten der Klientinnen und Klienten, ihre biografische und sozioökonomische Situation, ihre soziale Teilhabe, ihre gesundheitliche Beeinträchtigung und psychische Belastung zu mehreren Zeitpunkten innerhalb einer Betreuung zu dokumentieren. Die Ergebnisse dieser Verlaufsdokumentation sollen im Folgenden für die abgeschlossenen Betreuungen des Jahres 2011, die mindestens einen Monat in Anspruch nahmen, dargestellt werden. Da sich in den früheren Berichtsjahren zeigte, dass diese Veränderungen je nach Dauer der Betreuung unterschiedlich stark ausfallen, werden die nachfolgenden Ergebnisbeschreibungen nach der Länge einer Betreuung differenziert.

Zuvor soll jedoch kurz aufgezeigt werden, wie sich die Betreuungsdauer sowohl innerhalb der Gesamtklientel als auch differenziert nach Männern und Frauen verteilt. Aus Tabelle 2.1 wird deutlich, dass etwas mehr als vier von zehn Betreuungen des Jahres 2011 innerhalb eines Zeitraums von ein bis drei Monaten beendet wurden. Weitere 29 % dauerten zwischen 91 und 180 Tage. Somit nehmen mehr als zwei Drittel aller durchgeführten und beendeten Maßnahmen maximal ein halbes Jahr in Anspruch. Größere geschlechtsspezifische Unterschiede sind diesbezüglich nicht zu erkennen. Etwa jede sechste Betreuung (17 %) hat einen zeitlichen Umfang von 181 bis 365 Tagen (Männer: 18 %; Frauen: 15 %) und weitere 12 % der Betreuungen dauern länger als ein Jahr an (Männer: 11 %; Frauen: 15 %). Aufgrund des gezielten Ausschlusses der Kurzbetreuungen von den Analysen anhand der oben beschriebenen Selektion liegt die mittlere Betreuungsdauer mit 187,8 Tagen (Männer: 184,1 Tage; Frauen: 195,5 Tage) auch entsprechend höher als bei einer Betrachtung aller Betreuungen (siehe Abschnitt 2.1).

Tabelle 2.1:
Verlaudo: Betreuungsdauer nach Geschlecht

	männlich		weiblich		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
31–90 Tage	582	41 %	288	42 %	870	41 %
91–180 Tage	429	30 %	189	28 %	618	29 %
181–365 Tage	256	18 %	106	15 %	362	17 %
366 Tage und mehr	159	11 %	104	15 %	263	12 %
Gesamt	1.426	100 %	687	100 %	2.113	100 %

Abstinenzmotivation

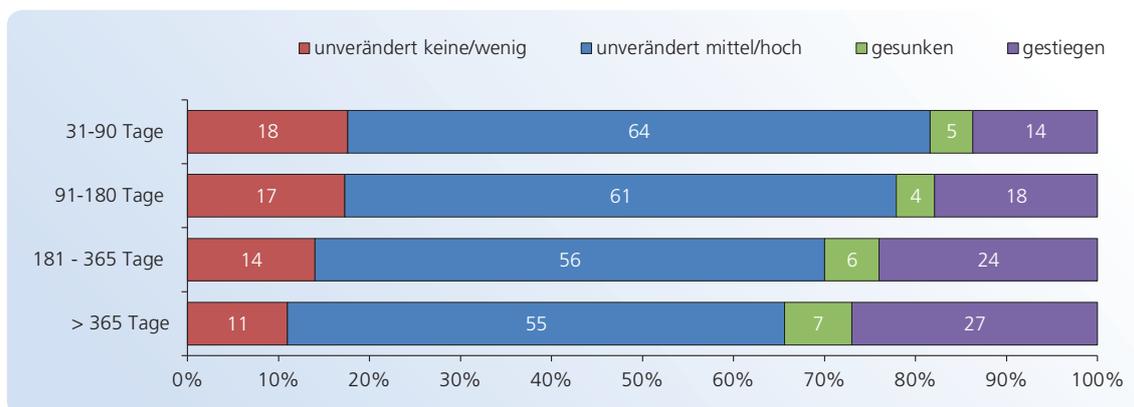
Die Fähigkeit, gänzlich auf den Konsum von alkoholischen Getränken verzichten zu können, gilt als eines der fundamentalen Ziele der Suchtbehandlungen von Personen mit schweren Alkoholstörungen. Zu erreichen ist dieses aber nur, wenn seitens der Betroffenen eine ausreichend große, anhaltende und krisensichere Motivation zu dieser weitreichenden Änderung ihres bisherigen Konsumverhaltens besteht.

Die Abstinenzmotivation wird von den Betreuerinnen und Betreuern in den Einrichtungen auf einer fünf-stufigen Skala von „gar nicht“ bis „sehr hoch“ zu Betreuungsbeginn, die Betreuung begleitend und zu Betreuungsende eingeschätzt.

Bei einer niedrigen Einschätzung zur Abstinenzmotivation zu Betreuungsbeginn und Betreuungsende („gar nicht“ oder „wenig“) wurde diese Betreuung der Kategorie „unverändert keine/wenige“ zugeordnet. Gab es keine Veränderung der Einschätzung zwischen Betreuungsbeginn und Betreuungsende auf dem Niveau „mittel“, „hoch“ oder „sehr hoch“ wurde diese Betreuung als „unverändert“ eingestuft. Erhöhte sich die Einschätzung der Abstinenzmotivation zum Betreuungsende um mindestens eine Stufe, beispielweise von „wenig“ zu „mittel“, wurde die Kategorie „gestiegen“ zugeordnet. Eine dokumentierte Minderung der Motivation um mindestens eine Stufe führte analog zu einer Einordnung der Betreuung in die Kategorie „gesunken“.

Da aber, wie bereits im vorherigen Kapitel ausgeführt, ein doch beachtenswerter Teil der Alkoholklientel es zu Betreuungsbeginn an dem Willen zur Abstinenz fehlen lässt, ist der Anteil der Klientinnen und Klienten, welcher im Rahmen einer ambulanten Betreuung eine ausreichend starke Abstinenzmotivation entwickelt, durchaus als Erfolgsparameter einer Suchtbehandlung anzusehen. Und in der Tat ist im Laufe der Betreuung bei einer beachtenswerten Zahl von Klientinnen und Klienten eine evidente Steigerung ihrer Motivation, das Trinken zu beenden, zu erkennen (siehe Abbildung 2.25). Besonders interessant ist in diesem Zusammenhang, dass diese Zugewinne mit der Länge der Betreuungsdauer fast linear wachsen. Während beispielsweise bei den kurz betreuten Personen 14 % eine nennenswerte Motivationssteigerung erreichten, waren es bei denen, die zwischen sechs und zwölf Monaten die Suchtberatungsstellen aufsuchen bereits 24 %. Bei den sehr langen Betreuungen (Dauer von mehr als einem Jahr) steigt dieser Anteil nochmals leicht auf 27 %. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass bei den beiden zuletzt genannten Gruppen trotz des vergleichsweise langen Betreuungszeitraumes nur ein geringer Teil dieser langzeitbetreuten Klientel – sechs bzw. sieben Prozent – den Willen zur Abstinenz wieder verliert. Noch etwas darunter liegen diese Anteile für die Kurzzeitbetreuten. Somit verfestigt sich insgesamt der Eindruck, dass es den Einrichtungen der Hamburger Suchthilfe gut gelingt, den Klientinnen und Klienten die Notwendigkeit einer abstinenzorientierten Lebensführung zu vermitteln und ihnen dabei hilft, diese Motivation trotz der zum Teil schwierigen Lebensumstände aufrechtzuerhalten. Gleichwohl gibt es einen beachtenswerten Anteil von Personen – zwischen 11 % bei den sehr lang Betreuten bis zu 18 % bei den kurz betreuten Klientinnen und Klienten – für den es nicht möglich war, eine Motivationssteigerung zu erreichen.

Abbildung 2.25:
Verlaudo: Abstinenzmotivation



Trinkfrequenz

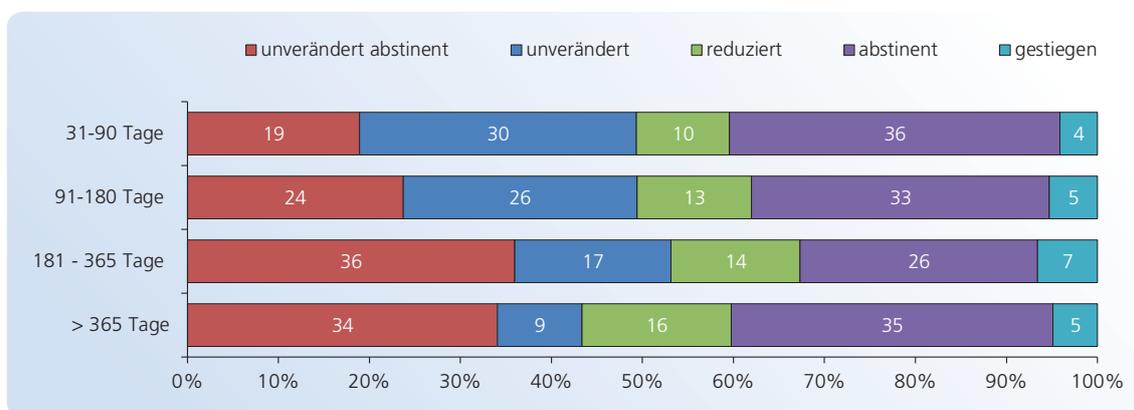
Es ist bei der Darstellung des Konsumverhaltens in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn (siehe Abschnitt 2.1) schon deutlich geworden, dass fast ein Drittel der Alkohol Klientel sich bereits abstinent in eine neue Betreuung begibt. Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen zu den Veränderungen der Trinkfrequenz der Klientinnen und Klienten mit abgeschlossenen Betreuungen wieder.

Hierzu wurden die Angaben zum Alkoholkonsum pro Betreuung in Klassen unterteilt. Bei der Aufrechterhaltung einer zu Beginn festgehaltenen Abstinenz wurde die Betreuung der Kategorie „unverändert abstinent“ zugeordnet. Konsumierte ein Klient am Anfang der Betreuung und am Betreuungsende in gleichem Maße, wurde die Kategorie „unverändert“ als Klassifikation gewählt. Wenn am Betreuungsanfang und am Betreuungsende ein Konsum vorlag, am Betreuungsende jedoch auf niedrigerem Niveau, wurde mit „reduziert“ klassifiziert, bei Konsum zu Beginn und Abstinenz am Betreuungsende entsprechend „abstinent“. „Gestiegen“ wurde gewählt, wenn der Konsum am Betreuungsende den Konsum am Betreuungsanfang überstieg.

Insbesondere in der Gruppe der länger betreuten Klientinnen und Klienten (> 180 Tage) ist der Anteil der unverändert Abstinenten mit 36 % bei den langen Betreuungen und 34 % bei den sehr langen Betreuungen im Vergleich zu den Betreuungen mit mittlerer (24 %) und kurzer Dauer (19 %) hoch. Aufgrund dieses insgesamt schon besseren Ausgangsniveaus der langzeitbetreuten Personen mit Alkoholproblemen wäre zu erwarten, dass der Zuwachs an Klientinnen und Klienten, die im Laufe der Betreuung abstinent werden, hier geringer ausfällt als in den Klientengruppen mit kürzerer Betreuungsdauer. Die Ergebnisse in Abbildung 2.26 zeigen aber, dass auch bei dem erstgenannten Personenkreis ein deutlicher Zuwachs an abstinent lebenden Klientinnen und Klienten zu verzeichnen ist (181 bis 365 Tage: 26 %; >365 Tage: 35 %). Die entsprechenden Anteile in der Gruppe der kürzer betreuten Klientinnen und Klienten liegen mit 36 % (bis 180 Tage) bzw. 33 % (91 bis 180 Tage) auf ähnlichem Niveau. Hinzu kommen in allen Gruppen Personen, die zwar das Alkoholtrinken nicht vollständig eingestellt, aber zumindest reduziert haben. In Bezug auf die Kurzzeitbetreuten beträgt dieser Anteil 10 %. Er steigt mit zunehmender Betreuungsdauer jeweils leicht an. So sind es in der Gruppe der am längsten betreuten Klientinnen und Klienten bereits 16 %. Somit hat mehr als die Hälfte dieser Klientel im Laufe der Betreuung das Trinkverhalten eingestellt oder zumindest reduziert.

Frauen beginnen, unabhängig von der Betreuungsdauer, häufiger bereits abstinent eine neue Betreuung. Doch trotz dieses höheren Ausgangsniveaus weisen sie – mit einer Ausnahme – jeweils ähnliche hohe Anteile von abstinent werdenden Frauen auf wie die Männer. Die genannte Ausnahme betrifft die Frauen, welche zwischen 91 und 181 Tagen eine ambulante Hilfe in Anspruch nehmen. Der Anteil der abstinent gewordenen Männer liegt hier mit 37 % deutlich über dem der Frauen (24 %). Allerdings hat in dieser Gruppe bereits ein Drittel der Frauen die Betreuung sowohl abstinent begonnen wie abgeschlossen. Bei den zwischen 91 und 180 Tagen betreuten Männern sind es hingegen nur 20 %.

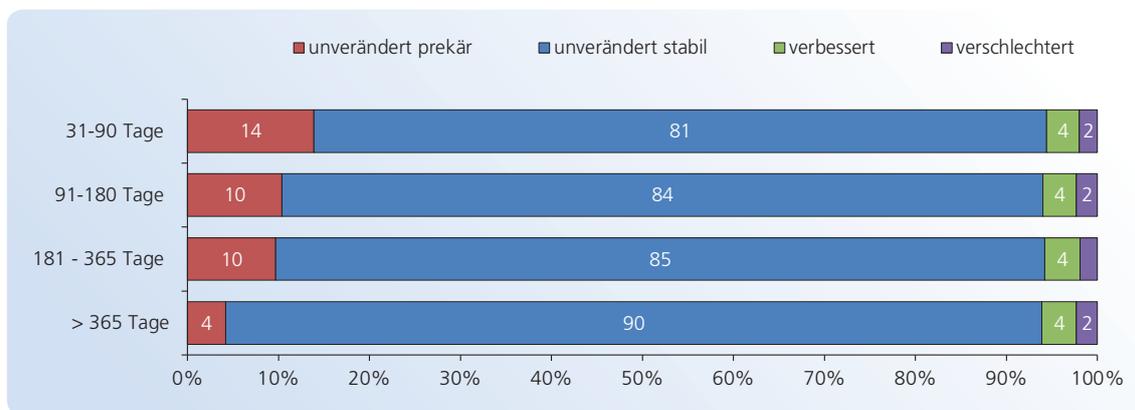
Abbildung 2.26:
Verlaudo: Trinkfrequenz



Wohnsituation

Die jeweilige Wohnsituation zu Betreuungsbeginn und Betreuungsende wurde für jede Betreuung analysiert und entweder der Situation „prekäre und instabile Wohnsituation“ zugeordnet oder aber der Kategorie „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“. Die Alkoholclientinnen und -klienten der Hamburger Suchthilfe leben überwiegend in stabilen Wohnverhältnissen. Abbildung 2.27 zeigt auf, dass dies unabhängig von der Dauer der in Anspruch genommenen Maßnahme für den gesamten Betreuungszeitraum gilt. Dem entsprechend sind die Anteile der Kategorien, welche auf eine Veränderung des Wohnstatus verweisen, gering. Jeweils vier Prozent der Klientinnen und Klienten zeigen eine Verbesserung. Wird die Wohnsituation nach dem Geschlecht differenziert, so zeigen sich einige bemerkenswerte Unterschiede. So liegt der Anteil der Frauen, die in unverändert stabilen Wohnverhältnissen leben unabhängig von der Betreuungsdauer jeweils über dem der Männer. Letztere befinden sich hingegen häufiger in einer unverändert prekären Wohnsituation.

Abbildung 2.27:
Verlauf: Wohnsituation

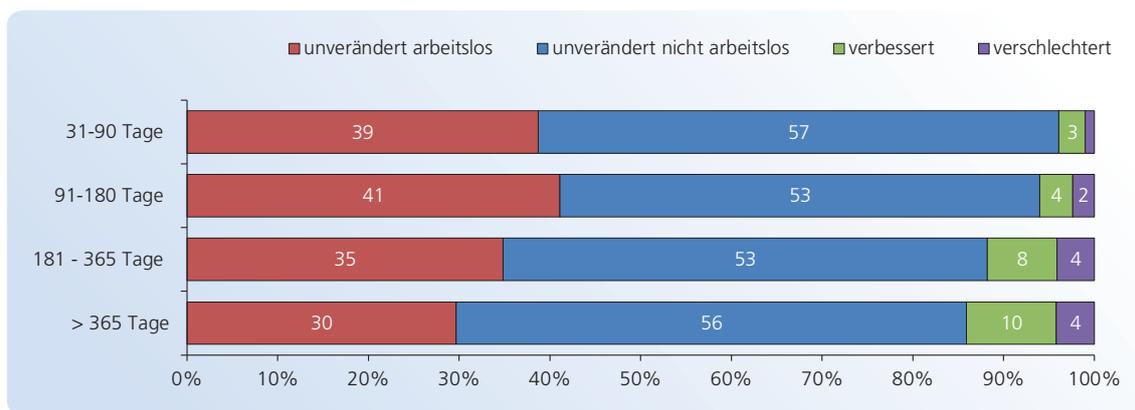


Arbeitslosigkeit

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“.

Größere Veränderungen im Erwerbsstatus der Alkoholclientel sind – unabhängig vom Geschlecht – nicht zu erkennen (siehe Abbildung 2.28). Bei den länger betreuten Klientinnen und Klienten wird für 10 % (>365 Tage) bzw. 8 % (181-365 Tage) eine Verbesserung dokumentiert. Für die Personen mit kurzer oder mittlerer Betreuungsdauer sind die entsprechenden Anteile nicht einmal halb so hoch. Diese, auf den ersten Blick etwas ernüchternd wirkenden Ergebnisse sind dennoch auch Ausdruck einer erfolgreichen Arbeit der Hamburger Suchthilfe. Denn die hohen Anteile der betreuten Personen, die unverändert einer Beschäftigung nachgehen – zwischen 53 % und 57 % – sowie die geringen Anteile der im Betreuungsverlauf arbeitslos gewordenen Klientinnen und Klienten, zeigen, dass es im Rahmen der Betreuung gelingt, die zu Betreuungsbeginn nicht arbeitslosen Klientinnen und Klienten trotz vielfältiger gesundheitlicher und sozialer Probleme so zu stabilisieren, dass sie ein geregeltes Erwerbsleben führen können. Gleichwohl sind zwischen dreißig und vierzig Prozent der Alkoholclientinnen und -klienten aktuell erwerbslos. Ohne intensive Hilfen zur Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt, wird es diesem Personenkreis schwerfallen, einen Weg aus der Arbeitslosigkeit zu finden.

Abbildung 2.28:
Verlaudo: Arbeitslosigkeit



Psychische und körperliche Gesundheit

Die psychische und körperliche Gesundheit der Klientinnen und Klienten wird durch den Alkoholkonsum selbst aber auch aufgrund der damit einhergehenden psychosozialen Belastungen in Mitleidenschaft gezogen. Auch wenn eine Reihe von insbesondere körperlichen Schädigungen irreversibel sind – wie z. B. die Leberzirrhose oder Nervenschäden – so besteht doch für die Mehrzahl der gesundheitlichen Belastungen eine reelle Chance, eine nachhaltige Verbesserung zu erreichen. Anzunehmen ist des Weiteren, dass die damit einhergehende Verbesserung der Lebensqualität dazu beiträgt, den Erfolg einer Suchtbehandlung zu befördern.

Die gesundheitlichen bzw. psychischen Beeinträchtigungen werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf einer fünfstufigen Skala von „keine“ bis „extreme“ Beeinträchtigungen zu Betreuungsbeginn, die Betreuung begleitend und zu Betreuungsende eingeschätzt.

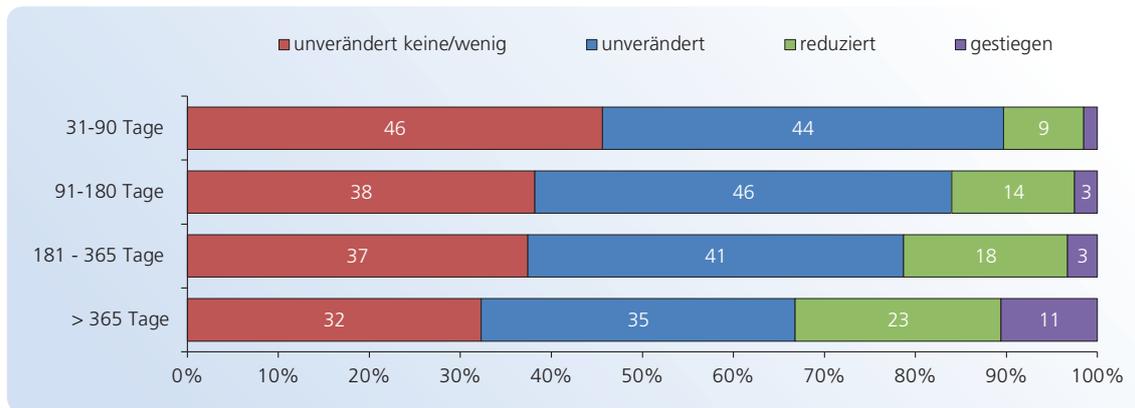
Eine Betreuung wurde der Kategorie „unverändert keine/wenige“ zugeordnet, wenn die Einschätzung zur gesundheitlichen bzw. psychischen Beeinträchtigung zu Betreuungsbeginn und Betreuungsende auf niedrigem Niveau lag („keine“ oder „wenige“). Gab es keine Veränderung der Einschätzung zwischen Betreuungsbeginn und Betreuungsende auf dem Niveau „mittel“, „erheblich“ oder „extrem“ wurde diese Betreuung als „unverändert“ eingestuft. Verbesserte sich der anfängliche Zustand von „extrem“, „erheblich“ oder „mittel“ um mindestens eine Stufe, beispielweise von „erhebliche“ zu „mittlere“ Beeinträchtigung, wurde die Kategorie „reduziert“ zugeordnet. Sollte analog ein Anstieg der Beeinträchtigung dokumentiert worden sein, wurde eine solche Betreuung in die Gruppe „gestiegen“ eingeordnet.

Mit Blick auf die Abbildung 2.29 fällt auf, dass der Anteil der Klientel, für den durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfe eine Verbesserung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen dokumentiert wurde, mit der Dauer der Betreuung nahezu linear ansteigt. Konnte beispielsweise für die Kurzzeitbetreuten bei etwa jeder elften betreuten Person eine positive gesundheitliche Entwicklung erreicht werden, so sind es bei den lang andauernden Betreuungen bereits doppelt so viele und bei den über ein Jahr hinausgehenden Hilfeangeboten zeigt sogar fast ein Viertel Zeichen einer Besserung der körperlichen Verfassung. Dem entsprechend sind in dieser Personengruppe die Anteile derer, welche einen unverändert prekären Gesundheitsstatus aufweisen, mit 35 % auch am geringsten. In Bezug auf die maximal bis zu einem halben Jahr betreuten Klientinnen und Klienten liegen die entsprechenden Anteile jeweils deutlich über vierzig Prozent.

Etwas aus dem Rahmen der bisher berichteten positiven Entwicklungen für die Personen mit sehr langer Betreuungsdauer fällt der überdurchschnittlich hohe Anteil einer Zunahme der gesundheitlichen Belastungen (8 % vs. 2-3 % für die anderen Gruppen). Anzunehmen ist, dass sich hierin die langfristigen Folgen eines oftmals mehrere Jahrzehnte andauernden Alkoholmissbrauchs widerspiegeln.

Die für die Gesamtklientel berichteten Ergebnisse finden sich in ähnlicher Verteilung sowohl bei den männlichen wie weiblichen Klienten wieder. Nennenswerte Unterschiede lassen sich diesbezüglich nicht feststellen.

Abbildung 2.29:
Verlaudo: Gesundheitlich-körperliche Beeinträchtigung



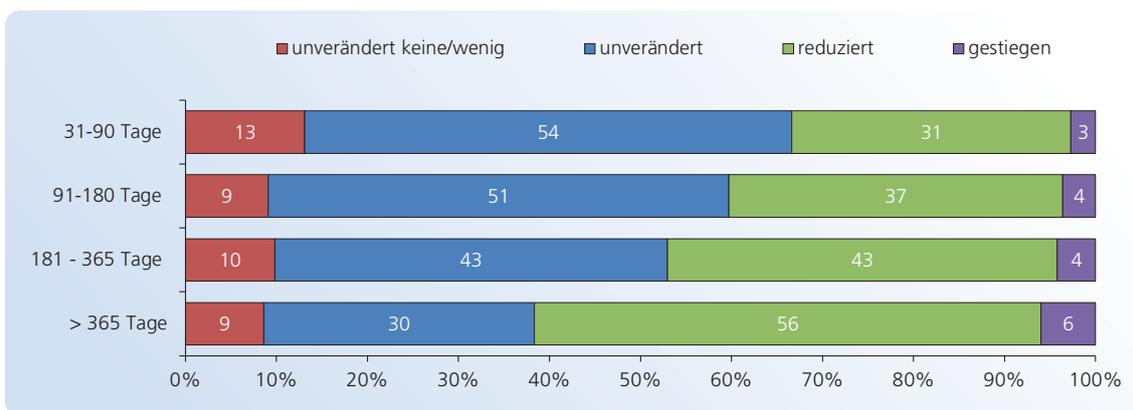
In Abbildung 2.30 sind die Veränderungen in der psychischen Situation der Klientinnen und Klienten wiedergegeben. Der Grafik lässt sich entnehmen, wie sehr Klientinnen und Klienten mit mittleren bis extremen psychischen oder seelischen Belastungen von den Angeboten der ambulanten Suchthilfe profitieren. Selbst in der Gruppe der Kurzzeitbetreuten zeigt sich bei fast einem Drittel (31 %) bereits eine Besserung der psychischen Gesundheit. Die entsprechenden Anteile steigen mit zunehmender Betreuungsdauer jeweils bemerkenswert an. So sind es bereits 37 % in der Gruppe der Klientinnen und Klienten mit mittlerer Betreuungsdauer und 43 % bei denen, die zwischen einem halben und einem ganzen Jahr die Suchtberatungsstelle aufsuchen. Die höchsten Anteile einer verbesserten psychischen Situation weisen jedoch die sehr lang betreuten Personen mit Alkoholproblemen auf. Für mehr als die Hälfte von ihnen (56 %) wurde eine Verringerung der psychischen und/ oder seelischen Belastungen dokumentiert.

Diametral hierzu stellt sich die Verteilung der Klientinnen und Klienten mit einem unverändert problematischen psychischen Status dar. Sind es in der letztgenannten Gruppe drei von zehn, so steigt dieser Anteil mit abnehmender Betreuungsdauer auf bis zu 54 % bei den Kurzzeitbetreuten an. Insgesamt machen die Ergebnisse deutlich, wie erfolgreich die Arbeit der ambulanten Suchthilfe sein kann, sofern es ihr gelingt, die Betroffenen länger im System zu halten.

Bemerkenswert sind auch die Ergebnisse zu den Klientinnen und Klienten, für die eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit dokumentiert wurde. Denn obwohl anzunehmen ist, dass aufgrund der langen Betreuungszeiten und der damit verbundenen Reduzierung der eigentlichen Suchtproblematik die negativen Begleiterscheinungen einer Suchterkrankung, wie z. B. die soziale Isolation, die problematische berufliche wie finanzielle Situation und die körperlichen Beeinträchtigungen bei den Betroffenen wieder stärker in den Vordergrund rücken und somit der psychische Druck steigt, zeigen diese langzeitbetreuten Klientinnen und Klienten nur zu geringen Anteile eine Zunahme der psychisch-seelischen Belastung.

Frauen profitieren – bei insgesamt etwas problematischerem Ausgangsniveau – bemerkenswert häufiger von den Betreuungsangeboten als Männer. Insbesondere bei den kurz (31-90 Tage: Frauen: 38 %; Männer: 27 %) und den sehr lang betreuten Personen unterscheiden sich die Anteile deutlich (>365Tage: Frauen: 63 %; Männer: 50 %). In der Gruppe jener die zwischen sechs und zwölf Monaten betreut wurden, fallen die Unterschiede mit 46 % (Frauen) zu 41 % (Männer) etwas geringer aus und bei den Klientinnen und Klienten mit mittlerer Betreuungsdauer profitieren sogar die männlichen betreuten Personen geringfügig mehr von den Hilfeangeboten (Frauen: 36 %; Männer: 37 %).

Abbildung 2.30:
Verlaudo: psychische Belastungen



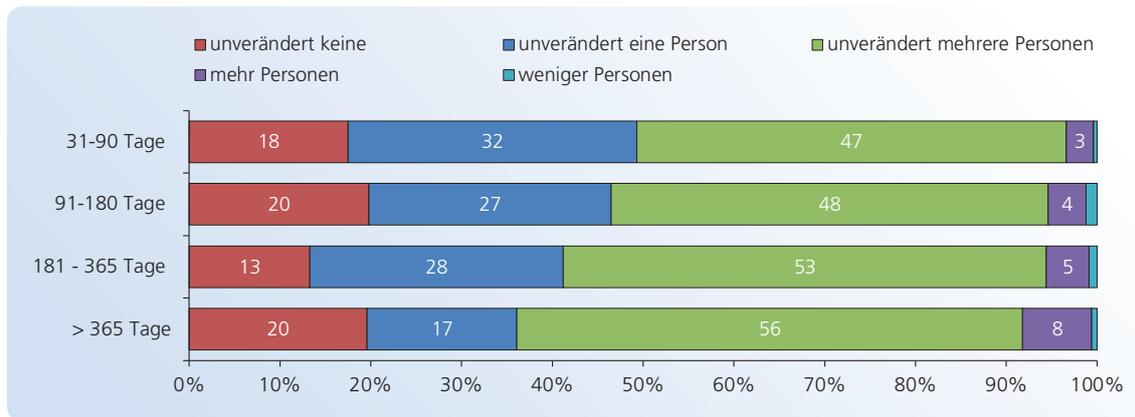
Soziale Beziehungen

Die sozialen Beziehungen werden abgebildet anhand der Frage nach Zahl der Angehörigen oder Freunden, von denen die Klientinnen und Klienten eine verlässliche Hilfe erwarten können, wobei zwischen „keine Person“, „eine Person“ und „mehrere Personen“ unterschieden wird. Wenn sich die Situation zu Betreuungsbeginn und die Situation zu Betreuungsende nicht unterscheiden, wird die Betreuung entsprechend der Ausgangslage als „unverändert keine“, „unverändert eine“ oder „unverändert mehrere Personen“ kategorisiert. Bei einer Vergrößerung des Personenkreises um mindestens eine Kategorie, z. B. von „eine Person“ zu „mehrere Personen“ wird die Betreuung der Gruppe „mehr Personen“ zugeordnet. Hat sich der Personenkreis zum Betreuungsende verkleinert, wird die Kategorie „weniger Personen“ gewählt.

Vor dem Hintergrund der jahrelangen Konsumphasen, in denen soziale Kontakte durch die Klientinnen und Klienten vernachlässigt bzw. belastet wurden, kommt dem Aufbau von Kontakten zu Freunden und anderer sozialer Kontakte eine besondere Bedeutung zu. Die weit überwiegende Mehrheit der Klientinnen und Klienten gibt unabhängig von der Betreuungsdauer an, dass Kontakt zu Personen besteht, die in Notfallsituationen bereit sind, Hilfe zu leisten (siehe Abbildung 2.31). Die Anteile derer, die Zugriff auf mehrere solcher Personen haben, steigen mit der Länge der Dauer einer Betreuung an. Veränderungen im Zeitverlauf sind hingegen nur begrenzt zu erkennen. Bei gerade einmal drei Prozent der Klientinnen und Klienten mit einer kurzen Betreuungsdauer ist ein Zuwachs an Personen, auf die im Notfall zuverlässig zurückgegriffen werden kann, festzustellen. Diese Anteile steigen mit der Länge der Inanspruchnahme von Hilfe durch die Klientinnen und Klienten leicht auf maximal 8 % bei den sehr lang Betreuten an. Erfreulich ist hingegen, dass auch eine Verschlechterung des Kontakts zu zuverlässigen Angehörigen, Freunden oder Bekannten nur sehr selten auftritt (maximal 1 %). Etwas Sorge muss aber der unvermindert hohe Anteil der Klientinnen und Klienten bereiten, die sich bei Problemen an keine Vertrauensperson wenden können. Die entsprechenden Anteile schwanken zwischen 13 % und 20 %. Hier steht zu befürchten, dass in Notfallsituationen mangels Alternativen dann doch wieder auf die früher praktizierten Problemlösungsmuster – wie z. B. der übermäßige Gebrauch von Alkohol – zurückgegriffen wird.

Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind in Bezug auf Veränderungen des hier beschriebenen Sachverhaltes kaum zu erkennen. Die männlichen Klienten weisen aber unabhängig von der Betreuungsdauer einen stets höheren Anteil an Personen auf, die unverändert keine Möglichkeit haben, sich im Notfall vertrauensvoll an Dritte zu wenden.

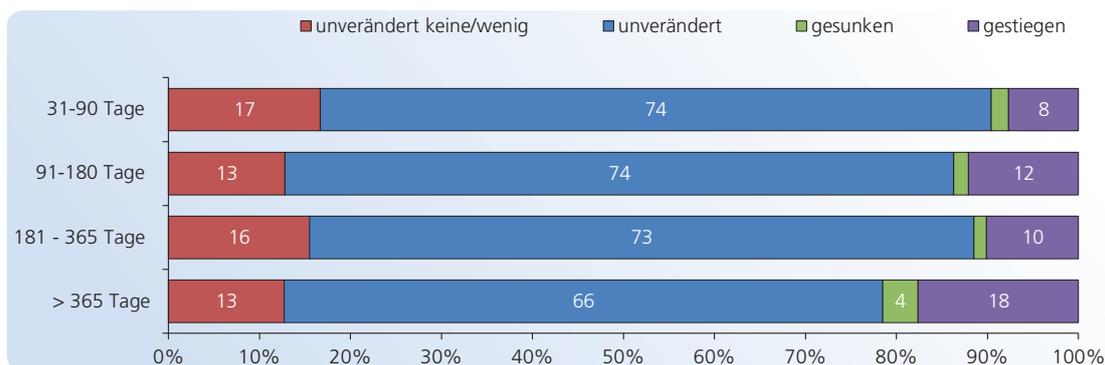
Abbildung 2.31:
Verlaudo: Angehörige oder Freunde, von denen verlässliche Hilfe erwartet werden kann



Tage mit Clean-Kontakten

Der Kontakt zu Personen, die kein Suchtproblem aufweisen, ist für die betreuten Alkohol klientinnen und -klienten wichtig, um die eigene Störung erfolgreich angehen zu können. Der Ausstieg aus dem „nassen Milieu“ und der Aufbau eines tragfähigen sozialen Netzes ist für viele Menschen mit einem Suchtproblem eine große Herausforderung. Hatten die Klientinnen und Klienten sowohl zu Betreuungsbeginn als auch am Betreuungsende seltener als an fünf Tagen Clean-Kontakte, so wird die Kategorie „unverändert keine/wenige“ gewählt. Bei mindestens fünf Tagen und identischen Werten zu Betreuungsbeginn und Betreuungsende wird die Betreuung als „unverändert“ eingestuft. Bei einer Zunahme der Tage im Laufe der Betreuung um mindestens einen Tag wird die Kategorie „gestiegen“, bei einer Abnahme entsprechend „gesunken“ gewählt. Abbildung 2.32 zeigt auf, dass bei den Klientinnen und Klienten, die zwischen einem und zwölf Monaten in Betreuung sind, jeweils etwa drei Viertel unverändert Kontakte zu Personen ohne eine Suchterkrankung pflegen. Bei den sehr lang betreuten Alkohol konsumentinnen und -konsumenten sind es etwas geringere 66 %. Die Frauen zeigen diesbezüglich in allen Gruppen leicht höhere Anteile als die Männer. In der Gruppe der Langzeitbetreuten findet sich der höchste Zuwachs an Personen, denen es im Laufe der Betreuung gelungen ist, regelmäßige Clean-Kontakte (18 %) zu etablieren. In den drei anderen hier betrachteten Gruppen schwankt dieser Anteil zwischen acht und zehn Prozent. Die weiblichen Klienten profitieren insgesamt etwas mehr als die Männer. Verschlechterungen sind unabhängig vom Geschlecht und der Betreuungsdauer kaum dokumentiert worden. Jedoch gibt es eine relevante Gruppe von Klientinnen und Klienten – je nach Betreuungsdauer schwankt deren Anteil zwischen 13 % und 17 % – der es im Betreuungsverlauf nicht gelingt, Kontakte zu Menschen zu knüpfen, die nicht suchtmittelabhängig sind. Männer sind hiervon jeweils etwas stärker betroffen als Frauen. Ohne zusätzliche Interventionen seitens der ambulanten Suchthilfe wird es dieser Klientel schwerfallen, der Alkoholabhängigkeit erfolgreich zu begegnen.

Abbildung 2.32:
Verlaudo: Tage mit Clean-Kontakten

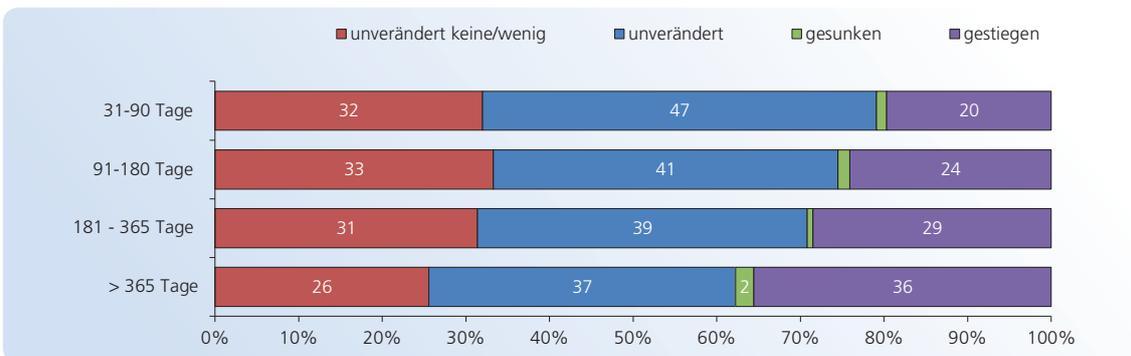


Freizeitaktivitäten

Eine Suchtmittelabhängigkeit hat oftmals zur Folge, dass bestehende Hobbys, Interessen oder sportliche Betätigungen vernachlässigt oder ganz eingestellt werden. Für eine erfolgreiche Behandlung der Suchtproblematik kann ein Mangel an förderlichen Freizeitaktivitäten jedoch von Nachteil sein, da es den Klientinnen und Klienten nach der Einstellung bzw. starken Reduzierung des Alkoholkonsums oftmals an Möglichkeiten fehlt, Kontakte zu Personen ohne Suchtprobleme zu entwickeln.

Eine Zuordnung der Betreuung in die Gruppe „unverändert keine/wenig“ erfolgt, wenn die Klientin oder der Klient sowohl zu Beginn als auch zum Ende der Betreuung lediglich an einem Tage oder an keinem Tag einer Freizeitaktivität nachging. Bei einer Zunahme der Häufigkeit zum Betreuungsende um mindestens einen Tag bzw. der Reduzierung um mindesten einen Tag, wird die Betreuung als „gestiegen“ bzw. „gesunken“ klassifiziert. Wie schwer es vielen Klientinnen und Klienten fällt, die Freizeit aktiv zu gestalten, machen in Abbildung 2.33 die Anteile derer deutlich, denen es auch nach längeren Betreuungen nicht gelungen ist, eine geregelte Freizeitbeschäftigung für sich zu organisieren. Die diesbezüglichen Anteile liegen bis auf die Gruppe der Langzeitbetreuten (26 %) jeweils immer über 30 %. Zwischen 47 % der Kurzzeitbetreuten und 37 % bei den sehr lang betreuten Klientinnen und Klienten nehmen hingegen seit Betreuungsbeginn unverändert an Freizeitaktivitäten teil. Bemerkenswert ist der Anteil der betreuten Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten, die im Laufe der Betreuung (wieder) beginnen, einem Hobby nachzugehen. Wird eine solche positive Veränderung in der Gruppe der kurzzeitbetreuten Klientinnen und Klienten schon für beachtenswerte 20 % dokumentiert, so steigt dieser Anteil mit der Betreuungsdauer stetig an. Unter den sehr lang Betreuten sind es bereits 36 %, die im Betreuungsverlauf begonnen haben, die zur Verfügung stehende freie Zeit aktiv zu gestalten. Nennenswerte geschlechtsspezifische Unterschiede sind in Bezug auf die Veränderungen des Freizeitverhaltens nicht zu erkennen.

Abbildung 2.33:
Verlaudo: Tage mit Freizeitaktivitäten

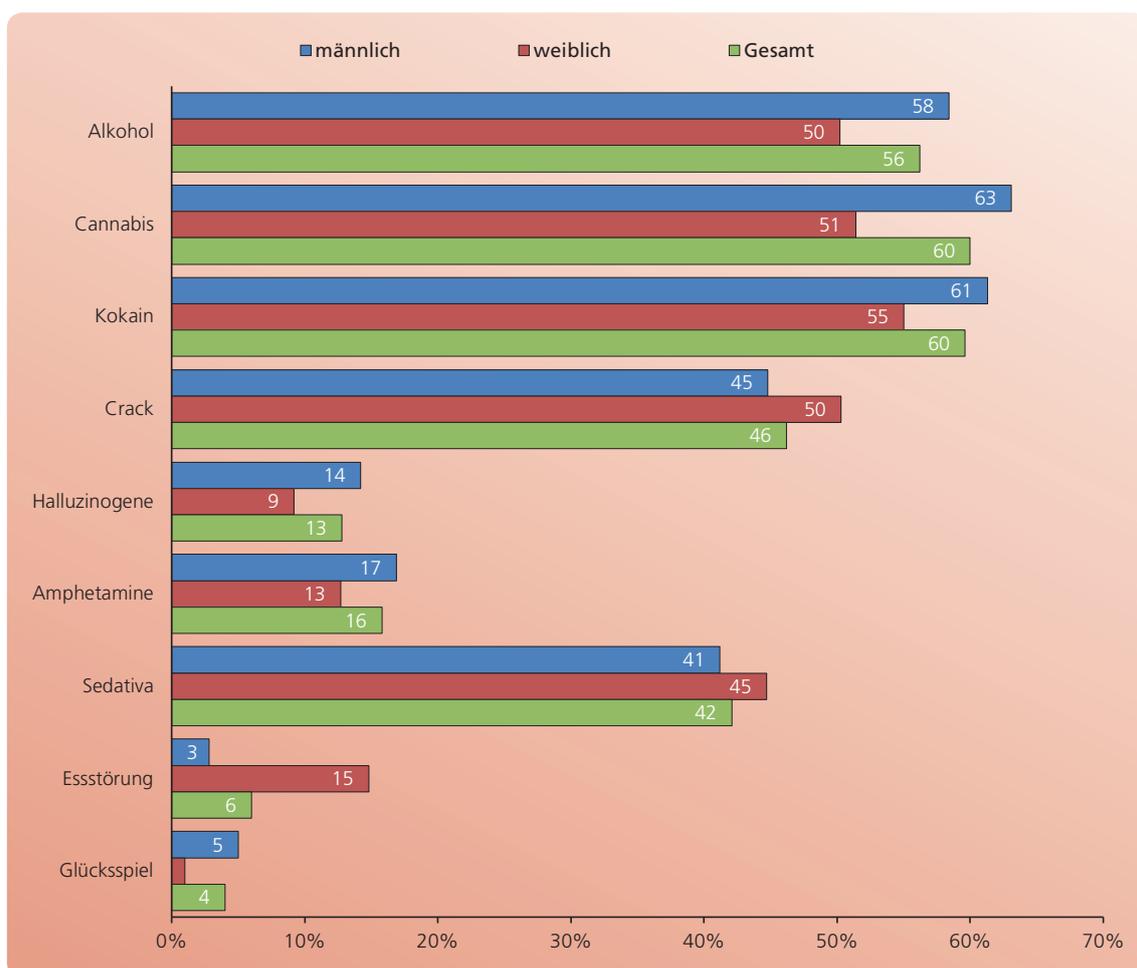


3. Opiate

In diesem Kapitel stehen die 4.668 Klientinnen und Klienten mit opiatbezogenen Abhängigkeiten im Vordergrund. Der Frauenanteil von 27 % liegt in dieser Klientengruppe ähnlich hoch wie in den letzten Jahren.

