

Ambulante Suchthilfe in Hamburg

Statusbericht 2000
zur Hamburger Basisdatendokumentation
im ambulanten Suchthilfesystem

Renate Simmedinger
Martin Schmid
Irmgard Vogt

Inhalt

Vorwort		1
Summary		8
1	Einleitung	10
2	Auswertungsmethodik	13
3	Auswertung Hauptdroge Alkohol	19
3.1	Zur Reichweite des Hilfesystems und der Basisdatenauswertung	19
3.2	Geschlechtsdifferenzierte Auswertung	22
3.2.1	Geschlecht, Nationalität und Alter	22
3.2.2	Konsummuster	26
3.2.3	Einrichtungsarten, Beginn und Beendigung der Betreuung	31
3.2.4	Partnerbeziehungen, Kinder und Wohnverhältnisse	38
3.2.5	Ausbildung, Beruf, Finanzen und kriminelle Karriere	47
3.2.6	Behandlungserfahrungen und Gesundheit	51
3.2.7	Exkurs: Alter	54
3.3	Soziale Desintegration	57
3.4	Klientinnen und Klienten mit Datensätzen aus mehreren Jahren	62
4	Auswertung Hauptdroge Illegale Drogen	67
4.1	Zur Reichweite des Hilfesystems und der Basisdatenauswertung	67
4.2	Geschlechtsdifferenzierte Auswertung	71
4.2.1	Geschlecht, Nationalität und Alter	71
4.2.2	Konsummuster	78
4.2.3	Einrichtungsarten, Beginn und Beendigung der Betreuung	93
4.2.4	Partnerbeziehungen, Kinder und Wohnverhältnisse	103
4.2.5	Ausbildung, Beruf, Finanzen und kriminelle Karriere	112
4.2.6	Behandlungserfahrungen und Gesundheit	119
4.2.7	Exkurs: Alter	127
4.3	Soziale Desintegration	130
4.4	Klientinnen und Klienten mit Datensätzen aus mehreren Jahren	137
Literatur		147

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Anzahl der Einrichtungen 1998 bis 2000 nach Einrichtungsarten	13
Tab. 2:	Mehrfachaufnahmen nach Hauptdrogen und Geschlecht	14
Tab. 3:	Konsumierte psychotrope Substanzen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)	15
Tab. 4:	Zuordnung zu den Hauptdrogengruppen	16
Tab. 5:	Alkohol – Betreuungsepisoden 1999 und 2000 nach Einrichtungsarten und Geschlecht	19
Tab. 6:	Alkohol – Schätzung des Anteils der 1999 erreichten Zielgruppe	20
Tab. 7:	Alkohol – Geschlechterverteilung 1997 bis 2000	22
Tab. 8:	Alkohol – Staatsangehörigkeit nach Geschlecht	22
Tab. 9:	Alkohol – Altersklassen nach Geschlecht	23
Tab. 10:	Alkohol – Durchschnittsalter 1999 und 2000 nach Geschlecht	23
Tab. 11:	Alkohol – Durchschnittsalter beim Beginn der Abhängigkeit 1999 und 2000 nach Geschlecht	24
Tab. 12:	Alkohol – Gewalterfahrungen (letzte fünf Jahre) 1999 und 2000 nach Geschlecht	25
Tab. 13:	Alkohol – Gewalthandlungen (letzte fünf Jahre) 1999 und 2000 nach Geschlecht	25
Tab. 14:	Alkohol – Konsumhäufigkeit Alkohol in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht	31
Tab. 15:	Alkohol – Einrichtungsarten nach Geschlecht	32
Tab. 16:	Alkohol – Auflagen nach Geschlecht	33
Tab. 17:	Alkohol – Kontaktempfehlungen nach Geschlecht	33
Tab. 18:	Alkohol – Betreuungsdauer der Beender nach Geschlecht	35
Tab. 19:	Alkohol – Betreuungsdauer nach Aufnahmemodus (dichotomisiert) und Geschlecht	36
Tab. 20:	Alkohol – Behandlungserfahrungen der Neuaufnahmen der Altersgruppe 44 Jahre und älter 1999 und 2000 nach Geschlecht	38
Tab. 21:	Alkohol – Familienstand nach Geschlecht	38
Tab. 22:	Familienstand der Wohnbevölkerung nach Geschlecht im Alter von 20 bis unter 70 Jahren am 31.12.1998	39
Tab. 23:	Alkohol – Aktuelle Beziehungen 1999 und 2000 nach Geschlecht	40
Tab. 24:	Alkohol – Wohnort Hamburg 1998 bis 2000 nach Geschlecht	40
Tab. 25:	Alkohol – Wohnsituation 1999 und 2000 nach Geschlecht	41
Tab. 26:	Alkohol – Aktueller Aufenthaltsort 1999 und 2000 nach Geschlecht	42
Tab. 27:	Alkohol – Formen des Zusammenlebens 1999 und 2000 nach Geschlecht	42
Tab. 28:	Alkohol – PartnerIn mit und ohne Suchtprobleme 1999 und 2000 nach Geschlecht	43
Tab. 29:	Alkohol – Eltern und Nicht-Eltern 1997 bis 2000 nach Geschlecht	44
Tab. 30:	Alkohol – Eltern und Nicht-Eltern nach Formen des Zusammenlebens und Geschlecht	44
Tab. 31:	Alkohol – Eltern und Nicht-Eltern nach Altersklassen und Geschlecht	45
Tab. 32:	Alkohol – Schulabschluß nach Geschlecht	47
Tab. 33:	Alkohol – Berufsausbildung nach Altersklassen und Geschlecht	48
Tab. 34:	Alkohol – Berufsausbildung 1999 und 2000 nach Geschlecht	48

Tab. 35: Alkohol – Erwerbstätigkeit nach Geschlecht	49
Tab. 36: Alkohol – Einkommensquellen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)	49
Tab. 37: Alkohol – Haupteinkommensquellen nach Geschlecht	50
Tab. 38: Alkohol – Behandlungserfahrungen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)	51
Tab. 39: Alkohol – Behandlungserfahrungen nach Abstinenz (in den letzten 30 Tagen) und Geschlecht (Mehrfachnennungen)	53
Tab. 40: Alkohol – Alter (dichotomisiert) nach Geschlecht	55
Tab. 41: Alkohol – Familienstand nach Alter (dichotomisiert) und Geschlecht	55
Tab. 42: Alkohol – Durchschnittsalter beim Erstkonsum und bei Beginn der Abhängigkeit nach Alter (dichotomisiert) und Geschlecht	56
Tab. 43: Alkohol – Soziale Desintegration nach Durchschnittsalter, Durchschnittsalter bei Beginn der Abhängigkeit und Geschlecht	59
Tab. 44: Alkohol – Klienten und Klientinnen nach dem Jahr des ersten Datensatzes und Geschlecht	62
Tab. 45: Alkohol – Klienten und Klientinnen mit zwei Dokumentationszeitpunkten: Behandlungserfahrungen nach Geschlecht	63
Tab. 46: Alkohol – Klienten und Klientinnen mit zwei Dokumentationszeitpunkten: Konsumstatus in den letzten 30 Tagen	63
Tab. 47: Alkohol – Nur Klienten und Klientinnen, die 1999 Alkohol getrunken haben: Konsumstatus 2000	64
Tab. 48: Alkohol – Nur Klienten und Klientinnen, die 1999 abstinent waren: Konsumstatus 2000	64
Tab. 49: Illegale Drogen – Betreuungsepisoden 1999 und 2000 nach Einrichtungsarten und Geschlecht	68
Tab. 50: Illegale Drogen – Schätzung des Anteils der 2000 erreichten Zielgruppe	69
Tab. 51: Illegale Drogen – Geschlechterverteilung 1997 bis 2000	71
Tab. 52: Illegale Drogen – Staatsangehörigkeit nach Geschlecht	72
Tab. 53: Illegale Drogen – Altersklassen nach Geschlecht	72
Tab. 54: Illegale Drogen – Altersklassen nach Einrichtungsarten und Geschlecht	73
Tab. 55: Illegale Drogen – Durchschnittsalter 1997 bis 2000 nach Geschlecht	74
Tab. 56: Illegale Drogen – Durchschnittsalter beim Erstkonsum psychotroper Substanzen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)	75
Tab. 57: Illegale Drogen – Crackkonsum nach Altersklassen und Geschlecht	76
Tab. 58: Illegale Drogen – Durchschnittsalter beim Beginn der Abhängigkeit 1999 und 2000 nach Geschlecht	77
Tab. 59: Illegale Drogen – Gewalterfahrungen (letzte fünf Jahre) nach Geschlecht	77
Tab. 60: Illegale Drogen – Gewalthandlungen (letzte fünf Jahre) nach Geschlecht	78
Tab. 61: Illegale Drogen – Konsumierte psychotrope Substanzen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)	79
Tab. 62: Illegale Drogen – Konsumhäufigkeit ausgewählter psychotroper Substanzen in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)	82
Tab. 63: Illegale Drogen – Konsumarten ausgewählter psychotroper Substanzen in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)	83

Tab. 64: Illegale Drogen – Cluster der Konsummuster	84
Tab. 65: Illegale Drogen – Konsumhäufigkeit von Kokain und Crack nach Geschlecht	87
Tab. 66: Illegale Drogen – Crackkonsum der Zweijahresstichprobe (1999 und 2000) nach Geschlecht	88
Tab. 67: Illegale Drogen – Einrichtungsarten nach Geschlecht	94
Tab. 68: Illegale Drogen – Auflagen nach Geschlecht	97
Tab. 69: Illegale Drogen – Betreuungsdauer der Beender 1999 und 2000 nach Geschlecht	97
Tab. 70: Illegale Drogen – Aufnahmemodus 1999 und 2000 nach Geschlecht	99
Tab. 71: Illegale Drogen – Neuaufnahmen nach Einrichtungsarten und Geschlecht	99
Tab. 72: Illegale Drogen – Aufnahmemodus (dichotomisiert) nach ausgewählten Merkmalen und Geschlecht	101
Tab. 73: Illegale Drogen – Ausgewählte altersbezogene Merkmale der Neuaufnahmen 1999 und 2000 nach Geschlecht	102
Tab. 74: Illegale Drogen – Familienstand nach Geschlecht	103
Tab. 75: Illegale Drogen – Aktuelle Beziehungen 1999 und 2000 nach Geschlecht	104
Tab. 76: Illegale Drogen – Wohnort Hamburg 1998 bis 2000 nach Geschlecht	105
Tab. 77: Illegale Drogen – Wohnsituation 1999 und 2000 nach Geschlecht	105
Tab. 78: Illegale Drogen – Aktueller Aufenthaltsort 1999 und 2000 nach Geschlecht	106
Tab. 79: Illegale Drogen – Formen des Zusammenlebens 1999 und 2000 nach Geschlecht	107
Tab. 80: Illegale Drogen – PartnerIn mit und ohne Suchtprobleme 1999 und 2000 nach Geschlecht	108
Tab. 81: Illegale Drogen – Eltern und Nicht-Eltern 1999 und 2000 nach Geschlecht	108
Tab. 82: Illegale Drogen – Eltern und Nicht-Eltern nach Formen des Zusammenlebens und Geschlecht	109
Tab. 83: Illegale Drogen – Heimaufenthalt in der Kindheit 1999 und 2000 nach Geschlecht	110
Tab. 84: Illegale Drogen – Eltern und Nicht-Eltern nach Durchschnittsalter und Geschlecht	111
Tab. 85: Illegale Drogen – Eltern und Nicht-Eltern nach Einrichtungsarten und Geschlecht	112
Tab. 86: Illegale Drogen – Schulabschluß nach Geschlecht	113
Tab. 87: Illegale Drogen – Berufsausbildung nach Altersklassen und Geschlecht	114
Tab. 88: Illegale Drogen – Berufsausbildung 1997 bis 2000 nach Geschlecht	114
Tab. 89: Illegale Drogen – Erwerbstätigkeit 1999 und 2000 nach Geschlecht	115
Tab. 90: Illegale Drogen – Einkommensquellen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)	115
Tab. 91: Illegale Drogen – Haupteinkommensquellen nach Geschlecht	116
Tab. 92: Illegale Drogen – Schulden nach Geschlecht	117
Tab. 93: Illegale Drogen – Verschuldung 1997 bis 2000 nach Geschlecht	117
Tab. 94: Illegale Drogen – Verurteilungen 1997 bis 2000 nach Geschlecht	118
Tab. 95: Illegale Drogen – Verurteilungen wegen verschiedener Delikte nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)	118

<u>Tab. 96: Illegale Drogen – Behandlungserfahrungen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)</u>	120
<u>Tab. 97: Illegale Drogen – Behandlungserfahrungen insgesamt nach Altersklassen und Geschlecht</u>	121
<u>Tab. 98: Illegale Drogen – Behandlungserfahrungen nach Abstinenz (in den letzten 30 Tagen) und Geschlecht (Mehrfachnennungen)</u>	123
<u>Tab. 99: Illegale Drogen – Durchschnittsalter und Dauer der Abhängigkeit nach Substitution und Geschlecht</u>	124
<u>Tab.100: Illegale Drogen – Gesundheitliche Beeinträchtigungen nach Einrichtungsarten (dichotomisiert) und Geschlecht (Mehrfachnennungen)</u>	125
<u>Tab.101: Illegale Drogen – Psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung in den letzten zwölf Monaten nach Einrichtungsarten und Geschlecht (Mehrfachnennungen)</u>	127
<u>Tab.102: Illegale Drogen – Durchschnittsalter beim Erstkonsum ausgewählter Substanzen nach Altersklassen und Geschlecht (Mehrfachnennungen)</u>	130
<u>Tab.103: Illegale Drogen – Klienten und Klientinnen nach dem Jahr des ersten Datensatzes und Geschlecht</u>	138
<u>Tab.104: Illegale Drogen – Klienten und Klientinnen mit Datensätzen aus zwei, drei und vier aufeinanderfolgenden Jahren nach Geschlecht</u>	138
<u>Tab.105: Illegale Drogen – Klienten und Klientinnen mit zwei Dokumentationszeitpunkten: Behandlungserfahrungen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)</u>	139
<u>Tab.106: Illegale Drogen – Klienten und Klientinnen mit drei Dokumentationszeitpunkten: Behandlungserfahrungen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)</u>	140
<u>Tab.107: Illegale Drogen – Schulden 1999 und 2000 nach Geschlecht</u>	144
<u>Tab.108: Illegale Drogen – Verurteilungen 1999 und 2000 nach Geschlecht</u>	144
<u>Tab.109: Illegale Drogen – Konsummuster 1999 und 2000 nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)</u>	145

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Alkohol – Alkoholkonsum und Konsum anderer psychotroper Substanzen nach Altersklassen und Geschlecht	27
Abb. 2:	Alkohol – Abstinenz (in den letzten 30 Tagen) nach Altersklassen und Geschlecht	30
Abb. 3:	Alkohol – Einrichtungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht	32
Abb. 4:	Alkohol – Soziale Desintegration nach Geschlecht	58
Abb. 5:	Alkohol – Soziale Desintegration nach konsumierten psychotropen Substanzen in den letzten 30 Tagen und Geschlecht	60
Abb. 6:	Alkohol – Soziale Desintegration nach Abstinenz in den letzten 30 Tagen und Geschlecht	60
Abb. 7:	Alkohol – Soziale Desintegration der Männer nach Hafterfahrung und gesundheitlichen Problemen	61
Abb. 8:	Alkohol – Klienten und Klientinnen mit zwei Dokumentationszeitpunkten: Konsumstatus Männer	65
Abb. 9:	Alkohol – Klienten und Klientinnen mit zwei Dokumentationszeitpunkten: Konsumstatus Frauen	66
Abb. 10:	Illegale Drogen – Männer: Konsum ausgewählter psychotroper Substanzen nach Altersgruppen (Mehrfachnennungen)	80
Abb. 11:	Illegale Drogen – Frauen: Konsum ausgewählter psychotroper Substanzen nach Altersgruppen (Mehrfachnennungen)	81
Abb. 12:	Illegale Drogen – Kokain- oder Crackkonsum 1997 bis 2000 nach Geschlecht	86
Abb. 13:	Illegale Drogen – Kokain- und Crackkonsum 1999 und 2000 nach Geschlecht	87
Abb. 14:	Illegale Drogen – Crackkonsum nach Altersklassen und Geschlecht	89
Abb. 15:	Illegale Drogen – Crackkonsum nach Nationalität und Geschlecht	90
Abb. 16:	Illegale Drogen – Crackkonsum nach Gewalterfahrungen und Geschlecht	91
Abb. 17:	Illegale Drogen – Crackkonsum nach Gewalthandlungen und Geschlecht	91
Abb. 18:	Illegale Drogen – Crackkonsum nach Suizidversuch und Geschlecht	92
Abb. 19:	Illegale Drogen – Crackkonsum nach Überdosierung und Geschlecht	93
Abb. 20:	Illegale Drogen – Männer: Einrichtungsarten nach Altersgruppen	94
Abb. 21:	Illegale Drogen – Frauen: Einrichtungsarten nach Altersgruppen	95
Abb. 22:	Illegale Drogen – Kontaktempfehlungen nach Geschlecht	96
Abb. 23:	Illegale Drogen – Aufnahmemodus nach Altersgruppen und Geschlecht	100
Abb. 24:	Illegale Drogen – Aktuelle Probleme mit der Justiz nach Altersklassen und Geschlecht	129
Abb. 25:	Illegale Drogen – Soziale Desintegration nach Geschlecht	132
Abb. 26:	Illegale Drogen – Soziale Desintegration nach Einrichtungsarten und Geschlecht	133
Abb. 27:	Illegale Drogen – Männer: Soziale Desintegration nach konsumierten psychotropen Substanzen (Mehrfachnennungen)	134
Abb. 28:	Illegale Drogen – Frauen: Soziale Desintegration nach konsumierten psychotropen Substanzen (Mehrfachnennungen)	134

<u>Abb. 29: Illegale Drogen – Soziale Desintegration nach Hafterfahrung und Geschlecht</u>	135
<u>Abb. 30: Illegale Drogen – Soziale Desintegration nach gesundheitlichen Problemen und Geschlecht</u>	136
<u>Abb. 31: Illegale Drogen – Soziale Desintegration nach Krankenhausaufenthalten und Geschlecht</u>	137
<u>Abb. 32: Illegale Drogen – Klienten und Klientinnen mit vier Dokumentationszeitpunkten: Mindestens eine stationäre Entgiftung nach Geschlecht</u>	140
<u>Abb. 33: Illegale Drogen – Klienten und Klientinnen mit vier Dokumentationszeitpunkten: Mindestens ein stationärer Therapieversuch nach Geschlecht</u>	141
<u>Abb. 34: Illegale Drogen – Klienten und Klientinnen mit vier Dokumentationszeitpunkten: Mindestens eine abgeschlossene stationäre Therapie nach Geschlecht</u>	141
<u>Abb. 35: Illegale Drogen – Klienten und Klientinnen mit vier Dokumentationszeitpunkten: Mindestens ein ambulanter Therapieversuch nach Geschlecht</u>	142
<u>Abb. 36: Illegale Drogen – Klienten und Klientinnen mit vier Dokumentationszeitpunkten: Mindestens eine abgeschlossene ambulante Therapie nach Geschlecht</u>	142
<u>Abb. 37: Illegale Drogen – Klientinnen mit vier Dokumentationszeitpunkten: Partnerbeziehungen</u>	143
<u>Abb. 38: Illegale Drogen – Klientinnen und Klienten mit drei Dokumentationszeitpunkten: Eltern nach Geschlecht</u>	143

Vorwort

Mit der vorliegenden Auswertung der im Jahr 2000 erhobenen Daten zur Hamburgischen Basisdatendokumentation legt BADO e. V. nunmehr zum vierten Mal in Folge einen umfassenden Statusbericht zur Lebenssituation alkohol- und drogenabhängiger Menschen in der Metropolregion Hamburg vor.

In Anbetracht der vielfältigen und in dieser Form bundes- wie europaweit einzigartigen empirischen Befunde wird erneut nachdrücklich untermauert, daß der Kooperationsverbund zwischen Freien Trägern der ambulanten Suchthilfe und landesbehördlichem Fachressort ein tragfähiges, ergebnisorientiertes und zukunftssträchtiges Modell darstellt.

Die beiden maßgeblichen Bewertungsmaßstäbe bei der näheren Beschreibung der mit der Basisdatendokumentation verbundenen Prozeß- und Ergebnisqualität sind zum einen die Kontinuität/Bestätigung und damit faktische Validierung bereits zuvor erhobener Befunde, zum anderen die Verdeutlichung von Veränderungen und Trends, die aufgrund des Längsschnitt-Charakters und der mittlerweile erreichten statistischen Power der Erhebung eine steuerungsrelevante Größe darstellt.

So trivial diese Aussage zur Wechselwirkung von Kontinuität und Veränderung auf den ersten Blick anmuten mag, so deutlich wird hierdurch zugleich der Wert eines solchen Monitorings. Es geht BADO e. V. und den in ihm vereinten nicht-staatlichen und behördlichen Trägervertretern letztlich um eine zentrale Zielsetzung: Mit der umfassenden Dokumentation individueller Klientenverhältnisse und ihrer Beziehungen zu unterschiedlichen Interventions- und Hilfeangeboten wird der üblicherweise auf Datenaggregation gestützten staatlichen Gesundheitsberichterstattung ein methodisch weiter entwickelter, neuer Weg gewiesen.

Die an Hamburger Maßstäben betriebene Weiterentwicklung wird – in Wechselwirkung und analog zur allgemeinen gesundheitspolitischen Diskussion – zu einer Erkenntnis führen, die jeder förmlichen Zertifizierung von Suchthilfearbeit überlegen ist. Diese Erkenntnis lautet: Es gibt – bezogen auf rund 9.000 hilfeschuchende Menschen – in Hamburg eine evidenzbasierte („evidence-based“) Suchtkrankenhilfe!

Die im BADO-Vorstand zusammenarbeitenden Suchthilfeträger und BAGS-Vertreter halten anlässlich des aktuellen Auswertungsberichts einige zentrale Punkte für besonders beachtlich. Es sind dies im einzelnen:

1. BADO 2000 repräsentiert jetzt das gesamte ambulante Suchthilfesystem in Hamburg.

Hamburg hat im ambulanten Bereich das größte regionale Suchthilfesystem in der Bundesrepublik. Nirgendwo sonst bietet sich beratungs- und hilfeschuchenden Menschen mit Suchtproblemen ein derart gut ausgebautes, konzeptionell differenziertes, multiprofessionell arbeitendes und aus dem öffentlichen Haushalt derart umfassend gefördertes Angebot wie in

Hamburg. In die Basisdatendokumentation des Jahres 2000 flossen klientenbezogene Angaben aus insgesamt 37 Einrichtungen ein. Dies wurde möglich, da zwischenzeitlich die ambulanten Einrichtungen der Freien Träger aus dem Bereich der Alkoholberatungs- und -behandlungsstellen einvernehmlich dem BADO e. V. beigetreten sind und in Arbeitsgruppen und Vorstand aktiv mitarbeiten. Diese hohe Kooperationsbereitschaft der Freien Träger untereinander einerseits und der Bereiche Legale Drogen/Illegale Drogen andererseits belegt das konstruktive Arbeitsklima innerhalb der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Hamburg (und die erreichte Sachorientierung zwischen Fachbehörde und Suchthilfeträgern). Wie sehr die Erhebungsbasis mittlerweile verbreitert werden konnte, zeigt der Vergleich mit der Anlauf- und Erprobungsphase des Jahres 1997, als sich zunächst 23 Einrichtungen beteiligten.

Die Hamburger Basisdatendokumentation 2000 bildet inzwischen das Hamburger ambulante Suchthilfesystem durch die Beteiligung fast aller Drogen- und Alkoholeinrichtungen vollständig ab. Die BADO ist in den Arbeitsalltag der Einrichtungen fest etabliert und ermöglicht zeitnah und ohne nennenswerten Zusatzaufwand eine differenzierte Beschreibung über die Lebenssituation von NutzerInnen der verschiedenen Hilfeinrichtungsarten sowie wichtiger Entwicklungsparameter.

Damit kommt der Hamburgischen Basisdatendokumentation im bundesweiten und europäischen Vergleich inhaltlich wie methodisch Vorbildcharakter zu.

2. BADO 2000 setzt ein Signal gegen den Stillstand in der Dokumentationsentwicklung auf Bundesebene.

Während die Plattform für die Basisdatendokumentation in Hamburg immer breiter wird und die Zustimmung nach kontroversen Diskussionen der Anfangsjahre heute nahezu einhellig ist, stellt sich die auf Bundesebene geführte Diskussion um zeitgemäße Weiterentwicklungen im Dokumentations- und Evaluationsbereich relativ desolat dar.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe ist im Berichtszeitraum in grundlegenden Fragestellungen substantiell nicht vorangekommen, die Diskussion wird weiterhin beherrscht von ideologisch besetzten Themen (Weiterentwicklung von Kerndatensätzen auf nationaler und europäischer Ebene) oder technischen Machbarkeitsfragen (Diskussionen über Konkurrenzlagen bei der Systementwicklung). Ob und inwieweit durch den im Frühjahr 2001 erfolgten Amtsantritt der neuen Bundesdrogenbeauftragten eine konstruktive Einflußnahme möglich werden wird, bleibt abzuwarten.

BADO 2000 zeigt dieser Diskussion auf Bundesebene gegenwärtig eine deutliche Alternative auf, die indes nicht ausschließt, daß sich innerhalb der kommenden Jahre eine Annäherung der unterschiedlichen Ansätze einstellen wird.

3. BADO 2000 hält den drogenpolitischen Verhältnissen in Hamburg den Spiegel vor.

Das Jahr 2000 war für das Hamburger Suchthilfesystem in politischer Hinsicht ein Jahr des Übergangs. Während im Jahr zuvor erbitterte Auseinandersetzungen mit der Fachbehörde über die von der BAGS neu eingeführte Ausschreibungspraxis gleichermaßen Energieschub wie Substanzverlust bewirkten und allenthalben ein Klima der Verunsicherung hinterließen, vermochte die Politik Anfang des Jahres 2000, endlich das lange erwartete rechtspolitische Bekenntnis zu niedrigschwelliger Drogenhilfearbeit abzulegen. Auf das Inkrafttreten der Legalisierung von Drogenkonsumräumen folgte innerhalb von nur vier Wochen die bundesweit erste Rechtsverordnung, mit der in Hamburg der Betrieb dieser (auch an der BADO 2000 beteiligten) Projekte abgesichert wurde.

Auch im Alkoholbereich wurden wichtige Arbeitssegmente ausgebaut. So gelang es, die Planungen für ein niedrigschwelliges Angebot im Hamburger Westen zu realisieren und hierbei die umstrittenen neuen Ausschreibungskautelen konstruktiv umzusetzen. In der Akupunkturbehandlung Alkoholabhängiger wurden projektbezogenen Manuale entwickelt, deren Verlaufsdaten mit korrespondierenden BADO-Daten interpretiert werden könnten und damit perspektivisch den Blick auf BADO-begleitete Interventionsstudien lenken.

Ähnlich wegweisende Schritte nach vorn blieben in anderen Feldern aus: Das lange Warten auf den immer wieder prognostizierten Beginn des bundesdeutschen Heroinmodells hat leider noch kein Ende, und auch inhaltliche Erwartungen wurden gedämpft. Die in Hamburg ansässige, bundesweit zuständige wissenschaftliche Studiengruppe hat das Hamburger Kontingent auf nunmehr 230 Heroinprobanden reduziert.

Auch über zwei Interventionsformen, die in der Basisdatendokumentation zum Tragen kommen, wurde leidenschaftlich diskutiert: Die Substitutionsbehandlung bei Methadon-Patienten hatte derart dramatische Vergütungseinbrüche zu verzeichnen, daß die Realisierung des Sicherstellungsauftrags der dortigen Spezialeinrichtungen (Drogenambulanzen, Schwerpunktpraxen) zwischenzeitlich ernsthaft gefährdet schien. Die ambulante Entgiftung im Projekt VIVA Rahlstedt (Jugendhilfe e. V.), deren Weiterbestand und Finanzierung nach dem Willen der BAGS zur Verhandlungssache mit den Krankenkassenverbänden wurden, konnte den unsicher gewordenen Rahmenbedingungen nicht standhalten und mußte trotz intensiver konzeptioneller Ausarbeitungen ihre Arbeit einstellen, so daß hier lediglich die Hoffnung auf einen wiedererstarteten Neuanfang in nächster Zeit bleibt.

Einen Neuanfang, jedenfalls in personeller Hinsicht, gab es auch innerhalb der Fachbehörde. Mit Christina Baumeister übernahm im April 2000 eine Quereinsteigerin die Leitung des Fachreferats und läutete damit einen referatsinternen Generationswechsel ein, der sich über das Jahresende hinaus kontinuierlich fortsetzte.

Zum Verständnis der BADO 2000 erscheinen diese Rahmenbedingungen nicht unerheblich, da sie anhand der Klientendaten mittelbar auch die Steuerungsprozesse reflektiert. So war das Jahr des Übergangs zugleich ein Jahr, das auf Trägerseite unter dem Eindruck des tur-

bulenten Vorjahres, der gerade erst aktualisierten Rahmenvereinbarung und der Geltung langjährig angelegter Zuwendungsverträge mitunter den Wunsch nach Beruhigung und Konsolidierung erkennen ließ.

4. BADO 2000 erreicht neuen Höchststand: Im Jahr 2000 wurden ca. 9.000 Alkohol- oder Drogenabhängige in ambulanter Beratung und Therapie individuell dokumentiert.

In der Kontinuität der Vorjahre wird dokumentiert, daß im ambulanten Suchthilfesystem Hamburgs konstant auf hohem Niveau und mit guter Haltekraft sehr viele Suchtmittelabhängige mit differenzierten konzeptionellen Ansätzen beraten und betreut werden.

Auf Grundlage der subtil strukturierten Erhebungs-, Codierungs- und Auswertungsmethode kann nachgewiesen werden, daß zu insgesamt 10.777 Betreuungsverläufen von 8.960 unterschiedlichen KlientInnen qualifizierte Aussagen vorliegen. Im Erhebungszeitraum nahmen diese Personen im Mittel mehrere Monate an Beratung, Suchtbegleitung oder Therapie teil. Zu dieser Gesamtstichprobe sind diejenigen betreuten oder beratenen Personen zu addieren, bei denen die ausschließlich anonyme Nutzung niedrigschwelliger Hilfeangebote für Alkohol- oder Drogenabhängige eine Individualisierbarkeit und damit eine Erfassung in der BADO verhinderte.

5. BADO 2000 unterstreicht die hohe Reichweite des Hamburger Suchthilfesystems.

Die hohe Reichweite des Hamburger Drogenhilfesystems ist evident: zu dem in der BADO 2000 dokumentierten hohen Anteil Drogenabhängiger ist eine erhebliche Anzahl anonym erreichter (und deshalb in BADO nicht dokumentierter) NutzerInnen niedrigschwelliger Einrichtungen zu addieren. Die Basisdatendokumentation veranschaulicht zugleich den in Hamburg vergleichsweise hohen Anteil Alkohol- und Drogenabhängiger, die zu Entzug, ambulanter oder stationärer Therapie sowie Substitutionsbehandlungen motiviert und vermittelt werden. Insbesondere wird aufgezeigt, daß auch jene, die längere Zeit von den ambulanten Einrichtungen betreut werden, immer wieder zu weiteren Therapieversuchen motiviert werden konnten.

6. BADO 2000 widerlegt die Behauptung von Sog-Effekten: Mehr als 93 % der in Hamburger Einrichtungen beratenen oder betreuten KlientInnen sind aus Hamburg.

97 % der in den Alkoholberatungsstellen und 93 % der in den Drogenberatungsstellen betreuten KlientInnen kommen aus Hamburg, die übrigen aus dem Hamburger Umland. Diese Quoten sind konstant seit 1997 und belegen zunächst, daß die angestrebte Zielgruppe erreicht wird. Andererseits widerlegen diese Zahlen überdeutlich, daß Hamburg keineswegs Anziehungspunkt für Drogenabhängige aus entfernten Regionen ist.

7. BADO 2000 liefert in wichtigen Verlaufsparemtern fundierte Erkenntnisse zur aktuellen Lebenssituation Alkohol- und Drogenabhängiger.

Wie schon die Vorjahresberichte zeigt der Statusbericht 2000 vielfältige, oftmals schwere psychosoziale und gesundheitliche Belastungen der KlientInnen auf, die Beratung oder Therapie in Anspruch nehmen. Stichwortartig soll auf die folgenden Punkte verwiesen werden, die für die Planung, Steuerung und fachpolitische Weiterentwicklung des ambulanten Suchthilfesystems von elementarer Bedeutung sein können.

Alkoholabhängige KlientInnen:

- Sehr viele alkoholabhängige Männer und doppelt so viele Frauen leben mit suchtmittelabhängigen Partnern zusammen. Gegenüber 1997 hat der Anteil Alkoholabhängiger mit Kindern deutlich zugenommen. Im Jahre 2000 sind etwa 1.700 Kinder Alkoholabhängiger in der BADO dokumentiert. Etwa jede/r Fünfte hat keine Berufsausbildung, ein Drittel ist arbeitslos, viele sind verschuldet.
- Gut ein Drittel weist akute gesundheitliche Beeinträchtigungen auf. Knapp ein Viertel hatte im letzten Jahr mindestens einen Krankenhausaufenthalt. Es gibt eine Teilgruppe Alkoholabhängiger mit polyvalentem Drogenkonsum, die zugleich stärker sozial desintegriert lebt.
- Bemerkenswert ist, daß fast die Hälfte der KlientInnen, die über zwei Jahre in den Alkoholberatungsstellen dokumentiert sind, in diesem Zeitraum abstinent wird oder bleibt.

Drogenabhängige KlientInnen:

- Der Anteil älterer Drogenabhängiger im Beratungs- und Betreuungsbereich nimmt weiterhin kontinuierlich zu. Gleichmaßen steigt der Anteil Drogenabhängiger mit Kindern. In der BADO 2000 haben die betreuten KlientInnen insgesamt etwa 2.500 Kinder. Der Anteil der Alleinstehenden ist bei beiden Geschlechtern außerordentlich hoch, in Partnerschaften leben deutlich mehr Frauen als Männer mit suchtmittelabhängigen PartnerInnen zusammen.
- Gegenüber 1997 hat sich die Wohnsituation deutlich verbessert, wenn auch weiterhin bei etwa einem Fünftel die Wohnverhältnisse prekär sind. 15 % haben keinen Hauptschulabschluß und knapp zwei Drittel maximal Hauptschulabschluß. Die Hälfte der Männer und 60 % der Frauen haben keine Berufsausbildung, und etwa 71 % sind erwerbslos. Drei Viertel sind verschuldet. 72 % der Männer und 44 % der Frauen sind vorbestraft, wobei sich eine weitere Abnahme justitieller Vorbelastungen abzeichnet. Ein Fünftel der Männer und ein Viertel der Frauen hat in der Kindheit/Jugendzeit in Heimen gelebt. 40 % der Männer und 54 % der Frauen berichten körperliche oder sexuelle Gewalterfahrungen in den letzten fünf Jahren. Gut ein Viertel der Männer hat selbst Gewalthandlungen begangen.

- Der Kokainkonsum nimmt – meist als zusätzlich konsumierte Droge – kontinuierlich zu, gleichzeitig bleibt Heroin die am häufigsten konsumierte Droge.
- Gleichermaßen ist eine deutliche Zunahme des Crackkonsums zu verzeichnen, wobei jedoch diese Zunahme bei Klienten, die sich bereits in Beratung und Betreuung befinden, sich insgesamt noch auf niedrigem Niveau bewegt. Die BADO 2000 liefert aktuelle Detailergebnisse über die psychosoziale Lebenssituation von Crack-KonsumentInnen, wie sie in diesem Umfang bundesweit einmalig sind.
- Mehr als zwei Drittel werden aktuell substituiert. 60 % geben akute gesundheitliche Beeinträchtigungen an. Dabei bleibt Hepatitis C weiterhin ein ganz erhebliches Problem. Gut jede/r Fünfte war im letzten Jahr mindestens einmal im Krankenhaus, gut 5 % berichteten Suizidversuche und etwa 6 % Überdosierungen.

Bereits diese kursorische Beschreibung der Problemlagen macht deutlich, wie differenziert die hieraus resultierenden fachlichen und politischen Handlungsbedarfe sind. Von der BADO 2000 geht damit gleichermaßen ein Impuls in Richtung Praxis, Politik und mitunter sogar Wissenschaft aus, durch weitere Intensivierung der Zusammenarbeit, Synergien und Effizienzsteigerungen sowie deutlichere fachpolitische Prioritätensetzungen die Angebote der ambulanten Suchthilfe für den bereits erreichten Personenkreis nochmals zu optimieren und zugleich weitere besonders gefährdete Personenkreise zu erreichen.

8. Perspektive der BADO 2001 ff.

Die großen Herausforderungen für die Folgejahre sind vom BADO e. V. erkannt und klar benannt.

- Auf der *Erhebungsebene* sind die notwendigen Weiterentwicklungen eingeleitet: Die Ergebnisse zur BADO 2001 werden auf der Grundlage einer grundlegend überarbeiteten und verbesserten BADO-Itemliste vorliegen. Zudem ist eine weitere Verbesserung der Datenqualität durch die Lösung technisch bedingter Teilprobleme in einigen Einrichtungen zu erwarten: Der Umstand etwa, daß die neu hinzugekommenen Alkoholeinrichtungen ihre Dokumentationssysteme umgestellt haben, um BADO-Daten liefern zu können, und im Zuge dieser Umrüstung (von EBIS auf Patfak) die Entstehung von *missing data* nicht abzuwenden war, dürfte künftig keine Rolle mehr spielen.
- Auf der *Auswertungsebene* wird es darum gehen, die weiter zunehmende Datenflut methodisch so zu kanalisieren, daß das Spektrum valider Aussagen und Verknüpfungen noch stärker verbreitert werden kann. Die Datenqualität wird durch zusehends vollständigeren Datensätze kontinuierlich gesteigert. Die Plausibilität möglicher Schwankungen des Erhebungsumfangs kann durch gezielte Missing-Analysen erhöht werden.
- Das *fachbehördliche Interesse*, die Basisdatendokumentation als „kleinen Juwel“ im Gesamtwerk einer zeitgemäßen und an den Anforderungen einer Metropolregion wie Ham-

burg ausgerichteten Gesundheitsberichterstattung zu begreifen und dessen Marktwert weiter auszubauen, wird ebenso wie das *Trägerinteresse*, auf die Basisdatendokumentation als empirisch gesicherte Grundlage der eigenen Positionierung jederzeit zurückgreifen zu können, auch künftig zu Gestaltungsfreudigkeit und Innovationsorientierung führen. Folgerichtig wird für das fünfte Berichtsjahr 2001 eine Neuausschreibung der Auswertungsleistungen erfolgen, in deren Rahmen es möglich sein wird, die in der Basisdatendokumentation liegenden Potentiale auch methodisch noch einmal stärker zu systematisieren und zu konzeptualisieren.

Die vorliegende Ausarbeitung wird erstmals von dem im Berichtsjahr neu besetzten Vorstand verantwortet. Unseren bisherigen VorstandskollegInnen Jutta Rahmeier, Klaus Grab, Werner Pietsch und Thomas Zurborg, die hieran mittlerweile nicht mehr beteiligt sind, möchten wir an dieser Stelle noch einmal ganz herzlich für ihre jahrelange, unermüdliche, kompetente und mitunter hochkonzentrierte Arbeit an der Weiterentwicklung der Basisdatendokumentation danken. Die mit diesem Bericht verbundene Arbeit ist auch ihre Arbeit.

Schließlich gilt es, die Verdienste des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) in Frankfurt a. M. zu würdigen, das nunmehr bereits im vierten Jahr die wissenschaftliche Auswertung der Hamburger Basisdatendokumentation durchgeführt hat. Für die sehr gute Zusammenarbeit bei der Erarbeitung des BADO-Berichts geht auch in diesem Jahr wiederum unser Dank an Frau Prof. Dr. Irmgard Vogt, Frau Renate Simmedinger und Herrn Martin Schmid.

Hamburg, im Juli 2001

Dr. Günter Thiel	Jugendhilfe e. V.
Gert M. Petersen	Drogenhilfe Eimsbüttel e. V.
Frank Gödecke	Hamburgische Gesellschaft für soziale Psychiatrie e. V.
Frank Liedtke	Diakonisches Werk Blankenese e. V.
Dieter Adamski	Therapiehilfe e. V.
Dietrich Hellge-Antoni	Behörde für Arbeit, Gesundheit u. Soziales
Peter Lindlahr	Behörde für Arbeit, Gesundheit u. Soziales

Vorstand
BADO e. V.

Summary¹

The documentation system “Hamburger Basisdatendokumentation” (BADO), which has been operating since 1997, is a monitoring system for drug and alcohol addicts in outpatient treatment at the level of a local treatment system. BADO is a cooperation project between the administration of the state of Hamburg and the NGOs.

In 2000, BADO is based on a data collection of 37 different outpatient alcohol and drug counselling and treatment services. This has been the highest participation since 1997. In comparison to the previous years, the number of individual cases in the data file has increased to 8,451. Of those, 38 % have alcohol problems and 62 % are addicted to illegal drugs. More than 93 % of these clients live in Hamburg.

In 2000, 86 % of the outpatient counselling and treatment services for drug addicts and 55 % of the outpatient counselling and treatment services for alcohol addicts in Hamburg contributed to BADO; therefore the data of drug and alcohol addicted clients are representative for those who are users of the outpatient counselling and treatment services in Hamburg. Based on estimations the monitoring system registers 5 % to 11 % of alcohol addicts and 44 % to 79 % of drug addicts in Hamburg.

The treatment monitoring system BADO allows a control for double counting at a system level. The rate of double counting is – with 13 % – rather low.

In the following, some results are summarized.

Alcohol addicts

- The number of children of alcohol addicted parents in the monitoring system is estimated as 1,700.
- About every 5th is without a vocational training; _ are unemployed; many have debts to a varying extent.
- 13 % of the men and 27 % of the women live together with a partner who has also problems with psychoactive substances.
- About _ have acute and chronic health problems. In 2000, _ needed hospital treatment.
- A subgroup of about 15 % shows polyvalent consumption pattern; they consume besides alcohol additional psychoactive substances (i.e. sedativa, cannabis).

¹ Eine Kurzfassung in Deutsch ist als Sonderdruck erhältlich: Simmedinger, R., Schmid, M., Vogt, I. (2001): Ambulante Sicht-hilfe in Hamburg. Statusbericht 2000 zur Hamburger Basisdatendokumentation im ambulanten Suchthilfesystem - Kurzfassung. Hrsg. BADO e.V./ISS e.V. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik.

- 31 % of the men and 23 % of the women show a high degree of social disintegration.
- A remarkable result of the longitudinal data analysis is the high rate - about 50 % - of clients, who maintained or gained a status of abstinence within two years.

Drug addicts

- Since 1997, an increasing rate of older drug addicts can be observed.
- The number of children of drug addicted parents is estimated as 2,500.
- The rate of singles is extremely high compared to the rate of the general population. 34 % of the men and 57 % of the women live together with a partner who has also problems with psychoactive substances.
- Compared to 1997, the accommodation situation has been improved. However, for _ the living arrangement can be described as problematic.
- Men and women have a rather low level of school education compared to the population in general. More than 50 % of the men and 60 % of the women are without a vocational training; 71 % are unemployed; _ have debts to a varying extent.
- 72 % of the men and 44 % of the women have a criminal record. Compared to the previous years legal problems are decreasing.
- 40 % of the men and 54 % of women reported having experienced physical and sexual violence in the past 5 years. About _ of the men were aggressive or violent themselves.
- The consumption of cocaine - usually consumed together with other drugs - has increased since 1997. However, heroin still is the most preferred drug.
- Furthermore, an increasing consumption of crack - on a relatively low level - can be observed. For the first time the data analysis provides details of the living conditions of crack consumers.
- More than _ are in substitution therapy. 60 % have acute and chronic health problems. Hepatitis C still is the main health problem. In 2000, _ needed a hospital treatment. 6 % reported an overdose and 5 % tried to commit suicide.
- 60 % of the men and 47 % of the women show a high degree of social disintegration.

The data analysis provides important parameters for the planning, steering and development of the outpatient counselling and treatment services for alcohol and drug addicts in Hamburg.

1 Einleitung

In den ambulanten Einrichtungen der Hamburger Drogen- und Suchtkrankenhilfe wird seit 1997 mit der Hamburger Basisdatendokumentation (BADO) ein einheitliches Dokumentationssystem eingesetzt. Damit ist es möglich, wichtige Merkmale von Klientinnen und Klienten, die diese Einrichtungen aufsuchen, auf einer vergleichbaren Grundlage zu dokumentieren.

Damit hat Hamburg im Bereich der Drogen- und Suchtkrankenhilfe eine Entwicklung vorweggenommen, die inzwischen auch in anderen Bundesländern und in anderen Hilfesystemen nachvollzogen wird. Bereits im Herbst 1994 hatte die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg eine Studie zur Entwicklung eines modernen, die Chancen der Informationstechnologie nutzenden Dokumentationssystems in Auftrag gegeben (Degkwitz, Krausz, Raschke 1995). Daraus entstand die Hamburger Basisdatendokumentation, die seit 1997 in der Mehrzahl der Einrichtungen der Drogen- und Suchtkrankenhilfe in Hamburg eingesetzt wird. Kern der Hamburger Basisdatendokumentation ist eine Itemliste, auf die sich alle Beteiligten geeinigt haben. In den beteiligten Einrichtungen der Drogen- und Suchtkrankenhilfe werden für alle Klientinnen und Klienten, zu denen ein regelmäßiges Beratungsverhältnis besteht, Daten nach dieser Itemliste erhoben.

In den meisten Einrichtungen werden hierzu komplexe EDV-gestützte Dokumentationssysteme eingesetzt. Solche Programme werden inzwischen nicht nur in der Drogen- und Suchtkrankenhilfe, sondern in nahezu allen psychosozialen, pädagogischen und gesundheitlichen Hilfesystemen regelmäßig verwandt, erprobt oder zumindest vorbereitet (Kreidenweis 1998; Hann 1999; Schmid u. a. 2000; Raschke, Kalke, Degkwitz 2000). Mit der Entwicklung solcher Systeme ist – nach „jahrelangem Stillstand, ja nach einer eigentlichen ‚Friedhofsruhe‘ im Bereich der Aktenführung“ (Brack, Geiser 1996, 11) – erhebliche Bewegung in die Diskussion um Dokumentationssysteme in den psychosozialen Diensten gekommen.

In Hamburg wurden die Einrichtungen der Drogen- und Suchtkrankenhilfe bei der Anschaffung leistungsfähiger Hard- und Software von der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) unterstützt. Inzwischen wird in den meisten ambulanten Drogenhilfeeinrichtungen mit EDV-gestützten Klientendokumentationssystemen wie moonlight, Horizont, Patfak gearbeitet. Dabei wird die traditionelle Handakte weitgehend durch eine EDV-Akte ersetzt. Aus der Vielzahl der im Verlauf eines Jahres vorgenommenen Einträge in die elektronischen Klientenakten generiert die Software eine Datei, die für alle Klientinnen und Klienten die Items der Basisdatendokumentation enthält. Einrichtungen, die nicht mit EDV-gestützten Dokumentationssystemen arbeiten, können am Jahresende die Daten der Basisdatendokumentation auch manuell aus den Handakten erstellen.

Die Besonderheiten der Hamburger Basisdatendokumentation wurden im ersten Auswertungsbericht (Schmid, Vogt 1998, 9-14) ausführlich dargestellt. In Anbetracht der zwischenzeitlich gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen sind die wesentlichen Grundlagen noch einmal in Erinnerung zu bringen:

Zur Sicherung der Funktionsweise der Basisdatendokumentation, mit Blick auf die fachpolitische Bedeutung der gewählten Konstruktion und hinsichtlich ihrer qualitativen Besonderheiten auf den Ebenen von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität gibt es drei prägende Prinzipien, die eine Art Klammerfunktion zwischen der Erhebungs- und der Auswertungsebene bewirken. Diese drei Prinzipien sind

- erstens: das Prinzip der „begleitenden“ Erhebung.

Die Itemliste ist kein obligatorischer Fragebogen (auch keine obligatorisch zu erhebende Mindestmenge im Sinne eines Kerndatensatzes), sondern ein Manual, in dem nur erhoben wird, was im individuellen Beratungs- oder Betreuungszusammenhang thematisiert worden ist. Die erhobenen Befunde weisen damit einen inneren fachlichen Bezug und eine unmittelbare funktionale Zuordnung zum jeweiligen Betreuungsgeschehen auf. Einen Zwang auf darüber hinausgehende Vollständigkeit gibt es nicht. Da die Hamburger Basisdatendokumentation in unterschiedlichen Einrichtungstypen unabhängig von der Schwerpunktsetzung zum Einsatz kommt, wird ein Vergleich zwischen Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen und Konsumenten illegaler Drogen ermöglicht. In niedrigschwelligen Einrichtungen wie Kontakt- und Anlaufstellen, Drogenkonsumräumen oder Streetworkprogrammen wird die Dokumentation nur dort eingesetzt, wo Beziehungsarbeit mit namentlich bekannten Klienten geleistet und somit über einen anonym durchgeführten „harm reduction“-Ansatz hinaus gegangen wird. Eine Beschreibung von Drogenabhängigen, die ausschließlich niedrigschwellige Versorgungsangebote wahrnehmen, ist somit nicht Gegenstand der Basisdatendokumentation.

- zweitens: das zweistufige „gesplittete“ Datenschutzkonzept.

Ein differenziertes Codierungssystem ermöglicht es, unter Wahrung aller datenschutzrechtlichen Vorschriften Datensätze, die sich auf identische Personen beziehen, zusammenzuführen. Hierzu kooperiert BADO e. V. mit dem Fachbereich Informatik der Universität Hamburg, wo eine gesonderte Datenbank geführt wird. Datenschutzprobleme wurden durch Implementierung eines „Splitting-Prinzips“ überwunden: Von den drei Erhebungselementen (Personalcode, Itemliste, Registriernummer) werden nach Erhebung nur noch jeweils zwei zusammengeführt, nämlich Personalcode mit Registriernummer in der Datenbank und Registriernummer mit Itemliste im Auswertungsinstitut. Das auswertende Institut erhält die Datensätze somit nicht mit Personalcode, sondern nur in Kombination mit neutralen, vom Fachbereich Informatik vorab vergebenen Referenznummern. Gleichzeitig teilt der Fachbereich Informatik mit, welche Referenznummern sich auf identische Personen beziehen. Damit ist eine sehr weitreichende datenschutztechnische Sicherung implementiert, zugleich jedoch die Erkennung von Mehrfachaufnahmen innerhalb eines Jahres und von Weiterbetreuungen oder Wiederaufnahmen im Jahresverlauf auf einrichtungsübergreifender Ebene möglich. Das Vertrauen der erhebenden Mitarbeiter in diese objektivierbaren Sicherungen bildet heute eine unverzichtbare Arbeitsgrundlage und eine der tragenden Säulen der Basisdatendokumentation.

- drittens: die gemeinsame Steuerung durch den BADO e. V.

Zur Durchführung und Weiterentwicklung der Hamburger Basisdatendokumentation wurde eigens der Verein BADO e. V. gegründet, in dem elf Träger der Hamburger Drogen- und Suchtkrankenhilfe sowie das zuständige Fachamt der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Konsensprinzip zusammenarbeiten. Mit einer paritätischen 50:50-Sicherung des Einflusses von Fachbehörde und Freien Trägern ist BADO e. V. formal ein „Zwitter“, faktisch jedoch ein NGO-Unternehmen, das sich der Fachbehörde als Mitwirkender und Mitgestaltender bedient. Die behördliche Aufsichtsfunktion tritt hierbei deutlich in den Hintergrund, das Zuwendungsverhältnis zwischen Behörde und Verein ist von der gemeinsamen fachlichen Arbeit strikt getrennt. Der Verein ist für die Weiterentwicklung der Itemliste, die mit der BADO dokumentiert wird, für die Koordination des Gesamtsystems und für die Gestaltung der Auswertung verantwortlich (nähere Informationen unter <http://www.bado.de>).

Mit der Auswertung der Daten der Hamburger Basisdatendokumentation wurde 1997 das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. in Frankfurt am Main beauftragt. Bei der Auswertung des ersten Klientenjahrgangs 1997 wurde ein erster Überblick über die Klientel der Hamburger Drogen- und Suchtkrankenhilfe gegeben (Schmid, Vogt 1998). In den folgenden Jahren konnten die Beobachtungen dank der Beteiligung weiterer Einrichtungen anhand größerer Stichproben überprüft und fortgeschrieben werden (Schmid, Simmedinger, Vogt 1999 und 2000). Zudem waren Aussagen zu Klientinnen und Klienten, die zwei und mehr Jahre im Hilfesystem beraten und/oder betreut wurden, sowie eine Hochrechnung zur Reichweite der Drogen- und Suchtkrankenhilfe auf der Grundlage der Klientinnen und Klienten zweier Jahrgänge möglich.

1999 wurde die Itemliste des Standard-Moduls der Basisdatendokumentation aufgrund der bisherigen Erfahrungen einer ersten Modifikation unterzogen. Gleichzeitig wurde das Codierungsverfahren optimiert. Ergänzend hierzu wurde im Fachbereich Informatik der Universität Hamburg das Programm, mit dem die unterschiedlichen Referenznummern einzelnen Personen zugeordnet werden, weiterentwickelt. Die Datenauswertung im Jahre 2000 basiert auf diesen Weiterentwicklungen.

2 Auswertungsmethodik

Im April 2001 standen dem ISS insgesamt 37 bearbeitungsfähige Dateien aus ambulanten Hamburger Suchthilfeeinrichtungen zur Auswertung zur Verfügung. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Zahl der an der Hamburger Basisdatendokumentation beteiligten Einrichtungen somit deutlich erhöht. In der folgenden Tabelle ist die Zahl der Einrichtungen je Einrichtungstyp für die Jahre 1998, 1999 und 2000 dargestellt.

Tab. 1: Anzahl der Einrichtungen 1998 bis 2000 nach Einrichtungsarten

	1998	1999	2000
Kontakt- und/oder Drogenberatungsstellen	9	9	9
Alkoholberatungs- und -behandlungsstellen	3	2	6
Suchtmittelübergreifende Kontakt- und/oder Beratungsstellen	5	4	6
Einrichtung der Betreuung von Substituierten/ Substitutionsambulanz	7	9	11
Aufsuchende Beratung im Strafvollzug	–	–	4
Sonstige Einrichtungen	3	3	1
Gesamt	27	27	37

Während sich die Zahl der Einrichtungen von 1998 auf 1999 insgesamt nicht verändert hat, ist diese Zahl von 1999 auf 2000 um zehn gestiegen. Die Anzahl der Kontakt- und Drogenberatungsstellen ist in den drei Jahren konstant geblieben. Deutlich erhöht haben sich die Anzahl der Alkoholberatungs- und -behandlungsstellen sowie die Zahl der Einrichtungen, die Betreuung von Substituierten anbieten. Erstmals lagen auch Datensätze von der Einrichtungsart „Aufsuchende Beratung im Strafvollzug“ vor. Die veränderte Zusammensetzung der BADO auf der Ebene der beteiligten Einrichtungen bedeutet auch eine veränderte Zusammensetzung der jeweiligen Stichprobe für die substanzbezogenen Auswertungskapitel. Hierauf wird in den substanzspezifischen Kapiteln näher eingegangen.

Diese 37 Dateien wurden im ISS zu einer Datei zusammengeführt. Einige Datensätze, die sich auf Klientinnen und Klienten bezogen, deren Betreuung im Januar 2001 erst begonnen hatte, wurden gelöscht. Diese Datei wurde dann umfangreichen Konsistenzprüfungen und Fehlerkorrekturen unterzogen. Die so bereinigte Datei enthielt 10.777 Datensätze (1999: 8.446). Das sind 2.331 Datensätze (28 %) mehr als im Vorjahr. Dieser Anstieg ist vor allem auf die gestiegene Zahl der Einrichtungen zurückzuführen, die ihre Klientinnen und Klienten für die Hamburger Basisdatendokumentation dokumentieren. Mit dem Auswertungsprogramm des Fachbereichs Informatik der Universität Hamburg ergab sich, daß sich diese 10.777 Datensätze auf 8.960 Personen beziehen. Das sind 2.011 Personen (29 %) mehr als im Jahr zuvor.

In der folgenden Tabelle ist der Anteil der Klientinnen und Klienten mit mehreren Datensätzen dargestellt. Dabei bedeutet das Vorliegen mehrerer Datensätze für einen Klienten beziehungsweise eine Klientin, daß es im Laufe des Jahres 2000 zu mehreren Betreuungsverhältnissen in unterschiedlichen Einrichtungen (Mehrfachaufnahmen) gekommen war.

Tab. 2: Mehrfachaufnahmen nach Hauptdrogen und Geschlecht

	Gesamt	Alkohol*		Illegale Drogen*	
		Männer**	Frauen**	Männer	Frauen
Ein dokumentierter Betreuungsverlauf	83,1 %	92,8 %	94,4 %	76,7 %	80,4 %
Mehrere dokumentierte Betreuungsverläufe	16,9 %	7,2 %	5,6 %	23,3 %	19,6 %
Darunter: Personen mit mehreren dokumentierten Betreuungsverläufen	12,7 %	5,1 %	5,2 %	17,9 %	16,4 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	10.777	2.115	1.142	4.936	1.799

* $p < 0,001$, Cramers V: 0,195

** $p < 0,01$, Cramers V: 0,039

Bei diesen Mehrfachaufnahmen handelt es sich um sehr unterschiedliche Betreuungsverläufe. So ist zum Beispiel an Opiatabhängige zu denken, die in einer Substitutionsambulanz substituiert werden und gleichzeitig noch in einer Beratungsstelle beraten und betreut werden. Denkbar ist auch, daß jemand im Verlauf des Jahres die Einrichtung gewechselt hat. Auch durch die aufsuchende Beratung im Strafvollzug kann es zu solchen Mehrfachaufnahmen kommen. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, daß unkoordinierte Parallelbetreuungen in mehreren Einrichtungen die Ausnahme sind.

Die insgesamt 17 % der „Mehreren dokumentierten Betreuungsverläufe“ beziehen sich auf 13 % der Personen, das heißt, daß diese Personen im Jahr 2000 zum Teil mehrfach die betreuende Einrichtung gewechselt haben. Zwischen den beiden Hauptsubstanzgruppen Alkohol und Illegale Drogen sind signifikante Unterschiede in den Betreuungsverläufen zu beobachten. 5 % der Männer und Frauen mit Alkoholproblemen wurden im Jahr 2000 in mehreren Einrichtungen als Klient beziehungsweise Klientin geführt. Bei illegalen Drogen beträgt dieser Anteil hingegen 18 % bei den Männern und 16 % bei den Frauen. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil der Mehrfachaufnahmen leicht erhöht. Dies kann darauf zurückzuführen sein, daß sich die Zahl der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen gegenüber 1999 deutlich erhöht hat. Differenziert nach Einrichtungsarten ergibt sich ein überdurchschnittlich hoher Anteil mehrerer Betreuungsverläufe für Kontakt- und Drogenberatungsstellen (22 %), aufsuchende Beratung im Strafvollzug (38 %) und sonstige Einrichtungen (59 %). Diese Häufungen stimmen mit den zuvor erwähnten Gründen für Mehrfachaufnahmen überein.

Von den Klientinnen und Klienten mit Datensätzen aus mehreren Einrichtungen wurde wiederum jeweils der Datensatz ausgewählt, der die meisten gültigen Werte enthielt.

In den Auswertungen der Vorjahre konnte gezeigt werden, daß sich die Klientinnen und Klienten der ambulanten Drogen- und Suchtkrankenhilfe hinsichtlich Geschlecht und konsumierter Substanzen deutlich unterscheiden. Die sich daraus ergebende substanz- und geschlechtsspezifische Auswertung wird deshalb auch in diesem Jahr beibehalten. Hierzu wurden die vorhandenen Daten wie folgt ausgewertet: Zum einen wurden alle Angaben zu konsumierten Substanzen herangezogen. Das Ergebnis ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tab. 3: Konsumierte psychotrope Substanzen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)

	Männer	Frauen	Gesamt
Alkohol	51,8 %	49,9 %	51,1 %
Opioide	53,8 %	47,0 %	50,8 %
Kokain und Crack	31,1 %	27,8 %	29,0 %
Cannabis	23,9 %	17,9 %	21,7 %
Sedativa/Hypnotika	9,3 %	10,3 %	9,5 %
Sonstige psychotrope Substanzen	3,6 %	4,4 %	3,8 %
Stimulantien	0,9 %	1,0 %	0,9 %
Schnüffelstoffe	0,3 %	0,2 %	0,3 %
N	5.750	2.525	8.451*

* einschließlich Fälle ohne Angabe zum Geschlecht

Anhand dieser Angaben wurden alle Klientinnen und Klienten, von denen Angaben zum Konsum vorlagen, den beiden Hauptdrogengruppen Alkohol und Illegale Drogen zugeordnet. Ferner wurden Datensätze, die in Substitutionseinrichtungen dokumentiert wurden, der Hauptdrogengruppe Illegale Drogen und Datensätze aus den Alkoholberatungs- und -behandlungsstellen der Hauptdrogengruppe Alkohol² zugeordnet. Bei Personen, die in suchtmittelübergreifenden Einrichtungen dokumentiert wurden und bei denen keine Angaben zum Konsum psychotroper Substanzen vorlagen, wurde auf der Basis der Verteilung der beiden Hauptdrogengruppen der anderen Personen in dieser Einrichtungsart die Zuordnung zu den beiden Hauptdrogengruppen vorgenommen.