Die 4.686 Klientinnen und Klienten dieser Gruppe sind zumeist polyvalent konsumierende Menschen, die jedoch auch alle eine Opiatabhängigkeit aufweisen. Im Mittel weist diese Gruppe 4,0 Problembereiche inklusive Glücksspiel und Essstörungen auf, ohne Tabak zu berücksichtigen, mit unwesentlichen Unterschieden zwischen den Geschlechtern (Frauen: 3,9, Männer: 4,1). 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 2011 (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 sowie Auswertungen zur Verlaufsdokumentation, also den Veränderungen im Betreuungsverlauf. Hierzu werden die Veränderungen zwischen dem Betreuungsbeginn und dem Betreuungsende ad personam analysiert und nicht wie in den vorangegangenen Jahren im Querschnitt. Im anschließenden dritten Abschnitt wird die Situation der substituierten Hamburger Opiatklientinnen und -klienten analysiert.

3.1 Betreuungen

Alle 59 Hamburger Einrichtungen bzw. Projekte waren an den 6.575 Betreuungen dieser Klientel beteiligt, jedoch zu stark unterschiedlichen Anteilen. Der größte Anteil an Betreuungen wurde mit 39 % durch Einrichtungen des Typs „Betreuung für Substituierte“ geleistet. Einen kleineren Anteil weisen Einrichtungen des Typs „illegale Drogen“ auf (28 %). In den suchtmittelübergreifenden Einrichtungen wurden 16,5 % der Betreuungen durchgeführt und die externen Beratungsstellen in der JVA erreichten mit insgesamt 438 Betreuungen 7 % aller Betreuten. Der Einrichtungstyp „legale Drogen“ weist für die Opiatgruppe 1 % Betreuungen auf.

Die Betreuungsart in der Einrichtung gibt Aufschluss darüber, welche Leistungen Klientinnen und Klienten im Hilfesystem nachfragten. 51 % der Klientel nahmen ambulante Beratung und Betreuung in Anspruch, 41 % psychosoziale Betreuung für Substituierte, 28 % auch niedrigschwellige Hilfen und 8 % wurden in Haft betreut.¹

Während einer Betreuung kommt es regelmäßig zu weiteren Betreuungen in anderen Bestandteilen des Hilfesystems, 74 % der Klientinnen und Klienten der Hauptgruppe Opiate nehmen zusätzlich zur dokumentierten Betreuung weitere ergänzende Betreuungen in Anspruch. Zumeist sind diese ergänzenden Betreuungen Substitutionsbehandlungen (50 %), aber auch Entzüge sind mit einem Anteil von 6 % und ambulante suchtmmedizinische Hilfen sind mit 13 % als ergänzende Betreuung zu finden. Niedrigschwellige Hilfen nehmen zusätzlich 11 % der Betreuten in Anspruch, wobei der Anteil bei den Frauen deutlich höher ist als bei den Männern (Männer: 9 %, Frauen 17 %).

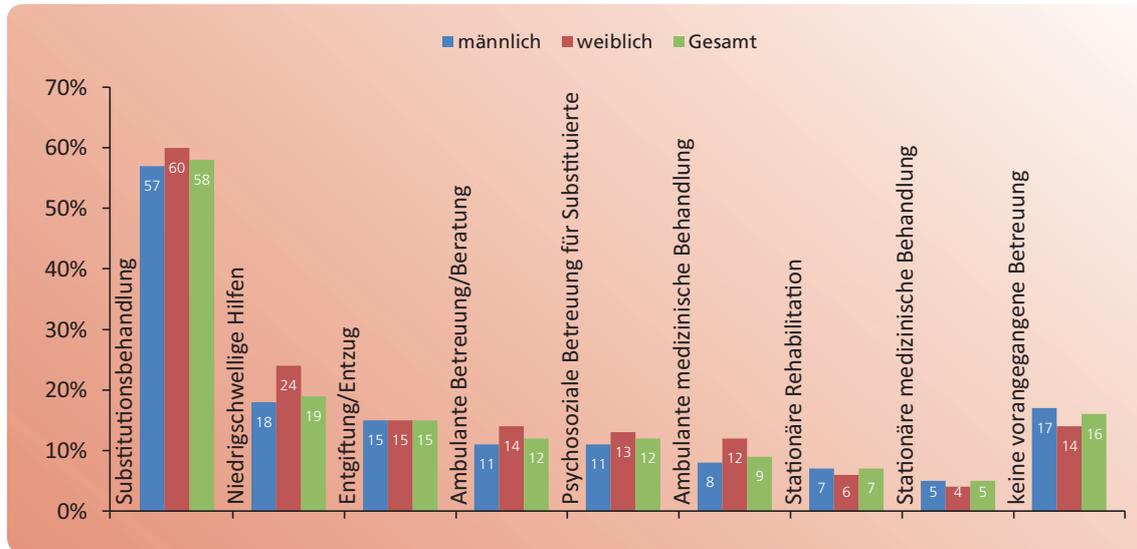
81 % der Betreuten kommen ohne Auflagen in die Betreuung. Wurden im Jahr 2007 noch 15 % der Auflagen für eine Betreuung im ambulanten Suchthilfesystem von der Justiz ausgesprochen, so ging dieser Anteil um 7,5 Prozentpunkte zurück. Trotz der hohen Arbeitslosigkeit in dieser Klientengruppe erteilte das Arbeitsamt nur in 1,3 % der Fälle eine Auflage. Weibliche Klienten kommen mit 15 % deutlich weniger häufig mit Auflagen in die Beratungsstelle als männliche Klienten (20 %).

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

Nur 16 % der Betreuten waren in den letzten 60 Tagen nicht in einer suchtspezifischen Betreuung zu finden. Häufig waren die Klienten in einer Substitutionsbehandlung (58 %), aber sie waren auch in niedrigschwelligeren Einrichtungen (19 %), im Entzug (15 %), in einer ambulanten Beratung (12 %) sowie in stationärer Entwöhnungsbehandlung (7 %).

¹ Da ein Klient mehrere Betreuungsarten in einer Einrichtung in Anspruch nehmen kann, ist die Frage nach der Betreuungsantwort als Mehrfachantwort in der BADO hinterlegt.

Abbildung 3.2:
Vorangegangene Betreuungen in den letzten 60 Tagen vor Betreuungsbeginn nach Geschlecht

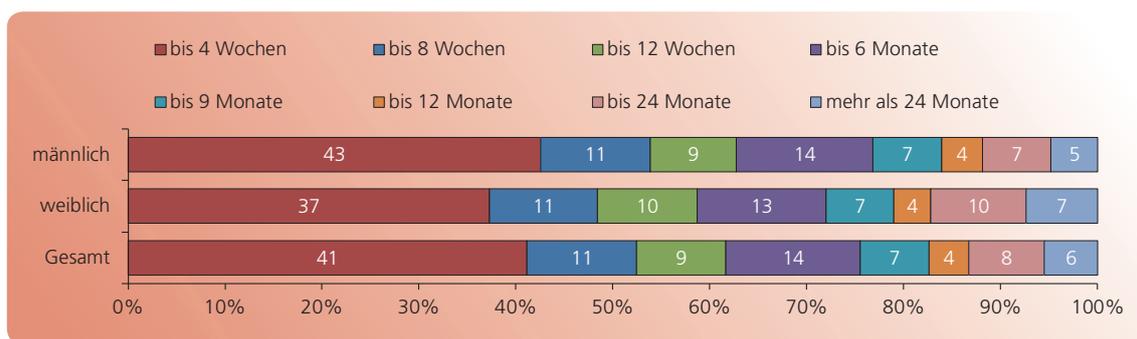


Von den 6.575 Betreuungen in 2011 wurden 3.808 Betreuungen (58 %) in 2011 beendet. Die mittlere Betreuungslänge lag bei 175 Tagen, weibliche Klientel wurde mit 202 Tagen 36 Tage länger betreut als die männliche Klientel.

Die hier für Hamburg ermittelte durchschnittliche Betreuungsdauer liegt 142 Tage unterhalb des Wertes für Opiatklientel, welcher als Mittelwert in der Deutschen Suchthilfestatistik 2011 ausgewiesen wird. Der Unterschied zwischen den Betreuungsdauern für Männer und Frauen ist dort mit 40 Tagen angegeben.

52,5 % der Betreuten verweilen in Hamburg nur bis zu 8 Wochen in der Betreuung, der Vergleichswert für das Bundesgebiet liegt hier bei 34 %, wohingegen 28 % der Betreuten dort länger als 9 Monate betreut werden. In Hamburg trifft dieses jedoch nur auf eine Teilgruppe von 17 % der Betreuten zu.

Abbildung 3.3:
Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in Kategorien nach Geschlecht



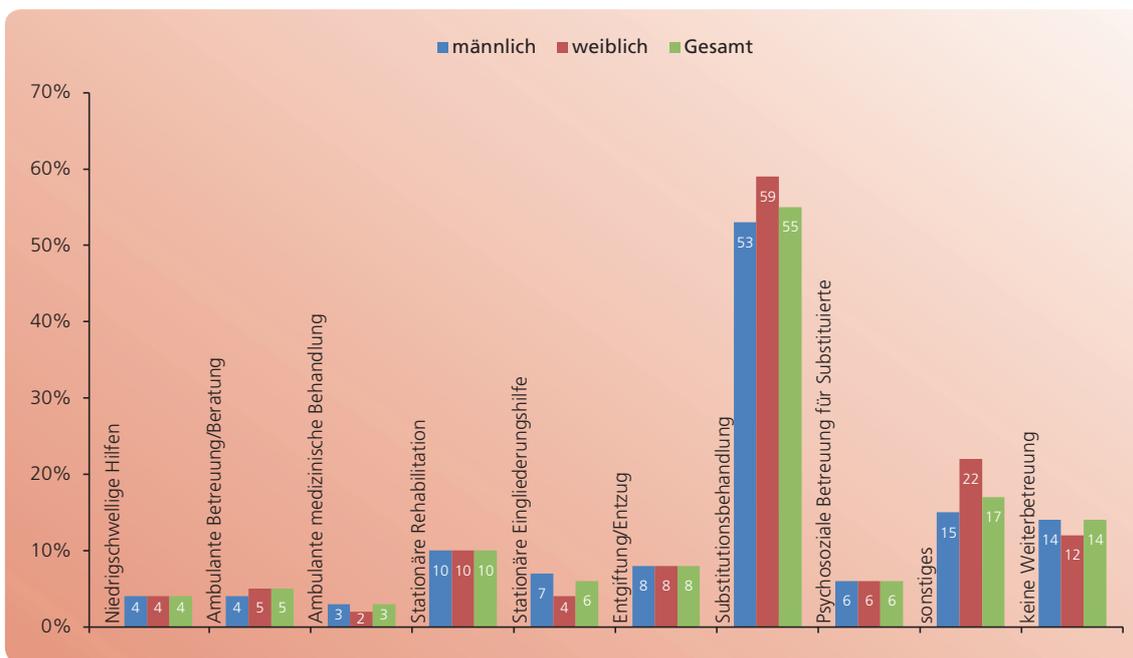
Obwohl die Betreuungszeiten in Hamburg deutlich geringer ausfallen als im gesamten Bundesgebiet, unterscheiden sich die Anteile planmäßiger Beendigungen der Betreuungen nicht voneinander. So berichten sowohl die BADO als auch die Deutsche Suchthilfestatistik davon, dass 40 % der Betreuungen aufgrund eines Kontaktverlustes über einen Zeitraum von mehr als 2 Monaten beendet wurden.

Der Abschluss einer Betreuung stellt zumeist nicht das Ende der Betreuung im Suchthilfesystem dar. 86 % 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 ergänzende Maßnahmen in anderen Einrichtungen während der dokumentierten Betreuung in Anspruch und verbleiben in 86 % 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 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. Seit dem Dokumentationsjahr 2011 wurden die Bereiche ergänzt um Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, soziale Kontakte und Motivation zur Abstinenz und Konsumreduktion. Diese neuen Bereiche werden in diesem Jahr jedoch nicht dargestellt, da aufgrund der noch nicht ausreichenden Datenlage eine Abbildung der Gesamtgruppe nicht möglich erscheint.

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 suchtspezifischer Hilfe geben können. Da jedoch anzunehmen ist, dass sich einige Effekte von 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 2011 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 Jahre 2005 bis 2009, in denen die Ergebnisse im Querschnitt zu Beginn und aktuell miteinander verglichen wurden, wird in diesem Berichtsjahr eine Analyse der Veränderungen auf Betreuungsebene vorgenommen.

Tabelle 3.1:
Betreuungsdauer kategorisiert nach Geschlecht

	männlich		weiblich		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
31–90 Tage	445	33%	173	32%	618	33%
91–180 Tage	312	23%	107	20%	419	22%
181–365 Tage	282	21%	97	18%	379	20%
366 Tage und mehr	312	23%	158	30%	470	25%
Gesamt	1.351	100%	535	100%	1.886	100%

Psychische und körperliche Gesundheit

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

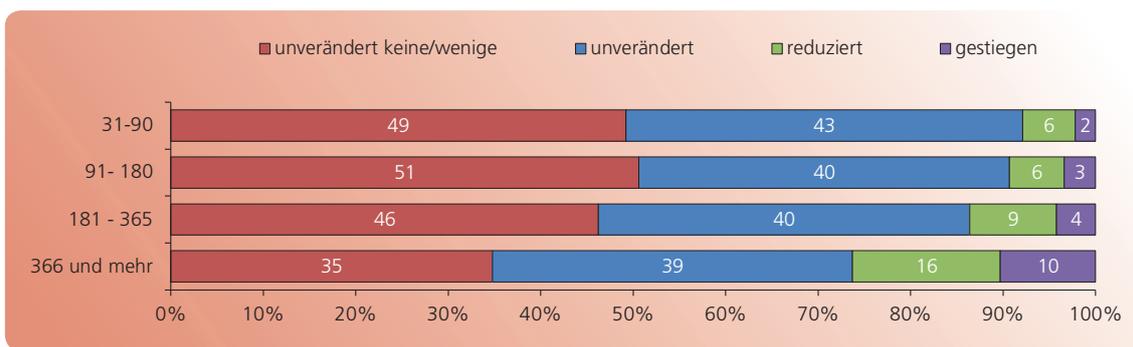
Wenn die Einschätzung zur gesundheitlichen Beeinträchtigung zu Betreuungsbeginn und Betreuungsende auf niedrigem Niveau lag („keine“ oder „wenige“) wurde diese Betreuung der Kategorie „unverändert keine/wenige“ zugeordnet. Gab es keine Veränderung der Einschätzung zwischen Betreuungsbeginn und Betreuungsende auf dem Niveau „mittel“, „erheblich“ oder „extrem“ wurde diese Betreuung als „unverändert“ eingestuft. Wurde eine Betreute oder ein Betreuer am Anfang mit „extrem“, „erheblich“ oder „mittel“ gesundheitlich beeinträchtigt bewertet und verbesserte sich dieser Zustand um mindestens eine Stufe, beispielweise von „erhebliche“ zu „mittlere“ gesundheitliche Beeinträchtigung, wurde die Betreuung der Kategorie „reduziert“ zugeordnet. Sollte analog ein Anstieg der Beeinträchtigung dokumentiert worden sein, ist eine solche Betreuung in die Gruppe „gestiegen“ eingeordnet worden.

Abbildung 3.5 ist zu entnehmen, dass die Kategorien „unverändert keine/wenige“ bei Betreuungsdauern von bis zu einem Jahr zwischen 46 % und 51 % 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 sechs und zwölf Monaten. Dort liegt die Kategorie „unverändert“ bei 40 % und eine gesundheitliche Verbesserung ist bei 9 % eingetreten.

Die Entwicklung 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 35 % am schwächsten ausgeprägt, die Verbesserungen mit 16 % am stärksten, jedoch auch die Verschlechterungen mit 10 %.

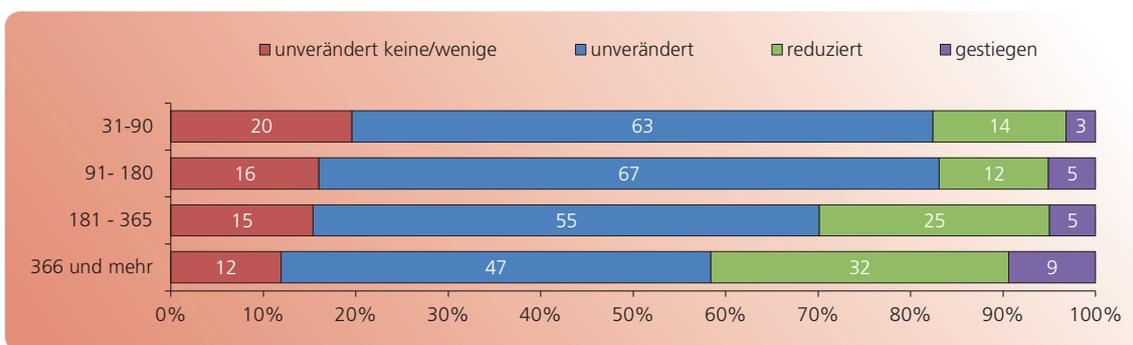
Die Ergebnisse zeigen, dass Menschen mit stärkeren gesundheitlichen Beeinträchtigungen länger in der Betreuung bleiben, sich gesundheitlich stabilisieren und zum Teil verbessern.

Abbildung 3.5:
Verlaudo Gesundheitliche Beeinträchtigungen nach Geschlecht und 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 14 % der Klientinnen und Klienten, bei Betreuungsdauern bis zu 180 Tagen bei 12 % der Betreuten und bei Betreuungsdauern bis zu einem Jahr bei 25 %. Verschlechterungen zeigen sich jedoch aber in einer deutlich geringeren Ausprägung. Die deutlichsten Effekte finden sich auch hier in der Gruppe der über ein Jahr Betreuten. Hier verbessern sich 32 % der Klientinnen und Klienten. Auch wenn der Anteil an Personen mit keinen oder wenigen psychischen Belastungen zu Betreuungsbeginn niedriger liegt, also sich hier eine Gruppe von stärker belasteten abzeichnet, ist der Effekt nicht ausschließlich hierdurch zu erklären.

Abbildung 3.6:
Verlaudo psychische Belastungen nach Geschlecht und Betreuungsdauer

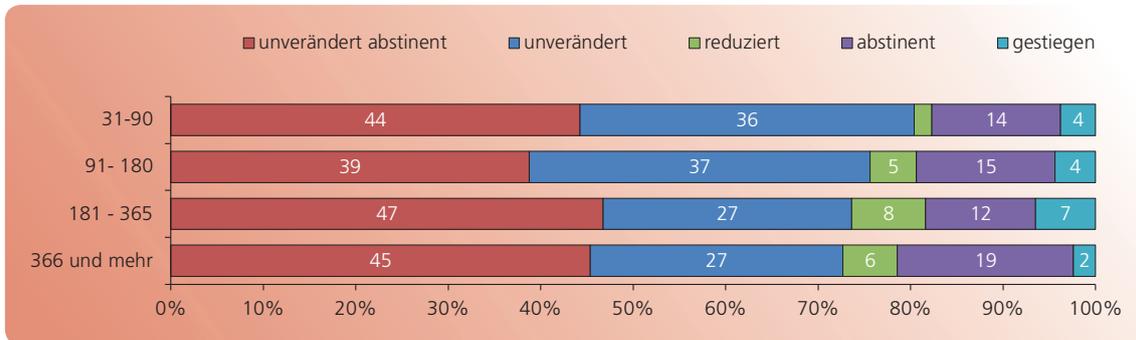


Konsum

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 3.7 verdeutlicht, dass bei 44 % der Betreuten, unabhängig von der Betreuungsdauer, die zu Betreuungsbeginn vorliegende Abstinenz von Heroin über die Betreuung hinweg aufrechterhalten werden konnte. „Gestiegener“ Konsum konnte nur bei einer sehr kleinen Gruppe von 2 % bis 6,5 % ausgemacht werden. „Unveränderten“ Konsum zeigten, abhängig von der Betreuungsdauer zwischen 27 % und 36 %. Je länger die Betreuung andauert, desto mehr Menschen verringern ihren Suchtmittelkonsum und umso mehr Menschen erreichen die Abstinenz vom Heroinkonsum.

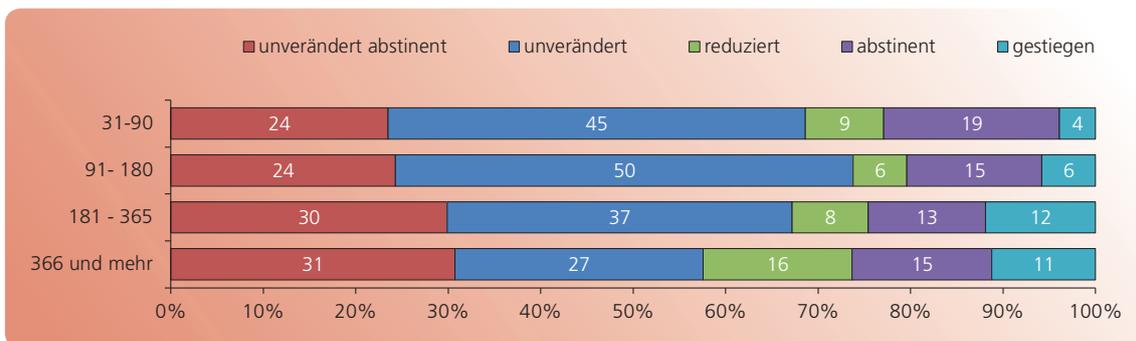
Abbildung 3.7:
Verlaudo Heroinkonsum nach Geschlecht und Betreuungsdauer



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 eine Alkoholabstinenz zu Betreuungsbeginn unter den Langzeitbetreuten häufiger vorzufinden ist als bei den Klientinnen und Klienten mit einer Betreuungsdauer unter einem halben Jahr. Auch wenn über alle Dauern 26 % der Betreuten während der Betreuung ihren Alkoholkonsum reduzieren oder abstinent werden, so zeigt sich der stärkste Gruppeneffekt jedoch bei Betreuungszeiträumen über einem Jahr.

Abbildung 3.8:
Verlaudo Alkoholkonsum nach Geschlecht und Betreuungsdauer

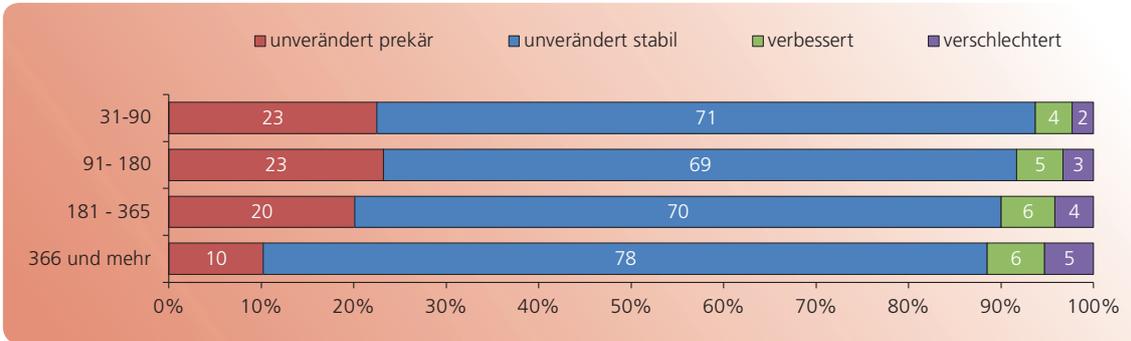


Wohnsituation

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 entweder als „unverändert prekär“ oder als „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 der betreuten Personen mit einem Opiatproblem leben bereits zu Beginn der Betreuung in einer stabilen Wohnsituation und können dies, wohl auch durch die Betreuungseffekte, 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, eher gering sind.

Abbildung 3.9:
Verlaudo Wohnsituation nach Geschlecht und Betreuungsdauer



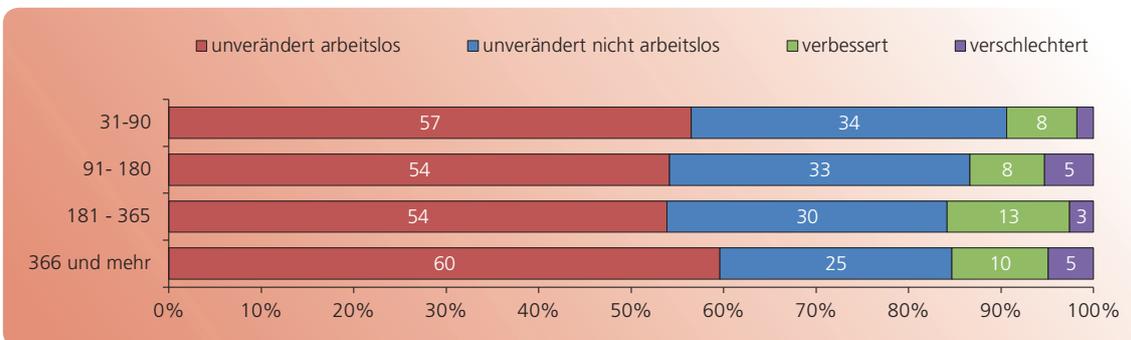
Arbeitslosigkeit und Einkommen

Der Erwerbsstatus zu Betreuungsbeginn wurde zu den Gruppen „arbeitslos“ und „nicht arbeitslos“ zusammengefasst. Wenn keine Veränderung zwischen Betreuungsbeginn und Betreuungsende bei einer Betreuten bzw. einem Betreuten vorlag, wurde 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 1.240 Arbeitslosen zu Betreuungsbeginn 176 Betreute (14,1 %) ihre Situation verbessern und 66 Betreute oder 5 % ihre Situation verschlechtern.

Es zeigt sich jedoch auch, dass eine längere Betreuungsdauer mit einer höheren Arbeitslosigkeit zu Betreuungsbeginn einher geht. Sind bei Betreuungszeiten zwischen 31 und 90 Tagen 34 % nicht arbeitslos, so fällt dieser Wert auf 25 % bei Betreuungsdauern von 366 Tagen und mehr.

Abbildung 3.10:
Verlaudo Arbeitslosigkeit nach Geschlecht und Betreuungsdauer



3.3 Die Situation der Hamburger Substituierten

In Hamburg werden seit fast 25 Jahren Heroinabhängige mit opioidhaltigen Substitutionsmitteln behandelt. Damit war Hamburg das zweite Bundesland, das neben Nordrhein-Westfalen Ende der 80er Jahre diese Behandlungsform in Deutschland eingeführt hat. Die Substitutionsbehandlung existierte in den USA (und einigen anderen Ländern) damals schon seit über 20 Jahren (Dole & Nyswander 1965), konnte auf sehr gute Effekte verweisen (z. B. Ball & Ross 1991), wurde aber in Deutschland vornehmlich aus politisch-ideologischen Gründen nicht in das Therapiespektrum für Drogenabhängige übernommen. Erst mit der Ausweitung der HIV-Infektion, der zunehmenden Verelendung und Marginalisierung der Drogenabhängigen sowie steigender Kriminalitätsraten in der 80er Jahren erhöhte sich die Bereitschaft und Akzeptanz für diese Behandlungsform (Verthein et al. 1998). Die neu eingeführten Methadonbehandlungen – der wissenschaftliche Modellversuch in NRW und das von der Ärztekammer Hamburg getragene Einzelfallkonzept – wurden wissenschaftlich evaluiert und konnten die positiven Wirkungen dieser Therapieform bestätigen (Scherbaum & Gastpar 1991; Prognos 1998; Raschke 1994; Verthein et al. 1995; Reuter & Kufner 2002).

Nach dem Ende der Hamburger Substitutionsstudie Mitte der 90er Jahre gab es in der Folge keine wissenschaftliche Bestandsaufnahme der Substitutionsbehandlung. Im Rahmen des bundesdeutschen Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung konnte immerhin der Einjahres-Verlauf von zwischen 2002 und 2003 aufgenommenen Methadonpatient(inn)en der Kontrollgruppe eingehend analysiert werden. Wenngleich die Ergebnisse der Kontrollgruppe in den meisten untersuchten Variablen schlechter ausfielen als bei den Patient(inn)en der Diamorphinbehandlung, konnte in dieser Studie auch die Wirksamkeit der Methadonbehandlung nachgewiesen werden (Verthein et al. 2008). Erst die 2004 gestartete bundesweite COBRA-Studie (Wittchen et al. 2008) sowie die darauf aufbauende PREMOS-Studie konnten wieder die längerfristigen Wirkungen der Substitutionsbehandlung darstellen (Wittchen et al. 2011).

Die Substitutionsbehandlung wird entweder von niedergelassenen Ärzten in privater Praxis oder in multifunktionalen Substitutionsambulanzen durchgeführt. Von Letzteren gibt es in Hamburg vier (in Altona, Wandsbek, Harburg und in der Klinik Nord Ochsenzoll), die in der Trägerschaft der ASKLEPIOS Klinik Nord Ochsenzoll betrieben werden. Die psychosoziale Betreuung (PSB), die am Behandlungsbeginn obligatorisch und in Hamburg in der Regel auf zwei Jahre begrenzt ist, wird von mehreren Hamburger Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe angeboten, entweder von auf die Betreuung von Substituierten spezialisierten PSB-Einrichtungen oder von Suchtberatungsstellen. Eine Hamburger Besonderheit stellt das über die lokalen Apotheken organisierte Vergabesystem des Substitutionsmittels dar, welches den substituierten Patienten ermöglicht, die auf viele Termine und Untersuchungen beruhende, stark regulierte Substitutionsbehandlung besser in ihren Alltag zu integrieren. Als Substitutionsmittel werden hauptsächlich d,l-Methadon und Levomethadon als mit Fruchtsaft versetzte Trinklösung eingesetzt. Ein Teil der Patienten wird mit Buprenorphin-Kapseln substituiert. Auch Codeinpräparate (als Saft oder Kapseln) und injizierbares Diamorphin werden bei kleineren Patientengruppen eingesetzt. Zu Behandlungsbeginn müssen die Patienten in der Regel täglich in der Arztpraxis bzw. Apotheke oder Ambulanz erscheinen, um ihre Tagesdosis verschrieben bzw. verabreicht zu bekommen. Nach einer Phase der Stabilisierung bzw. unter bestimmten Bedingungen eines positiven Behandlungsverlaufs kann das Substitutionsmittel als so genannte Take-home-Dosis für bis zu sieben Tage (in Ausnahmefällen bis zu einem Monat) verschrieben werden (ausgenommen Diamorphin), ohne dass eine zwischenzeitliche Arztkonsultation notwendig ist. Die Durchführungspraxis der Substitutionsbehandlung wird durch das BtMG und die BtMVV sowie die Richtlinien der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern geregelt.

Der Großteil der Hamburger Substituierten wird von den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen psychosozial betreut. Mit Einführung der Hamburger BADO im Jahr 1997 wurde es somit möglich, die Situation von Substituierten, die sich in psychosozialer Betreuung befinden abzubilden. In 2011 war dies für 3.353 substituierte Klientinnen und Klienten der Fall. Laut Substitutionsregister waren im letzten Jahr in Hamburg 4.528 (zum Stichtag 1.10.2011) gemeldet (Drogenbeauftragte 2012). Bezogen auf diese Zahl sind in

der Hamburger BADO somit fast drei Viertel der substituierten Klientinnen und Klienten dokumentiert (74,1 %). Bei 767 Klientinnen und Klienten fehlt allerdings die Angabe zur Substitutionsdauer und bei weiteren fünf zum Geschlecht. Da sämtliche Analysen unter Berücksichtigung der Substitutionsdauer durchgeführt werden, beläuft sich die im Folgenden gültige Basiszahl somit auf (höchstens) N=2.581 (entsprechend 57,0 % aller Hamburger Substituierten). Mit 73,3 % sind fast drei Viertel männlich, und 26,7 % sind weiblich. Im Durchschnitt befinden sie sich seit 80 Monaten bzw. 6,7 Jahren in der Substitutionsbehandlung (Männer: 77 Monate, Frauen: 89 Monate). Auch unter den 1.071 aktuell nicht substituierten Klientinnen und Klienten nahm ein Drittel früher mal an einer Substitutionsbehandlung teil (34,5 %). Ihre durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 44 Monate, also etwa 3,7 Jahre. Nur 702 Klientinnen und Klienten, was 15,0 % der dokumentierten Opiatabhängigen entspricht, waren bisher – seit Bestehen der Hamburger BADO – noch nie in Substitutionsbehandlung.²

Unterteilt man die Substitutionsdauer in fünf Bereiche zwischen jenen, die weniger als ein Jahr, bis zu drei, fünf, zehn und über zehn Jahre substituiert werden, ergibt sich das in Tabelle 3.2 dargestellte Bild. Nur relativ wenige Substituierte sind höchstens ein Jahr in der Behandlung, fast die Hälfte hat über fünf Jahre Substitutionserfahrung (insgesamt 48,7 %). Zugleich ist zu erkennen, dass es sich bei den Substituierten um die Mehrheit aller in 2011 dokumentierten Opiatabhängigen handelt. Bezogen auf die Dauer der aktuellen Betreuungsepisode ergeben sich darüber hinaus große Unterschiede zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten. Letztere befinden sich seit durchschnittlich 280 Tagen bzw. seit etwas über neuen Monaten in der ambulanten Betreuung. Bei den Substituierten handelt es sich um fast die doppelte Betreuungszeit: sie kommen im Durchschnitt auf eine Betreuungsdauer von 521 Tagen bzw. gut 17 Monaten.

Tabelle 3.2:
Anzahl und Durchschnittsalter der opiatabhängigen Klientinnen und Klienten nach Substitutionsstatus und Behandlungsdauer in 2011 (N=3.652)

Substitutionsdauer	Männer	Frauen	Gesamt	N	Alter
bis 1 Jahr	15,0 %	10,6 %	13,8 %	357	37,7 Jahre
bis 3 Jahre	20,9 %	20,3 %	20,7 %	535	38,2 Jahre
bis 5 Jahre	17,4 %	15,0 %	16,8 %	433	40,2 Jahre
bis 10 Jahre	22,1 %	22,1 %	22,1 %	571	42,0 Jahre
über 10 Jahre	24,6 %	32,0 %	26,5 %	685	44,9 Jahre
Durchschnitt in Monaten	76,6 (±67,5)	88,8 (±73,7)	79,8 (±69,4)	2.581	
in Substitution, Anzahl	1.893	688	2.581		41,1 Jahre
keine Substitution, Anzahl	801	270	1.071		37,5 Jahre

Ebenfalls aus Tabelle 3.2 ersichtlich ist das durchschnittliche aktuelle Alter der Klient(inn)en. Es fällt auf, dass die Substituierten etwa dreieinhalb Jahre älter sind als die übrigen Opiatabhängigen. Ferner zeigt sich der zu erwartende Zusammenhang zwischen Substitutionsdauer und Lebensalter. Dabei lassen die Altersangaben auf einen durchschnittlichen Substitutionsbeginn in den mittleren 30er Jahren schließen, was in Anbetracht des typischen Erstkonsumalters (bzw. Störungsbeginns) um Anfang 20 einer (nach wie vor) außerordentlich langen Zeit entspricht.

Fast die Hälfte der (in der BADO dokumentierten) Hamburger Substituierten wird mit d,l-Methadon behandelt (46,0 %), weitere 23,1 % mit Levomethadon. Mittlerweile gut ein Viertel erhält Buprenorphin (26,6 %), und eine Minderheit von 1,7 % wird mit Codeinpräparaten substituiert. 2,7 % nehmen an der Diamorphinbehandlung teil. Damit weicht Hamburg vom bundesdeutschen Gesamtbild ab, indem der Anteil an Buprenorphinsubstituierten erhöht und der an Methadonbehandelten geringer ist (vgl. Drogenbeauftragte 2012).

² Hierbei wird von einer Basiszahl von 4.668 in 2011 dokumentierten Opiatabhängigen ausgegangen, wobei zu berücksichtigen ist, dass von 244 Klientinnen und Klienten die Information zum Substitutionsstatus fehlt. Bezogen auf 4.424 Personen mit gültigen Angaben sind es 15,9 % der Hamburger Opiatabhängigen, die bisher noch nie in Substitutionsbehandlung waren.

Biografischer Hintergrund und Behandlungsvorerfahrungen

Mit 88,8 % sind relativ mehr Substituierte deutscher Staatsangehörigkeit als Nicht-Substituierte (80,4 %). Dabei gibt es eine Tendenz, dass der Anteil an deutschen Klientinnen und Klienten mit zunehmender Substitutionsdauer ansteigt. Unter den mehr als zehn Jahre sich in Behandlung Befindlichen sind 95,0 % deutscher Nationalität. Dies korrespondiert mit dem Migrationshintergrund der Substituierten, die nur zu 21,6 % selbst migriert oder als Kind von Migranten geboren sind, im Vergleich zu 31,1 % bei den Nicht-Substituierten. Auch hier zeigt sich ein tendenziell abnehmender Anteil an Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund je länger die Behandlungsdauer ausfällt.

Unter den Substituierten ist fast jede(r) Zweite mit mindestens einem Elternteil aufgewachsen, das ebenfalls ein Suchtproblem hatte (siehe Tabelle 3.3). Wenngleich dieser Anteil unter den Langzeitsubstituierten (über 10 Jahre) etwas erhöht ist, lässt sich kein eindeutiger Zusammenhang zur Substitutionsdauer feststellen. Dies gilt auch für Heimaufenthalte bzw. die Unterbringungen in öffentlichen Erziehungseinrichtungen, die ein Viertel der Substituierten in ihrer Kindheit oder Jugend durchlaufen mussten. Körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen wurden von den substituierten Klientinnen und Klienten zu einem etwas geringeren Anteil erlebt als von den übrigen Opiatabhängigen. Auch diesbezüglich ist kein Zusammenhang zur Dauer der Substitutionsbehandlung auszumachen (siehe Tabelle 3.3). Dies trifft auch auf die Ausübung von Gewalt gegenüber anderen zu. Insgesamt jedoch sind es prozentual weniger Substituierte als Nicht-Substituierte, die sich zu gewalttätigen Handlungen haben verleiten lassen.

Tabelle 3.3:
Biografischer Hintergrund nach Substitutionsstatus und Behandlungsdauer in 2011

	Nicht-Subst.	bis 1 Jahr	bis 3 Jahre	bis 5 Jahre	bis 10 Jahre	über 10 Jahre	Subst. gesamt
Vater und/oder Mutter mit Suchtproblem	52,7 %	45,1 %	46,3 %	44,0 %	49,4 %	53,2 %	48,1 %
Heimaufenthalt	24,9 %	27,8 %	23,2 %	24,4 %	23,3 %	24,4 %	24,4 %
Körperliche Gewalterfahrungen	73,3 %	65,9 %	67,4 %	65,6 %	67,5 %	69,3 %	69,1 %
Sexuelle Gewalterfahrungen	29,0 %	24,6 %	21,9 %	21,9 %	24,5 %	26,6 %	24,2 %
Gewaltausübung	54,8 %	46,8 %	45,4 %	45,1 %	47,3 %	50,7 %	47,5 %

Die Substituierten haben mehr Behandlungsvorerfahrungen als die übrigen Opiatklientinnen und -klienten, was sich u. a. mit dem höheren Lebensalter in Zusammenhang bringen lässt. Zudem drückt sich hierin bei den langjährig Substituierten ihr erhöhter Behandlungsbedarf aus, der insbesondere in den 90er Jahren – operationalisiert über bestimmte Begleiterkrankungen, der Abhängigkeitsdauer und der Nachrangigkeit gegenüber abstinenzorientierten Behandlungen – eine Voraussetzung zur Aufnahme der Substitutionsbehandlung war.³ Bei der Anzahl stationärer und ambulanter Entzüge ist darüber hinaus eine Korrelation mit der Behandlungsdauer festzustellen. Je länger sich die Substituierten in Behandlung befinden, desto häufiger durchliefen sie Entzugsbehandlungen (siehe Tabelle 3.4). In der Tendenz, wenngleich weniger deutlich, zeigt sich dieser Zusammenhang auch bei den Rehabilitationsbehandlungen. Aufgrund der bei den langjährigen Patient(inn)en zeitlich weit zurück liegenden Behandlungsvorerfahrungen dürften Auswirkungen auf aktuelle Behandlungseffekte nicht mehr zum Tragen kommen. Es scheint sich eher der bereits erwähnte Zusammenhang abzubilden, dass (insbesondere die langjährig) die Substituierten bei Behandlungsbeginn einen erhöhten Behandlungsbedarf aufwiesen.

³ Erst 2003 wurde es in der Folge einer vom Gesundheitsministerium vorgenommenen Ersatzvornahme (gegen die der G-BA geklagt hatte) möglich, die Substitutionsbehandlung allein auf der Grundlage einer vorliegenden Opiatabhängigkeit durchzuführen bzw. kassenärztlich abzurechnen.

Tabelle 3.4:
Durchschnittliche Anzahl an Vorbehandlungen nach Substitutionsstatus und Behandlungsdauer in 2011

	Nicht-Subst.	bis 1 Jahr	bis 3 Jahre	bis 5 Jahre	bis 10 Jahre	über 10 Jahre	Subst. gesamt
Anzahl stationärer Entzüge	3,8	3,6	4,3	4,8	5,4	6,2	5,0
Anzahl ambulanter Entzüge	1,0	1,3	1,8	2,4	2,1	2,8	2,2
Anzahl stationärer Rehabilitationen	1,3	1,4	1,3	1,4	1,4	1,7	1,5
Anzahl ambulanter Rehabilitationen	0,3	0,2	0,3	0,4	0,4	0,6	0,4

Soziale Situation und justizielle Probleme

Die soziale Situation während der ambulanten Betreuung hat sich in den Verlaufsanalysen (Verlaudo) der Hamburger BADO bisher als überwiegend gleichbleibend erwiesen. Veränderungen in der Wohn- und Arbeitssituation sind nur gering ausgeprägt, wobei sich eine leichte Tendenz der Verbesserung mit zunehmender Betreuungsdauer andeutet (Martens et al. 2011). In Verlaufsanalysen vorangegangener Jahre, in denen zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten unterschieden wurde, zeigte sich zudem eine etwas schlechtere Ausgangslage in der Arbeits- und Einkommenssituation der sich in Substitution befindlichen Klientinnen und Klienten (Martens et al. 2009). Die Wohnsituation hingegen stellte sich durchweg stabiler dar als bei den Nicht-Substituierten. Dies lässt sich auch wieder bei den Substituierten des Jahres 2011 zeigen, wenn man die Frage, ob ein eigener Wohnraum vorhanden ist, als Merkmal heranzieht. Noch dazu ist ein Zusammenhang zur Substitutionsdauer erkennbar; Länger Behandelte haben zu einem größeren Anteil eine stabile Wohnsituation (siehe Tabelle 3.5). Die Arbeits-/Ausbildungssituation ist insgesamt vergleichbar zu den Opiatklientinnen und Opiatklienten ohne Substitutionsbehandlung. Es fällt aber auf, dass die Langzeitsubstituierten mit über zehn Jahren Behandlungserfahrung deutlich seltener einer Arbeit nachgehen. Etwas größer ist der Anteil aktuell Arbeitender hingegen bei jenen, die zwischen ein und drei Jahren substituiert werden. Dies korrespondiert nicht mit dem Ausbildungsstand. Der Anteil mit abgeschlossener Berufsausbildung ist bei den Substituierten insgesamt sowie besonders unter langjährig Behandelten erhöht (siehe Tabelle 3.5).

Zwei Fünftel aller Opiatabhängigen haben eine feste Partnerbeziehung, bei den Substituierten verhält sich dies unabhängig von der Behandlungsdauer. Auffällig ist allerdings der bei den Substituierten zu beobachtende höhere Anteil an Partnerinnen oder Partner, die selbst ein Suchtproblem haben (siehe Tabelle 3.5). Dies gilt besonders für die schon seit mehr als zehn Jahren Behandelten, bei denen davon auszugehen ist, dass deren Partner(in) sich zum großen Teil ebenfalls in Substitutionsbehandlung befindet. Insgesamt zeigt sich, dass Substituierte zu einem größeren Anteil alleine leben. Dieser Anteil nimmt mit der Dauer der Substitutionsbehandlung tendenziell zu. Nicht ganz die Hälfte der Substituierten (wie auch der Nicht-Substituierten) haben mehrere verlässliche Freunde oder Angehörige. Sieht man von den sich erst seit kurzem in Substitutionsbehandlung befindlichen Klientinnen und Klienten ab, deren Freundeskreis kleiner zu sein scheint, spielt die Dauer der Substitutionsbehandlung dabei keine Rolle (siehe Tabelle 3.5). Das Ausmaß kultureller Teilhabe, welches in der BADO über die Anzahl von Besuchen kultureller, sportlicher oder politischer Veranstaltungen innerhalb der letzten 30 Tage erhoben wird, ist bei den Substituierten geringer als den unter den übrigen Opiatklient(inn)en. Bei jenen, die zwischen drei und zehn Jahre an der Behandlung teilnehmen, ist die Anzahl an Veranstaltungsbesuchen etwas höher als bei den kürzer oder besonders lang, d. h. mehr als zehn Jahre betreuten Substituierten.

Tabelle 3.5:
Soziale Situation nach Substitutionsstatus und Behandlungsdauer in 2011

	Nicht-Subst.	bis 1 Jahr	bis 3 Jahre	bis 5 Jahre	bis 10 Jahre	über 10 Jahre	Subst. gesamt
eigener Wohnraum	58,9 %	63,8 %	70,9 %	74,1 %	78,1 %	82,4 %	75,1 %
regelmäßige Arbeit/Ausbildung ^{a)}	18,7 %	18,9 %	22,2 %	18,3 %	18,5 %	11,8 %	17,5 %
abgeschlossene Berufsausbildung	57,3 %	60,8 %	61,8 %	67,8 %	67,0 %	66,0 %	65,0 %
feste Partnerschaft	40,1 %	39,4 %	46,5 %	41,9 %	41,2 %	38,0 %	41,3 %
Partner mit Suchtproblem	43,4 %	53,8 %	44,2 %	52,7 %	50,0 %	65,9 %	53,8 %
alleine lebend	42,7 %	43,9 %	41,2 %	43,4 %	51,1 %	53,6 %	47,4 %
mehrere verlässliche Freunde/Angehörige	47,3 %	41,9 %	45,7 %	46,7 %	49,4 %	46,2 %	46,3 %
Besuch kultureller Veranstaltungen, Tage	1,6	1	1	1,4	1,3	1,1	1,1

a) Die geringfügig Beschäftigten sind hier nicht enthalten

Die große Mehrheit der Opiatabhängigen ist in ihrem Leben gerichtlich verurteilt worden. Für 82,8 % der Substituierten im Vergleich zu 78,5 % der Nicht-Substituierten ist das der Fall. Auffällig ist ferner die mit 70,0 % erhöhte Rate an BtM-Delikten der Substituierten; unter den übrigen Opiatklientinnen und Opiatklienten trifft dies nur auf 57,3 % zu. Mit zunehmender Dauer der Substitutionsbehandlung steigt der Anteil an jemals Verurteilten. Bei den bis zu einem Jahr Substituierten sind es 76,6 %, und unter den Langzeitsubstituierten mit über zehn Jahren Behandlungserfahrung wurden bisher 86,2 % verurteilt. Mit 70,6 % ist die überwiegende Mehrheit der Substituierten schon mal in Strafhaft gewesen. Unter den übrigen opiatabhängigen Klientinnen und Klienten sind es 64,8 %. Es ergibt sich zwar kein linearer Zusammenhang zur Substitutionsdauer, aber die jüngeren, erst bis zu einem Jahr Substituierten haben mit 66,0 % zu einem etwas geringeren Anteil Hafterfahrung als die Langzeitsubstituierten, die sich seit mehr als 10 Jahren in Behandlung befinden, mit 72,1 %. Im Durchschnitt, bezogen auf alle Klientinnen und Klienten, befanden sich die Substituierten 37,7 Monate, also über drei Jahre, in Haft. Bei den Nicht-Substituierten waren es nur 31,7 Monate, also ein halbes Jahr weniger. Dabei zeigt sich auch hier ein Zusammenhang in der Form, dass die seit mehr als zehn Jahren Substituierten mit durchschnittlich 38,1 Monaten eine längere Zeit in Strafhaft verbrachten als diejenigen, die sich erst höchstens zwölf Monate in der Substitutionstherapie befinden (32,3 Monate).

Aktuelle Probleme mit der Justiz wie Bewährungsaufgaben, laufende Verfahren oder Haftaufenthalte haben 46,8 % der Substituierten in 2011 im Vergleich zu 56,1 % der übrigen Opiatklient(inn)en. Dies stellt sich je nach Substitutionsdauer unterschiedlich dar. Bei den bis zu fünf Jahren Substituierten nimmt der Anteil mit justitiellen Problemen zu (bis zu einem Jahr: 53,0 %, bis drei Jahre: 56,9 %, bis fünf Jahre: 60,1 %). Bei den Langzeitsubstituierten sind es deutlich weniger Klientinnen und Klienten – bis zehn Jahre: 46,2 %, über zehn Jahre: 32,0 % – mit aktuellen justitiellen Konflikten. Vor dem Hintergrund der sehr hohen Vorbelastung durch Vorstrafen und Hafterfahrungen sind das bemerkenswert geringe Raten der sich seit mehreren Jahren in der Behandlung befindlichen Substituierten. Ein sich in dieser Weise auswirkender Effekt der Substitutionsbehandlung scheint sich somit erst mit längerer zeitlicher Verzögerung einzustellen.

Körperliche und psychische Gesundheit

Betrachtet man die gesundheitliche Situation der Substituierten, so wird deutlich, dass sie sich in einer schlechteren Verfassung befinden als die übrigen Opiatabhängigen. Ein Viertel klagt über erhebliche bis extreme körperliche Beeinträchtigungen, unter den Nicht-Substituierten sind es knapp zehn Prozent weniger (siehe Tabelle 3.6). Je länger die Substituierten in der Behandlung sind, desto größer sind ihre Beschwerden. Unter den mehr als zehn Jahre sich in Substitutionsbehandlung Befindlichen leidet knapp ein Drittel unter somatischen Beschwerden in erheblicher oder extremer Ausprägung. Einen deutlichen Zusammenhang zwischen Substitutionsdauer und Gesundheitszustand gibt es auch beim HIV-Status. Klientinnen und Klienten, die schon seit längerem substituiert werden, sind zu einem größeren Anteil

HIV-positiv. Dies gilt auch für Hepatitis C Infektionen, Fast drei Viertel der Langzeitpatienten (über zehn Jahre) sind mit dem HCV-Virus infiziert (siehe Tabelle 3.6). Hier spiegelt sich die das höhere Alter und die in den früheren Jahren restriktivere Aufnahmepraxis in die Substitutionsbehandlung wider (siehe oben). Auch die psychische Belastung ist bei den Substituierten im Vergleich zu den anderen Opiatklientinnen und Opiatklienten stärker ausgeprägt. Bezüglich der Symptomatik ist hier aber keine solch deutliche Korrelation zur Behandlungsdauer erkennbar wie bei der körperlichen Verfassung. Lediglich bei der Verschreibung von Sedativa und Hypnotika zeigt sich, dass länger Betreute diese zu größerem Anteil verschrieben bekommen als Klientinnen und Klienten, die erst seit kürzerer Zeit in Substitutionsbehandlung sind (siehe Tabelle 3.6). Bei der Verschreibung von Antidepressiva ist dieser Zusammenhang weniger eindeutig. Hier sind es vor allem die Substituierten, die sich zwischen fünf und zehn Jahren in Behandlung befinden, die überproportional häufig Antidepressiva verschrieben bekommen. Dies korrespondiert mit der von dieser Klient(inn)engruppe berichteten hohen psychischen Belastung. Bei den kurzzeitig Substituierten mit nur höchstens einem Jahr Behandlungsdauer entsprechen sich das Ausmaß an psychischer Beeinträchtigung und Verschreibung von Psychopharmaka allerdings nicht. Als besonders psychisch belastete Substituiertengruppe dürfte bei diesen Klientinnen und Klienten ein Nachholbedarf an psychiatrischer Diagnostik und spezieller Behandlung bestehen.

Tabelle 3.6:
Gesundheitliche körperliche Beeinträchtigung und psychische Belastungen nach Substitutionsstatus und Behandlungsdauer in 2011

	Nicht-Subst.	bis 1 Jahr	bis 3 Jahre	bis 5 Jahre	bis 10 Jahre	über 10 Jahre	Subst. gesamt
erhebliche/extreme körperl. Beeinträchtigung	14,9 %	18,9 %	19,1 %	20,4 %	25,4 %	32,1 %	24,3 %
HIV-Infektion	4,7 %	4,4 %	4,4 %	4,5 %	5,2 %	6,8 %	5,3 %
Hepatitis C Infektion	34,5 %	41,9 %	44,4 %	52,6 %	59,3 %	72,6 %	56,7 %
erhebliche/extreme psychische Belastung	25,7 %	38,3 %	32,0 %	36,8 %	36,1 %	33,2 %	34,9 %
verschriebene Sedativa/Hypnotika	4,2 %	8,4 %	9,3 %	10,8 %	12,5 %	17,2 %	13,0 %
verschriebene Antidepressiva	16,5 %	19,1 %	21,2 %	17,8 %	27,7 %	23,8 %	22,9 %

Konsumverhalten

Für die Beschreibung des Konsumverhaltens wird die aktuelle Dokumentation an Konsumtagen innerhalb des letzten Monats herangezogen. Die Erwartung, dass sich die in Substitutionsbehandlung befindlichen Klientinnen und Klienten einen insgesamt geringeren Drogenkonsum aufweisen, bestätigt sich vor allem für Heroin, Kokain, Crack und Amphetaminen; also jenen illegalen Substanzen, die vornehmlich im Kontext der Drogenszene erworben werden. Alkohol, Cannabis und Sedativa werden hingegen von den Substituierten zu einem größeren Anteil konsumiert.

Mehr als die Hälfte aller Opiatklientinnen und Opiatklienten trinkt Alkohol, unter den erst kürzlich Substituierten sind es über 60 % (siehe Tabelle 3.7). Im Durchschnitt wird etwas häufiger als an jedem zweiten Tag getrunken, und dies unabhängig von der Dauer der Substitutionsbehandlung. Die Trinkmenge an einem typischen Tag mit Alkoholkonsum liegt bei den Substituierten mit durchschnittlich 126 Gramm deutlich unter der der Alkohol trinkenden Nicht-Substituierten (202 Gramm).⁴ Insbesondere bei der letzteren Klient(inn)engruppe handelt es sich um ausgesprochen hohe (Durchschnitts-)Konsummengen, wenn man sich vergegenwärtigt, dass 200 Gramm Alkohol etwa fünf Litern Bier bzw. fast einer Flasche 40%iger Spirituosen entsprechen. Dem entsprechend liegt der Anteil unter den Nicht-Substituierten, die mit mehr als 120 Gramm am Tag einen (nach WHO-Definition) äußerst riskanten Hochkonsum aufweisen, bei knapp der Hälfte (49,5 %). Bei den substituierten Klientinnen und Klienten liegt dieser Anteil mit einem Drittel deutlich niedriger (32,7 %). Es fällt allerdings auf, dass die seit mehr als zehn Jahren sich in Behandlung befindlichen Substituierten mit durchschnittlich 141 Gramm pro Tag größere Mengen

⁴ Die Angaben zur Trinkmenge beziehen sich nur auf die Klientinnen und Klienten mit Alkoholkonsum (Substituierte: N=676, Nicht-Substituierte: N=184).

Alkohol zu sich nehmen. Diese Zahlen zeigen insgesamt, dass sich der Alkoholkonsum mittlerweile zu einem ernststen Problem bei Opiatabhängigen entwickelt hat; ein Großteil der Klientinnen und Klienten dürfte eine Ko-Abhängigkeit entwickelt haben. Dies stellt für die Suchtkrankenhilfe eine zunehmende Herausforderung dar.

Cannabis nimmt die Hälfte der Substituierten, auch dies im Durchschnitt in regelmäßiger Häufigkeit etwa jeden zweiten Tag. Es besteht kein linearer Zusammenhang zur Substitutionsdauer. Auffallend ist aber, dass die (älteren) Langzeitsubstituierten zu einem deutlich größeren Anteil Cannabis rauchen als die übrigen Klientinnen und Klienten in Substitutionsbehandlung. Heroin ist die Substanz, auf die die Substitutionsbehandlung in erster Linie gerichtet ist. Es zeigt sich zwar der erwartete Unterschied zwischen Substituierten und den übrigen Opiatklientinnen und -klienten, die einen stärkeren Heroinkonsum aufweisen. Allerdings sind es unter den Substituierten immer noch 30 %, die Heroin zu sich nehmen, was im Durchschnitt (wiederum) an etwas jedem zweiten Tag geschieht. Hier zeigt sich allerdings eine deutliche Abnahme des Konsums mit fortschreitender Substitutionsdauer, sowohl was den Anteil an Konsumenten betrifft, als auch in der Konsumfrequenz (siehe Tabelle 3.7). Auch bei Kokain und Crack, welche von den Substituierten zu einem geringeren Anteil (noch) konsumiert werden als von den Nicht-Substituierten, nimmt die Prävalenz des Konsums mit zunehmender Substitutionsdauer ab.

Tabelle 3.7:
Aktueller Konsum von Alkohol und Drogen innerhalb der letzten 30 Tage nach Substitutionsstatus und Behandlungsdauer in 2011

	Nicht-Subst.	bis 1 Jahr	bis 3 Jahre	bis 5 Jahre	bis 10 Jahre	über 10 Jahre	Subst. gesamt	N
Alkohol	53,0 %	61,1 %	49,2 %	57,0 %	59,6 %	57,1 %	56,8 %	1.620
Anzahl Tage ^{a)}	16	18,4	17	16,2	18,3	19,8	18,4	
Cannabis	42,5 %	49,4 %	42,6 %	49,0 %	45,0 %	57,0 %	50,2 %	1.422
Anzahl Tage	15,9	15,3	15,7	16,6	15,9	16,3	16,1	
Heroin	40,3 %	45,3 %	36,5 %	30,0 %	26,4 %	22,2 %	30,1 %	2.195
Anzahl Tage	19,5	19,7	16,7	14,1	12,6	10,6	14,7	
Kokain	23,8 %	27,3 %	22,9 %	30,9 %	14,3 %	13,0 %	18,8 %	1.391
Anzahl Tage	13,7	10,8	10,7	10,5	7,1	8,1	9,4	
Crack	36,8 %	43,1 %	38,9 %	26,1 %	21,5 %	15,6 %	24,6 %	1.230
Anzahl Tage	19,4	14,1	13,9	14,9	11,6	12,4	13,2	
Amphetamine	7,0 %	3,2 %	3,4 %	10,2 %	3,4 %	1,6 %	3,2 %	737
Anzahl Tage	9,5	3	2	2,5	10,3	14,3	7,1	
Sedativa/Hypnotika	27,0 %	49,0 %	45,4 %	36,0 %	40,1 %	45,0 %	42,8 %	1.005
Anzahl Tage	17,2	20	17,4	23,4	21,4	23,6	22	

a) Die mittlere Anzahl an Konsumtagen ist nur auf die Klientinnen und Klienten mit Konsum der entsprechenden Substanz bezogen

Amphetamine spielen im Konsumverhalten der Hamburger Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchthilfe eine untergeordnete Rolle. Dennoch fällt auf, dass der Anteil an Amphetaminkonsumentinnen und -konsumenten unter den Nicht-Substituierten mehr als doppelt so hoch ist wie unter den mit Methadon, Buprenorphin oder anderen Opioiden Behandelten. Hinsichtlich des Anteils an Konsumenten zeichnet sich hier kein eindeutiger Zusammenhang ab. Die Konsumintensität unter denjenigen, die Amphetamine zu sich nehmen, nimmt hingegen mit der Behandlungsdauer zu (siehe Tabelle 3.7). Eine Substanzgruppe, die schon seit jeher eine große Rolle bei den Opiatabhängigen spielt, sind Sedativa und Hypnotika, hier insbesondere die Benzodiazepine (Eiroá-Orosa et al. 2010). So zeigt sich auch unter den Hamburger Opiatklientinnen und Opiatklienten bei 27 % der Nicht-Substituierten sowie bei fast 43 % der Substituierten ein aktueller Gebrauch dieser Substanzen innerhalb der letzten 30 Tage. Dabei ist zu berücksichtigen, dass hier nicht zwischen verschriebenen und „selbst verordneten“ Medikamenten unterschieden werden kann. Dennoch deutet das große Ausmaß des Sedativa-Gebrauchs auf psychische Probleme oder psychiatrische Störungen bei vielen Opiatabhängigen, insbesondere unter den Substituierten, wie es im Abschnitt „Körperliche und psychische Gesundheit“ gezeigt wer-

den konnte. Ein Zusammenhang mit der Substitutionsdauer ist nicht festzustellen. Es fällt aber die vergleichsweise große Konsumintensität, die sich einer beinahe täglichen Einnahme annähert, insbesondere bei den Substituierten auf.

Die Lebenssituation von Substituierten mit Kindern

Abschließend soll die Lebenssituation von Substituierten, die mit ihren Kindern zusammenleben, genauer betrachtet werden. Nachdem in Bremen in den Haaren von Kindern, deren Eltern sich in Substitutionsbehandlung befinden, Spuren von Cannabis, Kokain, Amphetaminen, Heroin und Methadon entdeckt wurden, entbrannte – ohne über den Übertragungsmechanismus genau Bescheid zu wissen – sogleich eine öffentliche Diskussion über die Zuverlässigkeit und Fürsorgepflichten substituierter Eltern.⁵ Diese Debatte weitete sich aus, als Anfang dieses Jahres in Hamburg ein elfjähriges Mädchen, das bei – wie sich später herausstellte – substituierten Pflegeeltern lebte, nach der Einnahme von Methadontabletten verstarb. Die Umstände dieses tragischen Unfalls wurden juristisch und politisch aufgearbeitet, indem die Arbeit aller an der Kinderbetreuung und Fürsorge beteiligten Institutionen (insbesondere Jugendamt und Soziale Dienste) geprüft und deren Abläufe untersucht wurden. „Reihenuntersuchungen“ bei Kindern substituierter Eltern sind in Hamburg nicht vorgesehen. Im Rahmen eines „Runden Tisches“ aller beteiligten Ämter, Behörden und Regierungsvertreter wird über weitere Konsequenzen beraten.

Aus der Hamburger BADO ist ersichtlich, dass 13,3 % der ambulant betreuten Substituierten (entsprechend 343 Personen) mit Kindern im eigenen Haushalt zusammenleben. Unter den nicht substituierten Opiatklientinnen und Opiatklienten sind es 10,8 % (entsprechend 112 Personen) (siehe Tabelle 3.8). Prozentual betrifft dies vermehrt die Frauen; fast ein Viertel der weiblichen Substituierten lebt mit Kindern zusammen. Auch bei den übrigen Opiatabhängigen leben die Frauen zu einem deutlich größeren Anteil mit Kindern zusammen als die Männer. Die Substitutionsdauer spielt in dieser Frage keine Rolle. Es fällt aber auf, dass unter den mehr als zehn Jahre substituierten Frauen der Anteil mit Kindern am größten ist (siehe Tabelle 3.8).

Tabelle 3.8:
Anteil an Klientinnen und Klienten, die mit Kindern zusammenleben, nach Substitutionsstatus und Behandlungsdauer in 2011

	Nicht-Subst.	bis 1 Jahr	bis 3 Jahre	bis 5 Jahre	bis 10 Jahre	über 10 Jahre	Subst. gesamt	N
Männer	8,5 %	10,6 %	11,9 %	9,1 %	10,8 %	7,1 %	9,8 %	251
Frauen	17,7 %	25,0 %	21,6 %	23,3 %	17,1 %	27,5 %	23,1 %	204
Gesamt	10,8 %	13,5 %	14,4 %	12,5 %	12,4 %	13,6 %	13,3 %	455

Im Vergleich von Substituierten mit und ohne Kinder zeigt sich, dass die Eltern gut ein Jahr jünger sind als diejenigen ohne Kinder. Bei den Nicht-Substituierten stellt sich der Unterschied anders dar: hier sind es die Opiatklientinnen und Opiatklienten ohne Kinder, die um etwa zwei Jahre jünger sind, als diejenigen mit Kinder (siehe Tabelle 3.9). Im Durchschnitt haben die Klientinnen und Klienten, die mit ihren Kindern zusammenleben, unabhängig vom Substitutionsstatus etwa zwei Kinder. Auch die anderen Opiatklientinnen und Opiatklienten haben Kinder: durchschnittlich 0,8 bei den Substituierten und 0,7 bei den sich nicht in Substitutionsbehandlung Befindlichen.⁶

Es zeigt sich, dass sich die Substituierten, die mit ihren Kindern zusammenleben, in einer insgesamt besseren bzw. stabileren sozialen Lage befinden als die Substituierten ohne Kinder. Dies gilt auch für die Opiatklientinnen und -klienten, die nicht substituiert werden; die Unterschiede zwischen Klientinnen und Klienten mit und ohne Kinder sind ähnlich ausgeprägt wie bei den Substituierten (siehe Tabelle 3.9). Fast alle Substituierte mit Kindern leben in eigenem Wohnraum, bei denjenigen ohne Kinder trifft dies

5 In Bremen führte dies u. a. dazu, dass die Kinder substituierter Eltern künftig regelmäßig auf Drogenrückstände untersucht werden sollen.

6 Unter der Annahme, dass sich die insgesamt 1.011 fehlenden Angaben (bzgl. Substitutionsstatus und Kindern) bei den Opiatklientinnen und Opiatklienten genauso verteilen wie die gültigen Angaben, ergibt sich für Hamburg die folgende Hochrechnung: Unter den Substituierten leben 438 mit ihren Kindern zusammen, bei den Nicht-Substituierten sind es 143 Klient(inn)en. Insgesamt handelt es sich also um 581 Klientinnen und Klienten, die mit ihren Kindern zusammenleben.

nur auf 72 % zu. Auch der Anteil an regelmäßig Arbeitenden ist unter den Substituierten mit Kindern erhöht. Mehr als ein Viertel der substituierten Eltern geht einer geregelten Beschäftigung nach, im Vergleich zu nur 15 % der Klientinnen und Klienten, die nicht mit ihren Kindern zusammenleben. Besonders deutlich zeigt sich der Unterschied in der partnerschaftlichen Situation. Mit gut 78 % haben mehr als doppelt so viele der substituierten Eltern eine(n) feste(n) Partner(in) als Substituierte ohne Kinder im Haushalt. Der Anteil an Partnerinnen und Partnern mit Suchtproblemen ist ebenfalls deutlich geringer, wenn Kinder mit im Haushalt leben. Dem entsprechend ergibt sich auch ein deutlich höherer Prozentsatz von Substituierten, die mit ihrer Partnerin bzw. ihrem Partner zusammenleben. Bei 71,5 % der Substituierten wachsen die Kinder mit beiden Elternteilen oder in einer so genannten vollständigen Familie auf. Zudem haben Substituierte, die mit Kindern zusammenleben, mehr verlässliche Freunde, Bekannte oder Angehörige, was in Bezug auf die Kinderbetreuung von großem Nutzen sein dürfte. Und schließlich sollte nicht unerwähnt bleiben, dass sich das Zusammenleben mit Kindern auch positiv auf die Teilhabe an kulturellen Veranstaltungen auszuwirken scheint.

Tabelle 3.9:
Soziale Situation nach Substitutionsstatus und Zusammenleben mit Kindern in 2011

	Nicht-Substituierte		Substituierte	
	mit Kindern	ohne Kinder	mit Kindern	ohne Kinder
Durchschnittsalter	39,4 Jahre	37,3 Jahre	39,9 Jahre	41,2 Jahre
durchschn. Anzahl Kinder	1,9	0,7	1,9	0,8
eigener Wohnraum	92,2 %	54,7 %	96,1 %	71,9 %
regelmäßige Arbeit/Ausbildung ^{a)}	31,3 %	17,3 %	27,8 %	15,1 %
abgeschlossene Berufsausbildung	57,5 %	57,3 %	61,7 %	63,0 %
feste Partnerschaft	70,5 %	36,3 %	78,3 %	36,3 %
Partner mit Suchtproblem	31,1 %	46,4 %	42,7 %	59,3 %
mit Partner(in) lebend	65,2 %	13,9 %	71,5 %	18,1 %
mehrere verlässliche Freunde/Angehörige	56,1	46,3	64,3	42,2
Besuch kultureller Veranstaltungen, Tage	1,9	1,6	1,5	1,1

a) Die geringfügig Beschäftigten sind hier nicht enthalten

Von Interesse ist darüber hinaus, inwiefern sich das Konsumverhalten der substituierten Eltern von denen ohne Kinder im eigenen Haushalt unterscheidet. Es fällt auf, dass die Substituierten, die mit ihren Kindern zusammenleben, zu einem deutlich geringeren Anteil Alkohol und Drogen konsumieren als jene ohne Kinder. Dieser Unterschied lässt sich auch bei den Nicht-Substituierten feststellen (siehe Tabelle 3.10). Allerdings zeigt sich auch, dass immer noch ein Viertel der Substituierten mit Kindern im Haushalt Heroin konsumiert und dies an etwas jedem zweiten Tag. Jeweils ein Zehntel gebraucht hin und wieder Kokain oder Crack, bei den Substituierten ohne Kinder sind es mehr als doppelt so viele. Der zu wünschende Zustand, dass Opiatabhängige, die sich in Substitutionsbehandlung befinden und Verantwortung für die Versorgung ihrer Kinder übernehmen, gänzlich ohne Drogenkonsum leben, bestätigt sich nicht. Jedoch sind deutliche Unterschiede im Konsumverhalten im Vergleich zu den Opiatklientinnen und Opiatklienten ohne Kinder im eigenen Haushalt erkennbar. Man kann davon ausgehen, dass die substituierten Eltern ihren Konsum insofern kontrollieren, dass es der verantwortungsvollen Ausübung der Erzieher(innen)rolle nicht entgegen steht. Es ist aber nicht zu übersehen, dass ein Teil der Substituierten mit Kindern nach wie vor ein symptomatisches Konsum- oder Abhängigkeitsverhalten aufzeigt, dass die Aufrechterhaltung der Substitutionsbehandlung notwendig erscheinen lässt und im Rahmen der psychosozialen Betreuung die Elternrolle bzw. das Verhalten gegenüber den Kindern sowie deren Lebenssituation einen gewichtigen therapeutischen Aspekt darstellen sollte.

Tabelle 3.10:
Aktueller Konsum von Alkohol und Drogen innerhalb der letzten 30 Tage nach Substitutionsstatus und Zusammenleben mit Kindern in 2011

	Nicht-Substituierte		Substituierte		N
	mit Kindern	ohne Kinder	mit Kindern	ohne Kinder	
Alkohol	43,5 %	54,1 %	49,0 %	58,0 %	1.612
Anzahl Tage ^{a)}	14,7	15,9	14,7	18,8	
Cannabis	31,7 %	43,7 %	33,3 %	52,6 %	1.413
Anzahl Tage	15,9	15,9	17,8	15,9	
Heroin	26,3 %	41,1 %	26,2 %	30,7 %	2.174
Anzahl Tage	16,0	19,6	14,9	14,6	
Kokain	17,5 %	24,8 %	9,1 %	20,2 %	1.384
Anzahl Tage	7,6	14,6	5,5	9,6	
Crack	13,9 %	38,1 %	10,4 %	26,5 %	1.219
Anzahl Tage	5,6	19,5	14,9	13,1	
Amphetamine	2,9 %	8,0 %	-	3,8 %	732
Anzahl Tage	7	9,6	-	7,1	
Sedativa/Hypnotika	11,1 %	27,8 %	26,7 %	44,8 %	1.001
Anzahl Tage	28,3	16,7	23,2	21,9	

a) Die mittlere Anzahl an Konsumtagen ist nur auf die Klientinnen und Klienten mit Konsum der entsprechenden Substanz bezogen

Zusammenfassung

Die Substitutionsbehandlung mit (Levo-)Methadon existiert in Hamburg schon seit Ende der 80er Jahre. Insbesondere in den 90er Jahren hat sich diese Behandlungsform stark ausgeweitet und bis heute – praktisch im gesamten Bundesgebiet – zur Standardtherapie für Opiatabhängige entwickelt. Zur Zeit sind in Hamburg mehr als 4.500 Opiatabhängige in Substitutionsbehandlung. Mit 3.353 Klientinnen und Klienten sind fast drei Viertel in 2011 in der BADO dokumentiert, was bedeutet, dass diese Klientinnen und Klienten Kontakt zu einer ambulanten (psychosozialen) Betreuungseinrichtung haben. Drei Viertel der Substituierten sind männlich. Das Durchschnittsalter liegt bei 41 Jahren. Die Klientinnen und Klienten befinden sich seit durchschnittlich fast 80 Monaten in Substitutionsbehandlung. Mehr als ein Viertel wird seit über zehn Jahren substituiert. Die Hälfte der Substituierten (wie auch der Nicht-Substituierten) ist mit mindestens einem Elternteil aufgewachsen, das ebenfalls Suchtprobleme hatte. Gegenüber den Opiatklientinnen und -klienten, die sich nicht in Substitution befinden, liegen mehr Behandlungsvorerfahrungen mit Entzugs- und Abstinenztherapien vor, deren Anzahl mit zunehmender Substitutionsdauer ansteigt. Die Wohnsituation stabilisiert sich, je länger sich die Klientinnen und Klienten in Substitutionsbehandlung befinden. Der Anteil an regelmäßig Arbeitenden nimmt mit der Länge der Behandlungsdauer dagegen eher ab. Ein deutlicher Rückgang justitieller Probleme ist insbesondere unter den langjährig Substituierten zu beobachten. Die Substituierten befinden sich generell in einer gesundheitlich schlechteren Verfassung als die Nicht-Substituierten. Je länger die Substitutionsbehandlung andauert, desto größer ist der Anteil an Klientinnen und Klienten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Und schließlich bestätigt sich die Erwartung, dass die Substituierten einen insgesamt geringen Drogenkonsum aufweisen als die übrigen Opiatklient(inn)en. Insbesondere bei Heroin und Kokain/Crack nimmt dieser mit der Dauer der Substitution kontinuierlich ab. Abschließend zeigt eine Analyse der Substituierten, die mit ihren Kindern zusammenleben, dass sie sich in einer insgesamt stabileren sozialen Lage befinden und zu einem geringeren Anteil Alkohol und Drogen konsumieren als jene ohne Kinder.

4. Cannabis

In der Hamburger Suchthilfe sind im Jahre 2011 insgesamt 2.126 verschiedene Personen aufgrund eines problematischen Cannabiskonsums betreut worden. Der Anteil der Frauen beträgt in dieser Klientengruppe 20 %.

Aufgrund dieses – im Vergleich zu anderen Gruppen – geringen Anteils weiblicher Klienten wird im Folgenden auf die durchgehend geschlechtsspezifische Darstellung der Ergebnisse verzichtet¹. Vielmehr soll die Gruppe der Cannabisklientinnen und -klienten dahin gehend unterteilt werden, ob zusätzlich zum Konsum von Haschisch oder Marihuana auch noch Alkohol als weitere Hauptdroge dokumentiert wurde. In den Auswertungen der zurückliegenden Jahre zeigten sich z.T. erhebliche Unterschiede zwischen diesen beiden Konsumentengruppen.

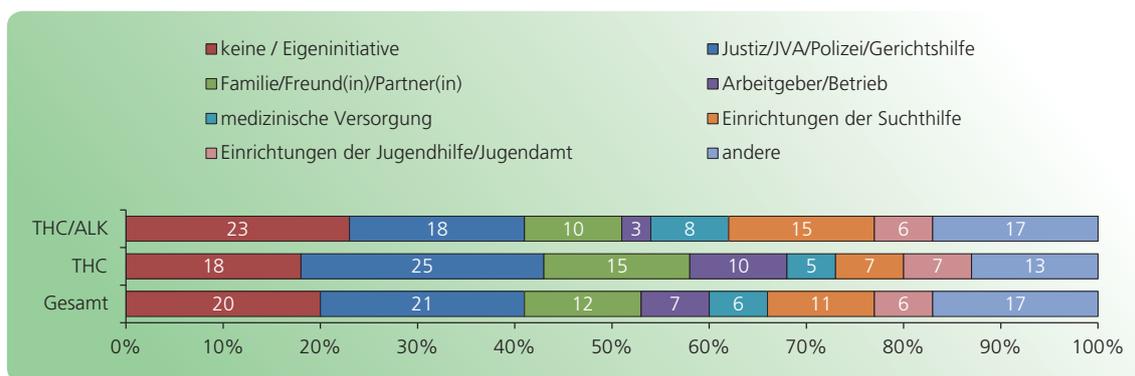
4.1 Betreuungen

Die Zahl der in Anspruch genommenen Betreuungen beträgt 2.478. Hiervon wurde der weit überwiegende Teil im aktuellen Berichtsjahr beendet (N=1.880). 49 % der Betreuungen wurden in Einrichtungen des Typs „suchtmittelübergreifend“ erbracht, 24 % in den Jugendsuchtberatungsstellen und weitere 14 % in Einrichtungen für illegale Drogen.

Nur ein Fünftel der Cannabisklientel findet den Weg in die Suchtberatungsstelle eigeninitiativ (siehe Abbildung 4.1). Die Klientinnen und Klienten mit den Hauptdrogen Cannabis und Alkohol (THC/ALK) etwas häufiger als die reinen Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten (THC). Bei Letzteren überwiegt hingegen die Kontaktabahnung durch die Justiz, JVA, Polizei oder Gerichtshilfe (25 %; THC/ALK: 18 %), die Familie, Freunde oder Angehörige (15 %; THC/ALK: 10 %) oder den Arbeitgeber bzw. den Betrieb (10 %; THC/ALK: 3 %). Hingegen stellen für die Klientinnen und Klienten mit Cannabis- und Alkoholproblemen oftmals andere Einrichtungen der Suchthilfe den Kontakt zur aktuell betreuenden Suchtberatungsstelle her.

Wird die Kontaktempfehlung nach dem Geschlecht differenziert, so suchen mehr Frauen (23 %) als Männer (20 %) aus Eigeninitiative die Suchtberatungsstelle auf. Die weiblichen Klienten sind es auch, die häufiger durch Einrichtungen der Suchthilfe (14,5 %; Männer: 10 %), der medizinischen Versorgung (11 %; Männer: 5,5 %) und der Jugendhilfe (8 %; Männer: 6 %) vermittelt werden. Hingegen überwiegen die Anteile der Männer in Bezug auf die Vermittlung durch die Justiz, JVA, Polizei oder Gerichtshilfe²: Frauen: 7 %; Männer: 24 %.

Abbildung 4.1:
Kontaktempfehlung der Betreuungen in 2011



Etwas mehr als ein Drittel der Cannabisklientel (35 %; Frauen: 42 %; Männer: 34 %) nahm bereits in den 60 Tagen vor Beginn der aktuellen Betreuung suchtspezifische Hilfe in Anspruch; die THC/ALK-Klientinnen und Klienten mit 46 % zu deutlich höheren Anteilen als die Personen, die ausschließlich ein Cannabisproblem aufweisen (25 %). In der letztgenannten Gruppe berichten 9 % von einer vorausge-

¹ Wo nennenswerte geschlechtsspezifische Unterschiede auftreten, werden diese aber selbstverständlich weiter Eingang in die Beschreibung finden.

gangenen ambulanten Beratung bzw. Behandlung, 6 % von einer Entgiftung bzw. einem Entzug und 3 % von einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Den aktuellen Betreuungen von Personen mit Cannabis- und Alkoholproblemen gingen zu 18 % Maßnahmen zur Entgiftung bzw. zum Entzug voraus. Weitere 12 % erhielten eine ambulante Beratung bzw. Behandlung und 8 % sind in einer stationären Rehabilitationseinrichtung suchtmmedizinisch versorgt worden.

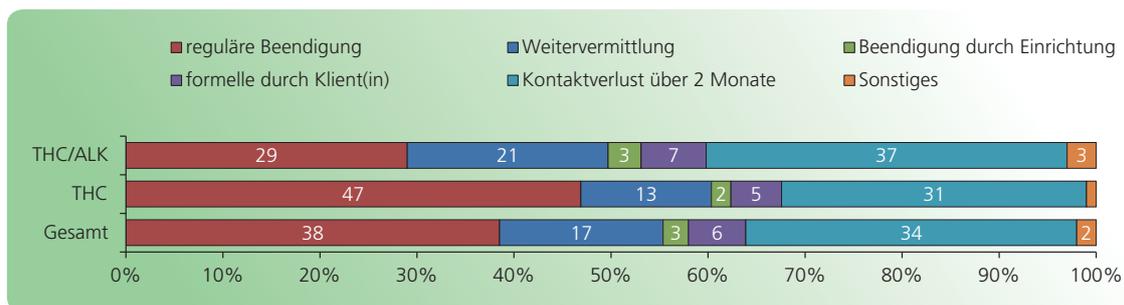
Mit Blick auf die Betreuungsart in der eigenen Einrichtung zeigt sich, dass 93 % der Frauen und 87 % der Männer eine ambulante Beratung und/oder Betreuung in Anspruch genommen haben (THC: 93 %; THC/ALK: 84 %). 8 % der Klientinnen und Klienten mit Cannabis- und Alkoholproblemen erhalten Hilfe in Form einer externen Haftbetreuung (THC: 4 %). Diese Betreuungsart ist fast ausschließlich für Männer dokumentiert worden.

Die Betreuungsdauer der beiden hier betrachteten Gruppen unterscheidet sich erheblich. Während die reinen Cannabisklientinnen und -klienten im Mittel nach 69,8 Tagen ihre Betreuung beenden, benötigen die betreuten Personen mit Cannabis- und Alkoholproblemen im Mittel 116,8 Tage. Insbesondere der Anteil der Kurzbetreuten (maximal vier Wochen) ist in der erstgenannten Gruppe mit 52 % deutlich höher als in der letztgenannten (38 %). Dem gegenüber überwiegen bei den THC/ALK-Klientinnen und Klienten die Anteile der Personen, die länger als drei Monate betreut werden (36 %; THC: 23 %). Etwas geringer fallen die Unterschiede in der Betreuungsdauer aus, wenn nach dem Geschlecht differenziert wird. Die Frauen werden mit durchschnittlich 95,6 Tagen etwas länger betreut, als die Männer (91,0 Tage).

Etwas mehr als die Hälfte der Betreuungen der Cannabisklientel wird entweder regulär oder in Form einer Weitervermittlung beendet. Der Anteil der erstgenannten Beendigungsart liegt mit 47 % für die Gruppe der reinen Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten deutlich über dem der Vergleichsgruppe (29 %). Bei den THC/ALK Klientinnen und Klienten überwiegt hingegen die Weitervermittlung (21 %; THC: 13 %). Ein Drittel aller Betreuungen wird abgebrochen, da über einen Zeitraum von mehr als zwei Monaten kein Kontakt zur/m Klient(in) bestand und etwa jede zwanzigste Betreuung wird formell durch die Klientinnen und Klienten beendet. Bei diesen beiden letztgenannten Beendigungsformen liegen die Anteile der THC/ALK-Gruppe jeweils über denen der Personen mit ausschließlich cannabisbezogenen Problemen.

Nennenswerte Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Art der Beendigung sind mit Ausnahme des Abbruchs der Betreuung aufgrund eines Kontaktverlusts von mehr als zwei Monaten (Frauen: 38 %; Männer: 33 %) nicht zu erkennen.

Abbildung 4.2:
Art der Beendigung



Etwas mehr als die Hälfte der Klientinnen und Klienten mit Cannabis- und Alkoholproblemen (53 %), jedoch nur ein Drittel der reinen Cannabisklientel (34 %) erhält nach Beendigung der aktuellen Betreuung weiterführende Hilfe in anderen suchtspezifischen Einrichtungen. Für etwa jeden zwanzigsten der letztgenannten Gruppe erfolgt die Weiterbetreuung in Form einer ambulanten Beratung oder Betreuung (6 %), einer stationären Rehabilitation (6 %), einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung (5 %) oder einer Entgiftung bzw. einem Entzug (5 %). Die THC/ALK-Klientinnen und Klienten begeben sich nach Abschluss der aktuellen Betreuung zu 19 % in eine stationäre Rehabilitation, 11 % machen

einen Entzug und 8 % nehmen eine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung in Anspruch. Selbsthilfegruppen spielen bei der Cannabisklientel hingegen nur eine untergeordnete Rolle (THC: 2 %; THC/ALK: 5 %).