Mit diesem Verfahren ließen sich insgesamt 8.451 Klientinnen und Klienten den beiden Hauptdrogengruppen zuordnen. Bei den restlichen 509 Klientinnen und Klienten liegen keine Angaben zu konsumierten psychotropen Substanzen vor. Bei einem Teil dieser Klientinnen und Klienten – 207 Fälle – ist explizit keine Haupt- oder Sekundärdroge angegeben bezie-

² Darunter befindet sich auch eine kleinere Anzahl von Klientinnen und Klienten, bei denen ein Medikamentenmißbrauch oder eine -abhängigkeit vorliegt.

hungsweise ein Substanzmißbrauch oder eine -abhängigkeit liegt nicht vor. Es handelt sich beispielsweise um Personen mit der Diagnose pathologisches Spielen oder Eßstörungen. Bei weiteren 302 Klientinnen und Klienten fehlen jegliche Angaben zum Konsum psychotroper Substanzen oder zu einer anderen Suchtproblematik; diese konnten anhand der Einrichtungsarten nicht einer der beiden Hauptdrogengruppen zugeordnet werden³. Das Ergebnis dieser Zuordnung ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tab. 4: Zuordnung zu den Hauptdrogengruppen

	N	Prozent	Gültige Prozent
Alkohol	3.193	35,6 %	37,8 %
Illegale Drogen	5.258	58,7 %	62,2 %
Gültig	8.451	94,3 %	100,0 %
Keine substanzbezogene Diagnose	207	2,3 %	
Fehlende Angaben	302	3,4 %	
Gesamt	8.960	100,0 %	

Um Verzerrungen bei der Auswertung zu vermeiden, werden in den folgenden Kapiteln analog zu den Vorjahren nur die Fälle berücksichtigt, in denen eine Zuordnung zu den konsumierten Substanzen erfolgen konnte. Ebenfalls wie in den Vorjahren werden auch in diesem Bericht die Angaben zu den Klientinnen und Klienten nach Geschlecht differenziert ausgewertet. 174 Fälle, bei denen das Geschlecht nicht angegeben ist, bleiben deshalb ebenfalls unberücksichtigt. Insgesamt stehen für die substanz- und geschlechtsdifferenzierte Auswertung Daten von 8.275 Klientinnen und Klienten zur Verfügung. Das entspricht 92 % aller dokumentierten Klientinnen und Klienten.

Fast zwei Drittel aller Klientinnen und Klienten haben sich demnach wegen Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen an die Einrichtungen der Drogen- und Suchtkrankenhilfe gewandt. Etwas mehr als ein Drittel aller Klientinnen und Klienten ist wegen alkoholbedingter Probleme in Beratung und/oder Betreuung. Diese Zahlen spiegeln nicht die Verteilung der beiden Problemgruppen wider, sondern sind im wesentlichen durch die Zusammensetzung der an der BADO beteiligten Einrichtungen und die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen für Alkohol- und andere Drogenabhängige bedingt.

³ Dieser Anteil fehlender Angaben ist vergleichbar zu der EBIS-Dokumentation, bei der 2,8 % fehlende Angaben vorlagen (Strobl, Lange, Zahn 2000).

Zur Längsschnittanalyse

Mit den Daten des Betreuungsjahrgangs 2000 liegen insgesamt Datensätze aus vier Jahren vor. Damit sind nicht nur Querschnittanalysen – also die vergleichende Betrachtung der Daten von verschiedenen Gruppen von Klientinnen und Klienten innerhalb eines Betreuungsjahrgangs –, sondern auch Längsschnittanalysen möglich. Methodisch kann zwischen verschiedenen Designs von Längsschnittuntersuchungen differenziert werden (vgl. zum Beispiel Bijleveld, van der Kamp 1998, 19 ff.). Der Aufbau der Hamburger Basisdatendokumentation und die Möglichkeit, verschiedene Datensätze einzelnen Personen zuzuordnen, lassen prinzipiell drei Methoden von Längsschnittanalysen zu. Dabei handelt es sich um *altersgruppenvergleichende Querschnittanalysen*, *Trendanalysen* und *Zeitreihenanalysen*.

Bei der *altersgruppenvergleichenden Querschnittanalyse* werden verschiedene Variablen für unterschiedliche Altersgruppen ausgewertet. Zeigt sich dabei zum Beispiel bei älteren Personen ein anderes Verhalten als bei jüngeren, so kann der Unterschied möglicherweise auf das Alter zurückgeführt werden. Damit wären dann Aussagen möglich wie etwa „Ältere Drogenabhängige sind häufiger mit dem Hepatitis C-Virus infiziert als jüngere“ oder „Ältere Klienten mit Alkoholproblemen haben häufiger einen Hauptschulabschluss“. Allerdings kann sich hinter solchen Unterschieden jeweils auch ein Kohorteneffekt verbergen, der sich etwa so auswirken könnte, daß Klientinnen, die vor 1990 Heroin gefixt haben, einem höheren Risiko einer HIV-Infektion ausgesetzt waren als spätere Einsteiger oder daß die Schulabschlüsse der nach 1960 Geborenen im Durchschnitt höher sind als die Schulabschlüsse früherer Jahrgänge. Meist überlagern sich Alters- und Kohorteneffekte, so daß die Interpretation im einzelnen schwierig bleibt. Dennoch ist diese Art von längsschnittbezogener Analyse unverzichtbar, da sie bei vielen Variablen alters- oder kohortenspezifische Interpretationen erlaubt und somit einen ersten Einblick in die Veränderlichkeit der jeweiligen Sachverhalte bietet. Entsprechende Analysen finden sich in den beiden Kapiteln zur substanz- und geschlechtsdifferenzierten Auswertung.

Bei der zweiten Form von Längsschnittanalysen handelt es sich um *Trendanalysen*. Hierzu werden die Ergebnisse der Querschnittanalysen mehrerer Betreuungsjahrgänge miteinander verglichen. Dabei verändert sich jedes Jahr die Stichprobenszusammensetzung: Ausgewertet werden jeweils die Daten zu den Klientinnen und Klienten, die innerhalb des jeweiligen Jahres in den ambulanten Einrichtungen dokumentiert wurden. Bei Klientinnen und Klienten, von denen innerhalb eines Jahres mehrere Dokumentationsbogen vorliegen, wird dabei jeweils der Bogen mit der größten Anzahl gültiger Werte, also der am vollständigsten ausgefüllte Datensatz, berücksichtigt. Mit diesem Design sind Aussagen möglich wie etwa „Im Jahr 2000 ist der Crackkonsum im Vergleich zu den Vorjahren deutlich angestiegen“ oder „Der Anteil der Frauen in den Alkoholberatungseinrichtungen hat in den beiden letzten Jahren zugenommen“. Allerdings ist bei solchen Interpretationen stets zu berücksichtigen, daß auch Veränderungen in der Stichprobenszusammensetzung für diese Effekte verantwortlich sein könnten, also etwa mehr Crackkonsumenten die Einrichtungen aufsuchen, während Heroinabhängige wegbleiben, oder Alkoholberatungsstellen mit einem höheren Frauenanteil sich zum ersten Mal an der Hamburger Basisdatendokumentation beteiligen. Dennoch sind auch

diese Trendaussagen wichtig, beschreiben sie doch Veränderungen bei der von den beteiligten Einrichtungen erreichten Klientel. Allerdings muß immer mitbedacht werden, ob sich die erreichten Personen verändert haben oder ob andere Personen erreicht werden. Auch solche Trendaussagen finden sich in den beiden Kapiteln zur substanz- und geschlechtsdifferenzierten Auswertung. In der Regel werden dabei die Betreuungsjahre 1998, 1999 und 2000 berücksichtigt. Bei dem Schwerpunkt Illegale Drogen liegen aus diesen drei Jahren valide Daten von einer großen Zahl von Einrichtungen vor, die recht gut miteinander vergleichbar sind. Beim Schwerpunkt Alkohol ist zu bedenken, daß sich zunächst nur einzelne Einrichtungen an der Basisdatendokumentation beteiligt haben und die Zahl der Einrichtungen und auch die Zahl der Klientinnen und Klienten erst im Jahr 2000 durch die Beteiligung der großen Freien Träger deutlich angestiegen sind. Unterschiedliche Ergebnisse im Jahresvergleich müssen deshalb noch vorsichtig interpretiert werden.

Bei der dritten Variante von Längsschnittuntersuchungen handelt es sich um *Zeitreihenanalysen*. Bei diesem Design werden Daten für eine Stichprobe zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben. Die Stichprobenszusammensetzung verändert sich dabei im Zeitverlauf nicht. Mit diesem Design lassen sich anders als bei den beiden anderen Ansätzen individuelle Veränderungen beobachten. Auch Unterschiede zwischen Gruppen von Individuen hinsichtlich der Veränderungen bei einzelnen Merkmalen können so analysiert werden. Dieses Design bietet die größten Auswertungsmöglichkeiten, ist in bezug auf die methodischen Voraussetzungen, etwa hinsichtlich der Datenqualität, aber auch am anspruchsvollsten.

Mit den Daten der Hamburger Basisdatendokumentation sind durchaus solche Zeitreihenanalysen durchführbar, da über das doppelte Codierungssystem auch die Zuordnung von Datensätzen aus mehreren Jahren zu einzelnen Personen möglich ist. Allerdings liegen anders als bei einer Panelstudie für die einzelnen Jahre nur Daten zu den Personen vor, die in dem jeweiligen Jahr Klient oder Klientin in einer der beteiligten Einrichtungen waren. Daraus lassen sich verschiedene Stichproben zusammenstellen, die etwa alle Klientinnen und Klienten umschließen, von denen Datensätze für die Jahre 1999 und 2000 oder für die Jahre 1997 bis 2000 vorliegen. Diese Datensätze sind aber nicht mit dem gesamten Klientenbestand in der Datenbank zu verwechseln und erlauben keine Aussagen über diese Grundgesamtheit, sondern nur über die jeweils eingeschlossenen Fälle. Zu Zugängen und Abgängen im Vergleich mit schon länger oder weiterhin betreuten Klientinnen und Klienten lassen diese Zeitreihenanalysen keine Interpretationen zu, ist doch die jeweilige Stichprobe beschränkt auf alle Fälle, für die für die definierten Jahre Daten vorliegen.

Trotz dieser Einschränkung ist die Analyse der intraindividuellen Veränderungen und der dabei erkennbar werdenden interindividuellen Unterschiede eine herausragende Möglichkeit, die die Hamburger Basisdatendokumentation bietet. Die Ergebnisse zu den Zeitreihenanalysen finden sich in den beiden substanzspezifischen Kapiteln jeweils unter der Überschrift „Klienten und Klientinnen mit Datensätzen aus mehreren Jahren“.

3 Auswertung Hauptdroge Alkohol

3.1 Zur Reichweite des Hilfesystems und der Basisdatenauswertung

An der Hamburger Basisdatendokumentation haben sich im Jahr 2000 deutlich mehr Einrichtungen mit dem Schwerpunkt Alkohol beteiligt als in den vorangegangenen Jahren. Während im Vorjahr sechs Einrichtungen, die Menschen mit Alkoholproblemen betreuen, Daten im Rahmen der BADO gesammelt haben, hat sich diese Zahl im Jahr 2000 bereits auf zwölf Einrichtungen verdoppelt. Bezogen auf 22 ambulante Einrichtungen in Hamburg mit dieser Zielgruppe entspricht dies einer Ausschöpfungsquote von 55 %. Dabei ist zu bedenken, daß insbesondere die größeren Einrichtungen, die viele Klientinnen und Klienten erreichen, an der BADO mitgearbeitet haben. Vor allem Institutionen mit einem klassischen Beratungs- und Behandlungsansatz sind in der BADO vertreten. Die vorgestellten Ergebnisse können somit durchaus als repräsentativ für diesen Teil des Hilfesystems betrachtet werden. Hingegen fehlen noch eher niedrigschwellig orientierte Einrichtungen. Im Jahr 2001 ist die Zahl der an der BADO beteiligten Einrichtungen mit dem Schwerpunkt Alkohol weiter gestiegen.

Insgesamt liegen für das Jahr 2000 3.433 Datensätze über Betreuungsepisoden von Menschen mit der Hauptdroge Alkohol vor. In 176 Fällen fehlen bei diesen Datensätzen Angaben zum Geschlecht. Die restlichen 3.257 Betreuungsepisoden betreffen zu 65 % Männer und zu 35 % Frauen. In der folgenden Tabelle ist dargestellt, wie sich diese Betreuungsepisoden auf die einzelnen Einrichtungsarten verteilen. Zum Vergleich ist auch die Verteilung des Vorjahres in der Tabelle dargestellt. Die Tabelle beruht auf Betreuungsepisoden und nicht auf Personen, ist also noch nicht um Mehrfachaufnahmen innerhalb eines Jahres bereinigt.

Tab. 5: Alkohol – Betreuungsepisoden 1999 und 2000 nach Einrichtungsarten und Geschlecht

	1999			2000		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Alkoholberatungs- und -behandlungsstelle	51,8 %	36,0 %	46,6 %	63,6 %	65,4 %	64,3 %
Suchtmittelübergreifende Beratungsstelle	41,6 %	61,5 %	48,1 %	32,2 %	31,8 %	32,0 %
Kontakt- und Drogenberatungsstelle	4,7 %	1,8 %	3,7 %	3,2 %	1,8 %	2,7 %
Sonstige Einrichtungen	2,0 %	0,7 %	1,6 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	1.138	556	1.994	2.115	1.142	3.257

Fast zwei Drittel aller Betreuungsepisoden des Jahres 2000 betreffen sechs Alkoholberatungs- und -behandlungsstellen. Ein weiteres knappes Drittel entfällt auf sechs suchtmittelübergreifende Beratungsstellen. Kontakt- und Drogenberatungsstellen und sonstige Einrichtungen spielen so gut wie keine Rolle bei der Betreuung von Menschen mit Alkoholproblemen. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind nicht zu erkennen. Im Vergleich zur Verteilung

lung im Jahr 1999 fällt auf, daß vor allem die Betreuungsepisoden aus den Alkoholberatungs- und -behandlungsstellen deutlich angestiegen sind, während die Episoden aus den suchtmittelübergreifenden Einrichtungen zurückgegangen sind.

Diese Verteilung korrigiert das Bild, das sich noch in der Auswertung des Vorjahres von der Betreuung von Menschen mit Alkoholproblemen abzeichnete. Der damalige vergleichsweise niedrigere Anteil der klassischen Alkoholberatungs- und -behandlungsstellen war sicher dem Umstand geschuldet, daß noch vor einem Jahr sich erst zwei Einrichtungen dieses Einrichtungstyps an der Hamburger Basisdatendokumentation beteiligten.

Diese Betreuungsepisoden beziehen sich auf 3.193 Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen. Davon sind 1.963 Männer (65 %) und 1.078 Frauen (35 %); bei den restlichen Personen fehlen die Angaben zum Geschlecht. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Zunahme um mehr als 65 %. Der Grund für diese starke Zunahme ist sicherlich die gestiegene Zahl von Einrichtungen, die sich im Jahr 2000 an der Hamburger Basisdatendokumentation beteiligt haben.

Will man diese Zahl der von den beteiligten Einrichtungen erreichten und dokumentierten Klientinnen und Klienten in Relation zur Gruppe der Hamburgerinnen und Hamburger setzen, die alkoholbedingte Probleme haben, so steht man vor dem Problem, daß der Umfang dieser Gruppe nicht genau bekannt ist. Immerhin liegen relativ aktuelle Schätzungen zur Zahl der Alkoholabhängigen in Hamburg vor. Das Münchner Institut für Therapieforschung hat anlässlich der im Jahr 1997 durchgeführten bundesweiten Bevölkerungsbefragung zum Konsum psychoaktiver Substanzen (Kraus, Bauernfeind 1998) eine Spezialanalyse zur Situation in Hamburg durchgeführt (Kraus, Scherer, Bauernfeind 1998), der zufolge die Zahl der Alkoholabhängigen zwischen 32.000 und 65.000 liegt.

Tab. 6: Alkohol – Schätzung des Anteils der 1999 erreichten Zielgruppe

Geschätzter Umfang der Zielgruppe in Hamburg	32.000 bis 65.000	
Davon von der Basisdatendokumentation erreicht	unterer Wert	oberer Wert
Absolut	3.193	3.495
In Prozent der Zielgruppe	4,9 bis 10,0 %	5,4 bis 10,9 %

Anhand dieser Zahlen kann die in der obigen Tabelle dargestellte Schätzung durchgeführt werden. Der untere Wert der im Rahmen der Hamburger Basisdatendokumentation dokumentierten Klientinnen und Klienten entspricht der Zahl der Fälle, die der Hauptdroge Alkohol zugeordnet wurden. Der obere Wert (3.495) ergibt sich, wenn man alle Personen hinzuzählt, von denen keine Angaben vorliegen, die die Zuordnung zu einer Hauptdroge erlauben. Bezieht man nun diesen unteren und oberen Wert auf die Schätzzahl von 32.000 bis 65.000 Alkoholabhängige in Hamburg, so errechnen sich Erreichungsquoten zwischen 4,9 und 10,9 %.

Diese Erreichungsquoten liegen eineinhalb bis doppelt so hoch wie im Vorjahr, was der Steigerung der Zahl der beteiligten Einrichtungen und der dokumentierten Klientinnen und Klienten entspricht. Nach wie vor liegen diese Quoten deutlich niedriger als im Schwerpunkt Illegale Drogen. Hierin zeigen sich strukturelle Unterschiede zwischen dem Hilfesystem der klassischen Suchtkrankenhilfe und der wesentlich jüngeren Drogenhilfe. Zum einen liegen diese Unterschiede darin, daß Menschen mit alkoholbedingten Problemen neben dem eigentlichen System der Suchtkrankenhilfe andere Hilfe- und Versorgungssysteme zur Verfügung stehen. So werden etwa gerade im Bereich der niedrigschwelligen Versorgung viele Angebote von der Obdachlosenhilfe betrieben. Ein großer Teil der Alkoholabhängigen ist darüber hinaus in Kontakt mit den ambulanten oder stationären Einrichtungen des Gesundheitssystems, vor allem den Praxen der niedergelassenen Ärzte und den Krankenhäusern (vgl. John u. a. 1996; Kremer u. a. 1997; Arnold, Schmid, Simmedinger 1999). Hinzu kommt die große Bedeutung des Selbsthilfebereichs (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 2001, 20).

Andererseits rühren diese unterschiedlichen Erreichungsquoten aber auch daher, daß es seit dem Beginn des modernen Drogenproblems Ende der sechziger Jahre erklärtes Ziel der Drogenpolitik und der Drogenhilfepolitik war, möglichst alle Drogenabhängigen mit Hilfeangeboten erreichen zu wollen. Dementsprechend wurden immer neue Modellprogramme und Versuche gestartet, um mehr Drogenabhängige erreichen zu können. Eine vergleichbare Zielbestimmung für Alkoholabhängige wurde nie formuliert. Erst Mitte der neunziger Jahre hat innerhalb der Suchtkrankenhilfe eine Diskussion darüber eingesetzt, wer eigentlich zur Zielgruppe des Hilfesystems gehört und mit welchen Angeboten diese Zielgruppen erreicht werden können (Wienberg 1992 und 1994).

Ein substanzbezogener interner Vergleich der Reichweite der Hamburger Basisdatendokumentation ist demnach wenig sinnvoll. Eine andere Vergleichsmöglichkeit ergibt sich, wenn man die bundesweite EBIS-Dokumentation des Jahres 1999 betrachtet (Türk 2000). Demnach lagen aus dem Jahr 1999 Daten von rund 100.000 Betreuungsepisoden mit Alkoholproblemen aus rund 350 Einrichtungen vor. Da EBIS keine Rückrechnung von Betreuungsepisoden auf individuelle Klientinnen und Klienten kennt, werden von den Betreuungsepisoden 5 % für Doppelzählungen abgezogen. Diese geschätzten 95.000 Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen, die in EBIS bundesweit dokumentiert sind, müssen in Bezug zu einer geschätzten Zahl von 1,6 Millionen Alkoholabhängigen gesetzt werden (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 2001). Daraus errechnet sich eine Erreichungsquote für EBIS in bezug auf Alkoholabhängige von 5,9 %. Nimmt man auch die geschätzten 2,7 Millionen Menschen mit einer vermuteten Diagnose „Alkoholmißbrauch“ dazu (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 2001), so geht die Erreichungsquote von EBIS auf 2,2 % zurück.

3.2 Geschlechtsdifferenzierte Auswertung

3.2.1 Geschlecht, Nationalität und Alter

Für Menschen, die vor allem Probleme mit Alkohol haben, liegen 2000 Daten von 3.041 Personen vor. Diese verteilen sich nach Geschlecht, wie in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tab. 7: Alkohol – Geschlechterverteilung 1997 bis 2000

	1997	1998	1999	2000
Frauen	29,1 %	30,0 %	32,5 %	35,4 %
Männer	70,9 %	70,0 %	67,5 %	64,5 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	1.911	1.813	1.625	3.041

Ein Vergleich der Berichtsjahre 1997 bis 2000 zeigt, daß die Fallzahlen in der Hauptgruppe Alkohol in den beiden letzten Berichtsjahren von 1.625 im Jahr 1999 auf 3.041 im Jahr 2000 erheblich angestiegen sind. Dieser Anstieg geht auf das Konto der Zunahme der Zahl der Einrichtungen, die an der BADO 2000 teilnahmen, von insgesamt sechs auf zwölf. Seit Beginn der Dokumentation im Jahr 1997 läßt sich beobachten, daß sich die Geschlechterverteilung etwas verändert hat: In dem Zeitraum von vier Jahren hat der Anteil der Frauen, die in den Einrichtungen beraten und betreut worden sind, um etwa 6 % zugenommen. Es läßt sich zur Zeit nicht entscheiden, ob es sich dabei um einen Effekt handelt, der auf die zunehmende Zahl der an der Dokumentation teilnehmenden Einrichtungen zurückzuführen ist, oder um einen tatsächlichen Anstieg der Zahl der Frauen, die mit eigenen Alkoholproblemen vor allem die Alkoholberatungs- und -behandlungsstellen aufsuchen.

Zur Staatsangehörigkeit der Stichprobe liegen folgende Angaben vor.

Tab. 8: Alkohol – Staatsangehörigkeit nach Geschlecht

	Männer	Frauen	Gesamt
Deutsche	94,3 %	96,2 %	94,9 %
Europäische Union	1,6 %	1,4 %	1,5 %
Andere Staatsangehörigkeit	4,2 %	2,4 %	3,5 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	1.585	840	2.425

Der Vergleich mit den Daten des Vorjahres zeigt, daß sich seit 1999 wenig verändert hat. Die ganz überwiegende Mehrheit der Klientel mit Alkoholproblemen ist deutsch (95 %). Das Er-

gebnis entspricht den Erwartungen: Es sind vornehmlich deutsche Männer und Frauen, die entsprechende Einrichtungen aufsuchen.

Differenziert man die Daten nach Altersklassen und Geschlecht, dann zeigt sich folgendes Bild.

Tab. 9: Alkohol – Altersklassen nach Geschlecht

	Männer	Frauen	Gesamt
Bis 21 Jahre	0,6 %	0,3 %	0,5 %
22 bis 29 Jahre	5,3 %	5,0 %	5,2 %
30 bis 39 Jahre	28,0 %	26,7 %	27,6 %
40 bis 49 Jahre	38,2 %	37,0 %	37,8 %
50 Jahre und älter	27,9 %	31,0 %	28,9 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	1.297	606	1.903

Die Altersverteilung hat sich in den letzten Jahren nur unwesentlich verändert. Im Berichtsjahr findet man einen sehr geringen Anstieg von ca. 1 % in der Altersklasse 22 bis 29 Jahre. Im übrigen finden sich über die Jahre kleine Veränderungen, die jedoch keine eindeutige Richtung aufweisen. Die EBIS-Daten aus den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (mit Schwerpunkt Alkohol) aus den alten Bundesländern weisen eine sehr ähnliche Altersverteilung aus (Strobl, Lange, Zahn 2000).

Im Jahr 2000 sind Männer mit Alkoholproblemen 44,0 und Frauen 44,6 Jahre alt. Unterschiede zu den Vorjahren sind unbedeutend. Zu berücksichtigen ist hier allerdings, daß die Altersangaben aus Einrichtungen, die insbesondere junge Menschen mit Alkoholproblemen beraten und betreuen, aus technischen Gründen in dieser Berechnung keine Berücksichtigung finden. Es ist also damit zu rechnen, daß sich hier in den kommenden Jahren Veränderungen ergeben werden.

Tab. 10: Alkohol – Durchschnittsalter 1999 und 2000 nach Geschlecht

		Männer	Frauen
1999	Mittelwert (Jahre)	43,8	44,3
	Standardabweichung	9,5	9,5
	N	1.085	479
2000	Mittelwert (Jahre)	44,0	44,6
	Standardabweichung	9,9	10,0
	N	1.297	606

Untersucht man die Angaben zum Alter beim ersten Konsum von Alkohol und schlüsselt sie nach Altersklassen auf, findet sich ein systematischer Zusammenhang zwischen Lebensalter und Konsumbeginn. Die Jüngeren beginnen früher mit dem Konsum von Alkohol, die Älteren später (für Einzelheiten vgl. Kapitel 3.2.7 Exkurs: Alter). Zu bedenken ist dabei, daß es sich um retrospektive Angaben handelt, wobei die Erinnerungen selektiv sein können.

Tab. 11: Alkohol – Durchschnittsalter beim Beginn der Abhängigkeit 1999 und 2000 nach Geschlecht

		Männer	Frauen
1999*	Durchschnittsalter in Jahren	30,2	32,6
	Standardabweichung	9,4	10,1
	N	518	203
2000**	Durchschnittsalter in Jahren	29,2	30,6
	Standardabweichung	9,6	10,0
	N	508	272

* $p < 0,05$, T-Test

** n.s.

Die Angaben zum Durchschnittsalter beim Beginn der Abhängigkeit von Alkohol verändern sich noch von Jahr zu Jahr, was auch an der vergleichsweise schmalen Datenbasis liegen kann, aber auch daran, daß im Jahr 2000 neue Einrichtungen hinzugekommen sind. Berechnet man aus diesen Daten und den Angaben zum Lebensalter die Dauer der Abhängigkeit, dann ergibt sich für die Männer eine durchschnittliche Dauer von 14,1 Jahren und für die Frauen von 13,6 Jahren. Die Abhängigkeitsdauer der Frauen liegt damit deutlich über der, die zum Beispiel Mann u. a. (o. J.) in ihren Studien aus den neunziger Jahren gefunden haben; bei der von ihnen untersuchten Stichprobe liegt die durchschnittliche Dauer der Abhängigkeit bei 6,14 Jahren.

Zu den Faktoren, die Sucht begünstigen können, gehören unter anderem Heimaufenthalte in der Kindheit⁴. Der Anteil der Männer und Frauen, die als Kinder in einem Heim waren, beträgt 12 % (1999: 11 %). Im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung liegt der Anteil derjenigen mit Heimerfahrung erheblich über dem Durchschnitt, allerdings sind die Abweichungen nicht so drastisch wie bei den Klienten und Klientinnen mit Drogenproblemen.

Alkoholkarrieren sind häufig mit Gewalterfahrungen und Gewalthandlungen assoziiert, die für alle Beteiligten besondere Belastungen darstellen. Dazu liegen seit dem letzten Berichtsjahr Daten vor. Die Angaben beziehen sich auf Gewalterfahrungen und Gewalthandlungen in den letzten fünf Jahren. Es handelt sich also um relativ kurz zurückliegende Gewaltereignisse, die im Regelfall während einer bereits bestehenden Suchtmittelabhängigkeit gemacht wur-

⁴ Dazu liegen von 575 Männern und 335 Frauen Daten vor.

den, nicht um solche aus der Kindheit der Klientinnen und Klienten. Zunächst zu den Gewalterfahrungen in den letzten fünf Jahren.

Tab. 12: Alkohol – Gewalterfahrungen (letzte fünf Jahre) 1999 und 2000 nach Geschlecht

	1999		2000*	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Erlebte körperliche Gewalt	20,5 %	26,4 %	24,2 %	33,2 %
Erlebte sexuelle Gewalt	–	7,4 %	1,2 %	8,8 %
Erlebte körperliche und sexuelle Gewalt	1,2 %	17,4 %	–	–
Keine Gewalterfahrungen	78,3 %	48,8 %	74,6 %	58,0 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	162	104	252	193

* $p < 0,001$, Cramers V: 0,221

Da zu diesen Fragen nur Angaben von einer kleinen Gruppe von Klientinnen und Klienten vorliegen (17 % der Klientel im Jahr 1999 und 15 % im Jahr 2000), ist davon auszugehen, daß die Daten nur einen recht unvollständigen Einblick in diesen Erfahrungsbereich geben. Sie belegen jedoch, daß Frauen mit Alkoholproblemen signifikant mehr Gewalterfahrungen haben als Männer. Besonders ausgeprägt sind die Differenzen bei der sexuellen Gewalt, die vor allem Frauen trifft. Das paßt zu den umfangreichen Studien und Publikationen zum Thema Alkohol und Gewalt (Downs, Miller, Panek 1993; Vogt 1994; Miller, Downs 1995), die unter anderem belegen, daß alkoholisierte Männer und vor allem Frauen sehr häufig Opfer von Gewalt sind.

Tab. 13: Alkohol – Gewalthandlungen (letzte fünf Jahre) 1999 und 2000 nach Geschlecht

	1999		2000*	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Körperliche Gewalttaten	17,9 %	11,5 %	24,4 %	7,3 %
Sexuelle Gewalttaten	0,6 %	1,0 %	0,8 %	–
Körperliche und sexuelle Gewalttaten	–	–	–	–
Keine Gewalttaten	81,5 %	87,5 %	74,8 %	92,7 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	162	104	254	178

* $p < 0,001$, Cramers V: 0,231

Wie bei den Gewalterfahrungen liegen nur von einer Minderheit Daten zu Gewalthandlungen vor (16 % der Klientel im Jahr 1999 und 14 % im Jahr 2000). Die Daten spiegeln jedoch

plausible Unterschiede wider. Demnach sind Männer mit Alkoholproblemen gewaltbereiter als Frauen.

3.2.2 Konsummuster

In der Hamburger Basisdatendokumentation 2000 wurden die Konsumhäufigkeit verschiedener psychotroper Substanzen, die Art des Konsums in den letzten 30 Tagen und Angaben zur ärztlichen Substitutionsbehandlung sowie teilweise zu Haupt- und Sekundärdrugs⁵ erhoben. Die folgenden Auswertungen beruhen auf diesen Angaben.

In der Hauptdrogengruppe Alkohol konsumieren⁶ 86 % der Männer und 84 % der Frauen Alkohol als einzige psychotrope Substanz. 248 Männer (14 %) und 140 Frauen (16 %) konsumieren neben Alkohol noch weitere psychotrope Substanzen. Die Größenordnung dieser Gruppe, die neben Alkohol noch weitere psychotrope Substanzen konsumiert, entspricht der im Vorjahr dokumentierten (Schmid, Simmedinger, Vogt 2000).

Von diesen 248 Männern und 140 Frauen, die neben Alkohol weitere psychotrope Substanzen konsumieren, werden von der Mehrheit der Männer und Frauen neben Alkohol Medikamente mit psychotroper Wirkung konsumiert. Darunter werden in der Regel Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel (Sedativa), Appetitzügler und ähnliches verstanden (vgl. Kraus, Scherer, Bauernfeind 1998; Kraus, Bauernfeind 1998; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001). Deutlich mehr Frauen als Männer konsumieren solche Medikamente. Der geschlechtsspezifische Unterschied ist hoch signifikant ($p < 0,001$, Cramers V: 0,226). Signifikant häufiger als die Männer (11 %) konsumieren Frauen (23 %) Benzodiazepine ($p < 0,01$, Cramers V: 0,167). Ebenso ist der zusätzliche Konsum von Schmerzmitteln bei Frauen mit 14 % signifikant höher als bei den Männern mit 5 % ($p < 0,001$, Cramers V: 0,155). Auch der Konsum von Barbituraten ist häufiger bei den Frauen (9 %) als bei den Männern (5 %) zu beobachten.

Danach folgt als nächsthäufigste konsumierte psychotrope Substanzgruppe Cannabis. So wird bei rund einem Viertel der Männer und etwas mehr als einem Fünftel der Frauen als zusätzlich konsumierte Substanz Cannabis genannt (vgl. dazu auch Kleiber, Soellner, Tossman o. J.). 14 % der Männer und 7 % der Frauen dieser Gruppe konsumieren Kokain und/oder Crack. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Kokain- und/oder Crackkonsum sind jedoch statistisch nicht signifikant. Ferner konsumieren wenige Einzelfälle neben Alkohol Heroin, Methadon oder andere illegale Drogen.

Der Repräsentativerhebung 1997 zum Gebrauch psychotroper Substanzen in Hamburg ist zu entnehmen, daß Frauen deutlich häufiger als Männer Schmerzmittel und Beruhigungs-

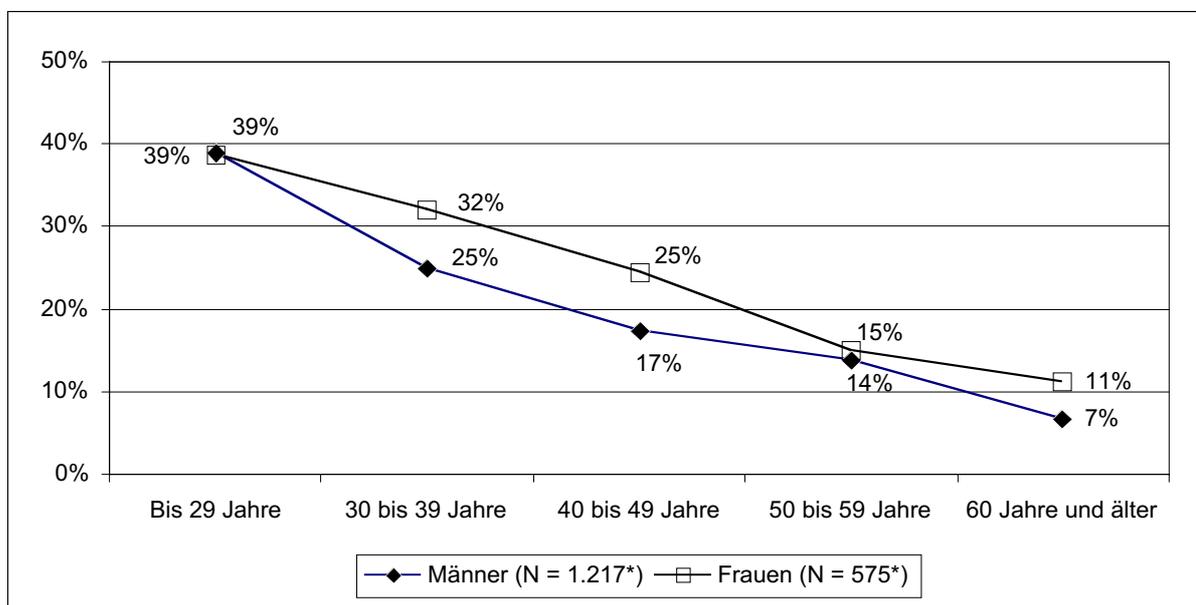
⁵ Die Items Haupt- und Sekundärdroge waren 2000 nicht mehr Bestandteil des Basismoduls der BADO. Es lagen jedoch dazu Angaben für 83 % (Hauptdroge) bzw. für 34 % (Sekundärdroge) der Klientinnen und Klienten vor.

⁶ In den letzten 30 Tagen oder früher.

mittel konsumieren. Dort weisen von den Männern und Frauen mit starkem Alkoholkonsum in der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre 12 % Drogenerfahrungen in den letzten 30 Tagen auf, dagegen in der Altersgruppe 30 bis 59 Jahre nur 3 % (Kraus, Scherer, Bauernfeind 1998; vgl. auch Kraus, Bauernfeind 1998; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001). Die oben dargestellten Ergebnisse der BADO entsprechen diesen Befunden.

Die Gruppe, bei der neben dem Alkoholkonsum der Konsum weiterer psychotroper Substanzen angegeben wurde, unterscheidet sich hinsichtlich des Alters signifikant von der Gruppe mit ausschließlichen Alkoholkonsum. In der Gruppe, die ausschließlich Alkohol konsumiert, sind die Männer im Durchschnitt 45 Jahre und die Frauen 46 Jahre alt. Demgegenüber beträgt das Durchschnittsalter der Männer 40 Jahre und das der Frauen 41 Jahre in der Gruppe, die Alkohol und andere psychotrope Substanzen konsumiert (jeweils $p < 0,001$, T-Test). Es sind bei den Männern wie Frauen vor allem die Altersgruppen bis 29 Jahre und 30 bis 39 Jahre, die neben Alkohol weitere psychoaktive Substanzen konsumieren. Ähnliche Ergebnisse sind der Repräsentativbefragung 1997 zum Gebrauch psychotroper Substanzen in Hamburg zu entnehmen. Dort weisen von den Männern und Frauen mit starkem Alkoholkonsum in der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre 12 % Drogenerfahrungen in den letzten 30 Tagen auf, dagegen in der Altersgruppe 30 bis 59 Jahre nur 3 % (Kraus, Scherer, Bauernfeind 1998).

Abb. 1: Alkohol – Alkoholkonsum und Konsum anderer psychotroper Substanzen nach Altersklassen und Geschlecht



*Altersklassen insgesamt

Männer: $p < 0,001$, Cramers V: 0,190

Frauen: $p < 0,01$, Cramers V: 0,184

Analysiert man die neben Alkohol konsumierten psychotropen Substanzen nach dem Alter der Konsumentinnen und Konsumenten im einzelnen, zeigen sich bemerkenswerte Unter-

schiede. Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten, die zusätzlich Cannabis, Kokain/Crack, Heroin und andere psychotrope Substanzen konsumieren, sind signifikant jünger (Frauen: 37 Jahre, Männer: 36 Jahre) als die Frauen und Männer, die nur Alkohol konsumieren (Frauen: 46 Jahre, Männer: 45 Jahre).

Differenziert man hingegen nach dem zusätzlichen Konsum von Medikamenten mit psychotroper Wirkung, wie Benzodiazepinen und Barbituraten, so sind keine signifikanten Altersunterschiede festzustellen. Dies entspricht auch den Ergebnissen der Repräsentativerhebung 1997 zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Hamburg, in der die häufigste Prävalenz von Medikamenten in den Altersgruppen 40 Jahre und älter ermittelt wurde (Kraus, Scherer, Bauernfeind 1998; vgl. auch Kraus, Bauernfeind 1998).

Die Untergruppe, die Alkohol und illegale Drogen konsumiert, unterscheidet sich ferner hinsichtlich weiterer Merkmale von den übrigen Klientinnen und Klienten in der Gruppe mit der Hauptdroge Alkohol. So ist sie signifikant häufiger erwerbslos – 53 % gegenüber 30 % – ($p < 0,001$, Cramers V: 0,183) und hat häufiger Vorerfahrungen mit der Justiz in Form von Verurteilungen – 17 % gegenüber 11 % – ($p < 0,05$, Cramers V: 0,019).

Bei einer kleinen Gruppe von Männern und Frauen wurde ein weiteres Suchtverhalten angegeben. Es handelt sich um 14 % der Männer (N = 71) und 18 % der Frauen (N = 64). Bei den Männern dominiert mit 77 % pathologisches Spielen, bei den Frauen dominieren mit 98 % Eßstörungen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind hoch signifikant ($p < 0,001$, Cramers V: 0,823) und entsprechen den Befunden anderer Studien (vgl. Meyer 2000; Franke 1997; Krebs 1993). Aufgrund der vorliegenden Daten können keine Aussagen dazu getroffen werden, ob es sich bei dem Alkoholkonsum dieser Gruppe um einen risikoarmen oder risikanten Gebrauch beziehungsweise um einen Alkoholmißbrauch oder eine Alkoholabhängigkeit handelt.

Es scheint eine kleine Gruppe von jüngeren Klientinnen und Klienten im Suchtkrankenhilfesystem zu geben, deren Konsummuster nicht mehr den Zuordnungen legale oder illegale Drogen entsprechen beziehungsweise bei denen nicht substanzbezogenes Suchtverhalten, sondern andere Probleme wie Eßstörungen oder pathologisches Spielen vorliegen. Das auf die Behandlung von Alkoholproblemen spezialisierte Suchtkrankenhilfesystem beziehungsweise die an der Basisdatendokumentation 2000 beteiligten Einrichtungen beraten und behandeln auch diese Klientinnen und Klienten.

In der Gesamtgruppe der Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen ist bemerkenswert, daß insgesamt 45 %, 47 % der Männer und 39 % der Frauen, zum Zeitpunkt der Erhebung der Daten während der letzten 30 Tage keinen Alkohol oder andere psychotrope Substanzen konsumiert haben. Die Geschlechterdifferenz ist signifikant ($p < 0,001$, Cramers V: 0,081). In den vorliegenden Daten gibt es nur wenige Anhaltspunkte, die diese unterschiedlich hohen Abstinenzquoten zwischen Männern und Frauen erklären könnten. Es könnten sich zum Beispiel unter den Frauen mehr kontrollierte Trinkerinnen als unter den Männern befinden, die zwar nicht abstinent sind, jedoch ihren Alkoholkonsum reduziert haben und kontrollieren können. So trinken Frauen deutlich häufiger als Männer Alkohol mehrmals wöchentlich oder

gelegentlich (vgl. dazu die untenstehende Tabelle zur Häufigkeit des Alkoholkonsums). Möglich ist auch, daß die Angaben der Frauen zu ihrem Alkoholkonsum „ehrlicher“ als die der Männer sind. Dies könnte in Verbindung damit stehen, daß ein intensives Vertrauensverhältnis der Frauen zu den Beraterinnen oder Beratern besteht.

Diese hohe Quote der in den letzten 30 Tagen Abstinenten ist auf dem Hintergrund zu sehen, daß es sich bei den an der Basisdatendokumentation 2000 beteiligten Einrichtungen zum großen Teil um solche handelt, die ambulante Rehabilitation, Behandlung oder Nachsorge für Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen anbieten. Diese Behandlung setzt in der Regel voraus, daß während der Behandlung kein Alkohol oder andere Drogen konsumiert werden. Zudem befinden sich die Klientinnen und Klienten, die in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol und keine anderen psychotropen Substanzen konsumiert haben, durchschnittlich länger in Behandlung oder Beratung als aktuell Konsumierende, so daß die relativ hohe Abstinenzquote auch als Behandlungserfolg gewertet werden kann. Je nach Beratungs- und Behandlungskonzept der Einrichtungen schwankt die Abstinenzquote der Klientel zwischen 6 und 77 %⁷. Ferner ist bei der Bewertung der Abstinenzquote zu berücksichtigen, daß ein Drittel der Klientinnen und Klienten vom medizinischen Versorgungssystem an die Einrichtungen vermittelt wurde (vgl. Kapitel 3.2.3); bei vielen dieser Klientinnen und Klienten kann davon ausgegangen werden, daß eine Entgiftung vorher stattgefunden hat. Generell wird in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe für Menschen mit Alkoholproblemen stärker abstinenzorientiert gearbeitet als etwa in Einrichtungen der Drogenhilfe, in denen häufiger das Konzept der Schadensminimierung (harm reduction) vorherrscht. In der Basisdatendokumentation 2001 werden auch im Alkoholbereich verstärkt niedrigschwellige Einrichtungen vertreten sein.

Vergleicht man die Gruppe der Abstinenten mit der Gruppe der aktuell Konsumierenden, so wird deutlich, daß die Abstinenten weniger stark sozial desintegriert sind (vgl. Kapitel 3.3) und über mehr persönliche und soziale Ressourcen verfügen als die aktuellen Konsumenten von Alkohol und anderen psychotropen Substanzen. Dieser Zusammenhang ist bei den Männern deutlich stärker ausgeprägt als bei den Frauen. So sind beispielsweise die noch konsumierenden Männer und Frauen häufiger arbeitslos, haben häufiger keine abgeschlossene Berufsausbildung, leben häufiger von Sozialhilfe und haben häufiger Schulden als die abstinenten Männer und Frauen. Bei den Männern, die aktuell Alkohol und andere psychotrope Substanzen konsumiert haben, ist besonders die hohe strafrechtliche Belastung im Vergleich zu den abstinenten Männern auffällig. So weisen 21 % der konsumierenden Männer eine Verurteilung auf, bei den abstinenten Männern beläuft sich der Anteil der Verurteilten nur auf 13 % ($p < 0,001$, Cramers V: 0,250).

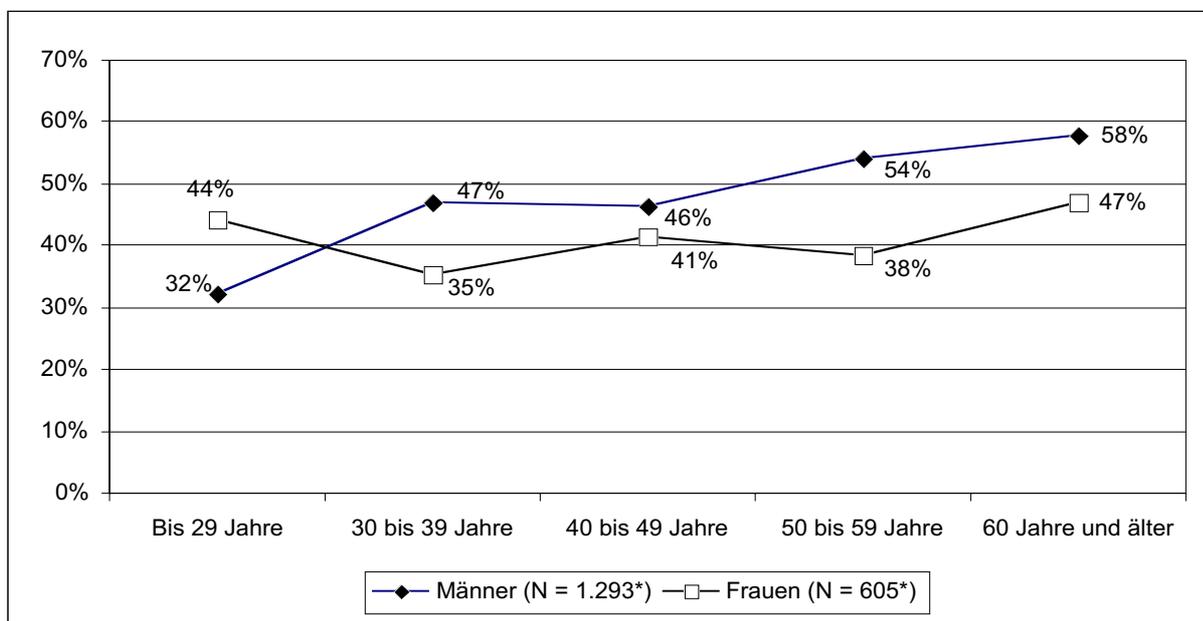
Betrachtet man die Untergruppe, die Alkohol und weitere psychotrope Substanzen konsumiert, so zeigt sich, daß sich in dieser Untergruppe mit insgesamt 38 % relativ weniger Klientinnen und Klienten befinden, die in den letzten Tagen keinen Alkohol oder andere psy-

⁷ Diese Angaben beziehen sich nur auf Einrichtungen, bei denen 100 % gültige Angaben vorlagen.

chotrope Substanzen konsumiert haben. Auch in dieser Untergruppe haben die Männer (39 %) häufiger als die Frauen (36 %) in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol konsumiert; dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern ist jedoch hier nicht statistisch bedeutsam.

Bei den Männern mit Alkoholproblemen und aktueller Abstinenz besteht ein enger Zusammenhang zwischen Lebensalter und Abstinenz ($p < 0,01$, Cramers V: 0,119). So beträgt der Anteil der Abstinenten in der Altersgruppe 60 Jahre und älter 58 %, in der Altersgruppe bis 29 Jahre befinden sich dagegen nur 32 % Abstinente. Bei den Frauen schwanken die Abstinenzquoten zwischen den verschiedenen Altersgruppen. Frauen haben in den letzten 30 Tagen Alkohol oder andere psychotrope Substanzen am häufigsten in den Altersgruppen 30 bis 39 Jahre und 50 bis 59 Jahre konsumiert.

Abb. 2: Alkohol – Abstinenz (in den letzten 30 Tagen) nach Altersklassen und Geschlecht



*Altersklassen insgesamt
 Männer: $p < 0,001$, Cramers V: 0,119
 Frauen: n.s.

Für eine Reihe von Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen, die aktuell Alkohol – und zum Teil noch andere psychotrope Substanzen – konsumiert haben, liegen Angaben zur Konsumhäufigkeit in den letzten 30 Tagen vor. Mehr als die Hälfte der Männer und rund 38 % der Frauen trinken täglich Alkohol. Etwas mehr als ein Drittel der Frauen und etwas mehr als ein Fünftel der Männer haben in den letzten 30 Tagen Alkohol mehrmals wöchentlich konsumiert. Gelegentlich haben ein Fünftel der Männer und 28 % der Frauen Alkohol getrunken. Diese geschlechtsspezifischen Differenzen bei der Konsumhäufigkeit von Alkohol sind statistisch signifikant.

Tab. 14: Alkohol – Konsumhäufigkeit Alkohol in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht

	Männer	Frauen	Gesamt
Täglich	57,7 %	37,5 %	49,2 %
Mehrmals wöchentlich	22,1 %	34,2 %	27,2 %
Gelegentlich	20,2 %	28,3 %	23,6 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	253	184	437

p < 0,001, Cramers V: 0,200

Die Angaben in der Kategorie „gelegentlicher Konsum“ weisen ebenfalls darauf hin, daß 20 % der Männer und 28 % der Frauen, die in den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen betreut werden, ihren Alkoholkonsum reduziert haben. Dieses Ergebnis ist ebenfalls in Zusammenhang mit der Abstinenzorientierung der Einrichtungen zu sehen.

Die Jüngeren weisen häufiger einen täglichen Alkoholkonsum als die Älteren und die Älteren häufiger einen gelegentlichen Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen als die Jüngeren auf. So beträgt das Durchschnittsalter der Männer mit täglichem Alkoholkonsum 40,1 Jahre, das der Männer mit gelegentlichem Alkoholkonsum 44,5 Jahre (p < 0,01, T-Test). Auch bei den Frauen sind diejenigen, die täglich trinken, etwas älter als die anderen.

3.2.3 Einrichtungsarten, Beginn und Beendigung der Betreuung

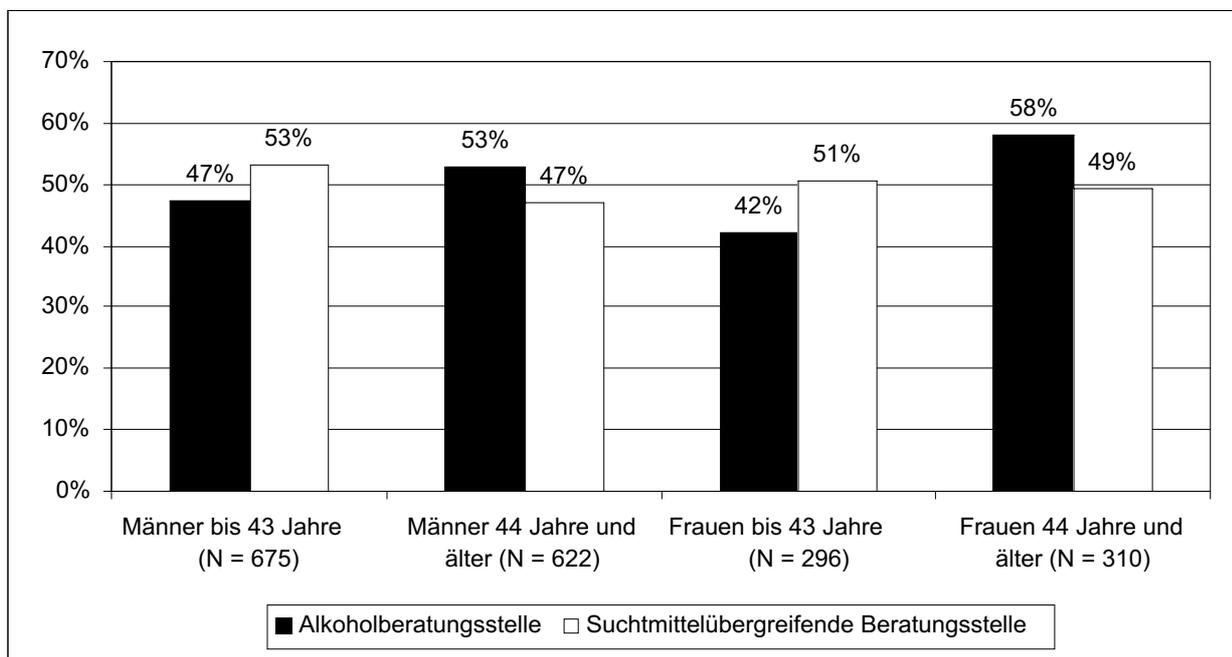
Die meisten Klientinnen und Klienten mit der Hauptdroge Alkohol nehmen das Hilfeangebot der Alkoholberatungsstellen (sechs Einrichtungen) in Anspruch. Ein Drittel der Männer und Frauen nutzt die Angebote der suchtmittelübergreifenden Kontakt- und Beratungsstellen (sechs Einrichtungen). Nur eine Minderheit von 4 % ist Klientel einer anderen Einrichtung der Suchtkrankenhilfe. Aufgrund der Zunahme der Einrichtungen, die sich im Jahr 2000 an der Basisdatendokumentation beteiligt haben, und damit auch der Anzahl der Klientinnen und Klienten ist keine geschlechtsspezifisch unterschiedliche Nutzung der Einrichtungen, wie im Vorjahr, zu erkennen.

Tab. 15: Alkohol – Einrichtungsarten nach Geschlecht

	Männer	Frauen
Alkoholberatungs- und -behandlungsstelle	63,6 %	64,7 %
Suchtmittelübergreifende Kontakt- und Beratungsstelle	32,0 %	32,5 %
Kontakt- und Drogenberatungsstelle	3,4 %	1,9 %
Sonstiges	1,0 %	1,0 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %
N	1.963	1.078

Allerdings variiert die Inanspruchnahme der verschiedenen Einrichtungsarten mit dem Alter. Männer und Frauen bis 43 Jahre mit Alkoholproblemen nehmen signifikant häufiger das Hilfeangebot der suchtmittelübergreifenden Beratungsstellen als das der Alkoholberatungsstellen wahr. Bei den Männern und Frauen ab 44 Jahren stellen sich Präferenzen in umgekehrter Reihenfolge dar. Ferner ist zu beobachten, daß die Frauen, die die Angebote der suchtmittelübergreifenden Beratungsstellen nutzen, im Durchschnitt mit 44,3 Jahren jünger sind als die Frauen in den Alkoholberatungs- und -behandlungsstellen mit 46,0 Jahren. Diese Differenz des Durchschnittsalters ist signifikant ($p < 0,05$, T-Test).

Abb. 3: Alkohol – Einrichtungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht



Männer: $p < 0,001$, Cramers V: 0,156
 Frauen: $p < 0,001$, Cramers V: 0,187

Die Mehrheit der Klientel mit Alkoholproblemen hat die Angebote einer ambulanten Einrichtung der Suchtkrankenhilfe ohne Auflagen in Anspruch genommen. Jedoch weisen Männer

signifikant häufiger Auflagen als Frauen auf: So haben 18 % der Männer gegenüber 7 % der Frauen mit Alkoholproblemen eine Auflage. Bei den Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen dominieren Auflagen des Arbeitgebers und der Krankenkassen oder der Rentenversicherung. Bei den Männern spielen noch Auflagen durch die Justiz eine Rolle.

Tab. 16: Alkohol – Auflagen nach Geschlecht

	Männer	Frauen	Gesamt
Keine Auflagen	81,5 %	92,4 %	85,9 %
Krankenkassen/Rentenversicherung	5,3 %	2,7 %	4,3 %
Justiz	5,1 %	0,6 %	3,3 %
Arbeitgeber	5,3 %	3,2 %	4,5 %
Sonstige öffentliche Einrichtungen	2,8 %	1,1 %	2,1 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	790	525	1.315

p < 0,001, Cramers V: 0,166

Das soziale Netzwerk, welches den Männern und Frauen mit Alkoholproblemen hilft, Zugang zu den Hilfeangeboten der Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe zu finden, ist folgendermaßen ausdifferenziert.

Tab. 17: Alkohol – Kontaktempfehlungen nach Geschlecht

	Männer	Frauen	Gesamt
Medizinische Versorgung	34,3 %	32,6 %	33,7 %
Soziale Initiativen	26,6 %	29,0 %	27,5 %
Familie/FreundInnen	13,1 %	16,8 %	14,4 %
Einrichtungen der Suchthilfe	10,6 %	14,5 %	12,0 %
Öffentliche Institutionen	9,7 %	4,7 %	7,9 %
Justiz	4,4 %	0,9 %	3,2 %
Sonstiges	1,4 %	1,5 %	1,4 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	1.363	751	2.114

p < 0,001, Cramers V: 0,149

Rund einem Drittel der Männer und Frauen wurde der Kontakt zu den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe durch Einrichtungen oder Personen der medizinischen Versorgung empfohlen. Diese Einrichtungen oder Personen können sowohl das Krankenhaus (Entgiftung) als auch den Hausarzt beinhalten. Die Vermittlung durch soziale Initiativen wird am nächst häufigsten von 27 % der Männer und 29 % der Frauen genannt. Dabei handelt es sich vermut-

lich im wesentlichen um Selbsthilfegruppen. Es ist davon auszugehen, daß sowohl in den Einrichtungen der medizinischen Versorgung als auch bei den sozialen Initiativen schon Kurzinterventionen im Zusammenhang mit der Alkoholproblematik durchgeführt wurden beziehungsweise eine Auseinandersetzung mit dem Alkoholkonsum stattgefunden hat. So wurden 66 % der Männer und 68 % der Frauen, die in den letzten 30 Tagen abstinent waren, von diesen beiden Einrichtungsarten vermittelt.

Bei 11 % der Männer und – etwas häufiger – bei 15 % der Frauen wird die Kontaktaufnahme durch die Familie, durch Freunde oder Freundinnen empfohlen. Andere Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe als Kontaktvermittler werden von 11 % der Männer und 15 % der Frauen genannt. Alle übrigen Institutionen, aber auch andere Klienten und Klientinnen, werden nur von einigen wenigen Männern und Frauen als Hinweisgeber angegeben. Frauen erhalten insgesamt etwas andere Kontaktempfehlungen als Männer. Dieser Unterschied ist signifikant ($p < 0,001$, Cramers V: 0,149).

Deutlich wird, daß für Männer wie Frauen mit Alkoholproblemen die Kontaktempfehlungen durch öffentliche Institutionen einen hohen Stellenwert einnehmen.

Bei den Männern mit Alkoholproblemen unterscheiden sich die Kontaktempfehlungen nach dem Alter. So finden die bis 43jährigen Männer häufiger den Zugang zum Hilfesystem über Kontaktempfehlungen von der Familie und aus dem Freundeskreis. Ältere Männer – 44 Jahre und älter – erhalten signifikant häufiger als jüngere Kontaktempfehlungen über Institutionen der medizinischen Versorgung ($p < 0,05$, Cramers V: 0,123; vgl. dazu auch Polte u. a. 1999).

37 % der Männer und 38 % der Frauen mit Alkoholproblemen haben den Kontakt zu den Einrichtungen im Jahre 2000 beendet. Es sind sehr unterschiedliche Beendigungsquoten der Männer nach Einrichtungsarten zu erkennen. So haben 45 % der Männer in den suchtmittelübergreifenden Kontakt- und Beratungsstellen gegenüber 34 % der Männer in den Alkoholberatungs- und -behandlungsstellen den Kontakt beendet. Dieser Unterschied ist hoch signifikant ($p < 0,001$, Cramers V: 0,118). Bei den Frauen sind solche erheblichen Unterschiede nicht zu beobachten.

32 % der Männer und 41 % der Frauen haben den Kontakt zu den ambulanten Einrichtungen innerhalb von drei Monaten beendet. Ein Viertel der Männer und ein Fünftel der Frauen blieb ein halbes Jahr. Eine etwa gleich große Gruppe hielt den Kontakt bis zu einem Jahr. Länger als ein Jahr nahm rund ein Fünftel der Männer und Frauen die Beratung oder Behandlung in Anspruch. Wie in den Vorjahren variiert die Betreuungsdauer systematisch nach dem Geschlecht.

Tab. 18: Alkohol – Betreuungsdauer der Beender nach Geschlecht

	Männer	Frauen	Gesamt
Bis drei Monate	32,1 %	40,5 %	35,1 %
Bis ein halbes Jahr	24,5 %	20,1 %	22,9 %
Bis ein Jahr	23,0 %	19,9 %	21,9 %
Bis zwei Jahre	14,2 %	11,9 %	13,4 %
Länger als zwei Jahre	6,2 %	7,5 %	6,7 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	730	412	1.142

p < 0,05, Cramers V: 0,096

Die durchschnittliche Beratungs- oder Behandlungsdauer von Männern (14 Monate) und Frauen (13 Monate), die die Betreuung beendet haben, unterscheidet sich jedoch nicht signifikant. Unterschiede in der Betreuungsdauer von älteren und jüngeren Klientinnen und Klienten, die die Beratung und Behandlung beendet haben, sind nicht zu beobachten.

Nach den Daten der EBIS-Dokumentation 1999 war die Beratungs- und Behandlungsdauer der beendeten Fälle in der Hamburger Basisdatendokumentation durchschnittlich etwas länger. Nach EBIS nahmen 37 % der Klientinnen und Klienten, die die Beratung oder Behandlung beendet hatten, die Hilfeangebote nur bis zu zwölf Wochen in Anspruch (Strobl, Lange, Zahn 2000).

Insgesamt 31 % der Männer und Frauen nehmen nur bis zu drei Monaten die Beratung oder Behandlung in Anspruch⁸. Dabei handelt es sich überwiegend (79 %) um Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2000 erstmals das Angebot der jeweiligen Einrichtung in Anspruch genommen haben. 16 % der Männer und Frauen sind bis zu sechs Monate in den Einrichtungen, darunter 71 % Neuaufnahmen. Mehr als sechs Monate bis zu zwölf Monaten dauert die Beratung beziehungsweise Behandlung von rund 20 % der Männer und Frauen. Diese Gruppe besteht zu 53 % aus Neuaufnahmen. Eine gleich große Gruppe von Männern und Frauen befindet sich mehr als ein Jahr bis zwei Jahre in Beratung oder Behandlung. Bei 12 % der Männer und Frauen dauert der Beratungs- beziehungsweise Behandlungsprozeß länger als zwei Jahre. Ohne Berücksichtigung der Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2000 erstmals die Angebote der Einrichtungen nutzen, wird deutlich, daß nur 23 % sechs Monate und kürzer, jedoch 77 % länger als sechs Monate in den Einrichtungen verbleiben.

⁸ Einschließlich Beender.

Tab. 19: Alkohol – Betreuungsdauer nach Aufnahmemodus (dichotomisiert) und Geschlecht

	Männer		Frauen		Gesamt
	Neu- aufnahme	Keine Neu- aufnahme	Neu- aufnahme	Keine Neu- aufnahme	
Bis 3 Monate	50,7 %	11,0 %	52,1 %	14,1 %	30,9 %
Bis 6 Monate	22,7 %	10,9 %	22,4 %	8,6 %	15,8 %
Bis 12 Monate	26,6 %	16,2 %	25,4 %	17,1 %	21,1 %
Bis 24 Monate	–	40,7 %	–	36,4 %	20,4 %
Länger als 24 Monate	–	21,2 %	–	23,8 %	11,8 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	944	973	468	560	3.034

Männer: $p < 0,001$, Cramers V: 0,683

Frauen: $p < 0,001$, Cramers V: 0,654

Frauen nehmen länger als Männer die Beratung oder Behandlung wahr. Die durchschnittliche Dauer der Beratung beziehungsweise Behandlung beträgt bei den Männern 10,2 Monate und bei den Frauen 11,4 Monate ($p < 0,05$, T-Test).

Die durchschnittliche Dauer der Beratung oder Behandlung der Klientinnen und Klienten in den Einrichtungen stellt sich recht unterschiedlich dar. So beträgt die durchschnittliche Dauer der Beratung oder Behandlung der Männer in den Alkoholberatungs- und -behandlungsstellen 11,6 Monate und der Frauen 12,6 Monate. In den suchtmittelübergreifenden Kontakt- und Beratungsstellen sind dagegen im Durchschnitt die Männer 7,7 Monate und die Frauen 9,0 Monate in Beratung. Die dargestellten Differenzen sind jeweils hoch signifikant ($p < 0,001$, T-Test). Es ist davon auszugehen, daß diese unterschiedliche Beratungs- und Behandlungsdauer auf die verschiedenen Konzepte und Arbeitsweisen der beiden Einrichtungsarten beziehungsweise auf die unterschiedliche Klientel zurückzuführen sind.

Etwas weniger als die Hälfte der Frauen und Männer mit Alkoholproblemen sind im Jahr 2000 neu in den Einrichtungen aufgenommen worden⁹. Dieses Ergebnis unterscheidet sich nicht wesentlich von der Neuaufnahmequote des Vorjahres. Rund ein Drittel Frauen und Männer ist schon im Vorjahr beraten oder behandelt worden. Zwischen 16 und 18 % der Männer und Frauen sind erneut, nach einer Unterbrechung, in den jeweiligen Einrichtungen aufgenommen worden. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind nicht zu erkennen.

Unter den Neuaufnahmen befinden sich mehr jüngere Klientinnen und Klienten im Alter bis 43 Jahre als ältere.

⁹ Dies sind Neuaufnahmen auf der Einrichtungsebene, nicht jedoch in jedem Fall auf der Ebene des Hilfesystems.

Exkurs: Vergleich der Neuaufnahmen 1999 und 2000

In einer vergleichenden Analyse der Neuaufnahmen des Jahres 1999 und 2000 soll überprüft werden, ob sich die Klientel in diesem Zeitraum verändert hat. Dabei ist im Bereich der Hauptdrogengruppe Alkohol zu berücksichtigen, daß sich im Jahr 2000 deutlich mehr Einrichtungen an der Hamburger Basisdatendokumentation beteiligt haben. Eine Reihe dieser neuen Einrichtungen weist andere Arbeitsansätze auf. Es ist daher davon auszugehen, daß diese Einrichtungen eine andere Klientel erreichen als die Einrichtungen, die sich im Jahr 1999 an der Basisdatendokumentation beteiligt haben.

Der Auswertung liegen insgesamt 2.143 Datensätze zugrunde, davon 725 (34 %) aus dem Jahre 1999 und 1.418 (66 %) aus dem Jahre 2000. Der Frauenanteil bei den Neuaufnahmen ist 1999 mit 36 % etwas höher als im Jahr 2000 mit 33 %. Diese Differenz ist jedoch nicht signifikant.

Deutliche Unterschiede zwischen den Neuaufnahmen der Jahre 1999 und 2000 lassen sich hinsichtlich der Verteilung auf die Einrichtungsarten erkennen. Im Jahr 2000 verzeichnen die Alkoholberatungs- und -behandlungsstellen relativ mehr Neuaufnahmen – von Frauen wie Männern – als die suchtmittelübergreifenden Kontakt- und Beratungsstellen. Im Jahr 1999 war dies umgekehrt. Dadurch bedingt sind auch Veränderungen im Hinblick auf die Vermittlungsagenturen zu beobachten. Signifikant mehr Klientinnen und Klienten haben im Jahr 2000 (40 %) im Vergleich zum Jahr 1999 (30 %) aufgrund einer Kontaktempfehlung durch Einrichtungen der medizinischen Versorgung die Hilfeangebote in Anspruch genommen ($p < 0,001$, Cramers V: 0,177). Die Einrichtungen der medizinischen Versorgung vermitteln bevorzugt an Alkoholberatungs- und -behandlungsstellen, die insgesamt im Jahr 2000 häufiger als im Jahr 1999 in der Basisdatendokumentation vertreten sind. Deutliche Unterschiede ergeben sich bei der Altersstruktur der Neuaufnahmen 1999 und 2000. Aufgrund von Übertragungsfehlern von EBIS-Daten in die Basisdatendokumentation bei den Altersangaben kann diese Differenz ein Artefakt sein. Hinsichtlich einer Reihe von Merkmalen, wie Erwerbstätigkeit und Familienstand, sind zwischen den Neuaufnahmen 1999 und 2000 zwar einige Unterschiede zu erkennen, sie sind jedoch häufig altersabhängig. Im Hinblick auf den Gebrauch psychotroper Substanzen sind keine relevanten Unterschiede zwischen den beiden Jahrgängen zu beobachten.

Betrachtet man nur die Altersgruppe 44 Jahre und älter, so ist eine auffällige Differenz, daß sowohl die Frauen als auch die Männer im Jahr 2000 signifikant häufiger Vorerfahrungen mit einer suchtspezifischen Behandlung haben als 1999.

Tab. 20: Alkohol – Behandlungserfahrungen der Neuaufnahmen der Altersgruppe 44 Jahre und älter 1999 und 2000 nach Geschlecht

	Altersgruppe 44 Jahre und älter					
	Männer*		Frauen**		Gesamt***	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000
Behandlungserfahrungen	48,8 %	76,4 %	41,7 %	69,2 %	46,4 %	73,9 %
Keine Behandlungserfahrungen	51,2 %	23,6 %	58,3 %	30,8 %	53,6 %	26,1 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	203	157	103	91	306	229

* p < 0,001, Cramers V: 0,261

** p < 0,001, Cramers V: 0,275

*** p < 0,001, Cramers V: 0,278

Dies mag einerseits auf spezifische Zugangsmöglichkeiten und vorhandene Angebotsformen, wie zum Beispiel Nachsorge, der im Jahr 2000 neu hinzugekommenen Einrichtungen zurückzuführen sein. Andererseits decken sich diese Befunde mit der zu beobachtenden Entwicklung der wachsenden Behandlungserfahrungen der Klientenjahrgänge (vgl. Kapitel 3.4).

3.2.4 Partnerbeziehungen, Kinder und Wohnverhältnisse

Die Angaben zum Familienstand, zur aktuellen Partnerbeziehung, Elternschaft und zur Wohnsituation der Männer und Frauen mit Alkoholproblemen ergeben folgendes.

Tab. 21: Alkohol – Familienstand nach Geschlecht

	Hamburger Basisdatendokumentation*		EBIS-Dokumentation 2000**	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Ledig, nie verheiratet	42,4 %	31,7 %	36,1 %	19,9 %
Verheiratet	34,2 %	37,5 %	44,0 %	49,8 %
Geschieden	21,6 %	26,0 %	18,3 %	23,6 %
Verwitwet	1,8 %	4,8 %	1,6 %	6,7 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	1.750	974	25.886	8.235

* p < 0,001, Cramers V: 0,130

** Quelle: Strobl, Lange, Zahn 2000 (Hauptdiagnose Alkohol)

Männer und Frauen mit Alkoholproblemen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihres Familienstandes. Mit 42 % bilden die ledigen Männer die größte Gruppe, der Anteil der ledigen Männer ist um 10 Prozentpunkte größer als der der ledigen Frauen mit 32 %. Bei den

Frauen sind die Verheirateten mit 38 % die größte Gruppe, der Unterschied zu den verheirateten Männern beträgt nur 4 %, fällt also nicht besonders stark ins Gewicht. Insbesondere Frauen über 40 Jahre sind häufiger verheiratet als Männer über 40 Jahre. Bemerkenswert sind weiterhin die hohen Anteile der geschiedenen Männer mit 22 % und der geschiedenen Frauen mit 26 %. Die Zahl der Scheidungen steigt in der Dekade zwischen 30 und 40 Jahren erheblich an und liegt in den Altersklassen zwischen 40 und 60 Jahren bei gut einem Drittel aller Angaben. Ähnliche Verteilungen finden sich trotz vieler Variationen auch in den Vorjahren. Die geschlechtsspezifischen Differenzen sind in diesem Jahr wie schon in den Vorjahren signifikant (vgl. dazu Meulenbelt, Wevers, van den Ven 1998).

Der Vergleich mit den Ergebnissen der EBIS-Daten (Strobl, Lange, Zahn 2000) zeigt, daß es erhebliche Differenzen zwischen den Stichproben gibt. Diese betreffen die Frauen stärker als die Männer, sind aber auch bei letzteren zu beobachten. Insbesondere sind die Anteile der verheirateten Männer und Frauen größer als in der Hamburger Basisdatendokumentation 2000, und bei den Frauen ist der Anteil der Ledigen geringer. Wie in den vergangenen Jahren ist davon auszugehen, daß die Differenzen im Familienstand in den beiden Dokumentationssystemen auf Unterschiede der Lebensgestaltung in Großstädten und auf dem Land zurückgehen. Vor allem Frauen in Großstädten reagieren auf die veränderten Lebensbedingungen mit stärkerer Individualisierung, die möglicherweise auch zu einer stärkeren Isolierung führt.

Gegenüber der Wohnbevölkerung im Alter von 20 bis unter 70 Jahren weist der Familienstand der Männer und Frauen mit Alkoholproblemen deutliche Unterschiede auf. So sind in der Wohnbevölkerung nur 31 % der Männer und 22 % der Frauen ledig, dagegen 61 % der Männer und 64 % der Frauen verheiratet. Bemerkenswert ist ferner die hohe Geschiedenenquote der Klientel mit Alkoholproblemen. In der Wohnbevölkerung beläuft sich der Anteil der geschiedenen Männer auf 7 % und der der Frauen auf 8 % (Statistisches Bundesamt 2000).

Tab. 22: Familienstand der Wohnbevölkerung nach Geschlecht im Alter von 20 bis unter 70 Jahren am 31.12.1998

	Männer	Frauen
Ledig	30,5 %	21,7 %
Verheiratet	61,3 %	64,1 %
Geschieden	6,8 %	8,1 %
Verwitwet	1,4 %	6,1 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %
N	27.916.400	27.357.600

Quelle: Statistisches Bundesamt 2000; eigene Berechnungen

Ehescheidungen und Ledigsein können sowohl Ursache als auch Folge des problematischen Alkoholkonsums sein. Vereinsamung durch fehlende Partnerschaft ist dabei ein weiteres

Problem, das den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen kann (vgl. Feuerlein, Kufner, Soyka 1998).

Unabhängig vom Familienstand leben jedoch viele Paare zusammen, wie die folgenden Daten belegen.

Tab. 23: Alkohol – Aktuelle Beziehungen 1999 und 2000 nach Geschlecht

	1999		2000*	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alleinstehend	44,8 %	38,9 %	44,0 %	36,5 %
Zeitweilige Beziehung(en)	4,7 %	6,9 %	5,3 %	5,8 %
Feste Beziehung	50,5 %	54,1 %	50,7 %	57,7 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	792	434	1.539	904

* $p < 0,001$, Cramers V: 0,074

Ähnlich wie im Vorjahr liegt der Anteil der alleinstehenden Männer bei 45 % und der der Frauen bei knapp 40 %. Auch sonst lassen sich nur leichte Verschiebungen feststellen, die bei den Frauen etwas stärker ausfallen als bei den Männern. Insgesamt sind im Jahr 2000 etwas mehr Frauen, die in einer (festen) Beziehung leben, in den Einrichtungen als im Jahr 1999.

In der folgenden Tabelle ist der Anteil der Klientinnen und Klienten, die in Hamburg beziehungsweise außerhalb wohnen, für die letzten drei Jahre dargestellt.

Tab. 24: Alkohol – Wohnort Hamburg 1998 bis 2000 nach Geschlecht

	Männer			Frauen		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000
Hamburg	98,7 %	97,2 %	97,4 %	100,0 %	96,2 %	97,2 %
Außerhalb	1,3 %	2,8 %	2,6 %	–	3,8 %	2,8 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	1.064	1.033	1.150	395	426	527

Im dritten Jahr in Folge zeigt sich, daß nahezu alle Klientinnen und Klienten, von denen hierzu Daten vorliegen, in Hamburg wohnen. Unabhängig vom Geschlecht liegt der Anteil der Hamburgerinnen und Hamburger an der Klientel der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in den Jahren 1997 bis 2000 jeweils über 96 %. Der recht hohe Anteil fehlender Werte erklärt sich bei dieser Variable größtenteils durch den Datenexport aus dem bislang vielfach einge-

setzten EBIS-System, bei dem die Postleitzahl nicht erhoben wurde. Gründe für eine nicht zufällige Verteilung der Missings sind nicht zu erkennen. Vielmehr spricht die Stabilität der Ergebnisse dafür, daß tatsächlich nur ein sehr geringer Teil der Klientinnen und Klienten der ambulanten Hamburger Suchtkrankenhilfe nicht in Hamburg wohnt. Analysiert man die Angaben zu den Postleitzahlen getrennt für die einzelnen Altersklassen, so zeigen sich keine Abweichungen: In allen Altersklassen liegt der Anteil derjenigen, die eine Postleitzahl außerhalb Hamburgs angegeben haben, auf vergleichbar niedrigem Niveau. Auch beim Vergleich der neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten mit denjenigen, die aus dem Vorjahr übernommen wurden, werden keine Unterschiede sichtbar.

Fragt man pauschal nach der Wohnsituation der Klientel, erhält man folgende Angaben.

Tab. 25: Alkohol – Wohnsituation 1999 und 2000 nach Geschlecht

	1999*		2000**	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Eigener Wohnraum vorhanden	95,0 %	98,0 %	92,3 %	97,0 %
Kein eigener Wohnraum	5,0 %	2,0 %	7,7 %	3,0 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	993	458	1.136	571

* p < 0,01, Cramers V: 0,072

** p < 0,001, Cramers V: 0,094

Die vorliegenden Daten zeigen, daß die ganz überwiegende Mehrheit der Männer und Frauen mit Alkoholproblemen über eigenen Wohnraum verfügt. Zu beachten ist aber auch, daß 8 % der Männer und 3 % der Frauen über keinen eigenen Wohnraum verfügen und daß der Anteil derjenigen, die aktuell über keinen eigenen Wohnraum verfügen, bei den Männern bei 11 % und bei den Frauen bei 5 % liegt (vgl. folgende Tabelle). Bedenkt man weiterhin, daß Daten aus niedrighschwelligen Einrichtungen nicht berücksichtigt wurden, ebensowenig Daten von Notunterkünften für Alkoholabhängige oder aus Betreuungseinrichtungen für wohnungslose Alkoholabhängige, dann entsprechen die vorliegenden Daten den Befunden, die zum Beispiel Pörksen und Wessel (1998) vorgelegt haben.

Fragt man detailliert nach dem aktuellen Aufenthaltsort, ergibt sich folgendes.

Tab. 26: Alkohol – Aktueller Aufenthaltsort 1999 und 2000 nach Geschlecht

	1999		2000*	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Wohnung/Zimmer	90,2 %	94,4 %	89,3 %	94,8 %
Angehörige	2,3 %	1,3 %	2,7 %	0,7 %
FreundInnen/PartnerIn	2,0 %	0,8 %	1,4 %	1,0 %
Betreutes Wohnen	1,8 %	1,5 %	2,5 %	2,1 %
In Institutionen (Klinik, Hotel)	2,6 %	1,5 %	2,8 %	1,2 %
Auf der Straße	1,0 %	0,4 %	1,5 %	0,1 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	993	465	1.714	968

Die Fälle, die in der JVA einsitzen, wurden hier nicht berücksichtigt

* $p < 0,001$, Cramers V: 0,116

Das Ergebnis unterstreicht noch einmal, daß die meisten Männer und noch mehr Frauen dieser Gruppe über eigenen Wohnraum verfügen. Der Anteil der Männer, die keinen eigenen Wohnraum haben und auf andere angewiesen sind beziehungsweise auf der Straße leben, liegt über dem der Frauen. Die Differenzen sind im Jahr 2000 signifikant.

Vergleicht man die letzten beiden Jahre, dann gibt es geringfügige Verschiebungen in der Wohnsituation. Gegenüber 1999 hat im Jahr 2000 der Anteil der Männer und Frauen, die in einer betreuten Wohnung leben leicht zugenommen.

Tab. 27: Alkohol – Formen des Zusammenlebens 1999 und 2000 nach Geschlecht

	1999*		2000**	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alleinlebend	55,2 %	39,9 %	49,6 %	37,0 %
Mit den Eltern	2,6 %	0,9 %	3,3 %	1,8 %
Allein mit Kind(ern)	1,7 %	14,8 %	10,3 %	22,7 %
Allein mit PartnerIn	22,4 %	23,9 %	23,7 %	27,1 %
Mit PartnerIn und Kind(ern)	15,3 %	16,9 %	8,7 %	7,2 %
Mit FreundInnen	1,3 %	2,4 %	1,4 %	1,6 %
Anderes	1,5 %	1,2 %	2,9 %	2,6 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	687	331	1.324	819

* $p < 0,001$, Cramers V: 0,279

** $p < 0,001$, Cramers V: 0,190

Wie die Daten für die Jahre 1999 und 2000 ausweisen, gibt es eine Reihe von auffälligen Verschiebungen. Diese sind besonders ausgeprägt, wenn es um das Zusammenleben mit

Kindern geht. Der Anteil der Männer und Frauen, die allein mit ihren Kindern leben, hat sich um ca. 10 Prozentpunkte erhöht: er liegt bei den Männern in Jahr 2000 bei 10 % und bei den Frauen bei 23 %. Dagegen hat sich der Anteil der Männer und Frauen, die zusammen mit PartnerIn und Kindern leben, nahezu halbiert: er liegt bei Männern und Frauen bei 9 % beziehungsweise 7 %. Es ist davon auszugehen, daß das auf Veränderungen der Gruppenzusammensetzung zurückgeht als Folge der Zunahme der Einrichtungen, die an der Basisdatendokumentation teilnehmen. Alle anderen Veränderungen sind weniger spektakulär und gehen wohl auf Kosten zufälliger Variationen. Die geschlechtsspezifischen Differenzen sind im Berichtsjahr 2000 wie im Jahr 1999 signifikant.

Das Zusammenleben mit anderen kann ein stabilisierender Faktor sein. Das gilt besonders dann, wenn der Partner oder die Partnerin keine Suchtprobleme hat. Die vorliegenden Angaben dazu ergeben für die letzten beiden Berichtsjahre folgendes Bild.

Tab. 28: Alkohol – PartnerIn mit und ohne Suchtprobleme 1999 und 2000 nach Geschlecht

	1999*		2000**	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Keine Suchtprobleme	86,5 %	68,5 %	87,4 %	73,2 %
Suchtprobleme	13,5 %	31,5 %	12,6 %	26,8 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	695	372	840	456

* p < 0,001, Cramers V: 0,205

** p < 0,001, Cramers V: 0,177

Unter Berücksichtigung der vergleichsweise wenigen Angaben, die zu dieser Frage vorliegen, fällt auf, daß ca. ein Drittel beziehungsweise ein Viertel der Frauen mit PartnerInnen zusammenlebt, die Suchtprobleme haben. Bei den Männern sind das nur ca. 13 %. Die Differenz zwischen den Geschlechtern ist signifikant. Partner oder Partnerinnen, die keine Suchtprobleme haben, können einen sehr positiven Einfluß auf die Beziehung und die Aufrechterhaltung der Abstinenz haben. So gesehen befinden sich Männer, die PartnerInnen ohne Suchtprobleme haben, in einer besseren Situation als Frauen, von denen eben sehr viel mehr mit PartnerInnen mit Suchtproblemen zusammenleben (Kruse, Körkel, Schmalz 2000; Rudolf 1998). Haben auch PartnerInnen Suchtprobleme, handelt es sich ganz überwiegend um stoffgebundene Süchte, bei einigen Partnerinnen der Männer auch um Eßstörungen.

Berücksichtigt man hier, ob die Klientinnen und Klienten Kinder haben oder nicht und wo diese zur Zeit leben, erhält man folgende Angaben.

Tab. 29: Alkohol – Eltern und Nicht-Eltern 1997 bis 2000 nach Geschlecht

	1997*		1998**		1999***		2000****	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Kein Kind	66,3 %	50,3 %	58,9 %	42,7 %	43,1 %	31,0 %	53,4 %	40,6 %
Ein Kind oder mehrere Kinder	33,7 %	49,7 %	41,1 %	57,3 %	56,9 %	69,0 %	46,6 %	59,4 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	1.324	539	999	429	715	413	1.136	571

* p < 0,001

** p < 0,001, Cramers V: 0,208

*** p < 0,001, Cramers V: 0,120

**** p < 0,001, Cramers V: 0,122

Der Vergleich mit den Vorjahren belegt eine starke Dynamik und Veränderungen von Jahr zu Jahr. Im Jahr 2000 liegt der Anteil der Männer mit Kindern bei 47 %, der der Frauen bei 59 % und entspricht in etwa den Befunden von 1998, nicht aber denen von 1997 und 1999. Es ist denkbar, daß die Veränderungen auf die veränderte Gruppenzusammensetzung zurückzuführen sind als Folge der Zunahme der Zahl der Einrichtungen in der Basisdatendokumentation.

Im Durchschnitt haben die Frauen 1,6 Kinder und die Männer 1,7 Kinder; der Unterschied ist nicht bedeutsam. Schätzt man anhand der Daten die Gesamtzahl der Kinder in dieser Stichprobe, kommt man auf eine Zahl von 1.700.

Vergleicht man die Lebensformen der Männer und Frauen mit und ohne Kinder, ergibt sich folgendes.

Tab. 30: Alkohol – Eltern und Nicht-Eltern nach Formen des Zusammenlebens und Geschlecht

	Mit Kind(ern)		Ohne Kind(er)	
	Männer*	Frauen**	Männer*	Frauen**
Alleinlebend	40,3 %	27,6 %	61,3 %	56,6 %
Mit den Eltern	1,5 %	0,8 %	6,0 %	3,2 %
Allein mit Kind(ern)	11,4 %	30,1 %	–	–
Allein mit PartnerIn	21,5 %	22,6 %	24,6 %	30,5 %
Mit PartnerIn und Kind(ern)	22,6 %	16,2 %	2,9 %	2,5 %
Mit FreundInnen	1,5 %	0,8 %	1,8 %	3,6 %
Anderes	1,3 %	1,9 %	3,4 %	3,6 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	474	359	586	279

* Männer: p < 0,001, Cramers V: 0,428

** Frauen: p < 0,001, Cramers V: 0,501

Die Lebensformen unterscheiden sich systematisch danach, ob Männer und Frauen Kinder haben oder nicht. Männer und Frauen, die keine Kinder haben, leben sehr viel häufiger allein als diejenigen mit Kindern. Dieser Befund ist zunächst einmal trivial, denn man kann erwarten, daß Eltern mit ihren Kindern zusammenleben. Auffallend ist aber doch, daß nahezu doppelt so viele Frauen, die keine Kinder haben, allein, also auch ohne Partner, leben als Frauen mit Kindern.

Betrachtet man die Männer und Frauen, die Kinder haben, etwas genauer, dann stellt man fest, daß von den Frauen knapp die Hälfte mit den Kindern zusammen lebt, davon 30 % alleine mit den Kindern und 16 % zusammen mit einem Partner. Bei den Männern ist das nur ein Drittel, davon 11 % allein mit den Kindern und 22 % zusammen mit einer Partnerin. Aufgeschlüsselt nach Altersgruppen leben in der Altersgruppe 30 bis 39 Jahre 60 % der Frauen, aber nur 53 % der Männer mit Kindern, in der Altersgruppe 40 bis 49 Jahre 54 % der Frauen und nur 36 % der Männer sowie in der Altersgruppe ab 50 Jahren nur 20 % der Frauen und der Männer. Je jünger die Frauen sind, um so eher leben sie mit ihren Kindern zusammen; je älter sie – und ihre Kinder – werden, um so eher leben sie von diesen getrennt. Das Alter hat also starke Auswirkungen auf die Lebensformen. Allerdings leben durchweg mehr Männer als Frauen allein, wenn es auch in dieser Hinsicht eine Angleichung zwischen den Geschlechtern mit dem Alter gibt.

Exkurs: Klientinnen und Klienten mit Kindern

444 Frauen mit Alkoholproblemen haben Kinder, 304 haben keine. Von den Frauen mit Kindern sind 23 % Alleinerziehende. Da es sich bei den Frauen mit Kindern und bei den Alleinerziehenden um eine besondere Problemgruppe handelt (vgl. Vogt 1996), soll sie etwas genauer untersucht werden.

Das Durchschnittsalter der Frauen und Männer mit Kindern liegt jeweils bei 46 Jahren. Schlüsselte man die Daten nach Altersklassen auf, ergibt sich folgendes.

Tab. 31: Alkohol – Eltern und Nicht-Eltern nach Altersklassen und Geschlecht

	Mit Kind(ern)*		Ohne Kind(er)*	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Bis 29 Jahre	2,4 %	3,0 %	11,3 %	10,3 %
30 bis 39 Jahre	24,1 %	21,6 %	34,3 %	40,6 %
40 bis 49 Jahre	36,3 %	38,1 %	37,4 %	37,0 %
50 Jahre und älter	38,2 %	37,3 %	17,0 %	12,1 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	502	328	423	165

* p < 0,001, Cramers V: 0,169

Frauen und Männer ohne Kinder besetzen vor allem die Altersklassen bis 49 Jahre, diejenigen mit Kindern vor allem die Altersklassen ab 40 Jahren. Gut ein Drittel der Frauen und Männer mit Kindern sind über 50 Jahre alt. Für diese Gruppe liegt die Vermutung nahe, daß die Alkoholprobleme eingesetzt haben, nachdem die Kinder sich selbständig gemacht haben und die Mütter allein zurückgeblieben sind. Möglicherweise spielt das empty-nest-Syndrom immer noch eine wichtige Rolle, wenn es um die Genese der Alkoholabhängigkeit bei Frauen geht.

Frauen mit Kindern unterscheiden sich von denen ohne Kinder zudem in einer weiteren Reihe von Variablen. Zunächst fällt auf, daß Frauen mit Kindern mit 51 % zwar am häufigsten in Alkoholberatungsstellen gehen, daß aber mit 46 % eine fast ebenso große Gruppe auch an suchtmittelübergreifende Einrichtungen angebunden ist. Die Differenzen zur Gruppe der Frauen ohne Kinder sind signifikant.

Weiterhin gibt es Unterschiede beim Familienstand (signifikant mehr Frauen mit Kindern sind verheiratet) und bei der aktuellen Lebensform, worauf bereits hingewiesen worden ist. Offenbar haben auch signifikant mehr Frauen mit Kindern körperliche Gewalterfahrungen, jedoch haben sie weniger sexuelle Gewalterfahrungen. Das heißt, daß Frauen mit Kindern von ihren Partnern häufiger geschlagen werden als Frauen ohne Kinder. Die Bedeutung dieses Befundes für die Partnerschaft und für die Sozialisation der Kinder ist bislang wohl unterschätzt worden. Wie in Studien über Gewalt gegen Frauen vielfach nachgewiesen, richtet sich die Gewalt von Männern besonders häufig gegen Frauen in der Schwangerschaft und Frauen mit kleinen Kindern (Fawcett u. a. 1998; Stark, Flitcraft 1996). Das hat sehr negative Auswirkungen auf das Selbstbild der Frauen und auf ihre Gesundheit und ist im übrigen ein bedeutender Faktor für die Genese der Alkoholabhängigkeit selbst (Zobel 2000). Kinder erleben entsprechende Erfahrungen sehr häufig als Traumata wiederum mit Langzeitfolgen (van Dalen 2001). Erhärten sich in den folgenden Jahren entsprechende Ergebnisse, dann sollten diese über das heute übliche Maß hinaus Eingang finden in Projekte der primären, sekundären und tertiären Prävention.

Auch beim Schulabschluß unterscheiden sich die Frauen mit Kindern von denen ohne Kinder (signifikant mehr Frauen mit Kindern haben einen Hauptschulabschluß), aber tendenziell mehr Frauen mit Kindern haben eine Berufsausbildung beendet als Frauen ohne Kinder. Das hat jedoch wenig Auswirkungen auf die aktuelle Arbeitssituation (signifikant mehr Frauen mit Kindern sind erwerbslos) und die Haupteinkommensquelle (signifikant mehr Frauen mit Kindern leben von Sozialhilfe beziehungsweise von der Unterstützung durch Eltern, PartnerIn und von Familieneinkommen).

Die hier pauschal benannten Differenzen zwischen diesen beiden Gruppen machen deutlich, daß die Frauen es mit durchaus unterschiedlichen Problembelastungen zu tun haben, die unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bei der Beratung und Behandlung nahelegen.

3.2.5 Ausbildung, Beruf, Finanzen und kriminelle Karriere

Fast alle Männer und Frauen mit Alkoholproblemen haben ihre Schulkarriere zum Zeitpunkt der Datenaufnahme beendet. Lediglich von 16 Personen (elf Männer und fünf Frauen) ist bekannt, daß sie zur Zeit noch in der Schulausbildung sind. Das sind 1 % der Gesamtgruppe. Zu den Schulabschlüssen liegen folgende Angaben vor.

Tab. 32: Alkohol – Schulabschluß nach Geschlecht

	BADO 2000*			Wohnbevölkerung**	
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Kein Schulabschluß	3,1 %	2,5 %	2,9 %	k.A.	k.A.
Sonderschulabschluß	3,5 %	2,3 %	3,1 %	51,0 %	53,5 %
Hauptschulabschluß	53,5 %	37,7 %	47,7 %		
Mittlere Reife	21,7 %	34,1 %	26,2 %	25,3 %	29,1 %
Anderer Schulabschluß	6,9 %	8,1 %	7,4 %		
Fachhochschulabschluß oder höher	11,3 %	15,2 %	12,8 %	23,7 %	17,4 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	1.304	750	2.054	ca. 28,9 Mio.	ca. 30,6 Mio.

* $p < 0,001$, Cramers V: 0,174

** im Alter von 20 Jahren und älter im April 1999 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2000; eigene Berechnungen)

Die Ergebnisse unterscheiden sich kaum von denen der Vorjahre. Im Geschlechtervergleich schneiden Frauen mit ihren Schulabschlüssen signifikant besser ab, sie haben im Durchschnitt gesehen die höheren Abschlüsse. Das ändert aber nichts daran, daß Frauen wie Männer mit Alkoholproblemen im Vergleich zur Wohnbevölkerung relativ niedrige Schulabschlüsse haben. Konkret heißt das, daß der Anteil derjenigen, die nur einen Hauptschulabschluß vorzuweisen haben, höher und der Anteil derjenigen mit höheren Schulabschlüssen niedriger liegt als in der Wohnbevölkerung.

In Berufsausbildung sind von der Klientel mit Alkoholproblemen 27 Personen (20 Männer, sieben Frauen). Das sind 2 % der Gesamtgruppe.

80 % haben ihre Berufsausbildung abgeschlossen; geschlechtsspezifische Differenzen fallen hier nicht ins Gewicht. 20 % haben entweder keine Berufsausbildung begonnen oder diese abgebrochen. Differenziert nach Altersklassen ergibt sich folgendes.

Tab. 33: Alkohol – Berufsausbildung nach Altersklassen und Geschlecht

	Bis 29 Jahre		30 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 Jahre und älter	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Ausbildung abgeschlossen	52,2 %	64,0 %	72,7 %	75,9 %	85,2 %	79,3 %	90,3 %	95,1 %
Ausbildung abgebrochen	11,4 %	12,0 %	8,7 %	6,0 %	3,0 %	3,0 %	2,3 %	0,8 %
Keine Ausbildung begonnen	36,4 %	24, %	18,6 %	18,1 %	11,9 %	17,7 %	7,4 %	4,1 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	44	25	242	116	337	164	257	123

Ein Vergleich der Angaben zur Berufsausbildung in den verschiedenen Altersklassen zeigt, daß der Anteil derjenigen, die diese abgeschlossen haben, mit dem Alter ansteigt. Insbesondere in den Altersklassen bis 29 Jahre finden sich noch relativ viele Männer und Frauen, die keine Berufsausbildung haben. Allerdings sind diese Altersklassen ohnehin sehr schwach besetzt, was die Dateninterpretation schwierig macht. Ab 30 Jahren und älter haben wenigstens drei Viertel der Männer und Frauen eine abgeschlossene Berufsausbildung. Auffallend ist der geringe Anteil derjenigen, die ihre Berufsausbildung abbrechen. Dagegen kommt es in den Altersklassen 30 bis 50 Jahre häufiger vor, daß Männer und Frauen keine Berufsausbildung begonnen haben.

Faßt man die Angaben kategorial zusammen und vergleicht die Ergebnisse der letzten beiden Jahre miteinander, ergibt sich folgendes.

Tab. 34: Alkohol – Berufsausbildung 1999 und 2000 nach Geschlecht

	1999		2000	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Ausbildung abgeschlossen	84,1 %	81,8 %	80,8 %	78,9 %
Keine Ausbildung	15,9 %	18,2 %	19,2 %	21,1 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	724	380	1.409	777

Wie man sieht, können etwa vier Fünftel der Männer und Frauen mit Alkoholproblemen eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen. Das ist ein Hinweis darauf, daß ein großer Teil der Männer und Frauen in dieser Gruppe in diesem Bereich ein gestecktes Ziel erreicht hat, etwas „geschafft“ hat. Der Abschluß der Berufsausbildung ist, so betrachtet, eine Ressource. Wie sich diese Ressource nutzen läßt, hängt vom Einzelfall ab. Die Angaben zur Berufsausbildung passen im wesentlichen auch zu den Daten, die für die Wohnbevölkerung Deutschlands vorliegen (vgl. Statistisches Bundesamt 2000).

Tab. 35: Alkohol – Erwerbstätigkeit nach Geschlecht

	Männer	Frauen	Gesamt
Erwerbslos/arbeitslos	32,5 %	29,8 %	31,6 %
Erwerbstätig	67,5 %	70,2 %	68,4 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	1.340	664	2.004

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung ist von den Männern und Frauen mit Alkoholproblemen etwa ein Drittel erwerbslos. Das entspricht den Befunden im Vorjahr, ebenso denen von EBIS (Strobl, Lange, Zahn 2000). Auf die Bedeutung der Arbeitslosigkeit in der Entwicklung von Alkoholabhängigkeit und auf die Problematik fortbestehender Arbeitslosigkeit für die Behandlung hat Henkel (1992, 1998, 2000) nachdrücklich aufmerksam gemacht.

Tab. 36: Alkohol – Einkommensquellen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)

	Männer		Frauen	
	N	Prozent	N	Prozent
Einkommen aus Erwerbstätigkeit	581	39,7	335	40,1
Krankengeld	172	11,8	64	7,7
Arbeitslosengeld/-hilfe	263	18,0	88	10,5
Ausbildungsvergütung	43	2,9	22	2,6
Sozialhilfe	192	13,1	138	26,5
Rente	110	7,5	88	10,5
Unterstützung durch Angehörige	11	0,8	52	6,2
Unterstützung durch PartnerIn	3	0,2	18	2,2
Familieneinkommen (Hausfrau/Hausmann)	9	0,6	34	4,1
Versorgung in einer Institution	8	0,5	–	–
Sonstiges	17	1,2	13	1,6

Wie schon in den vorhergehenden Jahren bestimmen die Erwerbsarbeit und die damit in Verbindung stehenden Versorgungsleistungen wie Arbeitslosengeld und -hilfe, Krankengeld, Aus- und Weiterbildungsvergütungen sowie Rente für die Mehrzahl der Männer und Frauen mit Alkoholproblemen die Einkommensverhältnisse. Im Vergleich dazu ist nur bei einer kleinen Gruppe die Sozialhilfe bestimmend für die Einkommensverhältnisse, darunter sind deutlich mehr Frauen als Männer. Auch bei allen anderen Quellen finanzieller Unterstützung, die vergleichsweise selten genannt werden, finden sich typische geschlechtsspezifische Differenzen. Frauen geben als finanzielle Quellen sehr viel häufiger als Männer Unterstützungsleistungen durch Angehörige, PartnerIn oder das Familieneinkommen an. Die Quellen für das Haupteinkommen sind folgende.

Tab. 37: Alkohol – Haupteinkommensquellen nach Geschlecht

	Männer	Frauen	Gesamt
Einkommen aus Erwerbstätigkeit	43,6 %	40,6 %	42,5 %
Arbeitslosengeld/-hilfe, Krankengeld, Aus- und Weiterbildungshilfen	32,9 %	20,1 %	28,0 %
Rente	7,7 %	10,7 %	8,8 %
Sozialhilfe	13,9 %	16,6 %	14,9 %
Unterstützung durch Eltern/PartnerIn/ Familieneinkommen	1,0 %	11,4 %	5,0 %
Versorgung durch Institution	0,4 %	–	0,2 %
Sonstiges	0,5 %	0,6 %	0,6 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	1.264	773	2.037

p < 0,001, Cramers V: 0,265

Der Vergleich mit den Ergebnissen des Vorjahres zeigt, daß kleine Variationen auftreten, die aber an den wichtigsten Befunden wenig ändern. Für diese Gruppe sind Erwerbsarbeit und die mit ihr verknüpften Transferleistungen die wichtigsten Einkommensquellen. Nur für eine Minderheit von 14 % bei den Männern (1999: 13 %) und 17 % bei den Frauen (1999: 18 %) ist Sozialhilfe die Haupteinkommensquelle. Eine kleine Gruppe von Frauen (11 %) gibt als Haupteinkommensquelle Familienangehörige, den Partner/die Partnerin oder das Familieneinkommen an. Bei den Männern ist diese Geldquelle bedeutungslos. Für beide Geschlechter ist die finanzielle Versorgung in einer Institution der Ausnahmefall. Insgesamt sind die Differenzen zwischen den Geschlechtern statistisch signifikant.

Von 451 Männern und 289 Frauen liegen Angaben zu Schulden vor. Von diesen haben 58 % der Männer und 74 % der Frauen keine Schulden. Von denen, die verschuldet sind, haben die meisten Schulden bis 10.000 DM; nur eine kleine Gruppe – 12 % der Männer und 8 % der Frauen – ist höher verschuldet. Die Verschuldungsquote dieser Gruppe der Hamburger Klientel entspricht pauschal genommen derjenigen von EBIS; danach haben 34 % der Männer und 21 % der Frauen mit der Hauptdiagnose Alkohol Schulden (Strobl, Lange, Zahn 2000). Als Hauptgläubiger geben die Verschuldeten Banken und Privatpersonen an. Auch wenn für die Mehrzahl der Männer und Frauen in dieser Gruppe Schulden kein besonderes Problem darstellen, gibt es eine vergleichsweise große Untergruppe, die Schulden hat.

Von 547 Männern und 364 Frauen liegen Angaben zu Verurteilungen vor. In dieser Gruppe sind 19 % der Männer und 3 % der Frauen schon einmal verurteilt worden. Die Verurteilungen häufen sich in den Altersgruppen zwischen 30 und 50 Jahren (73 % aller Verurteilungen), ebenso der Anteil derer, die in Strafhaft waren (72 % aller Angaben zur Strafhaft). Die Gründe für die Verurteilungen bleiben eher vage. Neben allgemeinen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) spielen Körperverletzungen eine Rolle sowie andere, un-spezifizierte Straftaten.

3.2.6 Behandlungserfahrungen und Gesundheit

In der Hamburger Basisdatendokumentation werden differenziert Daten zu bisherigen sucht-spezifischen Behandlungen erhoben. Für Klientinnen und Klienten mit Alkohol- und Drogen-problemen liegen Angaben zu ambulanten und stationären Entgiftungs- und Therapieversu-chen sowie zu abgeschlossenen ambulanten und stationären Therapien vor.

Die Angaben der Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen in der Hamburger Basisda-tendokumentation zu Entgiftungsbehandlungen und Therapien sind in der folgenden Tabelle zusammengestellt.

Tab. 38: Alkohol – Behandlungserfahrungen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)

	Männer		Frauen	
	N	Prozent	N	Prozent
Mindestens eine stationäre Entgiftung*	1.120	73,2	622	68,3
Mindestens eine ambulante Entgiftung	579	13,0	363	11,8
Mindestens eine stationäre Therapie	1.121	52,7	637	49,1
Davon: mindestens eine abgeschlossene stationäre Therapie	357	88,5	195	88,2
Mindestens eine ambulante Therapie**	671	20,6	399	27,8
Davon: mindestens eine abgeschlossene ambulante Therapie	93	69,8	94	68,9

* $p < 0,01$, Cramers V: 0,078

** $p < 0,01$, Cramers V: 0,083

Mehr als zwei Drittel der Männer und Frauen mit Alkoholproblemen haben mindestens eine stationäre Entgiftung, etwa die Hälfte hat mindestens eine stationäre Therapie und immerhin zwischen einem Fünftel und mehr als einem Viertel hat eine ambulante Therapie durchge-führt. Von denen, die diese Therapien nutzten, haben rund 88 % der Männer und Frauen (1999: 86 %) mindestens eine stationäre Therapie und rund 70 % der Männer und Frauen (1999: 66 %) eine ambulante Therapie abgeschlossen¹⁰. Gegenüber dem Vorjahr sind im Jahr 2000 relativ häufiger stationäre und ambulante Therapieabschlüsse zu beobachten. Dies ist vermutlich auf die veränderte Klientenstruktur zurückzuführen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich bei der Nutzung stationärer Entgiftungsbe-handlungen und ambulanter Therapien erkennen. Männer haben signifikant häufiger als Frauen eine stationäre Entgiftung in Anspruch genommen ($p < 0,01$; Cramers V: 0,078). Da-gegen haben Frauen häufiger als Männer Behandlungserfahrungen mit ambulanten Thera-pien ($p < 0,01$, Cramers V: 0,083).

¹⁰ Berechnungsgrundlage: mindestens eine stationäre oder ambulante Therapie angefangen.

Insgesamt weisen 82 % der Männer und 77 % der Frauen mit Alkoholproblemen im Jahr 2000 eine entsprechende Behandlungserfahrung (mindestens eine stationäre oder ambulante Entgiftung oder Entwöhnung) auf. Diese Quote bei den Behandlungserfahrungen liegt erheblich höher als im Vorjahr. 1999 betrug die Quote bei den Behandlungserfahrungen insgesamt 57 %. Diese erhebliche Steigerung ist auf mehrere Faktoren zurückzuführen: Zum einen sind die Klientinnen und Klienten in der Hamburger Basisdatendokumentation im Jahr 2000 durchschnittlich älter als im Jahr 1999¹¹. Ältere Klientinnen und Klienten haben im Durchschnitt häufigere Behandlungserfahrungen als jüngere. Ferner weisen die Neuaufnahmen im Jahr 2000 deutlich häufiger Behandlungserfahrungen auf als die Neuaufnahmen im Jahr 1999 (vgl. Kapitel 3.2.3). Aber auch unter Berücksichtigung dieser Differenzen zwischen der Klientel in den Jahren 1999 und 2000 sind unterschiedlich hohe Quoten bei den Behandlungserfahrungen zu beobachten. Dieser Unterschied ist zum einen auf den beobachtbaren Zusammenhang zwischen der Verbleibdauer im Hilfesystem und zunehmenden Behandlungserfahrungen zurückzuführen (vgl. Kapitel 3.4). Zum anderen gibt es eine Reihe von Hinweisen, daß die im Jahr 2000 neu hinzugekommenen Einrichtungen – insbesondere Alkoholberatungs- und -behandlungsstellen – Klientinnen und Klienten beraten und behandeln, die Behandlungserfahrungen aufweisen. Inwieweit dies bedingt ist durch ein spezifisches Beratungs- und Behandlungsangebot, wie zum Beispiel Nachsorge nach einer Entwöhnungstherapie, oder ob es sich um eine spezifische Selektion der Klientinnen und Klienten durch Zugangsvoraussetzungen handelt, kann anhand der Daten nicht überprüft werden.

Zwischen Männern und Frauen mit Alkoholproblemen zeigen sich signifikante Unterschiede hinsichtlich bisheriger suchtspezifischer Behandlungen: So haben Männer mit 82 % insgesamt mehr Behandlungserfahrungen als Frauen mit 77 % ($p < 0,01$, Cramers V: 0,068). Bei den Männern korrespondieren die Behandlungserfahrungen mit dem Alter und der Dauer der Suchtkarriere. Männer mit Behandlungserfahrungen sind mit durchschnittlich 45 Jahren älter als Männer ohne Behandlungserfahrungen mit 42 Jahren ($p < 0,001$, T-Test). Bei den behandelten Männern ist das Alkoholproblem seit durchschnittlich 15 Jahren manifest, bei den unerfahrenen Männern erst seit elf Jahren. Bei Frauen ist kein statistisch relevanter Zusammenhang zwischen Behandlungserfahrungen und Alter beziehungsweise Dauer der Suchtkarriere zu beobachten.

Der Vergleich mit den Daten der EBIS-Dokumentation zeigt (Strobl, Lange, Zahn 2000), daß – wie im Vorjahr – diese Klientel mit der Hauptdiagnose Alkohol in den alten Bundesländern erheblich weniger Behandlungserfahrungen hat als die Klientel mit Alkoholproblemen in Hamburg.

Sieht man von den Angaben zu ambulanten Entgiftungen und zu abgeschlossenen Therapien ab, dann korrespondieren die Behandlungserfahrungen bei Männern wie bei Frauen mit Alkoholproblemen mit dem Abstinenzstatus (kein Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen).

¹¹ Dies ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auf eine fehlerhafte Datenübertragung zurückzuführen mit der Folge, daß insbesondere von Einrichtungen, die sich an junge Menschen mit Alkoholproblemen wenden, keine gültigen Altersangaben vorlagen.

Signifikant mehr abstinente Männer und Frauen haben im Vergleich mit denjenigen, die aktuell Alkohol konsumieren, Therapieerfahrungen. Bei Frauen erhöht auch eine abgeschlossene ambulante Therapie die Chance der Abstinenz. Man kann diese Daten als Hinweis deuten, daß stationäre Entgiftungsbehandlungen und ambulante und stationäre Therapien – ob abgeschlossen oder nicht – die Chancen zur Abstinenz erhöhen.

Tab. 39: Alkohol – Behandlungserfahrungen nach Abstinenz (in den letzten 30 Tagen) und Geschlecht (Mehrfachnennungen)

	Männer			Frauen		
	Abstinenz	Konsum	Signifikanz	Abstinenz	Konsum	Signifikanz
Stationäre Entgiftung	83,4 %	66,9 %	p < 0,001 C.V: 0,175	73,2 %	57,6 %	p < 0,01 C.V: 0,142
N	265	516		112	311	
Ambulante Entgiftung	13,4 %	12,8 %	n.s.	14,5 %	11,1 %	n.s.
N	179	400		83	280	
Stationäre Therapie	67,8 %	44,9 %	p < 0,001 C.V: 0,220	60,5 %	43,8 %	p < 0,01 C.V: 0,151
N	286	521		124	313	
Abgeschlossene stationäre Therapie	91,5 %	86,0 %	n.s.	91,5 %	86,3 %	n.s.
N	164	193		71	124	
Ambulante Therapie	30,9 %	15,8 %	p < 0,001 C.V: 0,176	37,9 %	24,3 %	p < 0,01 C.V: 0,132
N	217	454		103	296	
Abgeschlossene ambulante Therapie	71,1 %	69,1 %	n.s.	80,0 %	56,3 %	p < 0,05 C.V: 0,230
N	38	55		30	64	

C.V: Cramers V

Seit 1998 wird in der Suchtkrankenhilfe in Hamburg auch eine Akupunkturbehandlung für Klientinnen und Klienten mit Alkohol- und Medikamentenproblemen angeboten. Diese Akupunkturbehandlung wird im wesentlichen eingesetzt zur ambulanten Entgiftung und zur Stabilisierung in Krisensituationen, wie zum Beispiel nach einem Rückfall. Ein Projekt der Akupunkturbehandlung in der Suchtkrankenhilfe wurde wissenschaftlich ausgewertet und erbrachte ermutigende Ergebnisse (Buhk u. a. 2001). Insgesamt haben 8 % der Männer und 9 % der Frauen mit Alkoholproblemen in den letzten zwölf Monaten an einer Akupunkturbehandlung teilgenommen. Die Teilnahme an einer Akupunkturbehandlung ist bei den Klientinnen und Klienten in den einzelnen Einrichtungen unterschiedlich häufig. Bei den Einrichtungen, in denen vollständig dokumentiert wurde, beträgt der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an einer Akupunkturbehandlung zwischen 6 und 31 %. Inwieweit dies an eingeschränkter Verfügbarkeit und Krankenkassenfinanzierung entsprechender Angebote liegt, wird noch zu prüfen sein.

Nur wenige Männer und Frauen mit Alkoholproblemen wurden mit suchtbezogenen Medikamenten behandelt. Nach den Daten aus den suchtmittelübergreifenden Kontakt- und Be-

handlungsstellen erhielten 14 % der Männer und 7 % der Frauen Distranerin. Andere Medikationen, wie Naltrexon, wurden nur in Einzelfällen eingesetzt.

Wegen einer körperlichen Erkrankung waren in den letzten zwölf Monaten 23 % der Männer und 20 % der Frauen im Krankenhaus. Geschlechtsspezifische Differenzen sind nicht zu beobachten. 36 % der Männer und 34 % der Frauen mit Alkoholproblemen weisen akute gesundheitliche Beeinträchtigungen auf. Es handelt sich dabei hauptsächlich um nicht näher bezeichnete Erkrankungen (rund 27 % der Männer und Frauen) und Erkrankungen des Verdauungssystems (7 % der Männer und 3 % der Frauen). Andere Erkrankungen, wie zum Beispiel Hepatitiden und Leberzirrhosen, werden für jeweils weniger als 3 % der Männer und Frauen genannt. Der Anteil derjenigen, die keine gesundheitlichen Probleme nennen, ist bemerkenswert hoch, wenn man berücksichtigt, daß es sich hier um Männer und Frauen handelt, die im Durchschnitt seit vielen Jahren Alkoholprobleme haben. Aus epidemiologischen Studien und Untersuchungen zu Krankenhauspatientinnen und -patienten mit Alkoholproblemen ist bekannt, daß insbesondere langjähriges problematisches Alkoholtrinken zu erheblichen gesundheitlichen Störungen führt (Bühringer u. a. 2000; Arnold, Schmid, Simmedinger 1999; Wetterling, Veltrup 1997). Hinsichtlich der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen sind diese Daten zur gesundheitlichen Situation daher eher als untere Werte zu betrachten.

3.2.7 Exkurs: Alter

An verschiedenen Stellen dieses Berichtes wurde der Zusammenhang zwischen der Altersverteilung und den einzelnen Merkmalsausprägungen dargestellt. Die wichtigsten altersspezifischen Auswertungsergebnisse werden in diesem Exkurs zusammengefaßt.

Um systematisch analysieren zu können, wie sich jüngere von älteren Klientinnen und Klienten unterscheiden, wurde die Altersvariable dichotomisiert und somit zwei Gruppen gebildet. Als Grenzwert für diese Dichotomisierung wurde der Median gewählt, der bei 43 Jahren lag. Allerdings ist bei den folgenden Ausführungen zu berücksichtigen, daß aufgrund technischer Schwierigkeiten bei der Datenübertragung von EBIS-Dateien in die Hamburger Basisdatendokumentation die Altersvariable nur in etwa der Hälfte aller Fälle übernommen wurde. Die Verteilung zwischen „jüngeren“ und „älteren“ Klientinnen und Klienten spiegelt deshalb nicht unbedingt die tatsächliche Verteilung im ambulanten Hilfesystem wider. Bei der folgenden Analyse interessieren aber weniger die quantitative Verteilung dieser beiden Gruppen als vielmehr Merkmalsunterschiede zwischen jüngeren und älteren Klientinnen und Klienten mit der Hauptdroge Alkohol. Bezogen auf das Geschlecht ergibt sich folgende Verteilung.

Tab. 40: Alkohol – Alter (dichotomisiert) nach Geschlecht

	Männer	Frauen	Gesamt
Bis 43 Jahre („Jüngere“)	52,0 %	48,8 %	51,0 %
44 Jahre und älter („Ältere“)	48,0 %	51,2 %	49,0 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	1.297	606	1.903

Jüngere Klientinnen und Klienten finden sich signifikant häufiger in Kontakt- und Drogenberatungsstellen (Männer 7 %, Frauen 5 %) als ältere (Männer 2 %, Frauen 1 %). Bei den suchtmittelübergreifenden Beratungsstellen gibt es kaum altersspezifische Unterschiede, während die Alkoholberatungsstellen entsprechend häufiger von älteren Klientinnen und Klienten aufgesucht werden. Der Kontakt zur suchtspezifischen Hilfeeinrichtung wurde bei den Älteren häufiger von einer Institution der medizinischen Versorgung empfohlen als bei den Jüngeren.

Wie in der allgemeinen Wohnbevölkerung, so ist auch bei den Klientinnen und Klienten der Familienstand abhängig vom Alter, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tab. 41: Alkohol – Familienstand nach Alter (dichotomisiert) und Geschlecht

		Bis 43 Jahre („Jüngere“)	44 Jahre und älter („Ältere“)
Männer*	Ledig	56,1 %	26,0 %
	Verheiratet	25,4 %	40,0 %
	Verwitwet	0,5 %	3,8 %
	Geschieden	18,0 %	30,3 %
	Gesamt	100,0 %	100,0 %
	N	599	558
Frauen**	Ledig	48,0 %	11,6 %
	Verheiratet	25,6 %	46,1 %
	Verwitwet	1,4 %	7,0 %
	Geschieden	24,9 %	35,2 %
	Gesamt	100,0 %	100,0 %
	N	277	284

* p < 0,001, Cramers V: 0,315

** p < 0,001, Cramers V: 0,410

Ebenso selbstevident ist die Beobachtung, daß unter den Älteren der Anteil derjenigen, die Kinder haben, deutlich größer ist als unter den Jüngeren.

Betrachtet man unabhängig vom Familienstand die aktuellen Partnerbeziehungen, so ergibt sich nur für die Männer ein signifikanter Zusammenhang mit der dichotomisierten Altersver-

teilung. Mit 52 % haben signifikant mehr ältere Männer als jüngere (43 %) eine feste Beziehung. Ältere Männer und Frauen mit Alkoholproblemen leben häufiger mit Partner/Partnerin, aber ohne Kinder zusammen als jüngere. Der Anteil der alleinerziehenden Mütter ist unter jüngeren Frauen größer als unter den älteren. Über Heimaufenthalte in Kindheit und Jugend berichten signifikant mehr Jüngere als Ältere. Gewalterfahrungen sind bei jüngeren häufiger als bei älteren Klientinnen und Klienten vorhanden. Jüngere erzählen auch häufiger von eigenen Gewalthandlungen in den letzten fünf Jahren als Ältere (signifikant jeweils nur für die Männer). Rund 10 % der jüngeren Männer, aber nur noch 5 % der älteren leben nicht in eigenem Wohnraum. Das Bildungsniveau ist nur bei den jüngeren Frauen höher, was zu den Daten der allgemeinen Wohnbevölkerung paßt. Hingegen haben signifikant weniger jüngere Männer und Frauen eine abgeschlossene Berufsausbildung. Dazu paßt, daß die Jüngeren auch stärker von Erwerbslosigkeit betroffen sind als die Älteren. Bei den Jüngeren ist der Anteil der Sozialhilfebezieher größer als bei den Älteren, während bei den Älteren der Anteil der Rentnerinnen und Rentner stärker ist. Schulden werden häufiger von jüngeren Klientinnen und Klienten als von älteren gemacht.

Signifikant mehr jüngere als ältere Männer wurden schon einmal verurteilt. Jüngere Männer und Frauen geben im Durchschnitt ein signifikant jüngeres Alter für den Erstkonsum von Alkohol und für den Beginn der Alkoholabhängigkeit an. Diese Zusammenhänge sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tab. 42: Alkohol – Durchschnittsalter beim Erstkonsum und bei Beginn der Abhängigkeit nach Alter (dichotomisiert) und Geschlecht

	Alter beim Erstkonsum von Alkohol				Alter bei Beginn der Alkoholabhängigkeit			
	Bis 43 Jahre (in Jahren)	N	44 Jahre und älter (in Jahren)	N	Bis 43 Jahre (in Jahren)	N	44 Jahre und älter (in Jahren)	N
Männer*	15,1	317	17,0	283	25,1	274	34,0	233
Frauen**	17,0	162	19,8	153	25,5	131	35,7	136

* Erstkonsum: $p < 0,001$, Beginn der Abhängigkeit: $p < 0,001$, T-Test

** Erstkonsum: $p < 0,001$, Beginn der Abhängigkeit: $p < 0,001$, T-Test

Vor allem bei den Angaben zum Beginn der Abhängigkeit zeigen sich sehr große Differenzen. Jüngere Männer trinken zudem häufiger täglich Alkohol als ältere. Signifikant häufiger kommt es bei den Jüngeren außerdem zum Konsum illegaler Drogen wie Cannabis, Kokain oder auch (in Einzelfällen) Heroin. Obgleich es sich hierbei immer noch um wenige Fälle handelt, deutet sich hier doch eine Gruppe von Abhängigen an, die sich der gängigen Aufteilung nach Alkohol und illegalen Drogen entzieht. Beim Konsum von Medikamenten sind hingegen keine altersbedingten Abweichungen zu erkennen. Der Anteil der Abstinenten ist bei den älteren Männern signifikant höher als bei den jüngeren. Bei den jüngeren Frauen finden sich häufiger Hinweise auf weiteres nicht substanzbezogenes Suchtverhalten (Eßstörungen).