Frauen nehmen mit einem Anteil von 52 % häufiger als Männer (41 %) nach Beendigung der aktuellen Betreuung weitergehende Hilfen in Anspruch. Überwiegend sind dies psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlungen (15 %; Männer: 5 %) und stationäre Rehabilitation (15 %; Männer: 12 %).

4.2 Personen

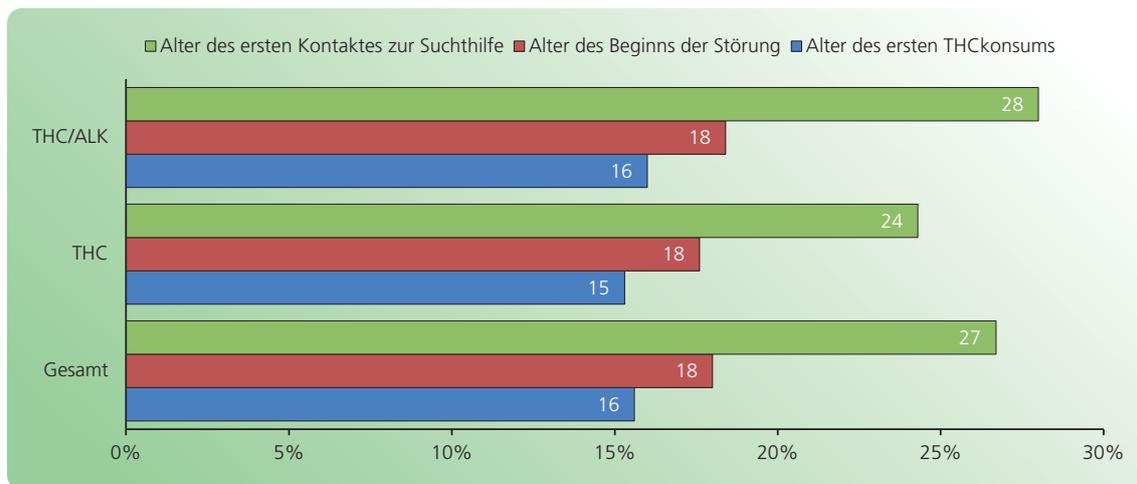
Die Personen mit Cannabisproblemen sind im Mittel 27 Jahre alt. Während sich hinsichtlich des Geschlechts nur geringe Unterschiede zeigen (Männer: 27,6 Jahre; Frauen: 28,7 Jahre), finden sich in Bezug auf die nach Hauptgruppen unterschiedenen Cannabisklientinnen und -klienten bemerkenswerte Differenzen: die reinen Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten sind mit einem Durchschnittsalter von 24,7 Jahren sechseinhalb Jahre jünger als die THC/ALK-Klientel. Ein Fünftel der erstgenannten Klientel ist jünger als 18 Jahre und weitere 48 % zwischen 18 und 27 Jahre alt. In der THC/ALK-Gruppe liegen diese Anteile mit 7 % resp. 37 % jeweils deutlich darunter. Hingegen sind hier die Altersgruppen 36 bis 40 Jahre (17 %; THC: 9 %) und 46 bis 60 Jahre (13 %; THC: 2 %) häufiger vertreten.

95 % der weiblichen und 85 % der männlichen Cannabisklientinnen und -klienten sind deutscher Nationalität (THC: 85 %; THC/ALK: 87,5 %). 1 % resp. 3 % sind Staatsbürger eines anderen Landes innerhalb der Europäischen Union und 4 % resp. 13 % besitzen eine andere Staatsangehörigkeit (THC: 13 %; THC/ALK: 10 %).

Ein Fünftel der Frauen und 36 % der Männer mit Cannabisproblemen verfügen über einen Migrationshintergrund. Die betreuten Personen mit einem ausschließlichen Cannabiskonsum berichten hier von häufiger als die THC/ALK Klientinnen und Klienten. So sind 10 % der erstgenannten Gruppe selbst migriert und weitere 27 % als Kind von in Deutschland lebenden Migranten geboren worden. In der Vergleichsgruppe betragen die entsprechenden Anteile jeweils 14 %.

Das Durchschnittsalter des ersten Cannabiskonsums liegt bei 15,6 Jahren (Männer: 15,6 Jahre; Frauen: 15,9 Jahre; siehe Abbildung 4.3). Die reinen Cannabisklientinnen und -klienten begannen diesbezüglich etwas früher (15,3 Jahre) als die THC/ALK Klientinnen und Klienten (16,0 Jahre). Ähnliche Unterschiede zeigen sich in Bezug auf das Auftreten der ersten cannabisbezogenen Störungen, welche bereits etwa zwei Jahre nach dem ersten Gebrauch von Haschisch und Marihuana auftraten (Frauen: 18,7 Jahre; Männer: 17,8 Jahre). Bei den Personen, die ausschließlich aufgrund eines Cannabisproblems betreut werden, vergehen dann nochmals 6,7 Jahre bis zum ersten Kontakt zu einer Suchthilfeeinrichtung. Noch länger – 9,6 Jahre – benötigen die THC/ALK Klientinnen und Klienten, bis sie um professionelle Hilfe nachfragen. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich bzgl. des ersten Aufsuchens einer Suchthilfeeinrichtung hingegen nicht.

Abbildung 4.3:
Alter des ersten Cannabiskonsums, des Beginns der Störung und des ersten Kontakts zur Suchthilfe



Die betreuten Frauen mit Cannabisproblemen verfügen zu nennenswert höheren Anteilen bereits über Erfahrungen mit der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfemaßnahmen. So berichten 35 % von stationären Entzügen (Männer: 26,5 %) und 23 % von stationären Rehabilitationen (Männer: 15 %). Auch die Klientinnen und Klienten, die sowohl aufgrund eines Problems mit Cannabis als auch mit Alkohol betreut werden, berichten häufiger über frühere Erfahrungen mit suchttherapeutischen Maßnahmen. So benennen 42,5 % stationäre Entzüge (THC: 14 %); 27 % stationäre Rehabilitationen (THC: 7 %) und 13 % eine Teilnahme an Selbsthilfegruppen (THC: 4 %). Die ambulanten Formen der beiden erstgenannten Maßnahmen spielten hingegen für die Cannabisklientel – unabhängig vom Geschlecht oder Problemausmaß – bisher keine bedeutsame Rolle.

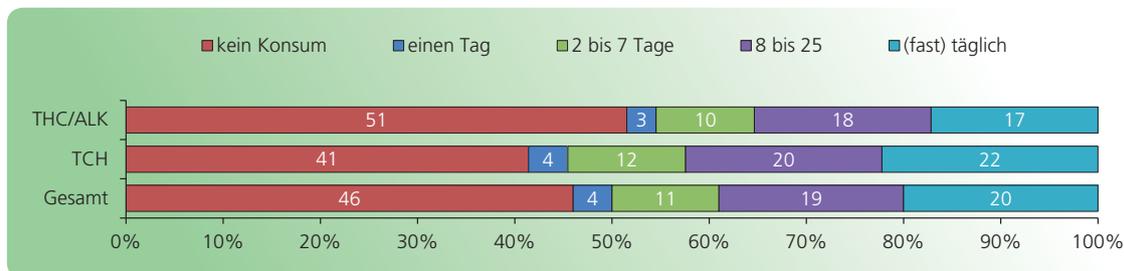
In den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn geben 35 % der reinen Cannabisklientel an, täglich oder fast täglich diese Substanz zu gebrauchen. Weitere 25 % berichten von 8 bis 25 Konsumtagen im Monat. Etwas mehr als ein Fünftel (21 %) lebte im Monat vor dem Eintritt in die Betreuung bereits abstinent. In der THC/ALK-Gruppe liegt der Anteil der Klientinnen und Klienten, die zu Beginn der Betreuung bereits keine Cannabisprodukte mehr gebrauchten mit 37 % deutlich höher. Von einem (fast) täglichem Konsum berichtet ein Viertel und weitere 24 % konsumieren Haschisch oder Marihuana an 8 bis 25 Tagen. Für drei Viertel der reinen Cannabisklientinnen und -klienten und zwei Drittel der THC/ALK-Klientel stellte die berichtete Konsumhäufigkeit in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn eine typische Konsumphase dar (Männer: 70 %; Frauen: 74 %). Bei jeder bzw. jedem Elften der ausschließlich Cannabis konsumierenden Personen und 14 % der THC/ALK-Klientel zeigte sich letztmalig das typische Konsumverhalten im zweiten Monat vor dem Beginn der Betreuung. Von einem noch länger zurückliegendem typischen Gebrauch von Cannabisprodukten berichten 16 % resp. 19 %.

Keine nennenswerten Unterschiede zeigen sich sowohl zwischen Männern und Frauen als auch zwischen den beiden hier betrachteten Hauptproblemgruppen in Bezug auf die Abstinenzmotivation. Einem Fünftel der Cannabisklientel (THC: 22 %; THC/ALK: 20 %) wird seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfeeinrichtungen eine sehr hohe Bereitschaft, Abstinenz zu erreichen, bescheinigt. Unabhängig von der Klientengruppe zeigen weitere 29 % eine hohe und 26 % eine mittlere Abstinenzmotivation. Bei etwa einem Viertel der Cannabisklientel ist kein oder nur ein sehr unzureichender Wille zur Beendigung des Gebrauchs von Cannabisprodukten zu erkennen.

Zum Zeitpunkt der Beendigung der Betreuung bzw. zum Ende des Jahres 2011 lebt die Hälfte der Klientinnen und Klienten, die sowohl ein Problem mit Cannabis als auch Alkohol haben, abstinent (siehe Abbildung 4.4). In der Gruppe der reinen Cannabisklientinnen und -klienten liegt dieser Anteil zehn Prozentpunkte darunter. Von einem Konsum zwischen 8 und 25 Tagen im Monat berichtet ein Fünftel der

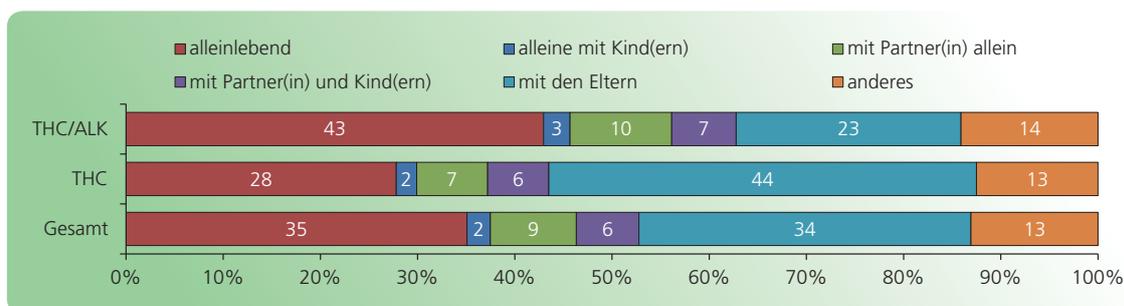
letztgenannten Klientel (THC/ALK: 18 %) und weitere 22 % konsumieren (fast) täglich Haschisch oder Marihuana (THC/ALK: 17 %). Der gelegentliche Konsum – ein bis sieben Tage pro Monat – wird hingegen nur von einer vergleichsweise geringen Zahl der betreuten Personen mit Cannabisproblemen aktuell praktiziert (THC: 16 %; THC/ALK: 13 %).

Abbildung 4.4:
Aktuelle Konsumhäufigkeit



Das unterschiedliche durchschnittliche Lebensalter der beiden hier betrachteten Cannabisgruppen spiegelt sich auch in den Angaben zur aktuellen Lebenssituation wider (siehe Abbildung 4.5). Während beispielsweise in der (älteren) THC/ALK-Gruppe etwas weniger als ein Viertel (23 %) noch bei den Eltern wohnt, sind es bei den reinen Cannabisklientinnen und -klienten fast doppelt so viele (44 %). Hingegen überwiegen in der erstgenannten Gruppe die Anteile der alleinlebenden (43 %; THC: 28 %) und der allein mit Partner(in) lebenden Personen (10 %; THC: 7 %). Von Kindern im eigenen Haushalt berichten 8 % der Cannabisklientel; die Gruppe der reinen Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten zu leicht geringeren Anteilen als die Klientinnen und Klienten, deren Hauptdrogen sowohl Cannabis als auch Alkohol sind. Auch zwischen Männern und Frauen finden sich nennenswerte Unterschiede in Bezug auf die aktuelle Lebenssituation. So sind Frauen häufiger gänzlich alleinlebend (39 %; Männer: 34 %) bzw. alleinlebend mit Kindern (9 %; Männer: 1 %). Hingegen leben mit einem Anteil von 20 % deutlich weniger weibliche Klienten noch bei den Eltern als die männlichen Klienten (37 %).

Abbildung 4.5:
Lebenssituation

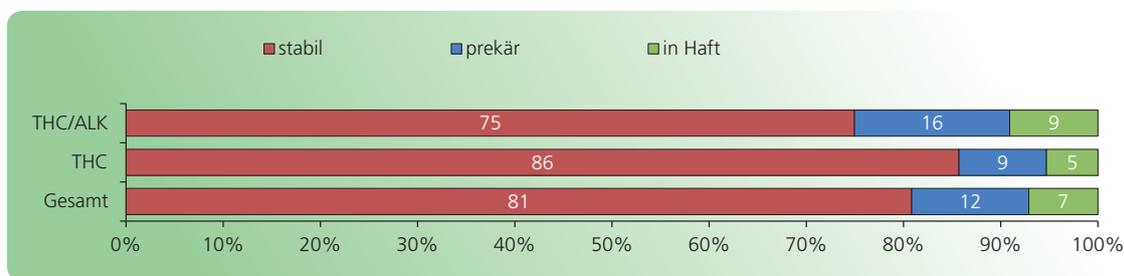


Unabhängig vom Geschlecht kann in Notsituationen der überwiegende Teil der betreuten Konsumentinnen und Konsumenten von Cannabisprodukten auf Angehörige oder Bekannte zurück greifen, welche verlässlich Hilfe gewährleisten (Frauen: 88 %; Männer: 85 %). 23 % der reinen Cannabisklientinnen und -klienten und 28 % der TCH/ALK-Gruppe berichten von zumindest einer Person, die eine solche Hilfestellung zu leisten vermag. Weitere 65 % resp. 55 % sind sich in Notfallsituationen sogar der Hilfe mehrerer Personen gewiss. Jede/r achte ausschließlich Cannabis konsumierende Klientin bzw. Klient (12 %) und jede/r sechste THC/ALK-Klientin bzw. Klient kann jedoch keine einzige verlässliche Person benennen, die in Problemsituationen willens und in der Lage ist, eine adäquate Unterstützung zu gewährleisten.

Etwa jede/r siebte Cannabisklientin bzw -klient gibt – unabhängig vom Geschlecht – an, aktuell an keinem Tag im Monat soziale Kontakte zu Menschen zu haben, die selbst kein Suchtproblem aufweisen (THC: 11 %; THC/ALK: 17 %). 22 % resp. 33 % haben an ein bis 25 Tagen pro Monat diese sogenannten Clean-Kontakte. Von einem täglichen Umgang mit Personen, die „clean“ sind, berichten genau zwei Drittel der reinen Cannabisklientinnen und –klienten und die Hälfte der THC/ALK-Klientel.

Abbildung 4.6 lässt sich entnehmen, dass der weitaus überwiegende Teil der Cannabisklientinnen und –klienten aktuell entweder in einer eigenen Wohnung lebt oder sein Zuhause bei der Partnerin bzw. dem Partner, den Eltern oder anderen Angehörigen hat (Männer: 80 %; Frauen: 81 %). Die Klientinnen und Klienten, die ausschließlich Cannabis problematisch konsumieren, berichten über eine solche stabile Wohnsituation häufiger (86 %) als die THC/ALK-Klientel (75 %). Jede/r Elfte der letztgenannten Klientengruppe befindet sich aktuell in Haft. In der Vergleichsgruppe beträgt dieser Anteil nur 5 %. Eine prekäre Wohnsituation wurde für 16 % der Klienten mit problematischem Cannabis- und Alkoholkonsum dokumentiert (THC: 9 %). Lässt man die sich aktuell in Haft befindlichen Klientinnen und Klienten bei der Betrachtung außen vor, so liegt der Anteil der in prekären Wohnverhältnissen lebenden Cannabis- und Alkoholklientel bei 17 % (THC: 10 %).

Abbildung 4.6: Wohnsituation

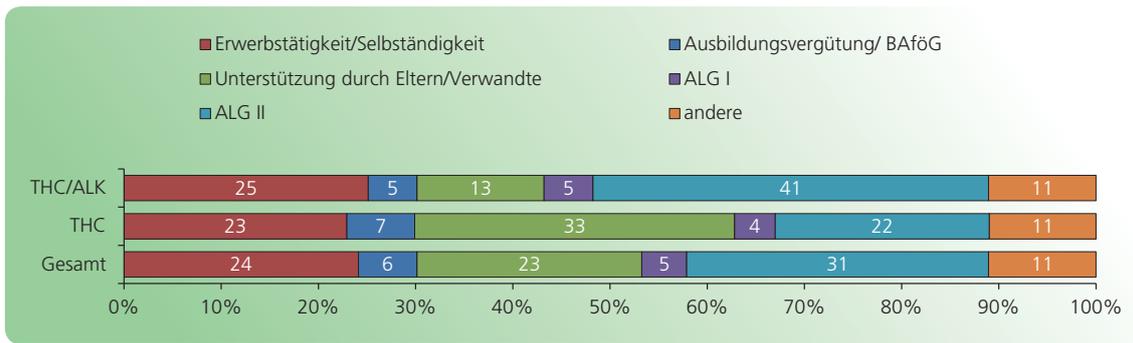


Fast ein Fünftel der reinen Cannabisklientinnen und –klienten besucht aktuell noch die Schule (19 %; THC/ALK: 4,5 %). Aufgrund der oben berichteten hohen Anteile der unter 18-Jährigen, ist dieses Ergebnis wenig überraschend. Jede Neunte dieser Klientel hat die Schule ohne Abschluss oder lediglich mit einem Sonderschulabschluss verlassen (11 %). In der Gruppe der Personen mit Cannabis- und Alkoholproblemen sind es 18 %. Die letztgenannten Klientinnen und Klienten verfügen zu 37 % über einen Hauptschulabschluss und weitere 22 % über einen Realschulabschluss. Bei den ausschließlichen Cannabisklientinnen und –klienten liegen diese Anteile bei 30 % resp. 24 %. Von der Fachhochschulreife oder dem Abitur berichten 15 % der THC- und 18 % der THC/ALK-Gruppe.

Die weiblichen Cannabisklienten verfügen insgesamt über einen besseren Schulabschluss als die männlichen Klienten. So haben 23 % die Schule mit dem Abitur (Männer: 15,5 %) und 29 % mit der mittleren Reife (Männer: 22 %) abgeschlossen. Bei den Männern überwiegt hingegen der Hauptschulabschluss (35 %; Frauen: 26 %) sowie der Anteil derer ohne einen Schulabschluss (14 %; Frauen: 8 %).

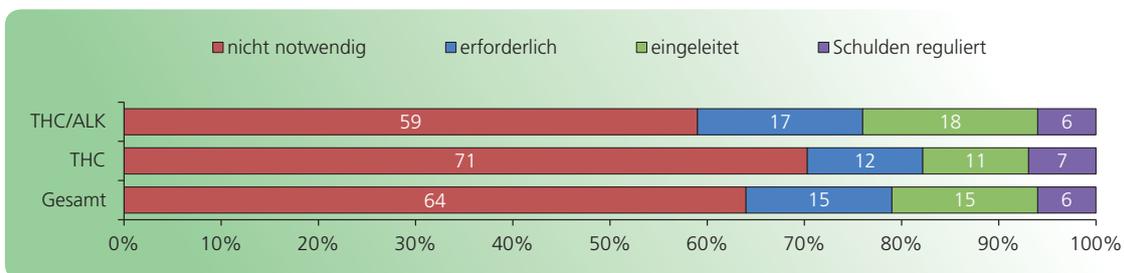
Genau ein Drittel der Personen mit ausschließlichem Cannabiskonsum bestreitet sein finanzielles Auskommen aktuell in erster Linie durch Zuwendungen der Eltern oder anderer Angehöriger (siehe Abbildung 4.7). In der Vergleichsgruppe liegt der entsprechende Anteil zwanzig Prozentpunkte darunter. Hier überwiegt der Anteil der Personen, welche Arbeitslosengeld II beziehen (40,5 %; THC: 22 %). Das Arbeitslosengeld I spielt hingegen bei der Finanzierung des Lebensunterhaltes der hier betrachteten Klientel nur eine untergeordnete Rolle. Jeweils drei von zehn Personen in beiden Klientengruppen erhalten aktuell Lohn oder Gehalt aufgrund einer Erwerbstätigkeit oder beziehen eine Ausbildungsvergütung bzw. BAföG. Differenziert nach dem Geschlecht, zeigen sich für Frauen und Männer in Bezug auf die letztgenannte Einkommensart ähnliche hohe Anteile. Geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich jedoch in Bezug auf die Unterstützung durch die Eltern (Männer: 22 %; Frauen: 18 %), den Bezug von Arbeitslosengeld II (Männer: 28 %; Frauen: 34 %) und der Versorgung in einer Institution (Männer: 12 %; Frauen: 4 %).

Abbildung 4.7:
Haupteinkommen



Bei 63 % der Cannabisklientel wurde eine aktuelle Verschuldung dokumentiert. Die THC/ALK Klientinnen und Klienten sind hiervon mit einem Anteil von 69 % häufiger betroffen als die Personen, die ausschließlich Cannabis konsumieren (55 %). Valide Aussagen zur Höhe der Schulden der Klientinnen und Klienten sind aufgrund des hohen Anteils von Klientinnen und Klientend, die keine konkrete Angabe zur Höhe der Schulden machen konnten oder wollten (20 %), kaum möglich. Von denen aber, welche die Verbindlichkeiten quantifizieren konnten, wurden mehrheitlich Beträge bis maximal 5.000 Euro angegeben. Aus Abbildung 4.8 wird deutlich, dass bei 71 % der verschuldeten reinen Cannabisklientinnen und -klienten eine Schuldenregulierung aktuell nicht notwendig. In der THC/ALK-Gruppe ist dieser Anteil mit 59 % um zwölf Prozentpunkte geringer. Hier überwiegen hingegen die Anteile der Personen für die eine Schuldenregulierung notwendig (17 %; THC: 12 %) bzw. bereits eingeleitet worden ist (18 %; THC: 11 %). Bei weiteren 6 % (THC: 7 %) ist bereits eine Schuldenregulierung erfolgt. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind hinsichtlich des Status der Schuldenregulierung nicht zu erkennen.

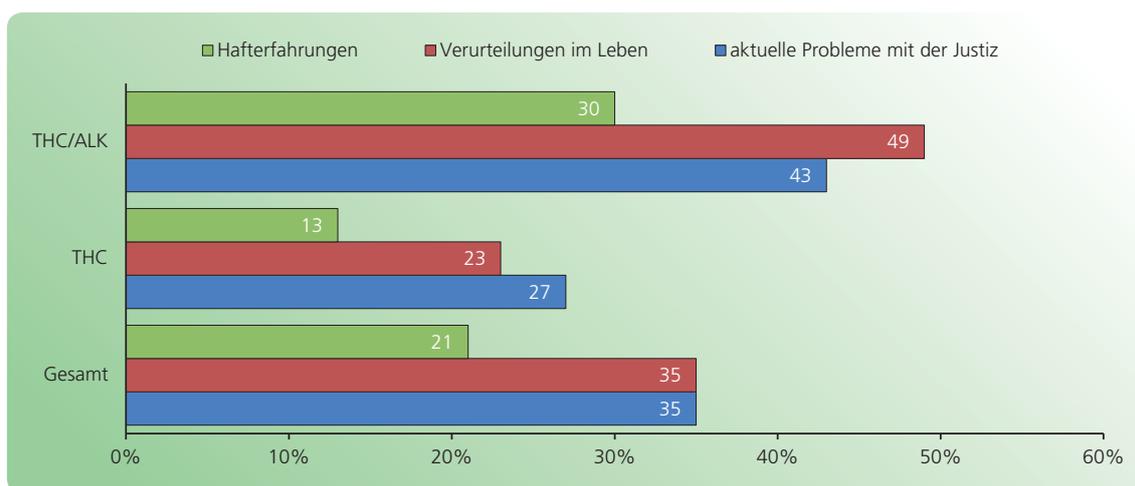
Abbildung 4.8:
Schuldenregulierung



Etwas mehr als ein Drittel der gesamten Cannabisklientel hat aktuell justizielle Probleme (35 %); Männer mit einem Anteil von 39 % viel häufiger als Frauen (11 %). Die Klientinnen und Klienten, für welche sowohl Cannabis als auch Alkohol als Hauptdrogen angegeben wurden, berichten hiervon mit einem Anteil von 43 % wesentlich häufiger als die reinen Cannabisklientinnen und -klienten (27 %). In beiden Gruppen stehen diese justiziellen Probleme häufig in Zusammenhang mit einem laufenden bzw. offenen Gerichtsverfahren (THC: 7 %; THC/ALK: 11 %), aktueller Strafhaft (THC: 7 %; THC/ALK: 14 %), einer Bewährung mit Weisung bzw. Auflage (THC: 7 %; THC/ALK: 13 %) sowie einem Führerscheinentzug (THC: 5 %; THC/ALK: 7 %). 35 % aller betreuten Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten sind im Laufe ihres Lebens schon einmal verurteilt worden (Männer: 40 %; Frauen: 11 %). THC/ALK Klientinnen und Klienten wiederum wissen hiervon zu weitaus höheren Anteilen zu berichten (49 %) als die Personen, die ausschließlich aufgrund eines Cannabisproblems in Betreuung sind (23 %). So berichtet ein Viertel der erstgenannten Gruppe von einer Verurteilung aufgrund begangener Körperverletzungen (THC: 6 %), 12,5 % von BTM-Delikten (THC: 9 %), 11 % von Formen der Beschaffungskriminalität (THC: 5 %) sowie 24 % von anderen Delikten (THC: 8 %).

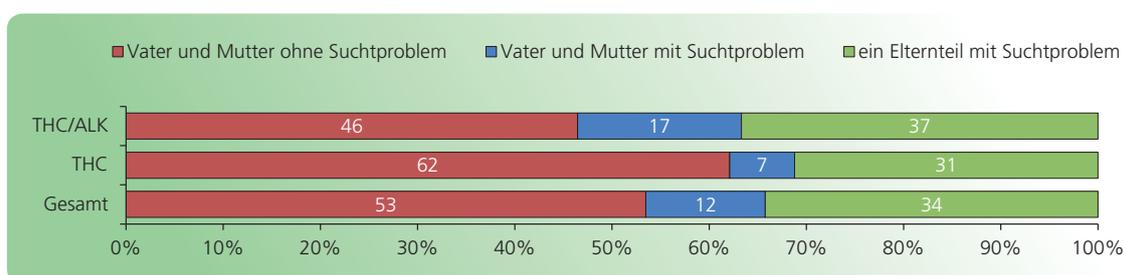
Der im Vergleich zu den reinen Cannabisklientinnen und -klienten hohe Anteil von bereits verurteilten Personen in der THC/ALK-Gruppe schlägt sich auch in den Angaben zu bisherigen Haftaufenthalten nieder. Drei von zehn dieser letztgenannten Klientinnen und Klienten berichten hiervon. Bei den ausschließlich aufgrund eines Cannabisproblems betreuten Personen haben hingegen nicht einmal halb so viele (13 %) Erfahrungen mit Strafhaftaufenthalten gemacht. Nur sehr wenige der betreuten Frauen mit Cannabisproblemen sind im Laufe ihres Lebens schon einmal inhaftiert worden (4 %). Hingegen war ein Viertel der männlichen Cannabisklientel bereits von einem Freiheitsentzug betroffen.

Abbildung 4.9:
Probleme mit der Justiz



Das Aufwachsen in einem suchtbelasteten Elternhaus birgt für die davon betroffenen Kinder ein großes Risiko, im Erwachsenenalter selbst ein Suchtproblem zu entwickeln. So berichten 40 % der Frauen und 33 % der Männer von einem Elternteil mit Suchtproblemen. Bei nahezu jeder fünften Klientin (19 %) und jedem neunten Klienten (11 %) waren sogar Vater und Mutter suchtmittelabhängig. Für Personen, die aufgrund eines Problems mit Cannabis und Alkohol betreut werden, ist das Aufwachsen mit suchtbelasteten Eltern bemerkenswert häufiger dokumentiert worden (54 %) als für die reinen Cannabisklientinnen und -klienten (38 %). Besonders deutlich sind diese Unterschiede, wenn der Blick auf die Klientinnen und Klienten gerichtet wird, bei denen beiden Elternteile eine Substanzabhängigkeit aufwiesen (THC: 7 %; THC/ALK: 17 %).

Abbildung 4.10:
Vater und Mutter mit Suchtproblemen

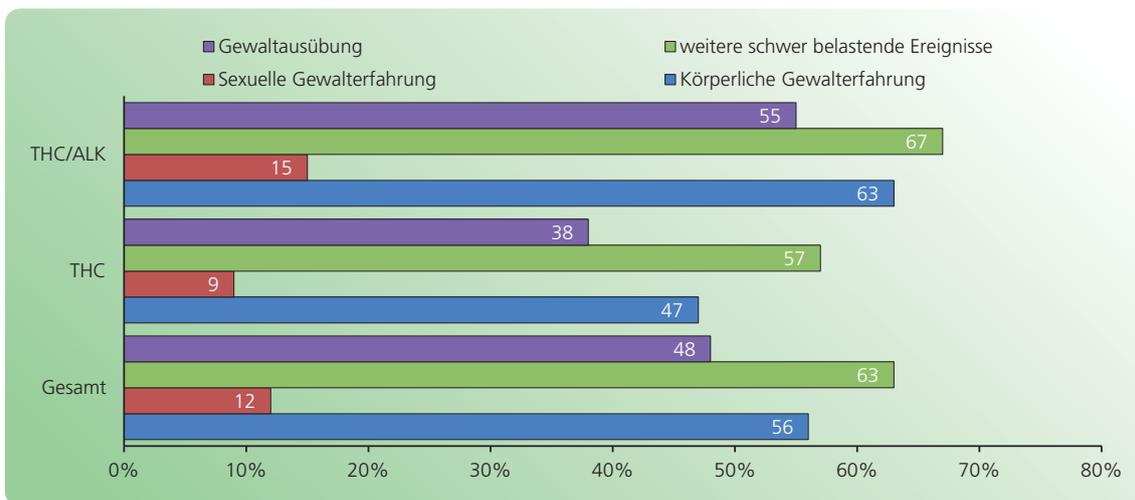


Auch öffentliche Erziehungsmaßnahmen während der Kindheit werden seitens der Suchtforschung mit substanzbezogenen Störungen in Zusammenhang gebracht. Die vorliegenden Ergebnisse zur Hamburger Cannabisklientel bestätigen die Annahme eines solchen Zusammenhangs. So berichtet etwas mehr als ein Fünftel von einer zumindest zeitweisen Unterbringung außerhalb des Elternhauses während der Kindheit (Männer: 22 %; Frauen: 28 %). Unterschiede zwischen den in diesem Kapitel betrachteten Hauptproblemgruppen sind nicht festzustellen (THC: 22 %; THC/ALK: 23 %).

Mehr als die Hälfte der betreuten Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten hat im Laufe des Lebens bereits körperliche Gewalt erfahren (siehe Abbildung 4.11), Frauen mit einem Anteil von 61,5 % etwas häufiger als die Männer (55 %). Deutlich größer sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich erlebter sexueller Gewalt (Männer: 6 %; Frauen: 42 %) und weiterer schwer belastender Lebensereignisse (Männer: 58 %; Frauen: 82 %). Von jemals selbst ausgeübter Gewalt berichten hingegen mehr Männer (51 %) als Frauen (30 %).

Wird nach dem Problemstatus der Klientinnen und Klienten unterschieden, so zeigt sich, dass die THC/ALK-Klientinnen und Klienten von körperlicher Gewalt mit einem Anteil von 63 % häufiger betroffen waren als die reinen Cannabisklientinnen und -klienten. Auch in Bezug auf sexuelle Gewalterfahrungen (THC/ALK: 15 %; THC: 9 %) und weitere schwer belastende Lebensereignisse (THC/ALK: 67 %; THC: 57 %) zeigt sich die erstgenannte Klientel stärker belastet. Ähnlich verhält es sich hinsichtlich der jemals selbst ausgeübten Gewalt. Während 55 % der Klientinnen und Klienten mit Cannabis und Alkoholproblemen hiervon berichten, sind es in der Gruppe der reinen Cannabisklientinnen und -klienten lediglich 38 %.

Abbildung 4.11:
Erfahrungen von Gewalt und anderen schwer belastenden Ereignissen im Leben



Insbesondere aufgrund des im Vergleich zu den Alkohol- und Opiatklientinnen und -klienten geringen Durchschnittsalters der Cannabisklientel sind nur wenige dieses Personenkreises von erheblichen bis extremen gesundheitlich-körperlichen Beeinträchtigungen betroffen (THC: 5 %; THC/ALK: 10 %). Allenfalls Schlafstörungen sind in beiden Klient(inn)engruppe etwas häufiger verbreitet (THC: 38 %; THC/ALK: 43 %). Des Weiteren wurde für 11 % der reinen Cannabisklientinnen und -klienten und 26 % der Personen mit einem Cannabis- und Alkoholproblem ein problematischer Zahnstatus dokumentiert. Etwa ein Viertel der THC-Klientinnen und Klienten (25,5 %) sowie ein Drittel der THC/ALK-Klientinnen und Klienten sehen sich nach Auffassung der Mitarbeiter(innen) in den Suchtberatungsstellen erheblichen bis extremen psychischen Belastungen ausgesetzt. In diesem Zusammenhang werden vor allem depressive Stimmungen (THC: 13 %; THC/ALK: 16,5 %), Nervosität und Unruhe (THC: 15 %; THC/ALK: 18 %), Aggressionen (THC: 10 %; THC/ALK: 13 %) und mangelnde Impuls- bzw. Affektkontrolle benannt (THC: 11 %; THC/ALK: 15 %).

Korrespondierend zu diesem letztgenannten Ergebnis bekommen die THC/ALK Klientinnen und -klienten auch zu höheren Anteilen aktuell Psychopharmaka verschrieben (23 %; THC: 11 %). Überwiegend handelt es sich hierbei um Antidepressiva.

Wird die gesundheitliche Verfassung der Cannabisklientel nach dem Geschlecht unterschieden, so zeigen sich die Frauen insbesondere psychisch stärker beeinträchtigt als die Männer. So berichten 53 % von Schlafstörungen (Männer: 38,5 %) und 43,5 % von erheblichen bis extremen psychischen Bela-

stungen (Männer: 27 %). Als konkrete psychische Probleme werden depressive Stimmungen (22 %; Männer: 13 %), Nervosität und Unruhe (20 %; Männer: 15,5 %) und Ängste oder Phobien benannt (18 %; Männer: 11 %).

Aktuell nehmen 34 % der weiblichen Cannabisklientinnen und –klienten Psychopharmaka zu sich (Männer: 14 %). Wiederum handelt es sich hierbei überwiegend um Antidepressiva.

4.3 Verlaufsdokumentation (Verlaudo)

Wie schon in den vorangegangenen Kapiteln zu den Hauptproblemen Alkohol und Opiate sollen auch für die Cannabisklientel die Veränderungen ihrer sozioökonomischen Situation, ihrer gesundheitlichen Verfassung und ihres Konsum- und Sozialverhaltens dargestellt und erläutert werden. Einbezogen wurden in diese Analysen ausschließlich in 2011 beendete Betreuungen, die länger als 30 Tage andauerten. Da Richtung und Ausmaß der Entwicklungen in den genannten Bereichen in Abhängigkeit von der Betreuungsdauer variieren, findet im Folgenden zusätzlich zu der im Cannabisteil bisher vorgenommenen Unterteilung von Klientinnen und Klienten mit ausschließlichem Cannabiskonsum (THC) und solchen, die neben Cannabisprodukten auch noch problematisch Alkohol konsumieren (THC/ALK), noch eine Differenzierung nach der Dauer der Betreuung statt. Tabelle 4.1 lässt sich entnehmen, dass nahezu die Hälfte der Betreuungen der reinen Cannabisklientinnen und -klienten nicht länger als drei Monate andauern, etwas weniger als ein Drittel zwischen 91 und 180 Tagen betreut wird und weitere 22 % länger als ein halbes Jahr die Hilfe einer ambulanten Suchtberatungsstelle in Anspruch nehmen. In der THC/ALK-Gruppe liegt der Anteil der Langzeitbetreuten mit 28 % höher als bei den reinen Cannabisklientinnen und -klienten. Nicht ganz ein Drittel wird zwischen drei und sechs Monaten betreut und vier von zehn Personen verbleiben nicht länger als drei Monate in einer ambulanten Maßnahme.

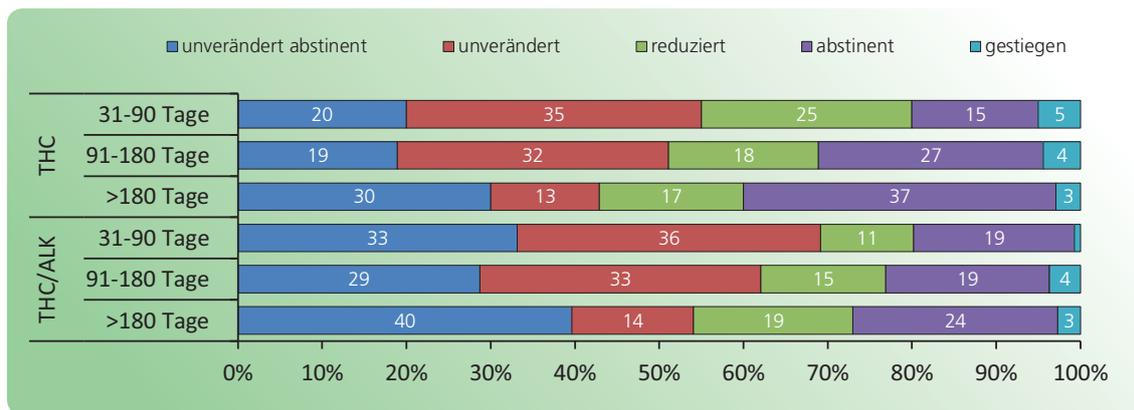
Tabelle 4.1:
Betreuungsdauer in Tagen (kategorisiert) nach Hauptproblem

	Cannabis		THC/Alk		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
31-90	187	47 %	197	41 %	384	44 %
91-180	126	31 %	146	31 %	272	31 %
181 und mehr	89	22 %	133	28 %	222	25 %
Gesamt	402	100 %	476	100 %	878	100 %

Abbildung 4.12 zeigt sehr eindrücklich, welch große Bedeutung die ambulanten Maßnahmen für die Veränderung der Frequenz des Cannabiskonsums der hier betrachteten Klientel haben. Insbesondere die reinen Cannabisklientinnen und -klienten profitieren überdurchschnittlich von den Angeboten der Suchthilfe. Deutlich wird auch, dass länger andauernde Betreuungen eine Reduzierung oder Beendigung des Gebrauchs von Haschisch und Marihuana begünstigen. Während beispielsweise in der THC-Gruppe ein Viertel der Kurzzeitbetreuten von einer Reduktion und 15 % von einer Abstinenz berichten, betragen diese Anteile bei denen mit einer maximal halbjährlichen Betreuung schon 18 % resp. 27 %. Für die Langzeitbetreuten ist dann nochmals eine Steigerung der abstinent gewordenen Personen um zehn Prozentpunkte zu erkennen. Ein ähnliches Bild – wenn auch absolut jeweils etwa zehn Prozentpunkte geringer – zeigt sich bei den Klientinnen und Klienten, die sowohl ein Problem mit Cannabis wie auch mit Alkohol aufweisen. Die Anteile einer Reduktion oder einer erreichten Abstinenz steigen von 30 % bei den nur kurz betreuten Personen auf 43 % bei den Langzeitbetreuten an.

Unabhängig von der Substanzproblematik zeigt ein Drittel der Klientinnen und Klienten mit kurzer bzw. mittlerer Betreuungsdauer keine Veränderung ihres (problematischen) Konsumverhaltens. Bei den Personen, die über sechs Monate hinaus betreut werden, liegt dieser Anteil mit 13 % (THC) bzw. 14 % (THC/ALK) jeweils etwa 20 Prozentpunkte darunter. Eine Steigerung des Cannabiskonsums im Laufe einer ambulanten Betreuung ist unabhängig von Hauptproblem und Betreuungsdauer nur für eine kleine Minderheit dokumentiert worden.

Abbildung 4.12:
Verlaudo: Veränderungen der Konsumhäufigkeit



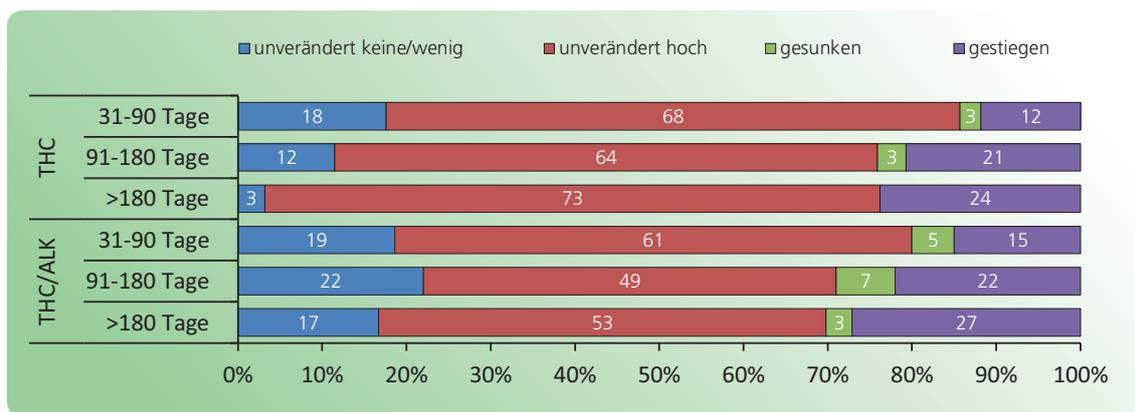
Werden die Veränderungen in der Konsumhäufigkeit für die Cannabisklientel nach dem Geschlecht differenziert, so finden sich nur geringe Unterschiede. Frauen zeigen zu etwas höheren Anteilen als die Männer einen unverändert abstinenten sowie reduzierten Cannabiskonsum. Die männlichen Klienten erreichen hingegen etwas häufiger im Betreuungszeitraum die Abstinenz.