Hinsichtlich der suchtspezifischen Vorbehandlungen gibt es nur ganz leichte Unterschiede zwischen älteren und jüngeren Klientinnen und Klienten. So waren etwa ältere Männer häufiger in stationärer Therapie als jüngere, und ältere Frauen haben häufiger eine ambulante Therapie begonnen als jüngere. Jüngere Männer haben hingegen häufiger an einer Akupunkturbehandlung teilgenommen. Ältere Männer haben häufiger gesundheitliche Probleme, die sie akut beeinträchtigen, und waren öfter wegen somatischer Probleme stationär im Krankenhaus. Jüngere Frauen waren hingegen signifikant häufiger in ambulanter und/oder stationärer psychotherapeutischer Behandlung. Angaben zu Suizidversuchen liegen häufiger von jüngeren als von älteren Frauen vor.

3.3 Soziale Desintegration

In der Drogen- und Suchtkrankenhilfe hat es in den letzten Jahren mehrere Ansätze gegeben, zwischen besonders stark belasteten Abhängigen und weniger stark belasteten zu differenzieren. Vorliegende Modelle (vgl. Schmid 2000; Arbeitsgruppe CMA 1999; Kufner, Vogt 1998) werden in der Fachöffentlichkeit noch diskutiert, sind aber nicht mit den Mitteln einer Basisdatendokumentation nachzubilden.

Bereits anlässlich des ersten Statusberichtes zur Hamburger Basisdatendokumentation für das Jahr 1997 wurde ein anderes Verfahren entwickelt, mit dem eine Differenzierung der Klientinnen und Klienten nach dem Ausmaß ihrer Desintegration möglich wurde (vgl. Schmid, Vogt 1998, 58 ff.).

Im folgenden wird das Verfahren nochmals erläutert. Von den Variablen zur sozialen Situation wurden drei ausgewählt, die für diese Dimension von besonderer Bedeutung sind und für die zudem ausreichend Daten vorlagen: Partnerbeziehungen, Wohnsituation und Erwerbsstatus. Diese Variablen wurden zunächst dichotomisiert. Ziel dieser Dichotomisierung war es, die Vielzahl der jeweiligen Kategorien auf zwei zu reduzieren, von denen eine als Indikator für soziale Desintegrationserscheinungen gewertet werden kann.

Die Angaben zu den Partnerbeziehungen wurden zu zwei Kategorien zusammengefaßt: „Alleinstehend“ und „Zeitweilige Beziehungen“ zu „Keine feste Beziehung“ und „Feste Beziehung getrennt und zusammenlebend“ zu „Feste Beziehung“. Zur Charakterisierung der Erwerbs- und Wohnsituation wurde auf die seit 1999 bestehenden dichotomen Variablen „Zur Zeit erwerbslos/arbeitslos“ und „Lebst Du in eigenem Wohnraum (Mietvertrag, Eigentum)?“ zurückgegriffen. Es wurden nur die Fälle ausgewählt, bei denen für diese drei neuen Variablen gültige Angaben vorlagen.

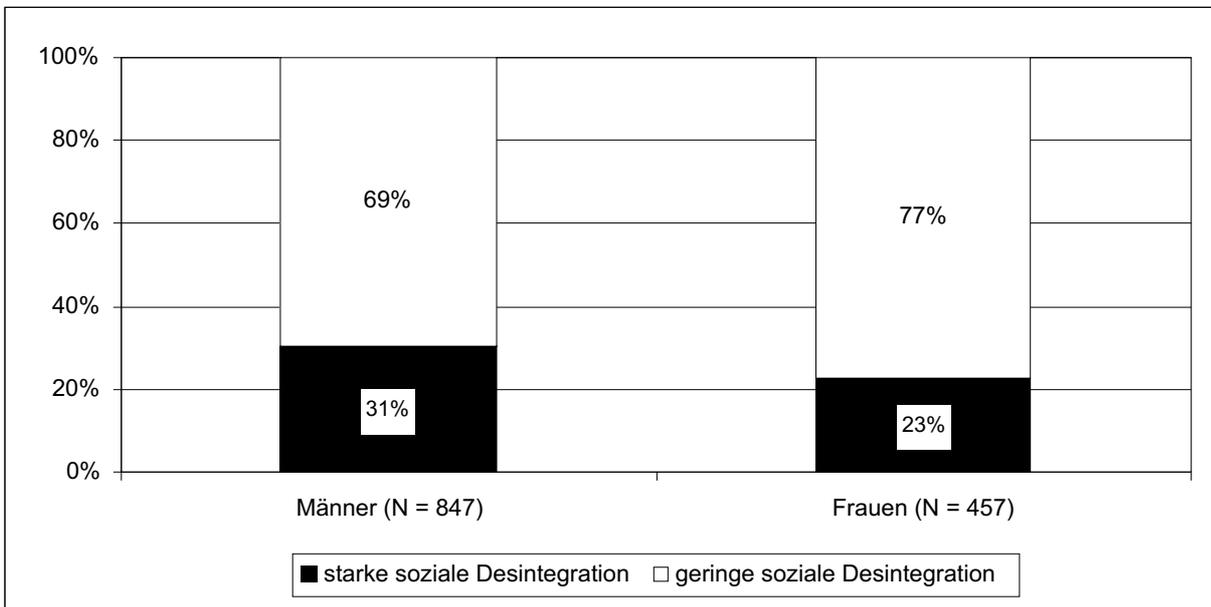
Unter Anwendung der SPSS-Prozedur „hierarchische Clusteranalyse“ und des für binäre Daten geeigneten Distanzmaßes der Größendifferenz gelang eine Clusterung in vier Untergruppen. Dabei wurden diese vier Cluster nach der Anzahl der eine soziale Desintegration andeutenden Merkmalsausprägungen gebildet. Während im Cluster 1 auf allen drei Dimensionen jeweils die in Richtung Desintegration hinweisenden Ausprägungen zutreffen, liegen

im Cluster 4 für alle drei Variablen keine Desintegrationserscheinungen vor. Cluster 2 und Cluster 3 liegen abgestuft zwischen diesen Extremen. Somit kann Cluster 1 interpretiert werden als „Hohe soziale Desintegration“, Cluster 2 als „Eher hohe soziale Desintegration“, Cluster 3 als „Eher niedrige soziale Desintegration“ und Cluster 4 als „Niedrige soziale Desintegration“. Diese vier Cluster wurden wiederum dichotomisiert in eine Gruppe mit stärkerer sozialer Desintegration (Cluster 1 und Cluster 2) und in eine zweite Gruppe mit geringerer sozialer Desintegration (Cluster 3 und 4).

Wegen der insgesamt verbesserten Datenqualität und der auch bei den Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen gestiegenen Anzahl gültiger Werte konnte 1999 die Variable „Soziale Desintegration“ erstmals auch für die Hauptdroge Alkohol gebildet werden.

Es liegen für 41 % aller Personen Angaben zu allen drei an der Variablenkonstruktion beteiligten Items vor. Insgesamt weisen 28 % eine starke soziale Desintegration und 72 % eine geringe soziale Desintegration auf. Diese Verteilung bezieht sich auf eine Klientengruppe, die eher von höherschwelligen Einrichtungen beraten und behandelt wird. Es ist davon auszugehen, daß der Anteil der stark sozial Desintegrierten höher liegen wird, wenn sich niedrigschwellige Einrichtungen an der Hamburger Basisdatendokumentation beteiligen werden. In der folgenden Abbildung ist die Verteilung der neugebildeten Variablen nach Geschlecht dargestellt.

Abb. 4: Alkohol – Soziale Desintegration nach Geschlecht



$p < 0,01$, Cramers V: 0,080

Die Männer sind mit 31 % häufiger als die Frauen mit 23 % stark sozial desintegriert. Der Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0,01$, Cramers V: 0,080). Im Vergleich zum Vorjahr ist die Gruppe der stark sozial Desintegrierten bei den Männern und Frauen deutlich größer.

So beträgt 1999 der entsprechende Anteil bei den Männern 25 % und bei den Frauen 19 %. Diese Differenzen zwischen 1999 und 2000 können damit zusammenhängen, daß im Jahr 2000 mehr Alkoholberatungs- und -behandlungsstellen an der BADO beteiligt waren, die auch eine andere Klientenstruktur aufweisen.

Hinsichtlich des Durchschnittsalters finden sich bei Männern wie Frauen signifikante Unterschiede. So sind die stark desintegrierten Männer im Durchschnitt 42,1 Jahre alt, die gering desintegrierten Männer dagegen mit 45,2 Jahren um rund drei Jahre älter. Bei den Frauen ist der Altersunterschied weniger stark ausgeprägt. Die stark desintegrierten Frauen sind mit 42,2 Jahren durchschnittlich 1,5 Jahre jünger als die gering desintegrierten Frauen mit 44,7 Jahren.

Bemerkenswert ist, daß sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die stark Desintegrierten früher abhängig zu trinken anfangen als die gering Desintegrierten. Diese Differenz ist jedoch nicht signifikant.

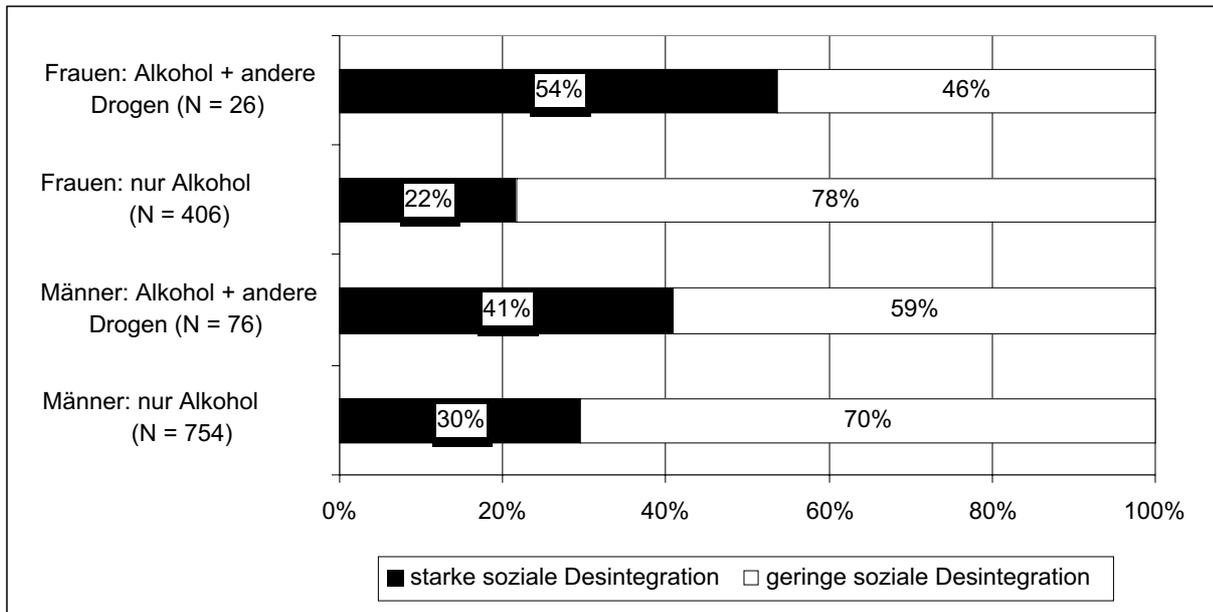
Auch im Jahr 1999 sind diese Unterschiede hinsichtlich des Lebensalters und des Alters bei Beginn der Abhängigkeit zwischen den gering und stark sozial desintegrierten Männern und Frauen zu beobachten.

Tab. 43: Alkohol – Soziale Desintegration nach Durchschnittsalter, Durchschnittsalter bei Beginn der Abhängigkeit und Geschlecht

	Geschlecht	N	Starke soziale Desintegration	N	Geringe soziale Desintegration	Signifikanz (T-Test)
Ø Alter	Männer	255	42,1 Jahre	582	45,2 Jahre	p < 0,001
	Frauen	102	42,2 Jahre	339	44,7 Jahre	p < 0,05
Ø Alter Beginn abhängiger Konsum	Männer	146	28,3 Jahre	304	29,5 Jahre	n.s.
	Frauen	91	28,7 Jahre	188	31,1 Jahre	n.s.

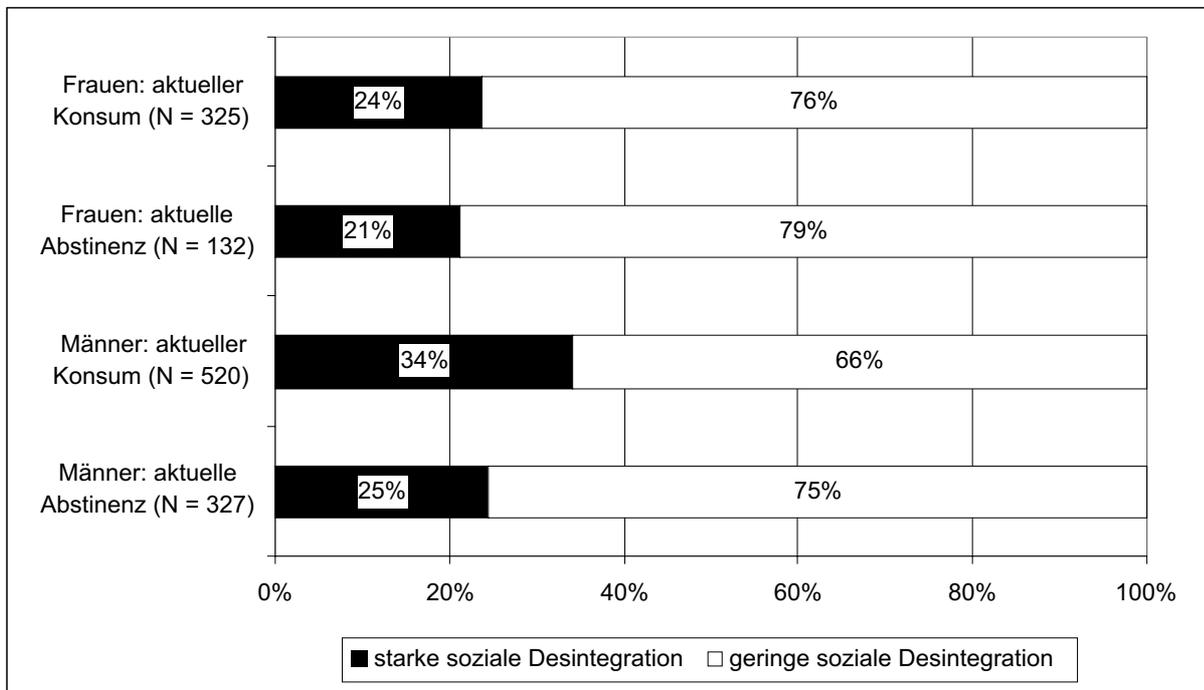
Hinsichtlich der Konsummuster wird deutlich, daß die Männer und Frauen, die in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol oder andere psychotrope Substanzen konsumiert haben, in geringerem Maß stark sozial desintegriert sind als die aktuell konsumierenden Männer und Frauen. Ferner sind diejenigen Männer und Frauen, die neben Alkohol noch weitere psychotrope Substanzen konsumieren, häufiger stark sozial desintegriert als diejenigen Männer und Frauen, bei denen nur der Konsum von Alkohol angegeben wurde (vgl. Kapitel 3.2.2).

Abb. 5: Alkohol – Soziale Desintegration nach konsumierten psychotropen Substanzen in den letzten 30 Tagen und Geschlecht



Männer: $p < 0,05$, Cramers V: 0,070
 Frauen: $p < 0,001$, Cramers V: 0,180

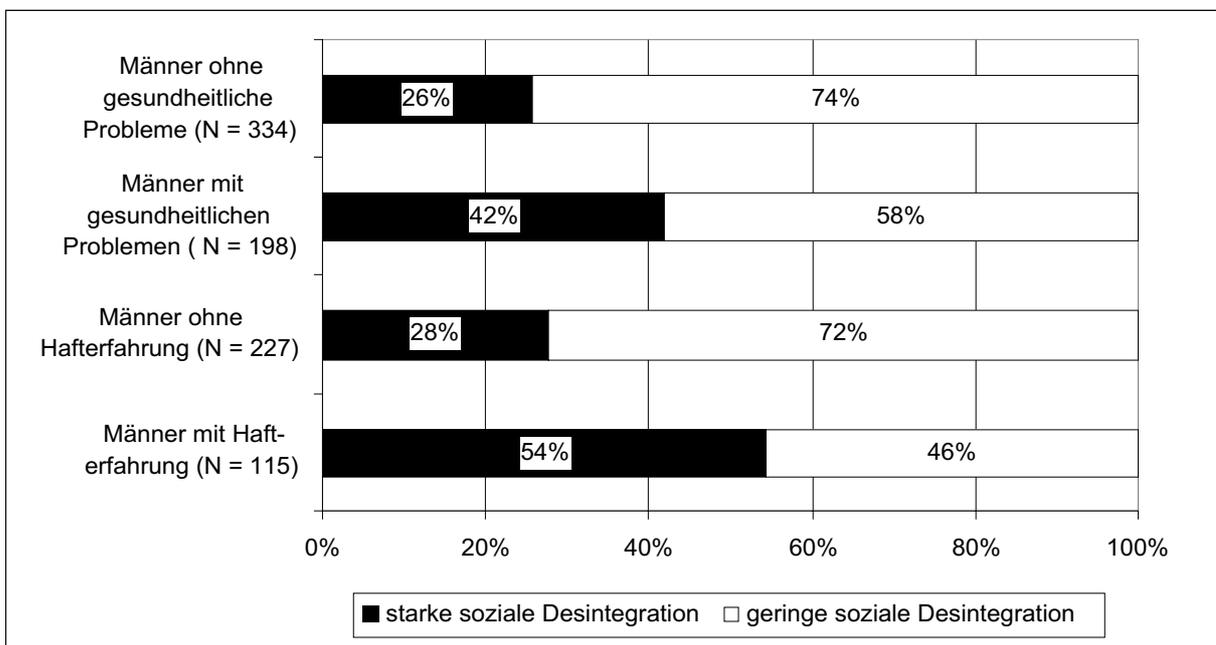
Abb. 6: Alkohol – Soziale Desintegration nach Abstinenz in den letzten 30 Tagen und Geschlecht



Männer: $p < 0,01$, Cramers V: 0,103
 Frauen: n.s.

Im Jahr 1999 lagen zu den Konsummustern und der sozialen Desintegration keine entsprechenden Daten vor. Bei den Männern ist weiterhin ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der sozialen Desintegration und der strafrechtlichen Belastung zu erkennen. 54 % der Männer, die schon einmal inhaftiert waren, weisen eine starke soziale Desintegration auf. Dagegen beträgt der Anteil der stark sozial desintegrierten Männer ohne Haft erfahrung nur 28 %. Der Zusammenhang zwischen Haft erfahrung und dem Ausmaß der sozialen Desintegration ist bei den Männern mit Alkoholproblemen hoch signifikant ($p < 0,001$, Cramers V: 0,184). Nur wenige Frauen mit Alkoholproblemen haben Haft erfahrungen, so daß das Merkmal Haft erfahrung zur Kennzeichnung des Ausmaßes der sozialen Desintegration bei Frauen nicht geeignet ist.

Abb. 7: Alkohol – Soziale Desintegration der Männer nach Haft erfahrung und gesundheitlichen Problemen



Gesundheit: $p < 0,001$, Cramers V: 0,168
 Strafhaft: $p < 0,001$, Cramers V: 0,184

Zu den Problemen und Belastungen, die zu einer sozialen Desintegration führen beziehungsweise die eine soziale (Re-)Integration erschweren können, gehören auch gesundheitliche Beeinträchtigungen. Männer mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind signifikant häufiger (42 %) stark sozial desintegriert als Männer ohne gesundheitliche Probleme (26 %; $p < 0,001$, Cramers V: 0,168). Bei den Frauen mit und ohne gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind ebenfalls Unterschiede im Ausmaß der sozialen Desintegration zu erkennen, sie sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Innerhalb der Klientel gibt es eine Untergruppe zwischen mindestens 23 und bis zu 68 %, bei der neben einer Alkoholproblematik eine starke soziale Desintegration besteht. Für diese Untergruppe gilt es, Angebote zur sozialen (Re-)Integration vorzuhalten.

3.4 Klientinnen und Klienten mit Datensätzen aus mehreren Jahren

Da sich im Jahr 2000 mehrere Einrichtungen mit dem Schwerpunkt Alkohol zum ersten Mal an der Basisdatendokumentation beteiligt haben, ist zwar deren Aussagekraft für diesen Teil des Hilfesystems in bezug auf die Querschnittsanalysen gestiegen, für die Zeitreihenanalyse liegen aber vergleichsweise wenig Datensätze vor. In der folgenden Tabelle ist dargestellt, in welchem Jahr die Klientinnen und Klienten des Jahres 2000 mit der Hauptdroge Alkohol zum ersten Mal im ambulanten Suchthilfesystem in Hamburg dokumentiert wurden.

Tab. 44: Alkohol – Klienten und Klientinnen nach dem Jahr des ersten Datensatzes und Geschlecht

	Männer		Frauen	
	N	Prozent	N	Prozent
Erster Datensatz 2000	1.239	63,1 %	733	68,0 %
Erster Datensatz 1999	456	23,2 %	210	19,5 %
Erster Datensatz 1998	77	3,9 %	40	3,7 %
Erster Datensatz 1997	191	9,7 %	95	8,8 %
Gesamtzahl der KlientInnen 2000	1.963	100,0 %	1.078	100,0 %

Rund zwei Drittel aller Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen sind demnach im Jahr 2000 zum ersten Mal als Klientin oder Klient in einer ambulanten Suchthilfeeinrichtung dokumentiert worden. Wegen der Verdoppelung der Zahl der beteiligten Einrichtungen ist dieses Verhältnis aber schwer interpretierbar. Im folgenden werden alle Fälle näher analysiert, von denen Daten aus den Jahren 1999 und 2000 vorliegen. Dabei handelt es sich um insgesamt 630 Männer und 302 Frauen. Bei den einzelnen Tabellen werden jeweils nur die Datensätze berücksichtigt, von denen zur jeweiligen Variable gültige Datensätze aus beiden Jahren vorliegen. Dadurch ergeben sich jeweils unterschiedliche Stichprobengrößen.

Im Jahr 1999 war eine Zunahme der Behandlungserfahrungen bei den Klientinnen und Klienten, die über längere Zeiträume betreut worden waren, aufgefallen. Im folgenden wird überprüft, ob sich diese Beobachtung bei den Klientinnen und Klienten des Jahres 2000 replizieren lässt.

Tab. 45: Alkohol – Klienten und Klientinnen mit zwei Dokumentationszeitpunkten: Behandlungserfahrungen nach Geschlecht

Mindestens eine ...	Männer				Frauen			
	N	1999	2000	Signifi- kanz	N	1999	2000	Signifi- kanz
Stationäre Entgiftung	309	76,4 %	76,4 %	n.s.	167	65,3 %	67,7 %	n.s.
Ambulante Entgiftung	179	12,3 %	15,1 %	n.s.	128	14,1 %	18,0 %	n.s.
Stationäre Therapie	363	65,8 %	69,1 %	p < 0,05	185	53,0 %	61,1 %	p < 0,05
Abgeschlossene stationäre Therapie	196	81,6 %	91,3 %	p < 0,001	95	75,8 %	89,5 %	p < 0,001
Ambulante Therapie	242	30,6 %	33,5 %	n.s.	152	36,2 %	40,1 %	n.s.
Abgeschlossene ambulante Therapie	40	52,5 %	87,5 %	p < 0,001	46	58,7 %	78,3 %	p < 0,01

Signifikante Veränderungen (McNemar-Test) zeigen sich in bezug auf den Anteil derjenigen, die mindestens einmal eine stationäre Entwöhnungsbehandlung angetreten haben und/oder eine solche abgeschlossen haben. Auch die Zunahme der abgeschlossenen ambulanten Therapien ist signifikant. Die Aussage aus dem Vorjahr, daß mit der Dauer des Verbleibens im ambulanten Hilfesystem eine Zunahme an Behandlungserfahrungen einhergeht, kann somit zumindest teilweise bestätigt werden.

Weitere signifikante Veränderungen finden sich für die Klientinnen und Klienten, von denen Datensätze aus den Jahren 1999 und 2000 vorliegen, nicht. Ein Grund hierfür ist die veränderte Zusammensetzung der beteiligten Einrichtungen. Ein weiterer Grund liegt aber auch darin, daß die Gruppe mit Datensätzen aus zwei Jahren sehr heterogen zusammengesetzt ist. Dies wird am Beispiel der abstinenten Klientinnen und Klienten erläutert. In der folgenden Tabelle ist der Anteil der Abstinente an der Stichprobe mit Datensätzen aus den Jahren 1999 und 2000 dargestellt.

Tab. 46: Alkohol – Klienten und Klientinnen mit zwei Dokumentationszeitpunkten: Konsumstatus in den letzten 30 Tagen

	Männer		Frauen	
	1999	2000	1999	2000
Alkoholkonsum	54,6 %	49,2 %	55,1 %	57,5 %
Abstinent	45,4 %	50,8 %	44,9 %	42,5 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	592	592	287	287

Wie die Tabelle zeigt, ist der Anteil der Männer, die aktuell keinen Alkohol konsumieren, von mehr als 45 % im Jahr 1999 auf rund 51 % im Jahr 2000 gestiegen. Bei den Frauen dagegen

ist der Anteil der Abstinente von knapp 45 % im Jahr 1999 auf rund 43 % im Jahr 2000 gesunken. Weder bei den Männern noch bei den Frauen sind diese Veränderungen signifikant.

Ein ganz anderes Bild ergibt sich jedoch, wenn man eine weitere Differenzierung vornimmt und zunächst nur diejenigen betrachtet, die im Jahr 1999 noch Alkohol getrunken haben. Dabei handelt es sich um 323 Männer und 158 Frauen. In der folgenden Tabelle ist dargestellt, wie viele dieser Klientinnen und Klienten abstinent geworden sind.

Tab. 47: Alkohol – Nur Klienten und Klientinnen, die 1999 Alkohol getrunken haben: Konsumstatus 2000

	Männer	Frauen
Alkoholkonsum	66,9 %	77,2 %
Abstinent	33,1 %	22,8 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %
N	323	158

Bei den Männern, von denen Datensätze aus zwei Jahren vorliegen und dokumentiert ist, daß sie im Jahr 1999 noch Alkohol getrunken haben, ist hingegen ein Jahr später bei einem Drittel aller Fälle Abstinenz dokumentiert. Bei den Frauen sind es immerhin noch zwischen einem Viertel und einem Fünftel, die aufgehört haben, Alkohol zu trinken.

Umgekehrt sind aber auch Männer und Frauen, die im Jahr 1999 abstinent waren, rückfällig geworden und deshalb im Jahr 2000 wieder als „trinkende“ Klientinnen und Klienten dokumentiert. Die Daten für diejenigen Klientinnen und Klienten, die 1999 abstinent waren, finden sich in der folgenden Tabelle.

Tab. 48: Alkohol – Nur Klienten und Klientinnen, die 1999 abstinent waren: Konsumstatus 2000

	Männer	Frauen
Alkoholkonsum	27,9 %	33,3 %
Abstinent	72,1 %	66,7 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %
N	269	129

28 % der 1999 abstinenten Männer und ein Drittel der 1999 abstinenten Frauen sind demnach im Jahr 2000 rückfällig geworden beziehungsweise haben wieder Alkohol getrunken. Somit zeigt sich, daß die Gruppe der Klientinnen und Klienten mit Datensätzen aus zwei Jahren vier sehr unterschiedliche Untergruppen enthält. Dies sind zum einen Klientinnen und Klienten, die dauerhaft abstinent sind und wohl zur Nachsorge noch Kontakt mit den Sucht-

hilfeeinrichtungen halten. Eine zweite Gruppe besteht aus den Fällen, die im Verlauf der Beratung und/oder Behandlung abstinent geworden sind, und die dritte Gruppe wiederum sind rückfällige Klientinnen und Klienten. Dazu kommen als vierte Gruppe Menschen, die trotz längerer Beratung immer noch Alkohol trinken. Die prozentuale Verteilung dieser vier Gruppen ist in den beiden folgenden Abbildungen dargestellt.

Abb. 8: Alkohol – Klienten und Klientinnen mit zwei Dokumentationszeitpunkten: Konsumstatus Männer

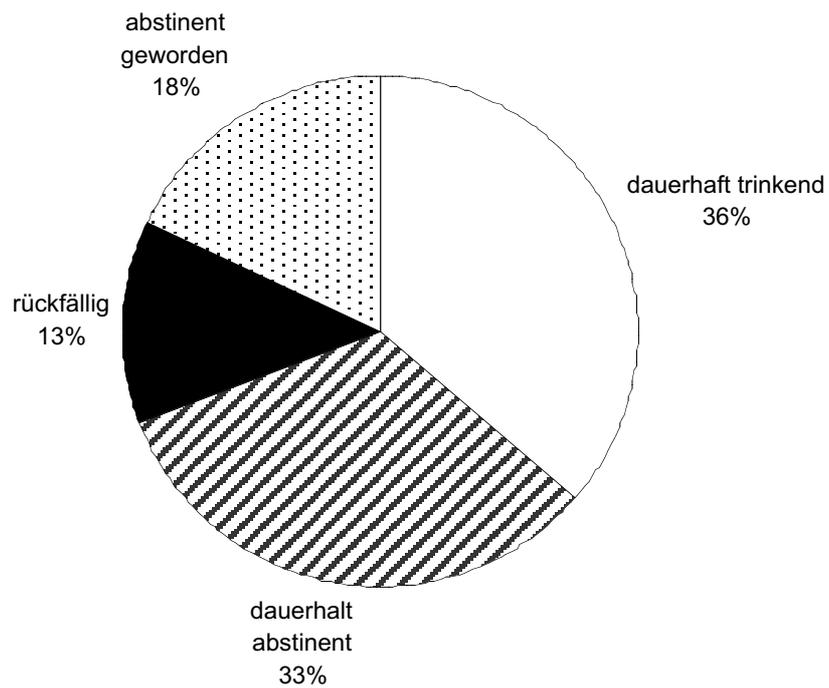
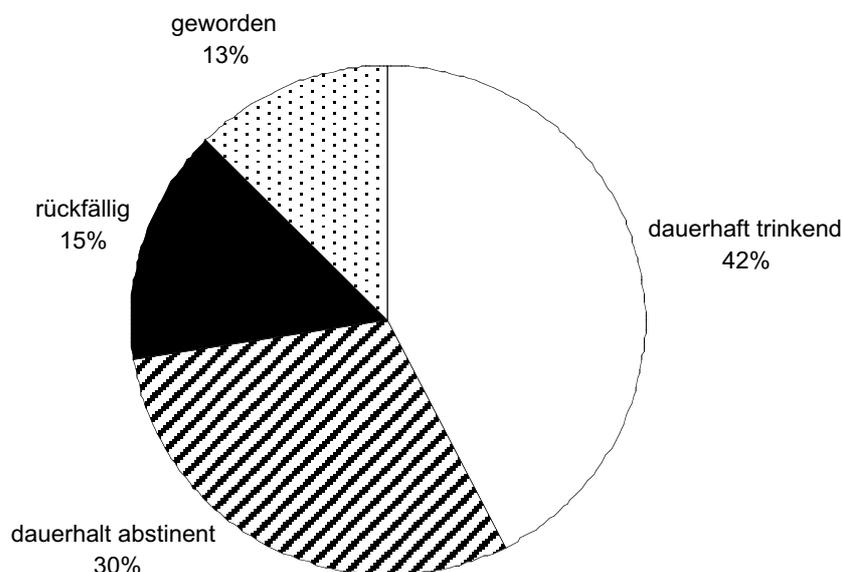


Abb. 9: Alkohol – Klienten und Klientinnen mit zwei Dokumentationszeitpunkten: Konsumstatus Frauen



Die Graphiken verdeutlichen, wie unterschiedlich die Gruppe mit Datensätzen aus zwei Jahren zusammengesetzt ist. In der Saldoberechnung der Veränderungen heben sich dann die jeweiligen Effekte oft gegenseitig auf. Die größte Untergruppe bei Männern wie bei Frauen sind dabei jeweils die Klientinnen und Klienten, die im zweiten Jahr hintereinander trotz des Kontakts zum Hilfesystem Alkohol trinken und offensichtlich besonders hohen Beratungs- und Behandlungsbedarf haben. Es ist insgesamt jedoch hervorzuheben, daß in dieser Teilstichprobe etwa 50 % der Männer und 43 % der Frauen innerhalb eines Jahres abstinent wird bzw. bleibt.

In bezug auf die Personen, die 1999 als Klientinnen und Klienten dokumentiert wurden, im Jahr 2000 aber nicht wieder auftraten, wurde eine Drop-out-Analyse durchgeführt. Dabei finden sich nur wenige schwach signifikante Zusammenhänge, die aber kein schlüssiges Bild ergeben. Am stärksten ist der Zusammenhang mit dem Einrichtungstyp. Bei den Alkoholberatungs- und -behandlungsstellen ist die Drop-out-Rate etwas niedriger als bei den substanzübergreifenden Einrichtungen.

4 Auswertung Hauptdroge Illegale Drogen

4.1 Zur Reichweite des Hilfesystems und der Basisdatenauswertung

Im Jahr 2000 hat sich der größte Teil der ambulanten Drogenhilfeeinrichtungen Hamburgs an der Basisdatendokumentation beteiligt. Insgesamt waren dies im Jahr 2000 31 ambulante Einrichtungen, sechs mehr als im Vorjahr. Bezogen auf 35 ambulante Einrichtungen in Hamburg mit dem Schwerpunkt Illegale Drogen entspricht dies einer Ausschöpfungsquote von 86 %. Die vorgestellten Ergebnisse können somit durchaus als repräsentativ für diesen Teil des Hilfesystems betrachtet werden. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß Drogenabhängige, die lediglich niedrigschwellige Angebote wie etwa Konsumräume oder Kontaktläden nutzen, in der Regel nicht dokumentiert werden. Der Grundidee der Hamburger Basisdatendokumentation folgend soll sich die statistische Datenerhebung aus der ohnehin stattfindenden Aktenführung heraus ohne größeren Mehraufwand ergeben. Das heißt auch, daß nur dann ein Datensatz von einem Klienten angelegt wird, wenn für diesen Klienten oder diese Klientin eine Akte eröffnet wird. Wer also nur zum Spritzentausch in den Kontaktläden kommt, ohne daß es dort mit einer Fachkraft zu Beratungsgesprächen kommt, die das Anliegen einer Akte sinnvoll machen würden, der ist auch nicht in der Hamburger Basisdatendokumentation dokumentiert. Insofern ist die vorliegende Auswertung repräsentativ in bezug auf Klientinnen und Klienten der ambulanten Hamburger Drogenhilfe, von denen dort Akten geführt werden. Über den rein niedrigschwelligen Teil der Hamburger Drogenhilfe können also mit der BADO keine Aussagen getroffen werden¹².

Insgesamt liegen für das Jahr 2000 Datensätze zu 6.799 Betreuungsepisoden in bezug auf Klientinnen und Klienten, die illegale Drogen konsumieren, vor. In 64 Fällen fehlen die Angaben zum Geschlecht. Die restlichen 6.735 Betreuungsepisoden beziehen sich auf 4.936 Männer (73 %) und 1.799 Frauen (27 %). In der folgenden Tabelle ist dargestellt, wie sich diese Betreuungsepisoden auf die Einrichtungsarten verteilen. Die Tabelle beruht auf Betreuungsepisoden und nicht auf Personen, ist also noch nicht um Mehrfachaufnahmen innerhalb eines Jahres bereinigt.

¹² Angaben zu Klientinnen und Klienten niedrigschwelliger Angebote liegen aktuell in bezug auf drei Hamburger Konsumräume vor (Zurhold u. a. 2001). Dieser Studie zufolge unterscheiden sich die Nutzerinnen und Nutzer von Konsumräumen bei einer Reihe von Merkmalen (zum Beispiel Durchschnittsalter, Partnerschaften, Wohnsituation) nur unwesentlich von den in der BADO dokumentierten Klientinnen und Klienten. Der Frauenanteil ist in den Konsumräumen mit 21 % niedriger als in der BADO.

Tab. 49: Illegale Drogen – Betreuungsepisoden 1999 und 2000 nach Einrichtungsarten und Geschlecht

	1999			2000		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Einrichtung der Betreuung von Substituierten	36,9 %	38,8 %	37,4 %	41,5 %	47,8 %	43,2 %
Kontakt- und Drogenberatungsstelle	40,1 %	35,1 %	38,8 %	36,0 %	30,1 %	34,4 %
Suchtmittelübergreifende Beratungsstelle	12,1 %	17,3 %	13,5 %	11,0 %	15,6 %	12,2 %
Aufsuchende Beratung im Strafvollzug	–	–	–	8,0 %	3,4 %	6,8 %
Sonstige Einrichtungen	10,8 %	8,6 %	10,2 %	2,9 %	2,2 %	2,7 %
Alkoholberatungs- und -behandlungsstelle	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,6 %	0,9 %	0,7 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	4.346	1.545	5.891	4.936	1.799	6.735

Erstmals seit 1997 wurden mit über 43 % die meisten Betreuungsepisoden in Einrichtungen dokumentiert, die Betreuung von Substituierten anbieten. Bei den Frauen wurde fast jede zweite Betreuungsepisode in Zusammenhang mit einer Substitutionsbehandlung dokumentiert. Nur noch rund ein Drittel aller Betreuungsepisoden beziehen sich auf Kontakt- und Drogenberatungsstellen. Leicht zurückgegangen ist der Anteil der suchtmittelübergreifenden Beratungsstellen. Bei den Männern kommt der aufsuchenden Beratung im Strafvollzug mit 8 % aller Betreuungsepisoden eine nicht unerhebliche Bedeutung zu, während dieser Anteil bei den Frauen deutlich niedriger liegt. Die Verteilung auf die Einrichtungsarten weist damit im Vergleich zum Vorjahr mehrere Abweichungen auf. So ist die quantitative Bedeutung der Substitutionsbehandlungen und -betreuungen um etwa 6 % gestiegen, während die Bedeutung der Kontakt- und Drogenberatungsstellen um gut 4 % zurückgegangen ist.

Die 6.799 Betreuungsepisoden des Jahres 2000 beziehen sich auf 5.258 Klientinnen und Klienten, die aufgrund ihrer Konsumangaben dem Schwerpunkt Illegale Drogen zugeordnet wurden. Davon sind 3.787 Männer (72 %) und 1.447 Frauen (28 %); bei den restlichen Personen fehlen die Angaben zum Geschlecht. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Zunahme um gut 15 %. Das entspricht auch der von 25 auf 31 gestiegenen Zahl von Einrichtungen des ambulanten Drogenhilfesystems, die Daten für die Basisdatendokumentation erhoben haben.

Um Aussagen über die Reichweite der Hamburger Basisdatendokumentation und damit auch des ambulanten Hamburger Drogenhilfesystems machen zu können, muß die Zahl der erreichten und dokumentierten Klientinnen und Klienten in Relation zur Grundgesamtheit der Zielgruppe der von illegalen Drogen Abhängigen gesetzt werden. Da diese Zahl nicht bekannt ist, muß auf Schätzungen zurückgegriffen werden. Allgemeine Bevölkerungsbefragungen neigen dazu, die Zahl der von Drogen wie Heroin und Kokain Abhängigen zu unterschätzen, so daß anders als bei Alkohol ein Rückgriff auf die Hamburger Studie zum Konsum psychoaktiver Substanzen (Kraus, Scherer, Bauernfeind 1998) nicht sinnvoll ist. Wie im

Vorjahr wird dabei für eine Mindestschätzung auf die Zahl von 7.000 Drogenabhängigen zurückgegriffen, die auf der Grundlage von Polizeidaten errechnet wurde (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 1999). Als obere Schätzung wird wiederum die Zahl von 12.000 Drogenabhängigen verwandt, die unter anderem von Degkwitz, Krausz und Raschke 1995 veröffentlicht wurde. Auf dieser Basis ergeben sich Schätzzahlen zur Reichweite des ambulanten Drogenhilfesystems in Hamburg, die in der folgenden Tabelle dargestellt sind.

Tab. 50: Illegale Drogen – Schätzung des Anteils der 2000 erreichten Zielgruppe

Geschätzter Umfang der Zielgruppe in Hamburg	7.000 bis 12.000	
Davon von der Basisdatendokumentation erreicht	unterer Wert	oberer Wert
Absolut	5.258	5.560
In Prozent der Zielgruppe	43,8 bis 75,1 %	46,3 bis 79,4 %

Bei gleichgebliebenen Schätzzahlen zum Umfang der Zielgruppe in Hamburg und gestiegenen Klientenzahlen kann es nicht verwundern, daß auch die Schätzzahlen zum Anteil der erreichten Drogenabhängigen im Vergleich zum Vorjahr gestiegen sind. Die (sichere) unterste Schätzung hat sich von rund 38 % auf fast 44 % erhöht, und die obere Schätzung ist von 76 % auf 79 % gestiegen. Die Ergebnisse der Auswertungen aus den Jahren 1997 bis 2000 deuten darauf hin, daß die Reichweite des ambulanten Drogenhilfesystems recht stabil und insgesamt sehr hoch ist.

Die Reichweite des ambulanten Hilfesystems für Menschen mit Alkoholproblemen in Hamburg liegt mit 5 bis 11 % deutlich niedriger, wofür es allerdings auch nachvollziehbare Gründe gibt (vgl. Kapitel 3.1). Vergleicht man die Reichweite der Hamburger Basisdatendokumentation mit anderen Dokumentationssystemen wie etwa EBIS, so wird die hohe Reichweite der BADO nochmals unterstrichen. Im Dokumentationssystem EBIS wurden im Jahr 1999 Daten über Klientinnen und Klienten aus etwa 226 ambulanten Einrichtungen des deutschen Drogenhilfesystems ausgewertet (Türk 2000). In diesen Einrichtungen wurden rund 30.800 Drogenabhängige (Hauptdiagnosen) betreut. Mehrfachbetreuungen können mit EBIS nicht erkannt werden. Setzt man die 30.800 Klientinnen und Klienten in Relation zu bundesweit geschätzten 125.000 Abhängigen von „harten“ illegalen Drogen, so errechnet sich eine Reichweite von rund 25 %. Dieser Wert liegt um etwa 20 Prozentpunkte niedriger als der (sichere) untere Schätzwert der Reichweite der ambulanten Drogenhilfeeinrichtungen in der Hamburger Basisdatendokumentation des Jahres 2000.

Bereits im vergangenen Jahr wurde damit begonnen, die hohe Reichweite der Hamburger Basisdatendokumentation im Bereich der illegalen Drogen für eine eigene Schätzung zum Umfang der Zielgruppe zu nutzen. Dabei wurde auf das Konzept einer retrospektiven Schätzung zurückgegriffen (Raschke, Püschel, Heinemann 1999, 35f.). Die letztjährige Schätzung bezog sich auf das Jahr 1997, in dem zum ersten Mal Daten im Rahmen der Hamburger

Basisdatendokumentation erhoben wurden. Diese Schätzung kann jetzt fortgeschrieben und um eine neue retrospektive Schätzung für das Jahr 1998 ergänzt werden.

Diesem Schätzverfahren liegt folgende Grundidee zugrunde: Für die Schätzung der Zahl der Hamburger Drogenabhängigen des Jahres 1997 wird zunächst die Zahl der Klientinnen und Klienten mit illegalem Drogenkonsum des Jahres 1997 ermittelt. Hierzu wird die Zahl der Klientinnen und Klienten mit illegalem Drogenkonsum, die im Jahr 1998 neu hinzugekommen sind, hinzugezählt. Dafür muß man von der Gesamtzahl der drogenabhängigen Klientinnen und Klienten des Jahres 1998 diejenigen abziehen, die bereits 1997 dokumentiert wurden. Ebenso wird die Zahl der Personen abgezogen, die weniger als ein Jahr abhängig sind. Mit den Klientinnen und Klienten der Jahre 1999 und 2000 wird analog verfahren: Zunächst wird die Zahl der jeweils neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten ermittelt. Davon wird die Zahl der Klientinnen und Klienten abgezogen, die weniger als zwei beziehungsweise drei Jahre abhängig sind. Dieses Verfahren wird für das Schätzjahr 1998 in diesem Jahr analog begonnen: Hierzu werden zunächst die drogenabhängigen Klientinnen und Klienten des Jahres 1998 ermittelt, zu denen dann aus den Folgejahren 1999 und 2000 jeweils die Zahl der neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten hinzugezählt wird. Abgezogen wird davon der Anteil derjenigen, die erst seit einem beziehungsweise zwei Jahren abhängig sind.

Bei diesem Schätzverfahren wird allerdings unterstellt, daß alle Drogenabhängigen, die nachträglich zur Schätzzahl für ein Jahr hinzugezählt werden, sich schon immer in Hamburg aufgehalten haben. Bekannt ist, daß in der Hamburger Basisdatendokumentation der Anteil der Klientinnen und Klienten, die nicht in Hamburg, sondern in anderen Städten gemeldet sind, zwischen 5 und 7 % schwankt. Die Güte des Modells bleibt abhängig von der Genauigkeit, mit der in den einzelnen Einrichtungen die Codierungsregeln eingehalten werden. Um diesen Unsicherheiten Rechnung zu tragen, wird die zu addierende Zahl der neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten jährlich um einen Ausgleichsfaktor gekürzt. Mit zunehmendem zeitlichen Abstand vom Schätzjahr 1997 beziehungsweise 1998 mag das Risiko von falschen Zuordnungen oder Nichtzuordnungen steigen. Deshalb wird ein jährlich ansteigender Ausgleichsfaktor in die Berechnung einbezogen, der für das erste Jahr 5 %, im zweiten Folgejahr 10 %, dann 15 % usw. beträgt.

Mit dieser Methode wurde im vergangenen Jahr für das Jahr 1997 eine geschätzte Zahl von 9.700 Abhängigen von illegalen Drogen ermittelt. Auf der Datenbasis der Jahre 1997 bis 2000 ergibt sich für das Jahr 1997 eine Schätzzahl von rund 11.200 Drogenabhängigen. Für das Jahr 1998 errechnet sich auf der Grundlage der Jahre 1998 bis 2000 eine Schätzzahl von 10.500 Drogenabhängigen. Da sich diese Zahlen in den Folgejahren noch verändern können, ist ein Vergleich nicht sinnvoll. Um die Schätzzahlen richtig einzuordnen, muß man sich vergegenwärtigen, daß es sich dabei nicht um Ergebnisse epidemiologischer Studien handelt, sondern um eine retrospektive Schätzung aufgrund Kontaktes zu ambulanten Beratungs- oder Behandlungseinrichtungen im Zeitraum 1997 – 2000 handelt. Diese Zahlen beziehen sich ausschließlich auf die Jahre 1997 beziehungsweise 1998 und können nicht auf andere Jahre übertragen werden. Bedingt durch das retrospektive Verfahren ist von den geschätzten Personen lediglich bekannt, daß sie bereits in diesem Jahr abhängig waren.

Wie sie im Jahr 1997 beziehungsweise 1998 gelebt und welchen Hilfebedarf sie gehabt haben, ist hingegen nicht bekannt. In diesen Zahlen nicht enthalten sind Klientinnen und Klienten, die nur die niedrighschwelligsten Versorgungs- und Aufenthaltsangebote in Anspruch nehmen und von denen deshalb keine Akte – und damit auch kein Datensatz – angelegt wurde.

4.2 Geschlechtsdifferenzierte Auswertung

4.2.1 Geschlecht, Nationalität und Alter

Insgesamt liegen Daten von 5.234 Personen vor. Diese verteilen sich nach Geschlecht, wie in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tab. 51: Illegale Drogen – Geschlechterverteilung 1997 bis 2000

	1997	1998	1999	2000
Frauen	23,6 %	25,8 %	26,4 %	27,6 %
Männer	76,4 %	74,2 %	73,6 %	72,4 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	2.975	4.915	4.544	5.234

Im Vergleich zu den beiden vorhergehenden Jahren sind die Fallzahlen leicht angestiegen. Vergleicht man die Fallzahlen der letzten drei Jahre, dann zeigen sich leichte jährliche Schwankungen von 4.915 im Jahr 1998 auf 4.544 im Jahr 1999 und schließlich auf 5.234 im Jahr 2000.

Über die Jahre hat sich der Anteil der in den Einrichtungen betreuten Frauen erhöht von 24 % im Jahr 1997 auf 26 % im Jahr 1998 und 1999 und schließlich auf 28 % im Berichtsjahr. Das heißt, daß der Anteil der Frauen, die sich in den ambulanten Einrichtungen der Drogenhilfe beraten und betreuen lassen, zunimmt. Das liegt unter anderem daran, daß sich die Zahl der Einrichtungen der von Substituierten im Laufe dieser Jahre auf inzwischen elf Einrichtungen erhöht hat. Wie man aus anderen Untersuchungen weiß, ist der Anteil der Frauen in diesen Einrichtungen in der Regel erheblich höher als in den anderen Anlauf- und Beratungsstellen (Vogt 1998, 2000a). Man kann also annehmen, daß es sich dabei nicht um eine faktische Zunahme von Frauen mit Drogenproblemen handelt, sondern vielmehr darum, daß sie nun relativ häufiger sichtbar und vom Hilfesystem erreicht werden.

Zur Staatsangehörigkeit der Stichprobe liegen folgende Angaben vor.

Tab. 52: Illegale Drogen – Staatsangehörigkeit nach Geschlecht

	Männer	Frauen	Gesamt
Deutsche	84,7 %	91,9 %	86,7 %
Europäische Union	3,7 %	3,3 %	3,5 %
Andere Staatsangehörigkeit	11,6 %	4,9 %	9,7 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	3.643	1.414	5.057

$p < 0,001$, Cramers V: 0,104

Da im Jahr 1998 die Angaben zur Nationalität mit anderen Antwortkategorien erhoben worden sind, sind Vergleiche mit den Ergebnissen aus den Jahren 1997 und 1998 nur bei Zusammenfassung zu den beiden Kategorien „Deutsche“ und „Nichtdeutsche“ möglich. Der kategoriale Vergleich mit entsprechenden Daten der Vorjahre zeigt, daß sich der Anteil der Deutschen in Einrichtungen der Drogenhilfe seit Jahren kaum verändert hat. Bei den Männern liegt der Anteil der Deutschen konstant bei 85 %, bei den Frauen bei 91 % beziehungsweise 92 %. Im Vergleich mit der EBIS-Statistik, die bei der Klientel mit Drogenproblemen von einem Ausländeranteil von 8 % ausgeht (Hoch u. a. 2000; Türk, Welsch 2000), ist der Ausländeranteil in Hamburg mit insgesamt 13 % höher. Der Anteil der Männer mit einer EU-Staatsbürgerschaft liegt in den letzten beiden Jahren bei 4 %, der der Frauen bei 3 %. Dazu kommen im Jahr 1999 10 % Männer mit einer anderen Staatsbürgerschaft und im Jahr 2000 12 %; bei den Frauen liegt der Anteil dieser Gruppe in den Jahren 1999 und 2000 bei 5 %. Der Anteil an Ausländern mit 15 % ist bei den Männern signifikant höher als bei den Frauen mit 8 %. Präferenzen für bestimmte Einrichtungsarten nach Nationalität lassen sich aus den vorliegenden Daten nicht ablesen.

Differenziert man die Daten nach Altersklassen und Geschlecht, dann zeigt sich folgendes Bild.

Tab. 53: Illegale Drogen – Altersklassen nach Geschlecht

	Männer	Frauen	Gesamt
Bis 21 Jahre	4,7 %	11,4 %	6,5 %
22 bis 29 Jahre	24,9 %	29,5 %	26,2 %
30 bis 39 Jahre	49,7 %	45,5 %	48,5 %
40 bis 49 Jahre	18,4 %	12,7 %	16,8 %
50 Jahre und älter	2,3 %	0,9 %	2,0 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	3.716	1.412	5.128

$p < 0,001$, Cramers V: 0,149

Wie in den vorhergehenden Jahren ist der relative Anteil der jungen Frauen (bis 29 Jahre), die in den Einrichtungen betreut werden, erheblich höher als der der jungen Männer.

Vergleicht man die Einrichtungstypen, in denen Männer und Frauen verschiedener Altersgruppen Hilfe suchen, dann ergibt sich folgendes.

Tab. 54: Illegale Drogen – Altersklassen nach Einrichtungsarten und Geschlecht

	Männer				Frauen			
	Bis 21 Jahre	22-29 Jahre	30-39 Jahre	40 Jahre + älter	Bis 21 Jahre	22-29 Jahre	30-39 Jahre	40 Jahre + älter
Kontakt-/Beratungsstelle	41,6 %	41,9 %	34,3 %	26,2 %	41,6 %	31,0 %	26,0 %	20,8 %
Alkoholberatungsstelle	0,6 %	0,2 %	0,3 %	0,4 %	–	0,2 %	0,3 %	–
Suchtmittelübergreifende Kontakt-/Beratungsstelle	32,6 %	14,4 %	15,6 %	7,7 %	26,7%	17,8 %	23,4 %	13,0 %
Einrichtung der Betreuung von Substituierten	21,2 %	31,2 %	39,9 %	60,4 %	29,9 %	47,6 %	44,2 %	65,2 %
Aufsuchende Beratung im Strafvollzug	1,1 %	9,8 %	5,5 %	4,5 %	0,6 %	2,4 %	2,9 %	0,5 %
Sonstige Einrichtung	3,6 %	2,2 %	2,0 %	0,8 %	1,2 %	1,0 %	1,0 %	0,5 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	173	927	1.845	771	161	416	643	192

Wie aus dieser Zusammenstellung hervorgeht, sind die Kontakt- und Drogenberatungsstellen die Einrichtungen, in die vor allem die Jungen gehen. Mit zunehmendem Alter gibt es erhebliche Verschiebungen, die bei den Frauen früher einsetzen als bei den Männern. In den Altersgruppen 22 bis 29 Jahre und 30 bis 39 Jahre gibt es die Verschiebung in die Einrichtungen der Betreuung von Substituierten, die bei den Frauen stärker ist als bei den Männern. In den Altersgruppen 40 Jahre und älter befindet sich die Mehrzahl der Männer und Frauen in Einrichtungen der Betreuung von Substituierten.

Unterstellt man, daß die Anbindung an eine Beratungsstelle in Zusammenhang steht mit dem eigenen Drogenkonsum, dem Selbstbild als Drogenkonsument sowie der Entwicklung der Drogenkarriere, dann weisen die Daten auf folgende geschlechtsspezifischen Entwicklungsverläufe hin: Junge Männer bis 21 Jahre fühlen sich am besten aufgehoben in den Kontakt- und Drogenberatungsstellen sowie in suchtmittelübergreifenden Beratungsstellen. In der Phase von 22 bis 29 Jahren wechseln etliche von letzteren zu den Einrichtungen der Betreuung von Substituierten. Ab 30 Jahren nimmt der Anteil der Männer in den Drogenberatungsstellen ab und in den Einrichtungen der Betreuung von Substituierten erneut zu. Bei den Frauen gibt es einen sehr viel stärkeren Wechsel schon zwischen 22 und 29 Jahren von den Kontakt- und Drogenberatungsstellen zu den Einrichtungen der Betreuung von Substituierten. Wie bereits erwähnt, ist die Substitution für überproportional viele Frauen mit Drogenproblemen die Behandlung der Wahl. Ab 30 Jahre geht ein Teil der Frauen dann häufiger

als Männer in die suchtmittelübergreifenden Beratungsstellen sowie in die Einrichtungen für Substituierte. Unterstellt man weiterhin, daß es sich hier nicht um individuelle Entwicklungen und Verläufe handelt, sondern um gruppentypische Entwicklungen, dann sprechen die Ergebnisse dafür, daß mit zunehmendem Alter Verlagerung der Abhängigkeit von den illegalen Stoffen hin zu den legalen stattfindet.

Im Jahr 2000 sind Männer mit Drogenproblemen im Durchschnitt mit 33,6 Jahren signifikant älter als Frauen mit 31,2 Jahren.

Tab. 55: Illegale Drogen – Durchschnittsalter 1997 bis 2000 nach Geschlecht

	Männer				Frauen			
	1997	1998	1999	2000*	1997	1998	1999	2000*
Durchschnittsalter (Jahre)	32,3	32,4	33,1	33,6	29,2	29,8	30,6	31,2
Standardabweichung	9,3	7,1	7,5	7,5	10,3	7,0	7,5	7,5
N	2.186	3.512	3.204	3.716	650	1.193	1.134	1.412

* $p < 0,001$, T-Test

Wie ein Vergleich des Durchschnittsalters der in den Einrichtungen betreuten Männer und Frauen in den Jahren von 1997 bis 2000 zeigt, wird die Gruppe langsam etwas älter. Die Verschiebung des Altersdurchschnitts ist nicht kontinuierlich: Die Gruppe wird nicht einfach von Jahr zu Jahr um ein Jahr älter. So ist die Altersgruppe 30 bis 39 Jahre im Jahr 2000 mit einem Anteil von 49 % deutlich größer als in den Jahren 1997 bis 1999 mit jeweiligen Anteilen von rund 30 %. Es kommen offenbar immer neue Klienten und Klientinnen in die Einrichtungen, was insgesamt zu einem langsamen Anstieg des Durchschnittsalters beiträgt. In den Untersuchungsjahren verläuft der Altersanstieg bei den Männern langsamer als bei den Frauen. Die geschlechtsspezifischen Differenzen sind in allen Jahren signifikant.

Für das Jahr 2000 liegen Angaben zum Alter beim ersten Konsum psychotroper Substanzen sowie zum Alter bei Beginn der Suchtmittelabhängigkeit vor. In der folgenden Tabelle sind die Daten über das Durchschnittsalter beim Erstkonsum von verschiedenen (legalen und illegalen) psychotropen Substanzen zusammengestellt.

Tab. 56: Illegale Drogen – Durchschnittsalter beim Erstkonsum psychotroper Substanzen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)

	Männer		Frauen		Signifikanz (T-Test)
	N	Ø Alter in Jahren	N	Ø Alter in Jahren	
Alkohol	1.709	14,0	644	14,6	p < 0,001
Schnüffelstoffe	142	14,8	51	14,1	n.s.
Cannabis	1.855	15,8	690	16,2	n.s.
Halluzinogene	690	18,2	219	17,9	n.s.
Amphetamine	500	19,4	180	19,2	n.s.
Heroin	2.003	21,0	812	20,2	p < 0,001
Andere Opiate	308	21,1	70	20,4	n.s.
Ecstasy	408	21,9	169	20,6	p < 0,01
Barbiturate	427	22,3	161	20,6	p < 0,01
Kokain	1.656	22,9	660	21,8	p < 0,001
Benzodiazepine	891	23,2	351	21,8	p < 0,001
Codein	664	25,5	236	23,7	p < 0,001
Crack	280	28,4	112	25,4	p < 0,001
Methadon	1.358	29,8	559	27,9	p < 0,001

Die psychotropen Substanzen sind nach dem Durchschnittsalter beim Erstkonsum der Männer angeordnet. Daraus läßt sich eine Stufenfolge des Einstiegs in den Konsum ablesen, die mit der im Jahr 1999 identisch ist. Danach beginnen die Jungen und Mädchen im Alter von 14 bis 15 Jahren ganz traditionell mit dem Konsum von alkoholischen Getränken. Mit 15 bis 16 Jahren kommt für eine kleine Minderheit der Konsum von Schnüffelstoffen hinzu, dann für eine sehr große Gruppe der von Cannabis (vgl. Kandel, Warner, Kessler 1998). Die Prävalenzraten für den Konsum von Halluzinogenen und Amphetaminen sind noch immer sehr niedrig und erklären sich wiederum aus den Besonderheiten der Untersuchungsgruppe mit ihrem vergleichsweise hohen Durchschnittsalter. Es war nicht „in“, Halluzinogene, Amphetamine und Ecstasy zu nehmen, als die Mehrzahl der Männer und Frauen dieser Gruppe 15 bis 25 Jahre alt war.

Im Durchschnitt folgt mit 20 bis 23 Jahren der Einstieg in den Konsum von Heroin, anderen Opiaten, Kokain und psychotropen Medikamenten. Wie im Jahr 1999 sind Frauen signifikant jünger als Männer, wenn es um das Einstiegsalter in den Konsum von Heroin, Kokain und psychotropen Medikamenten geht. Typisch dafür sind die Daten zum Erstkonsum von Benzodiazepinen und Barbituraten. Auch die wenigen (und wohl eher ungenauen) Angaben zum Erstkonsum von Schmerzmitteln, den die Männer mit 21,8 Jahren angeben und die Frauen mit 18,6 Jahren, passen in dieses Schema.

Der Beginn des Konsums von Methadon, und das heißt in den meisten Fällen der Beginn einer Substitutionsbehandlung, steht am Ende der Karriere mit illegalen Drogen. Die Konsumentinnen und Konsumenten haben im Durchschnitt schon alles ausprobiert, wenn sie schließlich mit 28 beziehungsweise 29 Jahren Methadon nehmen. Noch einmal wiederholt sich das Muster: Frauen sind im Durchschnitt jünger als Männer, wenn sie auf Methadon umsteigen. Im Vergleich zum Vorjahr gibt es kaum Veränderungen; Einstieg in den Konsum von psychotropen Substanzen und Verlauf sind seit 1999 sehr ähnlich.

Der Anteil derjenigen, die angeben, schon einmal Crack konsumiert zu haben, ist seit dem Jahr 1999 deutlich angestiegen von insgesamt 99 Männern und Frauen (79 % Männer und 21 % Frauen) auf 392 (71 % Männer und 29 % Frauen). Eine differenzierte Auswertung der Daten dieser Gruppe zeigt, daß vor allem Männer und Frauen der Altersklassen 22 bis 29 Jahre und 30 bis 39 Jahre Erfahrungen mit Crack haben.

Tab. 57: Illegale Drogen – Crackkonsum nach Altersklassen und Geschlecht

	Männer	Frauen	Gesamt
Bis 21 Jahre	3,0 %	15,6 %	7,6 %
22 bis 29 Jahre	23,4 %	35,4 %	27,8 %
30 bis 39 Jahre	55,1 %	39,6 %	49,4 %
40 Jahre und älter	18,6 %	9,4 %	15,2 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	167	96	263

$p < 0,001$, Cramers V: 0,296

Unter den Konsumentinnen und Konsumenten von Crack, die sich bereits in Beratungs- oder Behandlungszusammenhängen befinden, häufen sich also (noch) nicht die ganz jungen, sondern diejenigen der mittleren Altersklassen. Allerdings belegen die Daten, daß Frauen signifikant früher als Männer anfangen, Crack zu konsumieren. Was das im Langzeitverlauf für ihre Drogenkarriere bedeutet, läßt sich noch nicht absehen.

Das Durchschnittsalter beim subjektiv erlebten Beginn der Abhängigkeit von Drogen liegt bei den Männern zwischen 20 und 21 Jahren und bei den Frauen zwischen 19 und 20 Jahren; die geschlechtsspezifischen Differenzen sind signifikant. Ein Vergleich mit den Ergebnissen aus dem Vorjahr zeigt, daß sich das Durchschnittsalter beim Beginn der Abhängigkeit sowohl bei den Männern wie bei den Frauen leicht nach oben verschoben hat. Es ist im Jahr 2000 fast identisch mit den Angaben zum Alter des Einstiegs in den Heroinkonsum.

Tab. 58: Illegale Drogen – Durchschnittsalter beim Beginn der Abhängigkeit 1999 und 2000 nach Geschlecht

		Männer	Frauen
1999*	Durchschnittsalter in Jahren	20,0	19,4
	Standardabweichung	6,4	5,4
	N	1.406	520
2000**	Durchschnittsalter in Jahren	20,5	19,8
	Standardabweichung	5,8	8,0
	N	2.047	841

* p < 0,01, T-Test

** p < 0,05, T-Test

Die durchschnittliche Dauer der Suchtkarriere beläuft sich bei den Männern auf 13,6 Jahre (1999: 13,8 Jahre) und bei den Frauen auf 11,8 Jahre (1999: 11,7 Jahre; p < 0,001, T-Test).

Drogenkarrieren sind sehr häufig mit Gewalterfahrungen und Gewalthandlungen assoziiert, die für alle Beteiligten besondere Belastungen darstellen. Die Ergebnisse zu Gewalterfahrungen und Gewalthandlungen in den letzten fünf Jahren sind hier zusammengestellt.

Tab. 59: Illegale Drogen – Gewalterfahrungen (letzte fünf Jahre) nach Geschlecht

	Männer	Frauen
Erlebte körperliche Gewalt	37,6 %	37,9 %
Erlebte sexuelle Gewalt	1,3 %	16,0 %
Keine Gewalterfahrungen	61,1 %	46,2 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %
N	1.816	795

p < 0,001, Cramers V: 0,297

Angaben zu Gewalterfahrungen hat etwa die Hälfte der Klientinnen und Klienten gemacht. Der Anteil der Männer und Frauen, von denen bekannt ist, daß sie körperliche Gewalterfahrungen haben, ist in diesem Jahr gleich groß. Bei den Frauen kommt dazu ein mit 16 % recht großer Anteil, der sexuelle Gewalterfahrungen hat. Faßt man körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen zusammen, dann sind das 39 % der Männer und 54 % der Frauen; der Geschlechterunterschied ist hoch signifikant. Er läßt sich eindeutig darauf zurückführen, daß im Vergleich zu den Männern so viele Frauen in den letzten fünf Jahren sexuelle Gewalterfahrungen haben.

Tab. 60: Illegale Drogen – Gewalthandlungen (letzte fünf Jahre) nach Geschlecht

	Männer	Frauen
Körperliche Gewalttaten	29,4 %	15,1 %
Sexuelle Gewalttaten	0,6 %	0,7 %
Keine Gewalttaten	70,0 %	84,2 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %
N	1.790	755

$p < 0,001$, Cramers V: 0,151

Die Daten belegen wie im vergangenen Jahr, daß Männer gewaltbereiter sind als Frauen beziehungsweise daß sie eher nach Gewalttaten gefragt werden als diese und auch darüber sprechen. Zu sexuellen Gewalttaten bekennt sich kaum jemand, und das gilt für beide Geschlechter.

4.2.2 Konsummuster

In der Hamburger Basisdatendokumentation 2000 werden sowohl die aktuelle Konsumhäufigkeit sowie die Art des Konsums (Konsum in den letzten 30 Tagen) als auch die Haupt- und Sekundärdrogen¹³ (ohne Angaben zum aktuellen Konsum) erfaßt. Zusätzlich liegen Angaben zur Substitution und zu Substitutionsmittel vor. Diese Angaben sind Grundlage der folgenden Auswertungen.

Unter den Klientinnen und Klienten mit der Hauptdroge Illegale Drogen dominiert der Gebrauch von Opioiden. Bei 84 % der Männer und 85 % der Frauen ist ein Konsum von Opiaten angegeben. Bei jeweils mehr als der Hälfte wird Heroin und/oder Methadon als konsumierte psychotrope Substanz genannt. Codein und andere Opiate dagegen werden nur von einer kleinen Gruppe (2 %) konsumiert. 71 % der Konsumentinnen und 69 % der Konsumenten von Opiaten befinden sich in einer Substitutionsbehandlung. Die am nächst häufigsten genannte Droge stellt Kokain, einschließlich Crack, dar. 48 % der Männer und 46 % der Frauen konsumieren Kokain und/oder Crack. Dagegen wird Cannabis mit 36 % bei den Männern und 31 % bei den Frauen mit Abstand deutlich weniger häufig genannt. Auf etwas niedrigerem Niveau ist der Alkoholkonsum, der bei 32 % der Männer und 29 % der Frauen angegeben wird. Mit Ausnahme von Sedativa, Benzodiazepinen und Barbituraten, die von 14 % der Männer und 16 % der Frauen konsumiert werden, werden alle übrigen psychotropen Substanzen nur von kleinen Gruppen konsumiert.

¹³ Die Items Haupt- und Sekundärdroge waren 2000 nicht mehr Bestandteil des Basismoduls der BADO. Es lagen jedoch Angaben für 53 % (Hauptdroge) bzw. 39 % (Sekundärdroge) der Klientinnen und Klienten vor.

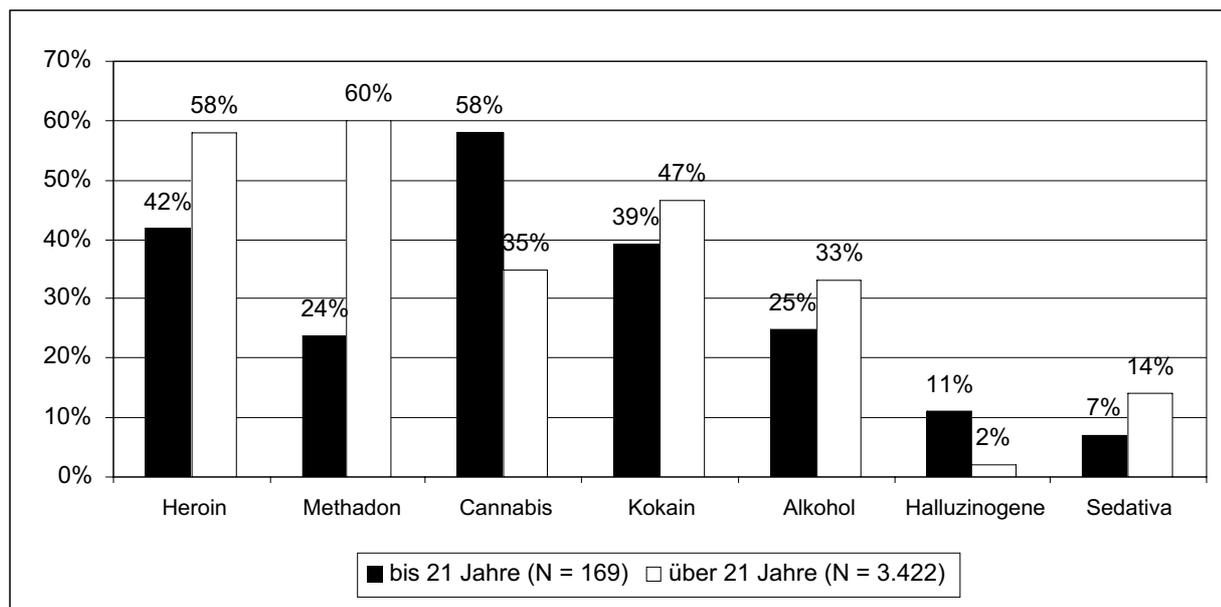
Tab. 61: Illegale Drogen – Konsumierte psychotrope Substanzen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)

	Männer	Frauen
Heroin	59,1 %	54,7 %
Methadon	57,8 %	61,1 %
Kokain/Crack	48,1 %	45,8 %
Alkohol	32,2 %	29,4 %
Cannabis	35,8 %	30,7 %
Sedativa	13,6 %	15,6 %
Stimulantien	1,4 %	1,8 %
Halluzinogene	2,5 %	3,0 %
Andere Drogen	2,5 %	2,1 %
Schnüffelstoffe	0,5 %	0,2 %
Codein/andere Opiate	2,1 %	2,3 %
Andere Schmerzmittel	0,7 %	1,4 %
N	3.657	1.396

Beim Konsum einzelner psychotroper Substanzen lassen sich einige geschlechtsspezifische Unterschiede beobachten. So wird bei den Frauen signifikant häufiger als bei den Männern der Konsum von Methadon ($p < 0,05$, Cramers V: 0,030) und Schmerzmitteln ($p < 0,05$, Cramers V: 0,031) angegeben. Die Männer dagegen konsumieren signifikant häufiger Cannabis ($p < 0,01$, Cramers V: 0,048) und Heroin ($p < 0,01$, Cramers V: 0,030) als die Frauen.

Neben dem Geschlecht besteht auch ein Zusammenhang zwischen den konsumierten psychotropen Substanzen und dem Lebensalter. Wie den folgenden Abbildungen zu entnehmen ist, konsumieren die jungen Männer und Frauen – bis 21 Jahre – signifikant häufiger Cannabis und Halluzinogene. Bei den Männern über 21 Jahre wird dagegen signifikant häufiger der Konsum von Heroin und Methadon, Alkohol und Sedativa angegeben. Die Frauen über 21 Jahre konsumieren dagegen nur Methadon und Alkohol signifikant häufiger als die jüngeren Frauen. Der Kokain- und Crackkonsum ist zwischen den beiden Altersgruppen bei den Männern und Frauen nicht signifikant unterschiedlich.

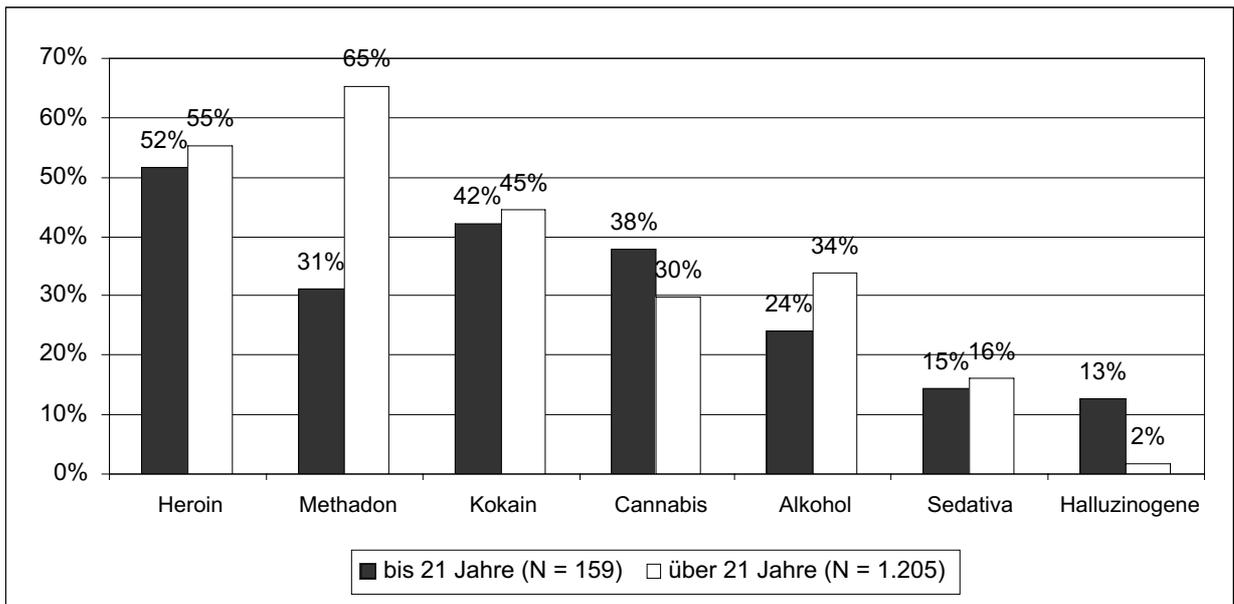
Abb. 10: Illegale Drogen – Männer: Konsum ausgewählter psychotroper Substanzen nach Altersgruppen (Mehrfachnennungen)



Heroin: p < 0,001, Cramers V: 0,079
Methadon: p < 0,001, Cramers V: 0,157
Kokain: n.s.
Cannabis: p < 0,001, Cramers V: 0,102
Alkohol: p < 0,001, Cramers V: 0,037
Sedativa: p < 0,05, Cramers V: 0,043
Halluzinogene: p < 0,001, Cramers V: 0,122

Zwischen den jungen Männern und Frauen gibt es Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede. Zunächst einmal fällt auf, daß die bis 21jährigen Frauen häufiger als die bis 21jährigen Männer Heroin und Methadon konsumierten. 52 % der jungen Frauen, aber nur 42 % der jungen Männer haben Erfahrungen mit Heroin. 24 % der jungen Männer konsumierten Methadon im Vergleich zu 31 % der jungen Frauen. Heroin hat also für die jungen Frauen, die oft noch Einsteigerinnen sind, offensichtlich eine höhere Attraktivität als für die jungen Männer. Im Vergleich zum Vorjahr ist allerdings der Anteil der jungen Frauen, die Heroin konsumieren, gesunken. Gegenüber dem Vorjahr ist gleichzeitig der Anteil der jungen Frauen gestiegen, die Methadon – in der Mehrheit ärztlich verschrieben – nehmen (1999: 25 %, 2000: 31 %). Die bis 21jährigen Frauen unterscheiden sich wiederum von den „älteren“ Frauen, wenn es um Alkohol und Sedativa geht: Die jungen Frauen konsumieren deutlich weniger häufig Alkohol und Sedativa. Ebenso wie bei den jungen Männern dominieren bei den jungen Frauen Halluzinogene und Cannabis, aber auch Stimulantien wie Amphetamine und Ecstasy (Leopold 1998). Bei Kokain lassen sich keine altersspezifischen Effekte feststellen.

Abb. 11: Illegale Drogen – Frauen: Konsum ausgewählter psychotroper Substanzen nach Altersgruppen (Mehrfachnennungen)



Heroin: n.s.
Methadon: $p < 0,001$, Cramers V: 0,186
Kokain: n.s.
Cannabis: $p < 0,05$, Cramers V: 0,056
Alkohol: $p < 0,05$, Cramers V: 0,061
Sedativa: n.s.
Halluzinogene: $p < 0,001$, Cramers V: 0,204

Für eine Teilgruppe mit Drogenproblemen lagen Angaben zur Konsumhäufigkeit in den letzten 30 Tagen zu mehreren psychotropen Substanzen vor. Für eine genauere Betrachtung wurden die Angaben zur Konsumhäufigkeit von Methadon, Heroin, Benzodiazepinen, Cannabis, Alkohol und Kokain ausgewählt. Es wurden im folgenden die Angaben nur derjenigen Klientinnen und Klienten berücksichtigt, die in den letzten 30 Tagen eine der genannten psychotropen Substanzen konsumierten, nicht jedoch derjenigen, die in den letzten 30 Tagen die genannten Drogen nicht konsumierten.

Tab. 62: Illegale Drogen – Konsumhäufigkeit ausgewählter psychotroper Substanzen in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)

Substanz	Konsumhäufigkeit	Männer	Frauen
Methadon	Täglich	98,9 %	97,6 %
	Mehrmals wöchentlich	0,6 %	1,1 %
	Gelegentlich	0,5 %	1,5 %
	Gesamt	100,0 %	100,0 %
	N	985	844
Heroin	Täglich	40,6 %	40,3 %
	Mehrmals wöchentlich	18,2 %	22,1 %
	Gelegentlich	41,2 %	27,3 %
	Gesamt	100,0 %	100,0 %
	N	890	367
Benzodiazepine	Täglich	51,9 %	52,5 %
	Mehrmals wöchentlich	14,4 %	23,1 %
	Gelegentlich	33,8 %	24,2 %
	Gesamt	100,0 %	100,0 %
	N	397	160
Cannabis	Täglich	38,5 %	40,7 %
	Mehrmals wöchentlich	24,0 %	26,8 %
	Gelegentlich	37,5 %	32,5 %
	Gesamt	100,0 %	100,0 %
	N	1.071	351
Alkohol	Täglich	38,4 %	29,6 %
	Mehrmals wöchentlich	20,4 %	24,0 %
	Gelegentlich	40,7 %	46,3 %
	Gesamt	100,0 %	100,0 %
	N	985	341
Kokain	Täglich	18,1 %	22,0 %
	Mehrmals wöchentlich	23,9 %	28,9 %
	Gelegentlich	58,1 %	49,1 %
	Gesamt	100,0 %	100,0 %
	N	880	350

Methadon wird von rund 98 % der Männer und Frauen täglich eingenommen, in der Regel im Rahmen einer ärztlichen Substitutionsbehandlung. Von den anderen psychotropen Substanzen wird Heroin von rund 40 % der Männer und Frauen täglich konsumiert. Unter den Konsumentinnen und Konsumenten mit gelegentlichem Heroinkonsum befinden sich signifikant häufiger substituierte Männer und Frauen (Männer: $p < 0,001$, Cramers V: 0,391; Frauen: $p <$

0,001, Cramers V: 0,375). Rund 50 % der substituierten Männer und Frauen konsumieren Heroin gelegentlich. Diese Konsumfrequenz liegt dagegen nur bei rund 15 % der Männer und Frauen vor, die nicht substituiert werden. Vom gelegentlichen Heroinkonsum von Substituierten wird auch in anderen Studien berichtet (Arnold, Simmedinger 2001; Verthein, Kalke, Raschke 1999). Auch der tägliche Konsum von Benzodiazepinen, Cannabis, Alkohol und Kokain liegt sowohl bei den Männern wie bei den Frauen recht hoch. Dabei unterscheiden sich die Konsumhäufigkeiten – mit Ausnahme von Cannabis – signifikant nach dem Geschlecht (Benzodiazepine: $p < 0,05$, Cramers V: 0,123; Alkohol: $p < 0,05$, Cramers V: 0,080; Kokain: $p < 0,05$, Cramers V: 0,081). Mehr Frauen als Männer konsumieren Benzodiazepine und/oder Kokain täglich und mehrmals wöchentlich. Die Mehrheit der Männer und Frauen konsumiert Kokain gelegentlich. Weiterhin trinken signifikant mehr Männer als Frauen täglich Alkohol. Die meisten Männer wie Frauen trinken jedoch Alkohol gelegentlich, was „normalen“ Trinkgewohnheiten entspricht.

Unter gesundheitlichen Aspekten ist relevant, in welcher Form die psychotropen Substanzen konsumiert werden. So stellt die intravenöse Applikation ein gesundheitliches Risiko zur Übertragung von Infektionen wie HIV und Hepatitis C dar.

Tab. 63: Illegale Drogen – Konsumarten ausgewählter psychotroper Substanzen in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)

Substanz	Konsumart	N	Männer	N	Frauen
Heroin	Intravenös	868	73,7 %	347	69,5 %
	Rauchen		17,0 %		22,4 %
	Nasal		9,2 %		8,1 %
Kokain	Intravenös	844	65,4 %	327	59,0 %
	Rauchen		16,2 %		21,4 %
	Nasal		18,4 %		19,6 %
Benzodiazepine	Intravenös	394	9,6 %	154	8,4 %
Methadon	Intravenös	1.421	0,8 %	603	0,7 %

Die zu 100,0 % fehlenden Werte beziehen sich auf andere Applikationsformen.

74 % der Männer und 70 % der Frauen, die in den letzten 30 Tagen Heroin konsumiert haben, applizieren Heroin intravenös. Unterschiede zu den Ergebnissen des Vorjahres sind nicht zu erkennen. Kokain wird ebenfalls von der Mehrheit der Konsumentinnen (59 %) und Konsumenten (65 %) intravenös konsumiert (vgl. auch Homann u. a. 2000). Im Vergleich zu den Ergebnissen des Vorjahres ist bei den Frauen ein Rückgang der intravenösen Applikation von Kokain zu beobachten. 1999 gaben noch 68 % der Frauen an, Kokain zu injizieren. Bei Heroin und Kokain ist zu beobachten, daß ein Teil der Konsumentinnen und Konsumenten andere Konsumformen gebraucht. Bei Heroin ist es das Rauchen, das 17 % der Männer und 22 % der Frauen bevorzugen. Bei Kokain wird nach dem Injizieren von den Männern mit 18 % das Schnupfen und von den Frauen mit 21 % das Rauchen präferiert. Deutlich seltener

als Heroin und Kokain werden von den Männern und Frauen Benzodiazepine intravenös appliziert. Methadon wird nur von einigen wenigen Männern und Frauen injiziert. Insgesamt ist das Injizieren von Drogen bei den Männern signifikant häufiger verbreitet ($p < 0,05$, Cramers V: 0,066) als bei den Frauen.

Die verschiedenen Konsummuster der Klientinnen und Klienten mit Drogenproblemen wurden mit Clusteranalysen vertiefend herausgearbeitet. In die Clusteranalysen wurden alle Informationen zu den psychotropen Substanzen Heroin, Methadon, Kokain/Crack, Alkohol, Cannabis und Sedativa/Hypnotika zugrunde gelegt, unabhängig davon, ob in den letzten 30 Tagen diese Substanzen konsumiert wurden. Als Ergebnis der SPSS-Prozedur „hierarchische Clusteranalyse“ ergeben sich folgende sechs Cluster.

Tab. 64: Illegale Drogen – Cluster der Konsummuster

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	Cluster 6	Cramers V
	Heroin, Kokain	Methadon	Alle Substanzen	Cannabis	Methadon, Sedativa	Methadon, Heroin, Kokain	
Heroin	77,1 %	–	100,0 %	17,2 %	4,4 %	100,0 %	0,846
Methadon	0,1 %	98,5 %	87,6 %	0,3 %	98,6%	99,2 %	0,960
Kokain/Crack	65,6 %	14,7 %	80,9 %	24,6 %	51,5 %	41,6 %	0,434
Alkohol	18,2 %	12,9 %	82,5	26,5 %	83,0 %	12,4 %	0,599
Cannabis	4,6 %	15,0 %	82,7 %	88,2 %	81,6 %	9,9 %	0,746
Sedativa/Hypnotika	6,8 %	8,0 %	38,6 %	2,9 %	35,0 %	11,0 %	0,357
N	1.376	821	611	615	517	1.131	

Signifikanz jeweils $p < 0,001$

Das erste Cluster „Heroin und Kokain/Crack“ – mit 27 % das größte Cluster – setzt sich vor allem aus Männern und Frauen zusammen, die Heroin und/oder Kokain oder Crack konsumieren. In den letzten 30 Tagen waren 38 % dieser Gruppe abstinent. 94 % der Klientinnen und Klienten in diesem Cluster nehmen die Hilfeangebote der Kontakt- und Drogenberatungsstellen oder der suchtmittelübergreifenden Beratungsstellen in Anspruch.

Das zweite Cluster „Methadon“ besteht aus Substituierten, die alle kein Heroin konsumieren, und zumeist relativ wenig Beikonsum anderer psychotroper Substanzen aufweisen. Es handelt sich um ein Cluster mit 16 % der Fälle. In diesem Cluster ist der Anteil der Frauen mit 35 % am größten.

Das dritte Cluster „Alle Substanzen“ umfaßt Personen, die durch ein polyvalentes respektive polytoxos Konsummuster zu charakterisieren sind. Von fast allen wird Heroin und/oder Methadon sowie andere psychotrope Substanzen konsumiert. Diese Gruppe ist jedoch mit 12 % relativ klein.

Das vierte Cluster „Cannabis“ besteht aus Männern und Frauen, die fast alle Cannabis, jedoch nur in einigen wenigen Fällen Heroin oder Methadon, konsumieren. In diesem Cluster befinden sich 55 % Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2000 neu eine Beratung beziehungsweise Betreuung in Anspruch genommen haben. Weiterhin sind in dieser Gruppe relativ die meisten (21 %) jungen Männer und Frauen (bis 21 Jahre) vertreten ($p < 0,001$, Cramers V: 0,222). 83 % ist Klientel von Kontakt- und Drogenberatungsstellen oder suchtmittelübergreifenden Beratungsstellen. Dieses Cluster umfaßt ebenfalls 12 % der Klientinnen und Klienten mit Drogenproblemen.

Das fünfte Cluster „Methadon und Sedativa“ setzt sich im wesentlichen aus Substituierten zusammen, die zumeist Alkohol und Cannabis zusätzlich konsumieren. Die Hälfte dieser Gruppe konsumiert ferner Kokain oder Crack. Auffällig ist der hohe Beikonsum von Sedativa. Dieses Cluster beinhaltet die kleinste Konsumentengruppe mit 10 % aller Fälle.

Das sechste Cluster „Methadon, Heroin und Kokain“ ist mit 22 % die zweitgrößte Gruppe. In dieser befinden sich überwiegend Substituierte, von denen 42 % einen Beikonsum von Kokain oder Crack aufweisen, und 33 % in den letzten 30 Tagen Heroin konsumiert haben. Bei 24 % dieser Gruppe wurde angegeben, daß kein Beigebrauch in den letzten 30 Tagen stattgefunden hat. 47 % der Klientinnen und Klienten dieser Gruppe werden von den Kontakt- und Drogenberatungsstellen oder von den suchtmittelübergreifenden Beratungsstellen beraten und betreut.

Im Vergleich zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten fällt auf, daß der Gebrauch von Sedativa bei den Substituierten mit 20 % weitaus häufiger als bei den Nicht-Substituierten mit 7 % beobachtet werden kann ($p < 0,001$, Cramers V: 0,181). Umgekehrt stellt sich das Verhältnis beim Kokain- beziehungsweise Crackkonsum dar. Bei 43 % der Substituierten, aber bei 53 % der Nicht-Substituierten wird ein Gebrauch (aktuell oder früher) von Kokain oder Crack angegeben.

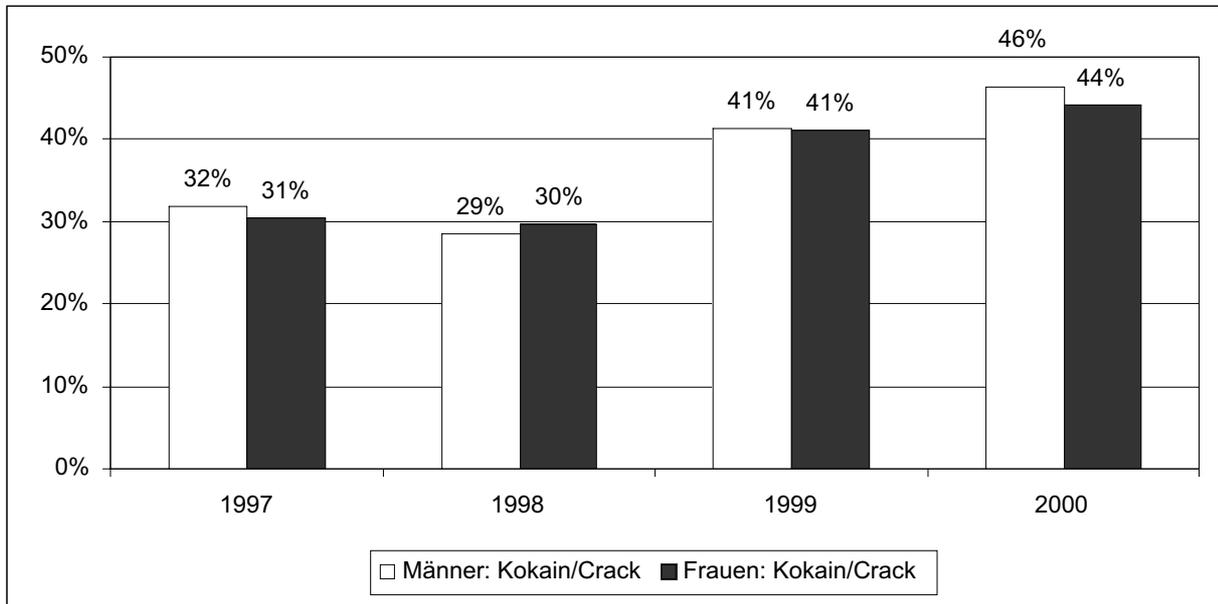
Innerhalb der Cluster sind geschlechtsspezifische Unterschiede zu erkennen, die zum Teil jedoch nur gering ausgeprägt sind ($p < 0,001$, Cramers V: 0,85). Frauen befinden sich am häufigsten im Cluster 2 als Substituierte, im Cluster 5 dagegen sind sie unterrepräsentiert.

Exkurs: Kokain und Crack

Beim Vergleich der Angaben zum Kokain- und Crackgebrauch über die vier Erhebungsjahre 1997, 1998, 1999 und 2000 wird ersichtlich, daß der Anteil der Konsumentinnen und Konsumenten in den beiden Berichtsjahren 1999 und 2000 deutlich angestiegen ist. Basis dieses Vergleichs sind die Angaben zu Haupt- und Sekundärdrogen 1997 und 1998 sowie zu Hauptdrogen, Sekundärdrogen und aktuellem Konsum 1999 und 2000, jeweils bezogen auf die Gesamtzahl der Klientinnen und Klienten mit Drogenproblemen. In den Jahren 1997 und 1998 haben jeweils rund 30 % der Männer und Frauen Kokain als Haupt- oder Sekundärdroge angegeben. 1999 stieg der Anteil auf jeweils 41 % (vgl. auch Homann u. a. 2000; Thiel u. a. 2000). Im Jahr 2000 kann wiederum eine Erhöhung des Kokain- und Crackkonsums

beobachtet werden. So beläuft sich der Anteil der Kokain- und Crackgebraucher auf 46 % bei den Männern und 44 % bei den Frauen.

Abb. 12: Illegale Drogen – Kokain- oder Crackkonsum 1997 bis 2000 nach Geschlecht



Basis: Alle Klientinnen und Klienten

1997 Männer: N = 2.274, Frauen: N = 701

1998 Männer: N = 3.645, Frauen: N = 1.270

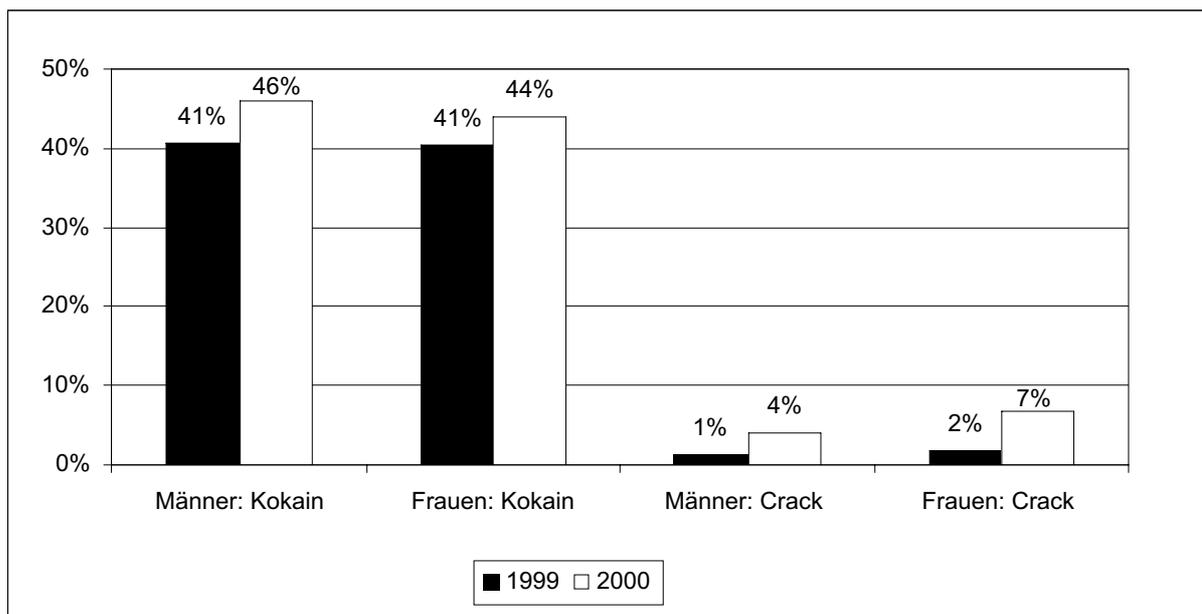
1999 Männer: N = 3.343, Frauen: N = 1.201

2000 Männer: N = 3.787, Frauen: N = 1.447

Eine ähnliche Entwicklung des Kokainkonsums belegen auch die EBIS-Daten auf der Basis der Haupt- und Zusatzdiagnosen von Abhängigkeit (Simon, Palazetti 1999, 38; Vogt, Schmid, Roth 2000). Für Crack zeichnet sich eine ähnliche Entwicklung ab. In Studien zur offenen Hamburger Hauptbahnhofsszene ergab sich seit 1996 ein steigender Crackkonsum (Homann u. a. 2000; Thiel u. a. 2000; Thane, Thiel 2000). Im zweiten Halbjahr 1999 sind die Fallzahlen der Personen angestiegen, die die Polizei im Zusammenhang mit Besitz, Erwerb oder Handel von Crack aufgegriffen hat (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2000). Für das Jahr 2000 sind sie wie diejenigen für Kokain jedoch wieder rückläufig.

Die Daten der Hamburger Basisdatendokumentation bestätigen diese Ergebnisse der Polizeistatistik nicht. Im Vergleich zum Jahr 1999 steigen im Jahr 2000 sowohl die Anteile der Kokain- als auch die der Crackkonsumentinnen und -konsumenten. Möglich ist, daß von 1999 auf 2000 ein realer Zuwachs des Kokain- und Crackkonsums innerhalb der Drogenszene stattgefunden hat, den die Polizei nicht nachvollzogen hat. Es ist aber auch nicht auszuschließen, daß das Drogenhilfesystem im Hinblick auf den Kokain- und Crackkonsum sensibilisiert wurde und genauer dokumentiert.

Abb. 13: Illegale Drogen – Kokain- und Crackkonsum 1999 und 2000 nach Geschlecht



1999 Männer: N = 3.343, Frauen: N = 1.201
 2000 Männer: N = 3.657, Frauen: N = 1.396

Kokain wird von etwa einem Fünftel der Männer und Frauen täglich beziehungsweise von rund einem Viertel mehrmals wöchentlich konsumiert. Mehr als die Hälfte der Männer und 49 % der Frauen gebrauchen Kokain dagegen gelegentlich. Die Konsumhäufigkeit von Kokain bei Männern und Frauen unterscheidet sich schwach signifikant ($p < 0,05$). Crack wird ebenfalls von der Mehrheit der Männer und Frauen gelegentlich konsumiert. Allerdings wird Crack deutlich häufiger als Kokain von 29 % der Männer und 38 % der Frauen täglich konsumiert (Thane, Thiel 2000).

Die Mehrheit konsumiert Kokain intravenös. Während Kokain von 16 % der Männer und 21 % der Frauen geraucht und von 18 % der Männer und 20 % der Frauen gesniffelt wird, wird Crack ausschließlich geraucht.

Tab. 65: Illegale Drogen – Konsumhäufigkeit von Kokain und Crack nach Geschlecht

	Kokain*		Crack	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Täglich	18,1 %	22,0 %	28,6 %	38,3 %
Mehrmals wöchentlich	23,9 %	28,9 %	27,9 %	31,3 %
Gelegentlich	58,1 %	49,1 %	43,6 %	30,3 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	880	350	140	80

* $p < 0,05$, Cramers V: 0,018

Die Geschlechterverteilung bei den Kokainkonsumentinnen und -konsumenten mit 73 % Männern und 27 % Frauen entspricht der der Klientel mit der Hauptdroge Illegale Drogen insgesamt. Bei den Crackkonsumentinnen und -konsumenten sind dagegen die Frauen mit 36 % überrepräsentiert ($p < 0,01$, Cramers V: 0,047).

Die Entwicklung des Crackkonsums wird zur Zeit besonders intensiv von der (Fach-)Öffentlichkeit beobachtet und diskutiert. Selten allerdings wird diese Diskussion auf einer soliden empirischen Basis geführt. So wird einerseits behauptet, daß der zunehmende Crackkonsum das Hilfesystem vor neue Herausforderungen stelle, da sich die Klientinnen und Klienten spürbar verändert hätten. Andererseits liegen für solche dramatischen Veränderungen bislang erst ansatzweise empirische Belege vor.

Die Daten der Hamburger Basisdatendokumentation wurden gezielt auf Informationen zum Thema Crack durchsucht, um Unterschiede zu analysieren zwischen Crackkonsumentinnen und -konsumenten und anderen Drogenabhängigen, die kein Crack konsumieren. Es sei nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, daß es sich bei den hier dokumentierten Crack-Konsumentinnen und -konsumenten um Klientinnen und Klienten von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen handelt, also nicht aus der „offenen Szene“ oder dem niedrigschwelligen Hilfebereich. Um hierfür eine etwas breitere Datenbasis zu erhalten, wurden alle Klientinnen und Klienten der Jahre 1999 und 2000 berücksichtigt¹⁴, von denen Angaben zum Konsum illegaler Drogen in den letzten 30 Tagen vorliegen. Um Verzerrungen zu vermeiden, wurden alle Klientinnen und Klienten, die in den letzten 30 Tagen abstinent gelebt haben, von der Analyse ausgeschlossen. Dieser Auswertung zum Crackkonsum liegt also eine eigene Zweijahres-Stichprobe zugrunde, die nicht mit den Daten aus den anderen Kapiteln dieses Berichts übereinstimmt. Insgesamt konnten Daten von 4.416 Klientinnen und Klienten ausgewertet werden, von denen 7 % (187 Männer und 100 Frauen) in den letzten 30 Tagen Crack geraucht haben. Im folgenden werden Klientinnen und Klienten, die in den letzten 30 Tagen Crack konsumiert haben, verglichen mit Drogenkonsumenten, die in den letzten 30 Tagen andere Substanzen, aber kein Crack konsumiert haben. In der folgenden Tabelle ist diese Stichprobe dargestellt.

Tab. 66: Illegale Drogen – Crackkonsum der Zweijahresstichprobe (1999 und 2000) nach Geschlecht*

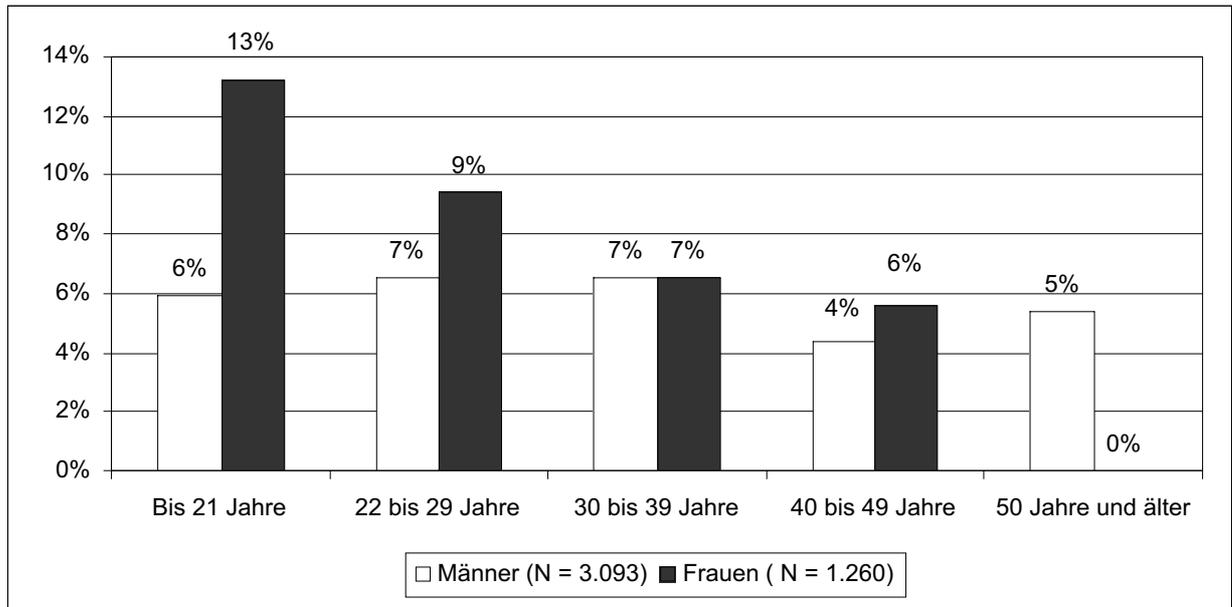
	Männer	Frauen	Gesamt
Crack bzw. Kokain in den letzten 30 Tagen geraucht	6,0 %	7,8 %	6,5 %
Kein Crack bzw. Kokain in den letzten 30 Tagen geraucht	94,0 %	92,2 %	93,5 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	3.133	1.283	4.416

* nur Fälle mit Angaben zum Konsum in den letzten 30 Tagen
 $p < 0,05$, Cramers V: 0,034

¹⁴ Durch einen Abgleich der jeweiligen Codierungen wurde sichergestellt, daß Klientinnen und Klienten, von denen Angaben zum Crackkonsum sowohl aus dem Jahr 1999 als auch aus dem Jahr 2000 vorlagen, nur mit einem Datensatz (mit den meisten gültigen Angaben) berücksichtigt wurden.

Im Altersdurchschnitt zeigt sich zwischen der Crack-Gruppe und den anderen Drogenabhängigen kein signifikanter Unterschied. Betrachtet man hingegen den Anteil der Crackkonsumenten nach Geschlecht getrennt für die einzelnen Altersgruppen, so schwankt dieser Anteil bei den Männern unsystematisch, während sich bei den Frauen ein klarer Trend erkennen lässt.

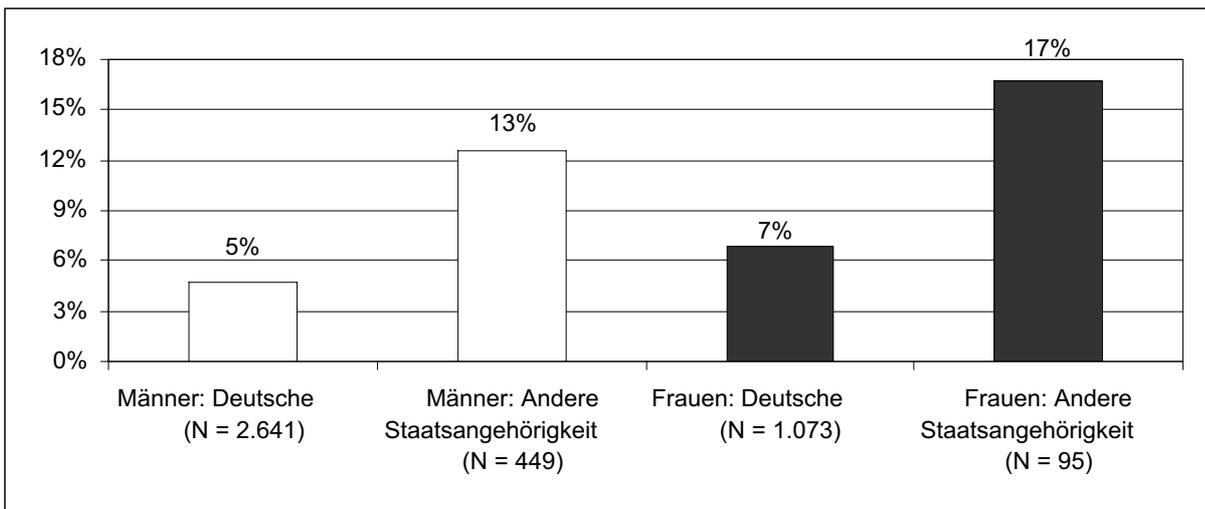
Abb. 14: Illegale Drogen – Crackkonsum nach Altersklassen und Geschlecht



Frauen: $p < 0,05$, Cramers V: 0,09
Männer: n.s.

Eine Häufung des Crackkonsums bei jüngeren Drogenabhängigen deutet sich somit nur für Frauen an, obgleich auch hier der Effekt eher schwach ausgeprägt ist. Stärker ausgeprägt ist hingegen der Zusammenhang zwischen Staatsbürgerschaft und Crackkonsum.

Abb. 15: Illegale Drogen – Crackkonsum nach Nationalität und Geschlecht



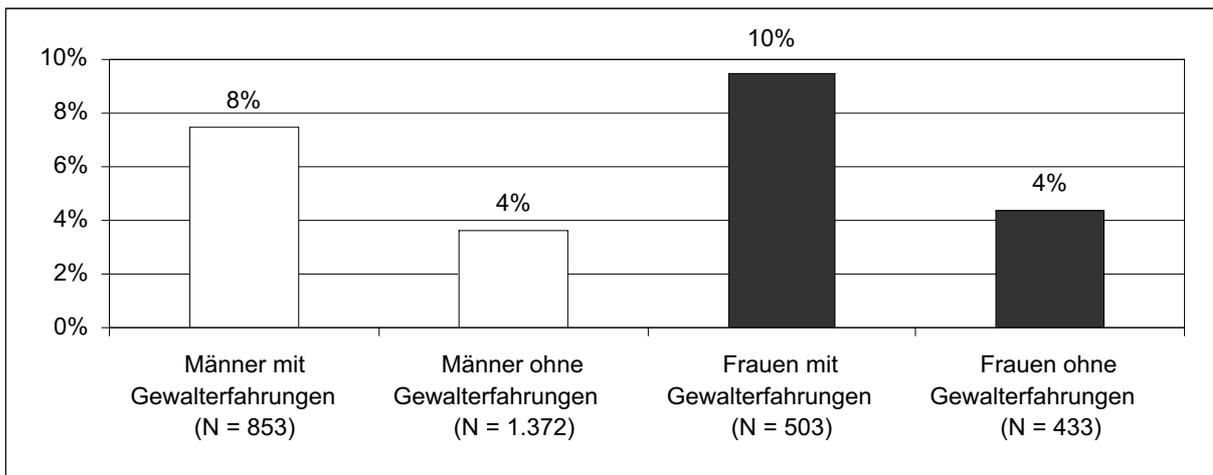
Männer: $p < 0,001$, Cramers V: 0,117
Frauen: $p < 0,001$, Cramers V: 0,105

Wie die Abbildung zeigt, ist unter nichtdeutschen Drogenabhängigen der Anteil der Crackraucherinnen und -raucher deutlich höher als unter den deutschen. Dieser Effekt ist bei Männern und Frauen zu beobachten.

Die meisten Crackkonsumenten finden sich in den Kontakt- und Drogenberatungsstellen. Dort beträgt der Anteil der Crackraucher bei den Männern 10 % und bei den Frauen 18 %. In den Einrichtungen, in denen substituiert oder psychosoziale Begleitung zur Substitution angeboten wird, sind es nur noch 5 % der Männer und 6 % der Frauen, die über Crackkonsum in den letzten 30 Tagen berichten. In allen anderen Einrichtungstypen finden sich nur vereinzelt Klientinnen und Klienten mit entsprechenden Konsummustern. Die unterschiedliche Verteilung des Crackkonsums nach Einrichtungstypen ist für Männer und für Frauen statistisch signifikant (Männer: $p < 0,001$, Cramers V: 0,120; Frauen: $p < 0,001$, Cramers V: 0,217). Nicht überraschend ist, daß sich unter den Neu- und Wiederaufnahmen etwas mehr Crackraucher befinden als unter den Übernahmen aus dem Vorjahr. Allerdings ist dieser Effekt nur für die Frauen gerade eben signifikant. Sofern dem Kontakt mit der Drogenhilfe eine Kontaktempfehlung vorausging, kam diese in erster Linie von anderen Klientinnen und Klienten.

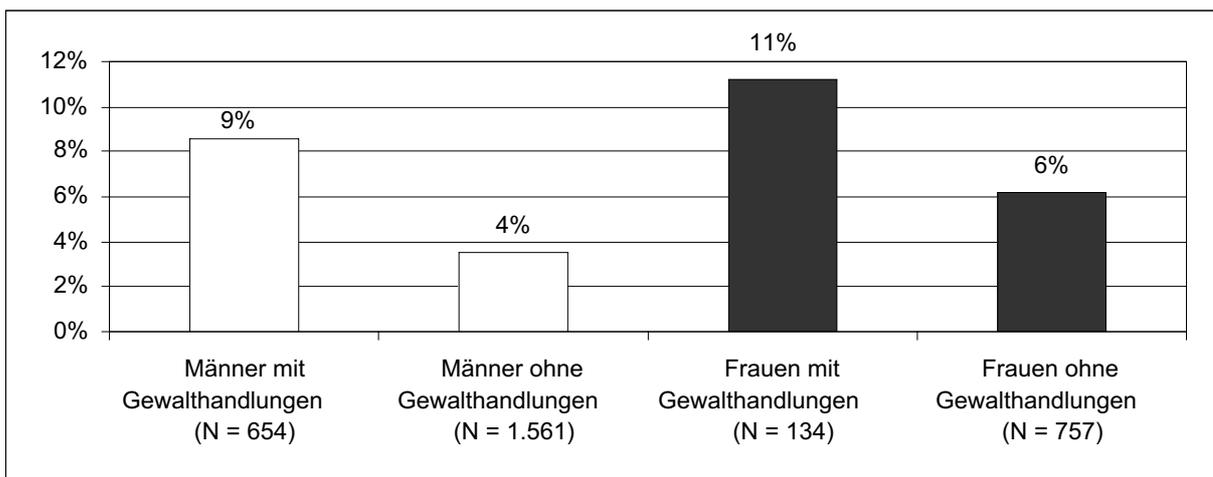
Faßt man die Daten zu Gewalterfahrungen und zur Gewaltausübung in den letzten fünf Jahren zusammen und dichotomisiert die Variablen, so ergibt sich folgendes Bild.

Abb. 16: Illegale Drogen – Crackkonsum nach Gewalterfahrungen und Geschlecht



Männer: $p < 0,001$, Cramers V: 0,087
Frauen: $p < 0,01$, Cramers V: 0,100

Abb. 17: Illegale Drogen – Crackkonsum nach Gewalthandlungen und Geschlecht



Männer: $p < 0,001$, Cramers V: 0,107
Frauen: $p < 0,05$, Cramers V: 0,070

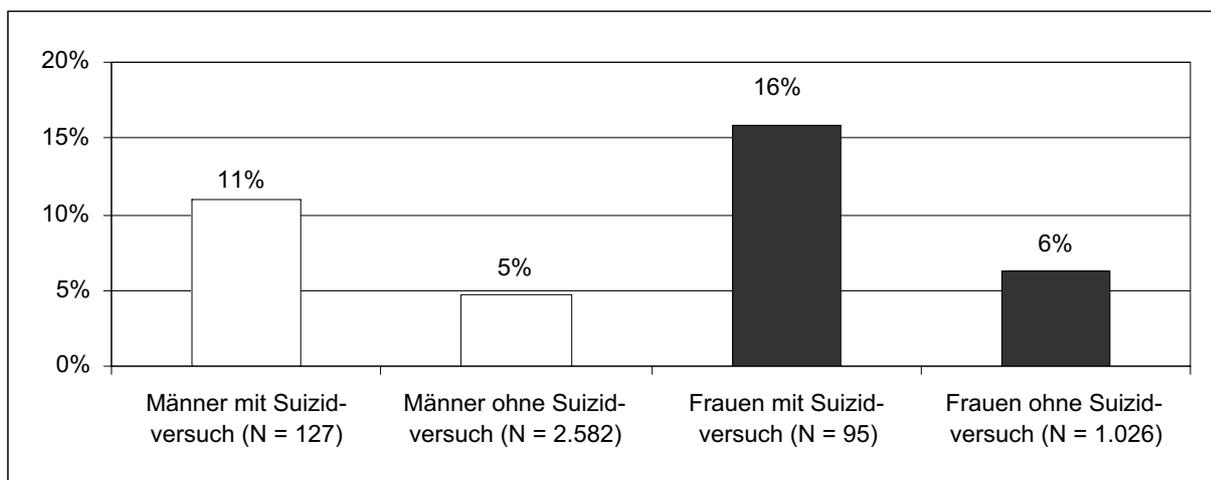
Hier deutet sich ein signifikanter, wenn auch nur schwach ausgeprägter Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen, Gewalthandlungen und Crackkonsum an. Ob es sich hierbei allerdings um tatsächliche substanzbedingte Differenzen oder um unterschiedliche Zuschreibungen angesichts der von vielen mit Gewalt assoziierten Droge Crack handelt, ist aus den vorliegenden Daten nicht ersichtlich.

Betrachtet man den aktuellen Aufenthaltsort, so ist der Anteil der Crackraucherinnen und -raucher am höchsten unter den Drogenabhängigen, die „auf der Straße“ leben oder in Hotels und Notunterkünften schlafen. Erwerbslose rauchen etwa doppelt so häufig Crack wie Erwerbstätige. Bei den sonstigen soziodemographischen Variablen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Crackraucherinnen und -rauchern auf der einen Seite und

Drogenabhängigen ohne Crackkonsum auf der anderen Seite. Diese beiden Gruppen unterscheiden sich auch nicht hinsichtlich der suchtspezifischen Vorbehandlungen. Allerdings ist bei Frauen, die im vergangenen Jahr wegen körperlicher Probleme stationär im Krankenhaus waren, der Anteil der Crackkonsumentinnen mit 12 % rund doppelt so hoch wie bei den Frauen ohne einen entsprechenden Krankenhausaufenthalt (6 %). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0,01$), allerdings nicht besonders stark ausgeprägt (Cramers V: 0,094).

Signifikant häufiger kommt es bei Crackkonsumentinnen und -konsumenten zu Suizidversuchen, wie die folgende Abbildung zeigt.

Abb. 18: Illegale Drogen – Crackkonsum nach Suizidversuch und Geschlecht

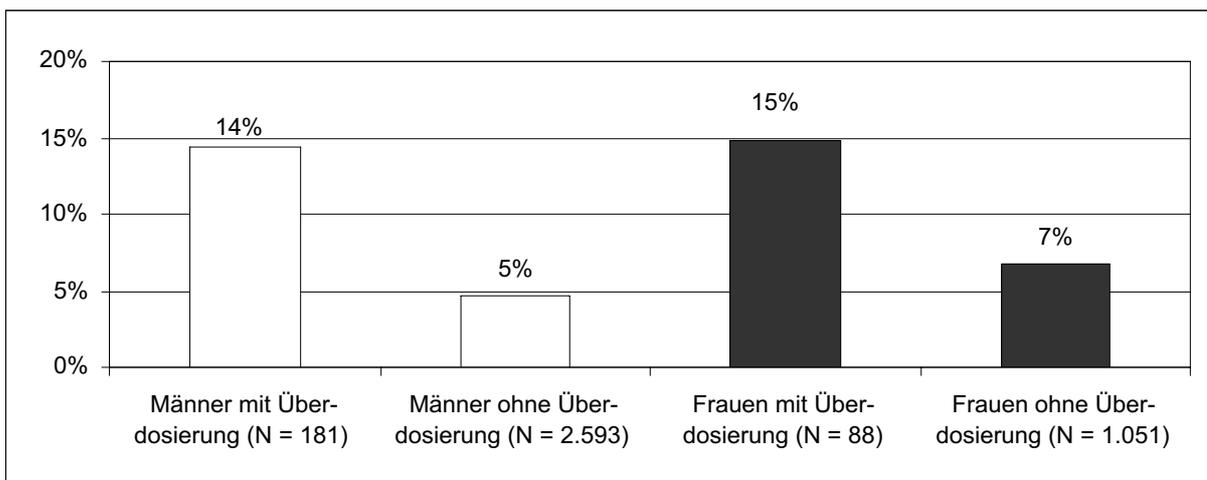


Männer: $p < 0,01$, Cramers V: 0,062
 Frauen: $p < 0,01$, Cramers V: 0,102

Damit zeichnet sich ein Risikospektrum für Crackkonsum ab, das vor allem auch Selbstschädigungen einschließt.

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Frage nach den Überdosierungen. Auch bei dieser Frage scheint es einen Zusammenhang zu geben zwischen Crackkonsum und besonders riskanten Konsumverläufen, die zu Drogennotfällen führen.

Abb. 19: Illegale Drogen – Crackkonsum nach Überdosierung und Geschlecht



Männer: $p < 0,001$, Cramers V: 0,105

Frauen: $p < 0,01$, Cramers V: 0,083

Crackraucherinnen und -raucher haben insgesamt etwas früher im Leben als andere Drogenabhängige mit dem Drogenkonsum angefangen. Dieser Effekt ist signifikant für Cannabis und Heroin. Dem entspricht, daß diejenigen Crackkonsumenten, die schon einmal in Methadonbehandlung waren, signifikant früher als andere Opiatabhängige in ein entsprechendes Behandlungsprogramm aufgenommen worden sind. Damit deuten sich insgesamt schneller verlaufende Drogenbiographien bei Konsumentinnen und Konsumenten von Crack an.

4.2.3 Einrichtungsarten, Beginn und Beendigung der Betreuung

Die größte Gruppe der Männer und Frauen mit Drogenproblemen wird von einer Einrichtung für Substituierte betreut. Es folgen die Kontakt- und Drogenberatungsstellen, in denen 35 % der Männer und 29 % der Frauen mit Drogenproblemen Hilfen in Anspruch nehmen. Zu den suchtmittelübergreifenden Kontakt- und Beratungsstellen haben schließlich 11 % der Männer und 15 % der Frauen Kontakt. Die aufsuchende Beratung im Strafvollzug, die sich erstmals an der Basisdatendokumentation beteiligt hat, erreicht 6 % der Männer und 2 % der Frauen. Die übrigen Einrichtungen werden nur von wenigen drogenkonsumierenden Klientinnen und Klienten genutzt. Deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen bei der Nutzung der Einrichtungen für Substituierte. Insgesamt ist die unterschiedliche Verteilung der Männer und Frauen auf die verschiedenen Einrichtungsarten signifikant ($p < 0,001$, Cramers V: 0,114).