Der feste Wille, den Konsum der Hauptproblemsubstanz zu reduzieren oder sogar zu beenden kann als eine der Grundvoraussetzungen für den Erfolg einer Betreuung angesehen werden. Abbildung 4.13 lässt sich entnehmen, dass nach Beendigung der Betreuung zwischen 71 % und 97 % – je nach Hauptproblem und Betreuungsdauer – über eine ausreichend hohe Abstinenzmotivation verfügen. Insgesamt betrachtet stellt sich im Vergleich zur THC/ALK-Klientel die Situation der reinen Cannabisklientinnen und -klienten vorteilhafter dar. Dies liegt in erster Linie in den hohen Anteilen der betreuten Personen begründet, die im Betreuungsverlauf eine unverändert hohe Motivation zur Abstinenz zeigen. So wurde für 68 % der Kurzzeitbetreuten, 64 % derjenigen mit mittlerer Betreuungsdauer und 73 % der über ein halbes Jahr betreuten Personen eine solche Einstellung dokumentiert. In der THC/ALK-Gruppe liegen die entsprechenden Anteile z.T. deutlich darunter: 61 % (31-90 Tage), 49 % (91-180 Tage) und 53 % (>180 Tage).

Trotz dieses insgesamt schon hohen Ausgangswertes ist es den Mitarbeitern der Suchthilfe dennoch gelungen, zusätzlich einem erheblichen Anteil der Klientel die Notwendigkeit der Beendigung des Cannabiskonsums zu verdeutlichen. Insbesondere bei den Langzeitbetreuten (THC: 24 %; THC/ALK: 27 %) und den Klientinnen und Klienten mit mittlerer Betreuungsdauer (THC: 21 %; THC/ALK: 22 %) zeigen sich diesbezüglich bemerkenswerte Veränderungen. Etwas geringer fallen diese Anteile bei den Kurzzeitbetreuten aus (THC: 12 %; THC/ALK: 15 %).

Gleichwohl gibt es auch einen beachtenswerten Anteil von Personen mit Cannabisproblemen, die nicht oder nur in geringem Maße Willens sind, den Konsum dieser Substanz einzustellen. Mit Blick auf die reinen Cannabisklientinnen und Klienten zeigt sich, dass die entsprechenden Anteile mit der Länge der Betreuungsdauer deutlich abnehmen. Während beispielsweise noch 18 % der kurz betreuten Klientel eine unzureichende Abstinenzmotivation bescheinigt wird, sind es bei den Langzeitbetreuten nur noch 3 %. Bei den Personen, die sowohl ein Problem mit Cannabis wie mit Alkohol haben, finden sich diesbezüglich hingegen nur vergleichsweise geringe Unterschiede. Zwischen 17 % (>180 Tage) und 22 % (91-180 Tage) zeigen sich während des gesamten Betreuungsverlaufs unzureichend motiviert.

Abbildung 4.13:
Veränderungen der Abstinenzmotivation

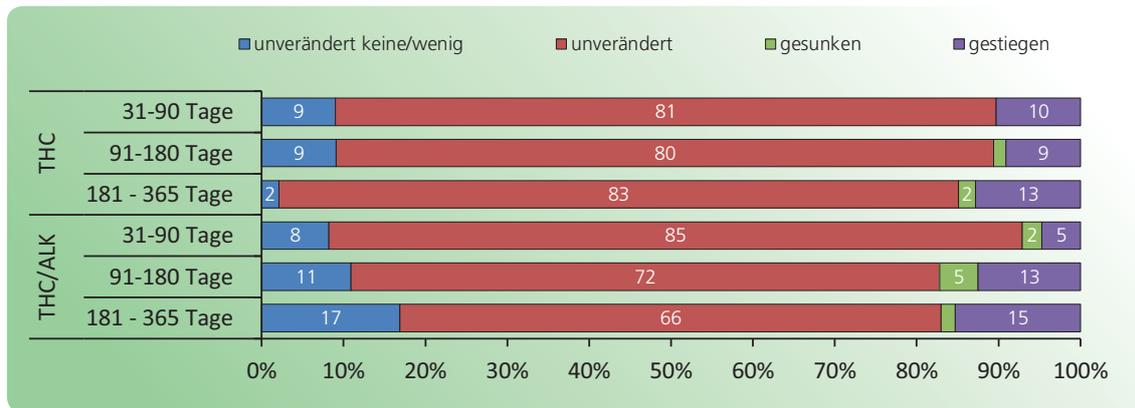


Werden die aufgrund eines Cannabisproblems betreuten Frauen und Männer hinsichtlich der Entwicklung ihrer Abstinenzmotivation miteinander verglichen, so zeigen die Klientinnen mit einem Anteil von 68 % häufiger einen unverändert festen Willen den Cannabiskonsum zu beenden als die männlichen Klienten (59%). Die letztgenannte Gruppe profitiert hingegen aber etwas mehr von der ambulanten Betreuung: Ein Fünftel entwickelt im Betreuungszeitraum eine ausreichend hohe Motivation zu Abstinenz (Frauen: 15 %).

Anders als viele Alkohol- und insbesondere Opiatabhängige bewegen sich Cannabis konsumierende Personen selten ausschließlich in Milieus, die durch ein riskantes bis abhängiges Konsumverhalten gekennzeichnet sind. Abbildung 4.14 verdeutlicht diesen Umstand sehr eindrucksvoll. Bei den reinen Cannabisklientinnen und -klienten geben unabhängig von der Betreuungsdauer vier Fünftel an, unverändert häufig Kontakte zu Personen zu halten, die selbst kein Substanzproblem aufweisen. Hinzu kommt ein weiteres Zehntel, dem es im Laufe der Betreuung gelingt, entsprechende soziale Beziehungen aufzubauen. Von fehlenden Clean-Kontakten zum Zeitpunkt der Beendigung einer Betreuung sind somit nur eine Minderheit der reinen Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten betroffen.

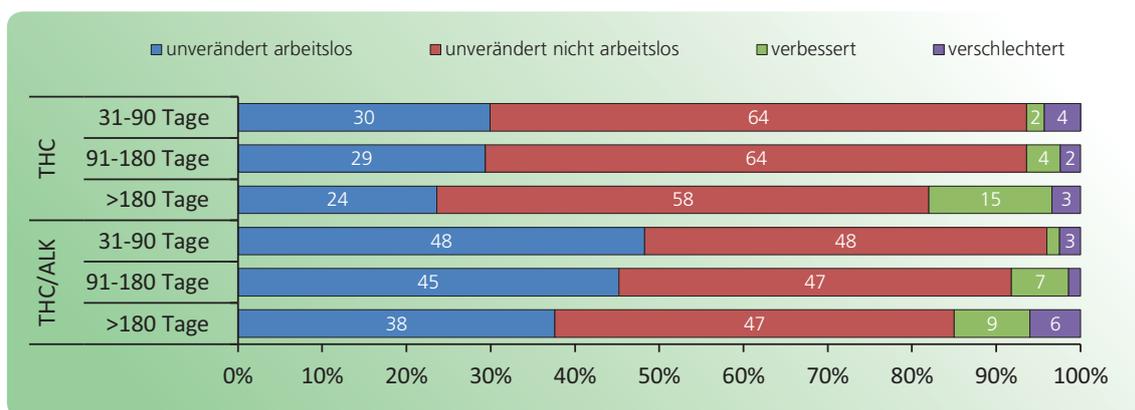
Durchaus ähnlich, wenngleich mit einigen interessanten Besonderheiten, stellt sich die Situation der betreuten Personen dar, die sowohl ein Problem mit Cannabis wie mit Alkohol haben. Zunächst einmal fällt auf, dass die Anteile der Personen, die unverändert viele Clean-Kontakte haben, mit der Dauer der Betreuung abnehmen. Sind es bei den Kurzbetreuten noch 85 %, so sinkt dieser Anteil sukzessive auf 66 % bei den über ein halbes Jahr betreuten Klientinnen und Klienten. Diametral hierzu verhält es sich jedoch mit den Anteilen der Personen, für die eine Steigerung der Kontakte zu nicht suchtselasteten Personen im Laufe der Betreuung dokumentiert wurde. Wurde bei den kurz betreuten Klientinnen und -klienten zu 5 % eine Steigerung der Clean-Kontakte dokumentiert, so sind es in der Gruppe mit einer mittleren Betreuungsdauer bereits 12,5 % und nochmals höhere 15 % bei den Langzeitbetreuten. Auffällig im Vergleich zu den reinen Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten ist bei der THC/ALK-Klientel des Weiteren, dass die Anteile der Personen mit durchgängig unzureichenden Clean-Kontakten mit steigender Betreuungsdauer zunehmen. Womöglich erschwert die zusätzlich zum Cannabiskonsum bestehende Alkoholproblematik den Aufbau von sozialen Beziehungen, deren Grundlage nicht der gemeinschaftlich praktizierte Substanzkonsum darstellt.

Abbildung 4.14: Veränderungen hinsichtlich der Kontakte zu Personen ohne Suchtproblem (Clean-Kontakte)



In den vorangegangenen Ausführungen zu den Personen mit Alkohol- und Opiatproblemen wurde bereits deutlich, dass Veränderungen der schulischen, beruflichen und finanziellen Situation der betreuten Klientinnen und Klienten im Rahmen einer einzelnen Betreuung – die ja oftmals nur eine Sequenz eines meist mehrjährig andauernden Maßnahmenpakets darstellt – kaum möglich sind. Die Cannabisklientel bildet hier keine Ausnahme. Mit Blick auf den Erwerbsstatus lassen sich nennenswerte positive Entwicklungen ausschließlich bei den Langzeitbetreuten feststellen. Immerhin geben 15 % der reinen Cannabisklientinnen und -klienten und 9 % der THC/ALK-Klientel an, im Laufe der Betreuung die Arbeitslosigkeit überwunden zu haben (siehe Abbildung 4.15). Unverändert nicht arbeitslos sind zwischen 64 % (31-180 Tage) und 58 % (>180 Tage) der reinen Cannabisklientinnen und -klienten und – unabhängig von der Betreuungsdauer – etwa die Hälfte der THC/ALK-Klientel. In beiden Klientengruppen sinkt der Anteil der unverändert arbeitslosen Personen mit der Dauer der Betreuung. Absolut liegen die Werte für die Personen mit Cannabis- und Alkoholproblemen jedoch immer ca. fünfzehn Prozentpunkte über denen der Klientinnen und Klienten, die ausschließlich aufgrund eines Problems mit Cannabis betreut werden. Man muss sich jedoch bei der Interpretation der Daten jedoch stets vor Augen halten, dass sich hinter den berechneten Anteilen teilweise eine eher geringe absolute Fallzahl verbirgt.

Abbildung 4.15: Veränderungen hinsichtlich des Status der Arbeitslosigkeit



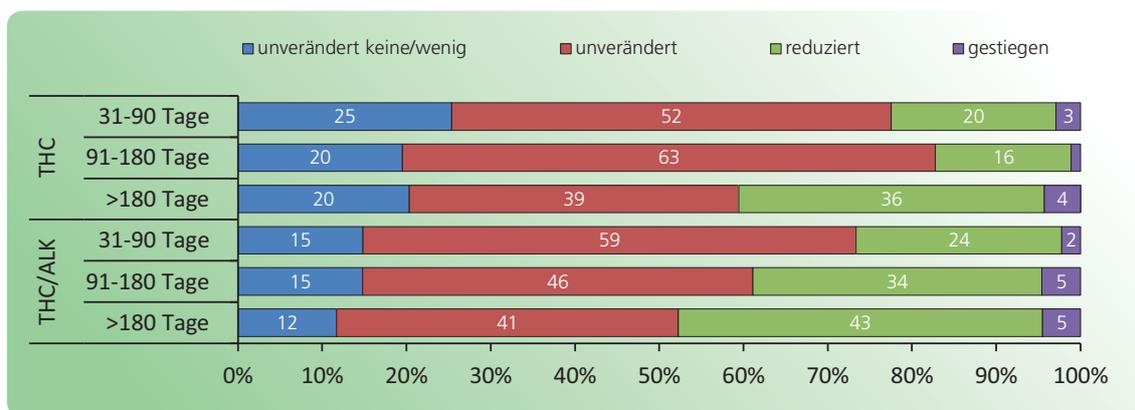
Größere Unterschiede zwischen den männlichen und weiblichen Klienten in Bezug auf eine bestehende Arbeitslosigkeit sind nicht zu erkennen. Männer scheinen insgesamt etwas mehr von den ambulanten Maßnahmen zu profitieren. So zeigen 6 % eine Verbesserung (Frauen: 3 %) und 3 % eine Verschlechterung (Frauen: 6 %) des Erwerbstatus. In Bezug auf die Wohnsituation der Klientinnen und Klienten gestalten sich die Veränderungen eher gering und nicht einheitlich. Lediglich für die THC/ALK-Gruppe

zeigt sich, dass mit steigender Betreuungsdauer der Anteil der Klientinnen und Klienten, die in prekären Verhältnissen leben, kontinuierlich abnimmt. Eine individuelle Verbesserung der Wohnsituation im Laufe der Betreuung findet jedoch eher selten statt.

Im Gegensatz zu den oben berichteten Veränderungen im Erwerbsstatus profitieren die Cannabisklientinnen und -klienten hinsichtlich ihrer psychischen und seelischen Verfassung außerordentlich von der ambulanten Betreuung. Ein eindeutiger Zusammenhang mit der Länge der Betreuung zeigt sich diesbezüglich bei den Personen, die sowohl ein Problem mit Cannabis wie auch mit Alkohol haben. Selbst bei den Kurzzeitbetreuten dieser Klientel wurde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Suchtberatungsstellen für ein Viertel eine Verbesserung dokumentiert. Bei den betreuten Personen mit einer mittleren Betreuungsdauer steigt dieser Anteil nochmals auf 34 % und bei den über ein halbes Jahr betreuten THC/ALK-Klientinnen und -klienten sind es bereits 43 %. Bei den reinen Cannabisklientinnen und -klienten zeigt sich hingegen kein linearer Zusammenhang zwischen der Verbesserung des psychischen bzw. seelischen Wohlbefindens und der Betreuungsdauer. So betragen die entsprechenden Anteile bei den kurz betreuten Personen 20 %, bei denen mit einer mittleren Betreuungsdauer geringere 16 % um dann, bei den Langzeitbetreuten auf 36 % anzusteigen.

Von unverändert keinen bzw. geringen psychischen oder seelischen Belastungen sind ein Viertel der kurz betreuten und ein Fünftel der länger betreuten reinen Cannabisklientel betroffen. Etwa jeweils zehn Prozentpunkte geringer fallen diese Anteile der betreuten Personen mit Alkohol- und Cannabisproblemen aus (30-180 Tage: 15 %; >180 Tage: 12 %). Trotz dieser insgesamt erfreulichen Entwicklungen bleibt festzuhalten, dass ein erheblicher Anteil der betreuten Cannabisklientinnen und -klienten – je nach Problemart und Betreuungsdauer zwischen 43 % und 64 % – auch nach Beendigung der Betreuung unter mittleren bis extremen psychischen und/oder seelischen Belastungen leidet.

Abbildung 4.16: Veränderungen der psychisch/seelischen Belastung



Wird die Entwicklung der psychischen und seelischen Gesundheit geschlechtsspezifisch betrachtet, so fällt auf, dass zwar ein Fünftel der Männer, aber nur 5 % der Frauen unverändert keine bzw. nur geringe psychische Beschwerden aufweisen. Die letztgenannte Gruppe ist hingegen zu etwas höheren Anteilen unverändert von solchen mittleren bis extremen gesundheitlichen Belastungen betroffen (Frauen: 54 %; Männer: 50 %). Gleichzeitig profitieren sie aber auch überdurchschnittlich von der in Anspruch genommenen Hilfe. So wurde für 36 % der weiblichen Klienten eine Verbesserung dokumentiert. Für die männlichen Klienten liegt dieser Anteil zehn Prozentpunkte darunter.

5. Glücksspiel

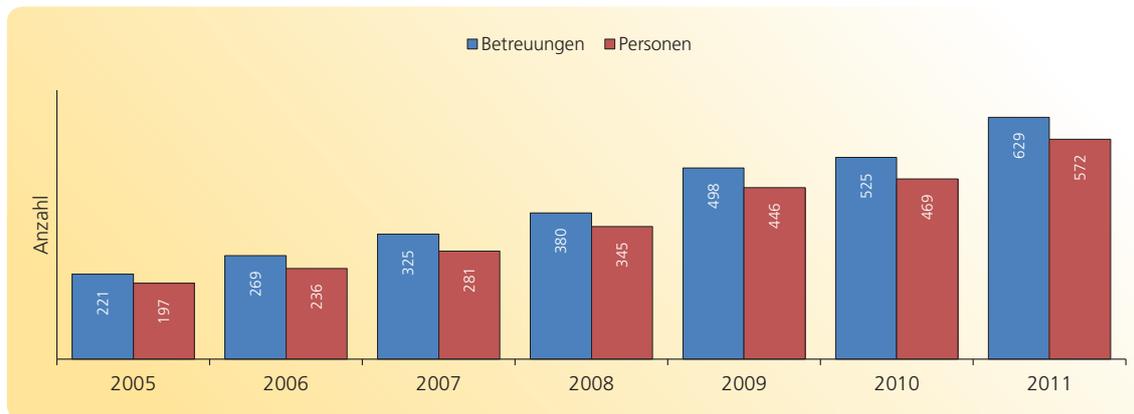
Ein Ziel der Überarbeitung der Hamburger BADO war es auch, den Problembereich des pathologischen Spielens differenzierter abbilden zu können. Hierzu wurde unter anderem die Möglichkeit geschaffen, in der BADO neben den im Deutschen Kerndatensatz verankerten Spielformen wie Geldspielautomaten in Spielhallen oder dem kleinen und großen Spiel in der Spielbank auch die problematische Nutzung von Lotterierprodukten, Online Wetten oder andere Online-Glücksspielformen umfassend zu dokumentieren.

5.1 Datengrundlage: Personen, Hauptprobleme

Im ambulanten Hamburger Suchthilfesystem wurden im Jahr 2011 1.207 Personen, die (auch) wegen problematischen oder pathologischen Glücksspiels um Hilfe suchten, in 1.488 einzelnen Betreuungen versorgt. Für die Minderheit von ihnen war das krankhafte Glücksspielen das einzige, betreuungsrelevante Problem: Auf 572 Männer und Frauen traf dies zu. Sie nahmen insgesamt 629 Betreuungen in Anspruch. Diese Gruppe „reiner“ Glücksspielerinnen und -spieler bildet die Grundlage der folgenden Betrachtungen.

Die Anzahl ambulant betreuter Personen mit Glücksspielproblemen hat sich in den vergangenen sechs Jahren fast verdreifacht. Gleiches gilt für die in Anspruch genommenen Betreuungen (siehe Abbildung 5.1). Das Verhältnis zwischen beiden blieb stabil: In der Regel nahmen die Klientinnen und Klienten pro BADO-Jahr eine Betreuung in Anspruch. Nur Wenige wurden mehrfach betreut (durchschnittlich: 1,1 Betreuungen pro Klientinnen und Klienten).

Abbildung 5.1:
Anzahl der Glücksspiel-Klientinnen und -klienten sowie ihrer Betreuungen, 2005-2011



Die Betreuungsnachfrage bei dieser Erkrankung ist männlich dominiert: 89 Prozent der Klientel des Jahres 2011 waren Männer (N=509), der Anteil an Frauen liegt entsprechend bei 11 Prozent (N=63) und damit auf einem Niveau mit dem der vergangenen fünf Jahre und ist deckungsgleich mit den Werten der deutschen Suchthilfestatistik. Für die große Mehrzahl dieser Klientinnen und Klienten dokumentierten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die ICD-10-Diagnose (F63) des pathologischen Glücksspiels (Männer: 72 %, Frauen 81 %). Dieses Verhältnis gibt den Hinweis, dass die betreuten Frauen (durchschnittlich) in einem stärkeren Maße an der Glücksspielsucht erkrankt sein könnten als die Männer, wenn sie Rat und Hilfe suchen.

Ratsuchende Glücksspieler sind zu Betreuungsbeginn durchschnittlich 34,9 Jahre alt, Glücksspielerinnen mit 44,4 Jahren etwa 9 1/2 Jahre älter. Während das Alter der Glücksspieler im Vergleich zur Deutschen Suchthilfestatistik auf gleichem Niveau liegt (34,5 Jahre), werden in Hamburg vergleichsweise jüngere Glücksspielerinnen erreicht (49,9 Jahre)

Mit einem Anteil von 87 % am häufigsten ist das Spiel an den Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten für die hilfesuchenden Frauen das entscheidende Hauptproblem, der Anteil bei den Männern liegt mit 76 % deutlich darunter. Wetten als Hauptproblem findet sich ausschließlich bei den Männern bei einem Anteil von 13 %. Der Einstieg in das Automatenspiel erfolgte durchschnittlich mit 21,1 (Männer) bzw. 31,5 (Frauen) Jahren. Die Störungen im Glücksspielverhalten setzten dann mit 24,7 (Männer) und 33,7 (Frauen) Jahren ein. Frauen zeigten also einen schnelleren Übergang vom Beginn des Spielens zum Störungsbeginn.

Tabelle 5.1:
problematische GS-Art: Geldspielautomaten Halle/Gaststätte

	Männer	Frauen	Dt. Suchhilfestatistik	
			Männer	Frauen
GS-Art: Geldspielautomaten	76 %	87 %	74 %	76 %
Alter Erstkonsum	21,1	31,5		
Alter Störungsbeginn	24,7	33,7	24,8	32
Alter zu Betreuungsbeginn	34,9	46,2	34,7	40

Des Weiteren ist zu erkennen, dass der Abstand zwischen Störungsbeginn und Beginn der aktuellen Betreuung bei Frauen durchschnittlich zweieinhalb Jahre größer als bei Männern ist - ob dies mit einem geschlechtsspezifischen Krankheitsverlauf in Zusammenhang steht, den besonderen biografischen Umständen von Männern und Frauen oder z. B. dem vorhandenen Hilfeangebot in Hamburg, kann hier nicht geklärt werden.

Die im ambulanten Suchthilfesystem Hamburgs betreuten Glücksspielerinnen und -spieler leben überwiegend in stabilen Wohnverhältnissen (88 %). Sie haben bis auf wenige Ausnahmen (14 %) einen Wohnsitz in Hamburg (86 %). In Bezug auf die innerstädtische Verteilung (siehe Tabelle 5.2) sind Klientinnen und Klienten aus Mitte, Altona und Bergedorf über- und solche aus Wandsbek unterrepräsentiert.

Tabelle 5.2:
Wohnort der betreuten Glücksspielerinnen und -spieler

	N	%	Anteil in Bevölkerung
Altona	56	12 %	15 %
Bergedorf	45	10 %	7 %
Eimsbüttel	56	12 %	14 %
Hamburg-Mitte	100	21 %	16 %
Hamburg-Nord	76	16 %	16 %
Harburg	45	10 %	9 %
Wandsbek	88	19 %	23 %
	466	100 %	100 %
außerhalb Hamburgs	65	12 %	
ohne festen Wohnsitz	8	2 %	
gesamt	539	100 %	

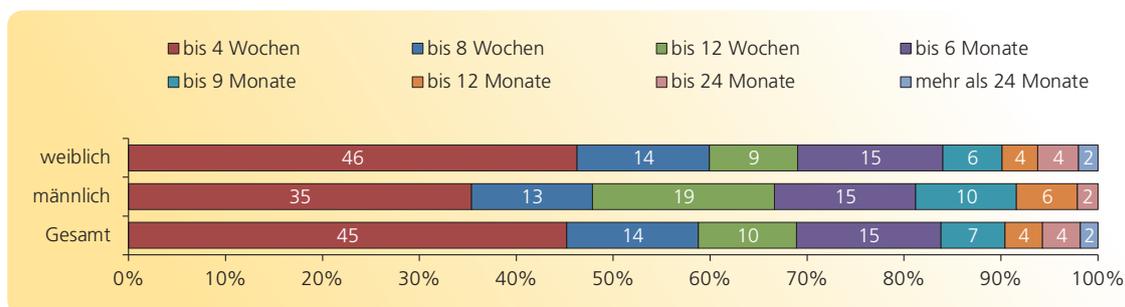
Mit Blick auf die Gesamtbevölkerung zeigt sich in der Glücksspiel-Klientel der ambulanten Suchthilfe ein deutlich höherer Migrationsanteil: Dieser beträgt unter den Volljährigen Hamburgs 26 % (Statistik-Nord, 2012b, 2012c) und in der hier betrachteten Gruppe 44 %.

5.2 Betreuungen

Die 629 Betreuungen des Jahres 2011, die für 572 Klientinnen und Klienten mit ausschließlichen Glücksspielproblemen erbracht wurden, fanden in 31 verschiedenen Einrichtungen des Hilfesystems statt:¹ 91 % davon in suchtmittelübergreifenden und 4 % in Einrichtungen der Jugendberatung. Charakterisiert wurden die Betreuungen in weit überwiegenderem Maße als ambulante Beratung/Betreuung (94 %), lediglich 9 % wurden als Ambulante Rehabilitation dokumentiert (es waren Mehrfachcharakterisierungen möglich). Zwischen den Geschlechtern zeigen sich in dieser Frage keine Unterschiede. Diese werden hingegen beim Zugang in die Betreuung offenbar: Männern wird die Betreuung deutlich häufiger durch die Familie, Freunde oder Partnerin bzw. Partner ans Herz gelegt (28 %) als Frauen (9 %). Außerdem ist der Anteil durch Institutionen (Justiz o.ä.) empfohlener Betreuungen für Männer (6 %) höher als für Frauen (2 %). Dagegen werden Frauen eher durch andere Einrichtungen der Suchthilfe (14 %) als Männer (8 %), die medizinische Vorsorge (11 % zu 8 %) und insbesondere Einrichtungen der Jugendhilfe bzw. des Jugendamtes vermittelt (14 % zu 7 %). Mit 30 % (Männer) bzw. 28 % (Frauen) besitzt die Eigeninitiative jedoch für beide Geschlechter die größte (Einzel-) Bedeutung für die Aufnahme einer ambulanten Betreuung bei Glücksspielproblemen (zum Vergleich, deutsche Suchthilfestatistik: Die Selbstmelderanteile werden dort mit 47 % [Männer] bzw. 50 % [Frauen] angegeben, IFT 2012).

Die im Jahr 2011 beendeten Betreuungen der problematisch oder pathologisch spielenden Glücksspielerinnen und -spieler dauerten durchschnittlich 99 Tage: 100 Tage bei den Männern und 93 Tage bei den Frauen. Dies sind sieben (Männer) bzw. zehn Tage länger (Frauen) als im Jahr 2010. Die Betreuungsdauer verteilt sich allerdings nicht gleichmäßig um diesen Mittelwert: Der bedeutende Teil - sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen sind dies zwei Drittel der Betreuungen - liegt unter diesem Mittelwert.² Wenige reichen sehr weit über ihn hinaus (siehe Abbildung 5.2). Bei den Männern währt fast jede zweite Betreuung höchstens einen Monat, bis sie wieder beendet wird. Vier Prozent der männlichen Betreuungen haben eine Länge zwischen einem und zwei Jahren, zwei Prozent dauern mehr als zwei Jahre an.

Abbildung 5.2:
Dauer abgeschlossener Betreuungen nach Geschlecht in Kategorien



Etwa die Hälfte aller Betreuungen (49 %) wurde regulär oder durch eine Weitervermittlung in eine andere Einrichtung beendet. Ein außerplanmäßiges Ende, durch einen Kontaktverlust über den Zeitraum von zwei Monaten (43 %) oder eine vorzeitige Beendigung durch die Einrichtung bzw. durch die Betreuten (6 %), wurde bei insgesamt 49 % der Betreuungen dokumentiert.³ Die regulär beendeten Einheiten sind grundsätzlich länger als die vorzeitig oder durch Kontaktverlust beendeten: Erstere dauern bei den Männern durchschnittlich 150 und bei den Frauen 125 Tage.

1 Die 525 Betreuungen des Jahres 2010 wurden noch in 24 Einrichtungen erbracht.

2 Die deutsche Suchthilfestatistik bietet hier keine sinnvollen Vergleichszahlen, da die Berechnungen zur Betreuungsdauer unter Herausnahme der Einmalkontakte vorgenommen werden.

3 Die Werte aus der dt. Suchthilfestatistik 2011: Reguläres Ende und Weitervermittlung: 44 % (IFT 2012)

5.3 Gesundheit

Die Mehrzahl der Glücksspielerinnen und -spieler ist zusätzlich zu den Glücksspielproblemen körperlich beeinträchtigt: für 62 % von ihnen wird eine solche aktuelle Beeinträchtigung dokumentiert. Dies betrifft Frauen in einem deutlich höheren Maße als Männer: Letztere besitzen zu 41 % keine solche Beeinträchtigung - bei den Frauen trifft das aber nur auf 19 % zu. Hingegen wird für 23 % der Frauen eine erhebliche oder sogar extreme körperliche Beeinträchtigung festgehalten, aber nur für 9 % der Männer. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Frage nach einer Behinderung: Diese wird für nur 4 % der männlichen, aber 17 % der weiblichen Klientel angegeben. Schlafstörungen betreffen in vergleichbar hohem Ausmaß beide Geschlechter: fast jede/r Zweite von ihnen ist betroffen (Frauen: 54 %; Männer: 48 %).

Von psychischen Belastungen insgesamt sind pathologische Glücksspielerinnen und -spieler in hohem Maße betroffen: Keine betreute Frau und lediglich zehn Männer gaben an, solche Probleme nicht zu haben. Für 58 % der Männer wurden wenig bis mittelstarke psychische Belastungen dokumentiert - für 53 % der Frauen hingegen erhebliche oder sogar extreme seelische Belastungen.

Frauen sind während der Betreuungen wegen des krankhaften Glücksspiels also deutlich stärker als Männer gesundheitlich - sowohl körperlich als auch psychisch - belastet.

Zu diesem (kurzen) Gesamtbild sei ergänzt, dass diese betreuten Frauen - bezogen auf ihre Lebenszeit - einen höheren Anteil an Selbsttötungsversuchen aufweisen: 16 % von ihnen haben mindestens einen solchen Versuch unternommen. Für Männer liegt der entsprechende Anteil bei 10 %. Auch wenn dies sicherlich (statistisch) z.T. durch das höhere Lebensalter der Frauen erklärt wird, bleibt es ein zu beachtender Unterschied der beiden Betreuungsgruppen.

5.4 Biografischer Hintergrund der Klientinnen und Klienten

Die Betrachtung des Lebenshintergrundes der Klientinnen und Klienten offenbart Umstände, die - je nach Ausprägung - die Entwicklung einer Suchterkrankung eher befördern oder vor ihr schützen bzw. deren Überwindung eher unterstützen oder hemmen. Die betreuten Glücksspielerinnen und -spieler wurden zu einem bedeutenden Teil in einem familiären Umfeld sozialisiert, das auch durch eine Suchterkrankung geprägt war: Nur 58 % berichten, dass weder Vater noch Mutter kein eigenes Suchtproblem hatten (siehe Tabelle 5.3). 42 % der Klientinnen und Klienten sind also mit (mindestens) einer Abhängigkeitserkrankung im engsten Verwandtenkreis aufgewachsen; bei den Frauen gilt dies für mehr als jede zweite (51 %; Männer: 41 %). Für jede achte betreute Person kommen Erfahrungen mit öffentlicher Erziehung hinzu - auch dies betrifft häufiger Klientinnen (15 %) als Klienten (11 %).⁴ Ohne ein Urteil über erzieherische Hilfen der öffentlichen Hand im Allgemeinen und die Heimerziehung im Besonderen zu treffen, kann festgestellt werden, dass in diesen Fällen eher schlechte Entwicklungsvoraussetzungen vorlagen. Des Weiteren musste die Mehrzahl der Klientinnen in ihrem Leben körperliche und/oder sexuelle Gewalt erleiden: von körperlicher Gewalt waren 71 % der Frauen und von sexueller Gewalt 50 % betroffen. Für Männer gilt dies nicht in vergleichbarem Maße: Jeder zweite (52 %) erlitt körperliche und jeder zwanzigste (5 %) sexuelle Gewalt.

Neben diesen z.T. bereits lang zurückliegenden Einschränkungen der Entwicklung berichten v. a. Klientinnen auch über aktuelle Lebensumstände, die die Überwindung der eigenen Erkrankung erschweren: nämlich entweder über fehlende verlässlich helfende Freunde bzw. Angehörige oder aber Partnerinnen bzw. Partner, die selbst eine Suchterkrankung aufweisen.

⁴ Für einen direkten Vergleich mit der Gesamtbevölkerung in Deutschland fehlt eine entsprechende Maßzahl. Im Jahr 2006 befanden sich 0,11 Prozent der Menschen im Alter unter 27 Jahren in Heimerziehung. Die absolute Zahl derjenigen, für die im Jahr 2010 in Deutschland eine Heimerziehung begonnen wurde (Träger der öffentlichen und freien Jugendhilfe), betrug 34.722, das entsprach einem Anteil von 0,16 Prozent der Menschen im Alter unter 27 Jahren (Statistisches Bundesamt 2008, Statistisches Bundesamt 2011, Statistisches Bundesamt 2012).

Tabelle 5.3:
Biografischer Hintergrund nach Geschlecht

	Männer	Frauen	Gesamt
Vater und/oder Mutter mit eigenem Suchtproblem	41 %	51 %	42 %
Erfahrung öffentlicher Heimerziehung	11 %	15 %	12 %
Erfahrung körperlicher Gewalt	52 %	71 %	54 %
Erfahrung sexueller Gewalt	5 %	50 %	10 %
Partner(in) mit Suchtproblemen	4 %	16 %	6 %
keine verlässlich helfenden Freunde/Angehörige	11 %	17 %	11 %

Der weit überwiegende Teil (88 %) der problematischen Spieler wohnt in stabilen Verhältnissen: sie wohnen meist in der eigenen Wohnung (71 %) oder bei Angehörigen (14 %), jedoch eher selten mit einer Partnerin oder einem Partner zusammen (3 %).

Insgesamt zeigt eine eher niedrige aktuelle justizielle Belastung: bei 85 % der Klientinnen und Klienten wurden keine aktuellen Probleme mit der Justiz berichtet. Neben einer aktuellen Inhaftierungen (6 %) wurden bei jeweils 4 % Bewährungsauflagen bzw. laufende Gerichtsverfahren genannt.

Die Glücksspielerinnen und -spieler unterteilen sich in Hinblick auf die gegenwärtige Partnersituation in zwei gleich große Gruppen: 43 % von ihnen sind alleinstehend und ebenso viele leben in einer festen Beziehung, zusammen mit der Partnerin bzw. dem Partner. Betreute Glücksspielerinnen sind häufiger alleinstehend (53 %) und seltener in einer festen Beziehung (37 %) als die entsprechenden Männer (42 % bzw. 43 %).⁵ Die Hälfte der pathologischen Spieler(innen) haben keine eigene Kinder (51 %) - für betreute Frauen gilt dies seltener (41 %) als für die Männer (53 %). In Bezug auf im Haushalt lebende, minderjährige Kinder zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede: Annähernd zwei Drittel dieser Klientinnen und Klienten (65 %) leben nicht mit minderjährigen Kindern in einem gemeinsamen Haushalt.⁶

Etwas mehr als die Hälfte der Glücksspielerinnen und -spieler ist erwerbstätig (53 %) - dies sind in weit überwiegenderem Maße Vollzeit- (48 %) und nur in untergeordnetem Maße Teilzeitstellen (4 %) oder geringfügige Beschäftigungen (1 %).⁷ Männer sind häufiger als Frauen erwerbstätig und auch in einem höheren Maße in Voll- als Teilzeitzeit tätig. Für Frauen ist die Erwerbs- bzw. Arbeitslosigkeit allerdings der häufigste Zustand: Dies gilt für 40 % von ihnen.⁸

5 Bundesweit benennt die dt. Suchthilfestatistik für 2011 (IFT 2012) einen Anteil von 42 % Alleinstehender für die betreuten Glücksspielerinnen und -spieler und einen Anteil von 53 % für solche in festen Beziehungen. Unterschiede zwischen den Geschlechtern weist sie nicht in einem mit Hamburg vergleichbaren Maße aus.

6 In der dt. Suchthilfestatistik wird für 2011 ein Anteil von 75 % an Glücksspiel-Klientinnen und -Klienten ohne minderjährige Kinder im Haushalt ausgewiesen (IFT 2012).

7 Diese Angaben beziehen sich auf die Gesamtgruppe der Glücksspielerinnen und -spieler ohne die Inhaftierten.

8 Die dt. Suchthilfestatistik weist für 2011 vergleichbare Anteile aus: 51 % Erwerbstätige sowie 27 % Erwerbs- oder Arbeitslose unter den betreuten pathologischen Glücksspielern(innen) (IFT 2012). Die in Hamburg vorfindbaren Differenzen zwischen den Geschlechtern werden für die bundesweite Situation nicht beschrieben.

Tabelle 5.4:
Erwerbs- und Schuldensituation nach Geschlecht

	Männer	Frauen	Gesamt
Erwerbssituation			
Vollzeit	50 %	30 %	48 %
Teilzeit	3 %	9 %	4 %
geringfügige Beschäftigung	1 %	2 %	1 %
erwerbs-/arbeitslos	25 %	40 %	27 %
Schuldensituation			
keine Schulden	20 %	11 %	19 %
Schulden: bis 5.000 Euro	34 %	41 %	35 %
Schulden: mehr als 5.000 Euro	35 %	31 %	34 %

Der weit überwiegende Anteil der Glücksspielklientinnen und -klienten ist verschuldet (80 %) - bei den Frauen liegt der Anteil mit knapp 90 % noch darüber. Allerdings haben die Frauen eher niedrigere Schulden (41 %: bis zu 5.000 Euro) als die Männer (34 %).⁹ Für letztere sehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfe auch eher einen noch ausstehenden Bedarf an Schuldenregulierung (18 %) als bei den Frauen (7 %).

5.5 Spielverhalten

Mehr als die Hälfte (59 %) der Automatenspieler gibt an, in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn an mindestens an 8 Tagen gespielt zu haben, knapp jeder Fünfte (18 %) spielte fast täglich. Noch höher lag die Spielfrequenz bei den Spielern mit einem auf Wetten bezogenen Spielproblem. Hier beträgt der Anteil derer, die an mindestens 8 Tagen gewettet hatten, 64 %. Nahezu täglich wetteten 15 % dieser der Klientinnen und Klienten.

Tabelle 5.5:
Spielverhalten nach Glücksspielart

	kein Konsum	einen Tag	2 bis 7 Tage	8 bis 25	(fast) täglich	N
Geldspielautomaten	25 %	3 %	14 %	41 %	18 %	271
Kleines Spiel	50 %	13 %	13 %	21 %	4 %	24
Großes Spiel	63 %	0 %	15 %	15 %	7 %	27
Wetten	23 %	3 %	10 %	49 %	15 %	39
Lotterienprodukte	20 %	0 %	60 %	20 %	0 %	5
Online-Wetten	19 %	0 %	13 %	56 %	13 %	16
Anderes Online Glücksspiel	29 %	0 %	10 %	38 %	24 %	21
PC Spiele/PC Online Spiele	14 %	0 %	0 %	21 %	66 %	29
Internet	8 %	0 %	0 %	15 %	77 %	13

⁹ Die dt. Suchthilfestatistik 2011 gibt für 34 % der betreuten Glücksspielerinnen und -spieler an, dass sie über keine Schulden verfügen (IFT 2012). Mehr als 10.000 Euro Schulden werden für 32 % der Betreuten ausgewiesen.

6. Literaturverzeichnis

- Ball J.C. & Ross A. (1991) The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment. New York: Springer.
- Dole V.P. & Nyswander M. (1965) A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. A clinical trial with methadone hydrochloride. JAMA 193: 646-650.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012) Drogen- und Suchtbericht. Mai 2012. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin.
- Eiroá-Orosa F.J., Haasen C., Verthein U., Dilg C., Schäfer I. & Reimer J. (2010) Benzodiazepine use and abuse among patients in heroin-assisted vs. methadone maintenance treatment: Findings of the German randomized controlled trial. Drug and Alcohol Dependence 112: 226-233.
- IFT (2012): Deutsche Suchthilfestatistik 2011.
- Martens M.-S., Schütze C., Buth S. & Neumann-Runde E. (2011) Statusbericht 2010 der Hamburger Basisdatendokumentation. Auswertungsleistungen und Bericht zur Hamburger Basisdatendokumentation 2010. BADO e. V. (Hrsg.) Ambulante Suchthilfe in Hamburg.
- Martens M.-S., Verthein U., Buth S. & Neumann E. (2009) Statusbericht 2008 der Hamburger Basisdatendokumentation. Auswertungsleistungen und Bericht zur Hamburger Basisdatendokumentation 2008. BADO e. V. (Hrsg.) Ambulante Suchthilfe in Hamburg.
- Prognos GmbH (1998) Medikamentengestützte Rehabilitation i.v. Opiatabhängiger. Katamnese. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Raschke P. (1994) Substitutionstherapie – Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg: Lambertus.
- Reuter B. & Kufner H. (2002) Ergebnisse der Methadonsubstitution in Deutschland – eine qualitative und quantitative Zusammenfassung. Suchtmedizin 4: 31-45.
- Scherbaum N. & Gastpar M. (1991) Die Substitution mit Methadon als Therapieansatz in der Behandlung Opiatabhängiger. Nervenarzt 62: 529-535.
- Statistikamt Nord (2012a): A I 3 - j/11, Die Bevölkerung in Hamburg und Schleswig-Holstein 2011 nach Alter und Geschlecht.
- Statistikamt Nord (2012b): Statistik informiert ... Nr. III/2012: Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen Ende Januar 2012.
- Statistikamt Nord (2012c): Schriftliche Auskunft des Amtes, Fr. Jackisch, v. 08.08.2012.
- Statistisches Bundesamt (2008): 16 Jahre Kinder- und Jugendhilfegesetz in Deutschland - Ergebnisse der Kinder- und Jugendhilfestatistiken: Erzieherische Hilfen 1991 bis 2006. „Von der Erziehungsberatung bis zur Heimerziehung“. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfen für Volljährige. Heimerziehung, sonstige betreute Wohnformen. 2010. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Bevölkerungsfortschreibung 2010. Fachserie 1, Reihe 1.3. Wiesbaden.

- Verthein U., Degkwitz P. & Haasen C. (2008) Die Wirksamkeit der Diamorphinbehandlung im Vergleich zur Methadonsubstitution – Ergebnisse der 1. und 2. Studienphase. In: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. Band 1. Baden-Baden: Nomos.
- Verthein U., Kalke J. & Raschke P. (1998) Substitution treatment with methadone in Germany – politics, programmes and results. *International Journal of Drug Policy* 9: 71-78.
- Verthein U., Raschke P. & Kalke J. (1995) Methadone therapy in Hamburg. *European Addiction Research* 1: 99-105.
- Wittchen H.-U., Apelt S., Soyka M., Gastpar M., Backmund M., Götz J., Kraus M., Tretter F., Schäfer M., Siegert J., Scherbaum N., Rehm J. & Bühringer G. (2008). Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients. *Drug and Alcohol Dependence* 95: 245-257.
- Wittchen H.-U., Bühringer G. & Rehm J. (2011) Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. Dresden: Technische Universität Dresden.

7. Tabellenanhang¹

Datengrundlage

		unbekannt	legale Drogen	Cannabis	harte illegale Drogen	Angehörige	Gesamt
Geschlecht unbekannt	Personen	10	8	1	13	7	39
	Betreuungen	10	8	1	13	7	39
männlich	Personen	284	3.780	1.764	4.626	317	10.771
	Betreuungen	288	4.524	2.060	6.284	323	13.479
weiblich	Personen	170	1.668	361	1.592	975	4.766
	Betreuungen	175	1.976	417	2.136	1.010	5.714
Gesamt	Personen	464	5.456	2.126	6.231	1.299	15.576
	Betreuungen	473	6.508	2.478	8.433	1.340	19.232

		unbekannt	Alkohol	Cannabis	Opiate	Kokain	Glücksspiel	Angehörige
Geschlecht unbekannt	Personen	9	7	1	10	3		7
	Betreuungen	9	7	1	10	3		7
männlich	Personen	272	3.240	1.764	3.410	976	509	317
	Betreuungen	275	3.933	2.060	4.814	1.187	559	323
weiblich	Personen	149	1.488	361	1.248	227	63	975
	Betreuungen	154	1.780	417	1.751	257	70	1.010
Gesamt	Personen	430	4.735	2.126	4.668	1.206	572	1.299
	Betreuungen	438	5.720	2.478	6.575	1.447	629	1.340

Überlappung der Klientel aus 2011 mit den Vorjahren	2011	430	4.735	2.126	4.668	1.206	572	1.299
	2010	24	1.910	627	3.004	422	161	129
2009	10	963	225	2.157	168	62	32	
2008	5	536	86	1.643	92	23	20	
2007	4	314	38	1.240	41	13	11	
2006	0	207	16	944	25	8	6	
2005	0	138	9	736	14	3	3	
2004	0	61	1	495	6	1	3	
2003	0	32	0	370	2	0	2	
2002	0	17	0	286	1	0	2	
2001	0	10	0	217	0	0	0	
2000	0	3	0	165	0	0	0	
1999	0	1	0	117	0	0	0	
1998	0	0	0	47	0	0	0	
1997	0	0	0	34	0	0	0	

Überlappung der Klientel aus 2011 mit den Vorjahren	in der BADO	6,7%	56,6%	39,2%	80,6%	46,9%	33,6%	13,6%
	nicht in der BADO	93,3%	43,4%	60,8%	19,4%	53,1%	66,4%	86,4%
Gesamt N	430	4.735	2.126	4.668	1.206	572	1.299	

Mehrfachbetreuungen	in einer Einrichtung	98,8%	90,8%	92,8%	81,3%	89,5%	94,8%	99,2%
	in zwei Einrichtungen	0,9%	8,0%	6,3%	13,6%	9,0%	5,2%	0,8%
in drei Einrichtungen	0,2%	1,0%	0,9%	3,7%	1,2%	0,0%	0,0%	
> drei Einrichtungen	0,0%	0,3%	0,0%	1,4%	0,2%	0,0%	0,0%	
Gesamt N	430	4.735	2.126	4.668	1.206	572	1.299	

		männlich		weiblich		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Hauptdrogen/ Hauptprobleme der Betreuten in 2011 (Mehrfachantwort)	Alkohol	6.878	67,6%	2.494	68,5%	9.384	67,8%
	Cannabis	4.723	46,4%	1.197	32,9%	5.925	42,8%
	Opiate	3.410	33,5%	1.248	34,3%	4.668	33,7%
	Kokain	3.116	30,6%	930	25,5%	4.050	29,2%
	Crack	1.605	15,8%	662	18,2%	2.268	16,4%
	Halluzinogene	634	6,2%	144	4,0%	779	5,6%
	Amphetamine	1.003	9,9%	308	8,5%	1.313	9,5%
	Sedativa	1.603	15,7%	772	21,2%	2.379	17,2%
	Essstörung	158	1,6%	430	11,8%	591	4,3%
	Glücksspiel	1.162	11,4%	128	3,5%	1.290	9,3%
	Anderes	195	1,9%	174	4,8%	370	2,7%
	Gesamt N	10.182		3.642		13.847	

¹ 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	82,6	110,2	90,7	138,5	194,6	155,7
	legale Drogen	131,0	141,6	133,8	197,1	292,6	217,4
	suchtmittel-übergreifend	104,1	115,4	107,8	98,6	110,3	101,6
	Betreuung Substituierter	68,7	133,2	95,6	313,7	297,8	309,3
	Jugendberatung	50,6	65,1	55,7	94,1	66,3	84,8
	Beratung JVA	98,7	50,0	97,2	88,5	123,3	92,6
	Eingliederungshilfe	91,6	111,2	96,1	96,3	172,3	109,5
	Gesamt N	105,8	118,2	109,6	166,2	202,4	175,5
Kostenträger der Betreuung (Mehrfachantwort)	pauschal/institutionell finanziert	89,7%	90,8%	90,1%	90,1%	94,0%	91,2%
	Selbstzahler	2,4%	3,7%	2,8%	0,1%	0,3%	0,2%
	Rentenversicherung	7,3%	9,5%	8,0%	2,5%	2,4%	2,5%
	Krankenversicherung	1,3%	1,9%	1,5%	1,1%	1,1%	1,1%
	Sozialhilfe/Jugendhilfe	5,9%	4,3%	5,4%	4,4%	1,8%	3,7%
	sonstige	0,2%	0,2%	0,2%	3,3%	2,1%	3,0%
	Gesamt N	3.760	1.714	5.474	4.119	1.498	5.617
Kontaktempfehlung	Justiz/JVA/Polizei/Gerichtshilfe	8,0%	1,1%	5,8%	12,9%	5,6%	10,9%
	Familie/Freund(in)/Partner(in)	7,6%	7,6%	7,6%	4,6%	4,1%	4,4%
	Arbeitgeber/Betrieb	5,7%	2,7%	4,8%	0,7%	0,6%	0,7%
	andere Klient(inn)en	2,1%	2,7%	2,3%	8,1%	9,8%	8,6%
	medizinische Versorgung, inkl. Psychiatrie	12,5%	16,4%	13,7%	19,6%	19,8%	19,7%
	Einrichtungen der Suchthilfe	16,4%	17,9%	16,9%	16,4%	14,9%	16,0%
	Selbsthilfegruppen	0,7%	1,2%	0,9%	0,1%	0,2%	0,1%
	Schule	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
	Einrichtungen der Jugendhilfe/Jugendamt	4,1%	6,9%	5,0%	1,9%	1,7%	1,8%
	Arbeitsgemeinschaft (ARGE)	6,6%	4,0%	5,7%	1,7%	1,5%	1,6%
	Arbeitsagentur	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
	Öffentliche Einrichtungen	1,2%	1,2%	1,2%	0,2%	0,6%	0,3%
	Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle	0,4%	0,1%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
	sonstiges	7,5%	11,8%	8,9%	6,7%	5,3%	6,4%
	keine Kontaktempfehlung/ Eigeninitiative	26,9%	26,3%	26,7%	26,8%	36,0%	29,2%
Gesamt N	3.523	1.618	5.141	3.471	1.279	4.750	
Betreuungs- art in der eige- nen Einrichtung (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	6,3%	4,1%	5,6%	26,4%	33,3%	28,3%
	Ambulante Betreuung/Beratung	86,1%	89,0%	87,0%	49,7%	53,8%	50,8%
	Ambulante Rehabilitation	7,9%	10,6%	8,7%	3,6%	2,9%	3,4%
	Ganztägig ambulante Rehabilitation	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	Ambulante medizinische Behandlung	4,6%	4,9%	4,7%	3,5%	10,2%	5,3%
	Adaption	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	Ambulante Eingliederungshilfe	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
	Stationäre Eingliederungshilfe	5,8%	4,2%	5,3%	3,9%	1,5%	3,2%
	Jugendspezifische Hilfen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%
	Entgiftung/Entzug	1,7%	2,6%	2,0%	1,0%	1,1%	1,0%
	Substitutionsbehandlung	0,0%	0,0%	0,0%	8,5%	8,1%	8,4%
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,0%	0,0%	0,0%	41,5%	40,6%	41,3%
	Psychiatrische/psychotherap. Behandlung	0,1%	0,3%	0,2%	0,8%	0,7%	0,7%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,2%	0,2%	0,2%	0,6%	0,9%	0,7%
	Aufsuchende Arbeit	5,3%	2,0%	4,2%	2,9%	11,7%	5,3%
	Externe Haftbetreuung	3,1%	0,5%	2,2%	9,0%	6,0%	8,2%
	Selbsthilfegruppe	1,5%	1,7%	1,6%	0,3%	0,1%	0,3%
	sonstiges	1,5%	1,8%	1,6%	3,3%	4,9%	3,7%
Gesamt N	3.751	1.718	5.469	3.975	1.499	5.474	

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Ergänzende Betreuung/ Kooperation (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	1,9%	1,4%	1,7%	8,7%	17,0%	11,0%
	Ambulante Betreuung/Beratung	4,5%	4,5%	4,5%	4,4%	6,5%	5,0%
	Ambulante Rehabilitation	1,6%	2,5%	1,9%	0,8%	0,8%	0,8%
	Ganztäglich ambulante Rehabilitation	0,4%	0,5%	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%
	Ambulante medizinische Behandlung	6,0%	9,3%	7,1%	11,4%	16,1%	12,7%
	Stationäre medizinische Behandlung	1,5%	1,8%	1,6%	1,6%	2,6%	1,9%
	Stationäre Rehabilitation	2,3%	2,4%	2,3%	1,7%	2,4%	1,9%
	Adaptionseinrichtung	1,0%	1,8%	1,2%	1,1%	1,2%	1,1%
	Ambulantes betreutes Wohnen	0,8%	0,9%	0,8%	2,9%	2,6%	2,8%
	Ambulante Eingliederungshilfe	0,5%	1,1%	0,7%	0,5%	0,4%	0,5%
	Stationäre Eingliederungshilfe	2,0%	1,3%	1,8%	2,5%	2,0%	2,3%
	Jugendspezifische Hilfen	0,3%	0,6%	0,4%	0,1%	0,4%	0,2%
	Entgiftung/Entzug	12,2%	9,0%	11,2%	6,4%	5,5%	6,1%
	Substitutionsbehandlung	0,0%	0,0%	0,0%	48,6%	52,3%	49,6%
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,0%	0,0%	0,0%	6,2%	7,9%	6,7%
	Psychiatrische/psychotherap. Behandlung	7,2%	15,7%	10,0%	3,4%	5,1%	3,9%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	1,7%	1,4%	1,6%	2,5%	2,7%	2,6%
	Aufsuchende Arbeit	0,5%	0,6%	0,6%	2,3%	4,2%	2,8%
	Externe Haftbetreuung	0,3%	0,0%	0,2%	0,8%	0,9%	0,9%
	Selbsthilfegruppe	14,4%	16,7%	15,1%	2,0%	1,5%	1,9%
	Familie	2,6%	2,2%	2,5%	1,0%	1,7%	1,2%
	Arbeitgeber, Betrieb	1,8%	0,6%	1,4%	0,3%	0,1%	0,3%
	Schule	0,1%	0,4%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%
	Medizinische Behandlung	6,2%	6,8%	6,4%	3,8%	5,5%	4,3%
	Krankenhaus/Krankenhausabteilung	2,5%	1,9%	2,3%	1,3%	2,3%	1,6%
	Pflegeheim	0,2%	0,3%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%
	Sozialpsychiatrischer Dienst	0,3%	0,7%	0,4%	0,3%	0,5%	0,3%
	Schuldnerberatung	1,5%	1,3%	1,4%	1,5%	2,2%	1,7%
	Andere Beratungsdienste (Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung etc.)	1,3%	2,1%	1,5%	0,6%	2,6%	1,2%
	Jugendhilfe	0,3%	1,5%	0,7%	0,2%	2,1%	0,7%
	ASD/Jugendamt	1,0%	4,7%	2,2%	0,5%	5,4%	1,8%
	Soziale Verwaltung	0,3%	0,4%	0,4%	0,2%	0,1%	0,1%
	Wohnungsamt, Wohnungsbaugesellschaften	1,6%	1,0%	1,4%	1,3%	0,9%	1,2%
Arbeitsagentur/Arbeitsgemeinschaft (ARGE)/Job-Center	7,3%	5,5%	6,7%	4,6%	3,7%	4,3%	
Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle/MPU-Stelle	0,5%	0,1%	0,4%	0,2%	0,1%	0,2%	
Justizbehörden/Bewährungshilfe	4,4%	0,7%	3,2%	4,0%	2,5%	3,5%	
Kosten-, Leistungsträger	3,5%	2,4%	3,2%	3,0%	3,1%	3,0%	
sonstiges	4,7%	6,0%	5,1%	5,3%	7,1%	5,8%	
keine ergänzende Betreuung	44,2%	39,7%	42,7%	27,9%	20,9%	26,0%	
Gesamt N		2.887	1.392	4.279	3.103	1.208	4.311
Art der Beendigung der Betreuung	reguläre Beendigung	31,5%	32,8%	31,9%	24,7%	22,9%	24,3%
	Beendigung durch Weitervermittlung in andere Einrichtung	25,0%	23,3%	24,5%	19,7%	17,9%	19,3%
	Beendigung durch Einrichtung	2,9%	2,2%	2,7%	4,6%	2,5%	4,1%
	formelle Beendigung durch Klientin/en	5,8%	8,3%	6,6%	6,6%	6,5%	6,6%
	Beendigung durch Kontaktverlust über 2 Monate	33,3%	32,7%	33,1%	38,0%	46,9%	40,2%
	Haft	0,2%	0,1%	0,2%	2,3%	1,3%	2,0%
	Abschiebung / Haftverlegung	0,8%	0,3%	0,6%	3,2%	0,5%	2,5%
	Tod	0,5%	0,4%	0,5%	0,9%	1,5%	1,0%
Gesamt N		2.589	1.132	3.721	2.347	787	3.134

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Weiterbetreuungen in anderen suchtspezifischen Einrichtungen (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	0,9%	0,8%	0,8%	3,6%	4,0%	3,7%
	Ambulante Betreuung/Beratung	5,3%	8,4%	6,4%	4,5%	4,8%	4,5%
	Ambulante Rehabilitation	5,6%	3,5%	4,9%	1,9%	1,2%	1,7%
	Ganztägig ambulante Rehabilitation	1,9%	2,0%	2,0%	0,4%	0,3%	0,4%
	Ambulante medizinische Behandlung	1,3%	3,1%	1,9%	2,7%	2,4%	2,6%
	Stationäre medizinische Behandlung	3,5%	3,2%	3,4%	1,8%	2,9%	2,1%
	Stationäre Rehabilitation	17,2%	15,0%	16,5%	10,2%	9,8%	10,1%
	Adaptionseinrichtung	0,4%	0,5%	0,4%	0,2%	0,5%	0,3%
	Ambulantes betreutes Wohnen	0,9%	0,5%	0,8%	1,3%	2,2%	1,6%
	Ambulante Eingliederungshilfe	0,1%	0,4%	0,2%	0,1%	0,5%	0,2%
	Stationäre Eingliederungshilfe	4,7%	1,9%	3,7%	6,7%	3,8%	5,9%
	Jugendspezifische Hilfen	0,3%	0,8%	0,5%	0,0%	0,5%	0,1%
	Entgiftung/Entzug	7,1%	5,5%	6,6%	8,0%	8,2%	8,1%
	Substitutionsbehandlung	0,0%	0,0%	0,0%	53,3%	59,3%	54,8%
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,0%	0,0%	0,0%	5,6%	5,8%	5,7%
	Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung	5,9%	15,4%	9,1%	1,8%	3,1%	2,1%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,7%	0,3%	0,5%	0,2%	1,2%	0,5%
	Aufsuchende Arbeit	0,3%	0,5%	0,4%	0,4%	1,0%	0,5%
	Externe Haftbetreuung	0,5%	0,0%	0,4%	2,2%	1,2%	2,0%
	Selbsthilfegruppe	16,5%	18,2%	17,1%	2,0%	1,7%	1,9%
sonstiges	2,9%	4,7%	3,5%	4,0%	5,5%	4,4%	
keine Weiterbetreuung	37,3%	33,8%	36,1%	14,4%	12,2%	13,9%	
Gesamt N		1.505	746	2.251	1.705	582	2.287
Auflagen für die Betreuung	keine	78,5%	88,3%	81,6%	80,0%	85,2%	81,4%
	Krankenkasse/Rentenversicherer	1,6%	2,0%	1,7%	7,1%	5,8%	6,7%
	Justiz	6,5%	1,2%	4,8%	8,7%	4,5%	7,5%
	Arbeitgeber	4,2%	1,6%	3,4%	0,4%	0,0%	0,3%
	Arbeitsgemeinschaft (ARGE)	6,6%	2,5%	5,3%	1,4%	1,2%	1,3%
	Arbeitsagentur	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%
	Schule	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Einrichtungen der Jugendhilfe/Jugendamt	0,4%	2,2%	1,0%	0,1%	0,8%	0,3%
	Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle	1,0%	0,4%	0,9%	0,4%	0,2%	0,3%
	sonstige öffentliche Einrichtungen	1,0%	1,6%	1,2%	1,9%	2,4%	2,1%
Gesamt N		3.341	1.576	4.917	3.418	1.301	4.719
Bezirk des Wohnorts der betreuten Person	Hamburg-Mitte	12,7%	11,4%	12,3%	15,1%	15,7%	15,2%
	Altona	10,0%	14,1%	11,3%	15,1%	12,6%	14,5%
	Eimsbüttel	13,8%	16,5%	14,7%	11,6%	12,3%	11,8%
	Hamburg-Nord	14,1%	13,2%	13,8%	13,3%	12,5%	13,1%
	Wandsbek	18,6%	20,9%	19,3%	14,2%	16,2%	14,7%
	Bergedorf	10,4%	7,8%	9,6%	8,1%	5,0%	7,3%
	Harburg	8,9%	6,7%	8,2%	8,3%	6,8%	7,9%
	außerhalb Hamburg	6,7%	7,7%	7,0%	5,5%	6,3%	5,7%
	ohne festen Wohnsitz	4,9%	1,8%	3,9%	8,8%	12,6%	9,8%
	Gesamt N		2.976	1.382	4.358	3.122	1.131
weitere Hauptdrogen/Hauptprobleme der Betreuten (Mehrfachantwort)	Alkohol				58,4%	50,2%	56,2%
	Cannabis				63,1%	51,4%	60,0%
	Kokain				61,3%	55,0%	59,6%
	Crack				44,8%	50,3%	46,2%
	Halluzinogene				14,2%	9,2%	12,8%
	Amphetamine				16,9%	12,7%	15,8%
	Sedativa	3,1%	7,4%	4,4%	41,2%	44,7%	42,1%
	Essstörung	0,7%	8,1%	3,1%	2,8%	14,8%	6,0%
	Glücksspiel	5,4%	2,4%	4,4%	5,0%	1,0%	4,0%
	Gesamt N		3.240	1.488	4.728	3.410	1.248

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
weitere Problem- bereiche:	Geldspielautomaten in Spielhallen etc.	63,2%	52,6%	61,3%	70,6%	100,0%	71,2%
	Kleines Spiel der Spielbank	5,7%	0,0%	4,7%	5,9%	0,0%	5,8%
	Großes Spiel der Spielbank	9,2%	0,0%	7,5%	5,9%	0,0%	5,8%
	Wetten	6,9%	0,0%	5,7%	2,0%	0,0%	1,9%
	Lotterienprodukte	0,0%	5,3%	0,9%	2,0%	0,0%	1,9%
	Online-Wetten	1,1%	0,0%	0,9%	2,0%	0,0%	1,9%
	Anderes Online Glücksspiel	2,3%	5,3%	2,8%	3,9%	0,0%	3,8%
	PC Spiele/PC Online Spiele	25,3%	52,6%	30,2%	27,5%	0,0%	26,9%
	Internet	4,6%	10,5%	5,7%	11,8%	0,0%	11,5%
	Gesamt N	87	19	106	51	1	52
Alter zu Betreuungsbeginn		44,7	46,2	45,2	39,2	36,9	38,6
	Gesamt N	3.240	1.488	4.728	3.410	1.248	4.658
Alter in Kategorien	bis 18	1,0%	1,4%	1,1%	0,0%	0,1%	0,0%
	18-27	7,9%	4,6%	6,9%	7,8%	13,5%	9,3%
	28-35	11,2%	10,4%	11,0%	22,0%	26,3%	23,1%
	36-45	24,9%	23,9%	24,6%	40,0%	36,1%	39,0%
	46-60	45,5%	46,9%	45,9%	28,4%	22,8%	26,9%
	>60	9,5%	12,8%	10,6%	1,7%	1,3%	1,6%
Alter bei Erstkonsum	Nikotin	14,9	16,1	15,3	13,5	13,4	13,5
	Alkohol	15,1	16,1	15,4	14,4	14,7	14,5
	Cannabis				15,7	15,5	15,7
	Opiate				21,1	19,9	20,8
	Kokain				21,2	20,5	21,0
	Crack				27,8	26,3	27,4
	Halluzinogene				18,1	17,4	17,9
	Amphetamine				19,8	18,8	19,6
	Sedativa	34,4	31,2	32,9	22,9	21,9	22,6
	Geldspielautomaten in Spielhallen etc.	22,2	29,4	23,1	21,0	23,3	21,2
	Kleines Spiel der Spielbank	25,0		25,0	16,0		16,0
	Großes Spiel der Spielbank	26,4		26,4	20,0		20,0
	Wetten	29,3		29,3			
	Lotterienprodukte		48,0	48,0		18,0	18,0
	Online-Wetten	25,0	48,0	36,5			
	Anderes Online Glücksspiel (Pokern, Roulette etc.)	34,5	48,0	37,2	36,0		36,0
	PC Spiele/PC Online Spiele	26,7	44,0	33,6	32,0	11,0	30,6
Internet	16,8	48,0	23,0	32,6	29,0	32,2	
Alter bei Störungsbeginn	Nikotin	17,2	18,3	17,6	14,7	14,4	14,6
	Alkohol	27,8	31,6	29,0	20,2	21,0	20,4
	Cannabis				16,9	16,4	16,8
	Opiate				22,2	20,9	21,9
	Kokain				22,5	21,7	22,3
	Crack				28,2	26,2	27,6
	Halluzinogene				17,8	17,5	17,8
	Amphetamine				19,6	18,1	19,3
	Sedativa	40,1	34,4	37,1	23,9	22,8	23,6
	Essstörung	24,6	20,1	20,5	23,3	19,0	20,3
	Geldspielautomaten in Spielhallen etc.	25,5	28,7	25,9	21,9	21,5	21,8
	Kleines Spiel der Spielbank	29,3		29,3			
	Großes Spiel der Spielbank	27,4		27,4	21,0		21,0
	Wetten	33,0		33,0	22,0		22,0
	Lotterienprodukte		48,0	48,0			
	Online-Wetten	29,0	48,0	38,5			
	Anderes Online Glücksspiel (Pokern, Roulette etc.)	26,5	48,0	33,7	42,0		42,0
PC Spiele/PC Online Spiele	37,0	44,0	41,2	36,6		36,6	
Internet	28,0	42,0	33,6	31,8		31,8	

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Motivation zur Konsumreduktion	gar nicht	8,6%	4,9%	7,4%	9,0%	7,6%	8,6%
	wenig	14,7%	9,8%	13,1%	17,9%	18,3%	18,0%
	mittel	24,7%	21,1%	23,5%	30,9%	31,7%	31,1%
	hoch	32,2%	35,7%	33,3%	29,3%	28,9%	29,2%
	sehr hoch	19,8%	28,6%	22,6%	12,8%	13,6%	13,0%
	Gesamt N	2.018	959	2.977	2.156	804	2.960
Abstinenzmotivation	gar nicht	10,6%	6,2%	9,2%	18,0%	17,9%	18,0%
	wenig	12,8%	11,9%	12,5%	17,5%	20,0%	18,2%
	mittel	22,5%	22,0%	22,3%	26,1%	27,9%	26,6%
	hoch	31,3%	30,1%	30,9%	25,1%	20,0%	23,7%
	sehr hoch	22,7%	29,9%	25,1%	13,3%	14,1%	13,5%
	Gesamt N	2.348	1.128	3.476	2.180	799	2.979

		kein Konsum	einen Tag	2 bis 7 Tage	8 bis 25	(fast) täglich	Gesamt
Alkohol: Konsumhäufigkeit innerhalb der letzten 30 Tage	Nikotin	8,6%	0,5%	0,5%	4,7%	85,6%	1.517
	Alkohol	49,7%	1,9%	8,5%	20,8%	19,1%	3.965
	Sedativa	74,3%	0,0%	5,5%	5,5%	14,7%	109
	Essstörung	63,7%	1,0%	9,8%	4,9%	20,6%	102
	Glücksspiel	67,6%	1,2%	10,6%	10,6%	10,0%	170
Opiate: Konsumhäufigkeit innerhalb der letzten 30 Tage	Nikotin	5,5%	0,4%	0,5%	2,9%	90,6%	1.829
	Alkohol	44,1%	2,3%	12,7%	18,1%	22,8%	1.926
	Cannabis	50,3%	2,5%	11,9%	19,7%	15,6%	1.679
	Heroin	65,6%	2,5%	8,7%	10,3%	12,9%	2.682
	Methadon	14,9%	0,2%	0,6%	1,2%	83,1%	2.006
	Polamidon	21,7%	0,2%	0,5%	0,6%	76,9%	935
	Buprenorphin	17,5%	0,1%	0,5%	1,7%	80,2%	1.108
	andere Substitutionsmittel	73,9%	1,1%	0,8%	3,0%	21,2%	264
	Kokain	78,8%	2,4%	8,2%	6,7%	3,9%	1.651
	Crack	69,0%	1,7%	8,3%	11,3%	9,7%	1.498
	Halluzinogene	98,5%	0,9%	0,5%	0,1%	0,0%	802
	Amphetamine	95,6%	0,8%	1,8%	1,5%	0,3%	891
	Sedativa	59,9%	1,2%	7,1%	8,5%	23,3%	1.204
	Essstörung	93,8%	0,0%	0,6%	1,9%	3,7%	513
Glücksspiel	94,0%	0,0%	2,8%	1,5%	1,7%	530	

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Trinkmenge Alkohol in Gramm reiner Alkohol Aktuell	0 g	56,6%	61,2%	58,1%	58,7%	57,5%	58,4%
	bis 20 g	0,9%	1,5%	1,1%	2,9%	3,9%	3,2%
	bis 40 g	1,8%	2,9%	2,2%	6,9%	7,3%	7,0%
	bis 60 g	2,1%	3,5%	2,6%	3,6%	5,4%	4,1%
	bis 80 g	3,8%	5,8%	4,5%	5,5%	3,9%	5,2%
	bis 120 g	7,2%	6,7%	7,0%	6,1%	4,8%	5,8%
	bis 200 g	12,1%	9,7%	11,3%	7,1%	9,0%	7,6%
	bis 300 g	8,1%	4,7%	7,0%	4,3%	4,5%	4,3%
	bis 400 g	4,2%	2,7%	3,8%	2,6%	2,3%	2,5%
	bis 500 g	1,3%	0,4%	1,0%	0,9%	1,1%	1,0%
	über 500 g	1,8%	0,6%	1,4%	1,3%	0,3%	1,0%
	Gesamt N	2.287	1.099	3.386	1.100	355	1.455
Substitution	Methadon				36,0%	38,4%	36,6%
	Polamidon				15,5%	18,4%	16,3%
	Buprenorphin, Subutex				20,8%	17,3%	19,8%
	Codein, DHC				1,1%	1,5%	1,2%
	Heroin				1,8%	1,8%	1,8%
	nicht substituiert				24,9%	22,6%	24,3%
	Gesamt N				3.220	1.194	4.414

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
typische Konsumphase 30 Tage vor Betreuungsbeginn	ja	63,9%	62,2%	63,4%	80,5%	84,8%	81,7%
	nein, vor 1 Monat	15,1%	16,1%	15,4%	4,6%	4,4%	4,5%
	nein, mehr als 1 Monat	21,0%	21,7%	21,2%	14,9%	10,8%	13,8%
	nein, vor mehr als 6 Monate	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	nein, vor mehr als 1 Jahr	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Gesamt N	2.310	1.068	3.378	1.851	679	2.530
Gemeinsamer Gebrauch von Spritzen	in den letzten 30 Tagen				5,5%	4,3%	5,2%
	Gesamt N				3.054	1.129	4.183
	jedem im Leben				34,0%	36,3%	34,6%
Gesamt N				2.206	812	3.018	
Intravenöser Konsum (lifetime)					64,6%	66,0%	65,0%
	Gesamt N				2.648	992	3.640
Vorangegangene Betreuungen in den letzten 60 Tagen vor Betreuungsbeginn	Niedrigschwellige Hilfen	1,3%	1,1%	1,2%	17,7%	23,9%	19,4%
	Ambulante Betreuung/Beratung	8,6%	10,3%	9,1%	11,3%	14,1%	12,1%
	Ambulante Rehabilitation	1,2%	2,5%	1,6%	1,0%	1,3%	1,0%
	Ganztägig ambulante Rehabilitation	0,8%	1,7%	1,1%	0,1%	0,1%	0,1%
	Ambulante medizinische Behandlung	2,1%	4,7%	2,9%	8,5%	12,1%	9,5%
	Stationäre medizinische Behandlung	3,2%	5,7%	4,0%	5,0%	4,1%	4,7%
	Stationäre Rehabilitation	9,5%	10,6%	9,9%	6,8%	6,4%	6,7%
	Adaption	1,2%	0,9%	1,1%	0,9%	0,5%	0,8%
	Ambulantes betreutes Wohnen	0,6%	0,7%	0,6%	2,2%	1,8%	2,1%
	Ambulante Eingliederungshilfe	0,5%	0,7%	0,6%	0,3%	0,1%	0,2%
	Stationäre Eingliederungshilfe	1,4%	1,3%	1,3%	1,9%	1,3%	1,8%
	Jugend spezifische Hilfen	0,3%	0,5%	0,3%	0,3%	0,7%	0,4%
	Entgiftung/Entzug	30,3%	29,6%	30,1%	15,3%	14,8%	15,2%
	Substitutionsbehandlung	0,0%	0,0%	0,0%	57,0%	59,6%	57,7%
	Psychosoz. Betreuung für Substituierte	0,0%	0,0%	0,0%	11,4%	12,6%	11,8%
	Psychiatr./psychotherap. Behandlung	4,2%	9,5%	6,0%	2,6%	5,2%	3,3%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,4%	0,5%	0,5%	1,1%	1,3%	1,1%
	Aufsuchende Arbeit	0,2%	0,3%	0,2%	0,4%	1,8%	0,8%
	Externe Haftbetreuung	0,8%	0,1%	0,6%	3,5%	1,8%	3,1%
	Selbsthilfegruppe	6,3%	8,2%	7,0%	1,0%	0,8%	0,9%
sonstiges	2,0%	2,4%	2,1%	2,4%	3,0%	2,6%	
keine vorangegangene Betreuung	45,0%	38,8%	43,0%	17,5%	13,6%	16,4%	
Gesamt N	3.071	1.500	4.571	3.561	1.355	4.916	
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 %
	Gesamt N	2.271	1.206	3.477	3.537	1.214	4.751
Zeitlicher Abstand zwischen erster Substitution und aktuellem Betreuungsbeginn	nicht substituiert gewesen				17,4%	17,0%	17,3%
	substituiert gewesen, Alter unbekannt				19,4%	24,2%	20,7%
	letzten 12 Monate				11,2%	10,0%	10,9%
	bis 2 Jahre				7,2%	5,8%	6,8%
	bis 5 Jahre				14,2%	12,2%	13,7%
	bis 10 Jahre				11,0%	10,7%	10,9%
	bis 15 Jahre				11,1%	10,0%	10,9%
	mehr als 15 Jahre				8,5%	10,0%	8,9%
	Gesamt N				3.006	1.095	4.101

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Dauer aller Substitutionsbehandlungen zu Betreuungsbeginn	nie substituiert				17,3%	16,9%	17,2%
	substituiert gewesen, Dauer unbekannt				14,4%	17,0%	15,1%
	bis 1 Jahr				18,7%	13,6%	17,4%
	bis 2 Jahre				7,8%	8,7%	8,1%
	bis 3 Jahre				6,6%	5,7%	6,4%
	bis 5 Jahre				10,9%	9,5%	10,5%
	bis 7 Jahre				5,5%	5,3%	5,4%
	bis 10 Jahre				9,7%	11,9%	10,3%
	>10 Jahre				9,1%	11,3%	9,7%
	Gesamt N				3.020	1.100	4.120
Gesamtdauer der PSB für Substituierte zu Betreuungsbeginn	nie PSB				72,3%	69,0%	71,5%
	bis 1 Jahr				11,7%	11,3%	11,6%
	bis 2 Jahre				5,6%	5,6%	5,6%
	bis 3 Jahre				2,9%	3,3%	3,0%
	bis 5 Jahre				2,9%	3,8%	3,1%
	bis 7 Jahre				1,1%	1,3%	1,2%
	bis 10 Jahre				2,7%	4,3%	3,1%
	>10 Jahre				0,8%	1,5%	1,0%
		Gesamt N				1.734	610
Anzahl stationärer Entzüge zu Betreuungsbeginn	keinen Entzug	39,5%	39,7%	39,5%	20,6%	21,3%	20,8%
	mind 1 Entzug	0,3%	0,1%	0,2%	0,5%	0,5%	0,5%
	1 Entzug	23,9%	25,6%	24,4%	13,3%	14,3%	13,6%
	2 Entzüge	13,4%	14,2%	13,7%	12,7%	12,5%	12,6%
	3 Entzüge	7,7%	8,3%	7,9%	11,7%	10,3%	11,3%
	bis 5 Entzüge	6,8%	5,9%	6,5%	13,9%	13,7%	13,9%
	bis 10 Entzüge	5,3%	4,9%	5,2%	16,8%	16,1%	16,6%
	> 10 Entzüge	3,1%	1,3%	2,5%	10,5%	11,4%	10,7%
		Gesamt N	2.731	1.345	4.076	3.088	1.071
Anzahl ambulanter Entzüge zu Betreuungsbeginn	keinen Entzug	90,3%	87,9%	89,5%	65,1%	62,9%	64,6%
	mind. 1 Entzug	0,1%	0,3%	0,2%	0,7%	0,8%	0,7%
	1 Entzug	4,7%	6,2%	5,2%	7,8%	8,2%	7,9%
	2 Entzüge	2,3%	2,0%	2,2%	6,1%	6,1%	6,1%
	3 Entzüge	0,6%	1,7%	0,9%	4,4%	5,7%	4,7%
	bis 5 Entzüge	0,9%	0,5%	0,8%	6,4%	6,7%	6,5%
	bis 10 Entzüge	0,7%	0,9%	0,8%	6,5%	6,7%	6,6%
	> 10 Entzüge	0,3%	0,4%	0,4%	2,9%	2,9%	2,9%
		Gesamt N	2.620	1.276	3.896	3.033	1.052
Anzahl stationärer Rehabilitationen zu Betreuungsbeginn	keine Reha	61,3%	62,9%	61,8%	38,4%	42,5%	39,5%
	mind. 1 Reha	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%	0,5%	0,4%
	1 Reha	23,5%	25,6%	24,2%	23,6%	27,7%	24,7%
	2 Rehas	9,3%	7,4%	8,7%	17,4%	15,8%	17,0%
	3 Rehas	4,0%	2,7%	3,6%	9,4%	7,3%	8,9%
	bis 5 Rehas	1,3%	0,8%	1,2%	8,0%	4,9%	7,2%
	bis 10 Rehas	0,3%	0,2%	0,2%	2,9%	1,2%	2,4%
	> 10 Rehas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
		Gesamt N	2.745	1.326	4.071	3.084	1.072
Gesamtdauer der stationären Rehabilitationen zu Betreuungsbeginn	keine Reha	68,6%	68,9%	68,7%	62,8%	66,5%	63,7%
	bis 1 Jahr	27,6%	28,1%	27,8%	25,0%	25,3%	25,1%
	bis 2 Jahre	2,4%	2,3%	2,4%	8,9%	6,2%	8,2%
	bis 3 Jahre	0,8%	0,2%	0,6%	1,8%	1,5%	1,7%
	bis 5 Jahre	0,4%	0,6%	0,5%	1,4%	0,3%	1,1%
	bis 7 Jahre	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%
	bis 10 Jahre	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	>10 Jahre	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
		Gesamt N	2.088	1.018	3.106	1.762	612

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Anzahl ambulanter Rehabilitationen zu Betreuungsbeginn	keine Reha	87,3%	81,8%	85,5%	73,9%	75,2%	74,3%
	mind. 1 Reha	0,1%	0,1%	0,1%	1,6%	0,9%	1,4%
	1 Reha	10,9%	15,0%	12,2%	16,8%	16,0%	16,6%
	2 Rehas	1,4%	2,1%	1,6%	6,0%	5,7%	5,9%
	3 Rehas	0,1%	0,8%	0,3%	1,0%	1,4%	1,1%
	bis 5 Rehas	0,1%	0,2%	0,1%	0,4%	0,7%	0,5%
	bis 10 Rehas	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
	> 10 Rehas	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
	Gesamt N	2.706	1.312	4.018	3.022	1.048	4.070
Dauer aller Teilnahmen an Selbsthilfegruppen zu Betreuungsbeginn	nie Selbsthilfe	72,2%	72,6%	72,3%	90,1%	93,0%	90,9%
	bis 1 Jahr	20,2%	20,8%	20,4%	7,3%	4,4%	6,6%
	bis 2 Jahre	3,1%	3,2%	3,2%	1,2%	1,4%	1,2%
	bis 3 Jahre	1,7%	1,6%	1,7%	0,6%	0,4%	0,5%
	bis 5 Jahre	1,4%	0,7%	1,1%	0,2%	0,6%	0,3%
	bis 7 Jahre	0,4%	0,6%	0,5%	0,4%	0,1%	0,3%
	bis 10 Jahre	0,6%	0,4%	0,5%	0,1%	0,0%	0,1%
	>10 Jahre	0,4%	0,2%	0,3%	0,0%	0,1%	0,1%
	Gesamt N	2.515	1.214	3.729	2.855	1.016	3.871
Familienstand	ledig	49,9%	39,6%	46,6%	72,3%	61,4%	69,4%
	verheiratet	22,3%	23,1%	22,5%	10,6%	10,9%	10,7%
	geschieden	21,4%	26,6%	23,1%	11,7%	17,7%	13,3%
	verwitwet	1,8%	5,4%	2,9%	1,0%	1,4%	1,1%
	eheähnliche Gemeinschaft	2,1%	1,8%	2,0%	2,6%	5,1%	3,3%
	dauerhaft getrennt lebend	2,5%	3,7%	2,9%	1,8%	3,4%	2,2%
	Gesamt N	3.028	1.418	4.446	3.297	1.197	4.494
Partnerbeziehung	alleinstehend	54,2%	50,9%	53,2%	63,3%	43,6%	58,1%
	feste Beziehung, getrennt lebend	15,7%	14,6%	15,3%	14,5%	19,1%	15,7%
	feste Beziehung, zusammen lebend	30,1%	34,5%	31,5%	22,2%	37,3%	26,2%
		Gesamt N	2.944	1.405	4.349	3.255	1.178
Partner mit Suchtproblemen	ja	6,9%	17,1%	10,2%	12,9%	39,4%	19,9%
	keinen Partner	59,0%	54,5%	57,5%	67,1%	46,6%	61,7%
		Gesamt N	2.755	1.325	4.080	3.175	1.147
Angehörige oder Freunde von denen verlässliche Hilfe erwartet werden kann	keine Person	22,4%	15,5%	20,1%	26,8%	22,1%	25,5%
	eine Person	28,0%	29,8%	28,6%	27,5%	33,0%	29,0%
	mehrere Personen	49,6%	54,7%	51,3%	45,8%	44,8%	45,5%
		Gesamt N	2.030	1.005	3.035	1.919	727
Tage mit Clean-Kontakten in den letzten 30 Tagen	keine	21,0%	12,0%	18,1%	20,8%	21,0%	20,9%
	bis 5	6,2%	3,8%	5,4%	7,6%	8,8%	7,9%
	bis 10	5,5%	7,1%	6,0%	10,6%	7,4%	9,7%
	bis 15	4,8%	3,8%	4,5%	5,8%	4,4%	5,4%
	bis 20	4,8%	5,7%	5,1%	5,2%	5,3%	5,2%
	bis 25	2,4%	3,6%	2,8%	2,3%	3,7%	2,7%
	bis 30	55,3%	64,0%	58,1%	47,8%	49,6%	48,3%
		Gesamt N	1.408	664	2.072	1.443	571
Tage mit Freizeitaktivitäten in den letzten 30 Tagen	keine	38,6%	29,8%	35,8%	43,4%	44,8%	43,8%
	bis 5	23,6%	22,7%	23,3%	22,8%	22,5%	22,7%
	bis 10	17,3%	24,3%	19,6%	15,0%	14,8%	14,9%
	bis 15	8,8%	8,5%	8,7%	6,5%	6,3%	6,5%
	bis 20	4,4%	5,1%	4,6%	4,0%	3,1%	3,7%
	bis 25	0,9%	2,4%	1,4%	1,6%	0,8%	1,4%
	bis 30	6,4%	7,3%	6,7%	6,8%	7,7%	7,0%
		Gesamt N	1.162	551	1.713	1.301	520
Tage mit Besuch kultureller, politischer oder sportlicher Veranstaltungen in den letzten 30 Tagen	keine	62,5%	52,6%	59,3%	75,4%	74,6%	75,2%
	bis 5	29,7%	33,9%	31,0%	17,6%	20,6%	18,5%
	bis 10	5,1%	9,8%	6,6%	5,0%	3,0%	4,4%
	bis 15	1,2%	1,6%	1,3%	0,8%	0,8%	0,8%
	bis 20	0,7%	0,6%	0,7%	0,6%	0,4%	0,6%
	bis 25	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%
	bis 30	0,7%	1,2%	0,8%	0,5%	0,6%	0,5%
		Gesamt N	1.068	498	1.566	1.247	500

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Lebenssituation (ohne Inhaftierte)	alleinlebend	55,3%	43,9%	51,5%	56,7%	38,0%	51,5%
	mit den Eltern	6,2%	3,2%	5,2%	6,4%	3,2%	5,5%
	alleine mit Kind(ern)	1,6%	14,6%	5,9%	1,1%	12,2%	4,2%
	mit Partner(in) allein	18,5%	22,3%	19,7%	12,8%	26,3%	16,5%
	mit Partner(in) und Kind(ern)	11,6%	11,2%	11,5%	9,8%	9,7%	9,8%
	mit Freund(inn)en	1,5%	1,1%	1,3%	2,9%	2,8%	2,9%
	anderes	5,2%	3,8%	4,7%	10,3%	7,9%	9,6%
	Gesamt N	2.877	1.420	4.297	2.950	1.133	4.083
Aufenthaltort des Klienten	in eigener Wohnung	73,1%	85,4%	77,1%	59,3%	66,1%	61,1%
	vorübergehend bei Freund(inn)en	1,8%	0,9%	1,5%	2,8%	4,4%	3,2%
	bei Partner(in)	2,3%	2,6%	2,4%	3,2%	5,2%	3,7%
	bei Angehörigen	6,8%	3,3%	5,7%	7,9%	4,5%	7,0%
	betreutes Wohnen	4,7%	3,3%	4,3%	6,8%	4,3%	6,1%
	Öffentliche Erziehung, z.B. Pflegefamilie	0,1%	0,4%	0,2%	0,0%	0,2%	0,1%
	Klinik/Krankenhaus	2,3%	2,5%	2,4%	0,9%	0,8%	0,9%
	JVA/Haftanstalt	4,0%	0,3%	2,8%	10,7%	5,7%	9,3%
	Hotel/ Pension/Unterkunft	2,7%	0,5%	2,0%	5,2%	5,3%	5,2%
	auf der Straße/auf Trebe	2,1%	0,8%	1,6%	3,2%	3,5%	3,3%
	Gesamt N	3.049	1.442	4.491	3.328	1.213	4.541
Eigener Wohnraum der Klienten (ohne Inhaftierte)		86,2%	94,4%	88,9%	74,0%	76,6%	74,7%
	Gesamt N	2.907	1.416	4.323	2.911	1.126	4.037
Anzahl eigener Kinder	keine Kinder	46,4%	38,7%	43,9%	51,7%	42,5%	49,2%
	ein Kind	23,4%	24,8%	23,9%	25,0%	27,4%	25,7%
	2 Kinder	19,9%	24,1%	21,3%	15,4%	18,0%	16,1%
	3 Kinder	6,0%	8,5%	6,8%	5,0%	7,5%	5,7%
	4 Kinder	2,4%	2,2%	2,4%	1,6%	2,8%	2,0%
	5 Kinder	1,0%	0,9%	1,0%	0,7%	1,2%	0,8%
	>5 Kinder	0,8%	0,8%	0,8%	0,6%	0,7%	0,6%
	Gesamt N	2.859	1.396	4.255	3.228	1.194	4.422
Anzahl minderjähriger Kinder	keine mind. Kinder	71,7%	71,1%	71,5%	66,6%	55,0%	63,4%
	ein Kind	16,3%	16,7%	16,4%	21,0%	25,8%	22,3%
	2 Kinder	9,2%	9,2%	9,2%	8,8%	11,7%	9,6%
	3 Kinder	1,8%	2,2%	2,0%	2,5%	5,6%	3,4%
	4 Kinder	0,6%	0,5%	0,6%	0,5%	0,9%	0,6%
	5 Kinder	0,2%	0,1%	0,1%	0,4%	0,5%	0,4%
	>5 Kinder	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,3%
	Gesamt N	2.855	1.393	4.248	3.209	1.188	4.397
Anzahl aller minderjährigen Kinder im Haushalt der Klienten	keine mind. Kinder	85,6%	72,8%	81,5%	84,2%	72,4%	80,5%
	ein Kind	8,2%	18,3%	11,4%	9,4%	19,3%	12,5%
	2 Kinder	5,1%	7,1%	5,8%	4,5%	7,4%	5,4%
	3 Kinder	0,7%	1,7%	1,0%	1,3%	0,7%	1,1%
	4 Kinder	0,2%	0,0%	0,2%	0,4%	0,1%	0,3%
	5 Kinder	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%
	>5 Kinder	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	Gesamt N	1.782	826	2.608	1.523	700	2.223
Aufenthaltort der eigenen, nicht im Haushalt des/der Klienten/in lebenden minderjährigen Kinder	bei anderem Elternteil	57,9%	17,9%	46,3%	71,3%	17,2%	55,6%
	bei Großeltern	0,5%	5,3%	1,9%	4,1%	18,2%	8,2%
	in Pflegefamilie	1,7%	9,2%	3,9%	6,7%	33,6%	14,5%
	in öffentl. Erziehungseinrichtung	2,5%	9,8%	4,6%	1,2%	9,5%	3,6%
	im eigenen Haushalt	21,0%	36,7%	25,6%	6,9%	12,2%	8,4%
	sonstiges	16,3%	21,0%	17,7%	9,8%	9,5%	9,7%
		Gesamt N	875	357	1.232	984	402
Höchster Schulabschluss	z. Zt. Schüler	0,9%	1,4%	1,1%	0,1%	0,1%	0,1%
	ohne Abschluss	5,8%	3,7%	5,1%	11,5%	11,8%	11,6%
	Sonderschulabschluss	2,5%	1,3%	2,1%	2,1%	2,1%	2,1%
	Hauptschulabschluss	38,6%	26,7%	34,7%	45,2%	38,5%	43,5%
	Mittlere Reife	29,4%	36,2%	31,6%	27,7%	33,5%	29,1%
	Fachhochschulreife oder höherwertiger Abschluss	22,8%	30,6%	25,3%	13,4%	14,0%	13,5%
	Gesamt N	2.597	1.264	3.861	3.120	1.064	4.184

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Berufsausbildung	z. Zt. Schüler/Auszubildender	3,2%	3,1%	3,2%	1,9%	2,5%	2,0%
	keine Ausbildung	18,5%	15,8%	17,6%	35,7%	44,1%	37,9%
	Ausbildung abgeschlossen	78,3%	81,1%	79,2%	62,4%	53,4%	60,1%
	Gesamt N	2.818	1.326	4.144	3.182	1.088	4.270
Arbeits- und Ausbildungssituation (ohne Inhaftierte)	Vollzeit	33,0%	25,9%	30,7%	13,4%	7,0%	11,7%
	Teilzeit (regelmäßig)	2,7%	9,8%	5,1%	3,6%	6,6%	4,4%
	geringfügig beschäftigt	1,8%	2,5%	2,0%	2,4%	2,7%	2,5%
	Schüler(in)	1,4%	2,3%	1,7%	0,5%	1,3%	0,7%
	Student(in), Auszubildende(r)	2,5%	1,8%	2,3%	2,4%	3,2%	2,6%
	Bundeswehr, Zivildienst	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Rentner(in)	8,9%	15,7%	11,1%	3,8%	2,7%	3,5%
	erwerbslos/arbeitslos	47,9%	35,8%	43,9%	72,5%	73,2%	72,7%
	in Einrichtung	1,3%	1,8%	1,4%	1,4%	1,7%	1,5%
	Hausfrau/-mann	0,5%	4,3%	1,7%	0,1%	1,6%	0,5%
	Gesamt N	2.504	1.315	3.819	3.194	1.181	4.375
Haupteinkommen (ohne Inhaftierte)	Einkommen aus Erwerbstätigkeit (Arbeitnehmer)	31,5%	29,8%	31,0%	14,4%	10,2%	13,2%
	Krankengeld	4,1%	5,8%	4,6%	0,8%	1,4%	1,0%
	Arbeitslosengeld (SGB III)	6,3%	4,6%	5,8%	3,8%	2,7%	3,5%
	Arbeitslosengeld II (SGB II)	38,8%	28,3%	35,4%	65,1%	68,0%	65,9%
	Ausbildungsvergütung/ Umschulungsgeld/ BAFÖG	2,3%	1,2%	1,9%	1,1%	1,3%	1,2%
	Grundsicherung (SGB XII)	1,1%	2,0%	1,4%	5,0%	5,9%	5,2%
	Rente	8,4%	15,9%	10,9%	3,4%	2,1%	3,0%
	Unterstützung durch Eltern/Verwandte	1,8%	2,1%	1,9%	0,8%	1,1%	0,9%
	Erziehungsgeld	0,1%	0,6%	0,3%	0,1%	0,4%	0,2%
	Unterstützung durch Partner(in)/ Familieneinkommen	0,7%	5,0%	2,1%	0,3%	1,4%	0,6%
	Versorgung in einer Institution	0,4%	0,4%	0,4%	2,3%	1,6%	2,1%
	Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit	2,8%	3,0%	2,9%	1,0%	0,7%	0,9%
	keine Einkommen/mittellos	0,8%	0,4%	0,7%	0,9%	2,1%	1,3%
	sonstiges	1,0%	0,8%	0,9%	0,9%	1,0%	0,9%
Gesamt N	2.886	1.398	4.284	2.950	1.117	4.067	
Einkommen durch Prostitution (ohne Inhaftierte)		0,2%	1,0%	0,4%	1,1%	21,1%	6,8%
	Gesamt N	2.273	1.139	3.412	2.340	941	3.281
Illegale Einkünfte (ohne Inhaftierte)		1,7%	1,0%	1,4%	15,4%	21,4%	17,2%
	Gesamt N	1.860	1.039	2.899	2.087	879	2.966
Schulden	keine	33,7%	45,1%	37,4%	20,2%	22,6%	20,8%
	bis 5.000 Euro	28,4%	32,3%	29,7%	28,3%	28,9%	28,5%
	über 5.000 bis 25.000 Euro	10,8%	6,7%	9,5%	18,2%	14,9%	17,3%
	über 25.000 bis 50.000 Euro	3,7%	1,7%	3,0%	5,1%	2,9%	4,5%
	über 50.000 Euro	2,7%	1,2%	2,2%	1,8%	0,7%	1,5%
	Schulden, Höhe der/dem Kl. unklar	20,7%	13,0%	18,2%	26,4%	30,0%	27,4%
	Gesamt N	2.060	996	3.056	2.958	1.033	3.991
Schuldenregulierung	nicht notwendig	57,4%	71,6%	62,1%	38,6%	36,6%	38,0%
	erforderlich	15,0%	7,6%	12,6%	32,6%	32,2%	32,5%
	eingeleitet	17,7%	12,7%	16,1%	21,2%	24,9%	22,2%
	Schulden reguliert	9,9%	8,1%	9,3%	7,7%	6,3%	7,3%
	Gesamt N	1.308	644	1.952	1.683	615	2.298

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Probleme mit der Justiz (Mehrfachantworten)	keine	72,4%	92,4%	79,1%	46,5%	63,7%	50,9%
	BtMG § 35/37: Therapie statt Strafe	0,1%	0,1%	0,1%	3,7%	2,3%	3,3%
	einfache Bewährung	2,0%	0,3%	1,4%	10,3%	7,4%	9,6%
	Bewährung mit Weisung bzw. Auflage	7,5%	0,9%	5,3%	12,3%	6,9%	10,9%
	laufendes bzw. offenes Gerichtsverfahren	4,0%	1,2%	3,1%	15,2%	12,5%	14,5%
	in U-Haft	1,3%	0,1%	0,9%	4,7%	1,8%	3,9%
	in Strafhaft	6,9%	0,5%	4,8%	16,5%	10,3%	14,9%
	in Jugendhaft/Jugend-U-Haft	0,4%	0,0%	0,2%	0,8%	1,0%	0,8%
	sonstiges (z.B. Führungsaufsicht /§63/§64 StGB)	1,7%	0,7%	1,3%	3,5%	2,9%	3,3%
	Führerscheinenzug	9,3%	4,3%	7,6%	3,3%	0,6%	2,6%
	Gesamt N	1.928	966	2.894	2.405	816	3.221
Verurteilungen (lifetime) (Mehrfachantworten)	BTM-Delikte (Handel, Besitz)	2,6%	1,5%	2,2%	68,5%	56,8%	65,6%
	Körperverletzungen	16,5%	2,3%	11,6%	30,1%	11,7%	25,4%
	andere Delikte/Delikt unbekannt	18,0%	3,3%	12,9%	43,8%	33,4%	41,1%
	Alkohol-/oder Drogeneinfluss am Steuer	11,4%	3,9%	8,9%	10,1%	3,1%	8,3%
	Beschaffungskriminalität	4,1%	0,8%	3,0%	57,3%	42,7%	53,6%
	keine	63,8%	90,5%	73,0%	15,7%	30,4%	19,5%
		Gesamt N	2.081	1.093	3.174	2.845	973
Dauer der Strafhaft	keine Haft	77,9%	95,8%	84,0%	26,0%	47,5%	31,5%
	Haft, Dauer unbekannt	3,0%	1,7%	2,6%	3,6%	4,2%	3,8%
	bis 3 Monate	3,3%	0,6%	2,3%	6,2%	10,9%	7,4%
	bis 6 Monate	1,8%	0,1%	1,2%	3,8%	5,0%	4,1%
	bis 12 Monate	2,3%	0,4%	1,6%	6,9%	6,8%	6,9%
	bis 2 Jahre	2,8%	0,3%	2,0%	11,0%	9,2%	10,5%
	bis 3 Jahre	2,0%	0,5%	1,5%	7,6%	4,5%	6,8%
	bis 5 Jahre	2,6%	0,2%	1,8%	11,0%	7,1%	10,0%
	bis 10 Jahre	2,7%	0,4%	1,9%	13,8%	3,5%	11,1%
	>10 Jahre	1,8%	0,0%	1,2%	10,0%	1,3%	7,8%
	Gesamt N	2.332	1.204	3.536	3.007	1.038	4.045
Nationalität	deutsch	91,1%	93,9%	91,9%	83,3%	91,9%	85,5%
	EU – Europäische Union	3,2%	3,9%	3,4%	3,9%	3,9%	3,9%
	andere Staatsangehörigkeit	5,7%	2,3%	4,6%	12,8%	4,2%	10,6%
		Gesamt N	3.051	1.418	4.469	3.303	1.163
Migrationshintergrund	kein Migrationshintergrund	80,6%	87,3%	82,7%	72,2%	82,1%	74,9%
	selbst migriert	15,3%	10,0%	13,6%	19,5%	11,0%	17,2%
	als Kind von Migranten geboren	4,2%	2,7%	3,7%	8,3%	6,9%	7,9%
		Gesamt N	3.107	1.445	4.552	3.305	1.214
Beratungsgespräch auf deutsch möglich		97,6%	98,8%	98,0%	97,8%	99,8%	98,4%
		Gesamt N	2.764	1.308	4.072	2.660	999
Vater mit Suchtproblemen		45,7%	47,8%	46,4%	39,2%	45,4%	40,8%
		Gesamt N	2.054	1.034	3.088	2.756	952
Mutter mit Suchtproblemen		18,0%	28,0%	21,4%	21,2%	34,0%	24,5%
		Gesamt N	2.051	1.041	3.092	2.771	969
Heim, öffentliche Erziehung in der Kindheit		13,5%	13,3%	13,4%	22,5%	29,0%	24,1%
		Gesamt N	2.195	1.079	3.274	3.003	1.027
Körperliche Gewalterfahrung im Leben		50,0%	57,2%	52,3%	66,5%	78,2%	69,7%
		Gesamt N	2.041	997	3.038	2.796	1.062
Sexuelle Gewalterfahrung im Leben		5,9%	38,8%	16,8%	10,5%	64,3%	26,1%
		Gesamt N	1.737	863	2.600	2.454	1.007
Weitere schwer belastende Ereignisse im Leben		57,1%	77,8%	64,2%	62,7%	83,0%	68,7%
		Gesamt N	1.616	844	2.460	1.625	681
Gewaltausübung im Leben		38,6%	16,9%	31,8%	54,2%	36,7%	49,7%
		Gesamt N	2.000	912	2.912	2.720	939

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Gesundheitliche-körperliche Beeinträchtigung	gar nicht	17,1%	12,7%	15,7%	18,3%	11,5%	16,5%
	wenig	31,8%	34,6%	32,8%	29,1%	31,5%	29,8%
	mittel	29,1%	33,7%	30,6%	30,9%	33,1%	31,5%
	erheblich	18,7%	15,3%	17,5%	17,1%	17,9%	17,3%
	extrem	3,3%	3,7%	3,4%	4,6%	6,0%	5,0%
	Gesamt N	2.566	1.283	3.849	2.985	1.135	4.120
Grad der Behinderung	Keine Behinderung	86,7%	87,7%	87,0%	84,5%	87,0%	85,2%
	behindert, aber nicht beantragt	4,7%	3,4%	4,3%	5,9%	5,2%	5,7%
	20 %	0,4%	0,3%	0,4%	0,1%	0,0%	0,1%
	30 %	0,7%	0,7%	0,7%	0,6%	0,4%	0,5%
	40 %	0,9%	0,8%	0,9%	0,6%	0,2%	0,5%
	50 %	2,0%	2,6%	2,2%	2,4%	1,9%	2,3%
	60 %	1,2%	1,4%	1,3%	2,2%	1,7%	2,0%
	70 %	0,7%	0,7%	0,7%	1,5%	1,1%	1,4%
	80 %	1,2%	1,4%	1,3%	1,4%	1,0%	1,3%
	90 %	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%	0,2%
	100 %	1,1%	0,9%	1,0%	0,7%	1,1%	0,8%
Gesamt N	2.353	1.166	3.519	2.800	1.057	3.857	
HIV Infektion		1,1%	0,5%	0,9%	5,3%	5,1%	5,2%
	kein Test bisher	10,9%	7,9%	9,9%	2,2%	8,4%	3,9%
	Gesamt N	1.947	1.025	2.972	2.842	1.064	3.906
Hepatitis C Infektion		2,0%	1,3%	1,8%	49,4%	47,2%	48,8%
	kein Test bisher	9,5%	7,0%	8,6%	1,8%	8,3%	3,5%
	Gesamt N	2.000	1.039	3.039	2.928	1.079	4.007
Schlafstörungen		49,8%	58,1%	52,5%	47,6%	59,1%	50,7%
	Gesamt N	2.259	1.125	3.384	2.795	1.037	3.832
Zahnstatus	normal / saniert	68,3%	84,8%	73,8%	56,7%	58,9%	57,3%
	behandlungsbedürftig	25,9%	12,8%	21,5%	35,5%	34,1%	35,2%
	ruinös	5,8%	2,4%	4,7%	7,8%	6,9%	7,5%
	Gesamt N	2.397	1.219	3.616	2.859	1.081	3.940
Wird notwendige medizinische Versorgung zu Betreuungsbeginn wahrgenommen	nie	3,8%	1,3%	3,0%	2,1%	1,0%	1,8%
	selten	16,8%	8,8%	14,1%	11,9%	10,0%	11,4%
	gelegentlich	31,8%	26,1%	29,9%	30,2%	30,3%	30,2%
	oft	31,6%	42,1%	35,2%	29,2%	33,0%	30,2%
	immer	16,0%	21,6%	17,9%	26,6%	25,7%	26,4%
	Gesamt N	1.860	972	2.832	1.931	770	2.701
Psychische/see-lische Belastung	gar nicht	4,1%	1,8%	3,4%	6,3%	3,1%	5,4%
	wenig	25,7%	15,7%	22,4%	21,8%	17,7%	20,6%
	mittel	41,1%	41,9%	41,3%	38,9%	36,7%	38,3%
	erheblich	25,6%	33,6%	28,3%	26,5%	32,5%	28,2%
	extrem	3,5%	7,0%	4,7%	6,5%	10,0%	7,5%
	Gesamt N	2.667	1.326	3.993	3.010	1.150	4.160
Ängste/Phobien	gar nicht	24,2%	12,6%	20,3%	29,8%	18,2%	26,6%
	wenig	33,4%	34,5%	33,8%	30,5%	29,3%	30,1%
	mittel	29,6%	33,0%	30,8%	25,6%	31,0%	27,2%
	erheblich	11,6%	17,9%	13,7%	12,1%	18,2%	13,8%
	extrem	1,3%	2,0%	1,5%	2,0%	3,3%	2,3%
	Gesamt N	2.462	1.268	3.730	2.758	1.076	3.834
Nervosität/Unruhe	gar nicht	12,2%	8,3%	10,9%	21,1%	15,9%	19,6%
	wenig	34,9%	32,1%	34,0%	31,1%	28,0%	30,3%
	mittel	38,1%	39,3%	38,5%	30,6%	34,3%	31,6%
	erheblich	13,7%	18,7%	15,3%	15,0%	19,4%	16,2%
	extrem	1,2%	1,6%	1,3%	2,2%	2,4%	2,2%
	Gesamt N	2.583	1.301	3.884	2.827	1.093	3.920
Überhöhte Selbsteinschätzung	gar nicht	24,7%	28,6%	26,0%	35,7%	39,9%	36,9%
	wenig	30,1%	38,8%	33,0%	27,6%	31,6%	28,7%
	mittel	32,3%	23,5%	29,4%	25,0%	20,6%	23,8%
	erheblich	11,5%	8,0%	10,3%	10,1%	7,3%	9,3%
	extrem	1,5%	1,0%	1,3%	1,5%	0,7%	1,3%
	Gesamt N	2.548	1.268	3.816	2.804	1.073	3.877

		Alkohol			Opiate		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Depressive Stimmung	gar nicht	15,0%	8,0%	12,6%	16,6%	10,6%	15,0%
	wenig	32,9%	27,7%	31,2%	27,2%	26,4%	26,9%
	mittel	36,2%	40,8%	37,7%	36,2%	39,2%	37,0%
	erheblich	14,5%	20,3%	16,5%	17,0%	20,9%	18,1%
	extrem	1,4%	3,1%	2,0%	3,0%	2,9%	3,0%
	Gesamt N	2.567	1.298	3.865	2.843	1.100	3.943
Paranoide Inhalte, Halluzinationen	gar nicht	85,7%	86,0%	85,8%	79,6%	79,8%	79,7%
	wenig	9,8%	10,8%	10,2%	12,1%	11,8%	12,0%
	mittel	3,2%	2,6%	3,0%	5,2%	5,7%	5,4%
	erheblich	1,1%	0,5%	0,9%	2,3%	2,0%	2,2%
	extrem	0,2%	0,1%	0,2%	0,7%	0,8%	0,7%
	Gesamt N	2.433	1.230	3.663	2.717	1.052	3.769
Aggressionen	gar nicht	33,5%	37,0%	34,7%	39,0%	37,1%	38,5%
	wenig	38,7%	39,9%	39,1%	32,2%	35,8%	33,2%
	mittel	22,1%	19,3%	21,1%	21,1%	21,7%	21,3%
	erheblich	5,2%	3,2%	4,5%	6,5%	5,2%	6,1%
	extrem	0,5%	0,6%	0,6%	1,2%	0,3%	1,0%
	Gesamt N	2.476	1.256	3.732	2.749	1.065	3.814
Mangelnde Impuls-/Affektkontrolle	gar nicht	38,6%	42,1%	39,8%	40,7%	40,6%	40,7%
	wenig	30,1%	31,2%	30,5%	27,7%	28,9%	28,1%
	mittel	23,4%	18,1%	21,6%	20,7%	21,9%	21,1%
	erheblich	7,3%	7,8%	7,5%	8,8%	8,5%	8,7%
	extrem	0,7%	0,7%	0,7%	2,0%	0,1%	1,5%
	Gesamt N	1.857	970	2.827	1.678	731	2.409
Verschriebene Psychopharmaka (Mehrfachantworten)	Sedativa/Hypnotika	2,8%	4,3%	3,3%	9,5%	13,7%	10,7%
	Antidepressiva	17,5%	39,0%	24,9%	19,7%	25,5%	21,3%
	Neuroleptika	4,3%	4,5%	4,4%	4,8%	6,4%	5,3%
	Antikonvulsiva	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,7%	0,5%
	Ritalin	0,5%	0,6%	0,6%	0,8%	0,5%	0,8%
	andere	3,2%	4,1%	3,5%	4,2%	4,2%	4,2%
	keine	76,1%	55,4%	69,0%	69,4%	62,7%	67,6%
	Gesamt N	1.533	799	2.332	1.449	549	1.998
Anzahl Suizidversuche (lifetime)	keine	82,5%	70,7%	78,6%	72,7%	58,0%	68,8%
	1 Suizidversuch	11,9%	18,0%	13,9%	15,0%	24,2%	17,5%
	2 Suizidversuche	3,1%	5,5%	3,9%	5,9%	7,9%	6,4%
	3 Suizidversuche	1,3%	3,6%	2,1%	3,8%	3,8%	3,8%
	bis 5 Suizidversuche	0,9%	0,9%	0,9%	1,7%	3,7%	2,2%
	bis 10 Suizidversuche	0,2%	0,9%	0,5%	0,7%	2,0%	1,0%
	> 10 Suizidversuche	0,1%	0,4%	0,2%	0,3%	0,5%	0,3%
	Gesamt N	1.929	951	2.880	2.347	866	3.213

Grunddaten der Cannabis- und Gesamtklientel²

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Betreuungs- dauer der abge- schlossenen Betreuungen in Tagen nach Einrichtungsart	illegale Drogen	73,7	83,2	75,5	113,2	174,7	130,7
	legale Drogen	200,1	143,8	191,0	138,0	142,2	139,1
	suchtmittel-übergreifend	105,3	106,4	105,5	104,1	109,6	105,6
	Betreuung Substituierter	227,9	267,5	230,9	304,0	275,9	296,1
	Jugendberatung	54,0	71,3	56,4	51,3	58,6	52,8
	Beratung JVA	81,9	32,5	80,1	85,9	105,5	87,5
	Eingliederungshilfe	81,9	72,8	80,5	97,6	136,4	105,5
	Gesamt	91,0	95,6	91,7	121,2	141,7	126,4
	Gesamt N	1.575	304	1.879	8.758	2.957	11.715
Kostenträger der Betreuung (Mehrfachantwort)	pauschal/institutionell finanziert	94,7%	92,7%	94,4%	91,5%	92,4%	91,7%
	Selbstzahler	0,5%	1,3%	0,6%	1,0%	1,8%	1,2%
	Rentenversicherung	3,1%	6,8%	3,7%	4,5%	5,9%	4,9%
	Krankenversicherung	1,6%	0,5%	1,4%	1,1%	1,3%	1,2%
	Sozialhilfe/Jugendhilfe	3,0%	2,3%	2,9%	4,4%	3,2%	4,1%
	sonstige	0,5%	1,5%	0,7%	1,4%	1,1%	1,3%
	Gesamt N	1.959	397	2.356	11.941	4.254	16.195
Kontaktempfehlung	Justiz/JVA/Polizei/Gerichtshilfe	24,3%	7,3%	21,4%	14,8%	3,5%	11,8%
	Familie/Freund(in)/Partner(in)	12,7%	11,0%	12,4%	8,5%	7,3%	8,1%
	Arbeitgeber/Betrieb	6,7%	5,9%	6,6%	3,8%	2,4%	3,5%
	andere Klient(inn)en	1,8%	2,2%	1,9%	4,0%	5,1%	4,3%
	medizinische Versorgung, inkl. Psychiatrie	5,5%	10,8%	6,4%	12,7%	16,3%	13,7%
	Einrichtungen der Suchthilfe	10,0%	14,5%	10,7%	14,2%	15,8%	14,7%
	Selbsthilfegruppen	0,0%	0,3%	0,0%	0,4%	0,6%	0,4%
	Schule	1,1%	1,1%	1,1%	0,3%	0,2%	0,3%
	Einrichtungen der Jugendhilfe/Jugendamt	5,8%	8,3%	6,2%	3,8%	5,6%	4,3%
	Arbeitsgemeinschaft (ARGE)	3,8%	3,5%	3,7%	4,0%	3,0%	3,7%
	Arbeitsagentur	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
	Öffentliche Einrichtungen	0,9%	0,8%	0,9%	0,8%	1,1%	0,9%
	Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle	0,4%	0,0%	0,3%	0,3%	0,1%	0,2%
	sonstiges	7,1%	11,3%	7,8%	7,1%	9,0%	7,6%
	keine Kontaktempfehlung/ Eigeninitiative	19,9%	23,1%	20,4%	25,2%	30,0%	26,4%
	Gesamt N	1.824	372	2.196	10.737	3.868	14.605
Betreuungs- art in der eige- nen Einrichtung (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	2,2%	2,5%	2,3%	11,8%	14,9%	12,6%
	Ambulante Betreuung/Beratung	87,5%	92,8%	88,4%	73,4%	76,9%	74,3%
	Ambulante Rehabilitation	4,0%	5,7%	4,3%	5,4%	6,6%	5,7%
	Ganztägig ambulante Rehabilitation	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Ambulante medizinische Behandlung	1,7%	2,7%	1,9%	3,2%	6,6%	4,1%
	Adaption	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
	Ambulantes betreutes Wohnen	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
	Ambulante Eingliederungshilfe	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
	Stationäre Eingliederungshilfe	2,8%	2,2%	2,7%	4,2%	3,0%	3,9%
	Jugend spezifische Hilfen	0,3%	0,0%	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%
	Entgiftung/Entzug	1,5%	1,5%	1,5%	1,2%	1,8%	1,4%
	Substitutionsbehandlung	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	2,9%	2,9%
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,0%	0,0%	0,0%	14,1%	14,3%	14,1%
	Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%	0,4%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,1%	0,0%	0,1%	0,3%	0,4%	0,3%
	Aufsuchende Arbeit	2,1%	2,0%	2,1%	3,2%	5,6%	3,8%
	Externe Haftbetreuung	7,2%	0,7%	6,1%	7,3%	2,7%	6,1%
	Selbsthilfegruppe	0,6%	0,2%	0,5%	0,9%	0,8%	0,9%
	sonstiges	1,5%	1,5%	1,5%	2,1%	2,8%	2,3%
	Gesamt N	1.953	401	2.354	11.720	4.261	15.981

2 Die Werte für das Gesamtklientel beziehen sich auf alle Klientinnen und Klienten des Jahres 2011 ohne Angehörige

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Ergänzende Betreuung/ Kooperation (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	1,1%	1,5%	1,2%	3,9%	7,1%	4,8%
	Ambulante Betreuung/Beratung	4,8%	5,0%	4,9%	4,7%	5,4%	4,9%
	Ambulante Rehabilitation	0,8%	2,2%	1,0%	1,2%	1,9%	1,4%
	Ganztägig ambulante Rehabilitation	0,3%	0,6%	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%
	Ambulante medizinische Behandlung	2,1%	5,6%	2,7%	6,6%	11,1%	7,8%
	Stationäre medizinische Behandlung	1,2%	0,6%	1,1%	1,5%	1,9%	1,6%
	Stationäre Rehabilitation	1,2%	0,6%	1,1%	1,7%	2,2%	1,8%
	Adaptionseinrichtung	1,0%	3,1%	1,4%	1,1%	1,8%	1,3%
	Ambulantes betreutes Wohnen	1,0%	2,8%	1,3%	1,5%	1,6%	1,6%
	Ambulante Eingliederungshilfe	0,8%	1,9%	1,0%	0,5%	0,9%	0,6%
	Stationäre Eingliederungshilfe	0,9%	0,3%	0,8%	1,8%	1,4%	1,7%
	Jugendspezifische Hilfen	1,8%	3,1%	2,0%	0,7%	0,9%	0,8%
	Entgiftung/Entzug	6,3%	5,6%	6,2%	8,0%	7,0%	7,7%
	Substitutionsbehandlung	0,0%	0,0%	0,0%	16,5%	18,4%	17,0%
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%	2,8%	2,3%
	Psychiat./psychotherap. Behandlung	4,7%	14,2%	6,3%	5,5%	11,6%	7,2%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	1,5%	0,3%	1,3%	2,0%	1,8%	1,9%
	Aufsuchende Arbeit	0,8%	1,5%	0,9%	1,2%	1,9%	1,4%
	Externe Haftbetreuung	0,4%	0,3%	0,4%	0,6%	0,4%	0,6%
	Selbsthilfegruppe	2,8%	4,6%	3,1%	7,0%	8,8%	7,5%
	Familie	1,5%	1,5%	1,5%	1,8%	2,0%	1,9%
	Arbeitgeber, Betrieb	0,7%	0,6%	0,7%	1,0%	0,4%	0,8%
	Schule	0,6%	1,2%	0,7%	0,2%	0,3%	0,2%
	Medizinische Behandlung	2,2%	3,4%	2,4%	4,0%	5,9%	4,5%
	Krankenhaus/Krankenhausabteilung	0,8%	1,9%	0,9%	1,5%	2,0%	1,6%
	Pflegeheim	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
	Sozialpsychiatrischer Dienst	0,3%	0,6%	0,4%	0,2%	0,6%	0,3%
	Schuldnerberatung	0,7%	0,3%	0,6%	1,6%	1,7%	1,6%
	Andere Beratungsdienste (Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung etc.)	0,9%	1,5%	1,0%	1,0%	2,4%	1,4%
	Jugendhilfe	3,6%	6,2%	4,0%	1,1%	2,4%	1,5%
	ASD/Jugendamt	3,5%	10,5%	4,7%	1,4%	5,6%	2,5%
	Soziale Verwaltung	0,1%	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%
	Wohnungsamt, -baugesellschaften	0,5%	0,3%	0,5%	1,2%	1,0%	1,1%
Arbeitsagentur/Arbeitsgemeinschaft (ARGE)/Job-Center	3,7%	5,6%	4,0%	5,2%	4,9%	5,1%	
Straßenverkehrsbehörde/ Führerscheinstelle/MPU-Stelle	0,9%	0,0%	0,7%	0,5%	0,1%	0,4%	
Justizbehörden/Bewährungshilfe	10,7%	1,5%	9,2%	6,0%	1,6%	4,8%	
Kosten-, Leistungsträger	1,6%	0,9%	1,5%	2,7%	2,4%	2,6%	
sonstiges	4,2%	6,5%	4,6%	4,7%	6,4%	5,1%	
keine ergänzende Betreuung	57,2%	48,3%	55,7%	43,0%	34,9%	40,8%	
Gesamt N		1.588	323	1.911	9.165	3.440	12.605
Art der Beendigung der Betreuung	reguläre Beendigung	39,2%	33,8%	38,3%	30,8%	29,6%	30,5%
	Beendigung durch Weitervermittlung in andere Einrichtung	16,2%	20,2%	16,8%	20,6%	21,4%	20,8%
	Beendigung durch Einrichtung	2,6%	3,1%	2,6%	3,2%	2,6%	3,1%
	formelle Beendigung durch Klientin/en	6,2%	4,5%	5,9%	6,1%	7,0%	6,3%
	Beendigung durch Kontaktverlust über 2 Monate	33,4%	37,6%	34,1%	35,3%	38,0%	35,9%
	Haft	0,5%	0,3%	0,5%	1,0%	0,5%	0,9%
	Abschiebung/Haftverlegung/Haftentlassung	1,9%	0,0%	1,6%	2,5%	0,3%	2,0%
	Tod	0,0%	0,3%	0,1%	0,4%	0,7%	0,5%
Gesamt N		1.489	287	1.776	7.911	2.632	10.543

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Weiterbetreuungen in anderen sucht-spezifischen Einrichtungen (Mehrfachantwort)	Niedrigschwellige Hilfen	0,2%	1,1%	0,4%	1,7%	1,9%	1,8%
	Ambulante Betreuung/Beratung	6,5%	2,3%	5,8%	6,2%	6,5%	6,3%
	Ambulante Rehabilitation	3,2%	2,3%	3,1%	3,7%	2,6%	3,4%
	Ganztägig ambulante Rehabilitation	1,8%	2,3%	1,9%	1,2%	1,3%	1,2%
	Ambulante medizinische Behandlung	1,0%	0,6%	0,9%	1,6%	2,8%	1,9%
	Stationäre medizinische Behandlung	1,6%	4,0%	2,0%	2,5%	3,0%	2,6%
	Stationäre Rehabilitation	12,0%	14,9%	12,4%	13,5%	12,8%	13,3%
	Adaptionseinrichtung	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,4%	0,3%
	Ambulantes betreutes Wohnen	0,8%	3,4%	1,2%	1,0%	1,7%	1,2%
	Ambulante Eingliederungshilfe	1,2%	2,3%	1,4%	0,3%	0,6%	0,4%
	Stationäre Eingliederungshilfe	2,0%	1,7%	2,0%	4,5%	2,7%	4,1%
	Jugendspezifische Hilfen	1,0%	1,7%	1,1%	0,3%	0,9%	0,5%
	Entgiftung/Entzug	7,7%	7,4%	7,7%	7,3%	7,1%	7,2%
	Substitutionsbehandlung	0,0%	0,0%	0,0%	18,6%	19,8%	18,9%
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	1,9%	2,0%
	Psychiatr./psychotherap. Behandlung	5,1%	15,4%	6,8%	4,6%	11,9%	6,5%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,8%	1,7%	0,9%	0,7%	0,7%	0,7%
	Aufsuchende Arbeit	0,2%	0,0%	0,2%	0,3%	0,6%	0,4%
	Externe Haftbetreuung	0,9%	0,0%	0,7%	1,6%	0,4%	1,3%
	Selbsthilfegruppe	3,4%	4,0%	3,5%	7,7%	10,6%	8,4%
	sonstiges	2,9%	4,6%	3,2%	3,4%	5,2%	3,9%
keine Weiterbetreuung	58,8%	48,0%	57,1%	34,3%	28,6%	32,8%	
Gesamt N	894	175	1.069	4.891	1.744	6.635	
Auflagen für die Betreuung	keine	72,5%	85,4%	74,7%	78,0%	87,0%	80,5%
	Krankenkasse/Rentenversicherer	0,6%	0,5%	0,6%	3,1%	2,9%	3,0%
	Justiz	16,1%	2,2%	13,8%	10,0%	2,6%	8,0%
	Arbeitgeber	0,9%	0,3%	0,8%	1,9%	0,8%	1,6%
	Arbeitsgemeinschaft (ARGE)	4,2%	3,0%	4,0%	3,9%	2,1%	3,4%
	Arbeitsagentur	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
	Schule	0,7%	0,0%	0,6%	0,1%	0,0%	0,1%
	Einrichtungen der Jugendhilfe/Jugendamt	1,7%	4,7%	2,2%	0,6%	2,0%	0,9%
	Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle	2,3%	0,5%	2,0%	1,1%	0,3%	0,9%
	sonstige öffentliche Einrichtungen	0,9%	3,3%	1,3%	1,3%	2,1%	1,5%
	Gesamt N	1.798	364	2.162	10.341	3.822	14.163
Bezirk des Wohnorts der betreuten Person	Hamburg-Mitte	13,0%	11,5%	12,8%	13,5%	13,6%	13,6%
	Altona	15,3%	16,3%	15,5%	13,1%	13,8%	13,3%
	Eimsbüttel	13,6%	14,5%	13,8%	13,1%	14,4%	13,4%
	Hamburg-Nord	15,3%	16,3%	15,5%	14,0%	13,5%	13,8%
	Wandsbek	17,8%	19,8%	18,2%	17,0%	18,7%	17,4%
	Bergedorf	9,1%	8,0%	8,9%	9,4%	6,8%	8,7%
	Harburg	6,8%	5,3%	6,5%	7,9%	6,2%	7,5%
	außerhalb Hamburg	5,2%	5,3%	5,2%	6,2%	6,7%	6,4%
	ohne festen Wohnsitz	3,8%	3,0%	3,6%	5,9%	6,2%	6,0%
Gesamt N	1.636	338	1.974	9.469	3.394	12.863	
weitere Hauptdrogen/Hauptprobleme der Betreuten (Mehrfachantwort)	Alkohol	47,6%	45,7%	47,3%			
	Sedativa	1,2%	4,4%	1,7%			
	Essstörung	0,5%	6,9%	1,6%			
	Glücksspiel	9,2%	1,4%	7,9%			
	Gesamt N	1.764	361	2.125			
weitere Problem-bereiche: Glückspiel/PC-Spiele/Internet der Betreuten (Mehrfachantwort)	Geldspielautomaten in Spielhallen etc.	84,0%	50,0%	82,7%	76,6%	76,7%	76,6%
	Kleines Spiel der Spielbank	2,0%	0,0%	1,9%	6,8%	2,3%	6,3%
	Großes Spiel der Spielbank	4,0%	0,0%	3,8%	6,9%	2,3%	6,4%
	Wetten	8,0%	0,0%	7,7%	10,6%	0,0%	9,4%
	Lotterierprodukte	1,0%	0,0%	1,0%	1,4%	1,2%	1,4%
	Online-Wetten	4,0%	0,0%	3,8%	4,2%	0,0%	3,8%
	Anderes Online Glücksspiel	5,0%	0,0%	4,8%	5,8%	2,3%	5,4%
	PC Spiele/PC Online Spiele	12,0%	25,0%	12,5%	11,8%	18,6%	12,6%
	Internet	6,0%	25,0%	6,7%	4,5%	8,1%	4,9%
	Gesamt N	100	4	104	710	86	796

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Alter zu Betreuungsbeginn	Alkohol				44,7	46,2	4.728
	Cannabis	26,8	27,9	270	26,8	27,9	2.125
	Opiate				39,2	36,9	4.658
	Kokain				32,4	31,8	1.203
	Crack				35,3	35,7	113
	Halluzinogene				30,3	29,9	55
	Amphetamine				27,9	27,7	189
	Sedativa				44,5	47,1	77
	Essstörung				32,9	31,0	71
	Glücksspiel				34,1	43,8	572
	Anderes				45,3	46,3	33
	Gesamt N	1.764	361	2.125	10.182	3.642	13.824
Alter in Kategorien	bis 18	13,6%	17,5%	14,3%	3,3%	3,2%	3,3%
	18-27	44,7%	35,8%	43,2%	18,2%	14,5%	17,2%
	28-35	21,3%	22,6%	21,6%	20,0%	19,0%	19,7%
	36-45	12,7%	14,3%	13,0%	27,7%	26,7%	27,4%
	46-60	7,1%	9,2%	7,4%	26,9%	30,1%	27,7%
	>60	0,6%	0,6%	0,6%	4,0%	6,5%	4,6%
Alter bei Erstkonsum	Nikotin	13,7	13,7	13,7	13,9	14,3	14,0
	Alkohol	14,4	14,4	14,4	14,7	15,3	14,8
	Cannabis				15,8	15,7	15,8
	Opiate				21,2	20,0	20,9
	Kokain				21,0	20,6	20,9
	Crack				27,6	26,3	27,2
	Halluzinogene				18,2	17,6	18,1
	Amphetamine				19,6	19,0	19,5
	Sedativa	26,7	31,7	28,3	23,3	22,9	23,2
	Geldspielautomaten in Spielhallen etc.	18,4	24,5	18,6	20,5	28,8	21,3
	Kleines Spiel der Spielbank	19,6		19,6	23,3	28,0	23,5
	Großes Spiel der Spielbank	20,3		20,3	25,5	18,0	25,4
	Wetten	16,8		16,8	23,7		23,7
	Lotterierprodukte	19,5		19,5	26,5	33,0	28,1
	Online-Wetten	18,0		18,0	20,8	48,0	22,2
	Anderes Online Glücksspiel (Pokern, Roulette etc.)	26,6		26,6	25,9	37,5	26,5
	PC Spiele/PC Online Spiele	16,1	20,0	16,5	20,3	28,1	21,2
	Internet	20,9	22,0	21,0	22,8	32,6	23,8
Alter bei Störungsbeginn	Nikotin	15,4	14,8	15,3	15,6	15,8	15,7
	Alkohol	20,3	21,3	20,5	23,9	27,6	24,9
	Cannabis	17,8	18,7	18,0	17,3	17,3	17,3
	Opiate				22,2	20,9	21,9
	Kokain				22,7	22,0	22,5
	Crack				28,1	26,2	27,5
	Halluzinogene				18,2	17,8	18,1
	Amphetamine				19,7	19,1	19,5
	Sedativa	35,3	35,8	35,5	24,7	24,8	24,7
	Essstörung	18,5	15,1	15,9	21,6	18,8	19,4
	Geldspielautomaten in Spielhallen etc.	20,5	25,0	20,6	23,4	31,6	24,3
	Kleines Spiel der Spielbank	23,7		23,7	26,6	36,0	27,2
	Großes Spiel der Spielbank	24,0		24,0	27,2	22,5	26,9
	Wetten	17,0		17,0	26,3		26,3
	Lotterierprodukte	22,0		22,0	29,2	48,0	31,9
	Online-Wetten	25,5		25,5	24,4	48,0	25,7
	Anderes Online Glücksspiel (Pokern, Roulette etc.)	27,5		27,5	26,0	38,0	26,9
	PC Spiele/PC Online Spiele	19,0	21,0	19,2	23,0	32,6	24,5
Internet	22,5	24,0	23,0	23,6	35,4	25,7	

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Motivation zur Konsumreduktion	gar nicht	4,5%	5,9%	4,7%	7,4%	6,2%	7,0%
	wenig	13,2%	11,8%	13,0%	14,6%	13,2%	14,2%
	mittel	29,3%	25,5%	28,7%	28,0%	25,3%	27,3%
	hoch	34,5%	32,7%	34,2%	32,5%	32,8%	32,6%
	sehr hoch	18,4%	24,1%	19,4%	17,6%	22,5%	18,9%
	Gesamt N	1.074	220	1.294	6.405	2.329	8.734
Abstinenzmotivation	gar nicht	8,9%	5,4%	8,3%	11,6%	9,9%	11,2%
	wenig	16,0%	15,8%	16,0%	14,7%	15,1%	14,8%
	mittel	26,0%	27,1%	26,2%	24,9%	24,2%	24,7%
	hoch	29,5%	25,4%	28,8%	29,5%	26,6%	28,7%
	sehr hoch	19,7%	26,3%	20,8%	19,3%	24,2%	20,6%
	Gesamt N	1.163	240	1.403	6.987	2.556	9.543

		kein Konsum	einen Tag	2 bis 7 Tage	8 bis 25	(fast) täglich	Gesamt
Cannabis: Konsumhäufigkeit innerhalb der letzten 30 Tage	Nikotin	6,6%	0,5%	2,7%	6,7%	83,5%	638
	Alkohol	39,4%	4,3%	20,0%	25,1%	11,2%	890
	Cannabis	45,9%	3,6%	11,2%	19,4%	19,9%	1.687
	Glücksspiel	54,7%	4,1%	10,8%	19,6%	10,8%	148
Gesamt: Konsumhäufigkeit innerhalb der letzten 30 Tage	Nikotin	7,2%	0,4%	0,8%	4,6%	87,0%	4.592
	Alkohol	47,0%	2,5%	11,7%	20,4%	18,4%	7.637
	Cannabis	52,8%	2,7%	10,3%	17,3%	16,9%	4.315
	Heroin	67,8%	2,3%	8,1%	9,7%	12,1%	2.866
	Methadon	18,3%	0,2%	0,6%	1,1%	79,7%	2.090
	Polamidon	24,5%	0,2%	0,5%	0,6%	74,1%	970
	Buprenorphin	20,3%	0,1%	0,4%	1,7%	77,5%	1.147
	andere Substitutionsmittel	77,2%	1,0%	0,7%	2,6%	18,5%	302
	Kokain	77,1%	3,0%	8,8%	7,7%	3,3%	2.813
	Crack	70,9%	1,9%	7,9%	10,4%	8,8%	1.718
	Halluzinogene	96,4%	1,0%	1,8%	0,9%	0,0%	1.140
	Amphetamine	90,3%	1,8%	3,6%	3,5%	0,8%	1.510
	Sedativa	62,8%	1,1%	6,5%	7,7%	21,8%	1.467
Essstörung	82,3%	0,3%	2,1%	3,9%	11,4%	764	
	Glücksspiel	68,6%	1,8%	9,0%	12,6%	8,0%	1.427

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Trinkmenge Alkohol in Gramm reiner Alkohol Aktuell	0 g	53,9%	52,1%	53,6%	57,8%	59,5%	58,3%
	bis 20g	2,1%	5,8%	2,7%	1,6%	2,3%	1,8%
	bis 40g	5,4%	5,0%	5,3%	3,6%	4,0%	3,7%
	bis 60g	3,0%	0,8%	2,6%	2,6%	3,9%	2,9%
	bis 80g	5,2%	5,0%	5,2%	4,3%	5,3%	4,6%
	bis 120g	7,5%	14,0%	8,7%	6,7%	6,8%	6,7%
	bis 200g	10,3%	5,8%	9,5%	10,2%	9,1%	9,9%
	bis 300g	5,8%	5,0%	5,6%	6,7%	5,2%	6,3%
	bis 400g	4,1%	5,0%	4,3%	3,6%	2,7%	3,4%
	bis 500g	1,3%	0,8%	1,2%	1,2%	0,6%	1,0%
	über 500g	1,3%	0,8%	1,2%	1,6%	0,6%	1,3%
	Gesamt N	534	121	655	4.440	1.718	6.158
typische Konsumphase 30 Tage vor Betreuungsbeginn	ja	70,1%	74,0%	70,8%	69,8%	71,0%	70,1%
	nein, vor 1 Monat	11,7%	11,6%	11,7%	11,4%	11,7%	11,4%
	nein, mehr als 1 Monat	10,4%	8,5%	10,1%	9,6%	10,2%	9,8%
	nein, vor mehr als 6 Monate	4,8%	3,9%	4,6%	4,0%	3,0%	3,8%
	nein, vor mehr als 1 Jahr	3,0%	1,9%	2,8%	5,2%	4,2%	4,9%
		Gesamt N	1.171	258	1.429	6.627	2.420

	Cannabis			Gesamt			
	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	
Vorangegangene Betreuungen in den letzten 60 Tagen vor Betreuungsbeginn	Niedrigschwellige Hilfen	1,5%	2,4%	1,6%	7,3%	9,9%	8,0%
	Ambulante Betreuung/Beratung	10,9%	9,6%	10,7%	10,4%	11,7%	10,7%
	Ambulante Rehabilitation	0,8%	1,8%	1,0%	1,1%	1,8%	1,3%
	Ganztägig ambulante Rehabilitation	0,2%	1,2%	0,4%	0,3%	0,9%	0,5%
	Ambulante medizinische Behandlung	1,4%	4,8%	1,9%	4,3%	7,6%	5,2%
	Stationäre medizinische Behandlung	2,0%	2,7%	2,2%	3,6%	5,2%	4,0%
	Stationäre Rehabilitation	5,4%	6,3%	5,5%	7,7%	8,3%	7,8%
	Adaption	0,7%	0,3%	0,6%	1,0%	0,8%	0,9%
	Ambulantes betreutes Wohnen	1,0%	1,8%	1,2%	1,2%	1,3%	1,3%
	Ambulante Eingliederungshilfe	0,1%	0,6%	0,2%	0,3%	0,4%	0,4%
	Stationäre Eingliederungshilfe	0,4%	0,6%	0,5%	1,3%	1,2%	1,3%
	Jugendspezifische Hilfen	2,1%	1,8%	2,0%	0,7%	0,9%	0,7%
	Entgiftung/Entzug	11,1%	14,8%	11,7%	18,6%	20,7%	19,2%
	Substitutionsbehandlung	0,0%	0,0%	0,0%	20,6%	21,7%	20,9%
	Psychosoziale Betreuung für Substituierte	0,0%	0,0%	0,0%	4,1%	4,6%	4,3%
	Psychiatr./psychotherap. Behandlung	2,7%	9,0%	3,7%	3,5%	8,1%	4,8%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,5%	0,3%	0,5%	0,8%	0,8%	0,8%
	Aufsuchende Arbeit	0,3%	0,6%	0,4%	0,3%	0,9%	0,5%
	Externe Haftbetreuung	1,0%	0,0%	0,8%	2,2%	0,7%	1,8%
	Selbsthilfegruppe	1,3%	1,8%	1,4%	2,9%	4,2%	3,3%
	sonstiges	3,3%	0,6%	2,9%	2,3%	2,4%	2,3%
keine vorangegangene Betreuung	65,9%	57,8%	64,6%	41,0%	33,1%	38,9%	
Gesamt N	1.621	332	1.953	9.852	3.726	13.578	
Zeitlicher Abstand zwischen Erstkon- takt zur Suchthilfe und aktuellem Betreuungsbeginn	kein Kontakt	43,6%	37,4%	42,6%	19,4%	15,5%	18,3%
	Kontakt, Alter unbekannt	16,7%	22,0%	17,5%	26,4%	31,5%	27,8%
	letzten 12 Monate	7,3%	6,2%	7,2%	6,5%	6,0%	6,3%
	bis 2 Jahre	9,0%	6,9%	8,6%	8,3%	8,2%	8,3%
	bis 5 Jahre	11,7%	12,5%	11,8%	12,6%	11,8%	12,4%
	bis 10 Jahre	7,5%	9,2%	7,8%	11,1%	11,4%	11,2%
	bis 15 Jahre	2,4%	4,3%	2,7%	7,6%	7,2%	7,5%
	mehr als 15 Jahre	1,9%	1,6%	1,8%	8,0%	8,5%	8,1%
	Gesamt N	1.553	305	1.858	9.160	3.367	12.527
Anzahl station- ärer Entzüge zu Betreuungsbeginn	keinen Entzug	73,5%	65,0%	72,1%	43,9%	40,3%	43,0%
	mind 1 Entzug	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%
	1 Entzug	14,9%	19,1%	15,6%	17,1%	19,9%	17,9%
	2 Entzüge	6,1%	7,0%	6,3%	10,8%	11,7%	11,1%
	3 Entzüge	2,0%	2,5%	2,1%	7,4%	7,7%	7,5%
	bis 5 Entzüge	1,6%	4,5%	2,1%	7,6%	7,9%	7,7%
	bis 10 Entzüge	1,4%	1,6%	1,4%	7,9%	7,9%	7,9%
	> 10 Entzüge	0,5%	0,3%	0,5%	4,8%	4,5%	4,7%
	Gesamt N	1.540	314	1.854	8.945	3.234	12.179
Anzahl ambu- lanter Entzüge zu Betreuungsbeginn	keinen Entzug	97,0%	94,0%	96,5%	83,5%	81,1%	82,9%
	mind. 1 Entzug	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,4%	0,3%
	1 Entzug	1,9%	3,3%	2,1%	5,0%	6,1%	5,3%
	2 Entzüge	0,3%	0,7%	0,4%	3,1%	3,0%	3,1%
	3 Entzüge	0,3%	1,0%	0,4%	1,8%	2,8%	2,1%
	bis 5 Entzüge	0,3%	0,3%	0,3%	2,6%	2,7%	2,6%
	bis 10 Entzüge	0,2%	0,7%	0,3%	2,6%	2,8%	2,6%
	> 10 Entzüge	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	1,2%	1,2%
Gesamt N	1.519	302	1.821	8.726	3.118	11.844	
Anzahl stationärer Rehabilitationen zu Betreuungsbeginn	keine Reha	84,6%	76,8%	83,3%	59,3%	59,2%	59,3%
	mind. 1 Reha	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,3%	0,2%
	1 Reha	11,3%	16,0%	12,1%	20,6%	24,0%	21,5%
	2 Rehas	2,6%	5,6%	3,1%	10,3%	9,9%	10,2%
	3 Rehas	1,3%	1,3%	1,3%	5,1%	3,9%	4,8%
	bis 5 Rehas	0,1%	0,3%	0,2%	3,3%	2,1%	3,0%
	bis 10 Rehas	0,1%	0,0%	0,1%	1,1%	0,5%	1,0%
	> 10 Rehas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Gesamt N	1.516	306	1.822	8.949	3.201	12.150	

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Gesamtdauer der stationären Rehabilitationen zu Betreuungsbeginn	keine Reha	87,1%	81,8%	86,2%	72,4%	71,4%	72,1%
	bis 1 Jahr	11,8%	15,2%	12,4%	22,3%	24,2%	22,8%
	bis 2 Jahre	1,0%	1,9%	1,2%	3,8%	3,2%	3,6%
	bis 3 Jahre	0,0%	0,4%	0,1%	0,8%	0,6%	0,8%
	bis 5 Jahre	0,1%	0,4%	0,1%	0,5%	0,4%	0,5%
	bis 7 Jahre	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
	bis 10 Jahre	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	>10 Jahre	0,0%	0,4%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	Gesamt N	1.287	264	1.551	6.400	2.294	8.694
Anzahl ambulanter Rehabilitationen zu Betreuungsbeginn	keine Reha	94,6%	91,4%	94,1%	84,8%	81,9%	84,1%
	mind. 1 Reha	0,2%	0,0%	0,2%	0,6%	0,3%	0,5%
	1 Reha	4,6%	8,6%	5,3%	11,1%	13,5%	11,7%
	2 Rehas	0,5%	0,0%	0,4%	2,8%	3,0%	2,8%
	3 Rehas	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,8%	0,5%
	bis 5 Rehas	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%
	bis 10 Rehas	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
	> 10 Rehas	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
	Gesamt N	1.500	304	1.804	8.803	3.151	11.954
Dauer aller Teilnahmen an Selbsthilfegruppen zu Betreuungsbeginn	nie Selbsthilfe	91,8%	90,8%	91,6%	84,2%	83,7%	84,0%
	bis 1 Jahr	6,8%	7,5%	7,0%	12,0%	12,1%	12,0%
	bis 2 Jahre	0,7%	1,7%	0,9%	1,6%	2,1%	1,8%
	bis 3 Jahre	0,3%	0,0%	0,3%	0,9%	0,9%	0,9%
	bis 5 Jahre	0,1%	0,0%	0,1%	0,6%	0,6%	0,6%
	bis 7 Jahre	0,1%	0,0%	0,1%	0,3%	0,3%	0,3%
	bis 10 Jahre	0,1%	0,0%	0,1%	0,3%	0,2%	0,2%
	>10 Jahre	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
	Gesamt N	1.461	292	1.753	8.331	2.996	11.327
Familienstand	ledig	86,1%	84,4%	85,8%	67,5%	55,6%	64,4%
	verheiratet	5,7%	4,7%	5,5%	14,4%	15,4%	14,7%
	geschieden	5,4%	8,2%	5,9%	13,1%	19,9%	14,9%
	verwitwet	0,2%	0,3%	0,2%	1,0%	3,0%	1,5%
	eheähnliche Gemeinschaft	2,0%	0,6%	1,7%	2,2%	3,0%	2,4%
	dauerhaft getrennt lebend	0,7%	1,8%	0,8%	1,8%	3,2%	2,2%
	Gesamt N	1.691	340	2.031	9.771	3.511	13.282
Partnerbeziehung	alleinstehend	66,7%	57,1%	65,1%	59,1%	50,1%	56,7%
	feste Beziehung, getrennt lebend	18,3%	25,2%	19,5%	16,5%	17,7%	16,8%
	feste Beziehung, zusammen lebend	15,0%	17,7%	15,5%	24,4%	32,3%	26,5%
		Gesamt N	1.569	317	1.886	9.455	3.432
Partner mit Suchtproblemen	ja	4,7%	26,0%	8,3%	8,6%	25,6%	13,1%
	keinen Partner	70,6%	61,0%	69,0%	63,3%	53,5%	60,7%
		Gesamt N	1.495	300	1.795	9.017	3.277
Angehörige oder Freunde von denen verlässliche Hilfe erwartet werden kann	keine Person	14,9%	12,4%	14,5%	20,7%	17,6%	19,8%
	eine Person	25,1%	27,9%	25,6%	26,6%	30,7%	27,7%
	mehrere Personen	60,0%	59,7%	60,0%	52,7%	51,7%	52,4%
		Gesamt N	1.045	226	1.271	6.162	2.355
Tage mit Clean-Kontakten in den letzten 30 Tagen	keine	14,4%	13,0%	14,2%	17,9%	14,5%	16,9%
	bis 5	6,4%	4,3%	6,1%	6,4%	5,7%	6,2%
	bis 10	6,0%	6,2%	6,1%	7,1%	6,9%	7,1%
	bis 15	6,9%	6,8%	6,9%	5,4%	4,6%	5,2%
	bis 20	5,0%	6,8%	5,3%	4,8%	5,5%	5,0%
	bis 25	2,8%	5,0%	3,2%	2,3%	3,9%	2,8%
	bis 30	58,3%	57,8%	58,2%	56,1%	58,9%	56,8%
		Gesamt N	777	161	938	4.488	1.672
Tage mit Freizeitaktivitäten in den letzten 30 Tagen	keine	27,8%	25,8%	27,4%	37,3%	34,1%	36,4%
	bis 5	25,0%	28,8%	25,7%	23,2%	23,0%	23,2%
	bis 10	21,9%	22,7%	22,0%	18,1%	20,8%	18,8%
	bis 15	12,7%	12,9%	12,7%	8,8%	8,9%	8,8%
	bis 20	5,4%	3,8%	5,1%	4,8%	4,6%	4,7%
	bis 25	1,4%	0,0%	1,1%	1,3%	1,4%	1,3%
	bis 30	5,9%	6,1%	5,9%	6,5%	7,3%	6,7%
		Gesamt N	576	132	708	3.742	1.415

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Tage mit Besuch kultureller, politischer oder sportlicher Veranstaltungen in den letzten 30 Tagen	keine	58,7%	55,8%	58,2%	65,2%	60,7%	63,9%
	bis 5	30,1%	35,4%	31,1%	25,9%	29,2%	26,8%
	bis 10	7,8%	6,2%	7,5%	5,9%	6,9%	6,2%
	bis 15	2,0%	0,9%	1,8%	1,4%	1,7%	1,4%
	bis 20	1,0%	0,9%	1,0%	0,8%	0,6%	0,8%
	bis 25	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%
	bis 30	0,4%	0,9%	0,5%	0,6%	0,8%	0,7%
	Gesamt N		511	113	624	3.465	1.310
Lebenssituation (ohne Inhaftierte)	alleinlebend	33,9%	39,4%	34,9%	49,4%	40,8%	47,0%
	mit den Eltern	37,3%	20,0%	34,2%	13,7%	6,2%	11,6%
	alleine mit Kind(ern)	0,9%	9,3%	2,4%	1,2%	13,0%	4,5%
	mit Partner(in) allein	8,3%	11,3%	8,8%	14,1%	21,5%	16,2%
	mit Partner(in) und Kind(ern)	6,7%	5,4%	6,4%	10,7%	9,6%	10,4%
	mit Freund(innen)	3,3%	3,9%	3,4%	2,6%	2,3%	2,6%
	anderes	9,7%	10,7%	9,9%	8,3%	6,6%	7,8%
	Gesamt N		1.527	335	1.862	8.832	3.428
Aufenthaltsort des Klienten	in eigener Wohnung	44,2%	63,7%	47,4%	60,3%	74,2%	64,0%
	vorübergehend bei Freund(innen)	2,6%	2,4%	2,6%	2,6%	2,5%	2,6%
	bei Partner(in)	1,7%	1,8%	1,8%	2,6%	3,5%	2,8%
	bei Angehörigen	33,7%	20,1%	31,4%	13,3%	6,8%	11,6%
	betreutes Wohnen	3,8%	5,4%	4,1%	5,0%	4,1%	4,7%
	Öffentliche Erziehung, z.B. Pflegefamilie	2,0%	3,0%	2,2%	0,5%	0,7%	0,6%
	Klinik/Krankenhaus	1,1%	0,6%	1,1%	1,4%	1,5%	1,4%
	JVA/Haftanstalt	8,4%	0,9%	7,1%	9,1%	2,5%	7,3%
	Hotel/ Pension/Unterkunft	1,3%	1,5%	1,3%	3,0%	2,3%	2,8%
	auf der Straße/auf Trebe	1,2%	0,6%	1,1%	2,2%	1,9%	2,1%
Gesamt N		1.664	333	1.997	9.790	3.547	13.337
Eigener Wohnraum der Klienten (ohne Inhaftierte)		81,0%	85,9%	81,9%	80,4%	86,2%	82,0%
	Gesamt N		1.519	334	1.853	8.796	3.413
Anzahl eigener Kinder	keine Kinder	76,8%	69,3%	75,5%	55,7%	45,8%	53,0%
	ein Kind	13,6%	16,5%	14,1%	21,9%	24,2%	22,5%
	2 Kinder	6,3%	11,7%	7,3%	14,9%	19,2%	16,0%
	3 Kinder	2,2%	1,9%	2,2%	4,7%	7,0%	5,3%
	4 Kinder	0,6%	0,6%	0,6%	1,7%	2,3%	1,9%
	5 Kinder	0,3%	0,0%	0,2%	0,6%	0,9%	0,7%
	>5 Kinder	0,1%	0,0%	0,1%	0,5%	0,7%	0,6%
	Gesamt N		1.484	309	1.793	9.226	3.420
Anzahl eigener minderjähriger Kinder	keine mind. Kinder	80,9%	76,4%	80,1%	70,8%	66,0%	69,5%
	ein Kind	12,3%	13,9%	12,6%	17,6%	19,7%	18,2%
	2 Kinder	5,3%	8,4%	5,8%	8,6%	9,8%	8,9%
	3 Kinder	1,1%	1,3%	1,2%	2,0%	3,3%	2,4%
	4 Kinder	0,3%	0,0%	0,2%	0,6%	0,6%	0,6%
	5 Kinder	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%
	>5 Kinder	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,3%	0,2%
	Gesamt N		1.483	309	1.792	9.194	3.409
Anzahl aller minderjährigen Kinder im Haushalt der Klienten	keine mind. Kinder	85,8%	76,4%	84,2%	83,7%	72,7%	80,6%
	ein Kind	9,1%	16,2%	10,4%	9,4%	18,6%	12,0%
	2 Kinder	3,6%	6,8%	4,2%	5,3%	7,2%	5,8%
	3 Kinder	0,9%	0,5%	0,8%	1,1%	1,2%	1,2%
	4 Kinder	0,1%	0,0%	0,1%	0,3%	0,1%	0,2%
	5 Kinder	0,3%	0,0%	0,3%	0,2%	0,0%	0,1%
	>5 Kinder	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%
	Gesamt N		908	191	1.099	5.242	2.049
Aufenthaltsort der eigenen, nicht im Haushalt des/der Klienten/in lebenden minderjährigen Kinder	bei anderem Elternteil	66,5%	27,3%	60,6%	67,1%	18,7%	54,4%
	bei Großeltern	1,6%	6,8%	2,4%	2,1%	11,6%	4,6%
	in Pflegefamilie	2,0%	20,5%	4,8%	3,7%	21,7%	8,4%
	in öffentl. Erziehungseinrichtung	2,0%	9,1%	3,1%	1,6%	9,2%	3,6%
	im eigenen Haushalt	8,2%	20,5%	10,0%	12,5%	24,2%	15,5%
	sonstiges	19,6%	15,9%	19,0%	13,0%	14,6%	13,5%
	Gesamt N		245	44	289	2.514	895

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Höchster Schulabschluss	z. Zt. Schüler	12,1%	12,1%	12,1%	2,9%	2,6%	2,8%
	ohne Abschluss	13,8%	8,0%	12,8%	10,8%	7,7%	10,0%
	Sonderschulabschluss	1,6%	2,2%	1,7%	2,1%	1,8%	2,0%
	Hauptschulabschluss	35,1%	26,4%	33,6%	39,8%	30,5%	37,4%
	Mittlere Reife	21,8%	28,7%	22,9%	27,2%	34,2%	29,0%
	Fachhochschulreife oder höherwertiger Abschluss	15,5%	22,6%	16,7%	17,3%	23,2%	18,9%
	Gesamt N	1.531	314	1.845	8.767	3.089	11.856
Berufsausbildung	z. Zt. Schüler/Auszubildender	24,2%	22,8%	24,0%	7,5%	6,2%	7,1%
	keine Ausbildung	42,8%	36,2%	41,7%	32,1%	29,7%	31,5%
	Ausbildung abgeschlossen	33,0%	41,0%	34,4%	60,4%	64,1%	61,4%
	Gesamt N	1.583	312	1.895	9.203	3.218	12.421
Arbeits- und Ausbildungssituation (ohne Inhaftierte)	Vollzeit	18,8%	16,3%	18,4%	24,5%	18,2%	22,7%
	Teilzeit (regelmäßig)	3,4%	5,6%	3,8%	3,2%	8,3%	4,6%
	geringfügig beschäftigt	2,5%	2,8%	2,5%	2,2%	2,7%	2,3%
	Schüler(in)	21,1%	20,6%	21,0%	5,2%	4,6%	5,1%
	Student(in), Auszubildende(r)	9,2%	7,2%	8,9%	4,4%	3,4%	4,1%
	Bundeswehr, Zivildienst	0,2%	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%
	Rentner(in)	1,1%	3,8%	1,5%	4,8%	8,9%	5,9%
	erwerbslos/arbeitslos	42,4%	41,3%	42,2%	54,1%	49,2%	52,8%
	in Einrichtung	1,2%	1,6%	1,3%	1,4%	1,8%	1,5%
	Hausfrau/-mann	0,0%	0,9%	0,2%	0,2%	2,7%	0,9%
	Gesamt N	1.487	320	1.807	8.776	3.352	12.128
	Haupteinkommen (ohne Inhaftierte)	Einkommen aus Erwerbstätigkeit (Arbeitnehmer)	21,9%	20,5%	21,7%	24,6%	22,1%
Krankengeld		2,0%	3,5%	2,2%	2,5%	3,7%	2,8%
Arbeitslosengeld (SGB III)		4,5%	5,0%	4,6%	5,0%	4,0%	4,7%
Arbeitslosengeld II (SGB II)		30,2%	34,4%	30,9%	44,6%	42,9%	44,1%
Ausbildungsvergütung/ Umschulungsgeld/ BAFÖG		6,3%	6,0%	6,2%	3,1%	2,3%	2,9%
Grundsicherung (SGB XII)		1,9%	2,5%	2,0%	2,5%	3,4%	2,8%
Rente		0,5%	3,5%	1,0%	4,4%	8,7%	5,6%
Unterstützung durch Eltern/Verwandte		24,1%	18,0%	23,0%	6,1%	4,1%	5,6%
Erziehungsgeld		0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,4%	0,2%
Unterstützung durch Partner(in)/ Familieneinkommen		0,4%	0,6%	0,4%	0,5%	2,9%	1,2%
Versorgung in einer Institution		3,5%	2,8%	3,3%	1,9%	1,2%	1,7%
Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit		2,3%	1,9%	2,2%	2,5%	2,1%	2,4%
keine Einkommen/mittellos		1,0%	0,0%	0,8%	1,0%	1,0%	1,0%
sonstiges		1,4%	1,3%	1,3%	1,1%	1,2%	1,1%
Gesamt N	1.477	317	1.794	8.756	3.345	12.101	
Einkommen durch Prostitution (ohne Inhaftierte)		0,3%	1,7%	0,5%	0,6%	9,1%	3,0%
	Gesamt N	1.081	229	1.310	6.762	2.718	9.480
Illegale Einkünfte (ohne Inhaftierte)		8,8%	2,9%	7,7%	8,7%	9,3%	8,9%
	Gesamt N	874	207	1.081	5.706	2.503	8.209
Schulden	keine	35,3%	46,1%	37,1%	27,0%	35,4%	29,2%
	bis 5.000 Euro	29,3%	27,2%	28,9%	28,5%	30,2%	29,0%
	über 5.000 bis 25.000 Euro	11,7%	8,7%	11,1%	15,0%	10,7%	13,9%
	über 25.000 bis 50.000 Euro	2,2%	1,5%	2,1%	4,7%	2,3%	4,1%
	über 50.000 Euro	1,2%	1,0%	1,2%	2,3%	0,9%	1,9%
	Schulden, Höhe der/dem Kl. unklar	20,4%	15,5%	19,5%	22,5%	20,5%	22,0%
	Gesamt N	987	206	1.193	7.232	2.577	9.809
Schuldenregulierung	nicht notwendig	63,6%	66,7%	64,1%	48,9%	55,8%	50,7%
	erforderlich	14,7%	15,0%	14,8%	22,6%	17,9%	21,4%
	eingeleitet	15,0%	15,0%	15,0%	19,3%	18,7%	19,2%
	Schulden reguliert	6,7%	3,4%	6,1%	9,1%	7,6%	8,7%
	Gesamt N	645	147	792	4.512	1.652	6.164

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Probleme mit der Justiz (Mehrfachantworten)	keine	60,8%	89,1%	65,2%	57,5%	81,6%	63,7%
	BtMG § 35/37: Therapie statt Strafe	0,2%	0,0%	0,2%	1,7%	0,8%	1,5%
	einfache Bewährung	2,7%	0,4%	2,4%	5,4%	2,9%	4,7%
	Bewährung mit Weisung bzw. Auflage	11,2%	1,7%	9,7%	10,3%	3,2%	8,5%
	laufendes bzw. offenes Gerichtsverfahren	9,4%	5,4%	8,8%	9,9%	5,8%	8,9%
	in U-Haft	2,0%	0,4%	1,7%	3,5%	0,9%	2,8%
	in Strafhaft	11,7%	1,3%	10,0%	13,8%	4,4%	11,4%
	in Jugendhaft/Jugend-U-Haft	4,5%	0,0%	3,8%	1,7%	0,4%	1,4%
	sonstiges (z.B. Führungsaufsicht /§63/§64 StGB)	2,4%	2,1%	2,4%	2,5%	1,6%	2,3%
	Führerscheinenzug	6,7%	1,7%	5,9%	6,0%	2,2%	5,0%
	Gesamt N	1.274	239	1.513	6.911	2.384	9.295
Verurteilungen (lifetime) (Mehrfachantworten)	BTM-Delikte (Handel, Besitz)	12,4%	2,7%	10,8%	31,7%	22,0%	29,1%
	Körperverletzungen	17,6%	3,5%	15,3%	22,3%	5,9%	18,0%
	andere Delikte/Delikt unbekannt	17,8%	4,6%	15,6%	28,3%	15,0%	24,8%
	Alkohol-/oder Drogeneinfluss am Steuer	5,3%	1,5%	4,7%	8,8%	3,1%	7,3%
	Beschaffungskriminalität	9,5%	1,5%	8,2%	27,3%	16,5%	24,5%
	keine	60,3%	88,8%	65,0%	42,9%	67,9%	49,5%
	Gesamt N	1.319	260	1.579	7.582	2.729	10.311
Dauer der Strafhaft	keine Haft	75,4%	96,1%	78,8%	55,7%	77,8%	61,6%
	Haft, Dauer unbekannt	1,5%	0,7%	1,4%	2,9%	2,5%	2,8%
	bis 3 Monate	4,6%	2,1%	4,2%	5,0%	4,7%	4,9%
	bis 6 Monate	3,0%	0,0%	2,5%	3,1%	2,0%	2,8%
	bis 12 Monate	3,8%	0,4%	3,3%	4,8%	2,8%	4,2%
	bis 2 Jahre	4,4%	0,0%	3,7%	6,6%	3,6%	5,8%
	bis 3 Jahre	2,9%	0,7%	2,5%	4,7%	2,0%	4,0%
	bis 5 Jahre	2,2%	0,0%	1,8%	6,0%	2,7%	5,1%
	bis 10 Jahre	1,3%	0,0%	1,0%	6,7%	1,5%	5,3%
	>10 Jahre	0,9%	0,0%	0,8%	4,6%	0,4%	3,5%
	Gesamt N	1.431	284	1.715	8.198	2.956	11.154
Nationalität	deutsch	84,7%	94,7%	86,5%	85,3%	92,7%	87,3%
	EU – Europäische Union	2,6%	1,3%	2,4%	3,7%	3,8%	3,8%
	andere Staatsangehörigkeit	12,7%	4,0%	11,2%	10,9%	3,5%	9,0%
		Gesamt N	1.399	303	1.702	9.536	3.445
Migrationshintergrund	kein Migrationshintergrund	64,2%	79,8%	66,9%	71,7%	83,4%	74,8%
	selbst migriert	13,4%	6,4%	12,2%	17,3%	10,2%	15,4%
	als Kind von Migranten geboren	22,4%	13,9%	20,9%	11,0%	6,5%	9,8%
		Gesamt N	1.694	346	2.040	9.916	3.582
Beratungsgespräch auf deutsch möglich		99,2%	100,0%	99,4%	98,1%	99,2%	98,4%
		Gesamt N	1.552	322	1.874	8.572	3.155
Vater mit Suchtproblemen		37,1%	49,3%	39,1%	40,6%	46,5%	42,2%
		Gesamt N	1.094	219	1.313	7.103	2.533
Mutter mit Suchtproblemen		17,7%	30,6%	19,9%	18,8%	31,0%	22,1%
		Gesamt N	1.127	232	1.359	7.169	2.601
Heim, öffentliche Erziehung in der Kindheit		21,6%	28,0%	22,7%	19,0%	21,8%	19,7%
		Gesamt N	1.330	271	1.601	7.905	2.774
Körperliche Gewalterfahrung im Leben		54,8%	61,5%	55,9%	58,9%	67,5%	61,2%
		Gesamt N	1.055	213	1.268	7.030	2.617
Sexuelle Gewalterfahrung im Leben		6,0%	42,4%	12,4%	8,2%	51,9%	20,6%
		Gesamt N	777	165	942	5.811	2.321
Weitere schwer belastende Ereignisse im Leben		58,5%	81,8%	62,9%	60,0%	80,0%	65,8%
		Gesamt N	797	187	984	4.955	2.031
Gewaltausübung im Leben		51,0%	29,9%	47,7%	48,8%	26,9%	43,3%
		Gesamt N	1.071	194	1.265	6.926	2.352

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Gesundheitliche-körperliche Beeinträchtigung	gar nicht	42,7%	25,3%	39,8%	25,3%	14,5%	22,3%
	wenig	33,3%	38,5%	34,2%	31,3%	33,5%	31,9%
	mittel	16,7%	26,0%	18,3%	26,1%	32,2%	27,8%
	erheblich	6,3%	9,4%	6,8%	14,3%	15,8%	14,7%
	extrem	0,9%	0,8%	0,9%	3,0%	4,0%	3,3%
	Gesamt N		1.327	265	1.592	8.288	3.152
Grad der Behinderung	Keine Behinderung	95,7%	95,3%	95,7%	88,9%	88,9%	88,9%
	behindert, aber nicht beantragt	1,0%	1,2%	1,0%	4,1%	3,7%	4,0%
	20 %	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%
	30 %	0,4%	0,0%	0,3%	0,6%	0,4%	0,5%
	40 %	0,4%	0,8%	0,5%	0,6%	0,6%	0,6%
	50 %	1,2%	0,8%	1,1%	1,8%	2,0%	1,8%
	60 %	0,6%	1,2%	0,7%	1,3%	1,3%	1,3%
	70 %	0,2%	0,0%	0,1%	0,9%	0,7%	0,8%
	80 %	0,2%	0,8%	0,3%	0,9%	1,1%	1,0%
	90 %	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%
	100 %	0,2%	0,0%	0,2%	0,7%	0,9%	0,7%
Gesamt N		1.293	256	1.549	7.802	2.899	10.701
HIV Infektion		1,2%	2,1%	1,3%	2,9%	2,5%	2,8%
	kein Test bisher	9,5%	8,4%	9,3%	6,6%	9,0%	7,3%
	Gesamt N	945	190	1.135	6.807	2.611	9.418
Hepatitis C Infektion		1,8%	2,6%	1,9%	21,9%	20,1%	21,4%
	kein Test bisher	9,1%	9,2%	9,1%	6,0%	8,6%	6,7%
	Gesamt N	957	196	1.153	7.002	2.652	9.654
Schlafstörungen		38,5%	53,0%	40,9%	46,3%	57,9%	49,4%
	Gesamt N	1.197	230	1.427	7.501	2.781	10.282
Zahnstatus	normal / saniert	79,6%	85,9%	80,7%	68,1%	75,7%	70,2%
	behandlungsbedürftig	18,1%	13,3%	17,3%	26,5%	20,5%	24,9%
	ruinös	2,3%	0,8%	2,0%	5,3%	3,8%	4,9%
	Gesamt N	1.187	255	1.442	7.702	2.968	10.670
Wird notwendige medizinische Versorgung zu Betreuungsbeginn wahrgenommen	nie	5,8%	3,5%	5,4%	4,0%	1,4%	3,2%
	selten	15,9%	10,9%	14,9%	14,9%	9,2%	13,2%
	gelegentlich	33,6%	28,4%	32,6%	31,7%	28,9%	30,9%
	oft	27,4%	37,8%	29,4%	29,7%	37,8%	32,1%
	immer	17,3%	19,4%	17,7%	19,7%	22,6%	20,5%
	Gesamt N	844	201	1.045	5.604	2.292	7.896
Psychische/see-lische Belastung	gar nicht	8,4%	4,6%	7,8%	5,8%	2,4%	4,8%
	wenig	23,8%	14,9%	22,3%	23,1%	15,7%	21,1%
	mittel	40,9%	37,0%	40,2%	40,1%	38,8%	39,8%
	erheblich	22,4%	33,5%	24,3%	25,9%	34,1%	28,2%
	extrem	4,5%	10,0%	5,4%	5,1%	9,0%	6,2%
	Gesamt N	1.368	281	1.649	8.516	3.245	11.761
Ängste/Phobien	gar nicht	31,7%	19,7%	29,7%	27,5%	15,1%	24,0%
	wenig	34,1%	29,0%	33,2%	32,1%	30,8%	31,7%
	mittel	23,1%	33,2%	24,9%	27,1%	33,3%	28,8%
	erheblich	9,5%	16,2%	10,6%	11,6%	18,1%	13,4%
	extrem	1,5%	1,9%	1,6%	1,8%	2,7%	2,0%
	Gesamt N	1.254	259	1.513	7.843	3.045	10.888
Nervosität/Unruhe	gar nicht	15,9%	12,0%	15,2%	15,9%	10,9%	14,5%
	wenig	33,5%	25,5%	32,1%	32,0%	29,3%	31,3%
	mittel	35,1%	42,3%	36,3%	34,8%	38,3%	35,8%
	erheblich	13,2%	18,4%	14,1%	15,2%	19,4%	16,3%
	extrem	2,3%	1,9%	2,3%	2,1%	2,2%	2,1%
	Gesamt N	1.323	267	1.590	8.164	3.128	11.292

		Cannabis			Gesamt		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Überhöhte Selbsteinschätzung	gar nicht	24,5%	37,5%	26,7%	28,1%	33,5%	29,6%
	wenig	29,4%	28,7%	29,3%	29,1%	34,3%	30,6%
	mittel	32,7%	23,8%	31,2%	29,4%	23,1%	27,6%
	erheblich	11,3%	8,0%	10,7%	11,4%	8,0%	10,4%
	extrem	2,1%	1,9%	2,1%	2,1%	1,1%	1,8%
	Gesamt N	1.303	261	1.564	8.047	3.056	11.103
Depressive Stimmung	gar nicht	24,3%	10,8%	21,9%	17,5%	9,0%	15,1%
	wenig	31,5%	23,0%	30,0%	30,4%	26,5%	29,3%
	mittel	30,9%	43,9%	33,2%	35,1%	40,8%	36,7%
	erheblich	11,8%	19,3%	13,1%	14,9%	20,6%	16,5%
	extrem	1,5%	3,0%	1,8%	2,1%	3,0%	2,4%
	Gesamt N	1.263	269	1.532	8.092	3.129	11.221
Paranoide Inhalte, Halluzinationen	gar nicht	83,9%	80,9%	83,4%	82,2%	82,4%	82,2%
	wenig	10,6%	10,6%	10,6%	11,6%	11,6%	11,6%
	mittel	3,8%	5,7%	4,1%	4,2%	4,1%	4,2%
	erheblich	1,5%	0,8%	1,4%	1,6%	1,3%	1,5%
	extrem	0,1%	2,0%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%
	Gesamt N	1.227	246	1.473	7.684	2.967	10.651
Aggressionen	gar nicht	29,5%	28,4%	29,3%	33,9%	35,3%	34,3%
	wenig	34,0%	38,1%	34,7%	35,0%	37,9%	35,8%
	mittel	24,5%	23,3%	24,3%	22,8%	21,5%	22,5%
	erheblich	10,3%	7,4%	9,8%	7,0%	4,6%	6,3%
	extrem	1,7%	2,7%	1,9%	1,3%	0,8%	1,2%
	Gesamt N	1.275	257	1.532	7.862	3.016	10.878
Mangelnde Impuls-/ Affektkontrolle	gar nicht	33,7%	34,7%	33,9%	36,2%	40,2%	37,4%
	wenig	29,0%	31,2%	29,4%	28,9%	29,6%	29,1%
	mittel	24,3%	22,3%	23,9%	23,5%	20,5%	22,6%
	erheblich	11,5%	10,9%	11,4%	9,7%	9,0%	9,5%
	extrem	1,4%	1,0%	1,3%	1,7%	0,6%	1,4%
	Gesamt N	910	202	1.112	5.515	2.256	7.771
Verschriebene Psychopharmaka (Mehrfachantworten)	Sedativa/Hypnotika	2,0%	2,7%	2,1%	4,6%	6,9%	5,2%
	Antidepressiva	9,1%	28,9%	12,6%	15,4%	31,6%	19,9%
	Neuroleptika	3,5%	5,3%	3,8%	4,4%	5,2%	4,6%
	Antikonvulsiva	0,3%	0,0%	0,3%	0,3%	0,4%	0,3%
	Ritalin	0,5%	0,0%	0,4%	0,6%	0,5%	0,6%
	andere	1,6%	2,1%	1,7%	3,3%	3,8%	3,4%
	keine	85,7%	65,8%	82,1%	77,2%	60,7%	72,6%
	Gesamt N	866	187	1.053	4.821	1.844	6.665
Anzahl Suizidversuche (lifetime)	keine	90,6%	70,1%	87,0%	80,7%	66,5%	76,9%
	1 Suizidversuch	7,0%	17,9%	8,9%	12,0%	19,7%	14,0%
	2 Suizidversuche	1,1%	5,5%	1,9%	3,7%	6,5%	4,5%
	3 Suizidversuche	0,7%	1,5%	0,9%	2,1%	3,4%	2,4%
	bis 5 Suizidversuche	0,3%	5,0%	1,1%	1,0%	2,4%	1,3%
	bis 10 Suizidversuche	0,1%	0,0%	0,1%	0,4%	1,2%	0,6%
	> 10 Suizidversuche	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,4%	0,2%
	Gesamt N	965	201	1.166	6.348	2.334	8.682