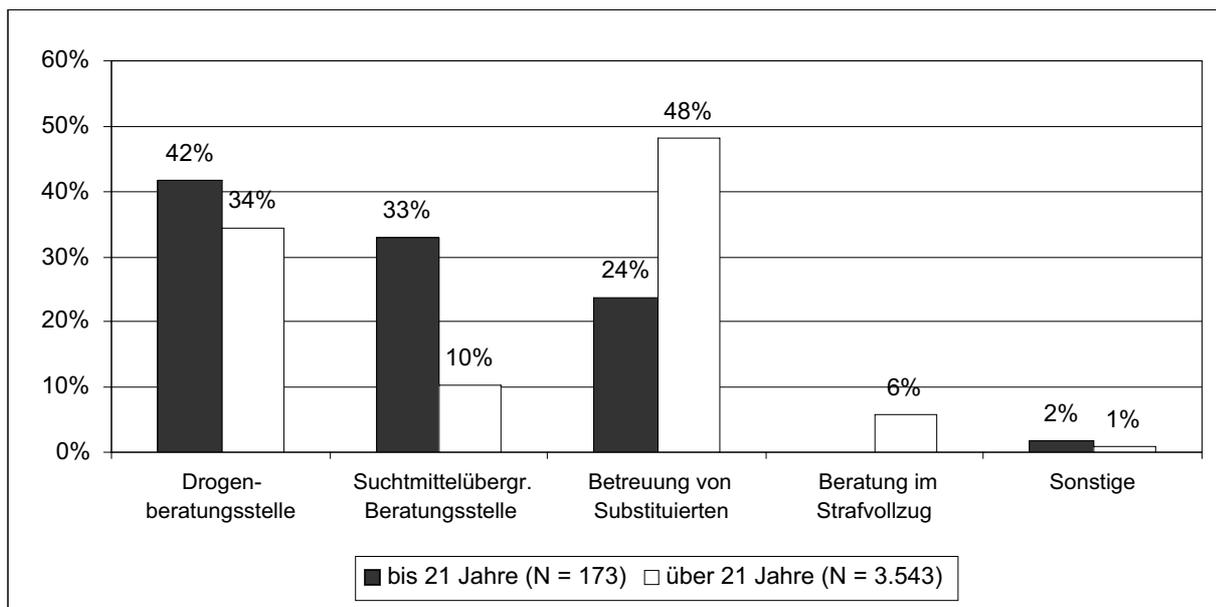
Tab. 67: Illegale Drogen – Einrichtungsarten nach Geschlecht

	Männer	Frauen
Kontakt- und Drogenberatungsstelle	35,3 %	29,2 %
Einrichtung der Betreuung von Substituierten/Substitutionsambulanz	46,4 %	52,5 %
Suchtmittelübergreifende Kontakt- und Beratungsstelle	11,2 %	15,3 %
Aufsuchende Beratung im Strafvollzug	5,8 %	1,9 %
Sonstiges	1,3 %	1,2 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %
N	3.797	1.447

p < 0,001, Cramers V: 0,114

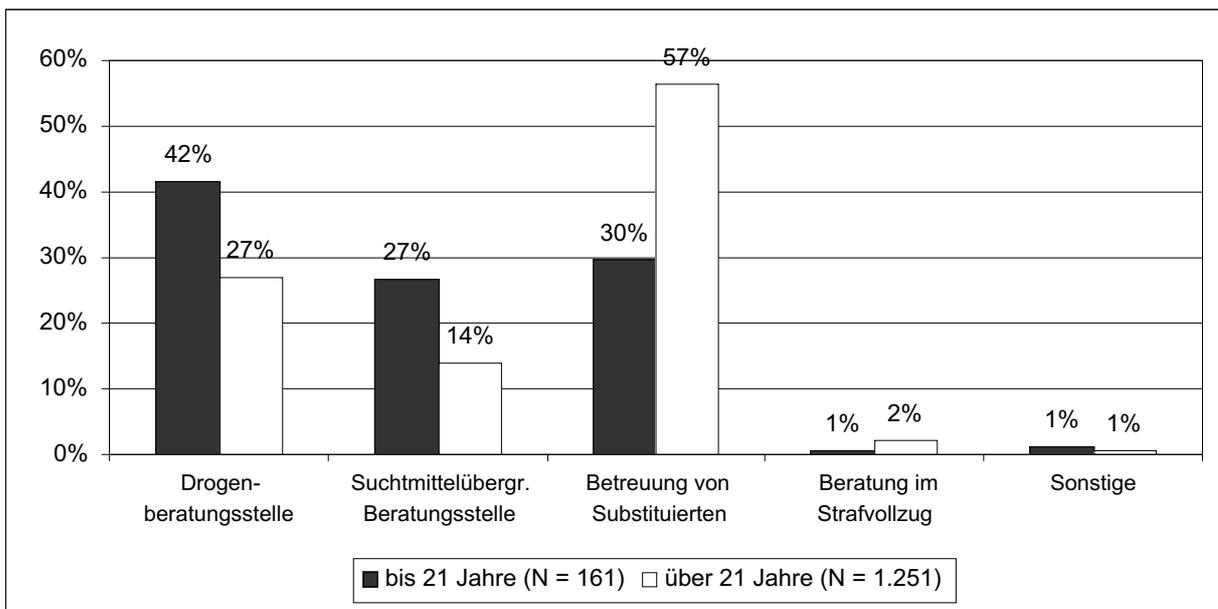
Bei den Männern und Frauen mit Drogenproblemen variiert die Inanspruchnahme der verschiedenen Einrichtungen systematisch mit dem Alter. So bevorzugen junge Männer bis 21 Jahre deutlich häufiger suchtmittelübergreifende Kontakt- und Beratungsstellen sowie Kontakt- und Drogenberatungsstellen. Kein junger Mann mit Drogenproblemen wurde durch die aufsuchende Beratung im Strafvollzug erreicht. Über 21jährige Männer dagegen findet man häufiger in Einrichtungen der Betreuung von Substituierten und als Klienten der aufsuchenden Beratung im Strafvollzug. Ein ähnlicher Alterseffekt bei der Inanspruchnahme der verschiedenen Einrichtungen lässt sich bei den Frauen mit Drogenproblemen beobachten. Die größte Gruppe der bis 21jährigen Frauen sucht Kontakt- und Drogenberatungsstellen auf. Die suchtmittelübergreifenden Kontakt- und Beratungsstellen werden von jüngeren Frauen ebenfalls deutlich häufiger als von älteren Frauen aufgesucht. Fast 57 % der über 21jährigen Frauen befinden sich in den Einrichtungen der Betreuung von Substituierten.

Abb. 20: Illegale Drogen – Männer: Einrichtungsarten nach Altersgruppen



p < 0,001, Cramers V: 0,171

Abb. 21: Illegale Drogen – Frauen: Einrichtungsarten nach Altersgruppen



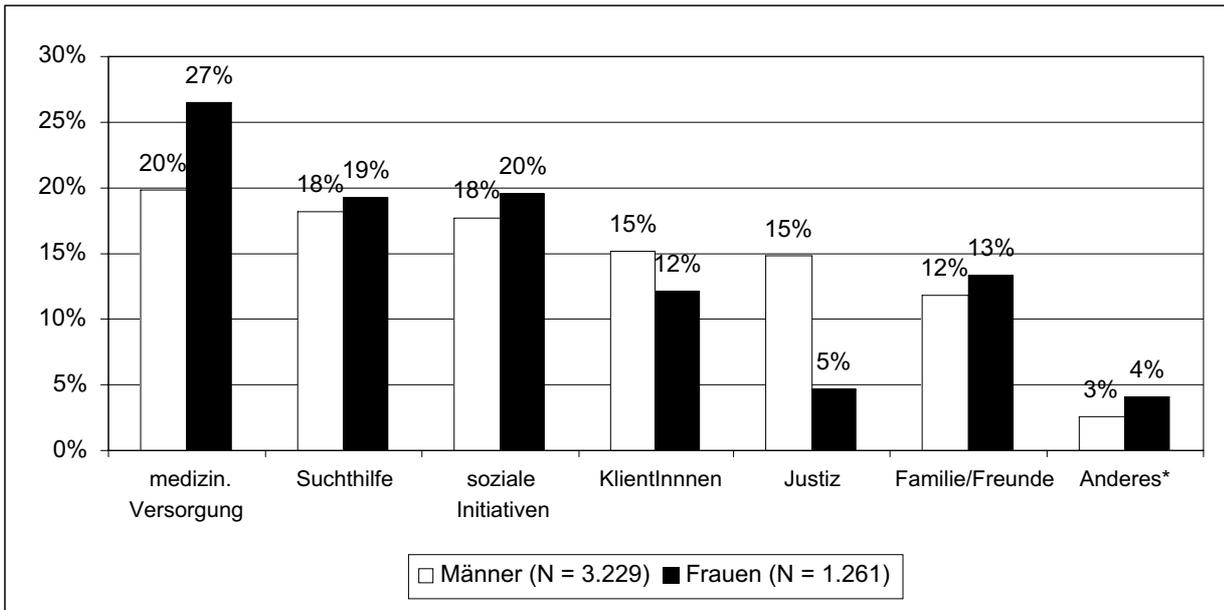
$p < 0,001$, Cramers V: 0,185

Die verschiedenen Einrichtungen, das belegen allein diese Zahlen, sind also für unterschiedliche Gruppen attraktiv, wobei Alter, Geschlecht sowie Art und Umfang der medizinischen Behandlung die wichtigsten differenzierenden Variablen sind.

Die Daten zu den Kontaktempfehlungen und zu den Auflagen geben Auskunft darüber, wie die Klientinnen und Klienten den Weg in die Drogenhilfe finden und welche Einrichtungen sie auswählen. Männer mit Drogenproblemen erhalten ihre Kontaktempfehlungen häufiger als Frauen durch die Justiz und von anderen Klientinnen und Klienten. Bei den Frauen dagegen haben die Kontaktempfehlungen von Personen der medizinischen Versorgung, von der Familie und Freunden/Freundinnen sowie von anderen Einrichtungen der Suchthilfe eine größere Bedeutung als bei den Männern. Kaum Bedeutung für eine Kontaktaufnahme haben für Männer wie für Frauen öffentliche Institutionen (2 %) und Medien (unter 1 %). Die geschlechtsspezifischen Differenzen im Hinblick auf die Kontaktempfehlungen sind hoch signifikant ($p < 0,001$, Cramers V: 0,159).

Im Vergleich zum Vorjahr sind bei den Kontaktempfehlungen einige Veränderungen erkennbar. So werden die sozialen Initiativen von Männern wie Frauen deutlich weniger genannt. Bei den Frauen wurden im Jahr 2000 häufiger als 1999 Kontaktempfehlungen durch Personen der medizinischen Versorgung angegeben. Dies korrespondiert auch mit der Zunahme der Substitutionsbehandlung bei den Frauen im Jahr 2000. Bei den Männern erfolgten im Jahr 2000 häufiger Kontaktempfehlungen durch die Justiz und durch andere Klientinnen oder Klienten.

Abb. 22: Illegale Drogen – Kontaktempfehlungen nach Geschlecht



$p < 0,001$, Cramers V: 0,159

* Anderes: Medien, öffentliche Institutionen

Es besteht ebenfalls ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Klientel und der Art der vermittelnden Einrichtung. Dies gilt vor allem für die Männer, für die der Zusammenhang zwischen Alter und Kontaktempfehlungen signifikant ist ($p < 0,001$, Cramers V: 0,127). Junge Männer im Alter bis 21 Jahre erhalten häufiger Kontaktempfehlungen von Personen der medizinischen Versorgung (27 %) sowie durch die Familie und den Freundeskreis (24 %) als über 21jährige Männer (20 % beziehungsweise 11 %). Männer, die älter als 21 Jahre sind, erhalten dagegen deutlich mehr Kontaktempfehlungen aus dem Bereich der Justiz (15 %) als die jüngeren Männer (2 %).

Frauen nehmen die Angebote der Drogenhilfe signifikant häufiger als Männer ohne äußeren Druck in Anspruch ($p < 0,001$, Cramers V: 0,171). So haben 89 % der Frauen keine Auflagen gegenüber 79 % der Männer. Bei den Männern dominieren Auflagen der Justiz, dies steht im Zusammenhang mit der höheren Justizbelastung der Männer. Auch die Frauen mit Auflagen haben am häufigsten Auflagen der Justiz.

Tab. 68: Illegale Drogen – Auflagen nach Geschlecht

	Männer	Frauen
Keine Auflagen	79,3 %	88,8 %
Krankenkassen/Rentenversicherung	0,8 %	0,6 %
Justiz	18,0 %	6,3 %
Arbeitgeber	0,6 %	0,5 %
Sonstige öffentliche Einrichtungen	1,3 %	3,9 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %
N	2.517	1.055

p < 0,001, Cramers V: 0,171

Betrachtet man die Daten zur Beendigung der Beratung oder Betreuung, dann finden sich folgende Ergebnisse: 34 % der Männer (1999: 38 %) und 32 % der Frauen (1999: 37 %) mit Drogenproblemen haben im Jahr 2000 die Beratung beziehungsweise Behandlung in einer der dokumentierenden Einrichtungen beendet. Mehr als ein Drittel der Männer und Frauen beenden die Beratung oder Betreuung nach relativ kurzer Zeit, sie sind nur bis zu drei Monaten in den jeweiligen Einrichtungen. Von den Beendern nutzen das Angebot der Drogenhilfe länger als 24 Monate 7 % der Männer und 8 % der Frauen. Im Vergleich zum Vorjahr sind einige Veränderungen der Beratungsdauer der Beender zu beobachten, die jedoch nicht systematisch erscheinen.

Tab. 69: Illegale Drogen – Betreuungsdauer der Beender 1999 und 2000 nach Geschlecht

	Männer		Frauen	
	1999	2000	1999	2000
Bis 3 Monate	31,1 %	38,3 %	35,8 %	34,0 %
Bis 6 Monate	29,1 %	30,2 %	26,9 %	29,5 %
Bis 12 Monate	17,2 %	16,9 %	17,3 %	17,9 %
Bis 24 Monate	12,6 %	8,1 %	8,9 %	10,2 %
Länger als 24 Monate	10,0 %	6,5 %	11,2 %	8,4 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	1.160	1.217	394	441

Die Gruppe der Männer und Frauen, die nach maximal drei Monaten die Beratung und Betreuung in der Einrichtung beenden, ist innerhalb der Einrichtungsarten unterschiedlich groß. So beträgt ihr Anteil unter der Klientel der Einrichtungen der Betreuung von Substituierten 38 %, in den Kontakt- und Drogenberatungsstellen 33 % und in den suchtmittelübergreifenden Kontakt- und Beratungsstellen 15 %. Diese Unterschiede sind hoch signifikant (p < 0,001, Cramers V: 0,350). Überraschend an diesem Ergebnis ist, daß es offenbar in den

Einrichtungen der Betreuung von Substituierten eine große Gruppe gibt, die die Betreuung und/oder die Substitutionsbehandlung nach relativ kurzer Zeit beendet.

Es besteht ebenfalls ein Zusammenhang zwischen Alter und der Beendigung der Beratung und Betreuung. Im Durchschnitt sind Männer, die die Beratung oder Betreuung beenden, 32,6 Jahre alt, diejenigen, die weiter in der Betreuung bleiben, 34,2 Jahre ($p < 0,001$, T-Test). Bei den Frauen sind die Beender im Durchschnitt 30,4 Jahre alt und diejenigen, die weiter in der Betreuung bleiben, mit 31,4 Jahren ein Jahr älter ($p < 0,05$, T-Test). Insbesondere in der Gruppe der Männer und Frauen unter 21 Jahren liegt die Quote der Beender signifikant höher als in der Gruppe der Männer und Frauen über 21 Jahre ($p < 0,001$, Cramers V: 0,067).

Von den bis 21jährigen, die im Jahr 2000 neu in die Beratung oder Behandlung aufgenommen wurden, haben signifikant mehr (36 %) die Beratung und Behandlung beendet als die über 21jährigen mit 32 % ($p < 0,001$, McNemar-Test). Das heißt, die junge Klientel weist eine höhere Fluktuation als die ältere auf.

Betrachtet man die Dauer der Beratung beziehungsweise Betreuung, so finden sich folgende Ergebnisse: Rund 30 % der Männer und Frauen mit Drogenproblemen nehmen bis zu drei Monate die Beratung oder Behandlung in Anspruch. In dieser Gruppe befinden sich insgesamt 70 % Neuaufnahmen. 18 % der Männer und 16 % der Frauen nehmen die Behandlung bis sechs Monate wahr. Auch diese Gruppe besteht überwiegend (65 %) aus Neuaufnahmen. Rund 25 % der Männer und Frauen sind bis zu einem Jahr in Beratung oder Betreuung, darunter befinden sich 57 % Neuaufnahmen. Bis zu zwei Jahren Behandlungsdauer weisen rund 14 % der Männer und Frauen auf. Eine gleich große Gruppe der Männer und Frauen nutzt länger als zwei Jahre das Angebot der Einrichtungen.

Die durchschnittliche Dauer der Beratung oder Betreuung beträgt insgesamt 12,6 Monate (Median 6 Monate), bei den Männern 12 Monate und bei den Frauen – deutlich länger – 13,9 Monate ($p < 0,001$, T-Test). Die durchschnittliche Beratungs- oder Betreuungsdauer der Klientinnen und Klienten stellt sich in den Einrichtungen recht unterschiedlich dar. So beträgt die durchschnittliche Dauer der Beratung in den Kontakt- und Drogenberatungsstellen bei den Männern und Frauen 9,1 Monate, in den suchtmittelübergreifenden Kontakt- und Beratungsstellen 7,5 Monate und in den Einrichtungen der Betreuung von Substituierten 17,2 Monate.

44 % der Frauen und 47 % der Männer mit Drogenproblemen sind im Jahr 2000 neu in den Einrichtungen aufgenommen worden. Dieses Ergebnis unterscheidet sich bei den Frauen von der Neuaufnahmequote des Vorjahres. So gehören 1999 52 % der Frauen zu den Neuaufnahmen. Die Quote der Männer hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig verändert. Etwas mehr als ein Drittel der Männer und 41 % der Frauen sind schon im Vorjahr beraten oder betreut worden. Dies ist bei den Frauen deutlich mehr als im Vorjahr. Es scheint so, als würden die Frauen, die 1999 erstmals in die Einrichtungen gekommen sind, auch noch im Jahr 2000 die Beratung dort in Anspruch nehmen. Zwischen 14 und 16 % der Männer und Frauen sind erneut, nach einer Unterbrechung, in den jeweiligen Einrichtungen auf-

genommen worden. Der Anteil von „Wiederaufnahmen“ in den jeweiligen Einrichtungen ist also relativ gering. Dies entspricht den Ergebnissen des Vorjahres. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Aufnahmemodus sind signifikant ($p < 0,01$, Cramers V: 0,044).

Tab. 70: Illegale Drogen – Aufnahmemodus 1999 und 2000 nach Geschlecht

	Männer		Frauen	
	1999	2000	1999	2000
Neuaufnahme	49,3 %	46,7 %	52,3 %	44,1 %
Wiederaufnahme	14,1 %	15,9 %	15,0 %	13,9 %
Aus dem Vorjahr	36,6 %	37,4 %	32,8 %	42,1 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	2.898	3.726	1.029	1.434

1999: n.s.
2000: $p < 0,01$, Cramers V: 0,044

Die verschiedenen Einrichtungsarten weisen sowohl bei den Männern als auch den Frauen unterschiedliche Anteile an den Neuaufnahmen auf. So zeigt sich, daß die aufsuchende Arbeit im Strafvollzug – bedingt durch den Arbeitsansatz – relativ die meisten Neuaufnahmen (70 %) verzeichnet. Danach folgen die suchtmittelübergreifenden Kontakt- und Beratungsstellen mit mehr als 50 % Neuaufnahmen, die Kontakt- und Drogenberatungsstellen mit 47 %. Die Einrichtungen der Betreuung von Substituierten weisen mit rund 40 % den niedrigsten Anteil von Neuaufnahmen auf.

Tab. 71: Illegale Drogen – Neuaufnahmen nach Einrichtungsarten und Geschlecht

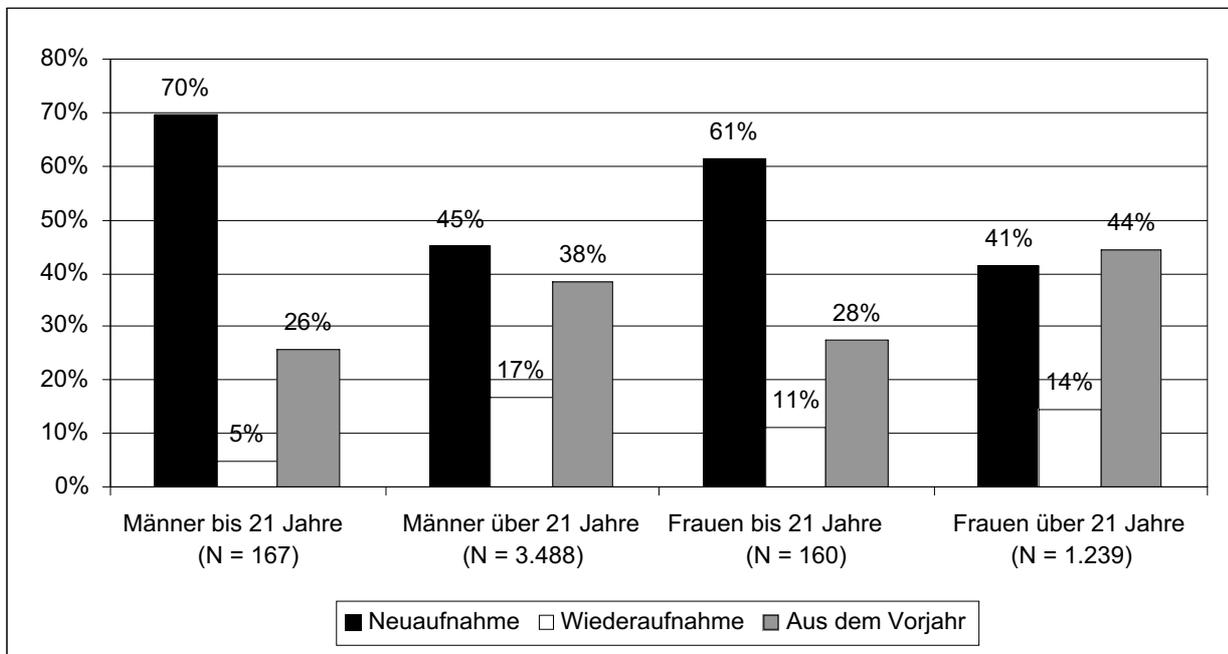
	Männer		Frauen	
	N	Neuaufnahmen in Prozent	N	Neuaufnahmen in Prozent
Kontakt- und Drogenberatungsstelle	1.306	47,3	417	47,0
Einrichtung der Betreuung von Substituierten/Substitutionsambulanz	1.737	41,4	219	38,3
Suchtmittelübergreifende Kontakt- und Beratungsstelle	417	51,3	754	53,0
Aufsuchende Beratung im Strafvollzug	216	69,9	27	70,4

$p < 0,001$, Cramers V: 0,156

Unter den Neuaufnahmen befinden sich deutlich mehr jüngere Klientinnen und Klienten im Alter bis 21 Jahre als ältere über 21 Jahre. So sind von den Männern bis 21 Jahre rund 70 % Neuaufnahmen gegenüber 45 % der Männer, die über 21 Jahre sind. Die Wiederaufnahmerate ist bei den jungen Männern mit 5 % entsprechend niedriger als bei den älteren Männern mit 17 %. Der unterschiedliche Aufnahmemodus der Männer nach Altersgruppen ist

hoch signifikant ($p < 0,001$, Cramers V: 0,106). Vergleichbares ist auch bei den Frauen zu beobachten. So sind rund 61 % der Frauen bis 21 Jahre Neuaufnahmen gegenüber 41 % der älteren Frauen über 21 Jahre. Der unterschiedliche Aufnahmemodus zwischen den jungen und den älteren Frauen ist ebenfalls hoch signifikant ($p < 0,001$, Cramers V: 0,129).

Abb. 23: Illegale Drogen – Aufnahmemodus nach Altersgruppen und Geschlecht



Männer: $p < 0,001$, Cramers V: 0,106

Frauen: $p < 0,001$, Cramers V: 0,129

Die Neuaufnahmen sind signifikant jünger als die Übernahmen aus dem Vorjahr. So beträgt das Durchschnittsalter bei den neu aufgenommenen Männern 32,6 Jahre, bei den Männern, die aus dem Vorjahr übernommen wurden, dagegen 34,7 Jahre ($p < 0,001$, T-Test). Bei den Frauen sind vergleichbare Altersunterschiede zu beobachten. So beträgt das Durchschnittsalter bei den Frauen, die erstmals nach Beratung in der entsprechenden Einrichtung nachfragen, 30,0 Jahre gegenüber 32,1 Jahren bei denjenigen Frauen, die schon im Vorjahr das Hilfeangebot genutzt haben ($p < 0,001$, T-Test).

Die Gruppe der neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten unterscheidet sich nicht nur nach dem Alter, sondern auch hinsichtlich anderer Merkmale von den Klientinnen und Klienten, die wiederholt aufgenommen oder aus dem Vorjahr übernommen wurden. In der folgenden Tabelle werden diese Unterschiede anhand einiger ausgewählter Merkmale dargestellt.

Tab. 72: Illegale Drogen – Aufnahmemodus (dichotomisiert) nach ausgewählten Merkmalen und Geschlecht

	Geschlecht	N	Neu- aufnahme	Wiederaufnahme/ Übernahme aus dem Vorjahr	Signifikanz
Ledig	Männer	3.415	74,7 %	76,5 %	n.s.
	Frauen	1.373	71,6 %	64,8 %	p < 0,05, C.V: 0,084
Keine eigene Wohnung	Männer	3.042	33,6 %	25,9 %	p < 0,001, C.V: 0,083
	Frauen	1.280	25,9 %	18,4 %	p < 0,01, C.V: 0,089
Suchtspezifische Behandlungserfahrung	Männer	2.853	68,9 %	84,0 %	p < 0,001, C.V: 0,180
	Frauen	1.176	74,7 %	84,4 %	p < 0,001, C.V: 0,120
Ø Dauer der Suchtkarriere	Männer	2.027	12,3 Jahre	14,7 Jahre	p < 0,001, T-Test
	Frauen	830	11,0 Jahre	12,3 Jahre	p < 0,05, T-Test
Konsum von Opioiden	Männer	3.604	78,5 %	88,6 %	p < 0,001, C.V: 0,137
	Frauen	1.385	80,0 %	88,0 %	p < 0,001, C.V: 0,110
Konsum von Halluzinogenen	Männer	3.604	2,8 %	2,3 %	n.s.
	Frauen	1.343	4,1 %	2,2 %	p < 0,05, C.V: 0,073
i.v. Konsum	Männer	979	82,6 %	88,7 %	p < 0,01, C.V: 0,087
	Frauen	379	77,1 %	83,2 %	n.s.

Einige Differenzen in den Merkmalsausprägungen, wie zum Beispiel suchtspezifische Behandlungserfahrungen, sind auf die unterschiedliche Altersverteilung der beiden Gruppen zurückzuführen. Deutlich wird jedoch, daß die Klientinnen und Klienten, die neu aufgenommen wurden, eine schlechtere Wohnsituation aufweisen. Es ist ebenfalls zu erkennen, daß sich die Konsummuster der Neuaufnahmen von den anderen Klientinnen und Klienten unterscheiden. So konsumieren sie weniger Opioide, mehr andere Drogen wie zum Beispiel Halluzinogene und konsumieren die Drogen weniger häufig intravenös.

Exkurs: Vergleich Neuaufnahmen 1999 und 2000

In einer vergleichende Analyse der Neuaufnahmen des Jahres 1999 und 2000 soll überprüft werden, ob sich die Klientel insbesondere hinsichtlich ihrer Drogenkonsummuster in diesem Zeitraum verändert hat. Dabei ist zu berücksichtigen, daß sich im Jahr 2000 mehr Einrichtungen an der Hamburger Basisdatendokumentation beteiligt haben.

Der Auswertung liegen insgesamt 4.341 Datensätze zugrunde, davon sind 1.968 (45 %) aus dem Jahre 1999 und 2.373 (55 %) aus dem Jahre 2000. Der Frauenanteil der Neuaufnahmen beträgt 1999 und 2000 jeweils 27 %.

Auffälligstes Ergebnis des Vergleichs ist, daß im Jahr 2000 die Gruppe der Neuaufnahmen in allen Einrichtungen signifikant älter ist als im Jahr 1999. So erhöht sich das Durchschnittsal-

ter der Männer von 27,8 Jahren im Jahr 1999 auf 32,6 Jahre, das der Frauen von 24,7 auf 30,0 Jahre (jeweils $p < 0,001$, T-Test). Diese Entwicklung ist besonders bei den Kontakt- und Drogenberatungsstellen ausgeprägt. Sind die Klientinnen und Klienten, die erstmals in diesen Einrichtungen 1999 beraten werden, durchschnittlich 23,8 Jahre alt, beläuft sich das Durchschnittsalter im Jahr 2000 auf 31,1 Jahre, eine Differenz von sieben Jahren ($p < 0,001$, T-Test). Dagegen erhöht sich der Altersdurchschnitt der Neuaufnahmen in den Einrichtungen der Betreuung für Substituierte von 32,0 Jahren im Jahr 1999 „nur“ um etwas mehr als ein Jahr auf 33,3 Jahre im Jahr 2000 ($p < 0,05$, T-Test). Welche Faktoren für die Entwicklung verantwortlich sind, lässt sich den Daten nicht entnehmen. So ist beispielsweise die Anzahl der dokumentierenden Einrichtungen der Einrichtungsart Kontakt- und Drogenberatungsstellen 1999 und 2000 gleich. Ferner ist die Datenqualität beim Merkmal Alter als sehr gut zu bezeichnen.

Tab. 73: Illegale Drogen – Ausgewählte altersbezogene Merkmale der Neuaufnahmen 1999 und 2000 nach Geschlecht

	Neuaufnahme im Jahr	Männer			Frauen		
		N	Mittelwert	Signifikanz (T-Test)	N	Mittelwert	Signifikanz (T-Test)
Alter	1999	1.429	27,77	$p < 0,001$	536	24,71	$p < 0,001$
	2000	1.685	32,58		611	30,03	
Alter Beginn Suchtmittelabhängigkeit	1999	536	19,98	$p < 0,05$	228	19,60	n.s.
	2000	883	20,77		342	19,79	
Alter Erstkonsum Kokain	1999	391	22,30	n.s.	141	21,16	n.s.
	2000	715	22,63		260	21,24	
Alter Erstkonsum Crack	1999	29	26,48	n.s.	11	28,00	$p < 0,01$
	2000	130	26,98		52	22,90	
Alter Erstkonsum Heroin	1999	512	21,13	n.s.	214	19,65	n.s.
	2000	820	21,08		310	20,35	

Im Hinblick auf die konsumierten psychotropen Substanzen deuten sich bei den Neuaufnahmen des Jahres 2000 im Vergleich zu 1999 folgende Entwicklungen an: Die Bedeutung von Heroin sinkt sowohl bei den Männern als auch den Frauen. Bei den Kontakt- und Drogenberatungsstellen beispielsweise geben im Jahr 2000 60 % der Klientinnen und Klienten einen Heroinkonsum an, 1999 sind es noch 66 % ($p < 0,01$, Cramers V: 0,064). Diese sinkende Heroinrate ist auch bei den anderen Einrichtungsarten zu beobachten, zum Teil stärker, zum Teil schwächer ausgeprägt. Dagegen ist eine Zunahme des Crackkonsums bei den Klientinnen und Klienten zu beobachten. 1999 geben insgesamt 2 % der Klientinnen und Klienten an, Crack zu konsumieren, im Jahr 2000 steigt dieser Anteil auf 5,2 %. Am stärksten steigt der Anteil der Crackkonsumentinnen und -konsumenten in den Einrichtungen der Betreuung von Substituierten von 1 % (1999) auf 6 % (2000) an ($p < 0,001$, Cramers V: 0,111). Das höchste Niveau des Crackkonsums ist in beiden Jahren bei den Klientinnen und

Klienten der Kontakt- und Drogenberatungsstellen zu beobachten (1999: 3 %, 2000: 7 %; $p < 0,01$, Cramers V: 0,080). Bei allen übrigen psychotropen Substanzen sind keine Veränderungen beim Vergleich der Neuaufnahmen beider Jahre zu erkennen.

4.2.4 Partnerbeziehungen, Kinder und Wohnverhältnisse

Untersucht man die Indikatoren für soziale Beziehungen, zu denen die Fragen nach dem Familienstand, der aktuellen Partnerbeziehung, der Elternschaft und der Wohnsituation gehören, ergibt sich folgendes.

Zunächst sind die Angaben zum Familienstand der drogenabhängigen Männer und Frauen im Jahr 2000 dargestellt.

Tab. 74: Illegale Drogen – Familienstand nach Geschlecht

	Hamburger Basisdatendokumentation*		EBIS-Dokumentation 1999**	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Ledig, nie verheiratet	75,8 %	67,5 %	78,1 %	68,5 %
Verheiratet	13,2 %	14,9 %	14,7 %	17,6 %
Geschieden	10,3 %	16,3 %	6,7 %	12,7 %
Verwitwet	0,7 %	1,4 %	0,5 %	1,3 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	3.460	1.383	7.031	1.785

* $p < 0,001$, Cramers V: 0,097

** Quelle: Strobl, Lange, Zahn 2000 (Hauptdiagnose Opiate)

Die Angaben zum Familienstand variieren über die Jahre leicht, zeigen aber keinen eindeutigen Trend. Die ganz überwiegende Mehrheit der Männer und Frauen mit Drogenproblemen ist ledig. Entsprechende Ergebnisse belegt die EBIS-Dokumentation 1999 (Strobl, Lange, Zahn 2000). Wie in den letzten Jahren berichtet, nimmt der Anteil der Ledigen mit zunehmendem Alter ab und der Anteil der Verheirateten sowie der Geschiedenen zu. Auffallend sind die Differenzen zwischen den Geschlechtern: In den Altersgruppen zwischen 30 und 50 Jahren sind signifikant mehr Männer als Frauen ledig und signifikant mehr Frauen als Männer verheiratet beziehungsweise geschieden. In diesen Alterklassen heiraten Frauen mit 19 % signifikant häufiger als Männer mit 15 %, ebenso sind mit 26 % signifikant mehr Frauen geschieden als Männer mit 13 %. In der Wohnbevölkerung in Deutschland für die Altersgruppen ab 20 Jahre sind rund 26 % ledig, 63 % verheiratet, 7 % geschieden und 4 % verwitwet (vgl. Statistisches Bundesamt 2000). Verglichen mit der Wohnbevölkerung in Deutschland ist bei den Drogenabhängigen die Quote der Ledigen in allen Altersgruppen überdurchschnittlich hoch, die Quote der Verheirateten unterdurchschnittlich niedrig und die Quote der Geschiedenen vor allem bei den Frauen überdurchschnittlich hoch.

Mit dem Familienstand wird eine rechtliche Kategorie abgefragt, die nicht unbedingt Aufschluß darüber gibt, wie jemand aktuell lebt. Fragen nach der aktuellen Lebensform geben genauere Auskunft.

Tab. 75: Illegale Drogen – Aktuelle Beziehungen 1999 und 2000 nach Geschlecht

	1999*		2000**	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alleinstehend	59,9 %	37,8 %	60,0 %	39,8 %
Zeitweilige Beziehung(en)	7,1 %	11,7 %	6,9 %	10,6 %
Feste Beziehung	33,0 %	50,6 %	33,1 %	49,6 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	2.349	935	3.027	1.241

* p < 0,001, Cramers V: 0,201

** p < 0,001, Cramers V: 0,184

Wie im Vorjahr liegt der Anteil der Männer, die alleinstehend sind, bei 60 % und derjenigen mit zeitweiligen Beziehungen beziehungsweise festen Beziehungen bei 40 %. Bei den Frauen liegt der Anteil der Alleinstehenden im Berichtsjahr bei 40 % und damit etwas höher als im Vorjahr. Allerdings zeigen detaillierte Analysen, daß der Anteil der alleinstehenden Frauen bis 39 Jahre signifikant niedriger ist als der der Männer. Erst ab 40 Jahren gleichen sich die Anteile der alleinstehenden Frauen denjenigen der Männer an. Das heißt, bis zum Alter von etwa 40 Jahren liegt der Anteil der Frauen, die zeitweilige beziehungsweise feste Beziehungen zu PartnerInnen haben, weit über dem der Männer.

Seit der ersten Auswertung der Hamburger Basisdatendokumentation im Jahr 1998, die sich auf den Klientenjahrgang 1997 bezog, liegt der Anteil der Klientinnen und Klienten mit illegalem Drogenkonsum, die nicht in Hamburg wohnen, stabil unter 8 %. Demnach kommen mehr als 90 % der Drogenabhängigen, die die ambulanten Kontakt-, Beratungs- und Betreuungseinrichtungen Hamburgs aufsuchen, aus Hamburg. Berechnungsgrundlage für diese Auswertung sind die Angaben zur fünfstelligen Postleitzahl. Zu dieser Variablen liegen für das Jahr 2000 Angaben zu 4.275 Klientinnen und Klienten mit illegalem Drogenkonsum vor. Die Ergebnisse für die Jahre 1998 bis 2000 sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tab. 76: Illegale Drogen – Wohnort Hamburg 1998 bis 2000 nach Geschlecht

	Männer			Frauen		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000
Hamburg	95,1 %	93,2 %	92,7 %	95,2 %	93,5 %	93,0 %
Außerhalb	4,9 %	6,8 %	7,3 %	4,8 %	6,5 %	7,0 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	2.792	2.874	3.069	897	996	1.206

Bei einer steigenden Zahl von gültigen Angaben zu dieser Frage liegt der Anteil der „Hamburger“ in allen drei dargestellten Jahren über 90 %. Der Anteil der Klientinnen und Klienten, die von außerhalb Hamburgs kommen, ist in drei Jahren nur leicht angestiegen, bleibt aber insgesamt niedrig.

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind dabei nicht festzustellen, wohl aber Unterschiede nach dem Alter. Jüngere Drogenabhängige kommen signifikant häufiger aus dem Hamburger Umland als ältere (Männer: $p < 0,001$, Cramers V: 0,10; Frauen: $p < 0,05$, Cramers V: 0,10). In der jüngsten Altersklasse der bis 21 Jahre alten Drogenabhängigen kommen bei den Männern rund 16 % und bei den Frauen 13 % nicht aus Hamburg. Allerdings ist in dieser Altersklasse die niedrige absolute Zahl zu bedenken. Mit zunehmendem Alter geht der Anteil der Auswärtigen dann zurück bis zu rund 4 % bei den über 40jährigen Männern und 5 % bei den über 40jährigen Frauen. Entsprechend ist auch der Anteil der Auswärtigen bei den Neuaufnahmen höher als bei den Übernahmen aus dem Vorjahr. Diese Differenz ist für die Männer signifikant ($p < 0,001$, Cramers V: 0,08), für die Frauen nicht.

Die Wohnsituation der Klientel stellt sich, pauschal betrachtet, folgendermaßen dar.

Tab. 77: Illegale Drogen – Wohnsituation 1999 und 2000 nach Geschlecht

	1999*		2000**	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Eigener Wohnraum vorhanden	72,5 %	79,4 %	70,7 %	78,6 %
Kein eigener Wohnraum	27,5 %	20,6 %	29,3 %	21,4 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	2.706	1.011	3.084	1.288

* $p < 0,001$, Cramers V: 0,071

** $p < 0,001$, Cramers V: 0,081

Wie im Vorjahr verfügen signifikant mehr Frauen als Männer über einen eigenen Wohnraum. Allerdings ist der Anteil der Männer ohne eigenen Wohnraum im Vergleich zum Vorjahr um 2 % angestiegen und der von Frauen um knapp 1 %. Ob es sich bei diesen Verschiebungen

um zufällige Variationen handelt oder um einen Trend, läßt sich anhand der vorliegenden Daten nicht entscheiden.

Fragt man genauer nach dem aktuellen Aufenthaltsort, ergibt sich folgendes.

Tab. 78: Illegale Drogen – Aktueller Aufenthaltsort 1999 und 2000 nach Geschlecht

	1999*		2000**	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Wohnung/Zimmer	65,1%	70,3 %	62,7 %	69,6 %
Angehörige	11,5 %	7,9 %	11,7 %	7,3 %
FreundInnen/Partnerin	7,6 %	9,2 %	9,4 %	10,3 %
Betreutes Wohnen	6,0 %	4,9 %	7,6 %	7,3 %
In Institutionen (Klinik, Hotel)	6,5 %	3,8 %	5,9 %	3,4 %
Auf der Straße	3,3 %	3,9 %	2,7 %	2,2 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	2.619	1.010	3.081	1.307

1999 und 2000 wurden die Fälle, die in der JVA einsitzen, nicht berücksichtigt.

* p < 0,001, Cramers V: 0,138

** p < 0,001, Cramers V: 0,164

Vergleicht man die letzten beiden Jahre, dann gibt es leichte Verschiebungen in der Wohnsituation. Der Anteil der Männer mit eigenem Wohnraum ist ganz leicht rückläufig, nicht jedoch der der Frauen. Leicht zugenommen hat der Anteil derjenigen, die in einer betreuten Wohnung leben. Alles in allem genommen handelt es sich jedoch um eher kleine Veränderungen. Faßt man die Kategorien Betreutes Wohnen und Institutionen zusammen, dann leben 14 % der Männer und 11 % der Frauen in einer prekären Wohnsituation.

3 % der Männer und 2 % der Frauen geben zum Zeitpunkt der Datenerhebung an, „auf der Straße“ zu leben. In dieser Gruppe findet man relativ gesehen besonders viele junge Männer und Frauen bis 29 Jahre (jeweils 4 %). Erste Anlaufstelle für Wohnungslose sind die Kontakt- und Drogenberatungsstellen, an zweiter Stelle kommen die Einrichtungen der Betreuung von Substituierten sowie, mit deutlichem Abstand, alle anderen Einrichtungen. Alles in allem genommen ist seit 1997 der Anteil der Männer und Frauen mit Drogenproblemen, die auf der Straße leben, jedoch eher rückläufig – er ist von 4 % beziehungsweise 5 % im Jahr 1997 auf 3 % beziehungsweise 2 % im Jahr 2000 gesunken, ein Ergebnis, das einen insgesamt positiven Trend andeutet.

Untersucht man die aktuellen Lebensformen, dann ergibt sich folgendes.

Tab. 79: Illegale Drogen – Formen des Zusammenlebens 1999 und 2000 nach Geschlecht

	1999*		2000**	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alleinlebend	54,0 %	34,1 %	53,2 %	37,6 %
Mit den Eltern	10,1 %	7,8 %	9,6 %	5,0 %
Allein mit Kind(ern)	0,9 %	10,9 %	1,1 %	11,8 %
Allein mit PartnerIn	13,6 %	26,9 %	13,5 %	24,2 %
Mit PartnerIn und Kind(ern)	8,7 %	9,6 %	9,8 %	11,4 %
Mit FreundInnen	3,7 %	3,4 %	4,1 %	3,6 %
Anderes	8,9 %	7,4 %	8,7 %	6,4 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	2.171	825	2.794	1.165

* p < 0,001, Cramers V: 0,279

** p < 0,001, Cramers V: 0,298

Wie diese Zusammenstellung detailliert ausweist, leben 53 % der Männer, aber nur 38 % der Frauen allein. Allerdings ist der Anteil der Alleinlebenden insbesondere bei den jungen Männern bis 29 Jahren, aber auch bei den jungen Frauen besonders niedrig. Er steigt mit dem Alter und liegt bei den über 40jährigen deutlich höher als in den jungen Altersgruppen.

Knapp die Hälfte der Männer und fast zwei Drittel der Frauen leben mit anderen Personen zusammen. An erster Stelle steht das Zusammenleben mit einem Partner oder einer Partnerin. Auch hier fällt der geschlechtsspezifische Unterschied auf, denn nur 14 % der Männer leben mit einer Partnerin zusammen, aber 24 % der Frauen mit einem Partner. Dazu kommt, daß doppelt so viele Frauen wie Männer entweder mit ihren Kindern oder mit einem Partner und Kindern zusammenleben. Frauen sind, wie diese Daten ausweisen, viel stärker in soziale Netzwerke eingebunden. Über die Qualität der Beziehungen oder der Netzwerke geben diese Daten keine Auskunft. Insgesamt ist festzuhalten, daß Drogenabhängige mit ihren Lebensformen sehr stark vom Durchschnitt der Bevölkerung abweichen.

Das Zusammenleben in einer Gemeinschaft, die zwei oder mehr Mitglieder umfaßt, wird durch mannigfache Einflüsse erleichtert oder erschwert. Aus einer Vielzahl von Studien ist bekannt, daß Sucht bei der Partnerin oder dem Partner ein Belastungsfaktor für die Alltagsbewältigung ist (Hedrich 1989; Lind-Krämer, Timper-Nittel 1992).

Tab. 80: Illegale Drogen – PartnerIn mit und ohne Suchtprobleme 1999 und 2000 nach Geschlecht

	1999*		2000**	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Keine Suchtprobleme	65,3 %	43,3 %	65,7 %	43,7 %
Suchtprobleme	34,7 %	56,7 %	34,3 %	56,3 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	1.921	816	2.699	1.127

* p < 0,001, Cramers V: 0,214

** p < 0,001, Cramers V: 0,204

Wie im Vorjahr ergeben sich geschlechtsspezifische Differenzen. Zwei Drittel der Männer geben an, daß ihre PartnerInnen keine Suchtprobleme haben, aber nur 44 % der Frauen. Das heißt, daß sehr viel mehr Frauen als Männer PartnerInnen haben, die selbst süchtig sind oder waren. In der Regel handelt es sich um stoffgebundene Süchte (also Substanzabhängigkeit). Nur in einigen wenigen Fällen geht es um Eßstörungen oder um Spielsucht.

Wie die Daten zu den aktuellen Lebensformen ausweisen, hängen diese unter anderem davon ab, ob die Klientinnen und Klienten Kinder haben oder nicht und wo diese zur Zeit leben. Die folgenden Tabellen geben darüber Aufschluß.

Tab. 81: Illegale Drogen – Eltern und Nicht-Eltern 1999 und 2000 nach Geschlecht

	1997*		1998**		1999***		2000****	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Kein Kind	82,5 %	71,9 %	72,8 %	60,0 %	68,6 %	57,9 %	67,2 %	56,0 %
Ein Kind oder mehrere Kinder	17,5 %	28,1 %	27,2 %	40,0 %	31,4 %	42,1 %	32,8 %	44,0 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	2.095	661	2.224	787	2.267	905	3.080	1.269

* p < 0,001

** p < 0,001, Cramers V: 0,122

*** p < 0,001, Cramers V: 0,102

**** p < 0,001, Cramers V: 0,106

Die Zusammenstellung der Ergebnisse über die vier Beobachtungsjahre zeigt, daß der Anteil der Männer, die Kinder haben, in den ersten beiden Berichtsjahren deutlich zunimmt und dann tendenziell stagniert. Er liegt in den beiden letzten Berichtsjahren bei etwa einem Drittel. Bei den Frauen steigt der Anteil derjenigen mit Kindern vor allem vom ersten zum zweiten Berichtsjahr erheblich an und wächst seither nur noch leicht, aber stetig. Der starke Anstieg in den ersten beiden Berichtsjahren ist dadurch zu erklären, daß erst ab 1998 die Substituierten in großer Zahl in der BADO dokumentiert wurden; dafür spricht auch die Stabilisierung der Daten in den letzten beiden Berichtsjahren. Bei den Frauen ist zudem zu berücksichtigen, daß bekanntermaßen in den Einrichtungen der Betreuung von Substituierten be-

sonders viele Mütter sind (Vogt 2000b). Das scheinen die Daten auch widerzuspiegeln. Der Anteil der Mütter in der Stichprobe liegt im Jahr 2000 bei 44 %. Unbeschadet der absoluten Zahlen der Männer und Frauen mit Kindern sind die geschlechtsspezifischen Differenzen stets signifikant. Das heißt, daß der relative Anteil der Frauen, die Kinder haben, kontinuierlich um 10 % höher liegt als der relative Anteil der Männer, die Kinder haben.

Wie im Vorjahr haben die Männer und Frauen mit Drogenproblemen im Durchschnitt 1,6 Kinder. Geht man von der angegebenen Zahl der Kinder aus, so errechnet sich eine Gesamtzahl von ca. 2.500 Kindern der hier dokumentierten drogenabhängigen Klientinnen und Klienten (1999: 1.733 Kinder). Doppelnennungen – wenn zum Beispiel von der Mutter und dem Vater eines Kindes in der Basisdatendokumentation jeweils Angaben vorliegen – können hier nicht ausgeschlossen werden. Die Zunahme der Zahl der Kinder von 1999 auf 2000 um etwa 750 Kinder geht wohl auf das Konto des anwachsenden Umfangs der dokumentierten Fälle sowie der leicht steigenden Zahlen der Väter und vor allem der Mütter in der Stichprobe. Die Zahlen machen zugleich deutlich, daß die Probleme, die mit der Mutterschaft und Vaterschaft zusammenhängen, erheblich sind.

Es versteht sich von selbst, daß der Anteil der Frauen und Männer mit Kindern mit dem Lebensalter ansteigt. In der Altersgruppe bis 21 Jahre ist der Anteil der Mütter und Väter in dieser Stichprobe sehr gering. In der Jugend beziehungsweise im Übergang zum Erwachsenenalter sind Schwangerschaften bis zur Geburt eines Kindes eher selten. Ab 22 Jahren nimmt der Anteil der Mütter und Väter systematisch zu; wie zu erwarten, steigt er bei den Frauen bis zum 40. Lebensjahr sehr viel steiler an als bei den Männern.

Untersucht man die Lebensformen von Vätern und Müttern in der Stichprobe und vergleicht sie mit denjenigen der Männer und Frauen ohne Kinder, ergibt sich folgendes.

Tab. 82: Illegale Drogen – Eltern und Nicht-Eltern nach Formen des Zusammenlebens und Geschlecht

	Mit Kind(ern)		Ohne Kind(er)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alleinlebend	42,8 %	21,9 %	57,6 %	50,5 %
Mit den Eltern	3,8 %	1,2 %	12,4 %	8,0 %
Allein mit Kind(ern)	3,3 %	27,3 %	–	–
Allein mit PartnerIn	11,6 %	16,3 %	15,0 %	29,5 %
Mit PartnerIn und Kind(ern)	28,4 %	25,7 %	1,7 %	0,6 %
Mit FreundInnen	2,8 %	2,0 %	4,6 %	5,0 %
Anderes	7,3 %	5,6 %	8,6 %	6,4 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	848	498	1.808	624

* Männer: p < 0,001; Cramers V: 0,450

** Frauen: p < 0,001; Cramers V: 0,620

Aus der Tabelle geht hervor, daß sich die Lebensformen systematisch danach unterscheiden, ob Frauen und Männer Kinder haben oder nicht. Das betrifft jedoch Frauen und Mütter in sehr viel stärkerem Maß als Männer und Väter. Nur ein Fünftel der Frauen, die Kinder haben, leben alleine, aber immerhin zwei Fünftel der Männer. Männer, die Väter sind, leben mit 28 % am häufigsten mit PartnerIn und Kind(ern) zusammen beziehungsweise mit 12 % mit PartnerIn allein. Davon unterscheiden sich die Lebensformen der Mütter deutlich. 27 % leben allein mit Kind(ern), 26 % mit PartnerIn und Kind(ern) und 16 % nur mit PartnerIn. Väter und Mütter leben allerdings nur in Ausnahmefällen bei den Eltern oder mit FreundInnen.

Die Kinderlosen richten sich ihr Leben anders ein. Der Anteil der Alleinlebenden ist erwartungsgemäß bei denjenigen Männern, die keine Kinder haben, mit 58 % am höchsten, gefolgt von 51 % der Frauen ohne Kinder; die Rate der Alleinlebenden nimmt mit dem Alter systematisch zu. Der Anteil der Männer, die bei den Eltern leben, ist mit 12 % erstaunlich hoch, der der Frauen mit 8 % ebenfalls. Dazu kommen bei den Männern 15 % und bei den Frauen 30 %, die mit PartnerIn leben. Einige wohnen bei FreundInnen, andere in Institutionen. Das Bild ist bunt gemischt, die Lebensformen, so ist zu vermuten, ändern sich je nach Lebenslage.

Erwachsene Drogenabhängige haben überdurchschnittlich häufig selbst Erfahrungen mit Fremdunterbringungen und mit Heimaufhalten in der Kindheit (Hedrich 1989). Die Ergebnisse für die Jahre 1999 und 2000 sind in der folgenden Tabelle zusammengestellt.

Tab. 83: Illegale Drogen – Heimaufenthalt in der Kindheit 1999 und 2000 nach Geschlecht

	1999		2000	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Kein Heimaufenthalt	79,4 %	75,7 %	78,3 %	75,2 %
Heimaufenthalt	20,6 %	24,3 %	21,7 %	24,8 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	1.707	684	2.530	1.063

Der Anteil der Männer und Frauen, die als Kinder in einem Heim waren, liegt wie im Berichtsjahr 1999 bei den Männern etwas über 20 % und bei den Frauen bei ca. 25 %. Die Ergebnisse entsprechen denen, die Hedrich schon 1989 für diese Gruppe beschrieben hat. Sie differenzieren wenig danach, ob die Männer und Frauen selbst Kinder haben oder nicht. Anders gesagt heißt das, daß der Heimaufenthalt keine sonderliche Auswirkung darauf hat, ob Frauen und Männer Mütter und Väter werden oder nicht. In Spezialstudien wäre detailliert zu untersuchen, in welchem Zusammenhang die Heimaufenthalte mit der Genese der Sucht stehen und ob es systematische geschlechtsspezifische Differenzen gibt. Die vorliegenden Daten legen jedenfalls die Vermutung nahe, daß nicht wenige aus der Elterngeneration ihre Erfahrungen aus der Kindheit an die eigenen Kinder weitergeben. Das gilt ganz besonders

für diejenigen unter ihnen, deren Kinder ebenfalls in Kinderheimen oder bei Pflegeeltern usw. untergebracht sind.

Exkurs: Drogenabhängige Eltern und Nicht-Eltern

558 Frauen und 1.009 Männer mit Drogenproblemen haben Kinder, 711 Frauen und 2.071 Männer haben keine. Von den Frauen mit Kindern sind 38 % (1999: 34 %) und von den Männern 5 % (1999: 2 %) Alleinerziehende. Da es sich bei den Frauen und Männern mit Kindern um eine besondere Problemgruppe handelt (vgl. Hedrich 2000), soll sie etwas genauer untersucht werden.

Die Altersverteilung der Eltern und Nicht-Eltern ergibt folgendes.

Tab. 84: Illegale Drogen – Eltern und Nicht-Eltern nach Durchschnittsalter und Geschlecht

	Mit Kind(ern)		Ohne Kind(er)	
	Männer*	Frauen**	Männer*	Frauen**
Durchschnittsalter in Jahren	36,2	33,0	32,8	30,0
Standardabweichung	7,3	6,8	7,3	7,8
N	1.707	555	2.050	695

* p < 0,001, T-Test

** p < 0,001, T-Test

Frauen und Männer mit Kindern sind im Durchschnitt signifikant älter als diejenigen ohne Kinder. Auch zwischen den Geschlechtern sind die Differenzen signifikant. Einmal mehr spricht vieles dafür, daß die Frauen und Männer, die zum Zeitpunkt der Dokumentation noch keine Kinder haben, in Zukunft Eltern werden können. Der erhebliche Anstieg der geschätzten Zahl der Kinder von 1999 auf 2000 untermauert diese Vermutung, und diese ist unabhängig davon, daß seit dem letzten Jahr neue Einrichtungen in die Basisdatendokumentation aufgenommen worden sind.

Frauen und Männer mit Kindern unterscheiden sich sowohl geschlechtsspezifisch betrachtet als auch im Vergleich zu den Frauen und Männern ohne Kinder in einer Reihe von Variablen. Dazu gehören der Familienstand (signifikant mehr Frauen und Männer mit Kindern sind verheiratet, aber auch geschieden), die Wohnsituation (signifikant mehr Frauen und Männer mit Kindern haben eine eigene Wohnung), die Partnerbeziehung (signifikant mehr Frauen und Männer mit Kindern haben einen festen Partner) und die Suchtproblematik der PartnerInnen (signifikant mehr Frauen mit Kindern haben einen Partner mit Suchtproblemen, signifikant weniger Männer mit Kindern haben eine Partnerin mit Suchtproblemen). Heimerfahrungen und Gewalterfahrungen unterscheiden sich bei beiden Gruppen nicht, wohl aber die Angaben zur körperlichen Gewaltausübung: Signifikant mehr Männer mit Kindern geben an, körperlich gewalttätig gewesen zu sein, als Männer ohne Kinder.

Weiterhin unterscheiden sich die Gruppen im Hinblick auf den Schulabschluß (signifikant mehr Frauen und Männer mit Kindern haben einen schlechteren Schulabschluß), die Männer mit Kindern zusätzlich im Umfang der Berufsausbildung (signifikant mehr Männer mit Kindern haben ihre Berufsausbildung abgeschlossen) und die Frauen mit Kindern hinsichtlich der aktuellen Arbeitssituation (signifikant mehr Frauen mit Kindern sind erwerbslos) sowie ihrer Haupteinkommensquelle (signifikant mehr Frauen mit Kindern leben von Sozialhilfe).

In der folgenden Tabelle ist aufgeführt, an welchen Einrichtungstyp die verschiedenen Gruppen mehrheitlich angebunden sind.

Tab. 85: Illegale Drogen – Eltern und Nicht-Eltern nach Einrichtungsarten und Geschlecht

	Mit Kindern		Ohne Kinder	
	Männer*	Frauen**	Männer*	Frauen**
Kontakt-/Drogenberatungsstelle	29,7 %	23,2 %	34,3 %	30,2 %
Suchtmittelübergreifende Beratungsstelle	10,6 %	12,4 %	10,0 %	15,9 %
Betreuung von Substituierten	56,7 %	63,1 %	53,8 %	53,8 %
Beratung im Strafvollzug	3,0 %	1,3 %	1,9 %	0,1 %
N	1.004	556	2.052	703

* Männer: $p < 0,001$; Cramers V. 0,135

** Frauen: $p < 0,01$; Cramers V. 0,140

Wie aus dieser Zusammenstellung hervorgeht, findet man mehr Frauen und Männer ohne Kinder in den Kontakt- und Drogenberatungsstellen, dafür mehr Frauen und Männer mit Kindern in Einrichtungen der Betreuung von Substituierten. Es ist nur schlüssig, daß Frauen und Männer mit Kindern signifikant häufiger ärztlich verordnete Substitutionsmittel erhalten. Beratung im Strafvollzug ist fast nur für Männer relevant, und hier besonders für diejenigen mit Kindern.

4.2.5 Ausbildung, Beruf, Finanzen und kriminelle Karriere

Untersucht man den Schulbesuch beziehungsweise den Schulabschluß der Männer und Frauen mit Drogenproblemen, dann stellt man fest, daß 98 Männer (3 %) und 64 Frauen (5 %) zur Zeit der Datenaufnahme noch zur Schule gehen. Das entspricht den Befunden des Vorjahres.

Zu den Schulabschlüssen liegen folgende Angaben vor.

Tab. 86: Illegale Drogen – Schulabschluß nach Geschlecht

	Basisdatendokumentation 2000*			Wohnbevölkerung 30 bis 40 Jahre**
	Männer*	Frauen*	Gesamt	Gesamt
Kein Schulabschluß	12,7 %	13,4 %	12,9 %	3 %
Sonderschulabschluß	3,2 %	1,3 %	2,6 %	33 %
Hauptschulabschluß	52,5 %	41,0 %	49,2 %	
Mittlere Reife	20,6 %	32,2 %	23,9 %	37 %
Anderer Schulabschluß	1,1 %	0,6 %	1,0 %	
Fachhochschulabschluß oder höher	9,8 %	11,5 %	10,3 %	27 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100 %
N	2.985	1.199	4.184	Ca. 12,8 Mio.

* $p < 0,001$, Cramers V: 0,145

** Quelle: Statistisches Bundesamt 2000; eigene Berechnungen

Im Vergleich zu den Ergebnissen des Vorjahres gibt es kaum Veränderungen. Wie im Jahr 1999 ist der Anteil derjenigen, die keinen Schulabschluß haben, mit insgesamt 13 % im Vergleich zur Wohnbevölkerung zwischen 30 und 40 Jahren mit 3 % stark erhöht, ebenso der Anteil derjenigen mit Hauptschulabschluß mit rund 50 % und in der entsprechenden Altersgruppe der Wohnbevölkerung mit 33 %. Darüber hinaus haben wiederum signifikant mehr Frauen als Männer die Schule mit der mittleren Reife oder mit höheren Abschlüssen beendet. Pauschal betrachtet kann man sagen, daß die Frauen im Vergleich zu den Männern eine bessere Schulbildung haben. Das ändert aber nichts daran, daß insgesamt Umfang und Ausmaß der Schulbildung der Männer und Frauen mit Drogenproblemen deutlich unterdurchschnittlich sind.

Aktuell in Berufsausbildung sind 148 Männer (5 %) und 71 Frauen (6 %). Eine abgeschlossene Berufsausbildung haben 50 % der Männer und 40 % der Frauen. 25 % der Männer haben keine Berufsausbildung begonnen, und 25 % der Männer und Frauen haben die Berufsausbildung abgebrochen. Bei den Frauen ist der Anteil derjenigen, die keine Berufsausbildung begonnen haben, mit 34 % erheblich höher als bei den Männern.

Schlüsselt man die Angaben zur Berufsausbildung nach Altersklassen auf, ergibt sich folgendes.

Tab. 87: Illegale Drogen – Berufsausbildung nach Altersklassen und Geschlecht

	Bis 21 Jahre		22 bis 29 Jahre		30 Jahre und älter		Gesamt
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
Ausbildung abgeschlossen	16,2 %	9,8 %	32,1 %	27,4 %	56,8 %	49,9 %	46,8 %
Ausbildung abgebrochen	24,3 %	20,5 %	31,2 %	35,4 %	23,0 %	23,5 %	25,2 %
Bisher keine Ausbildung begonnen	59,5 %	69,7 %	36,7 %	37,2 %	20,2 %	26,6 %	28,0 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	111	122	676	325	2.104	703	4.041

p < 0,001, Cramers V: 0,102

Erwartungsgemäß steigt der Anteil derjenigen, die eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, mit dem Alter. Der Vergleich mit den Ergebnissen des Vorjahres zeigt im übrigen, daß sich in den Altersgruppen bis 21 Jahre die meisten Veränderungen ergeben. In den Altersgruppen ab 22 Jahren gibt es dagegen kaum Veränderungen. Der Anteil der Männer und Frauen mit abgeschlossener Berufsausbildung ist in den beiden Berichtsjahren in den Altersgruppen ab 22 Jahren fast gleich geblieben. Auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind unverändert. Problematisch ist der hohe Anteil vor allem der Jungen, die keine Ausbildung begonnen beziehungsweise diese abgebrochen haben. In der Wohnbevölkerung beträgt der Anteil derjenigen, die keine abgeschlossene Berufsausbildung haben, für alle über 20jährigen bei den Männern 17 % und bei den Frauen 31 % und somit wesentlich niedriger als bei den Klientinnen und Klienten der Hamburger Basisdatendokumentation.

In der folgenden Tabelle sind die Ergebnisse zum Anteil der Männer und Frauen mit abgeschlossener Berufsausbildung seit 1997 noch einmal zusammengefaßt.

Tab. 88: Illegale Drogen – Berufsausbildung 1997 bis 2000 nach Geschlecht

	1997		1998		1999		2000	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Ausbildung abgeschlossen	48,2 %	37,7 %	44,2 %	29,8 %	47,2 %	38,2 %	49,7 %	39,5 %
Keine Ausbildung abgeschlossen	51,8 %	62,3 %	55,8 %	70,2 %	52,8 %	61,8 %	50,3 %	60,5 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	421	122	995	349	2.519	922	2.914	1.168

Wie der Vergleich der Ergebnisse über die Jahre zeigt, verändert sich der Anteil der Männer, die eine abgeschlossene Berufsausbildung haben, kaum – er liegt bei ca. 50 %. Jeder zweite drogenabhängige Mann, der in Einrichtungen der Drogenhilfe in Hamburg betreut wird, hat eine Berufsausbildung abgeschlossen, auf die in gewissem Umfang je nach Einzelfall zurückgegriffen werden kann. Bei den Frauen pendelt der Anteil um ca. 40 %, er liegt damit 10 Prozentpunkte niedriger als bei den Männern.

Die Ergebnisse zur schulischen und beruflichen (Aus-)Bildung machen deutlich, daß es eine lange Vorgeschichte zur Drogenkarriere gibt. Probleme in der Schule, bei der Berufsfindung und der Suche nach einer passenden Ausbildungsstelle und schließlich in der Ausbildung selbst sind neben anderem vielleicht Anlaß für den Drogenkonsum und für den Einstieg in die Drogenkarriere. Möglich ist auch, daß Drogenkonsum und beginnende Drogenabhängigkeit die damals Jugendlichen bei der Schul- und Berufsausbildung behindert haben. In jedem Fall hat die vergleichsweise schlechte Schul- und Berufsbildung Folgen für den weiteren Lebensweg dieser Männer und Frauen.

Tab. 89: Illegale Drogen – Erwerbstätigkeit 1999 und 2000 nach Geschlecht

	1999		2000	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Erwerbslos/arbeitslos	69,8 %	72,5 %	70,7 %	73,4 %
Erwerbstätig	30,2 %	27,6 %	29,3 %	26,6 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	2.930	1.058	3.167	1.280

Der Anteil der Erwerbslosen liegt etwa auf dem hohen Vorjahresniveau. 71 % der Männer und 73 % der Frauen sind erwerbslos. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist minimal. Die Situation hat sich für die Klientel in dieser Hinsicht nicht geändert und vor allem nicht verbessert.

Tab. 90: Illegale Drogen – Einkommensquellen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)

	N	Männer	N	Frauen
Einkommen aus Erwerbstätigkeit	2.471	22,2 %	1.049	18,1 %
Krankengeld	2.381	2,8 %	1.020	2,6 %
Arbeitslosengeld/-hilfe	2.516	22,3 %	1.043	10,5 %
Ausbildungsvergütung	2.383	4,1 %	1.019	3,6 %
Sozialhilfe	2.813	53,8 %	1.192	66,9 %
Rente	2.329	2,3 %	1.021	1,6 %
Unterstützung durch Angehörige	2.379	4,1 %	1.021	4,1 %
Unterstützung durch PartnerIn	2.377	0,5 %	1.026	1,6 %
Familieneinkommen (Hausfrau/Hausmann)	2.374	0,4 %	1.023	1,7 %
Versorgung in einer Institution	2.376	5,3 %	1.021	2,4 %
Sonstiges	2.398	3,3 %	1.032	7,2 %

Bei den unterschiedlichen Einkommensquellen spielen Erwerbsarbeit sowie die damit gekoppelten Transferleistungen (insbesondere Arbeitslosengeld/-hilfe) eine wichtige Rolle. Noch wichtiger ist freilich die Sozialhilfe, die Frauen signifikant häufiger als Einkommensquelle angeben als Männer.

Betrachtet man die Haupteinkommensquellen, dann ergibt sich folgendes.

Tab. 91: Illegale Drogen – Haupteinkommensquellen nach Geschlecht

	Männer	Frauen	Gesamt
Einkommen aus Erwerbstätigkeit	17,3 %	13,6 %	16,2 %
Arbeitslosengeld/-hilfe, Krankengeld, Aus- und Weiterbildungshilfen	23,2 %	12,8 %	20,1 %
Rente	1,5 %	1,0 %	1,4 %
Sozialhilfe	50,4 %	65,2 %	54,7 %
Unterstützung durch Eltern/PartnerIn/Familieneinkommen	2,2 %	4,0 %	2,8 %
Versorgung in einer Institution	3,9 %	1,6 %	3,2 %
Sonstiges	1,5 %	1,9 %	1,6 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	2.764	1.158	3.922

$p < 0,001$, Cramers V: 0,192

Die Frage nach der Haupteinkommensquelle belegt einmal mehr die Bedeutung der Sozialhilfe für Männer und Frauen mit Drogenproblemen. Wie im Vorjahr ist sie für 50 % der Männer und 65 % der Frauen die Haupteinnahmequelle. Erwerbsarbeit spielt nur für eine Minderheit von 17 % der Männer und 14 % der Frauen eine Rolle. Anders sieht es mit den mit der Erwerbsarbeit verbundenen Transferleistungen aus, die von immerhin 23 % der Männer, aber nur von 13 % der Frauen in Anspruch genommen werden. Nur wenige werden von Eltern, PartnerIn oder über das Familieneinkommen unterstützt. Dazu kommt noch für eine insgesamt kleine Gruppe vor allem der Männer die Versorgung in einer Institution. Insgesamt sind die Differenzen zwischen den Geschlechtern wiederum statistisch signifikant, besonders stark ausgeprägt sind diese Unterschiede in den Altersgruppen 22 bis 39 Jahre.

Die schlechte Arbeits- und Einkommenssituation der überwiegenden Mehrheit der Männer und Frauen mit Drogenproblemen wird bei einer vergleichsweise großen Gruppe zusätzlich durch Schulden belastet. Ca. 80 % der Männer und ca. 70 % der Frauen haben Schulden. Von den Verschuldeten haben 56 % der Männer und 64 % der Frauen Schulden bis zur Höhe von 10.000 DM. 44 % der Männer und 36 % der Frauen haben darüber hinausgehende Schulden. Zieht man zum Vergleich Daten aus Schuldnerberatungsstellen heran, stellt man fest, daß dort 78 % mehr als 10.000 DM Schulden haben (Korczak 2001). So gesehen wären die Klientinnen und Klienten, was die Schuldenlast angeht, in keiner allzu schlechten Lage.

Allerdings muß man die Schulden im Vergleich zur Einkommenshöhe betrachten.

Tab. 92: Illegale Drogen – Schulden nach Geschlecht

	Männer	Frauen
Keine Schulden	20,7 %	27,6 %
Bis 10.000 DM	44,6 %	36,1 %
Über 10.000 DM	24,1 %	14,7 %
Höhe unklar	10,6 %	11,6 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %
N	2.494	1.049

p < 0,001, Cramers V: 0,129

Wegen des niedrigen Einkommens ist bei allen Verschuldeten von einer Überschuldung auszugehen. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich Verschuldung und Schuldenhöhe sind signifikant. Frauen haben im Vergleich zu den Männern nicht nur häufiger keine Schulden, die Verschuldeten unter ihnen haben auch weniger Schulden als die Männer. Ähnliche Ergebnisse über Verschuldung und geschlechtsspezifische Differenzen haben auch andere Studien erbracht (Simmedinger, Frietsch 1998).

Betrachtet man den Anteil derjenigen, die in den Jahren 1997 bis 2000 keine Schulden haben, im Vergleich zu denjenigen, die verschuldet sind, dann ergibt sich folgendes.

Tab. 93: Illegale Drogen – Verschuldung 1997 bis 2000 nach Geschlecht

	1997		1998		1999		2000	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Keine Schulden	28,0 %	35,0 %	24,2 %	31,7 %	37,4 %	42,2 %	20,7 %	27,6 %
Verschuldet	72,0 %	65,0 %	75,8 %	68,3 %	62,6 %	57,8 %	79,3 %	72,4 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	744	197	1.174	457	1.560	576	2.494	1.049

Wie zu sehen ist, gibt es über die Jahre sowohl für Männer wie für Frauen eine erhebliche Fluktuation im Anteil derjenigen, die keine Schulden haben. Konstant bleibt lediglich, daß der Anteil der Frauen, die schuldenfrei sind, immer um etwa 7 Prozentpunkte über dem der Männer liegt. Unklar ist dabei, wie diese Fluktuation zustande kommt.

Im Jahr 2000 sind diejenigen, die keine Schulden haben, am häufigsten Klientel der Einrichtungen zur Betreuung von Substituierten (41 %), aber man findet sie auch in Kontakt- und Drogenberatungsstellen (33 %) sowie in den suchtmittelübergreifenden Beratungsstellen (26 %).

Gefragt nach den Hauptgläubigern für die Schulden ergibt sich im Berichtsjahr 2000 folgende Rangreihe: „Sonstige Personen“ mit 38 %, der Hamburger Verkehrsverein mit 37 %, Banken mit 36 %, Gerichte mit 26 %, Privatpersonen mit 19 % und Schulden wegen Unterhaltszahlungen mit 5 %. Abgesehen von dieser letzten Schuldenquelle, die fast nur Männer betrifft, finden sich hinsichtlich der Gläubiger wenig geschlechtsspezifische Differenzen.

Die Angaben zu Verurteilungen ergeben folgendes.

Tab. 94: Illegale Drogen – Verurteilungen 1997 bis 2000 nach Geschlecht

	1997		1998		1999		2000	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Keine Verurteilungen	14,9 %	35,9 %	23,6 %	45,7 %	25,0 %	49,9 %	27,6 %	56,0 %
Verurteilungen	85,1 %	64,1 %	76,4 %	54,3 %	75,0 %	49,9 %	72,4 %	44,0 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	1.230	272	1.368	521	1.374	517	2.562	1.053

In allen Jahren sind die geschlechtsspezifischen Differenzen hoch signifikant ($p < 0,001$).

Wie aus der Tabelle abzulesen ist, steigt der Anteil der Männer und Frauen, die bislang noch nicht verurteilt worden sind, kontinuierlich an. Dieser Anstieg beträgt bei den Männern seit 1998 4 Prozentpunkte und bei den Frauen 10 Prozentpunkte. Da die Rate der Verurteilten bei den Frauen ohnehin niedriger liegt als bei den Männern, wird die Schere zwischen den Geschlechtern immer breiter. Im Jahr 2000 geben 72 % der Männer an, daß sie schon einmal verurteilt worden sind, aber nur 44 % der Frauen. Es ist davon auszugehen, daß die Abnahme der Rate der Verurteilungen in Zusammenhang steht mit dem Anstieg der Klientel in Substitutionsbehandlung (vgl. Legge, Bathsteen 2000).

Eine kategoriale Zuordnung der Verurteilungen ergibt folgendes: Die Mehrheit mit bisherigen Verurteilungen – 78 % der Männer und 74 % der Frauen – hat eine Verurteilung im Zusammenhang mit dem Betäubungsmittelgesetz. Die Angaben über Verurteilungen wegen anderer Delikte liegen bei den Männern bei 57 % und bei den Frauen bei 51 %. Wegen Körperverletzungen wurden 16 % Männer und 8 % Frauen verurteilt. Die geschlechtsspezifischen Differenzen sind über alle Kategorien hinweg signifikant ($p < 0,001$).

Tab. 95: Illegale Drogen – Verurteilungen wegen verschiedener Delikte nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)

	Männer		Frauen	
	N	Prozent	N	Prozent
Verurteilungen wegen BtMG-Delikten	1.411	54,9	341	37,1
Verurteilungen wegen Körperverletzungen	342	16,3	42	5,5
Verurteilungen wegen anderer Delikte	980	39,6	221	25,0

$p < 0,001$

Bei den Verurteilungen wegen verschiedener Delikte ergibt sich beim Vergleich mit den Daten des Vorjahres eine erhebliche Fluktuation; die Gründe dafür sind unklar.

Ähnlich wie im Vorjahr waren 57 % der Männer und 25 % der Frauen schon einmal in Strafhaft; die geschlechtsspezifischen Differenzen sind signifikant ($p < 0,001$, Cramers V: 0,286).

Die durchschnittliche Haftdauer der Männer liegt bei 41 Monaten (1999: 36 Monate) und die der Frauen wie im Vorjahr bei 16 Monaten; die geschlechtsspezifischen Differenzen sind signifikant ($p < 0,001$, T-Test). Die Ergebnisse unterscheiden sich nicht von denjenigen der Berichtsjahre 1997 und 1998; sie entsprechen ebenfalls denjenigen von Marzen (2000, 28). Wie bei den Verurteilungen steigt mit wachsendem Alter der Anteil der Männer und Frauen, die schon einmal in Strafhaft waren. Ebenso steigt mit dem Alter auch die Haftdauer.

Keine aktuellen Probleme mit der Justiz haben 44 % der Männer (1999: 50 %) und 64 % der Frauen (1999: 69 %). Die geschlechtsspezifischen Differenzen sind signifikant. Vergleicht man die Angaben mit denjenigen von 1997 und 1998, stellt man wiederum starke Fluktuationen fest, deren Ursachen unklar sind.

An erster Stelle der aktuellen Probleme mit der Justiz stehen im Berichtsjahr 2000 mit insgesamt 14 % (Männer: 16 %, Frauen: 7 %) einfache Bewährungsstrafen und mit insgesamt 11 % (Männer: 13 %, Frauen: 7 %) Bewährungsstrafen mit Auflagen. 8 % der Nennungen beziehen sich auf Auflagen nach § 35 BtMG, also auf Therapieauflagen nach einer Verurteilung ohne Bewährung (Männer: 9 %, Frauen: 3 %) – ein durchaus interessantes Faktum. Angaben zu laufenden und offenen Verfahren sind für 16 % der Männer und 12 % der Frauen dokumentiert. Die geschlechtsspezifischen Differenzen sind durchweg signifikant.

In Untersuchungshaft befinden sich zum Zeitpunkt der Dokumentation 1,8 % der Männer und 1,7 % der Frauen, in Strafhaft 8 % der Männer und 3 % der Frauen, eine Differenz, die signifikant ist.

Wie in den vergangenen Jahren weisen die Angaben zur kriminellen Karriere auf signifikante geschlechtsspezifische Differenzen hin. Demnach haben drogenabhängige Männer eine weitaus größere kriminelle Belastung als drogenabhängige Frauen. Unklar ist, mit welchen Mitteln und auf welchen Wegen es den Frauen gelingt, ihre abweichenden Verhaltensweisen so zu kaschieren, daß sie in gewisser Weise unsichtbar bleiben, jedenfalls keine mittelbaren Sanktionen nach sich ziehen wie Anzeigen der Polizei oder Gerichtsverfahren. Dabei dürfte das häufigere Leben in Partnerschaften, Beschaffungsprostitution sowie häufigerer Sozialhilfebezug zu bedenken sein.

4.2.6 Behandlungserfahrungen und Gesundheit

Die Erfahrungen mit suchtspezifischen Behandlungen, hier ambulante oder stationäre Entgiftung oder Entwöhnung, sind bei den Männern und Frauen mit Drogenproblemen relativ hoch. 78 % der Männer und 81 % der Frauen weisen entsprechende Behandlungserfahrungen

gen auf. Für Männer und Frauen mit Drogenproblemen finden sich folgende Angaben zu Entgiftungsbehandlungen und Entwöhnungstherapien.

Tab. 96: Illegale Drogen – Behandlungserfahrungen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)

	Männer		Frauen	
	N	Prozent	N	Prozent
Mindestens eine stationäre Entgiftung	2.738	67,2	1.113	67,2
Mindestens eine ambulante Entgiftung	2.526	16,5	1.059	14,9
Mindestens eine stationäre Therapie	2.748	47,8	1.125	42,4
Darunter: mindestens eine abgeschlossene stationäre Therapie ¹⁵	1.146	53,1	433	51,7
Mindestens eine ambulante Therapie	2.595	32,1	1.087	37,7
Darunter: mindestens eine abgeschlossene ambulante Therapie	183	24,8	379	26,1

Rund zwei Drittel aller Drogenabhängigen haben Erfahrungen mit einer stationären Entgiftungsbehandlung. Im Vergleich dazu sind die Erfahrungen mit ambulanten Entgiftungen eher selten. Von den Männern haben 48 % mindestens eine stationäre Therapie begonnen, von den Frauen 42 %. Dies entspricht in etwa den Ergebnissen des Vorjahres. Im Vergleich zum Vorjahr haben dagegen sowohl die Frauen mit 38 % als auch die Männer mit 32 % deutlich mehr Erfahrungen mit einer ambulanten Entwöhnungstherapie, die sich wohl auch innerhalb der Drogenhilfe als Behandlungsform etabliert hat (1999: Frauen: 23 %, Männer: 24 %). Die relativ geringen Anteile der Männer und Frauen mit einer abgeschlossenen ambulanten Therapie im Vergleich zu den abgeschlossenen stationären Therapien ist darauf zurückzuführen, daß im Durchschnitt von der Klientel mit Drogenproblemen deutlich öfter eine stationäre Therapie angefangen wurde als eine ambulante Therapie. So weisen Männer wie Frauen etwa 1,6 stationäre Therapieversuche gegenüber 1,3 ambulanten Therapieversuchen auf. Diese Differenz ist signifikant ($p < 0,001$, T-Test). Gegenüber dem Vorjahr sind hinsichtlich abgeschlossener Therapien einige Veränderungen zu erkennen. So liegt der Anteil der Männer und Frauen mit einer abgeschlossenen ambulanten Therapie 1999 mit rund 32 % deutlich höher als im Jahr 2000. Bei den Frauen ist zu erkennen, daß 1999 der Anteil von 59 % mit einer abgeschlossenen stationären Therapie ebenfalls größer war als im Jahr 2000¹⁶. Bei den Männern dagegen sind die entsprechenden Werte relativ stabil geblieben. Diese nicht einheitlichen Veränderungen sind vermutlich auf die Zunahme der Substituierten innerhalb der Klientel im Jahre 2000 zurückzuführen.

Der Vergleich mit den Daten der EBIS-Dokumentation 1999 (Strobl, Lange, Zahn 2000) belegt, daß die Klientel mit der Hauptdiagnose „Opiate“ in den alten Bundesländern deutlich

¹⁵ Berechnungsgrundlage: mindestens eine begonnene ambulante beziehungsweise stationäre Therapie.

¹⁶ Berechnungsgrundlage: mindestens eine begonnene ambulante beziehungsweise stationäre Therapie.

weniger Behandlungserfahrungen hat als die Klientel mit Drogenproblemen in der Hamburger Basisdatendokumentation 2000.

Männer und Frauen unterscheiden sich in bezug auf ihre Behandlungserfahrungen, begonnene ambulante oder stationäre Entgiftung oder Entwöhnung, nicht. Bei Männern wie bei Frauen steigen mit zunehmendem Alter die Behandlungserfahrungen. So beträgt das Durchschnittsalter der Frauen mit Behandlungserfahrungen 32 Jahre gegenüber 30 Jahre der Frauen ohne Behandlungserfahrungen ($p < 0,01$, T-Test). Männer mit Behandlungserfahrungen sind durchschnittlich 34 Jahre alt, diejenigen ohne Behandlungserfahrungen 33 Jahre ($p < 0,01$, T-Test).

Tab. 97: Illegale Drogen – Behandlungserfahrungen insgesamt nach Altersklassen und Geschlecht

	Behandlungserfahrungen	Bis 21Jahre	22 bis 29 Jahre	30 bis 39 Jahre	40 Jahre und älter
Männer	Behandlungserfahrungen	58,6 %	75,5 %	80,2 %	78,1 %
	Keine Behandlungserfahrungen	41,4 %	24,5 %	19,8 %	21,9 %
	Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
	N	111	685	1.453	612
Frauen	Behandlungserfahrungen	67,7 %	83,8 %	80,6 %	85,5 %
	Keine Behandlungserfahrungen	32,3 %	16,2 %	19,4 %	14,5 %
	Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
	N	130	328	547	166

Männer: $p < 0,001$, Cramers V: 0,116
 Frauen: $p < 0,001$, Cramers V: 0,168

Betrachtet man die Behandlungserfahrungen der bis 21jährigen Männer und Frauen, so wird deutlich, daß diese am häufigsten eine stationäre Entgiftung (49 % der jungen Männer und 60 % der jungen Frauen) genutzt haben. Die Nutzung einer ambulanten Entgiftung ist bei Jüngeren deutlich geringer (7 % der jungen Männer und 12 % der jungen Frauen) als bei den Älteren. Eine stationäre Entwöhnungsbehandlung haben 26 % der jungen Männer und 32 % der jungen Frauen zumindest einmal begonnen. Auch hier wird die ambulante Form deutlich weniger genutzt (13 % der jungen Männer und 23 % der jungen Frauen) als von den Älteren. Aus den Daten wird deutlich, daß eine stationäre Entgiftung für junge Drogenabhängige die erste Erfahrung mit einer suchtspezifischen Behandlung darstellt. Es ist ferner zu erkennen, daß die Bereitschaft der jungen Frauen, sich einer suchtspezifischen Behandlung zu unterziehen, offensichtlich höher ist als die der jungen Männer.

Die Behandlungserfahrungen der Männer und Frauen variieren systematisch mit den Einrichtungsarten. Am häufigsten (87 %) weisen die Klientinnen und Klienten der aufsuchenden

Arbeit im Strafvollzug Behandlungserfahrungen auf¹⁷, gefolgt von den Einrichtungen der Betreuung von Substituierten (81 %), den suchtmittelübergreifenden Kontakt- und Beratungsstellen (75 %) und den Kontakt- und Drogenberatungsstellen (74 %) ($p < 0,001$, Cramers V: 0,092).

Wie bei der Klientel mit Alkoholproblemen zeigt sich auch bei den Männern und Frauen mit Drogenproblemen ein Zusammenhang zwischen dem Abstinenzstatus¹⁸ (kein Konsum psychotroper Substanzen in den letzten 30 Tagen) und den Behandlungserfahrungen. Signifikant häufiger weisen abstinente Männer Erfahrungen auf mit einer stationären Entgiftung, mit einer stationären Entwöhnungstherapie und mit einer abgeschlossenen ambulanten oder stationären Therapie. Bei Frauen dagegen besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Nutzung einer stationären Entwöhnungstherapie und einer abgeschlossenen stationären Therapie. Bei der Klientel mit Drogenproblemen ist ebenfalls davon auszugehen, daß Erfahrungen mit suchtspezifischen Behandlungsformen die Chancen erhöhen, abstinent zu werden. Es kann nicht in jedem Fall davon ausgegangen werden, daß die hier dokumentierte Abstinenz durch die erwähnten suchtspezifischen Behandlungsmaßnahmen direkt erreicht wurde. Es wird vielmehr angenommen, daß mehrere abstinente Perioden, die zum Teil auch länger zurückliegen können, weitere (und gegebenenfalls länger andauernde) Abstinenzperioden befördern.

¹⁷ Kleine Fallzahl: N = 43.

¹⁸ Substituierte werden hier als nicht abstinent gewertet.

Tab. 98: Illegale Drogen – Behandlungserfahrungen nach Abstinenz (in den letzten 30 Tagen) und Geschlecht (Mehrfachnennungen)

	Männer			Frauen		
	Abstinenz	Konsum	Signifikanz	Abstinenz	Konsum	Signifikanz
Stationäre Entgiftung	74,7 %	66,4 %	p < 0,01 C.V: 0,050	72,8 %	66,7 %	n.s.
N	237	2.486		81	1.026	
Ambulante Entgiftung	6,8 %	17,2 %	n.s.	11,6 %	15,0 %	n.s.
N	192	1.922		69	985	
Stationäre Therapie	66,7 %	46,0 %	p < 0,001 C.V: 0,118	58,8 %	41,1 %	p < 0,01 C.V: 0,092
N	243	2.491		80	1.039	
Abgeschlossene stationäre Therapie	73,0 %	50,6 %	p < 0,001 C.V: 0,138	71,8 %	49,6 %	p < 0,01 C.V: 0,127
N	122	1.017		39	391	
Ambulante Therapie	37,5 %	31,6 %	n.s.	43,8 %	37,2 %	n.s.
N	200	2.381		73	1.008	
Abgeschlossene ambulante Therapie	35,6 %	23,5 %	p < 0,05 C.V: 0,075	37,5 %	25,1 %	n.s.
N	59	676		29	347	

C.V: Cramers V

Die ärztliche Substitutionsbehandlung mit Methadon, L-Polamidon, Codein und anderen Mitteln ist eine der wichtigsten weiteren Behandlungserfahrungen der Klientinnen und Klienten mit Drogenproblemen. Wie in den Vorjahren befindet sich mehr als die Hälfte von ihnen in ärztlicher Substitutionsbehandlung. Frauen erhalten etwas häufiger (58 %) als Männer (56 %) ein ärztlich verschriebenes Substitutionsmittel, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. 10 % der Männer und 11 % der Frauen mit Drogenproblemen waren früher einmal in einer Substitutionsbehandlung. Rund ein Fünftel der Klientinnen (18 %) und Klienten (19 %) mit Drogenproblemen war bisher noch nie in einer Substitutionsbehandlung. Substitutionsmittel der Wahl sind mit 97 % Methadon oder L-Polamidon; Codein wird als Substitutionsmittel nur in einigen wenigen Fällen vergeben.

Die substituierten Männer und Frauen sind durchschnittlich deutlich älter und weisen eine längere Suchtkarriere auf als die Männer und Frauen, die nicht substituiert werden. In der Altersgruppe der 30- bis 39jährigen befinden sich die meisten substituierten Männer und Frauen. So besteht die Altersgruppe der 30- bis 39jährigen Männer aus 61 % Substituierten, die der Frauen aus 65 % Substituierten.

Tab. 99: Illegale Drogen – Durchschnittsalter und Dauer der Abhängigkeit nach Substitution und Geschlecht

		Substitution	N	Mittelwert in Jahren	Signifikanz (T-Test)
Männer	Alter	Ja	2.108	34,9	p < 0,001
		Nein	1.608	31,9	
	Dauer der Abhängigkeit	Ja	1.455	14,4	p < 0,001
		Nein	584	11,7	
Frauen	Alter	Ja	837	32,4	p < 0,001
		Nein	575	29,4	
	Dauer der Abhängigkeit	Ja	589	12,6	p < 0,001
		Nein	245	9,9	

Männer und Frauen, die in einer Substitutionsbehandlung sind, haben häufiger als die Nicht-Substituierten suchtspezifische Behandlungserfahrungen. Der Zusammenhang zwischen Substitution und Behandlungserfahrungen ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen hoch signifikant (Männer: $p < 0,001$, Cramers V: 0,207; Frauen: $p < 0,001$, Cramers V: 0,205). Aus verschiedenen Untersuchungen zur Substitutionsbehandlung ist bekannt, daß es sich bei dieser Personengruppe um langjährige Drogenabhängige handelt, die im Verlauf ihrer Drogenkarriere häufig, zum Teil mehrfach Behandlungsversuche unternommen haben (vgl. Marzen 2000; Schulzke 1997; Arnold, Simmedinger 1999; Zenker, Lang 1995; Arnold u. a. 1995a; Arnold u. a. 1995b; Raschke 1994).

Seit einigen Jahren werden in Hamburg von den Einrichtungen der Suchtkranken- und Drogenhilfe ambulante akupunkturgestützte Suchtbehandlungen durchgeführt. Ziele der Akupunkturbehandlungen sind u.a. die Reduzierung des Konsums psychotroper Substanzen, zum Beispiel des Beigebrauchs bei Substituierten, und Abstinenz (vgl. Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2001). In den letzten zwölf Monaten haben 23 % der Frauen und 21 % der Männer mit Drogenproblemen eine Akupunkturbehandlung in Anspruch genommen. Am häufigsten – mit 66 % – nehmen Klientinnen und Klienten aus Einrichtungen der Betreuung von Substituierten an einer Akupunkturbehandlung teil. Von den Klientinnen und Klienten aus den Kontakt- und Drogenberatungsstellen haben immerhin noch 29 % eine Akupunkturbehandlung genutzt. Nur in Einzelfällen wurde diese Art der Suchtbehandlung von der Klientel aller übrigen Einrichtungsarten in Anspruch genommen.

In der Gesamtgruppe mit der Hauptdroge Illegale Drogen wurden in den letzten zwölf Monaten 24 % der Frauen und 19 % der Männer im Krankenhaus wegen körperlicher Probleme behandelt. Die Frauen waren signifikant häufiger als die Männer in stationärer Krankenbehandlung ($p < 0,001$, Cramers V: 0,064). Männer wie Frauen, die substituiert wurden, waren wegen körperlicher Probleme signifikant häufiger (23 %) im Krankenhaus als diejenigen (15 %), die nicht substituiert wurden ($p < 0,001$, Cramers V: 0,099). Substituierte Männer wie Frauen weisen ebenfalls häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen als Nicht-Substituierte

auf. So werden von 61 % der Männer und Frauen mit Drogenproblemen insgesamt gesundheitliche Probleme angegeben. Betrachtet man nur die Substituierten, so weisen 73 % der Männer und Frauen gesundheitliche Beeinträchtigungen auf. Die Unterschiede zwischen der Klientel in einer Substitutionsbehandlung und derjenigen ohne diese Behandlung ist hoch signifikant (Männer: $p < 0,001$, Cramers V: 0,357; Frauen: $p < 0,001$, Cramers V: 0,330).

Für diese Unterschiede zwischen den Substituierten und den Nicht-Substituierten hinsichtlich der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Notwendigkeit einer stationären Krankenbehandlung gibt es im wesentlichen zwei Gründe. Zum einen ist das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Erkrankung eine Indikation für die Substitutionsbehandlung, so daß in der Substitutionsbehandlung mehr Menschen mit schweren Erkrankungen zu finden sind. Ferner sind Substituierte in regelmäßiger ärztlicher Betreuung, so daß Erkrankungen möglicherweise eher diagnostiziert und somit auch eher Krankenhauseinweisungen vorgenommen werden.

In der folgenden Tabelle sind die gesundheitlichen Probleme der Drogenabhängigen nach Einrichtungsarten aufgeführt. Die Einrichtungsarten wurden dichotomisiert in Einrichtungen der Betreuung von Substituierten und alle übrigen Einrichtungen, da die Angaben aus den Einrichtungen der Betreuung von Substituierten deutlich valider sind. Es ist allerdings zu berücksichtigen, daß Angaben der Substituierten zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen tendenziell – aufgrund der Alterstruktur dieser Gruppe und der Indikation – zu einer Überschätzung der gesundheitlichen Probleme führen kann.

Tab. 100: Illegale Drogen – Gesundheitliche Beeinträchtigungen nach Einrichtungsarten (dichotomisiert) und Geschlecht (Mehrfachnennungen)

	Einrichtungen der Betreuung von Substituierten		Alle übrigen Einrichtungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
HIV-Infektion/Aids	5,8 %	6,0 %	2,4 %	2,3 %
Hepatitis A	8,1 %	5,4 %	3,4 %	2,1 %
Hepatitis B	11,3 %	7,8 %	7,1 %	4,9 %
Hepatitis C	53,6 %	46,6 %	23,2 %	19,4 %
Andere Hepatitiden	0,4 %	–	0,1 %	0,3 %
Polyneuropathie	0,5 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %
Leberzirrhose	1,7 %	1,2 %	0,6 %	0,3 %
Magen-Darm-Galle-Bauchspeicheldrüse-Erkrankungen	5,4 %	6,7 %	1,7 %	1,6 %
Sonstiges	42,1 %	45,9 %	15,4 %	21,5 %
N	1.596	689	987	386

Bei den Männern und Frauen mit Drogenproblemen aus allen Einrichtungsarten wird an erster Stelle Hepatitis C genannt, an zweiter nicht näher bezeichnete sonstige Erkrankungen.

Die Prävalenzrate der Hepatitis C aller Klientinnen und Klienten ist mit 41 % im Jahr 2000 mit dem Ergebnis des Vorjahres von 38 %¹⁹ in etwa vergleichbar. Klientinnen und Klienten in Einrichtungen der Betreuung von Substituierten weisen deutlich höhere Hepatitis C- Prävalenzraten auf. Diese Prävalenzraten der Hepatitis C sind deutlich höher als in der Hamburger Bevölkerung mit 2 % (Zentrum für Impfmedizin und Infektionsepidemiologie 2001; eigene Berechnungen). Der Anteil der HIV-/Aids-Infektionen liegt mit 6 % bei den Klientinnen und Klienten aus den Einrichtungen der Betreuung von Substituierten im Vergleich zu anderen Studien relativ niedrig (Arnold, Simmedinger 2001). Heinemann und Püschel (1999) berichten jedoch von einer vergleichbaren HIV-Prävalenz unter den Drogentodesfällen. Auch der Gesundheitsraumstudie ist eine relativ niedrige HIV-Prävalenz von 3 % zu entnehmen (vgl. Zurhold u. a. 2001).

Bei 6 % der Männer und 7 % der Frauen mit Drogenproblemen fand eine Überdosierung in den letzten zwölf Monaten, zum Teil auch mehrfach, statt.

Aus Studien zum psychischen Gesundheitszustand von Abhängigen psychotroper Substanzen wird ersichtlich, daß eine hohe psychiatrische Komorbidität bei Drogenabhängigen vorhanden ist (Krausz, Degkwitz, Verthein 2000; Krausz, Verthein, Degkwitz 1999; Kuntze, Ladewig, Stohler 1998). Das heißt, neben der Suchterkrankung liegen weitere psychische Störungen vor. In diesem Kontext wurde auch ein erhöhtes Suizidrisiko bei Drogenabhängigen beobachtet.

5 % der Männer und 8 % der Frauen mit Drogenproblemen unternahmen im letzten Jahr einen Suizidversuch. Frauen mit Drogenproblemen weisen signifikant häufiger als Männer einen Suizidversuch auf ($p < 0,01$, Cramers V: 0,55). Das entspricht in der Größenordnung den Befunden von Arnold und Simmedinger (2001). Auch bei der Gesamtbevölkerung sind häufiger Suizidversuche bei den Frauen als bei den Männern zu beobachten (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001). Raschke, Püschel und Heinemann (2000) weisen darauf hin, daß Suizidalität das Mortalitätsrisiko bei Drogenabhängigen erheblich erhöht.

Aufgrund der hohen psychiatrischen Komorbidität ist bei der Klientel mit Suchtproblemen neben der suchtspezifischen Behandlung häufig zusätzlich psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung notwendig. Aus den Angaben der Hamburger Basisdatendokumentation ergibt sich, daß von den Männern und Frauen mit Drogenproblemen am häufigsten eine ambulante psychotherapeutische Behandlung genutzt wird (8 % der Männer und 15 % der Frauen). Deutlich weniger häufig werden andere psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsformen in Anspruch genommen.

¹⁹ Bezugsgröße: gültige Angaben zum Gesundheitszustand

Tab. 101: Illegale Drogen – Psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung in den letzten zwölf Monaten nach Einrichtungsarten und Geschlecht (Mehrfachnennungen)

	Alle Einrichtungen			Nur Einrichtungen der Betreuung von Substituierten		
	Männer	Frauen	Signifikanz	Männer	Frauen	Signifikanz
Ambulante psychotherapeutische Behandlung	8,1 %	14,3 %	p < 0,001 C.V: 0,093	10,3 %	16,6 %	p < 0,001 C.V: 0,088
N	2.582	1.080		1.610	706	
Stationäre psychotherapeutische Behandlung	2,1 %	3,2 %	p < 0,05 C.V: 0,033	1,5 %	2,4 %	n.s.
N	2.570	1.070		1.604	701	
Ambulante psychiatrische Behandlung	6,4 %	9,3 %	p < 0,01 C.V: 0,051	8,0 %	12,2 %	p < 0,01 C.V: 0,066
N	2.569	1.067		1.604	699	
Stationäre psychiatrische Behandlung	4,1 %	5,0 %	n.s.	4,8 %	6,0 %	n.s.
N	2.564	1.068		1.599	704	

C.V: Cramers V

Insgesamt wurden von der Hamburger Klientel mit Drogenproblemen 17 % der Männer und 24 % der Frauen zusätzlich psychotherapeutisch oder psychiatrisch ambulant oder stationär behandelt. Die geschlechtsspezifischen Differenzen sind hoch signifikant ($p < 0,001$, Cramers V: 0,083). Diese Unterschiede sind darauf zurückzuführen, daß in der Regel Frauen psychotherapeutische und psychiatrische Hilfen eher in Anspruch nehmen als Männer (Schepank 1999; Biermann-Ratjen 1993).

Die Männer und Frauen in den Einrichtungen der Betreuung von Substituierten weisen deutlich höhere Behandlungserfahrungen auf. In diesen Einrichtungen waren 20 % der Männer und 29 % der Frauen in den letzten zwölf Monaten mindestens in einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung. Aus den Angaben wird ersichtlich, daß im Rahmen einer Substitutionsbehandlung deutlich häufiger als in anderen Einrichtungen eine Behandlung der psychischen Störungen der Klientel eingeleitet wird. Eine entsprechende Basis für die Einleitung psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlungen stellen sicherlich die relativ langen Betreuungszeiten dar.

4.2.7 Exkurs: Alter

An verschiedenen Stellen in diesem Bericht ist deutlich geworden, daß sich jüngere Drogenkonsumenten von älteren zum Teil deutlich unterscheiden. Offensichtlich ist das Alter bei Drogenkonsumenten eine wichtige intervenierende Variable, die entscheidenden Einfluß auf die Verteilung anderer Variablen hat. Diese altersspezifischen Differenzierungen sollen hier nochmals kurz zusammengefaßt werden.

Eine erste Differenzierung ergibt sich für die Einrichtungsarten: Jüngere Drogenabhängige finden sich vermehrt in Kontakt- und Drogenberatungsstellen und auch noch in substanzübergreifenden Einrichtungen, während sich ältere Drogenabhängige überproportional in Einrichtungen der Betreuung von Substituierten befinden.

Aus der alters- und geschlechtsspezifischen Verteilung der Klientinnen und Klienten lassen sich interessante gruppenspezifische Verläufe ableiten. Jüngere Drogenabhängige kommen etwas häufiger aus dem Hamburger Umland, sind häufiger unter den Neuaufnahmen als unter den Übernahmen aus dem Vorjahr zu finden und haben eher eine justitielle Auflage als ältere. Der Ausländeranteil ist unter den jüngeren Drogenabhängigen größer als unter den älteren. Während bei den jüngeren der Anteil der Ledigen erhöht ist, trifft dies bei den älteren auf die Verheirateten und Geschiedenen zu. Ältere Klientinnen und Klienten haben eher weniger Partnerschaften als jüngere und leben häufiger alleine.

Jüngere Frauen berichten häufiger von Gewalterfahrungen in den letzten fünf Jahren als ältere. Hinsichtlich der verübten Gewalthandlungen in den letzten fünf Jahren zeigt sich ein signifikanter Unterschied bei den Männern: Jüngere Männer haben etwas häufiger Gewalt ausgeübt als ältere.

Bei einigen sozio-demografischen Merkmalen versteht es sich von selbst, daß die jeweiligen Ausprägungen mit dem Alter variieren. Ältere Frauen und Männer haben eher Kinder als jüngere –dies trifft nicht nur für Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen zu. Jüngere leben häufiger bei ihren Angehörigen, ältere dagegen eher in eigenem Wohnraum. Und schließlich sind jüngere eher noch mit Schul- beziehungsweise Berufsausbildung beschäftigt als ältere. Ein Viertel der Drogenabhängigen bis 21 Jahre haben (noch) keinen Schulabschluß. Von den bis 21jährigen Männern haben 60 % noch keine Ausbildung begonnen. Bei den Frauen liegt dieser Wert sogar bei 70 %. Andererseits haben 24 % der bis 21 Jahre alten Männer und 21 % der jungen Frauen bereits eine Ausbildung abgebrochen.

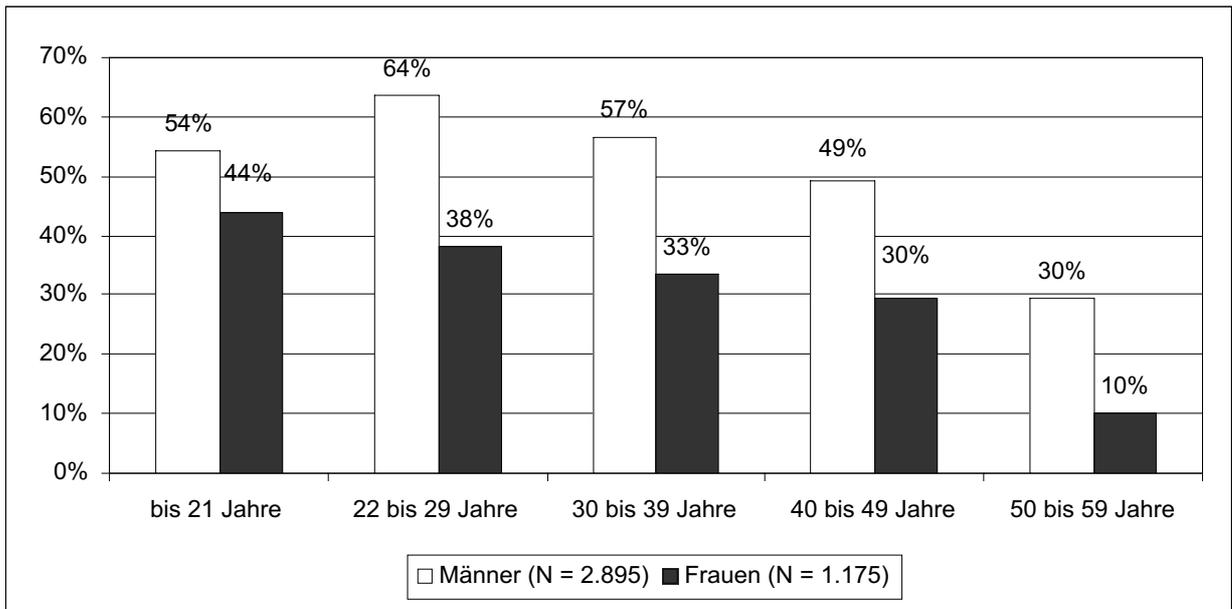
Der Anteil der Erwerbslosen steigt von rund 60 % bei den bis 21jährigen auf über 70 % bei den über 40jährigen an. Wie gezeigt, mißlingt in den meisten Fällen bereits der Eintritt in das Erwerbsleben, so daß Einkommen aus Erwerbsarbeit in keiner Altersgruppe den ansonsten üblichen Stellenwert bekommt. Der Anteil derjenigen, die Arbeitslosenunterstützung beziehen, steigt zwar von 8,5 % bei den bis 21jährigen Männern auf etwa 26 % bei den 30- bis 39jährigen an, geht aber bei den älteren dann wieder zurück. Bei den Frauen liegt der höchste Wert für Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe bei knapp 19 % in der Gruppe der 40- bis 49jährigen. Offensichtlich werden in keiner Altersgruppe in nennenswertem Umfang Ansprüche an die Arbeitslosenversicherung erworben. Entsprechend hoch ist in allen Altersgruppen die Bedeutung der Sozialhilfe. Unterstützung durch Eltern und Verwandte erhalten nur die bis 21jährigen. Die Verschuldung steigt mit zunehmendem Lebensalter an.

Der Anteil derjenigen, die schon einmal verurteilt worden sind, nimmt mit dem Alter zu. Ebenso verhält es sich mit der Strafhaft: Während erst 17 % der bis 21jährigen schon einmal inhaftiert waren, sind es bei den 40- bis 49jährigen 69 %. Auch bei den Frauen steigt dieser

Anteil von 3 % bei den bis 21jährigen auf 34 % bei den 40- bis 49jährigen signifikant an. Auch bei der Haftdauer ist dieser kumulative Effekt zu beobachten.

Die aktuellen Probleme mit der Justiz nehmen hingegen mit steigendem Alter ab, wie die folgende Abbildung zeigt. Offensichtlich gibt es Lerneffekte. Lediglich bei den ganz jungen Männern ist zunächst noch ein Ansteigen der Justizprobleme zu beobachten.

Abb. 24: Illegale Drogen – Aktuelle Probleme mit der Justiz nach Altersklassen und Geschlecht



Auf die unterschiedlichen Konsummuster zwischen sehr jungen Drogenkonsumentinnen und -konsumenten wurde bereits hingewiesen (vgl. Kapitel 4.2.2). Generell zeichnet sich eine kleine Gruppe von bis 21jährigen ab, bei der Konsum von Cannabis, Amphetaminen, Ecstasy und Halluzinogenen im Vordergrund steht, während bei allen anderen Altersgruppen Opiate und Kokain dominieren.

Betrachtet man das Alter beim ersten Konsum getrennt für die einzelnen Altersklassen, so fällt auf, daß bei den jüngeren Klientinnen und Klienten der Erstkonsum früher erfolgte. Die Angaben zum Alter beim Erstkonsum für Alkohol, Cannabis, Heroin und Kokain sind in der folgenden Tabelle zusammengestellt.

Tab. 102: Illegale Drogen – Durchschnittsalter beim Erstkonsum ausgewählter Substanzen nach Altersklassen und Geschlecht (Mehrfachnennungen)

	Durchschnittsalter beim Erstkonsum in Jahren							
	Alkohol		Cannabis		Heroin		Kokain	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Bis 21 Jahre	13,2	13,5	14,0	14,4	16,7	15,6	16,8	16,1
22 bis 29 Jahre	13,8	14,1	15,1	15,2	18,0	17,9	19,3	19,1
30 bis 39 Jahre	14,0	14,8	15,8	16,8	20,1	21,3	22,7	22,9
40 bis 49 Jahre	14,5	15,0	16,5	17,3	23,6	23,0	27,3	27,0
N	1.706	640	1.847	687	1.996	808	1.649	658

Bei den suchtspezifischen Vorbehandlungen zeigt sich wiederum ein kumulativer Effekt: Je älter die Klientinnen und Klienten sind, um so häufiger haben sie Erfahrungen mit den einzelnen Behandlungsvarianten. Lediglich bei der Akupunkturbehandlung als vergleichsweise neuer Behandlungsform ist dieser kumulative Effekt nicht zu beobachten.

Je älter die drogenabhängigen Klientinnen und Klienten werden, um so häufiger leiden sie an gesundheitlichen Problemen. So ist etwa bei den Hepatitiden deutlich zu erkennen, wie das Infektionsrisiko mit der Anzahl der Jahre der Abhängigkeit zunimmt. Allerdings gibt es zu diesen mit dem Alter zunehmenden gesundheitlichen Problemen keine Entsprechung durch zunehmende stationäre Krankenbehandlungen.

Insgesamt wird deutlich, daß sich unterschiedliche Altersgruppen von Drogenabhängigen durch differenzierte Lebens- und Problemlagen unterscheiden. Biographien von Drogenabhängigen, die sich auf unterschiedliche Lebensphasen beziehen, bringen je nach Alter unterschiedliche Konstellationen hervor. Auf diese alterstypischen Konstellationen muß die Drogenhilfe auch mit einem abgestimmten alters- und entwicklungsgerechten Hilfe- und Behandlungsangebot reagieren.

4.3 Soziale Desintegration

In der Drogen- und Suchtkrankenhilfe hat es in den letzten Jahren mehrere Ansätze gegeben, zwischen besonders stark belasteten Abhängigen und weniger stark belasteten zu differenzieren. Vorliegende Modelle (vgl. Schmid 2000; Arbeitsgruppe CMA 1999; Küfner; Vogt 1998) werden in der Fachöffentlichkeit noch diskutiert. Sie sind zudem nicht mit den Mitteln einer Basisdatendokumentation nachzubilden.

Bereits anlässlich des ersten Statusberichts zur Hamburger Basisdatendokumentation für das Jahr 1997 wurde ein anderes Verfahren entwickelt, mit dem eine Differenzierung der Klientinnen und Klienten nach dem Ausmaß der Desintegration möglich wurde (vgl. Schmid, Vogt 1998, 58 ff.). Dazu wurde aus den Variablen zur Wohnsituation, zu Partnerbeziehungen und

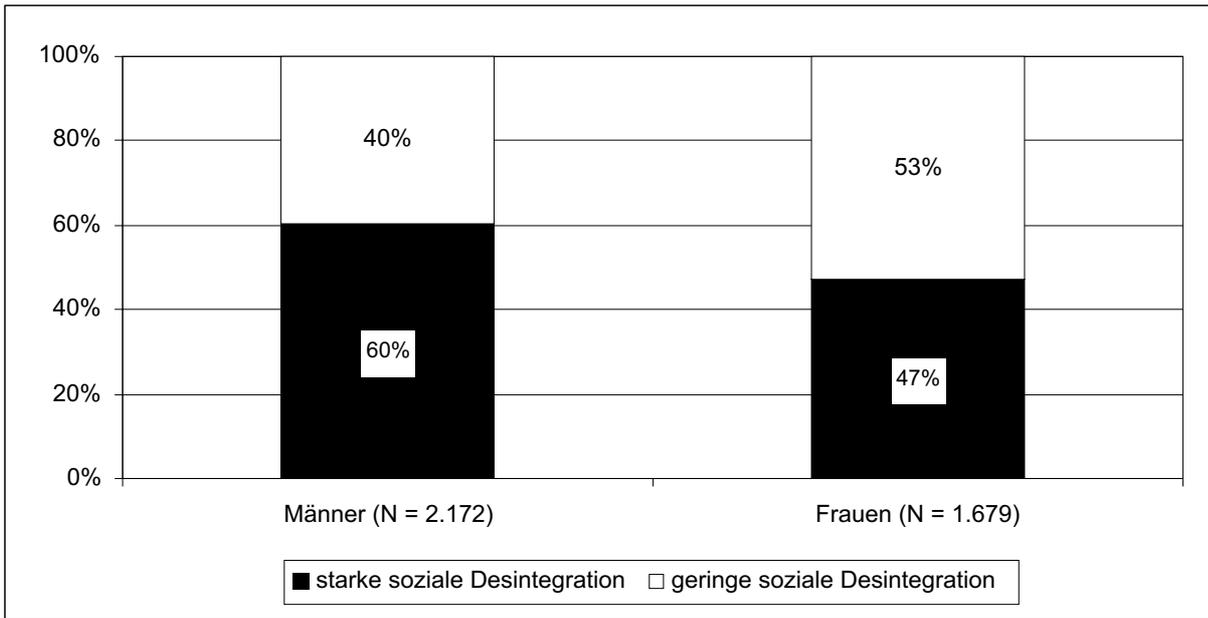
zur Erwerbssituation mit Hilfe einer Clusteranalyse eine dichotome Variable „Soziale Desintegration“ gebildet (vgl. Kapitel 3.3).

Es liegen für rund zwei Drittel aller Personen (74 %) der Hauptgruppe Illegale Drogen Angaben zu allen drei an der Variablenkonstruktion beteiligten Items vor.

Insgesamt sind 56 % der Klientinnen und Klienten als stark sozial desintegriert und 44 % als gering sozial desintegriert zu charakterisieren. Dies ist – unter Berücksichtigung, daß in der Hamburger Basisdatendokumentation 2000 nur dann Klientinnen und Klienten aus niedrigschwelligen Einrichtungen dokumentiert sind, wenn ein Beratungsprozeß stattgefunden hat, der auch die Anlage einer elektronischen Akte nach sich zieht.

In der folgenden Abbildung ist die Verteilung der neugebildeten Variablen zur Stärke der sozialen Desintegration nach Geschlecht dargestellt. Die Männer sind mit 60 % häufiger stark sozial desintegriert als die Frauen mit 47 %. Der Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0,001$, Cramers V: 0,123). Im Vergleich zum Vorjahr ist die Gruppe der stark sozial Desintegrierten sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen um ein beziehungsweise zwei Prozentpunkte angewachsen. So betrug 1999 der entsprechende Anteil bei den Männern 59 % und bei den Frauen 45 %. Diese Differenzen zwischen 1999 und 2000 können durch Änderungen der Stichprobe des Jahres 2000 oder durch reale Veränderungen hinsichtlich der sozialen Desintegration verursacht sein.

Abb. 25: Illegale Drogen – Soziale Desintegration nach Geschlecht

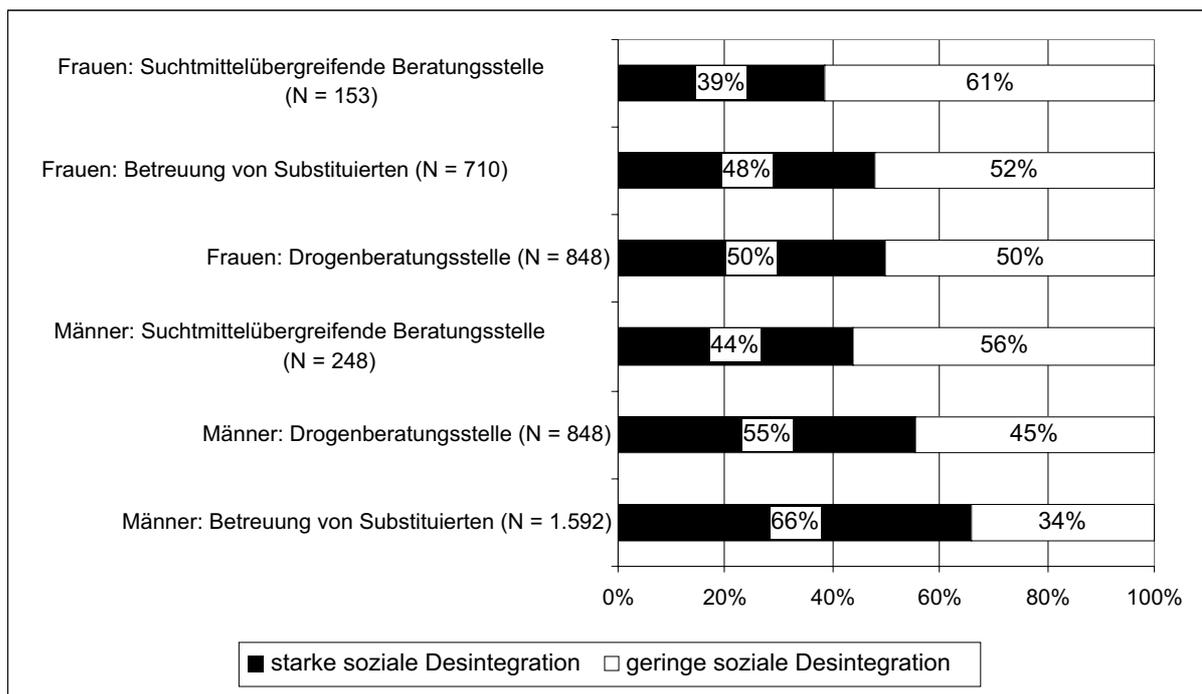


$p < 0,001$, Cramers V: 0,123

Im Unterschied zu der Klientel mit Alkoholproblemen gibt es bei den Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen keinerlei Zusammenhänge zwischen Lebensalter oder Beginn der Suchtkarriere und dem Grad der sozialen Desintegration. Auch die im Vorjahr erkennbare Differenz zwischen dem Alter beim Erstkonsum und dem Ausmaß der sozialen Desintegration ist bei der Stichprobe des Jahres 2000 nicht mehr zu beobachten.

Die Einrichtungsarten weisen unterschiedliche Anteile von stark und gering sozial desintegrierten Klientinnen und Klienten auf. Die höchsten Anteile stark sozial desintegrierter Männer finden sich in den Einrichtungen der Betreuung von Substituierten. Stark sozial desintegrierte Frauen dagegen sind am häufigsten innerhalb der Klientel der Kontakt- und Drogenberatungsstellen vertreten. Die geringsten Anteile stark sozial desintegrierter Männer und Frauen finden sich in den suchtmittelübergreifenden Kontakt- und Beratungsstellen. Die Kontakt- und Drogenberatungsstellen nehmen bei den Männern eine mittlere Stellung zwischen den beiden vorgenannten ein.

Abb. 26: Illegale Drogen – Soziale Desintegration nach Einrichtungsarten und Geschlecht



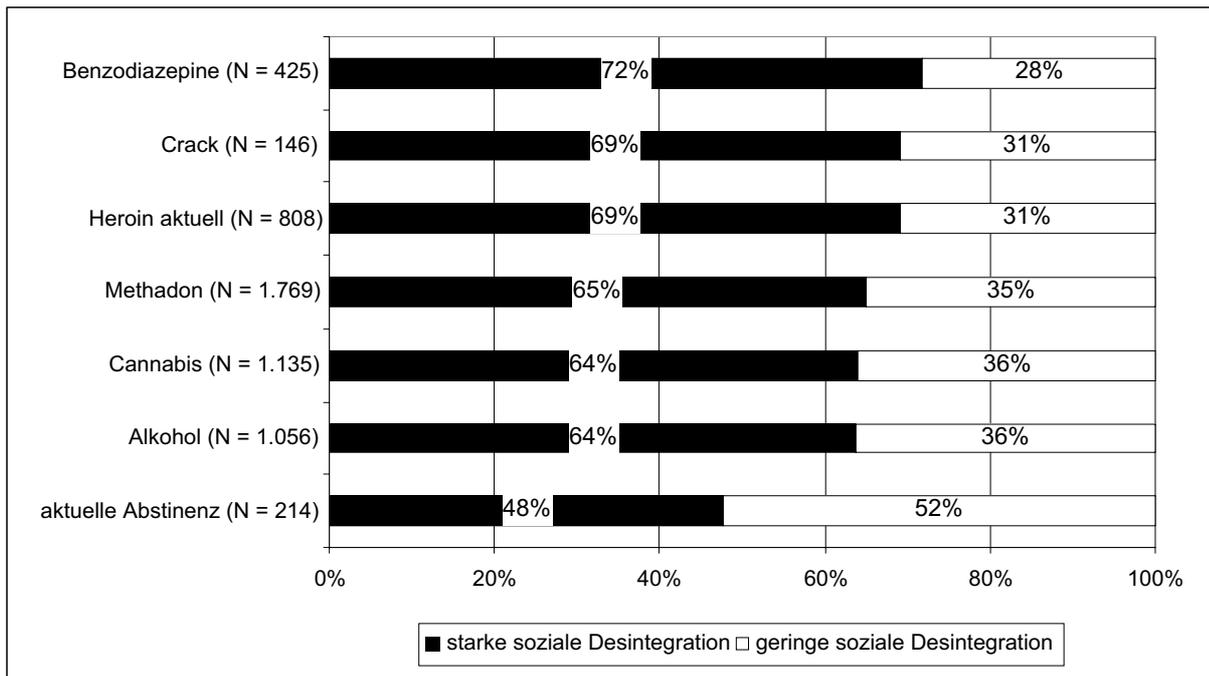
Männer: $p < 0,001$, Cramers V: 0,158
 Frauen: n.s.

Die konsumierten psychotropen Substanzen und das Ausmaß der sozialen Desintegration sind in den folgenden beiden Abbildungen getrennt für Männer und Frauen dargestellt. Es wurden nur psychotrope Substanzen berücksichtigt, für die sich signifikante Unterschiede ergeben.

Hinsichtlich der Konsummuster wird deutlich, daß die Männer, die in den letzten 30 Tagen keine psychotropen Substanzen konsumiert haben, in geringerem Maß stark sozial desintegriert sind als die aktuell konsumierenden Männer ($p < 0,001$, Cramers V: 0,077).

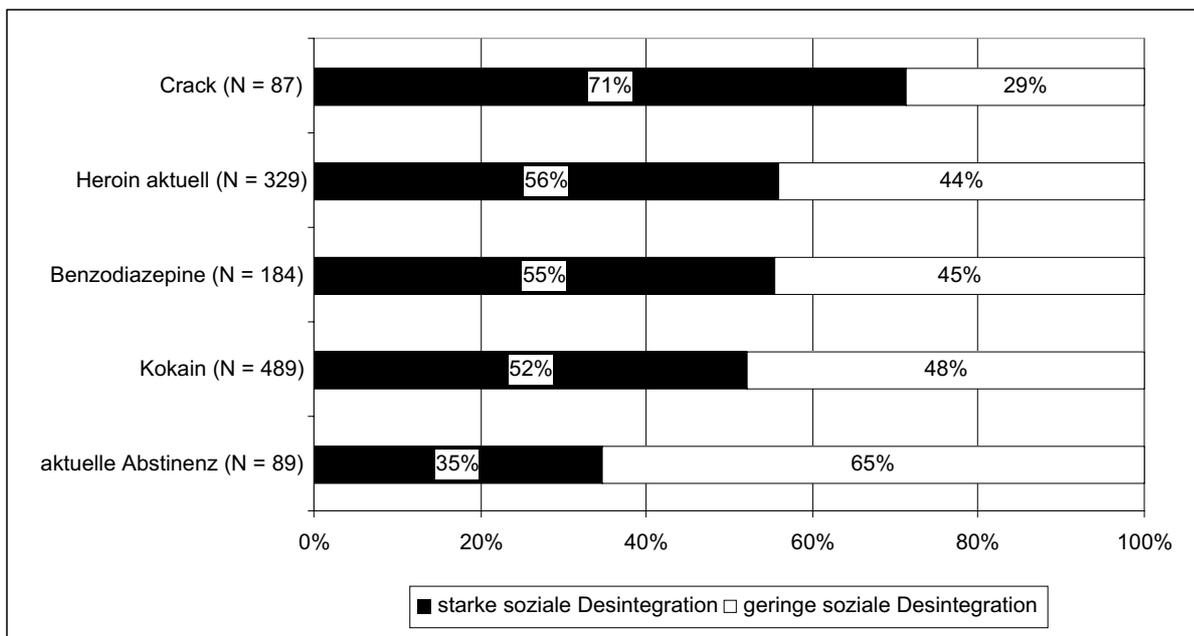
In bezug auf Heroin (Konsum in den letzten 30 Tagen) und Methadon finden sich bei den Männern signifikante Differenzierungen. Das heißt: Drogenabhängige Männer, die aktuell Heroin und Methadon konsumieren, sind stärker sozial desintegriert als drogenabhängige Männer, die die entsprechenden Substanzen konsumieren. In bezug auf Kokain zeigt sich bei den Männern kein signifikanter Unterschied. Deutliche Unterschiede zeigen sich aber bei Cannabis, Alkohol, Benzodiazepinen und Crack. Wiederum gilt: Konsumenten dieser Substanzen sind stärker sozial desintegriert als Drogenabhängige, die diese Stoffe nicht konsumieren. Dieser Zusammenhang kann auch umgekehrt interpretiert werden: Stark sozial desintegrierte drogenabhängige Männer konsumieren im Vergleich zu eher sozial integrierten drogenabhängigen Männern gehäuft Opiate, Cannabis, Alkohol, Benzodiazepine und Crack.

Abb. 27: Illegale Drogen – Männer: Soziale Desintegration nach konsumierten psychotropen Substanzen (Mehrfachnennungen)



Benzodiazepine	p < 0,001;	Cramers V: 0,104	Crack	p < 0,5;	Cramers V: 0,044
Cannabis	p < 0,01;	Cramers V: 0,067	Alkohol	p < 0,01;	Cramers V: 0,059
kein Konsum	p < 0,001;	Cramers V: 0,077	Methadon	p < 0,001;	Cramers V: 0,134
Heroin (aktuell)	p < 0,001;	Cramers V: 0,119			

Abb. 28: Illegale Drogen – Frauen: Soziale Desintegration nach konsumierten psychotropen Substanzen (Mehrfachnennungen)



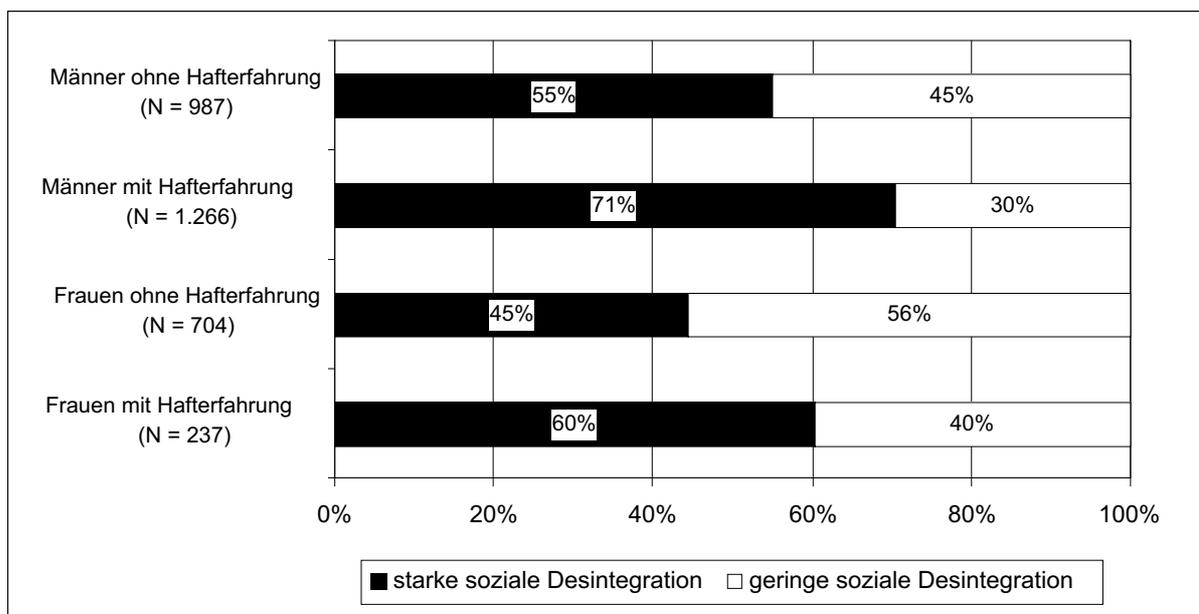
Kokain:	p < 0,01;	Cramers V: 0,98	Benzodiazepine:	p < 0,01;	Cramers V: 0,78
Crack:	p < 0,001;	Cramers V: 0,143	kein Konsum:	p < 0,05;	Cramers V: 0,70
Kokain:	p < 0,01;	Cramers V: 0,098	Heroin aktuell:	p < 0,001;	Cramers V: 0,128

Auch bei den Frauen ergeben sich die niedrigsten Anteilswerte für starke soziale Desintegration bei denjenigen, die aktuell keine psychotropen Substanzen konsumieren. Bei den Frauen zeigen sich darüber hinaus für Heroin (in den letzten 30 Tagen konsumiert) Kokain, Benzodiazepine und Crack signifikante Unterschiede. Anders interpretiert: Drogenabhängige Frauen, die stark sozial desintegriert sind, konsumieren im Vergleich zu drogenabhängigen Frauen, die eher noch sozial integriert sind, häufiger Heroin, Kokain, Benzodiazepine und Crack. Damit bestätigen sich die Vorjahresergebnisse, daß die Art der konsumierten Drogen einen großen Einfluß auf die soziale Desintegration hat.

Im Gegensatz zum Vorjahr lassen sich keine signifikanten Unterschiede der sozialen Desintegration beobachten zwischen intravenös Konsumierenden und solchen, die andere Konsummuster bevorzugen.

Bei den Männern und Frauen mit illegalem Drogenkonsum ist weiterhin ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der sozialen Desintegration und der strafrechtlichen Belastung zu erkennen. 70 % der Männer, die schon einmal inhaftiert waren, weisen eine starke soziale Desintegration auf. Dagegen beträgt der Anteil der stark sozial desintegrierten Männer ohne Hafterschaft nur 55 %. Der Zusammenhang zwischen Hafterschaft und dem Ausmaß der sozialen Desintegration ist bei den Männern hoch signifikant ($p < 0,001$, Cramers V: 0,158). Auch bei den Frauen ist dieser Zusammenhang zu beobachten. So beträgt der Anteil der stark sozial Desintegrierten bei den Frauen mit Hafterschaft 60 %, bei denjenigen ohne Hafterschaft dagegen nur 45 %. Auch diese Unterschiede sind statistisch hoch signifikant ($p < 0,001$, Cramers V: 0,138).

Abb. 29: Illegale Drogen – Soziale Desintegration nach Hafterschaft und Geschlecht

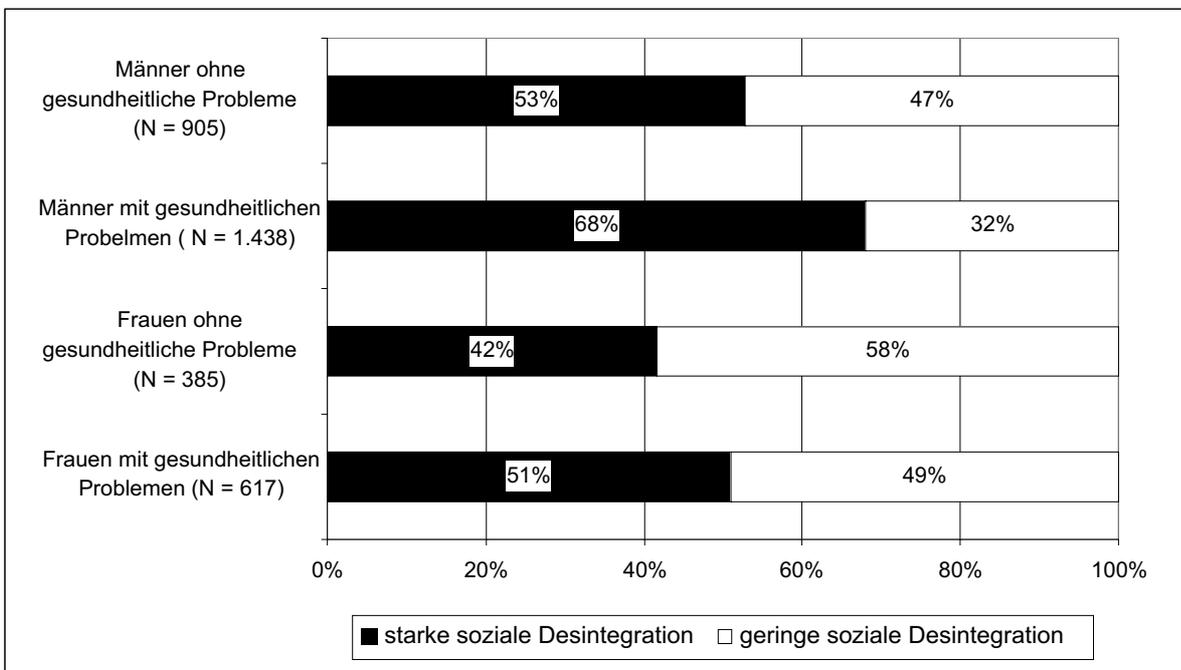


Männer: $p < 0,001$, Cramers V: 0,158
 Frauen: $p < 0,001$, Cramers V: 0,138

Ein weiterer Zusammenhang zeigt sich zwischen der sozialen Desintegration und der gesundheitlichen Situation. Männer mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind signifikant häufiger (68 %) stark sozial desintegriert als Männer ohne gesundheitliche Probleme (53 %) ($p < 0,001$, Cramers V: 0,151). Bei den Frauen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen beträgt der Anteil der stark sozial Desintegrierten 51 %, dagegen beläuft sich dieser Anteil nur auf 42 % bei denjenigen Frauen, die keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen angeben. Der Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Situation und dem Ausmaß der sozialen Desintegration ist bei den Frauen ebenfalls signifikant ($p < 0,01$, Cramers V: 0,092).

Weitere Variablen zur gesundheitlichen Situation, wie Krankenhausaufenthalte, mit vergleichbaren Werten wie im Vorjahr, bestätigen den oben dargestellten Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Desintegration (vgl. folgende Abbildungen).

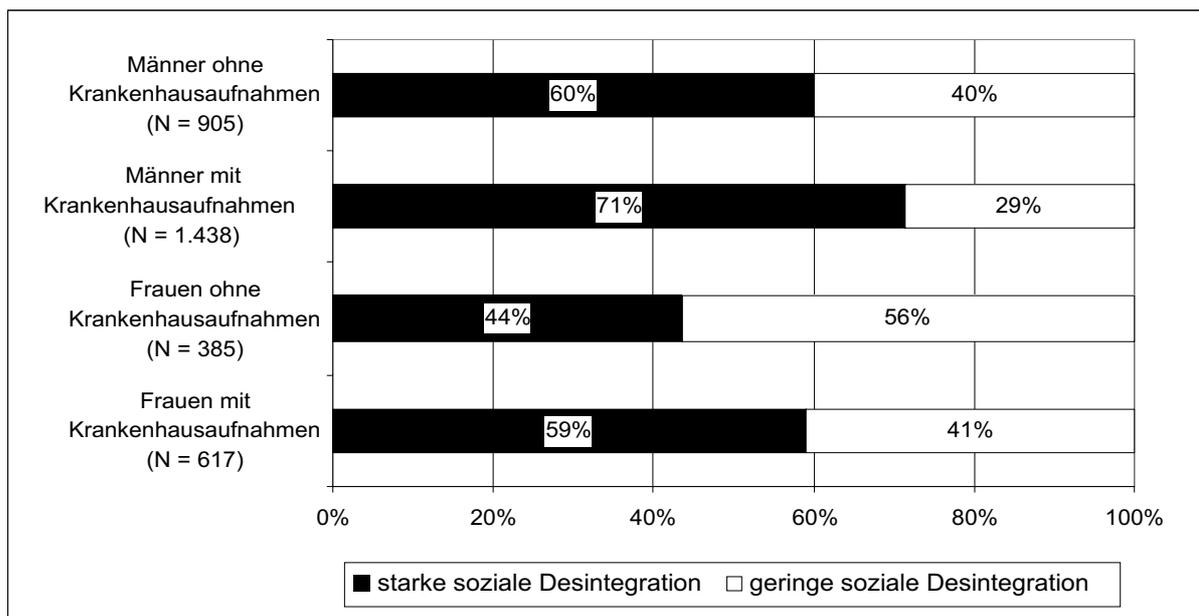
Abb. 30: Illegale Drogen – Soziale Desintegration nach gesundheitlichen Problemen und Geschlecht



Männer: $p < 0,001$, Cramers V: 0,151

Frauen: $p < 0,01$, Cramers V: 0,092

Abb. 31: Illegale Drogen – Soziale Desintegration nach Krankenhausaufenthalten und Geschlecht



Männer: $p < 0,001$, Cramers V: 0,092
 Frauen: $p < 0,001$, Cramers V: 0,133

Das Merkmal der sozialen Desintegration ist mit der Art der konsumierten psychotropen Substanzen sowie mit anderen Belastungen assoziiert, so daß sich insgesamt eine Subgruppe mit vielfältigen Problemhäufungen abzeichnet. Der Anteil der stark sozial Desintegrierten beläuft sich unter den Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe in der Hamburger Basisdatendokumentation auf mindestens 41 % bis über 70 % innerhalb von Untergruppen.

Einer Untersuchung von Prinzleve (2000) ist zu entnehmen, daß es spezielle Untergruppen von Drogenabhängigen gibt, die im Vergleich zur hier betrachteten Gesamtgruppe in noch stärkerem Ausmaß sozial desintegriert sind.

4.4 Klientinnen und Klienten mit Datensätzen aus mehreren Jahren

Seit 1997 werden mit der Hamburger Basisdatendokumentation Daten zu drogenabhängigen Klientinnen und Klienten des ambulanten Hamburger Suchthilfesystems gesammelt. Insgesamt liegen also Datensätze aus vier Jahren vor. Von den Klientinnen und Klienten des Jahres 2000, die illegale Drogen konsumieren, wurden rund 44 % in diesem Jahr zum ersten Mal dokumentiert. In der folgenden Tabelle ist dargestellt, in welchem Jahr die Klientinnen und Klienten des Jahres 2000 zum ersten Mal eine an der BADO beteiligte Einrichtung aufgesucht haben und dort dokumentiert wurden.

Tab. 103: Illegale Drogen – Klienten und Klientinnen nach dem Jahr des ersten Datensatzes und Geschlecht

	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Erster Datensatz 2000	1.642	43,4	682	47,1	2.324	44,4
Erster Datensatz 1999	991	26,2	398	27,5	1.389	26,5
Erster Datensatz 1998	348	9,2	119	8,2	467	8,9
Erster Datensatz 1997	806	21,3	248	17,1	1.054	20,1
Gesamtzahl der KlientInnen 2000	3.787	100,0	1.447	100,0	5.234	100,0

Allerdings hat sich die Zahl der beteiligten Einrichtungen während dieser vier Jahre mehrfach verändert. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß Klientinnen und Klienten, die lediglich niedrigschwellige Aufenthalts- und Versorgungsangebote nutzen, nicht dokumentiert werden. Die obige Tabelle gibt also keine Totalerhebung, sondern nur einen – allerdings sehr umfangreichen – Ausschnitt aus dem Hilfesystem wieder.

Der folgenden Tabelle ist zu entnehmen, für wie viele Klientinnen und Klienten Datensätze aus zwei, drei und gar vier aufeinanderfolgenden Jahren vorliegen.

Tab. 104: Illegale Drogen – Klienten und Klientinnen mit Datensätzen aus zwei, drei und vier aufeinanderfolgenden Jahren nach Geschlecht

	Männer	Frauen	Gesamt
Daten aus 2000 und 1999	991	398	1.389
Daten aus 2000, 1999 und 1998	671	216	887
Daten aus 2000, 1999, 1998 und 1997	428	134	562

Von 1.389 Klientinnen und Klienten des Jahres 2000 liegen demnach Datensätze aus zwei Jahren, von 887 Daten aus drei Jahren und von 562 Personen sogar aus vier Jahren vor. Diese Gruppen bilden die Grundlage für die folgende Längsschnittanalyse. Die erste und die zweite Gruppe – Klientinnen und Klienten mit Datensätzen aus dem Jahr 2000 und aus dem Vorjahr sowie Personen mit Datensätzen aus den Jahren 2000, 1999 und 1998 – sind umfangreich und klar interpretierbar. Die dritte Gruppe – Klientinnen und Klienten mit Datensätzen aus vier Jahren – ist noch groß genug für statistische Auswertungen und angesichts des langen Zeitraums für die Analyse interessant. Gruppen von Klientinnen und Klienten, von denen eine unvollständige Folge von Datensätzen vorliegt (also etwa aus dem Jahr 1997, aus dem Jahr 1998, nicht aber aus 1999 und dann wieder aus dem Jahr 2000), sind schwer zu interpretieren. Das „Fehlen“ eines Datensatzes für ein oder auch für zwei Jahre kann bedeuten, daß in diesem Zeitraum Einrichtungen aufgesucht wurden, die nicht an der BADO beteiligt waren. Es kann aber auch heißen, daß diese Klientinnen und Klienten in dieser Zeit

in stationären Einrichtungen waren, inhaftiert waren, Cleanphasen hatten oder aber zwar weiterhin Drogen konsumierten, ohne jedoch im Drogenhilfesystem zu erscheinen.

In den Auswertungen der Vorjahre hatte sich bei der Zeitreihenanalyse gezeigt, daß Klientinnen und Klienten, die über mehrere Jahre vom Drogenhilfesystem betreut werden, offensichtlich zunehmend die Angebote dieses Hilfesystems auch in Anspruch nehmen. Die Zahl derjenigen, die bereits mindestens einmal eine suchtspezifische Behandlung begonnen oder abgeschlossen hatten, war im Jahresvergleich angestiegen. Diese Hypothese wird im folgenden mit den Daten der Gruppe getestet, für die Datensätze aus den Jahren 1999 und 2000 vorliegen. Um Verzerrungen durch ein möglicherweise verändertes Dokumentationsverhalten der Fachkräfte in den Einrichtungen auszuschließen, werden für die folgenden Analysen jeweils nur die Fälle verwendet, bei denen für alle Dokumentationszeitpunkte gültige Angaben vorliegen.

Tab. 105: Illegale Drogen – Klienten und Klientinnen mit zwei Dokumentationszeitpunkten: Behandlungserfahrungen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)

Mindestens eine ...	Männer				Frauen			
	N	1999	2000	Signifikanz	N	1999	2000	Signifikanz
Stationäre Entgiftung	1.104	68,7 %	75,1 %	p < 0,001	440	67,0 %	72,0 %	p < 0,001
Ambulante Entgiftung	1.017	20,7 %	27,7 %	p < 0,001	401	21,9 %	28,7 %	p < 0,01
Stationäre Therapie	1.126	52,1 %	57,1 %	p < 0,001	433	46,4 %	50,8 %	p < 0,01
Abgeschlossene stationäre Therapie	810	49,9 %	59,0 %	p < 0,001	292	50,7 %	59,2 %	p < 0,001
Ambulante Therapie	981	27,9 %	27,7 %	p < 0,001	383	36,4 %	40,5 %	p < 0,001
Abgeschlossene ambulante Therapie	509	10,6 %	18,5 %	p < 0,001	206	11,2 %	22,3 %	p < 0,001

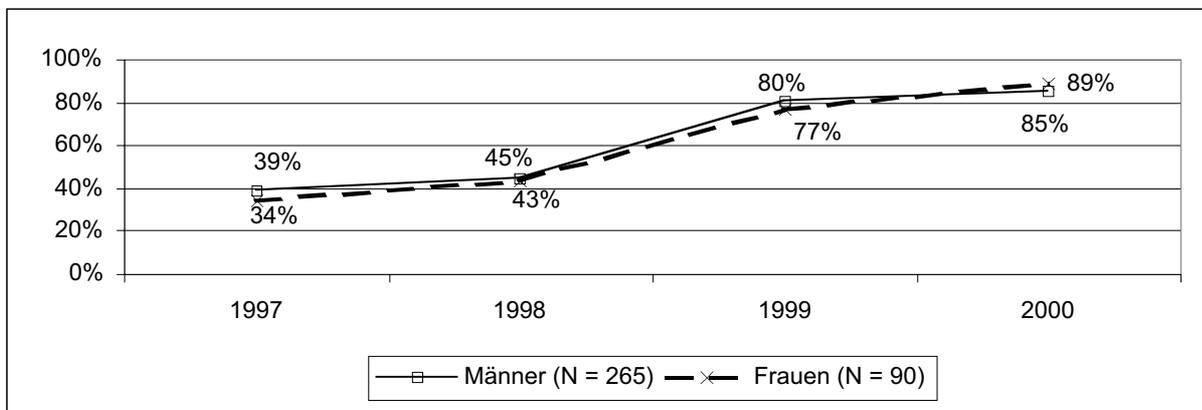
Die Tabelle bestätigt die Befunde der Vorjahre. Auch bei den Klientinnen und Klienten des Jahres 2000, für die bereits Daten aus dem Jahr 1999 vorliegen, kann eine zunehmende Behandlungserfahrung beobachtet werden. Die Unterschiede zwischen den Jahren 1999 und 2000 sind jeweils statistisch signifikant (McNemar-Test). In einem weiteren Schritt wird überprüft, ob diese Tendenz sich auch bei den Klientinnen und Klienten mit Datensätzen aus drei Jahren hält.

Tab. 106: Illegale Drogen – Klienten und Klientinnen mit drei Dokumentationszeitpunkten: Behandlungserfahrungen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)

Mindestens eine ...	Männer				Frauen			
	N	1998	1999	2000	N	1998	1999	2000
Stationäre Entgiftung	408	41,2 %	78,7 %	83,6 %	153	38,5 %	79,3 %	85,2 %
Ambulante Entgiftung	368	3,0 %	25,3 %	31,3 %	124	1,6 %	29,0 %	35,5 %
Stationäre Therapie	428	38,3 %	65,9 %	69,6 %	135	34,8 %	60,0 %	63,7 %
Abgeschlossene stationäre Therapie	359	22,8 %	61,6 %	71,6 %	110	24,5 %	68,2 %	71,8 %
Ambulante Therapie	346	8,4 %	32,9 %	41,6 %	120	10,0 %	42,5 %	56,7 %
Abgeschlossene ambulante Therapie	155	4,5 %	12,3 %	25,2 %	71	4,2 %	19,7 %	33,8 %

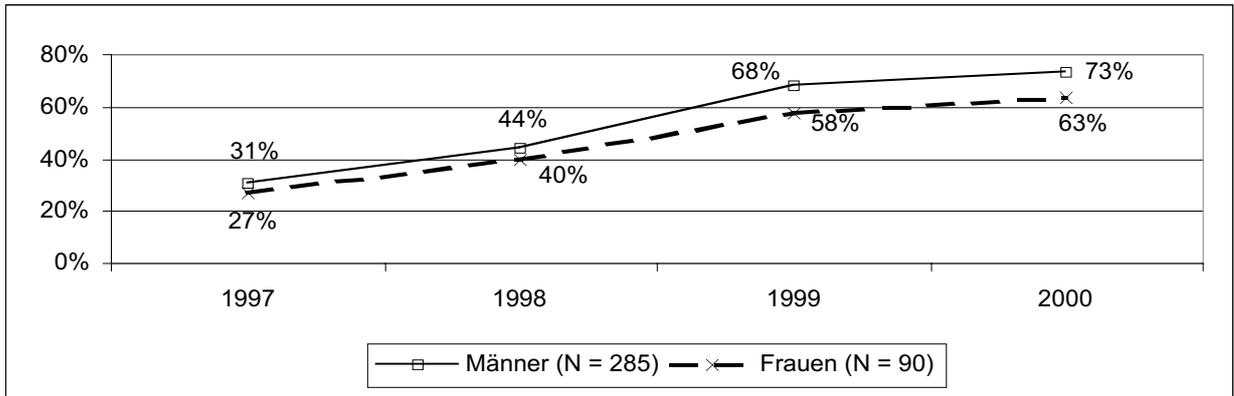
Auch bei Klientinnen und Klienten, die in drei aufeinanderfolgenden Jahren in ambulanten Drogenhilfeeinrichtungen dokumentiert wurden, ist die Zunahme der Behandlungserfahrung deutlich zu sehen. Wie die folgenden Abbildungen zeigen, kann die Hypothese auch für die Gruppe mit Datensätzen aus vier Jahren bestätigt werden. Zunächst sind die Angaben für stationäre Entgiftungsbehandlungen dargestellt.

Abb. 32: Illegale Drogen – Klienten und Klientinnen mit vier Dokumentationszeitpunkten: Mindestens eine stationäre Entgiftung nach Geschlecht



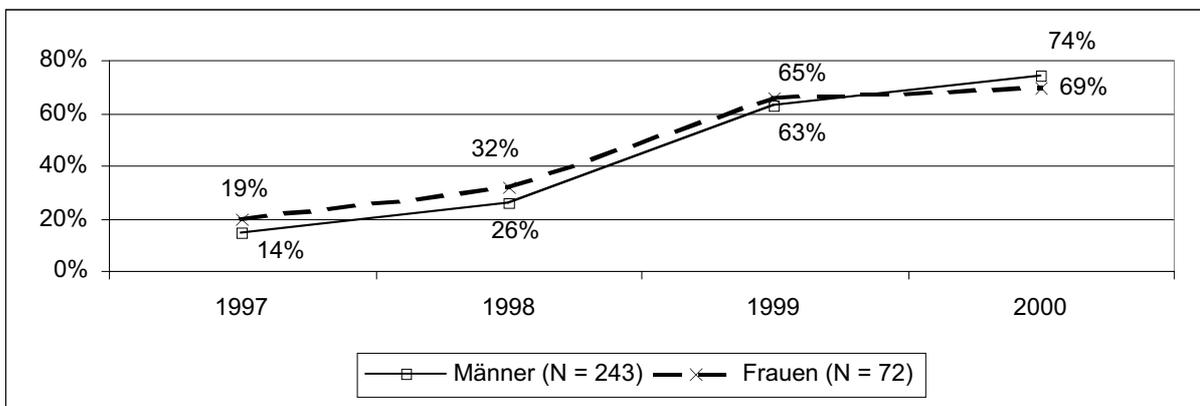
Bei den ambulanten Entgiftungen verläuft die Zunahme für Männer und Frauen fast parallel. Der stärkste Zuwachs ist zwischen 1998 und 1999 zu verzeichnen. In der folgenden Abbildung sind die stationären Therapieversuche zusammengefaßt.

Abb. 33: Illegale Drogen – Klienten und Klientinnen mit vier Dokumentationszeitpunkten: Mindestens ein stationärer Therapieversuch nach Geschlecht



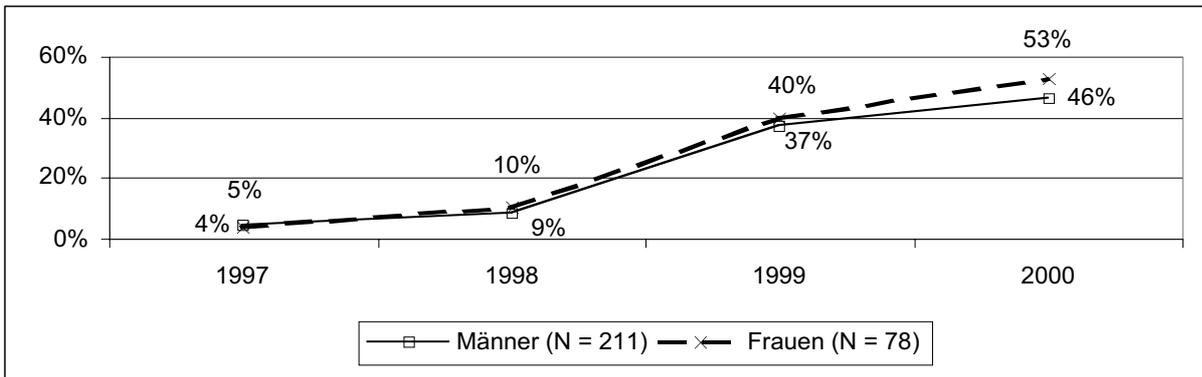
Hier ist die Zunahme bei den Männern etwas stärker als bei den Frauen verlaufen. Bei Männern wie bei Frauen hat sich der Anteil derjenigen, die schon einmal eine stationäre Therapie versucht haben, zwischen 1997 und 2000 mehr als verdoppelt. Noch stärker ist der Zuwachs des Anteils derjenigen, die eine stationäre Therapie nicht nur begonnen, sondern auch beendet haben.

Abb. 34: Illegale Drogen – Klienten und Klientinnen mit vier Dokumentationszeitpunkten: Mindestens eine abgeschlossene stationäre Therapie nach Geschlecht



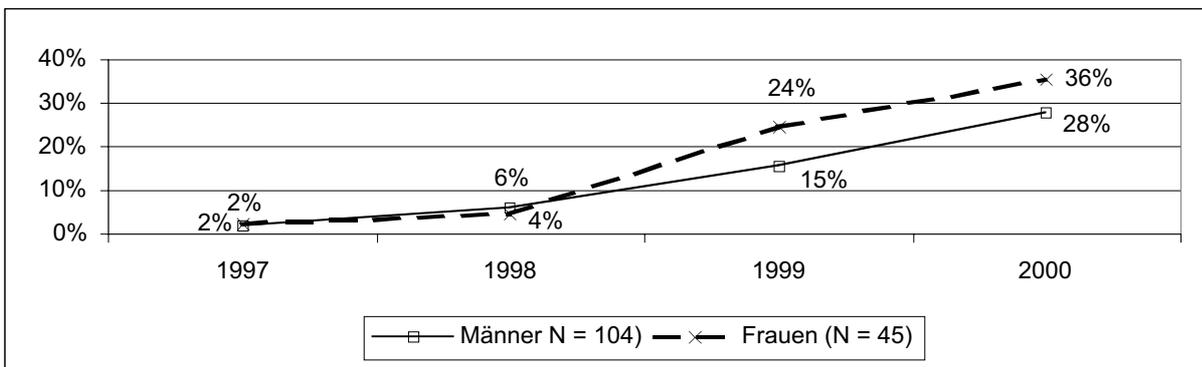
Ambulante Therapien galten noch vor wenigen Jahren für Abhängige von illegalen Drogen als nicht angebracht. In den letzten Jahren ist hier aber – einerseits durch die Substitutionsbehandlung, andererseits durch die Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht – ein deutlicher Einstellungswandel eingetreten. Diese Veränderung paßt gut zur nächsten Abbildung, die die zunehmende Bedeutung der ambulanten Therapie in der Drogenhilfe unterstreicht.

Abb. 35: Illegale Drogen – Klienten und Klientinnen mit vier Dokumentationszeitpunkten: Mindestens ein ambulanter Therapieversuch nach Geschlecht



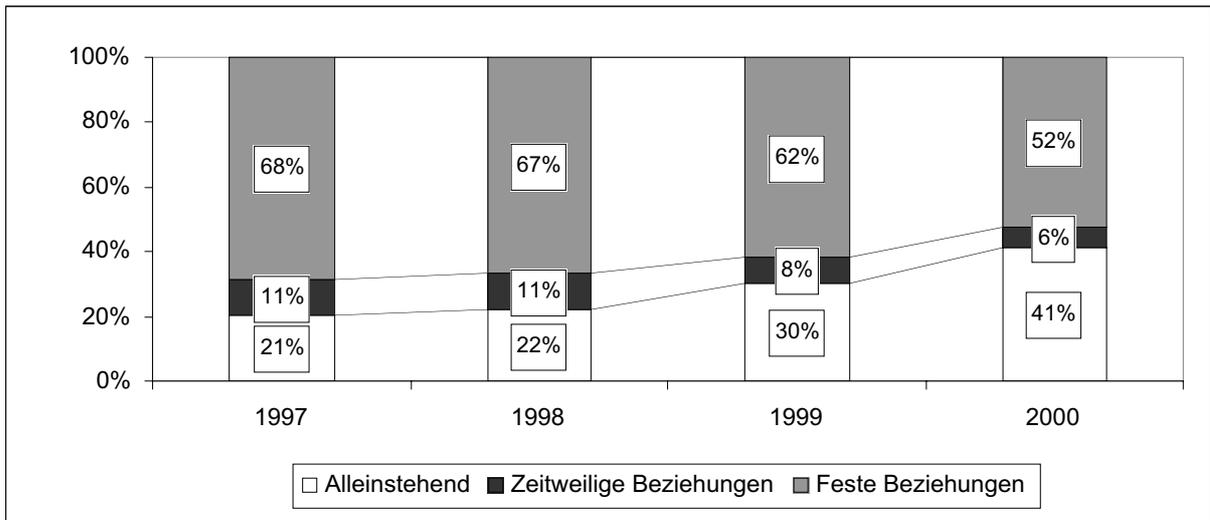
Auch bei der Frage nach abgeschlossenen ambulanten Therapien bestätigt sich die Tendenz zu steigenden Behandlungserfahrungen. Allerdings liegen zu den abgeschlossenen ambulanten Behandlungen nur noch wenige gültige Antworten aus vier Jahren vor.

Abb. 36: Illegale Drogen – Klienten und Klientinnen mit vier Dokumentationszeitpunkten: Mindestens eine abgeschlossene ambulante Therapie nach Geschlecht



Betrachtet man die Lebenssituation, so zeigt der Blick auf den Familienstand, daß sich wenig verändert hat und vieles stabil geblieben ist. Geheiratet wurde im Vierjahresverlauf nur wenig; allenfalls fällt bei den Frauen eine Zunahme der Zahl der geschiedenen Frauen auf. Daß längere Drogenkarrieren festen Beziehungen nicht förderlich sind, zeigt die Analyse der entsprechenden Variablen. In der folgenden Abbildung sind die Angaben für vier Jahre für 63 Frauen dargestellt.

Abb. 37: Illegale Drogen – Klientinnen mit vier Dokumentationszeitpunkten: Partnerbeziehungen

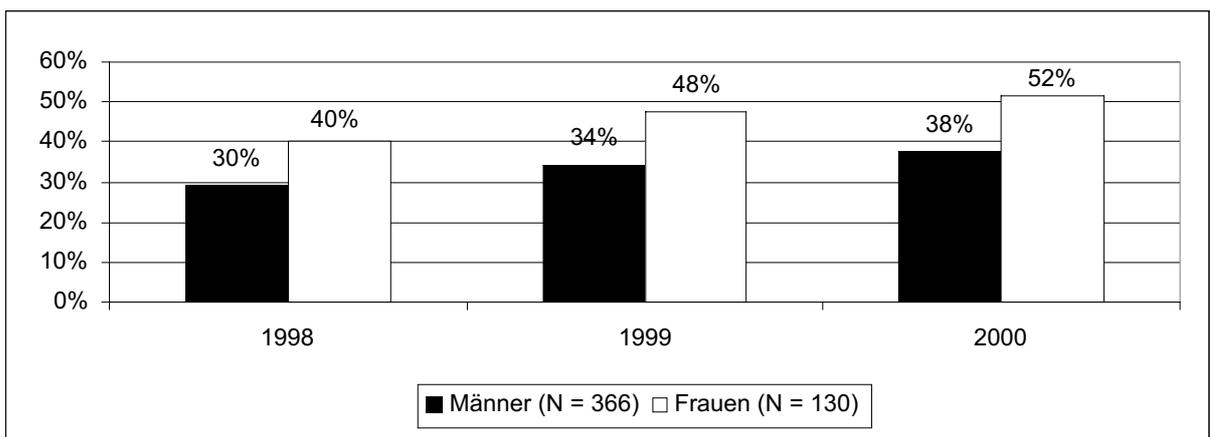


N = 63

Der Anteil der festen Beziehungen geht in dieser Abbildung kontinuierlich zurück, während der Anteil der alleinstehenden Frauen parallel dazu zunimmt. Bei den Männern zeigt sich dieser Effekt hingegen nicht.

Der Anteil der Väter und Mütter steigt im Vierjahresverlauf kontinuierlich an. Bei den Männern erhöht er sich von 20 auf 35 % und bei den Frauen von 25 auf 47 %. Diese Entwicklung zeigt sich auch bei der Gruppe, von der Datensätze aus drei Jahren vorliegen.

Abb. 38: Illegale Drogen – Klientinnen und Klienten mit drei Dokumentationszeitpunkten: Eltern nach Geschlecht



Analysiert man die Fälle mit Datensätzen aus den Jahren 1999 und 2000 (1.297 Männer und 510 Frauen mit gültigen Angaben aus den beiden Jahren), so steigt der Anteil der Väter von

31 auf 34 % und der Anteil der Mütter von 43 auf 45 %. Diese Zunahme ist für die Männer immer noch signifikant.

In eigenem Wohnraum wohnen im Jahr 2000 etwas mehr Klientinnen und Klienten als im Jahr zuvor. Diese Veränderung ist aber nicht signifikant. Auch bei den Fragen nach den Einkommensverhältnissen zeigen sich sowohl im Verlauf von vier, drei und zwei Jahren leichte unsystematische Schwankungen, ohne daß sich signifikante Verschiebungen ergeben. Der Anteil derjenigen, die Einkommen aus eigener Erwerbstätigkeit erzielen, variiert in die eine, dann in die andere Richtung. Nicht anders verhält es sich bei der Zahl derjenigen, die von Sozialhilfe leben. Hinsichtlich der sozioökonomischen Indikatoren ergibt sich allerdings bei der Verschuldung eine signifikante Zunahme des Anteils der verschuldeten Klientinnen und Klienten und auch eine Zunahme der Höhe der Schulden vom Jahr 1999 auf das Jahr 2000. Diese Zunahme zeigt die folgenden Tabelle.

Tab. 107: Illegale Drogen – Schulden 1999 und 2000 nach Geschlecht

	Männer		Frauen	
	1999	2000	1999	2000
Keine	29,9 %	17,5 %	38,5 %	27,4 %
Bis 5.000 DM	19,6 %	23,9 %	23,9 %	30,1 %
Bis 10.000 DM	14,9 %	16,6 %	17,3 %	14,6 %
Bis 50.000 DM	22,1 %	25,0 %	13,3 %	16,8 %
Mehr als 50.000 DM	6,3 %	6,5 %	1,3 %	2,6 %
Höhe unbekannt	7,1 %	10,6 %	5,8 %	8,4 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	616		226	

Auch der Anteil derjenigen, die schon einmal verurteilt worden sind, ist in der Gruppe der Klientinnen und Klienten mit Datensätzen aus 1999 und 2000 gestiegen. Dieser Anstieg ist für beide Geschlechter signifikant (Männer: $p < 0,001$; Frauen: $p < 0,05$, McNemar-Test).

Tab. 108: Illegale Drogen – Verurteilungen 1999 und 2000 nach Geschlecht

	Männer		Frauen	
	1999	2000	1999	2000
Verurteilungen	68,6 %	78,4 %	48,8 %	56,1 %
Keine Verurteilungen	31,4 %	21,6 %	51,2 %	43,9 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	616		226	

Alle anderen Variablen erweisen sich als sehr stabil. In allen untersuchten Subgruppen zeigen sich keine signifikanten Veränderungen. Einzig bei den Konsummustern gibt es noch gewisse leichte Schwankungen. In den Jahren 1997 und 1998 wurde lediglich nach den Haupt- und Sekundärdrogen gefragt, während in den Jahren 1999 und 2000 die Konsummuster differenziert abgebildet wurden. Wegen dieser Veränderung sind die Daten der Jahre 1997 und 1998 nicht mit den Daten der Jahre 1999 und 2000 vergleichbar.

So ist die durchschnittliche Zahl der konsumierten psychoaktiven Substanzen von 1999 zum Jahr 2000 bei den Männern von 2,5 auf 2,7 signifikant und bei den Frauen von 2,5 auf 2,6 angestiegen.

Für die folgende Tabelle wurden aus verschiedenen Fragen alle Angaben zum Konsum ausgewertet.

Tab. 109: Illegale Drogen – Konsummuster 1999 und 2000 nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)

	Männer		Frauen	
	1999	2000	1999	2000
Heroin	60,8 %	60,8 %	64,1 %	60,4 %
Methadon	54,7 %	57,0 %	57,3 %	57,8 %
Kokain	44,2 %	44,7 %	41,3 %	43,1 %
Cannabis	32,5 %	32,7 %	27,1 %	27,1 %
Alkohol	27,3 %	30,8 %	25,5 %	25,7 %
Benzodiazepine	12,8 %	13,4 %	15,0 %	15,0 %
Codein	2,1 %	1,2 %	1,7 %	1,4 %
Barbiturate	1,7 %	1,4 %	2,1 %	1,7 %
Crack	1,6 %	4,4 %	2,4 %	6,4 %
Ecstasy	1,3 %	1,5 %	2,3 %	0,9 %
Amphetamine	0,9 %	0,5 %	0,8 %	0,2 %
N	1.815		654	

Auch die Angaben zu den Konsummustern erweisen sich als bemerkenswert stabil. Immerhin zeigt sich ein deutlicher Anstieg des Crackkonsums. Bei den Frauen sind die Angaben für Heroin leicht zurückgegangen und für Kokain leicht gestiegen. Allerdings verändert sich der Konsum durchaus dynamischer, als es die obigen Zahlen andeuten. So nimmt zum Beispiel der Anteil der Methadonkonsumenten unter den männlichen Drogenabhängigen von 1999 auf 2000 lediglich von 55 % auf 57 % zu. Dabei wird indes nicht sichtbar, daß innerhalb dieses Zeitraums etwa 160 Männer den Methadonkonsum beenden und rund 200 neu damit beginnen. Die Zahlen variieren in beide Richtungen, so daß oftmals per saldo kaum noch eine Veränderung sichtbar wird.

Faßt man diese ersten Ergebnisse zur Zeitreihenanalyse zusammen, so bestätigen sich weitgehend die Ergebnisse der beiden Vorjahre: Klientinnen und Klienten, die über mehrere Jahre im Drogenhilfesystem betreut werden, haben zunehmend mehr Behandlungserfahrung. Ihre sonstige Situation verändert sich aber kaum. Dieser Befund wird plausibel, wenn man bedenkt, daß Klientinnen und Klienten, denen eine deutliche Besserung ihrer Situation gelingt und die ihren Drogenkonsum beenden, das Hilfesystem verlassen, während Drogenabhängige, denen dies trotz aller Hilfen nicht gelingt, im Hilfesystem verbleiben. Hinzu kommen rückfällig Gewordene, die nach Abstinenzphasen wieder im Hilfesystem auftauchen. Tiefergehende Analysen hierzu sind im Moment noch nicht möglich, da über das Ergebnis der Behandlung nichts bekannt ist. Erst für das Jahr 2001, wenn die neu in die Hamburger Basisdatendokumentation aufgenommene Variable zur Art der Beendigung auswertbar ist, lassen sich einzelne Subgruppen getrennt untersuchen.

Literatur

- Arbeitsgruppe CMA (1999): Definitionsvorschlag zur Operationalisierung von chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen von psychotropen Substanzen. *Sucht* 45, S. 6-13.
- Arnold, T., Feldmeier-Thon, J., Frietsch, R., Simmedinger, R. (1995a): Wem hilft Methadon? Daten, Fakten, Analysen. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Substitutionsbehandlung in Hessen. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik.
- Arnold, T., Feldmeier-Thon, J., Frietsch, R., Simmedinger, R. (1995b): Begleitforschung zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Rheinland-Pfalz. Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz.
- Arnold, T., Schmid, M., Simmedinger, R. (1999): Suchthilfe im Krankenhaus. Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „Drogennotfallprophylaxe/ Nachgehende Sozialarbeit“. Band 120 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.
- Arnold, T., Simmedinger, R. (1999): Substitutionsbehandlung Drogenabhängigkeitskranker in Schwerpunktpraxen. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung. *Sucht* 16. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg.
- Arnold, T., Simmedinger, R. (2001): Langzeitverlauf der Substitutionsbehandlung – Ergebnisse des fünfjährigen Monitorings in Hessen. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (1993): Der Weg von Frauen in die Psychiatrie. In: Schneider, D., Tergeist, G. (Hrsg.): *Spinnt die Frau? Ein Lesebuch*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 37-50.
- Bijleveld, C. C. J. H., van der Kamp, L. J. Th. (1998): *Longitudinal Data Analysis. Designs, Models and Methods*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Brack, R., Geiser, K. (Hrsg.) (1996): *Aktenführung in der Sozialarbeit. Neue Perspektiven für die klientenbezogene Dokumentation als Beitrag zur Qualitätssicherung*. Bern: Haupt.
- Buhk, H., Busche, W., Feldkamp, J., Koch, U. (2001): Ergebnisse einer Studie zur ambulanten Akupunkturbehandlung von alkohol- und medikamentenabhängigen Klienten in einer Beratungsstelle. *Suchttherapie* 2, S. 35-44.
- Bühringer, G., u. a. (2000): *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Band 128 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001): *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland*. Band 209 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer.

- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (1999): Drogen- und Suchtpolitik. Hamburg: Drucksache 16/2240.
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (2000): Antwort des Senats auf die Schriftliche Kleine Anfrage des Abgeordneten Lutz Jobs. Hamburg: Drucksache 16/4642.
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (2001): Mitteilungen des Senats an die Bürgerschaft. Konzept, Umsetzungskriterien und Finanzierung bei der Durchführung der ambulanten akupunkturgestützten Suchtbehandlung. Hamburg: Drucksache 16/6081.
- Degkwitz, P., Krausz, P., Raschke, P. (1995): Basisdatendokumentation und Monitoring von Drogenabhängigen in Hamburg. Forschungsbericht für die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales – Referat Drogen und Sucht. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (2001): Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe. Positionspapier 2001. Hamm: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren.
- Downs, W. R., Miller, B. A., Panek, D. D. (1993): Differential Patterns of Partner-to-Women Violence: A Comparison of Samples of Community, Alcohol-Abusing, and Battered Women. In: *Journal of Family Violence*, 8, 113-135.
- Fawcett, A., Featherstone, B., Featherstone, B., Hearn, J., Toft, C. (Hrsg.): *Violence and Gender Relations*. London: Sage.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Soyka, M. (1998): *Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Franke, A. (1997): *Eßstörungen – Nosologie, Epidemiologie und Krankheitsbild*. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 1998*. Geesthacht: Neuland, S. 83-88.
- Hann, Ralf (1999): *EDV und Sozialarbeit am Beispiel einer Erziehungsberatungsstelle unter besonderer Berücksichtigung des Datenschutzes*. Diplomarbeit im Fachbereich Sozialarbeit der Fachhochschule Frankfurt am Main (unveröffentlicht).
- Hedrich, D. (1989): *Drogenabhängige Frauen und Männer*. In: Kindermann, W., Sickinger, R., Hedrich, D., Kindermann, S.: *Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit*. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 192-234.
- Hedrich, D. (2000): *Problem drug use by women. Focus on community-based interventions. Final report on a consultant study carried out for the Pompidou Group*. Strasbourg: Council of Europe.
- Heinemann, A., Püschel, K. (1999): *Drogenkonsum und Infektion im Strafvollzug*. In: Krausz, M., Raschke, P. (Hrsg.): *Drogen in der Metropole*. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 63-76.
- Henkel, D. (1992): *Arbeitslosigkeit und Alkoholismus*. Weinheim: Deutscher Studien-Verlag.

- Henkel, D. (2000): Alkohol- und Tabakprävention für Arbeitslose, Arme und Obdachlose. In: Schmidt, B., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Opladen: Leske & Budrich, S. 163-192.
- Henkel, D. (Hrsg.) (1998): Sucht und Armut. Opladen: Leske & Budrich.
- Hoch, E., Simon, R., Hüllinghorst, R., Nöcker, G., Spahlinger, M. P. (2000): Deutsche Referenzstelle für die europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD). Bericht zur Drogensituation 2000. Ohne Ort.
- Homann, B., Paul, B., Thiel, G., Wams, M. (2000): Drogenkonsum und Gesundheitsraumbedarf in der Hamburger „offenen Drogenszene“. Sucht 46, S. 129-136.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A., Dilling, H. (1996): Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Band 71 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.
- Kandel, D., Warner, L. A., Kessler, R. C. (1998): The Epidemiology of Substance Use and Dependence among Women. In: Wetherington, C. L., Roman, A. B. (Hrsg.): Drug Addiction Research and the Health of Women. Rockville, M. D.: NIDA, S. 105-130.
- Kleiber, D., Soellner, R., Tossmann, P. (o. J.): Cannabiskonsum in der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Einflußfaktoren. Berlin/Bonn.
- Korczak, D. (2001): Überschuldung privater Haushalte. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, S. 68-73.
- Kraus, L., Bauernfeind, R. (1998): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. Sucht 44, Sonderheft 1.
- Kraus, L., Scherer, K., Bauernfeind, R. (1998): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Hamburg 1997. Band 97 der IFT-Berichte. München: Institut für Therapieforschung.
- Krausz, M., Degkwitz, P., Verthein, U. (2000): Psychiatrische Komorbidität und Suchtbehandlung. Suchttherapie 1, S. 3-7.
- Krausz, M., Verthein, U., Degkwitz, P. (1999): Komorbidität – Psychische Störungen und Symptome bei Opiatabhängigen. In: Krausz, M., Raschke, P. (Hrsg.): Drogen in der Metropole. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 165-176.
- Krebs, B. (1993): Eßstörungen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 1994. Geesthacht: Neuland, S. 164-180.
- Kreidenweis, H. (1998): EDV-Handbuch Sozialwesen '98/99. Freiburg i.Br.: Lambertus.

- Kremer, G., Wienberg, G., Dormann, S., Pörksen, N., Wessel, T. (1997): Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung – Bedarfslage und Umsetzung eines Interventionskonzeptes in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. In: John, U., Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Regionale Suchtkrankenversorgung. Konzepte und Kooperationen. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 53-80.
- Kruse, G., Körkel, J., Schmalz, U. (2000): Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Küfner, H., Vogt, M. (1998): PREDI. Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik. Manual Version 1.0. München: Institut für Therapieforchung.
- Kuntze, M. F., Ladewig, D., Stohler, R. (1998): Art und Häufigkeit der Komorbidität bei methadonsubstituierten Opiatabhängigen in der ambulanten Versorgung. Sucht 44, S. 95-103.
- Legge, I., Bathsteen, M. (2000): Einfluß des Methadonprogramms auf die Delinquenzentwicklung polizeibekannter Drogenkonsumenten/-innen. Hamburg: Landeskriminalamt.
- Leopold, B. (1998): Konsumgewohnheiten und Abhängigkeitserfahrungen von Ecstasy bei jungen Frauen. In: Akzept, Trimbo-Institut, Indro (Hrsg.): The Times They Are A-Changin'. Internationaler Kongreß über neue und aktuelle Ansätze akzeptierender Drogenarbeit und Drogenpolitik. Berlin: VWB, S. 257-271.
- Lind-Krämer, R., Timper-Nittel, A. (1992): Drogenabhängige Frauen – Das Besondere ihrer Lebenslage. In: Sickinger, R., Kindermann, W., Kindermann, S., Lind-Krämer, R., Timper-Nittel, A.: Wege aus der Drogenabhängigkeit. Gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 227-260.
- Mann, K., Ackermann, K., Günthner, A., Jung, M., Morlock, P., Mundle, G. (o. J.): Langzeitverlauf und Rückfallprophylaxe bei alkoholabhängigen Frauen und Männern. Abschlußbericht BMBF-Projekt an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie.
- Marzen, E. (2000): 10 Jahre Methadonprogramm im Saarland. Saarbrücken: Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales.
- Meulenbelt, A., Wevers, A., van der Ven, C. (1998): Frauen und Alkohol. Reinbek: Rowohlt.
- Meyer, G. (2000): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2001. Geesthacht: Neuland, S. 92-105.
- Miller, B. A., Downs, W. R. (1995): Violent Victimization among Women with Alcohol Problems. In: Galanter, M. (Hrsg.): Recent Developments in Alcoholism. Vol. 12: Women and Alcoholism. New York: Plenum Press, S. 81-101.
- Polte, M., Hapke, U., Rumpf, H.-J., John, U. (1999): Schätzung der Prävalenz von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der Notfallambulanz eines Allgemeinkrankenhauses. Sucht 45, S. 187-194.

- Pörksen, N., Wessel, T. (1998): Die Versorgung Abhängigkeitskranker mit Armutproblemen in psychiatrischen Krankenhäusern. In: Henkel, D. (Hrsg.): Sucht und Armut. Opladen: Leske & Budrich, S. 81-101.
- Prinzleve, M. (2000): Problembelastung und Hilfebedarf von obdachlosen Drogenabhängigen aus der offenen Hamburger Drogenszene. Kurzdarstellung der Ergebnisse einer Befragung von Klientinnen und Klienten des Projekts NOX anhand des EuropASI. Hamburg: Jugendhilfe e. V.
- Raschke, P. (1994): Substitutionstherapie: Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Raschke, P., Kalke, J., Degkwitz, P. (2000): Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Modellphase. Kiel: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein.
- Raschke, P., Püschel, K., Heinemann, A. (1999): Forschungsbericht: Drogenhilfe und Drogentod bei Heroinabhängigen in Hamburg von 1990 bis 1996. Hamburg.
- Raschke, P., Püschel, K., Heinemann, A. (2000): Rauschgiftmortalität und Substitutionstherapie in Hamburg (1990-1998). Suchttherapie, 1, S. 43-48.
- Rudolf, H. (1998): „Zufrieden? Was heißt schon zufrieden?“ Eine empirische Studie zur Lebensqualität alkoholabhängiger Frauen. Regensburg: Roederer Verlag.
- Schepank, H. (1999): Geschlechtsunterschiede in Manifestation und Verlauf psychogener Erkrankungen. In: Brähler, E., Felder, H. (Hrsg.): Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 159-170.
- Schmid, M. (2000): Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke. Ein Überblick zum gegenwärtigen Forschungs- und Diskussionsstand. In: Brandenburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Behandlungsziele bei chronisch mehrfach geschädigten Abhängigkeitskranken. Dokumentation der Fachtagung am 11.04.2000 in Potsdam. Potsdam: Der Paritätische Wohlfahrtsverband.
- Schmid, M., Axhausen, S., Frietsch, R., Kirchlechner, B., Vogt, I. (Hrsg.) (2000): Klientenbezogene Dokumentationssysteme in der Sozialen Arbeit. Dokumentation der Fachtagung vom März 2000. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik.
- Schmid, M., Simmedinger, R., Vogt, I. (2000): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 1999 zur Hamburger Basisdatendokumentation im ambulanten Suchthilfesystem. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik.
- Schmid, M., Simmedinger, R., Vogt, I. (1999): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 1998 zur Hamburger Basisdatendokumentation im ambulanten Suchthilfesystem. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik.
- Schmid, M., Vogt, I. (1998): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 1997 zur Hamburger Basisdatendokumentation im ambulanten Suchthilfesystem. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik.

- Schulzke, M. (1997): Methadon-gestützte Psycho-/Sozialtherapie für Heroinabhängige. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung, Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforchung an der Universität Hannover. Hannover: Niedersächsisches Sozialministerium.
- Simmedinger, R., Frietsch, R. (1998): Modellprojekt „Schuldnerberatung und Entschuldungshilfe im Trägerverbund“. Enderbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik.
- Simon, R., Palazetti, M. (1999): Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. EBIS-Bericht für den Zeitraum 1.1.-31.12.1998. Sucht 45, Sonderheft 1.
- Stark, E., Flitcraft, A. (1996): Women at Risk. Domestic Violence and Women's Health. London: Sage.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2000): Statistisches Jahrbuch 2000 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Strobl, M., Lange, N., Zahn, H. (2000): EBIS-A 1999. Ambulante Suchtkrankenhilfe. Alte Bundesländer. Hrsg.: EBIS-AG bei der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. München: IFT Institut für Therapieforschung (<http://www.ift.de>).
- Thane, K., Thiel, G. (2000): Eine explorative Studie zum Crack-Konsum in der Hamburger „offenen Drogenszene“. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 23, (2), S. 15-19.
- Thiel, G., Homann, B., Verthein, U., Degkwitz, P. (2000): KokainkonsumentInnen in der offenen Hamburger Hauptbahnhofszene. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 23, (2), S. 27-33.
- Türk, D. (2000): Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2001. Geesthacht: Neuland, S. 164-180.
- Türk, D., Welsch, K. (2000): EBIS-Jahresstatistik 1999 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in Deutschland. Sucht 46, Sonderheft 1.
- van Dalen, A. (2001): Juvenile Violence and Addiction: Tangled Roots in Childhood Trauma. Journal of Social Work Practice in the Addictions 1, S. 25-40.
- Verthein, U., Kalke, J., Raschke, P. (1999): Verlaufsevaluation der Substitutionsbehandlung. In: Krausz, M., Raschke, P. (Hrsg.): Drogen in der Metropole. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 263-283.
- Vogt, I. (1994): Alkoholikerinnen. Eine qualitative Interviewstudie. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Vogt, I. (1996): Drogenabhängige Frauen, Schwangerschaft und Mutterschaft. In: Vogt, I., Winkler, K. (Hrsg.): Beratung süchtiger Frauen. Konzepte und Methoden. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 118-140.
- Vogt, I. (1998): Frauen, illegale Drogen und Armut: Wiederholungszwänge im Elend. In: Henkel, D. (Hrsg.): Sucht und Armut. Opladen: Leske & Budrich, S. 191-208.

- Vogt, I. (2000a): Gender Differences in Help-Seeking Behaviour of Heroin Users in Germany. In: Springer, A., Uhl, A. (Hrsg.): *Illicit Drugs*. Innsbruck: Studienverlag, S. 261-274.
- Vogt, I. (2000b): Socio-therapeutic Care: Introduction to the Topic. In: Council of Europe (ed.): *Pregnancy and Drug Misuse. Update 2000*. Strasbourg: Council of Europe.
- Vogt, I., Schmid, M., Roth, M. (2000): Crack-Konsum in der Drogenszene Frankfurt am Main. Ergebnisse empirischer Studien. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 23 (2), S. 5-13.
- Wetterling, T., Veltrup, C. (1997): Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Ein Leit-faden. Berlin: Springer.
- Wienberg, G. (1994): Die vergessene Mehrheit – Struktur und Dynamik der Versorgung Ab-hängigkeitskranker in der Bundesrepublik. In: Jagoda, B., Kunze, H., Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): *Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernet-zung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen*. Tagungsbericht. Köln: Rheinland-Verlag, S. 18-36.
- Wienberg, G. (Hrsg.) (1992): Die vergessene Mehrheit: Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Zenker, C., Lang, P. (1995): Methadon-Substitution in Bremen. Abschlußbericht der sozial-medizinischen Begleitforschung. Bremen: Bremer Institut für Präventivforschung und So-zialmedizin.
- Zentrum für Impfmedizin und Infektionsepidemiologie (2001): *Infekt-Info*. Ausgabe 10.
- Zobel, M. (2000): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Göttingen, Hogrefe.
- Zurhold, H., Kreutzfeldt, N., Degkwitz, P., Verthein, U., Krausz, M. (2001): Evaluation des Gesundheitsraumangebots für Drogenkonsumenten in drei europäischen Städten. Abschlußbericht. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung.