



Cannabisanalysen

Jahresbericht 2005

Moderne Dokumentation
in der ambulanten Suchtkrankenhilfe



Herausgeber:
Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Familie,
Jugend und Senioren des
Landes Schleswig-Holstein

Adolf-Westphal-Str. 4
24143 Kiel

Ansprechpartnerin:
hannelore.christiansen@
sozmi.landsh.de

Text, Layout, Redaktion:
Institut für interdisziplinäre
Sucht- und
Drogenforschung e. V.
ISD Hamburg

Satz:
Christian Schütze
Hamburg

Druck und
Weiterverarbeitung:
Hansadruck
Kiel

November 2006
Band 7

ISSN 0935-4379

Diese Broschüre wurde
aus Recyclingpapier her-
gestellt.

Diese Druckschrift
wird im Rahmen der
Öffentlichkeitsarbeit der
schleswig-holsteinischen
Landesregierung heraus-
gegeben. Sie darf we-
der von Parteien noch von
Personen, die Wahlwer-
bung oder Wahlhilfe be-
treiben, im Wahlkampf
zum Zwecke der Wahlwer-
bung verwendet werden.
Auch ohne zeitlichen Be-
zug zu einer bevorstehen-
den Wahl darf die Druck-
schrift nicht in einer Weise
verwendet werden, die als
Parteinahme der Landes-
regierung zu Gunsten ein-
zelnder Gruppen verstan-
den werden könnte. Den
Parteien ist es gestattet,
die Druckschrift zur Unter-
richtung ihrer eigenen Mit-
glieder zu verwenden.

Die Landesregierung im Internet:
www.landesregierung.schleswig-holstein.de

Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe
(Band 7)

Jahresbericht 2005
Cannabisanalysen

Sven Buth
Christian Schütze
Jens Kalke
Peter Raschke

Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung
ISD Hamburg

Inhalt

Tabellenverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	8
1. Zusammenfassung	11
1.1. Fragestellung und Zielsetzung	11
1.2. Datenkontrolle und Datenvalidität	11
1.3. Die Lebenssituation und Versorgung der Klientinnen und Klienten.....	11
1.4. Cannabisanalyse I: Die jüngeren Klientinnen und Klienten	14
1.5. Cannabisanalyse II: Die Substanzabfolge	15
2. Die Lebenssituation und Versorgung der Klientinnen und Klienten	17
2.1. Basisdaten: Einrichtungen und Hilfe suchende Personen	17
2.1.1. Einrichtungen.....	17
2.1.2. Hilfe suchende Personen.....	17
2.1.3. Anonyme Kontakte.....	18
2.1.4. Das Alter der namentlich erfassten Personen	18
2.2. Die Hauptsubstanz der Klienten/innen.....	19
2.3. Die soziale Situation	22
2.3.1. Wohnsituation	22
2.3.2. Familienstand	24
2.3.3. Bildungs- und Ausbildungsstand	27
2.3.4. Berufliche und finanzielle Situation	28
2.4. Der Weg in das Hilfesystem hinein und wieder hinaus.....	30
2.5. Leistungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems	33
2.5.1. Auf einzelne Personen bezogene Leistungen.....	33
2.5.2. Niedrigschwellige Dienstleistungen	36
2.6. Die Struktur der ambulanten Suchtkrankenhilfe	37
2.6.1. Einleitende Bemerkungen	37
2.6.2. Datengrundlage	37
2.6.3. Analyse der Strukturdaten	38
2.6.4. Auswertung nach Klienten/innen und Tätigkeiten	40
2.6.5. Klientenbezogene Leistungen	42
2.7. Trends 2001 - 2005.....	42
2.7.1. Demografische Entwicklungen.....	43
2.7.2. Substanzbezogene Trends	44
2.7.3. Biografische Trends.....	46
2.7.4. Betreuungsbezogene Trends	47
3. Cannabisanalyse I: Die jüngeren Klientinnen und Klienten	50
3.1. Zielsetzung und Fragestellung	50
3.2. Datengrundlage.....	51
3.3. Soziale und gesundheitliche Situation	51
3.4. Inanspruchnahmeverhalten	54
3.5. Betreuungsbeginn und -ende.....	55
3.6. Vergleich Schleswig-Holstein und Hessen	57
3.7. Zusammenfassung.....	57
4. Cannabisanalyse II: Cannabis in der Substanzabfolge	58
4.1. Einleitung: Fragestellung und Datengrundlage.....	58
4.2. Die Position des Cannabiskonsums in den Substanzreihen.....	60
4.3. Das Alter beim Beginn des Substanzkonsums	62
4.4. Zusammenfassung und mögliche Schlussfolgerungen.....	65
Literatur	67

Tabellenverzeichnis

Kapitel 2

Tabelle 2.1:	Namentlich erfasste Klienten/innen und Angehörige des Jahres 2005.....	17
Tabelle 2.2:	Namentlich erfasste Klienten/innen aus dem Vorjahr differenziert nach Geschlecht, 2005.....	18
Tabelle 2.3:	Anonyme Kontakte des Jahres 2005.....	18
Tabelle 2.4:	Durchschnittsalter der namentlich erfassten Klienten/innen nach Geschlecht, 2005.....	18
Tabelle 2.5:	Verteilung der Alterskategorien namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2005.....	19
Tabelle 2.6:	Die Hauptsubstanz der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Geschlecht.....	20
Tabelle 2.7:	Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Hauptsubstanz.....	20
Tabelle 2.8:	Formaler Familienstand der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Hauptsubstanz.....	24
Tabelle 2.9:	Tatsächliche Familienkonstellation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Hauptsubstanz.....	25
Tabelle 2.10:	Partnerbeziehung der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Hauptsubstanz.....	26
Tabelle 2.11:	Höchster Schulabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 in einem Alter von 18 Jahren oder älter nach Hauptsubstanz.....	27
Tabelle 2.12:	Haupteinkommensquelle der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Hauptsubstanz.....	29
Tabelle 2.13:	Durchschnittliche Gesamtdauer der klientenbezogenen Leistungen pro Klient/in nach Geschlecht, 2005.....	33
Tabelle 2.14:	Durchschnittliche Dauer der pro Klient/in in Anspruch genommenen Leistungen nach Hauptsubstanz, 2005.....	35
Tabelle 2.15:	Niedrigschwellige Dienstleistungen, 2005.....	36
Tabelle 2.16:	Einrichtungstyp der an der Strukturanalyse beteiligten Suchtberatungsstellen, 2005.....	38
Tabelle 2.17:	Einrichtungstyp getrennt nach kreisfreien Städten, Hamburger Rand und Landkreise, 2005.....	38
Tabelle 2.18:	Zentrale Hilfen/Tätigkeiten der Einrichtungen, 2005.....	39
Tabelle 2.19:	Trends 2001 bis 2005: Neu begonnene Betreuungen nach Geschlecht namentlich erfasster Klienten/innen.....	43
Tabelle 2.20:	Trends 2001 bis 2005: Begonnene Betreuungen namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz.....	44
Tabelle 2.21:	Trends 2001 bis 2005: Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen.....	46
Tabelle 2.22:	Trends 2001 bis 2005: Haupteinkommensquelle namentlich erfasster Klienten/innen.....	47
Tabelle 2.23:	Trends 2001 bis 2005: Partnersituation namentlich erfasster Klienten/innen.....	47
Tabelle 2.24:	Trends 2001 bis 2005: Betreuungstyp von jeweils neu begonnenen Betreuungen namentlich erfasster Klienten/innen.....	48
Tabelle 2.25:	Trends 2001 bis 2005: Konsumstatus bei Beendigung der Betreuung.....	49

Kapitel 3

Tabelle 3.1:	Datengrundlage - jüngere Klienten/innen (bis einschließlich 26 Jahre) nach Hauptsubstanz.....	51
Tabelle 3.2:	Geschlechterverteilung und Durchschnittsalter der jüngeren Klienten/innen.....	52
Tabelle 3.3:	Lebenssituation der jüngeren Klienten/innen.....	52
Tabelle 3.4:	Wohnsituation der jüngeren Klienten/innen.....	52
Tabelle 3.5:	Erwerbssituation der jüngeren Klienten/innen.....	53
Tabelle 3.6:	Körperlicher Allgemeinzustand der jüngeren Klienten/innen.....	53
Tabelle 3.7:	Inanspruchnahmeverhalten der jüngeren Klienten/innen nach Hauptdiagnose-Gruppen (abgeschlossene Betreuungen).....	54
Tabelle 3.8:	Inanspruchnahmeverhalten der jüngeren Cannabisklienten/innen nach Altersgruppen (abgeschlossene Betreuungen).....	54
Tabelle 3.9:	Inanspruchnahmeverhalten der jüngeren Cannabisklienten/innen nach ihrer Haupteinkommensquelle (ausgewählte Kriterien) (abgeschlossene Betreuungen).....	55
Tabelle 3.10:	Vermittlung der jüngeren Klienten/innen in die betreuende Einrichtung nach Hauptdiagnose-Gruppen (abgeschlossene Betreuungen).....	55
Tabelle 3.11:	Beendigungsgrund der Betreuungen der jüngeren Klienten/innen nach Hauptdiagnose-Gruppen (abgeschlossene Betreuungen).....	56
Tabelle 3.12:	Konsumstatus am Ende der Betreuung der jüngeren Klienten/innen nach Hauptdiagnose-Gruppen (abgeschlossene Betreuungen).....	56
Tabelle 3.13:	Vergleich der jüngeren Cannabisklientel Schleswig-Holstein und Hessen.....	57

Kapitel 4

Tabelle 4.1: Basisinformationen zur Datengrundlage	59
Tabelle 4.2: Vergleichsgruppen, Charakteristika	59
Tabelle 4.3: Anzahl der auf problematische Weise konsumierten Substanzen.....	60
Tabelle 4.4: Position des Cannabiskonsums in der Substanzreihe (generell)	60
Tabelle 4.5: Verteilung der Position des Cannabiskonsums, prozentual	60
Tabelle 4.6: Problematischer Nikotin- und Alkoholkonsum	61
Tabelle 4.7: Vorausgehender problematischer Nikotin- und Alkoholkonsum (wenn dieser vorhanden ist)	61
Tabelle 4.8: Lage des Cannabiskonsums in der Substanzreihe mit Nikotin	61
Tabelle 4.9: Lage des Cannabiskonsums in der Substanzreihe mit Alkohol	61
Tabelle 4.10: Lage des Cannabiskonsums in der Substanzreihe mit Nikotin und Alkohol.....	62
Tabelle 4.11: Alter beim Beginn des problematischen Cannabiskonsums	63
Tabelle 4.12: Alter beim Beginn des problematischen Cannabiskonsums, differenziert nach seiner genauen Position in der Substanzreihe	63
Tabelle 4.13: Substanzreihen, Alter beim Beginn des problematischen Substanzkonsums, Nikotin	63
Tabelle 4.14: Substanzreihen, Alter beim Beginn des problematischen Substanzkonsums, Alkohol.....	63
Tabelle 4.15: Beginn möglicher Präventions- und Interventionszeitfenster	66

Abbildungsverzeichnis

Kapitel 2

Abbildung 2.1:	Anzahl der Einrichtungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems, die sich an der EDV-gestützten Dokumentation beteiligen, Jahre 1999 - 2005	17
Abbildung 2.2:	Verteilung der Alterskategorien namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2005 nach Geschlecht.....	19
Abbildung 2.3:	Die Hauptsubstanz namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2005.....	20
Abbildung 2.4:	Das Durchschnittsalter der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Geschlecht und Hauptsubstanz.....	21
Abbildung 2.5:	Klienten/innen aus den Vorjahren, namentlich erfasste Klienten/innen des Jahres 2005, nach Hauptsubstanz	21
Abbildung 2.6:	Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005	22
Abbildung 2.7:	Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Hauptsubstanz.....	22
Abbildung 2.8:	Wohnsituation, namentlich erfasste Klienten/innen, Anteil prekärer Wohnsituationen, nach Altersgruppen.....	23
Abbildung 2.9:	Formaler Familienstand der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005.....	24
Abbildung 2.10:	Tatsächliche Familienkonstellation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005	25
Abbildung 2.11:	Partnerbeziehung, namentlich erfasste Klienten/innen des Jahres 2005	26
Abbildung 2.12:	Höchster Schulabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 in einem Alter von 18 Jahren oder älter	27
Abbildung 2.13:	Ausbildungsabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 in einem Alter von 20 Jahren oder älter.....	28
Abbildung 2.14:	Ausbildungsabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 in einem Alter von 20 Jahren oder älter nach Hauptsubstanz	28
Abbildung 2.15:	Haupteinkommensquelle der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005	28
Abbildung 2.16:	Haupteinkommensquelle der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Geschlecht.....	29
Abbildung 2.17:	Schuldenhöhe der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005	30
Abbildung 2.18:	Schuldenhöhe der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Hauptsubstanz	30
Abbildung 2.19:	Vermittlung in das Hilfesystem, 2005	30
Abbildung 2.20:	Art der Beendigung der Betreuung, 2005.....	31
Abbildung 2.21:	Weitervermittlung nach Ende der Betreuung, 2005	31
Abbildung 2.22:	Konsumstatus nach Beendigung der Betreuung, 2005	31
Abbildung 2.23:	Konsumstatus nach Beendigung der Betreuung nach Hauptsubstanz, 2005.....	32
Abbildung 2.24:	In Anspruch genommene Leistungen, anzahlbezogen und nach Zeitanteilen Klienten/innen und Angehörige, 2005.....	33
Abbildung 2.25:	Durchschnittliche Dauer der verschiedenen Leistungen pro Klient/in differenziert nach Geschlecht, 2005.....	34
Abbildung 2.26:	Durchschnittliche Dauer der pro Klient/in in Anspruch genommenen Leistungen nach Altersgruppen, 2005.....	34
Abbildung 2.27:	Gesamtleistungsdauer und Gesamtanzahl der erbrachten Leistungen namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz, 2005	35
Abbildung 2.28:	Dienstleistungen: Besucher/innen	36
Abbildung 2.29:	Dienstleistungen: Ausgegebene Spritzen.....	36
Abbildung 2.30:	Dienstleistungen: Ausgegebene Essen.....	37
Abbildung 2.31:	Anteil der einzelnen Berufsgruppen in den Einrichtungen, gemessen an der gesamten wöchentlichen Arbeitszeit.....	40
Abbildung 2.32:	Konsumproblem („Hauptsubstanz“) der namentlich erfassten Klienten/innen nach Einrichtungstyp.....	41
Abbildung 2.33:	Anteil der namentlich erfassten Klienten/innen einer Region nach Konsumproblem („Hauptsubstanz“).....	41
Abbildung 2.34:	Anteil der einzelnen Leistungstypen an der Gesamtzahl klientenbezogener Leistungen von namentlich erfassten Klienten/innen nach Einrichtungstyp.....	42
Abbildung 2.35:	Trends 2001 bis 2005: Durchschnittsalter nach Geschlecht namentlich erfasster Klienten/innen.....	43
Abbildung 2.36:	Trends 2001 bis 2005: Begonnene Betreuungen namentlich erfasster weiblicher Klienten nach Hauptsubstanz	45

Abbildung 2.37: Trends 2001 bis 2005: Hauptsubstanz der bis 25-Jährigen namentlich erfassten Klienten/innen	45
Abbildung 2.38: Trends 2001 bis 2005: Prekäre Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz	46
Abbildung 2.39: Trends 2001 bis 2005: Art der Vermittlung in die Betreuung von namentlich erfassten Klienten/innen nach Hauptsubstanz.....	48
Abbildung 2.40: Trends 2001 bis 2005: Art der Beendigung der Betreuung von namentlich erfassten Klienten/innen	49

Kapitel 4

Abbildung 4.1: Die chronologischen Reihen der Substanzabfolgen in der Datenbank, beispielhafter Screenshot	59
---	----

Kapitel 1: Zusammenfassung

Fragestellung, Datengrundlage und Ergebnisse

1.1. Fragestellung und Zielsetzung

- Der vorliegende Band ist inzwischen der siebte Jahresbericht (2005), der in der Reihe „Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe“ erscheint. Damit wird die regelmäßige Berichterstattung fortgesetzt, die mit der Einführung der EDV-gestützten Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein (seit 1997) begonnen worden ist.
- Der Jahresbericht 2005 besteht zum einen aus dem jährlich erscheinenden Statusbericht (Kapitel 2), der Grundinformationen zum Suchtmittelkonsum und zur soziodemografischen Situation der Klienten und Klientinnen sowie zu den nachgefragten Leistungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe enthält. Ferner werden dort Strukturdaten der Einrichtungen präsentiert.
- Erstmals wurde in diesen Statusbericht auch ein Abschnitt „Trends 2001 bis 2005“ mit aufgenommen, der anhand wichtiger Kriterien die Entwicklung der Klientel in diesen fünf Jahren beschreibt. Durch solche Zeitreihen über mehrere Jahre wird der potentielle Ertrag einer regelmäßigen Suchthilfeberichterstattung immer sichtbarer. Denn durch Fortschreibung und Berücksichtigung bisheriger Entwicklungen können auf einer empirischen Grundlage Diskussionen über Handlungsbedarfe und Perspektiven der ambulanten Suchtkrankenhilfe geführt sowie die Qualitätssicherung auf einer einrichtungsübergreifenden Ebene vorangetrieben werden. In diesem Sinne sind auch die Analysen des Jahresberichtes 2005 zu verstehen.
- Als Spezialanalysen enthält der Jahresbericht 2005 – aufgrund der fachöffentlichen Relevanz – zwei Auswertungen zum Thema Cannabis: In der ersten werden empirische Erkenntnisse zu der jüngeren Cannabis Klientel dargelegt (Kapitel 3). In der zweiten wird der Frage nachgegangen, welche Rolle Cannabis in der Substanzabfolge der Klientel der ambulanten Suchthilfe spielt (Kapitel 4).
- Der Prozess der EDV-gestützten Dokumentation in Schleswig-Holstein wird begleitet von der Projektgruppe „Ambulante Suchtkrankenhilfe“, die sich aus Vertreterinnen und Vertretern des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein (MSGV), der Landestelle gegen die Suchtgefahren (LSSH), der freien Wohlfahrtsverbände (Diakonisches Werk, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Arbeiterwohlfahrt), des Landkreistages, des Städteverbandes, des Ausschusses Sucht und des Institutes für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) zusammensetzt. Die Aufgabe der Projektgruppe liegt – neben der Verzahnung mit der Praxis und der Festlegung der zentralen Themen der jährlichen Berichterstat-

tung – insbesondere auch in der Formulierung von Empfehlungen und Vorschlägen, welche aus den Ergebnissen der Suchthilfestatistik abgeleitet wurden. Die Themen und Inhalte des vorliegenden Jahresberichts 2005 – Statusbericht und Cannabisanalysen – wurden gemeinsam in der Projektgruppe festgelegt.

1.2. Datenkontrolle und Datenvalidität

- Die Bereitstellung der mit HORIZONT erfassten Daten geschieht über eine Datenbankexportschnittstelle („Datex“): Die Daten werden anonymisiert und durch einen HIV-Code sowie eine interne Identifikationsnummer doppelt verschlüsselt weitergegeben, so dass eine fallbezogene Analyse möglich wird, ohne die Anonymität zu gefährden.
- Die Daten wurden – wie in jedem Jahr – einer gründlichen und aufwändigen Kontrolle unterzogen, um falsche oder unplausible Angaben herauszufiltern.
- Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass generell der Datenkontrolle ein hoher Stellenwert zukommt und sie in einen reflexiven Transferprozess mit den beteiligten Einrichtungen eingebunden sein muss.
- Es kann festgestellt werden, dass die Güte der Dokumentation (Datenqualität) der Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins in etwa auf dem hohen Niveau des Vorjahres liegt. Durch die Einführung von so genannten "Muss-Kategorien" konnte für ausgesuchte, besonders relevante Sachverhalte der Anteil fehlender Werte weiter reduziert werden.

1.3. Die Lebenssituation und Versorgung der Klienten/innen

Datengrundlage

- Die Datengrundlage für diese Analyse lieferten 61 Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein. Sie übergaben dem ISD ihre exportierten Datenbanken für das Jahr 2005 zur statistischen Auswertung.
- Die Datenbanken beinhalten Angaben zu 15.211 Personen, die im Jahre 2005 namentlich erfasst wurden: 13.415 Klienten/innen und 1.796 Angehörige. Dazu kommen 8.340 anonyme Kontakte mit nicht namentlich erfassten Klienten/innen.

- Ein Viertel aller namentlich bekannten Klienten/innen sind Frauen. In der Gruppe der Angehörigen überwiegen die Frauen mit einem Anteil von 73 Prozent.
- Das durchschnittliche Alter der männlichen Klienten beträgt 36,1 Jahre, das der Frauen 38,6 Jahre. Die Angehörigen sind mit durchschnittlich 43,5 Jahren (Frauen) bzw. 46 Jahren (Männer) deutlich älter.

Hauptsubstanz

- Die bedeutendste Hauptsubstanz ist der Alkohol: 44 Prozent der Klienten/innen wandten sich auf Grund eines solchen Problems an eine ambulante Beratungsstelle. Bei 30 Prozent handelt es sich um Opiatabhängige.
- 12 Prozent der Klienten/innen sind wegen des Konsums von Cannabis in einer ambulanten Einrichtung vorstellig geworden. Kokainklienten/innen sowie pathologische Spieler/innen besitzen einen Anteil von 3 Prozent und die Personen mit Essstörungen einen Anteil von 2 Prozent. Alle anderen Hauptsubstanzen sind von geringerer Bedeutung (jeweils bis zu maximal einem Prozent). Von 1 Prozent der Klienten/innen liegen keine Angaben zur Hauptsubstanz vor.
- In den Gruppen der Opiatabhängigen, Cannabiskonsumern/innen und pathologischen Spieler finden sich überproportional viele Männer, bei den Medikamentenabhängigen und Essgestörten überdurchschnittlich viele Frauen. In der Gruppe der alkoholabhängigen und -gefährdeten Personen spiegelt sich das allgemeine Geschlechterverhältnis aller Klienten/innen wider (siehe oben).
- Mit 43,5 Jahren sind die Personen mit Alkoholproblemen deutlich älter als der Durchschnitt aller Klienten/innen. Das Durchschnittsalter der Heroinabhängigen ist 10 Jahre geringer: 33,5 Jahre. Am jüngsten sind die Cannabiskonsumern/innen: Im Durchschnitt sind sie 22,6 Jahre alt.

Biografische Aspekte

- In stabilen Wohnsituationen leben durchschnittlich 83 Prozent aller Klienten/innen (Alkoholikern/innen: 89 %; Essgestörte: 91 %; pathologische Spieler/innen: 91 %). In prekären Wohnverhältnissen befinden sich insbesondere Heroinabhängige (25 %) und Cannabisklienten/innen (21 %).
- Mehr als jede/r zweite Klient/in (56 %) ist ledig, etwa jede/r dritte verheiratet (28 %). Allein leben 39 Prozent der Hilfesuchenden. Mit Partner/in und/oder Kindern leben 46 Prozent der Alkoholiker/innen (-gefährdete) zusammen, aber nur 32 Prozent der Heroinabhängigen. Vier von zehn Cannabisklienten/innen (41 %) haben ihren Lebensmittelpunkt noch bei den Eltern.
- 65 Prozent der Klienten/innen im Alter über 17 Jahren besitzen höchstens einen Hauptschulabschluss, ein Viertel verfügt über einen Realschulabschluss (25 %)

und jede/r Zehnte über die Hochschulreife (9 %). Bei den Essgestörten sind es 73 Prozent mit einem der beiden letztgenannten Schulabschlüsse. Hingegen haben nur 21 Prozent der Heroinabhängigen das Abitur oder die Mittlere Reife erworben; zu 23 Prozent erreichten sie entweder keinen oder aber den Sonderschulabschluss (Förderschule).

- Einen Ausbildungs- bzw. Hochschulabschluss können nahezu zwei Drittel aller Klienten/innen (60 %) in einem Alter über 19 Jahre vorweisen – 40 Prozent der Klienten/innen haben die Ausbildung abgebrochen oder nicht begonnen. Die alkoholabhängigen oder -gefährdeten Personen verfügen zu fast drei Vierteln (71 %) über einen Ausbildungs- bzw. Hochschulabschluss, während zwei von drei Heroinabhängigen die Ausbildung abgebrochen oder nicht begonnen haben.
- Eine eigene Erwerbstätigkeit ist für 31 Prozent der Klienten/innen die Haupteinkommensquelle. 48 Prozent der Klienten/innen beziehen ihr Haupteinkommen aus staatlichen oder kommunalen Transferleistungen (Arbeitslosengeld I: 9 %, Arbeitslosengeld II: 21 % oder Sozialhilfe: 18 %). Während Opiatabhängige nur zu 14 Prozent ihr Haupteinkommen durch eine Erwerbstätigkeit bestreiten, sind dies bei den Alkoholikern/innen und Essgestörten 39 Prozent bzw. 44 Prozent sowie bei den pathologischen Spielern/innen 58 Prozent. Ein Drittel (29 %) der pathologischen Spieler/innen und 39 Prozent der Alkoholikern/innen bestreiten ihren Lebensunterhalt mithilfe der oben genannten Transferleistungen – die Heroinabhängigen aber zu 76 Prozent.
- Mit der jeweils betreuenden Einrichtung hatte im Jahr 2005 annähernd die Hälfte der Klienten/innen erstmals Kontakt (46 %), während ebenfalls 46 Prozent von ihnen bereits im Vorjahr diese Suchtberatungsstelle aufsuchten. 8 Prozent der Klienten/innen erneuerten im Jahr 2005 ihren Kontakt zu dieser Einrichtung aus der Zeit vor 2004.

Betreuungen

- Begonnen wird annähernd jede zweite Betreuung durch die Vermittlung von anderen professionellen Hilfeeinrichtungen (40 %). Aus eigener Motivation nimmt nahezu jede/r dritte Klient/in die Angebote der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Anspruch (31 %).
- Fast die Hälfte aller Behandlungen (44 %) wird planmäßig abgeschlossen. Bei einem Drittel erfolgt ein Abbruch durch die Klienten/innen (32 %). 19 Prozent der Betreuungen werden durch eine Weitervermittlung bzw. eine Verlegung beendet, während der Abbruch der Betreuung durch die Mitarbeiter/innen der Suchtkrankenhilfe sehr selten vorkommt (2 %).
- Eine Verbesserung des Konsumstatus am Ende der Betreuung bis hin zur Abstinenz wird bei nahezu zwei Drittel der Klienten/innen attestiert (62 %); nur für 4 Prozent der Klienten/innen wird eine Verschlechterung ihres Konsumstatus festgehalten. Ein unverändertes Konsumverhalten wurde bei fast jedem/r dritten Klienten/in dokumentiert (30 %). Die Alkohol-

klienten/innen erreichen zu 45 Prozent und die pathologischen Spieler zu 52 Prozent eine Abstinenz nach Ablauf ihrer Behandlung, für die Heroinabhängigen wird eine Abstinenzrate von 20 Prozent ausgewiesen.

Leistungen

- Die im Jahr 2005 erbrachten 120.951 klientenbezogenen Leistungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems gliedern sich in 54 Prozent Beratungs-, 31 Prozent Betreuungs- (hierunter fallen z.B. die psychosoziale Betreuung Substituierter und die ambulante Rehabilitation), 6 Prozent Informationsleistungen und 10 Prozent Vermittlung, Begleitung oder andere Hilfen. Zeitlich nehmen die Beratungs- und Betreuungsleistungen mit 44 Prozent bzw. 42 Prozent den größten Anteil der insgesamt aufgewendeten Zeit in Anspruch.
- Die Personen mit Alkoholproblemen weisen den höchsten Durchschnittswert von in Anspruch genommenen Leistungen nach ihrer Dauer auf: 12,7 Stunden. Es folgen die Essgestörten (12,5 Stunden) und die pathologischen Spieler/innen (9 Stunden). Für Heroinabhängige werden im Mittel 6,3 Stunden aufgewendet und für Cannabiskonsumenten/innen 4,6 Stunden.

Einrichtungsstruktur

- Von den 56 Einrichtungen, die sich an der Befragung zu den Strukturdaten beteiligt haben, sind 37 (66 %) dem Einrichtungstyp „legale und illegale Drogen“ zuzuordnen. Acht Einrichtungen (14 %) haben sich auf Klienten/innen legaler Substanzen spezialisiert und weitere 10 Einrichtungen (18 %) betreuen vorwiegend Klienten/innen illegaler Drogen.
- Von den 23 Suchtberatungsstellen in den Landkreisen sind 21 dem integrativen Einrichtungstyp zuzuordnen. Mit zunehmendem Urbanisierungsgrad ist jedoch eine Spezialisierung des Hilfeangebots festzustellen. So beträgt der Anteil von spezialisierten Drogenhilfeeinrichtungen im Hamburger Randgebiet 33 Prozent und in den kreisfreien Städten 65 Prozent.
- Über 88 Prozent aller Einrichtungen sehen in der Beratung ein zentrales Moment ihrer Arbeit mit den Klienten/innen. Jede zweite Einrichtung benannte niedrigschwellige Hilfe bzw. Präventionsmaßnahmen (jeweils 54 %) als eine zentrale Tätigkeit und weitere 38 Prozent leisten aufsuchende Arbeit. Für 46 Prozent ist die psychosoziale Begleitung von Substituierten ein wichtiges Arbeitsfeld, und vier von zehn Einrichtungen (39 %) führen ambulante Rehabilitationsmaßnahmen durch. Eine externe Beratung im Gefängnis wird von jeder fünften Einrichtung angeboten (20 %). Straßensozialarbeit praktiziert etwa jede neunte Beratungsstelle (11 %).

Einrichtungen und ihre Klientel

- Werden die Klienten/innen des Jahres 2005 den Einrichtungstypen zugeordnet, so wandten sich 65 Prozent von ihnen an die integrativen Suchtberatungsstellen. Etwa jede/r fünfte Klient/in (28 %) suchte um Hilfe in einer Einrichtung für illegale Substanzen nach und weitere 8 Prozent wurden in Einrichtungen für legale Substanzen betreut.
- Zwei Drittel der Klienten/innen (66 %), welche um Hilfe in Einrichtungen der kreisfreien Städte nachsuchten, haben ein Problem mit dem Konsum illegaler Drogen. In den Landkreisen und im Hamburger Randgebiet sind es mehrheitlich Personen mit Alkoholproblemen, die eine Suchtberatungsstelle aufsuchen. Hier stellen jeweils nur etwas mehr als ein Viertel Konsumenten/innen illegaler Drogen dar.
- In den Einrichtungen für illegale Substanzen nimmt die Beratung eine herausragende Stellung ein (54 %). Die Anteile der Betreuungs- (23 %) und Informationsleistungen (14 %) liegen deutlich darunter. Dagegen liegt der Schwerpunkt in den Einrichtungen für legale Substanzen auf den Betreuungsleistungen (59 %). In den integrativen Einrichtungen sind die Beratung und die Betreuung die beiden dominierenden Leistungstypen (51 % bzw. 45 %).

Trends 2001 bis 2005

Die folgenden Analysen sind betreuungsbezogen. Es wurden nur diejenigen Einrichtungen einbezogen, die über die Jahre 2001 bis 2005 durchgängig an der Basisdatendokumentation teilnahmen und pro Jahr jeweils ausreichend viele Klienten/innen dokumentierten (N>10). Des Weiteren ist aus methodischen Gründen der Fokus der zeitlichen Betrachtung verlagert worden: Bildet der Statusbericht die zum Zeitpunkt der Beendigung einer Betreuung bzw. zum Ende des jeweiligen Berichtsjahres gültigen Informationen ab (z. B. die letzte dokumentierte Wohnsituation), so wird im folgenden Bezug genommen auf die Situation zu Beginn der Betreuung.

- Soziodemografisch zeigt sich die Klientel des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems Schleswig-Holsteins sehr stabil: Die Geschlechterverteilung der Klienten/innen und der Angehörigen hat sich über die vergangenen fünf Jahre nicht verändert. Die stetige Zunahme des Durchschnittsalters der weiblichen Klienten in den Jahren 2001 bis 2003 hat sich in den Folgejahren nicht fortgesetzt.
- Wird die diesjährige Verteilung der Hauptsubstanzen mit denen der Vorjahre verglichen, so zeigen sich bei den bedeutendsten Drogentypen einige bemerkenswerte Unterschiede. So ist der Anteil der Heroinabhängigen zwischen 2001 und 2005 um 7-Prozentpunkte gefallen, während Personen mit Alkoholproblemen einen stabilen Anteil auf sich vereinigten. Bemerkenswert zugenommen hat hingegen der Anteil der Klienten/innen mit der Hauptsubstanz Cannabis von 9 Prozent im Jahre 2001 auf 14 Prozent im laufenden Berichtsjahr. Ein Teil dieses prozentu-

alen Anstiegs der Cannabisklienten/innen dürfte jedoch mit den Veränderungen in der Dokumentation der Hauptsubstanz im Zuge der Einführung des neuen schleswig-holsteinischen Datensatzes zusammenhängen.

- Der Anteil von erwerbstätigen Klienten/innen hat seit dem Jahre 2001 um 4-Prozentpunkte abgenommen und stagniert seit dem Jahre 2004 auf einem Niveau von 35 Prozent. Die Anteile der Bezieher/innen von Sozialhilfe sind – größtenteils als Auswirkung der Hartz-IV-Gesetzgebung – zwischen den Jahren 2004 (19 %) und 2005 deutlich gesunken (11 %), während ALG-II-Empfänger/innen im laufenden Berichtsjahr einen Anteil von 22 Prozent ausmachen.
- Bezüglich der Partnerbeziehung sind im Zeitraum 2001 bis 2005 keine nennenswerten Veränderungen festzustellen.
- Bei der Cannabisklientel zeigt sich während des Zeitraumes 2001 bis 2004 eine stetige Zunahme in den Anteilen problematischer Wohnsituationen um insgesamt 7-Prozentpunkte. Im Jahre 2005 ist dieser Anteil jedoch wieder deutlich zurückgegangen. Auch bei den Heroinklienten/innen hat sich die Wohnsituation im Vergleich zum Vorjahr verbessert (2004: 27 %, 2005: 24 %).
- In Bezug auf den Betreuungstyp sind im Laufe der zurückliegenden Jahre nur geringe Veränderungen feststellbar. Anzumerken ist jedoch, dass die psychosoziale Begleitung für Substituierte innerhalb der Heroinklientel deutlich an Bedeutung gewonnen hat (2001: 20 %; 2005: 35 %).
- Wird der Frage nach den Gründen für das Aufsuchen einer ambulanten Suchtberatungsstelle nachgegangen, so zeigen sich insbesondere bei den Cannabisklienten/innen einige bemerkenswerte Trends. So hat der Anteil derjenigen, die auf Grund einer Empfehlung/Weisung der Schule bzw. des Arbeitgebers Zugang zum Hilfesystem fanden im Laufe der Jahre 2001 bis 2005 um sechs Prozentpunkte abgenommen. Hingegen ist eine Zunahme des Vermittlungsgrundes „justizielle oder behördliche Weisung“ in den Jahren 2002 (9 %) bis 2004 (14 %) festzustellen. Auch die Anteile der Cannabiskonsumenten/innen, die sich aus eigener Motivation in eine ambulante Betreuung begeben, sind in den letzten Jahren gestiegen: Gab im Jahre 2001 nahezu ein Zehntel (9 %) dieser Klientel an, ohne Vermittlung anderer den Weg in die Einrichtung gefunden zu haben, so sind es vier Jahre später bereits 17 Prozent.
- Vom Jahr 2001 zum Jahr 2005 vollzieht sich – als eine ausgesprochen positive Entwicklung – ein stetiger Anstieg des Anteils der planmäßigen Betreuungsabschlüsse, der mit dem Absinken des Anteils abgebrochener Betreuungen durch die Klienten/innen korrespondiert.

1.4. Cannabisanalyse I: Die jüngeren Klienten/innen

- Vor dem Hintergrund einer offensichtlichen Zunahme des Cannabiskonsums unter jungen Menschen und einer entsprechenden Zunahme von Betreuungsfällen in Deutschland wurde eine empirische Analyse über die Cannabisklienten/innen der ambulanten Suchthilfe in Schleswig-Holstein durchgeführt.
- Über diese Gruppe von Klienten/innen ist wenig bekannt; es sind zu diesem Thema bislang nur wenige Analysen durchgeführt worden. Deshalb soll mit der vorliegenden Spezialanalyse ein Beitrag dafür geleistet werden, mehr über diese Klientel und die von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen zu erfahren, um damit eine empirische Grundlage für Diskussionen über die Weiterentwicklung des ambulanten Angebots für suchtgefährdete und abhängige Cannabiskonsumenten zu liefern.
- Im Fokus der vorliegenden Analyse stehen die jüngeren Cannabisklienten/innen. Hierunter fallen "Jugendliche" (bis 18 Jahre) und "junge Volljährige" im Alter bis einschließlich 26 Jahre. Die allermeisten der von der ambulanten Suchthilfe in Schleswig-Holstein betreuten Cannabisklienten/innen gehören zu diesen Altersgruppen (88 %).
- Bei der Cannabisanalyse I handelt es sich um eine Querschnittsauswertung der Daten aus den Jahren 2001 bis 2004. Insgesamt basiert die Analyse auf den Angaben zu 1.778 jüngeren Klienten/innen, die in den Jahren 2001 bis 2004 von einem/r Mitarbeiter/in der ambulanten Suchthilfe Cannabis als "Hauptdroge" oder "Hauptdiagnose" zugewiesen bekommen haben. Von diesen Cannabisklienten/innen existieren Informationen über 1.424 abgeschlossene Betreuungen. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Querschnittsauswertungen sind:
- Die jüngeren Cannabisklienten/innen sind im Durchschnitt 18,8 Jahre alt. Die weiblichen Personen sind sogar noch etwas jünger als die männlichen (18,3 zu 18,9 Jahre). Der Anteil der Minderjährigen unter der jüngeren Cannabisklientel liegt bei 45 Prozent.
- Ein spezifisches Merkmal der Cannabisklientel ist der mit 87 Prozent extrem hohe Anteil von männlichen Personen.
- Fast alle jüngeren Cannabisklienten/innen sind noch ledig (99 %), was angesichts ihres eher jugendlichen Alters nicht überraschend ist. Entsprechend zeigt sich, dass beinahe zwei Drittel (noch) bei den Eltern leben (62 %). 17 Prozent leben alleine und nur jede/r zwanzigste lebt mit seinem/r Partner/in und/oder Kind zusammen (5 %).
- Jede/r fünfte Cannabisklient/in verfügt über eine eigene Wohnung. Auf 12 Prozent, d.h. etwa jede siebte Person, trifft die Situation "Institutionelles Wohnen" zu. Darunter können auch Klienten/innen von Einrichtungen der Jugendhilfe sein, die aufgrund von Cannabisproblemen in die Suchtberatung geschickt werden. Dass Cannabisklienten/innen obdachlos oder in provisorischen Unterkünften untergebracht sind, kommt nur ganz selten vor (1 %).

- Die Erwerbssituation der Cannabisklientel stellt sich wie folgt dar: Fast zwei Drittel der Cannabisklienten/innen gehen zur Schule oder befinden sich in der Ausbildung (64 %). Darüber hinaus ist etwa jede zehnte Person erwerbstätig (9 %). Es gibt jedoch auch eine bedeutsame Gruppe von Cannabisklienten/innen, die arbeitslos ist (19 %).
- Bei der weit überwiegenden Anzahl der Cannabisklientel wird der körperliche Allgemeinzustand von den Mitarbeitern/innen der ambulanten Suchthilfe als "normal" eingeschätzt (83 %). Diese Beurteilung des körperlichen Allgemeinzustands spiegelt sich auch in der Einschätzung des Ernährungszustandes wider: Drei Viertel der Cannabisklienten/innen werden als normal eingeschätzt (75 %), als zu mager etwa jede fünfte Person (19 %), der Rest als "leicht adipös" (6 %).
- Die soziale Umgebung - also Eltern, Freunde und Bekannte - spielen bei der Kontaktabstimmung mit der Einrichtung eine wichtige Rolle (33 %). Ferner ist die Bedeutung von Schule und (Ausbildungs-)Betrieb mit einem Vermittlungsanteil von 18 Prozent herauszustellen.
- Im Durchschnitt werden die Cannabisklienten/innen damit 111 Tage lang betreut. In dieser Zeit kommt es im Mittel zu 4 Kontakten mit einer jeweiligen Dauer von 49 Minuten, so dass daraus eine Gesamtkontaktzeit von 3,4 Stunden resultiert.
- Etwa 60 Prozent der Cannabisklientel beendet die Betreuung planmäßig bzw. wird entsprechend weitervermittelt, was insgesamt als ein positives Ergebnis zu bewerten ist. Wenn betreute Personen weitervermittelt werden - was eher die Ausnahme ist (6 %) -, dann in ein breites Spektrum: Dieses reicht vom stationären Entzug über die Jugendberatung bis hin zur Selbsthilfe.
- 51 Prozent der jüngeren Cannabisklienten/innen reduzieren im Verlaufe der Betreuung ihren Cannabisgebrauch oder beenden diesen sogar vollständig.

1.5. Cannabisanalyse II: Cannabis in der Substanzabfolge

- Das Ziel der Cannabisanalyse II ist es, nach signifikanten Unterschieden im Substanzverlauf zweier Klientengruppen zu suchen. Dem lag die Hypothese zu Grunde, dass bedeutsame Unterschiede im Substanzverlauf in Zusammenhang stehen mit der späteren "Entscheidung", ebenfalls harte Drogen zu konsumieren. Hierzu wurden zwei Vergleichsgruppen gebildet: diejenigen, die begannen Cannabis auf problematische Weise zu konsumieren, ohne dass ein Konsum harter Drogen folgte ("Beender") und jene, die nach dem Cannabis auf bedenkliche Weise harte Drogen konsumierten ("Fortsetzer").
- Eine solche Analyse muss auf Daten fußen, die den jeweiligen Beginn des problematischen Konsums der einzelnen Substanzen zeitlich möglichst genau belegen. Nur so ist die zeitliche Reihenfolge des proble-

matischen Konsums der verschiedenen psychotropen Substanzen valide zu identifizieren (inklusive der zeitlichen Abstände zwischen ihnen). Eine solche Qualität wird von den in Schleswig-Holstein erfassten Daten geliefert.

- Die betrachteten Daten stammen aus den Jahren 1999 bis 2005 und schließen Informationen über 4.363 verschiedene Klienten/innen mit unterschiedlichen Hauptdrogentypen ein. Es finden sich unter ihnen 421 "Beender" und 844 "Fortsetzer".

Als wichtigste Erkenntnisse dieser Cannabisanalyse können festgehalten werden:

- Cannabiskonsum steht am Beginn der Substanzabfolgen: bei den Beendern vornehmlich an erster, bei den Fortsetzern häufig an zweiter Stelle. Für die Fortsetzer bildet der Cannabiskonsum also nicht den unmittelbaren Einstieg in ihre "Suchtkarriere".
- Die Fortsetzer weisen einen deutlich breiter gefächerten Suchtmittelkonsum auf als die Beender; problematischer Alkohol- oder/und Nikotinkonsum ist bei den Fortsetzern doppelt so häufig zu finden wie bei den Beendern.
- Wenn problematischer Alkohol- oder/und Nikotinkonsum auftritt, geht er dem Cannabiskonsum sowohl bei den Beendern als auch den Fortsetzern in weit überwiegendem Maße voraus.
- Der Beginn des problematischen Cannabiskonsums liegt bei den Beendern bei etwa 18 Jahren und bei den Fortsetzern bei 16 1/2 Jahren, ihm folgt im Alter von 20 Jahren der Konsum harter Drogen nach.
- Der vorausgehende Nikotinkonsum unterscheidet sich bei den Beendern und Fortsetzern in dem Zeitpunkt seines Beginns nicht - er liegt bei durchschnittlich 13 1/2 Jahren.
- Der Beginn des vorausgehenden, problematischen Alkoholkonsums liegt mit 14 1/2 Jahren bei den Fortsetzern 2 1/2 Jahre früher als bei den Beendern; der Cannabiskonsum selbst schließt sich bei den Fortsetzern 1 1/2 Jahre schneller an als bei den Beendern.
- Geschlechtsspezifisch zeigt sich zwischen Beendern und Fortsetzern grundsätzlich ein gegenläufiges Muster: Fortsetzerinnen sind jünger als Fortsetzer und Beenderinnen sind älter als Beender.
- Sehr verdichtet lassen sich die Erkenntnisse dieser Analyse auf folgende Aussage zusammenführen: Cannabiskonsumten/innen, die nachfolgend harte Drogen zu sich nehmen, haben früher mit dem problematischen Konsum des Cannabis begonnen und häufiger im Voraus zusätzlich und früher auf problematische Weise Alkohol konsumiert als diejenigen, die dem Konsum von Cannabis keinen von harten Drogen folgen lassen.
- Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem späteren Beginn des problematischen Cannabis- und auch Alkoholkonsums und dem Abbruch einer solchen Substanzabfolge in der Fortsetzung durch weitere Stoffe. Insofern besitzen die intervenierenden Handlungen gegenüber den Vorläufersubstanzen in diesen Substanzabfolgen auch präventive Funktionen für die nachfolgenden Stoffe.
Das Hinauszögern des Beginns des Konsums von ins-

besondere Alkohol und Cannabis erlangt damit einen eigenen Wert in der Prävention harter Drogen.

- Der Analyse kann weiter entnommen werden, dass sich suchtmittel- und geschlechtsspezifisch unterschiedliche "Zeitfenster" für ein gezielt präventives Vorgehen gegenüber dem problematischen Konsum einzelner Substanzen zeigen, um einem lang anhaltenden und problematischen Suchtmittelkonsum zu begegnen. Für Mädchen bzw. Jungen liegt der Beginn dieser Zeitfenster für Nikotin bei 11 bzw. 11 1/2 Jahren, für Alkohol bei 11 1/2 Jahren und für Cannabis bei 12 1/2 bzw. 13 Jahren.

Kapitel 2: Die Lebenssituation und Versorgung der Klientinnen und Klienten

Der vorliegende Statusbericht 2005 gibt Grundinformationen zum ambulanten Suchtkrankenhilfesystem in Schleswig-Holstein: Es wird berichtet über die soziale Situation der Klientinnen und Klienten (im Folgenden: Klienten/innen) im Berichtsjahr 2005 (siehe Kapitel 2.3), die bei ihnen im Vordergrund stehenden Probleme mit konsumierten Substanzen und stoffungebundenen Süchten (Kapitel 2.2), ihren Weg in das ambulante Hilfesystem (Kapitel 2.4) und die hier erhaltenen Leistungen (Kapitel 2.5). Selbstverständlich werden Basiszahlen zur Anzahl der Einrichtungen, betreuter Klienten/innen sowie deren Alter (Kapitel 2.1) dargelegt. Darüber hinaus wird die Struktur des Hilfesystems selbst charakterisiert (Kapitel 2.6). Um eine bessere Übersicht zu gewährleisten, werden Trendbetrachtungen (Aussagen zu Entwicklungen über mehrere Jahre) in einem gesonderten Abschnitt gebündelt (Kapitel 2.7).

Die einzelnen Aspekte werden - soweit dies möglich ist - unter den verschiedenen Blickwinkeln der bedeutenden Hauptdrogentypen und der beiden Geschlechter differenziert, so dass angemessene sucht- und geschlechtsspezifische Aussagen möglich werden.

2.1. Basisdaten: Einrichtungen und Hilfe suchende Personen

2.1.1. Einrichtungen

Das ambulante Suchtkrankenhilfesystem in Schleswig-Holstein besteht aus einem Netz an Einrichtungen, das sich in vielfacher Hinsicht differenziert zeigt: Einrichtungen befinden sich in privater oder öffentlich-rechtlicher bzw. öffentlicher Trägerschaft, wobei eine kommunale (Stadt) oder auch regionale (Landkreis) Trägerschaft bestehen kann. Hinzu tritt die Förderung vieler Beratungsstellen durch Landesmittel. Neben selbstständigen Einrichtungen bestehen zusammengehörige, die sich z. T. in übergeordnete und Teilstellen gliedern. Fachlich betrachtet finden sich höher- und niedrighschwellige Einrichtungen, die suchtmittel- oder zielgruppenspezifische oder auch -übergreifende Angebote bereithalten.¹ Eingang in die vorliegende Auswertung haben die Einrichtungen gefunden, die die Angaben zu ihren Klienten/innen und den erbrachten Leistungen computergestützt mit Hilfe eines elektronischen Dokumentationssystems erfasst und an das ISD (Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung) zur Analyse weitergeleitet haben.² Für das Jahr 2005 sind für 61 Einrichtungen (Teil-

und Einzelrichtungen in den unterschiedlichen Trägerschaften) Datensätze übergeben worden.

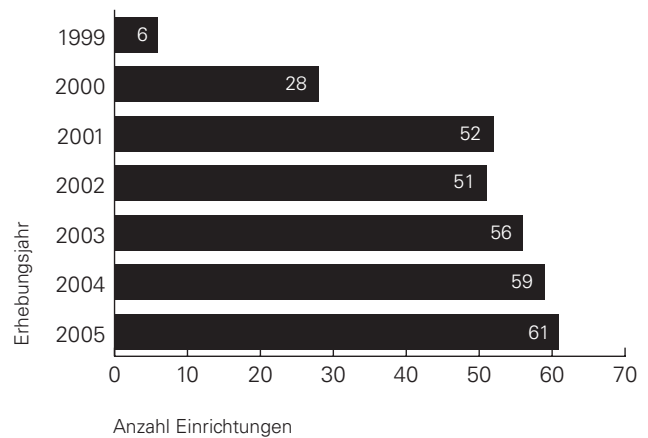


Abbildung 2.1: Anzahl der Einrichtungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems, die sich an der EDV-gestützten Dokumentation beteiligen, Jahre 1999 - 2005

2.1.2. Hilfe suchende Personen

In den ambulanten Suchtkrankenhilfeeinrichtungen Schleswig-Holsteins sind im Jahr 2005 mit Hilfe der elektronischen Dokumentation Angaben zu 15.211 verschiedenen Personen festgehalten worden: Dies waren Informationen zu 13.415 Klienten/innen und 1.796 Angehörigen (siehe Tabelle 2.1). Während unter den Angehörigen die Frauen dominieren (73 %), sind es bei den Klienten/innen die Männer (75 %).

		Klienten/innen	Angehörige
2005	N	13.415	1.796
	%	88 %	12 %
	w, %*	25 %	73 %

*w, %: Anteil Frauen in Prozent

Tabelle 2.1: Namentlich erfasste Klienten/innen und Angehörige des Jahres 2005

1 Eine regelmäßig aktualisierte Übersicht der ambulanten Einrichtungen bietet der Suchthilfeführer der Landesstelle gegen die Suchtgefahren Schleswig-Holstein (LSSH).
 2 Die Bereitstellung der erfassten Daten geschieht über eine Datenbankexportschnittstelle: Die Daten werden anonymisiert und durch einen HIV-Code sowie eine interne

Identifikationsnummer doppelt verschlüsselt weitergegeben, so dass eine fallbezogene Analyse möglich wird, ohne die Anonymität zu gefährden.

	männlich		weiblich		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
kein Klient aus den Vorjahren	4.815	48 %	1.414	42 %	6.229	46 %
Klient aus 2004	4.452	44 %	1.681	51 %	6.133	46 %
Klient vor 2004	815	8 %	238	7 %	1.053	8 %
gesamt	10.082	100 %	3.333	100 %	13.415	100 %

Tabelle 2.2: Namentlich erfasste Klienten/innen aus dem Vorjahr differenziert nach Geschlecht, 2005

Die Klientel des Jahres 2005 ist in der Mehrzahl bereits in einem der Vorjahre in der selben dokumentierenden Einrichtung in Betreuung gewesen (siehe Tabelle 2.2): Lediglich 46 Prozent der namentlich erfassten Klienten/innen sind im Jahr 2005 erstmals in Kontakt zu einer solchen Einrichtung getreten; unter den Frauen ist dieser Anteil geringfügig kleiner als unter den Männern. Der überwiegende Teil der Klienten/innen, der zum wiederholten Mal für eine Jahresauswertung erfasst wurde, stammt aus dem Vorjahr (2004). Hierbei handelt es sich zu einem großen Teil um Personen, die in der zweiten Hälfte des Vorjahres Zugang zum ambulanten Hilfesystem gefunden haben und deren Betreuung im Berichtsjahr fortgeführt wurde. Nur ein sehr geringer Anteil (8 %) hatte bereits in den Jahren 2003 und früher Kontakt zur Einrichtung.³

2.1.3. Anonyme Kontakte

Stimmen Klienten/innen der elektronischen Speicherung ihrer Daten nicht zu, werden ihre Termine als anonyme Kontakte dokumentiert: ohne jede Möglichkeit zur Identifikation der tatsächlichen Person. Somit gestattet die Anzahl der anonymen Kontakte auch keinen Rückschluss auf die Anzahl der zugehörigen Klienten/innen. Im Jahr 2005 sind insgesamt 8.340 anonyme Kontakte festgehalten worden (siehe Tabelle 2.3). Diese lassen sich zu 31 Prozent den Angehörigen zuordnen, die hier also einen größeren Anteil besitzen als unter den namentlich erfassten Personen (12 %).

2005	Klienten/innen		Angehörige
	N		
	N	5.788	2.552
	%	69 %	31 %
	w, %*	35 %	79 %

*w, %: Anteil Frauen in Prozent

Tabelle 2.3: Anonyme Kontakte des Jahres 2005

3 Diese Aussage ist möglich, weil die Daten bereits seit mehreren Jahren erhoben und mit doppelter Anonymisierung übergeben werden: So ist eine (anonymisierte) Identifikation einzelner Personen möglich.

Das Geschlechterverhältnis zeigt sich ähnlich wie unter den namentlich erfassten Klienten/innen: Unter den anonymen Kontakten der Angehörigen dominieren die Frauen deutlich, unter denen der Klienten/innen sind es die Männer.

2.1.4. Das Alter der namentlich erfassten Personen

Die Klienten/innen im schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfesystem sind durchschnittlich 36,7 Jahre alt (36 Jahre und 8 Monate). Unter ihnen sind die Frauen durchschnittlich 2 1/2 Jahre älter als die Männer (siehe Tabelle 2.4).

2005	Männer		Frauen	gesamt
	N			
	N	9.865	3.249	13.114*
	Alter, Ø	36,1	38,6	36,7

*: Die Anzahl der betrachteten Personen ist hier geringfügig kleiner als die aller namentlich erfasster Klienten/innen, weil nicht in allen Fällen das Geburtsdatum dokumentiert wurde.

Tabelle 2.4: Durchschnittsalter der namentlich erfassten Klienten/innen nach Geschlecht, 2005

Insgesamt deutlich älter zeigt sich die Gruppe der namentlich erfassten Angehörigen: Sie sind durchschnittlich 44,2 Jahre alt - hier sind die Frauen (43,5 Jahre) jünger als die Männer (46,0 Jahre).

Der Blick auf die Verteilung der Alterskategorien (Abbildung 2.2) macht deutlich, dass sich die Mehrzahl der Klienten/innen in einem mittleren Alter befindet: 76 Prozent sind zwischen 21 und 50 Jahren alt (53 % zwischen 26 und 45 Jahren). Grundsätzlich besitzen die Männer in den jüngeren und mittleren Altersgruppen und Frauen in den älteren höhere Anteile. Eine Ausnahme stellt die Gruppe der Jüngsten dar: Unter den Frauen befindet sich ein größerer Anteil an Klientinnen, die noch keine 16 Jahre alt sind als unter den Männern.

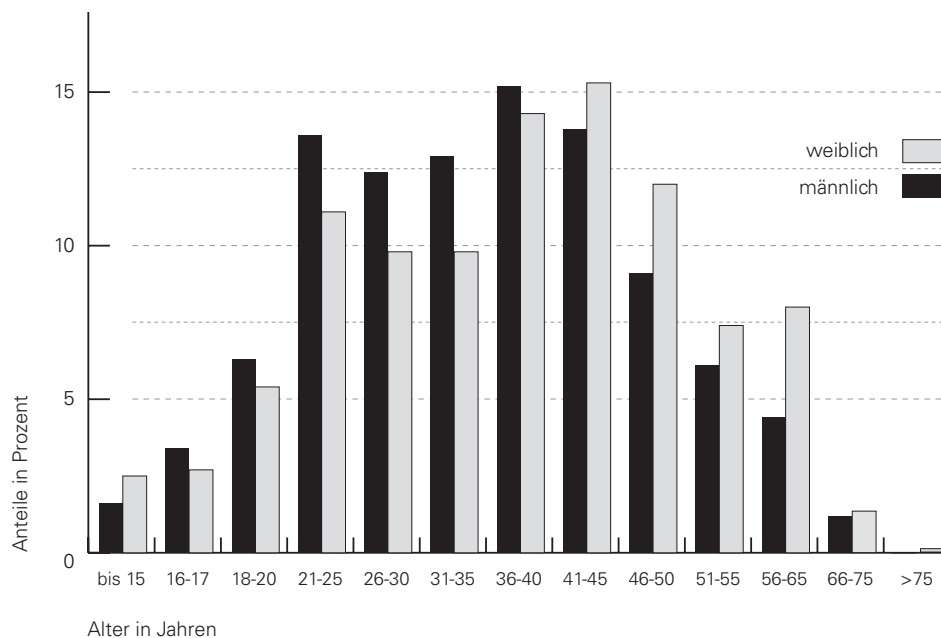


Abbildung 2.2: Verteilung der Alterskategorien namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2005 nach Geschlecht (N=13.114)

Die zentrale Altersgruppe ist die der 36-40-Jährigen, in der sich 15 Prozent aller Klienten/innen befinden. Die größten Unterschiede bestehen in der Altersgruppe der 31-35-Jährigen: Diese Altersgruppe ist bei den Männern um 3,1 Prozentpunkte stärker als bei den Frauen. Die Gruppe der 56-65-Jährigen ist bei den Frauen um 3,6 Prozentpunkte gewichtiger - allerdings umfasst sie auch einen Zeitraum von 10 Jahren.

Werden die Alterskategorien auf vier zentrale verdichtet, treten die geschlechtsspezifischen Unterschiede klar hervor (siehe Tabelle 2.5): Frauen sind in der ältesten Gruppe deutlich stärker als Männer, dafür aber in den beiden jüngeren Gruppen schwächer vertreten.

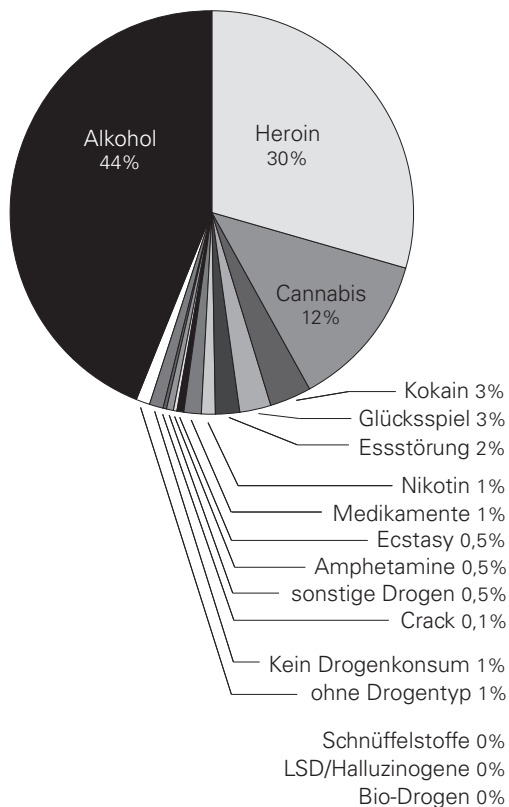
	männlich	weiblich	gesamt
bis 25 Jahre	25 %	22 %	24 %
25 bis 35 Jahre	25 %	19 %	24 %
36 bis 45 Jahre	29 %	30 %	29 %
46 Jahre und älter	21 %	29 %	23 %

Tabelle 2.5: Verteilung der Alterskategorien namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2005 (N=13.114)

2.2. Die Hauptsubstanz der Klienten/innen

Die Klienten/innen befinden sich in der Regel in Betreuung der ambulanten Suchtkrankenhilfe, weil sie mit einer psychotropen Substanz oder einer stoffungebundenen Suchterkrankung die Hauptschwierigkeiten besitzen. Der bedeutendste Teil der Hilfesuchenden - fast jede/r Zweite - hat die Hauptschwierigkeiten mit dem Alkohol (44 % - siehe Abbildung 2.3). Annähernd jede/r Dritte benötigt Hilfe im Umgang mit einem Opiat (30 %) und jede/r Achte sucht Beratung im Umgang mit Cannabisprodukten (12 %). Eben diesen Anteil machen auch alle anderen Substanzen und stoffungebundenen Süchte zusammen aus (12 %).

Rückschlüsse auf die Verteilung von Abhängigen dieser Suchtmittel in der Gesamtbevölkerung lassen sich aus den soeben dargelegten Anteilen der Hilfesuchenden nicht unmittelbar ziehen. Die hier vorgefundene Verteilung resultiert aus der Dringlichkeit der individuellen Schwierigkeiten, der Anteilnahme im sozialen Nahraum der (potentiellen) Klienten/innen, der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit gegenüber den einzelnen Suchtstoffen, der staatlichen Verfolgung der Verstöße gegen rechtliche Regelungen im Umgang mit diesen und nicht zuletzt dem vorhandenen Angebot an Hilfen für die verschiedenen Erkrankungen durch die einzelnen Suchtmittel und Schwierigkeiten im Umgang mit ihnen (zu den Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr: siehe Kapitel 2.7).



Mit der Dokumentation im Jahr 2005 wird das erste Mal flächendeckend der neue Datensatz für die elektronische Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins umgesetzt. Neben der Veränderung einzelner Kategorien innerhalb einzelner Variablen (z. B. wurden „Opiate“ und „Substitute“ zu „Heroin“ zusammengefasst) wurden einige Variablen zu Pflichtitems erklärt: Sie müssen nun dokumentiert werden. So ist es hier.
Ohne Drogentyp: Es liegen keine Informationen zum Drogentyp vor.
Kein Drogenkonsum: Klient/in hat kein Drogen- oder Suchtproblem.

Abbildung 2.3: Die Hauptsubstanz der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 (N=13.415)

Männer und Frauen sind in unterschiedlichem Ausmaß von Problemen im Umgang mit den verschiedenen Suchtmitteln betroffen (siehe Tabelle 2.6). Frauen besitzen zwar einen Anteil von 25 Prozent an allen Klienten/innen, jedoch nur solche von 21 Prozent bzw. 14 Prozent an den Hauptsubstanzen Heroin bzw. Cannabis. Dagegen dominieren sie die Gruppen derjenigen, die wegen des Medikamenten- bzw. Nikotinkonsums ambulante Einrichtungen aufsuchen (56 % bzw. 59 %). Essstörungen sind fast ausschließlich das Thema weiblicher Nachfragen (93 %). Der problematische Konsum von Alkohol verteilt sich über die Geschlechter annähernd entsprechend der allgemeinen Verteilung der Klienten/innen über Männer und Frauen; Frauen sind hier lediglich etwas stärker vertreten (27 %).

Wenn sich Klienten/innen in die Beratung wegen eines Suchtproblems begeben, unterscheidet sich ihr durchschnittliches Alter je nach Suchtmittel und Geschlecht deutlich. Grundsätzlich ist zu erkennen, dass Klienten/innen, die Schwierigkeiten im Umgang mit einem Suchtmittel besitzen, das legal verfügbar ist, älter sind als diejenigen, deren Hauptproblem mit einem Mittel besteht, für dessen Umgang enge gesetzliche Restriktionen bestehen oder dessen Verkehr gänzlich verboten ist (siehe Abbildung 2.4).

	männlich	weiblich	gesamt
	%	%	N
Alkohol	73 %	27 %	5.890
Heroin	79 %	21 %	3.973
Cannabis	86 %	14 %	1.669
Kokain	84 %	16 %	435
Glücksspiel	89 %	11 %	364
Esstörung	7 %	93 %	257
Nikotin	41 %	59 %	164
Medikamente	44 %	56 %	156
Amphetamine	76 %	24 %	67
Ecstasy	87 %	13 %	62
Crack	67 %	33 %	9
LSD/Halluzinogene	100 %	0 %	4
Schnüffelstoffe	50 %	50 %	2
„Bio-Drogen“	50 %	50 %	2
Sonstige Drogen	76 %	24 %	62
Kein Drogenkonsum	63 %	38 %	152
ohne Drogentyp	68 %	32 %	147
Gesamt	75 %	25 %	13.415

Tabelle 2.6: Die Hauptsubstanz der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Geschlecht

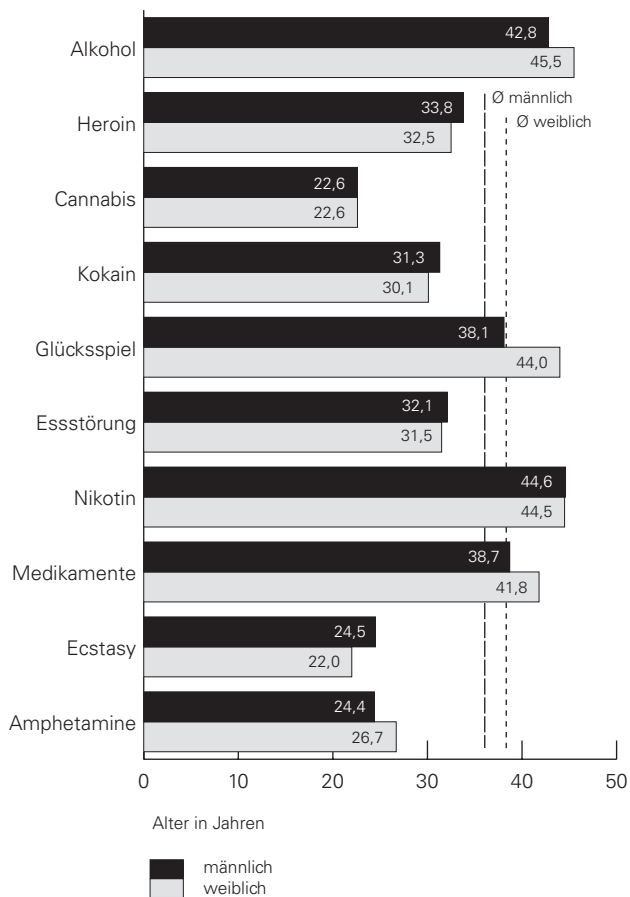


Abbildung 2.4: Das Durchschnittsalter der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Geschlecht und Hauptsubstanz

Dieser Befund allein lässt jedoch noch keinen Schluss auf das tatsächliche Gefährdungspotential der verschiedenen Suchtmittel zu („...von Alkohol und Nikotin wird man nur langsam abhängig“), hierzu müssen die pharmakologischen Wirkungen ebenso berücksichtigt werden wie die gesellschaftliche Bereitschaft, den Umgang mit gesundheitsgefährdenden Substanzen mit Abhängigkeitspotential zu ertragen. Für einige Substanzen bestehen jahrhundertelange kulturelle Gebrauchstraditionen, differenzierte und langjährig etablierte und anerkannte Hilfesysteme (Alkohol) und die Bereitschaft, die mit solchen Erkrankungen gesellschaftlich verbundenen Kosten hinzunehmen, während andere erst vergleichsweise kurzfristig verwendet werden, besonders gesundheitsgefährdende Gebrauchsmuster sich v. a. unter Bedingungen der Illegalität ausgebildet haben und Hilfesysteme erst seit wenigen Jahren ausgebildet werden, denen gesellschaftliche Anerkennung z. T. bis heute verweigert wird (Kokain, Heroin, Cannabis).

Die durchschnittlich jüngste Gruppe ist die der Klienten/innen mit einem im Vordergrund stehenden Cannabisproblem (22,6 Jahre), die älteste die der Klienten/innen, die wegen ihres Nikotinkonsums Beratung suchen. Die größte Gruppe der Alkohol-Klienten/innen ist durchschnittlich 43,5 Jahre alt - im Vergleich zu diesen sind die Heroin-Klienten/innen durchschnittlich genau zehn Jahre jünger (33,5 Jahre).

Bedeutende Altersunterschiede während der Betreuung in einer ambulanten Einrichtung zwischen Männern und Frauen (mehr als 1 1/2 Jahre) bestehen bei wenigen Suchtmitteln: Frauen, die wegen des Konsums von Alkohol, Medikamenten oder Amphetaminen oder Problemen mit der Spielsucht die Betreuung aufsuchen, sind deutlich älter als Männer mit den gleichen Problemen. Lediglich in den wenigen Fällen, in denen der Ecstasy-Konsum den Mittelpunkt der Betreuung ausmacht, sind Männer bedeutsam älter als Frauen.

Es bestehen allerdings erhebliche Unterschiede zwischen den Gruppen der verschiedenen Hauptsubstanzen hinsichtlich der Frage, ob diese Klienten/innen „nur“ im aktuellen Berichtsjahr 2005 Kontakt zur ambulanten Einrichtung besaßen oder ob sie bereits in den Vorjahren um Hilfe nachgesucht hatten (siehe Abbildung 2.5).

Während von den Cannabis-Klienten/innen annähernd zwei Drittel im Jahr 2005 erstmals Kontakt zur betreuenden Einrichtung hatten, war dies unter den Heroin-Klienten/innen nur Eine/r von Dreien. Letztere haben also i. d. R. bereits eine dokumentierte Betreuungsvorgeschichte. Von den Alkoholikern/innen, Spielern/innen und Essgestörten besaß jede/r Zweite bereits mindestens eine Betreuung in den Vorjahren.

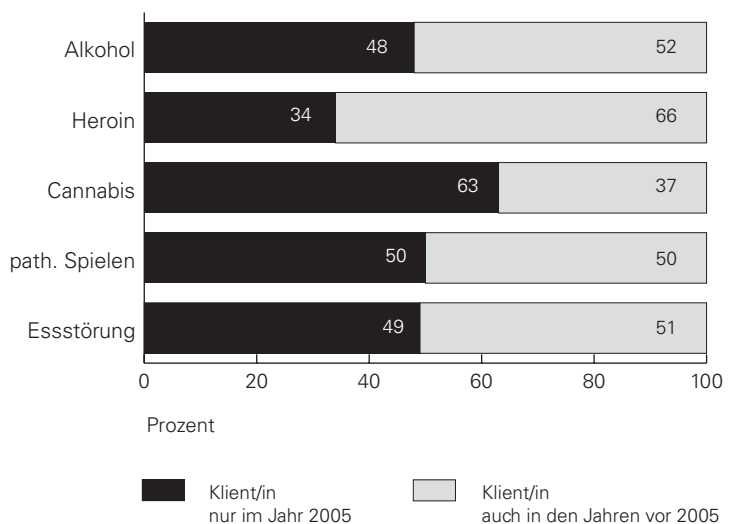


Abbildung 2.5: Klienten/innen aus den Vorjahren, namentlich erfasste Klienten/innen des Jahres 2005, nach Hauptsubstanz

2.3. Die soziale Situation

Die Beschreibung der sozialen Situation der Klienten/innen dient in erster Linie dazu, die konkrete Lebenssituation der Hilfesuchenden aufzuhellen, damit Hilfsangebote auch diese berücksichtigen können. Außerdem kann der Blick auf die gleichen Indikatoren über einen mehrjährigen Zeitraum eventuell Entwicklungen aufzeigen, die die Reflexion über strukturelle oder singuläre Elemente des Hilfesystems befördern können (zu Trendaussagen: siehe Kapitel 2.7). Auf der anderen Seite sind Aussagen über die soziale Situation der Klientel natürlich immer auch ein Spiegel für die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe: Diese Klienten/innen - und keine anderen - wurden durch das System erreicht. Überlegungen, wer denn erreicht werden soll, können auch vor dem Hintergrund dieser Zahlen geführt werden.

2.3.1. Wohnsituation

Mehr als zwei Drittel der Klienten/innen (69 %) wohnen in einer eigenen Wohnung oder im eigenen Haus, 13 Prozent leben bei den Eltern und ein äußerst geringer Teil lebt bei anderen Verwandten (1 %; siehe Abbildung 2.6). Somit kommen über vier Fünftel der Klientel aus gesicherten Wohnverhältnissen - 17 Prozent der Erreichten leben in prekären Wohnsituationen. Zwischen den beiden Geschlechtern bestehen Unterschiede. Klientinnen leben häufiger in stabilen Wohnverhältnissen: Sie wohnen öfter in eigenen Wohnungen (80 %)

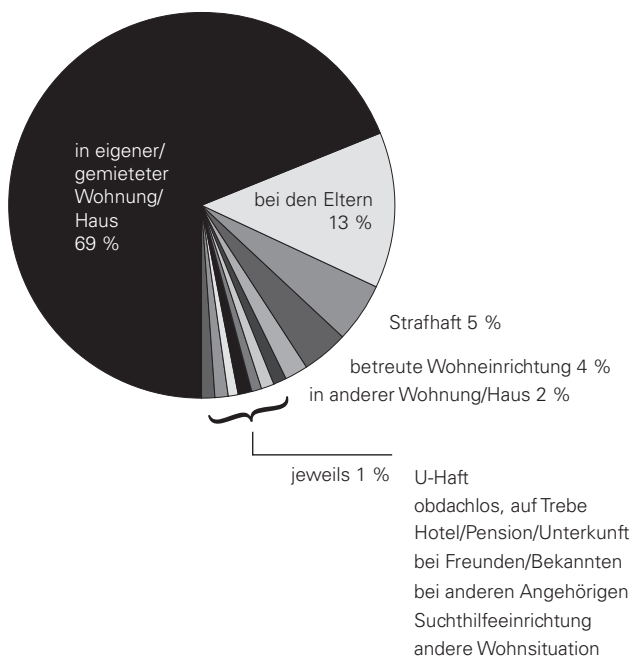


Abbildung 2.6: Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 (N=10.582)

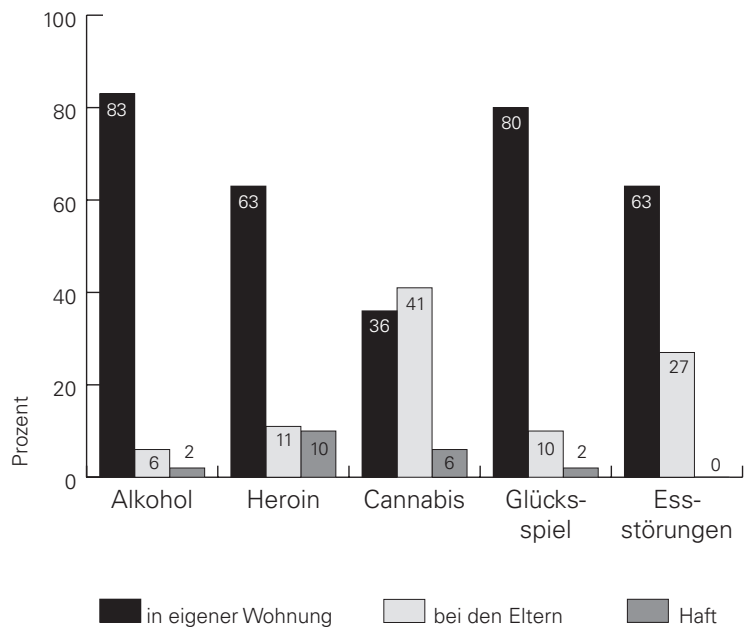


Abbildung 2.7: Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Hauptsubstanz

als Klienten (66 %), aber seltener bei den Eltern (9 %) als diese (14 %). Die unter Strafhaft Betreuten sind fast ausschließlich männlich - nur für 11 Frauen ist eine Betreuung unter diesen Bedingungen dokumentiert, bei den Männern sind es 491.

Mit Blick auf die verschiedenen Suchtmittel zeigen sich die erwarteten Differenzen: Während Klienten/innen mit einem Alkohol-, Glücksspielproblem oder Essstörungen überdurchschnittlich häufig in gesicherten Wohnverhältnissen leben, ist dies bei Heroin- und Cannabisklienten/innen nur unterdurchschnittlich oft der Fall (siehe Abbildung 2.7). Besonders selten leben Letztere in einer eigenen Wohnung (36 %), Cannabisklienten/innen wohnen eben noch oft bei ihren Eltern (41 %). Mehr als 1/3 der Klienten/innen mit einem vordringlichen Heroinproblem lebt nicht in eigener Wohnung, dagegen besteht unter diesen Klienten/innen ein besonders hoher Anteil an Strafgefangenen.

Wenn Klienten/innen nicht in eigener Wohnung, bei den Eltern oder Angehörigen leben, lässt sich dies im Gegensatz zur stabilen als prekäre Wohnsituation beschreiben (siehe Tabelle 2.7). Während von allen Klienten/innen 17 Prozent unter prekären Umständen wohnen, sind es unter den Heroin-Klienten/innen 25 Prozent aber unter den Personen mit Alkoholproblemen nur 11 Prozent und unter den pathologischen Spielern/innen lediglich 9 Prozent.

		stabil	prekär	N
Alkohol	Anteil (%)	89 %	11 %	5.022
	Alter*	44,4	38,8	4.932
	Dauer *	10,5	3,2	2.911
Heroin	Anteil (%)	75 %	25 %	3.079
	Alter*	34,0	32,7	3.053
	Dauer*	5,7	2,5	1.387
Cannabis	Anteil (%)	79 %	21 %	1.107
	Alter*	23,0	22,0	1.095
	Dauer*	7,1	2,4	566
Glücksspiel	Anteil (%)	91 %	9 %	321
	Alter*	38,6	39,0	321
	Dauer*	6,8	3,0	206
Essstörung	Anteil (%)	91 %	9 %	239
	Alter*	32,1	27,1	238
	Dauer*	7,3	1,9	142
Gesamt**	Anteil in %	83 %	17 %	10.582

*: in Jahren

** : Diese Angabe bezieht sich auf alle Substanzen

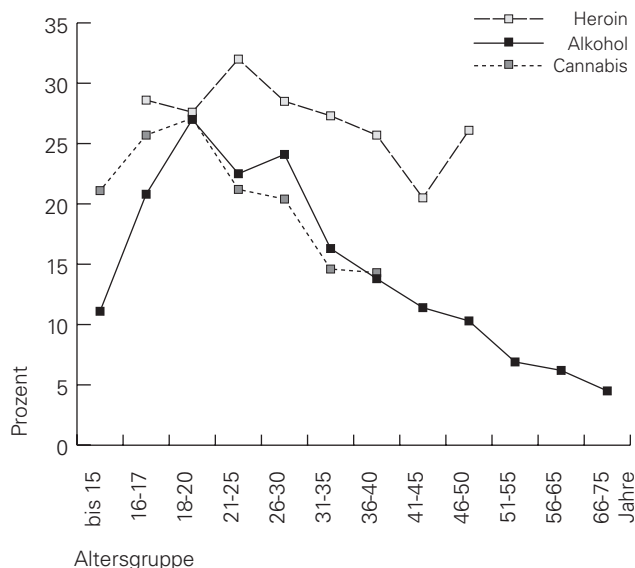
Tabelle 2.7: Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Hauptsubstanz

Befinden sich Klienten/innen in prekären Wohnsituationen, sind sie grundsätzlich jünger als diejenigen, die in gesicherten Wohnumständen leben. Die Ausnahme stellen die Spieler/innen dar, in denen beide Gruppen annähernd gleich alt sind. Die Altersunterschiede zwischen diesen Kategorien der Wohnverhältnisse betragen bis zu 5 1/2 Jahre bei den Alkoholiker/innen. Diese Gruppe ist die älteste und lebt bereits am längsten in stabilen Wohnverhältnissen (10 1/2 Jahre)⁴. Mit durchschnittlich 5,7 Jahren ist dieser Wert bei den Heroin-Klienten/innen am niedrigsten. Die prekären Wohnsituationen währen etwa 2-3 Jahre, bis sie überwunden werden - auch hier dauern sie bei den Alkoholiker/innen mit durchschnittlich 3,2 Jahren am längsten an. Eine ähnlich hohe Dauer weisen die Spieler/innen auf (3,0 Jahre).

4 Wie in den folgenden Tabellen zur biografischen Situation der Klienten/innen, in denen die Dauer ausgewiesen wird, ist auch hier auffällig, dass die Zahl der Einträge, auf denen die Berechnung der Durchschnittsdauer beruht, z. T. erheblich unter der Anzahl der Nennungen für das entsprechende Item insgesamt liegt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass viele biografische Einträge kein gültiges Biografiedatum aufweisen. Ein ungültiges Biografiedatum liegt vor, wenn entweder gar kein Datum angegeben wurde (Häkchen "unbekannt" in dem Dokumentationsprogramm Horizont) oder der Eintrag dem Datum des Beginns der Betreuung bzw. dem Tag, an welchem der Eintrag vorgenommen wurde (Terminatum), entspricht. Zurückzuführen sind die beiden letztgenannten Formen der Datumsangabe auf die Implementierung von Routinen innerhalb des Dokumentationsprogramms, die es dem Anwender ermöglichen, das Biografiedatum mit einem „Klick“ einzugeben. Dieses ist dann mit dem Betreuungsbeginn bzw. dem Terminatum identisch. Hiervon wurde leider sehr häufig Gebrauch gemacht. Um auszuschließen, dass möglicherweise systematisch bestimmte Personengruppen nicht ordnungsgemäß dokumentiert wurden, sind die Biografieeinträge der Klienten/innen mit und ohne gültigen Biografieeintrag hinsichtlich ihrer Verteilung nach Hauptsubstanz, Geschlecht und Alter verglichen worden. Gravierende Unterschiede, die auf eine systematische Verzerrung bei der Dokumentation bestimmter Klienten/innengruppen hinweisen, traten im Rahmen dieser Untersuchung nicht zutage.

Sind prekäre Wohnsituationen ein Kennzeichen junger Suchtkrankter? Der Blick auf die Anteile prekärer Wohnsituationen der verschiedenen Hauptsubstanzgruppen in den verschiedenen Altersgruppen führt zu einer differenzierten Beurteilung einer solchen Annahme (siehe Abbildung 2.8). Zwar können bei den drei stärksten Hauptsubstanzgruppen Schwerpunkte in den Anteilen bei den jüngeren Alterskohorten entdeckt werden, es ist aber nicht so, dass prekäre Wohnsituationen auf junge Altersgruppen beschränkt sind. Nur bei den Alkoholiker/innen lässt sich ein „Plateau“ hoher Anteile prekärer Wohnsituationen entdecken, das mit der Alterskohorte der 31-35-Jährigen beendet wird. Ansonsten finden sich - je nach Hauptsubstanz auf einem anderen Niveau - in den älteren Kohorten nur langsam sinkende Anteile prekärer Wohnsituationen. Insgesamt entsteht der Eindruck, dass sich stabile Wohnsituationen nicht nach einer allgemein benennbaren und begrenzten Phase häufigerer unsicherer Wohnverhältnisse plötzlich einstellen, sondern stabile Wohnverhältnisse mit zunehmendem Alter eine steigende Wahrscheinlichkeit besitzen.

Zu erkennen sind des Weiteren zwei interessante Details: In der Altersgruppe der 18-20-Jährigen bestehen zwischen Hilfesuchenden, die mit den Substanzen Alkohol, Cannabis oder Heroin Probleme besitzen, in dieser Frage keine Unterschiede. Danach bewegen sich die Heroin-Klienten/innen einerseits und Alkohol- bzw. Cannabis-Klienten/innen andererseits aber auf sehr unterschiedlichen Niveaus: Letztere besitzen einen Anteil von etwa zehn Prozentpunkten weniger prekären Wohnsituationen als die Heroin-Klienten/innen.



In diese Abbildung gingen nur ausreichend stark besetzte Altersgruppen der einzelnen Hauptsubstanzgruppen ein.

Abbildung 2.8: Wohnsituation, namentlich erfasste Klienten/innen, Anteil prekärer Wohnsituationen, nach Altersgruppen

2.3.2. Familienstand

Die familiäre Situation der Klienten/innen kann in ihren verschiedenen Facetten beschrieben werden. Rechtlich zeigt sich mehr als die Hälfte ledig, etwas mehr als jede/r Vierte ist verheiratet, etwa jede/r Siebte geschieden (siehe Abbildung 2.9). Klientinnen sind häufiger als Klienten verheiratet (33 % versus 25 %) aber auch öfter geschieden (20 % versus 13 %).

Unter den verschiedenen Hauptsubstanzgruppen zeigt sich die erwartete Verteilung der Kategorien des formalen Familienstandes (siehe Tabelle 2.8): Alkoholiker/innen weisen den kleinsten Anteil der Ledigen auf (38 %), während dieser bei den Heroin- (75 %) und Cannabis-Klienten/innen (94 %) weit überwiegt. Jeweils etwa ein Drittel der Alkoholiker/innen und Spieler/innen sind verheiratet und leben mit den Partner/innen zusammen - von den Heroinabhängigen ist dies nicht einmal jede/r Zehnte. Trifft dies jedoch zu, dauert dieser Zustand im Alter von 36,5 Jahren durchschnittlich bereits seit 8,3 Jahren an. Verheiratete Alkoholiker/innen befinden sich während der Betreuung im ambulanten Suchtkranken-

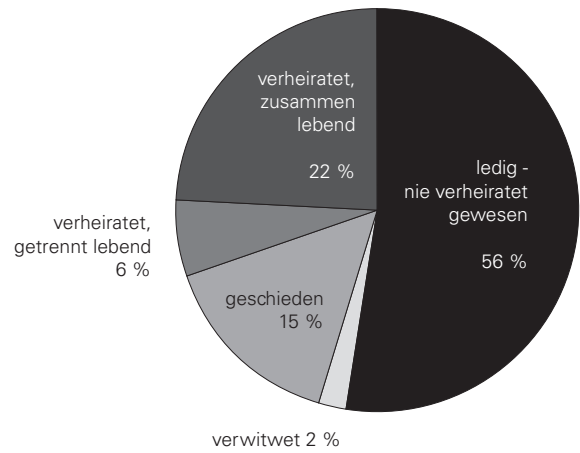


Abbildung 2.9: Formaler Familienstand der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 (N=8.052)

hilfesystem im Alter von 48,8 Jahren und leben bereits seit durchschnittlich 17,6 Jahren mit den Partner/innen zusammen. Die Konsumenten/innen illegaler Substanzen heiraten bereits zwischen dem 25. und 28. Lebensjahr

und damit früher als die Personen mit Problemen durch legale Suchtmittel, die in der Regel erst nach dem 30. Geburtstag heiraten.

Näher kommt der tatsächlichen Lebenssituation die folgende Übersicht: In einer familiären Konstellation - mit der vorausgehenden oder nachfolgenden Generation oder einer Partnerin bzw. einem Partner - leben 52 Prozent der Klienten/innen (siehe Abbildung 2.10). 39 Prozent der Klientel der ambulanten Suchthilfe leben tatsächlich allein - unter ihnen befinden sich eher Männer (42 %) als Frauen (29 %). Letztere bestreiten das Leben deutlich häufiger zusammen mit einem Partner und/oder Kindern (54 % gegenüber 33 % der Männer).

		Familienstand					Gültige N
		ledig; nie verheiratet gewesen	verheiratet, zusammen lebend	verheiratet, getrennt lebend	geschieden	verwitwet	
Alkohol	Anteil (%)	38 %	30 %	8 %	21 %	3 %	4.264
	Alter*	36,5	48,8	46,2	48,0	56,5	4.237
	Dauer*	36,5	17,6	4,2	9,8	9,1	3.486
Heroin	Anteil (%)	75 %	9 %	5 %	10 %	1 %	1.829
	Alter*	32,5	36,5	36,7	41,0	44,6	1.817
	Dauer*	32,5	8,3	5,3	9,6	6,4	1.634
Cannabis	Anteil (%)	94 %	3 %	2 %	1 %	0 %	857
	Alter*	21,6	34,2	31,8	44,6	-	850
	Dauer*	21,6	9,2	4,6	11,0	-	830
Glücksspiel	Anteil (%)	49 %	30 %	7 %	13 %	1 %	300
	Alter*	34,2	42,2	40,0	44,0	51,7	300
	Dauer*	34,2	10,3	2,5	7,5	7,5	256
Essstörungen	Anteil (%)	62 %	23 %	3 %	10 %	1 %	202
	Alter*	25,3	39,6	38,0	47,7	53,6	202
	Dauer*	25,3	9,7	1,7	6,8	2,3	182

*: in Jahren

Tabelle 2.8: Formaler Familienstand der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Hauptsubstanz

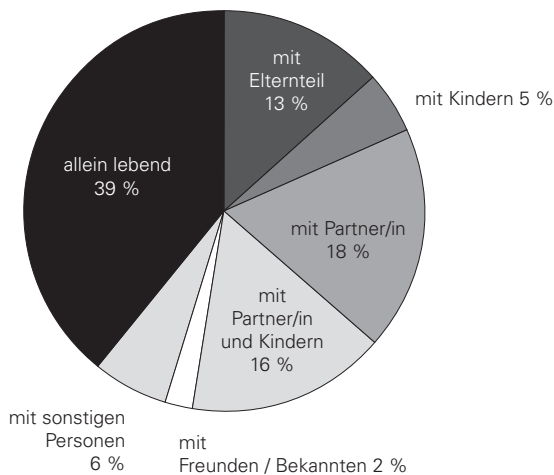


Abbildung 2.10: Tatsächliche Familienkonstellation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 (N=7.245)

Auch zwischen den Hauptsubstanzgruppen zeigen sich Unterschiede (siehe Tabelle 2.9): Die Gruppe der Cannabis-Klienten/innen ist gekennzeichnet durch den höchsten Anteil derjenigen, die mit einem Elternteil zusammenleben. Gleichzeitig findet sich in dieser Gruppe ebenfalls der größte Anteil derjenigen, die mit „sonstigen Personen“ zusammenleben: Mehr als jede/r achte dieser Klienten/innen ist hiervon betroffen.

Die Gruppen Alkohol, Heroin und pathologisches Spielen besitzen ähnlich große Anteile allein lebender Personen (38 % bis 40 %), unterscheiden sich bei den klassischen Familiensituationen aber erheblich: Während sich unter den Heroin-Klienten/innen nur 12 Prozent finden, die mit Partner/in und Kind zusammenleben, sind dies bei den Alkoholiker/innen 19 Prozent und bei den Spieler/innen 26 Prozent. Auch allein mit einem/r Partner/in leben Heroin-Klienten/innen seltener zusammen als die Personen aus jenen beiden anderen Gruppen.

Substanz	Anteil (%)	alleinlebend	mit Elternteil	mit Kindern	mit PartnerIn	mit PartnerIn und mit Kindern	mit Freunden / Bekannten	mit sonstigen Personen	Gültige N
Alkohol	Anteil (%)	42 %	6 %	6 %	21 %	19 %	1 %	4 %	3.793
	Alter*	44,4	27,2	43,5	48,5	44,1	37,6	35,1	3.774
	Dauer*	2,0	4,8	3,5	4,6	3,2	1,7	1,6	532
Heroin	Anteil (%)	40 %	15 %	4 %	16 %	12 %	5 %	8 %	1.654
	Alter*	35,2	28,7	35,2	34,5	35,2	33,5	34,0	1.643
	Dauer*	2,9	5,5	4,0	3,4	3,9	2,8	3,0	261
Cannabis	Anteil (%)	30 %	41 %	2 %	6 %	4 %	4 %	13 %	782
	Alter*	25,1	19,1	31,6	26,8	31,8	22,3	20,0	776
	Dauer*	1,5	1,8	1,5	0,8	1,4	1,7	1,6	101
Glücksspiel	Anteil (%)	38 %	8 %	2 %	20 %	26 %	1 %	5 %	287
	Alter*	38,5	29,7	42,5	38,8	39,6	36,3	38,9	287
	Dauer*	1,3	3,5	-	0,4	0,9	-	4,2	23
Essstörung	Anteil (%)	30 %	23 %	9 %	16 %	13 %	1 %	8 %	172
	Alter*	37,8	18,4	40,1	34,2	38,4	24,5	24,3	172
	Dauer*	0,7	0,4	0,8	0,4	1,1	-	2,1	35

*: in Jahren

Tabelle 2.9: Tatsächliche Familienkonstellation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Hauptsubstanz

Den engsten Bereich sozialer Bindung bildet die Kategorie der Partnerbeziehung ab: Etwas weniger als die Hälfte der Klienten/innen geben an, allein stehend zu sein (46 %, siehe Abbildung 2.11). Lediglich jede/r Dritte lebt in einer festen Beziehung. Auch hier ist es so, dass Frauen sozial eingebundener sind: 40 Prozent von ihnen verfügen über eine feste Partnerbeziehung, während es unter den Männern nur 30 Prozent sind. Entsprechend zeigen sich die Anteile der allein Stehenden: Von den Männern trifft dies auf jeden Zweiten (49 %), von den Frauen auf etwas mehr als jede Dritte zu (38 %).

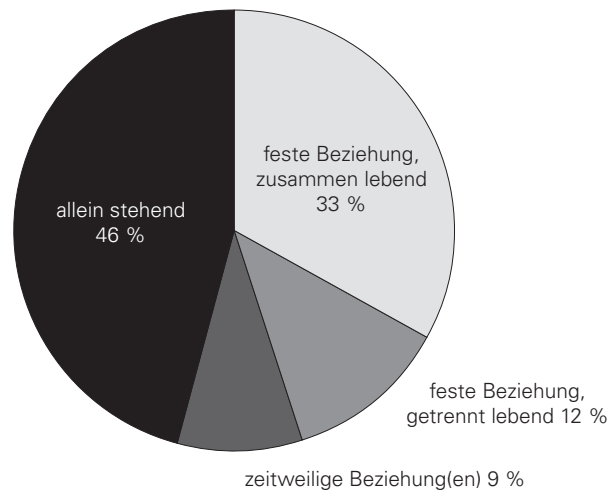


Abbildung 2.11: Partnerbeziehung, namentlich erfasste Klienten/innen des Jahres 2005 (N=10.535)

Der Blick auf die verschiedenen Hauptsubstanzgruppen zeigt deutliche Unterschiede: Unter den Klienten/innen mit Problemen mit legalen Suchtmitteln finden sich höhere Anteile fester Beziehungen als unter denen, die mit Heroin oder Cannabis ihre Hauptprobleme haben (siehe Tabelle 2.10). Entsprechend besitzen letztere höhere Anteile allein stehender Personen - bei den Cannabis-Klienten/innen besitzen diese einen Anteil von 60 Prozent, unter den Heroin-Klienten/innen sind es immer noch 51 Prozent.

Gleichzeitig bestehen in Bezug auf die Dauer des Allein stehens zwischen diesen verschiedenen Personengruppen aber keine sehr großen Unterschiede, während sich solche bei der Dauer der festen Beziehungen (zusammen lebend) sehr wohl zeigen. Denn feste Beziehungen halten bei den Alkoholiker/innen durchschnittlich bereits seit mehr als 13 Jahren an, während sie bei den Heroin-Klienten/innen nur 5 Jahre andauern. Auch die festen Beziehungen der Spieler/innen und Personen mit Essstörungen währen mit durchschnittlich 8,2 bzw. 9,7 Jahren deutlich länger.

Hauptsubstanz	Anteil (%)	Partnerbeziehung(en)				Gültige N
		alleinstehend	zeitweilige Beziehung(en)	feste Beziehung, zusammen lebend	feste Beziehung, getrennt lebend	
Alkohol	Anteil (%)	41 %	6 %	41 %	12 %	5.002
	Alter*	42,3	37,7	46,7	41,8	4.909
	Dauer*	5,9	3,4	13,4	3,5	2.897
Heroin	Anteil (%)	51 %	13 %	26 %	10 %	3.033
	Alter*	33,7	32,4	34,4	33,2	3.007
	Dauer*	5,5	4,0	5,1	3,7	1.202
Cannabis	Anteil (%)	60 %	14 %	13 %	13 %	1.114
	Alter*	21,7	22,3	28,8	22,8	1.103
	Dauer*	4,3	1,7	3,9	1,7	512
Glücksspiel	Anteil (%)	34 %	5 %	47 %	14 %	329
	Alter*	37,6	38,3	39,6	38,3	329
	Dauer*	4,8	4,4	8,2	4,0	203
Essstörung	Anteil (%)	51 %	10 %	28 %	11 %	236
	Alter*	29,4	29,4	36,1	32,0	235
	Dauer*	3,8	1,6	9,7	1,9	132

*: in Jahren

Tabelle 2.10: Partnerbeziehung der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Hauptsubstanz

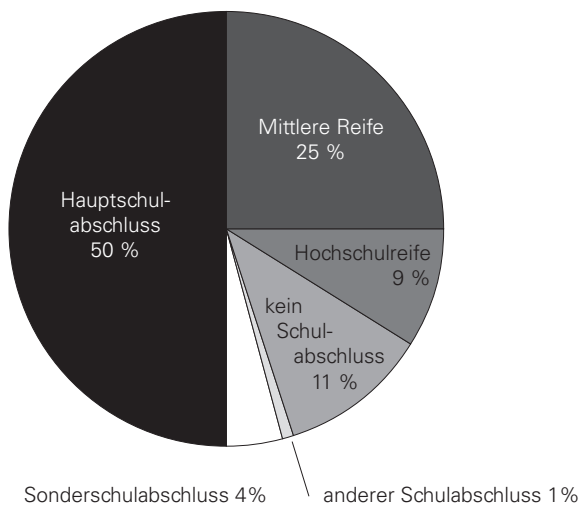


Abbildung 2.12: Höchster Schulabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 in einem Alter von 18 Jahren oder älter (N=5.782)

2.3.3. Bildungs- und Ausbildungsstand

Jede/r Zweite der schleswig-holsteinischen Klienten/innen besitzt einen Hauptschulabschluss, lediglich jede/r Dritte entweder die Mittlere Reife oder das Abitur, jede/r Zehnte hat die Schule ohne Abschluss verlassen (siehe Abbildung 2.12).

Die erreichte Klientel zeigt sich damit im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung weit unterqualifiziert.⁵ Besonders betrifft dies die Männer, sie haben häufiger (13 %) als die Frauen (8 %) keinen Schulabschluss und seltener die Mittlere Reife oder das Abitur (30 %) als diese (46 %).

Unterschiede zeigen sich auch zwischen den Gruppen der verschiedenen Hauptsubstanzen (siehe Tabelle 2.11): Besonders häufig ohne Abschluss haben die Cannabis-Klienten/innen die Schule verlassen: Annähernd jede/r Vierte von ihnen startet unter diesen schlechten Voraussetzungen in das Erwerbsleben. Heroin-Klienten/innen stehen ihnen nur wenig nach. Von ihnen besitzt jede/r Fünfte keinen Schulabschluss, nur ein geringfügig größerer Anteil dieses Personenkreises absolvierte erfolgreich die Mittlere Reife oder das Abitur (21 %) - dies ist der kleinste Anteil unter allen relevanten Hauptsubstanzen-Gruppen.

Überdurchschnittlich qualifiziert zeigen sich die Frauen, die mit Essstörungen eine ambulante Einrichtung aufsuchen: 3/4 von ihnen schlossen die Schule mit dem Abitur oder der Mittleren Reife ab.

	Hochschulreife	Mittlere Reife	Hauptschulabschluss	anderer Schulabschluss	Sonderschulabschluss	kein Schulabschluss	N
Alkohol	11 %	27 %	50 %	1 %	4 %	6 %	3.161
Heroin	5 %	16 %	56 %	1 %	4 %	19 %	1.321
Cannabis	7 %	22 %	43 %	1 %	4 %	23 %	522
path. Spielen	12 %	31 %	46 %	0 %	5 %	5 %	245
Essstörung	20 %	53 %	21 %	0 %	2 %	4 %	122

Tabelle 2.11: Höchster Schulabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 in einem Alter von 18 Jahren oder älter nach Hauptsubstanz

⁵ http://www.statistik-sh.de/M4/PDF/05%20Bildung%20und%20Kultur/m4_03k05t1.pdf

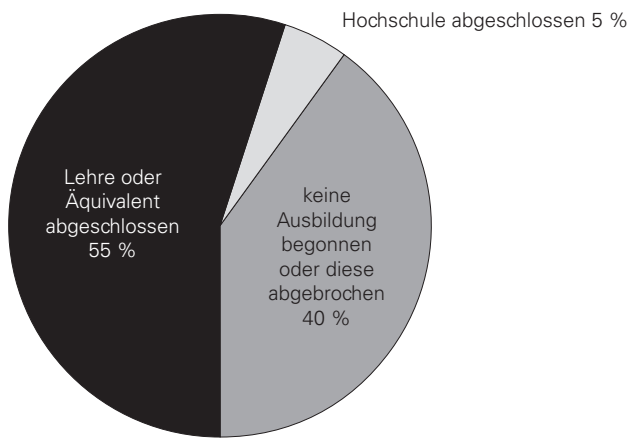


Abbildung 2.13: Ausbildungsabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 in einem Alter von 20 Jahren oder älter (N=3.781)

Mit diesen grundsätzlich unterdurchschnittlichen Schulabschlüssen vermag der hohe Anteil von 40 Prozent derjenigen Klienten/innen, die keine Ausbildung begonnen oder aber diese abgebrochen haben, nicht mehr zu überraschen (siehe Abbildung 2.13).

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede, die sich bei den Schulabschlüssen gezeigt haben, setzten sich hier nicht fort: Männer und Frauen sind gleichermaßen von der niedrigen Quote der Ausbildungsabschlüsse betroffen.

Hingegen stellt sich die Situation im Vergleich der relevanten Hauptsubstanzgruppen unterschiedlich dar (siehe Abbildung 2.14).

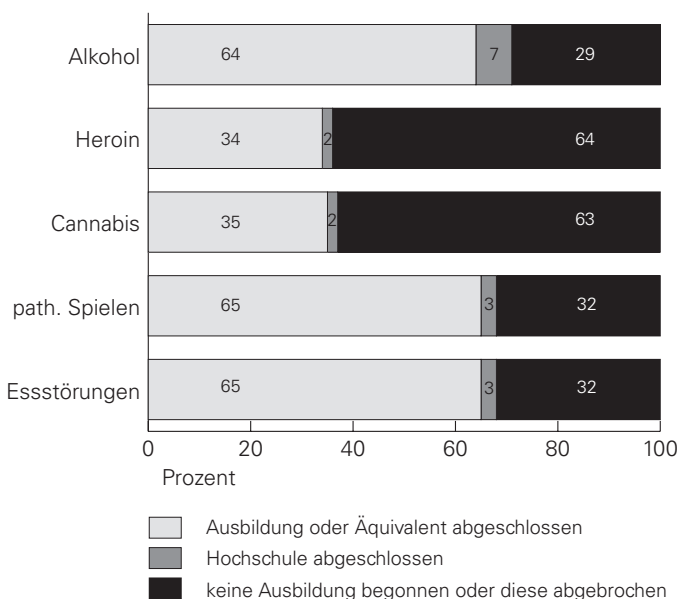


Abbildung 2.14: Ausbildungsabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 in einem Alter von 20 Jahren oder älter nach Hauptsubstanz

Während die Klienten/innen, die Schwierigkeiten mit dem Konsum der illegalen Substanzen Cannabis oder Heroin besitzen, in zwei von drei Fällen keine Ausbildung abgeschlossen haben, verhält es sich bei denjenigen, die wegen der legalen Substanz Alkohol, des pathologischen Spielens oder einer Essstörung Beratung suchen ganz anders: Von Ihnen haben zwei Drittel eine Ausbildung erfolgreich beendet.

Als Ursache für diese Trennung kommen die bereits oben benannten Faktoren in Frage: Suchtmittelspezifisch unterschiedliche Auswirkungen (gesundheitliche Schädigungen durch den Alkohol treten langsamer zu Tage als die durch den Heroinkonsum) ebenso wie die, durch die gesellschaftlich unterschiedlich vorhandene Bereitschaft, Menschen mit ihren jeweils spezifischen Suchtproblemen zu integrieren, verursachten Umstände des Suchtmittelkonsums (die verbotene Substanz Heroin regelmäßig zu besorgen, verursacht für die Abhängigen einen ganz anderen finanziellen und zeitlichen Aufwand, als das Suchtmittel Alkohol im Laden um die Ecke zu kaufen).

2.3.4. Berufliche und finanzielle Situation

Die soeben geschilderte unterdurchschnittliche Qualifikation der Klienten/innen des schleswig-holsteinischen Suchthilfesystems findet seine Fortsetzung in der finanziellen Situation der Klientel: Weniger als ein Drittel der betreuten Personen gibt als Haupteinkommensquelle die eigene Erwerbstätigkeit an (31 % - siehe Abbildung 2.15). Dagegen beziehen 50 Prozent der Klienten/innen Transferleistungen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten wird (Arbeitslosengeld I und II, Sozialhilfe, Krankengeld u. ä.).

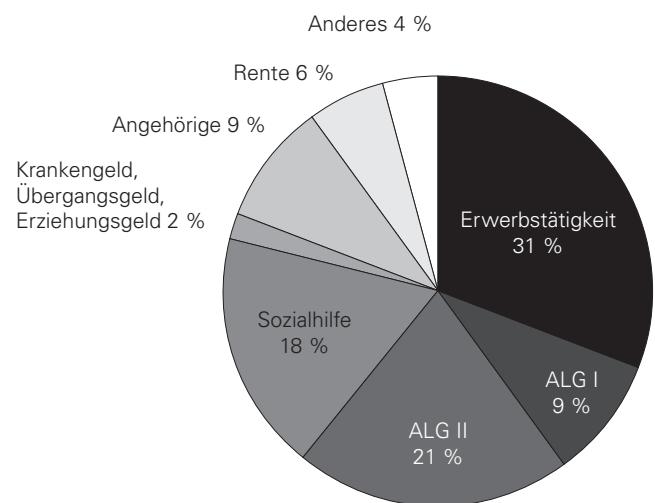
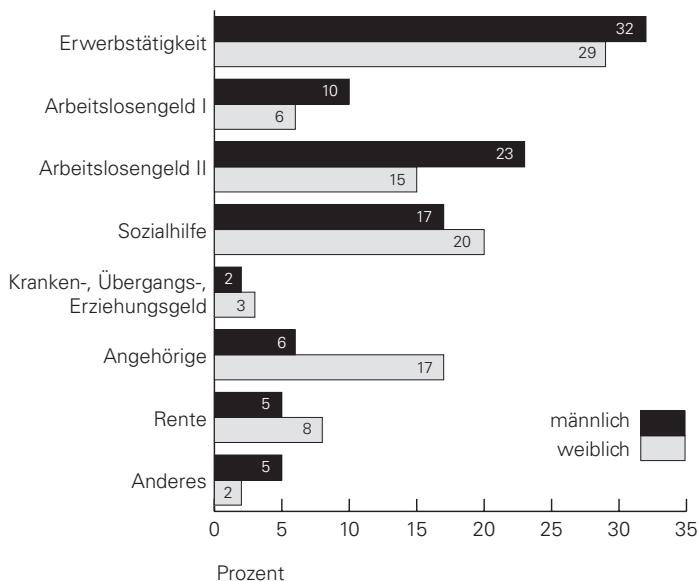


Abbildung 2.15: Haupteinkommensquelle der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 (N=8.985)



Zwischen den Geschlechtern bestehen in der Frage der Haupteinkommensquelle erhebliche Unterschiede, die sich offensichtlich entlang traditioneller Rollenschemata bewegen (siehe Abbildung 2.16).

Männer stehen (bzw. standen) dem Arbeitsmarkt in deutlich höherem Maße zur Verfügung, daher sind ihre Anteile bei den Kategorien Erwerbstätigkeit, Arbeitslosengeld I und II größer als die der Frauen. Letztere bestreiten ihren Lebensunterhalt eher aus bezogener Sozialhilfe als Männer oder aber in sehr viel höherem Maße über finanzielle Unterstützungen durch Angehörige. Insgesamt erhalten Männer eher Transferleistungen als Frauen.

Die Haupteinkommensquellen unterscheiden sich zwischen den Hauptsubstanzgruppen z. T. dramatisch (siehe Tabelle 2.12): Während 58 Prozent der Spieler/innen durch Erwerbstätigkeit vornehmlich ihren Lebensunterhalt bestreiten, sind dies nur 14 Prozent der Heroin-Klienten/innen, letztere benennen aber in zwei Dritteln der Fälle das Arbeitslosengeld II oder die Sozialhilfe als ihre Haupteinkommensquelle, während dies unter den Spieler/innen „nur“ 20 Prozent tun. Unter den Alkoholiker/innen befinden sich noch 39 Prozent derjenigen, für die die Erwerbstätigkeit im Vordergrund steht, aber bereits

Abbildung 2.16: Haupteinkommensquelle der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Geschlecht (N=8.985)

		Erwerbstätigkeit		Erziehungs-, Kranken-, Übergangsgeld	Sozialhilfe	Rente, Pension	Angehörige	Anderes	Gültige N	
		ALG I	ALG II							
Alkohol	Anteil (%)	39 %	11 %	18 %	3 %	10 %	9 %	8 %	3 %	4.469
	Alter*	43,9	43,6	41,3	44,2	40,8	59,4	39,3	39,2	4.384
	Dauer*	10,8	1,7	2,4	1,8	4,2	5,5	10,0	5,3	2.508
Heroin	Anteil (%)	14 %	9 %	31 %	1 %	36 %	2 %	2 %	4 %	2.559
	Alter*	34,4	34,1	34,5	34,1	33,2	42,4	27,5	33,0	2.540
	Dauer*	3,8	2,1	2,4	3,1	4,2	4,2	7,9	3,0	1.098
Cannabis	Anteil (%)	31 %	7 %	13 %	2 %	11 %	1 %	30 %	6 %	866
	Alter*	24,4	25,5	26,4	30,3	24,2	35,2	18,5	19,1	857
	Dauer*	2,5	0,8	1,5	1,8	2,5	3,1	7,4	2,0	456
Glücksspiel	Anteil (%)	58 %	9 %	14 %	2 %	6 %	4 %	3 %	3 %	291
	Alter*	38,3	41,5	37,7	40,7	38,8	51,5	28,1	33,7	291
	Dauer*	7,3	1,5	2,4	1,6	5,3	6,0	6,6	1,7	194
Essstörung	Anteil (%)	44 %	3 %	4 %	1 %	6 %	5 %	36 %	0 %	211
	Alter*	33,1	34,8	37,6	31,3	30,7	50,5	27,1	37,4	210
	Dauer*	5,0	0,9	1,8	1,3	2,4	3,1	8,0	-	138

*: in Jahren

Tabelle 2.12: Haupteinkommensquelle der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Hauptsubstanz

28 Prozent, für die Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe zentrale Quellen des Lebensunterhaltes sind. Einen besonders hohen Anteil der vornehmlichen Unterstützung durch Angehörige besitzen die Personen mit Essstörungen (36 %). In Bezug auf die Dauer des Erhalts staatlicher Transferleistungen (ALG I, ALG II, Sozialhilfe) bestehen zwischen den Hauptsubstanzgruppen nur unbedeutende Unterschiede: Die Sozialhilfe wird durchschnittlich bereits seit mehr als vier Jahren, das Arbeitslosengeld II seit 2 1/2 Jahren bezogen. Die Dauer der Erwerbstätigkeit unterscheidet sich zwischen beiden größten Personengruppen aber deutlich: Während Alkoholiker/innen durchschnittlich seit etwa 11 Jahren selbst für ihren Lebensunterhalt sorgen, beträgt dieser Zeitraum bei den Heroin-Klienten/innen nur etwa vier Jahre.

Die andere Seite der Einkommensverhältnisse ist die Verschuldungssituation (siehe Abbildung 2.17): Jede/r zweite Klient/in gibt an, keine Schulden zu besitzen. Jede/r Vierte hingegen steht mit Verbindlichkeiten von mehr als 2.500 Euro in der Schuld.

Diese Schulden verteilen sich nicht gleichmäßig über alle Klienten/innen: Es lassen sich Unterschiede zwischen den Hauptsubstanzgruppen entdecken (siehe Abbildung 2.18). Die Cannabis-Klienten/innen besitzen am ehesten keine Schulden: Zwei von Dreien geben an schuldenfrei zu sein. Dies steht im Kontrast zu den Heroin-Klienten/innen und v. a. den pathologischen Spielern/innen: Von ihnen besitzt lediglich jede/r Vierte keine Schulden. Während die Heroin-Klienten/innen aber nur in 17 Prozent der Fälle mehr als 5.000 Euro Schulden besitzen, sind es unter den Glücksspielern/innen 39 Prozent.

Den Überblick über ihre Schulden haben am ehesten die Heroin-Klienten/innen verloren: Jede/r Vierte verfügt über Schulden in unbekannter Höhe.

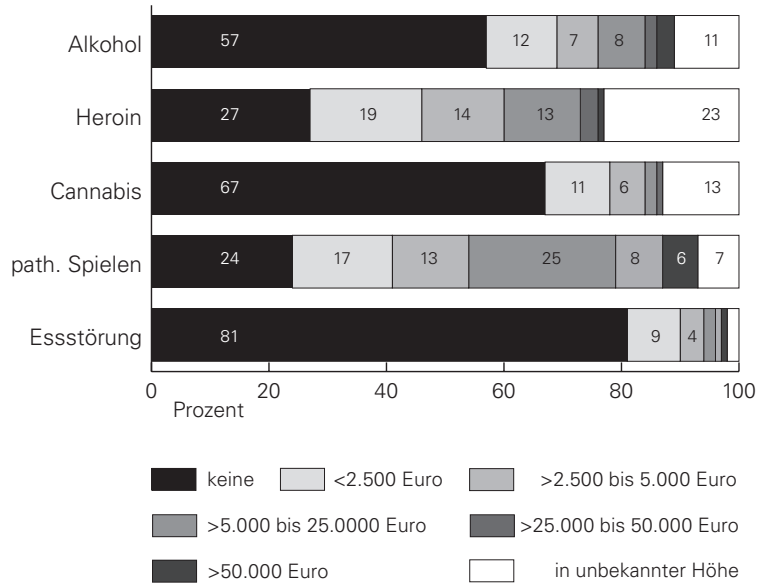


Abbildung 2.18: Schuldenhöhe der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 nach Hauptsubstanz

2.4. Der Weg in das Hilfesystem hinein und wieder hinaus

Die im Jahr 2005 begonnenen Betreuungen wurden durch vielfältige Anstöße initiiert (siehe Abbildung 2.19): Die meisten Vermittlungen (40 %) rührten von anderen Stellen aus dem Hilfesystem selbst: Diese Klienten/innen hatten also bereits professionellen Kontakt gesucht. Etwa jede dritte Betreuung (31 %) wurde aufgenommen, ohne dass es eines Anstoßes Dritter bedurfte. Letzteren hat es bei jeder vierten Betreuung gegeben: Motivation aus der näheren sozialen Umgebung (12 %) und Verpflichtungen durch öffentliche Stellen bzw. den Arbeitgeber oder die Schule (zusammen 13 %) haben hierbei etwa gleich große Anteile.

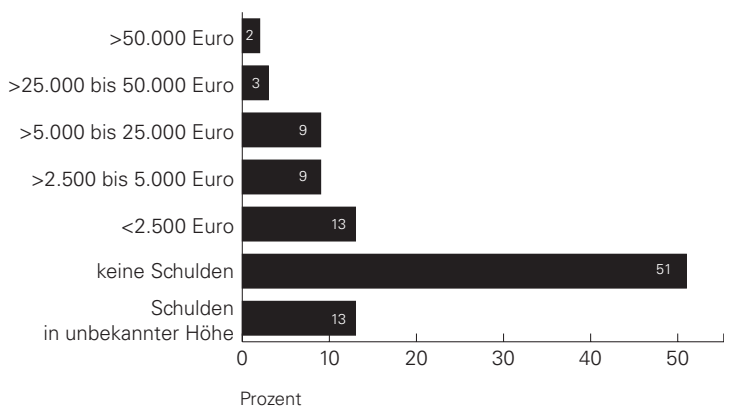


Abbildung 2.17: Schuldenhöhe der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2005 (N=4.273)

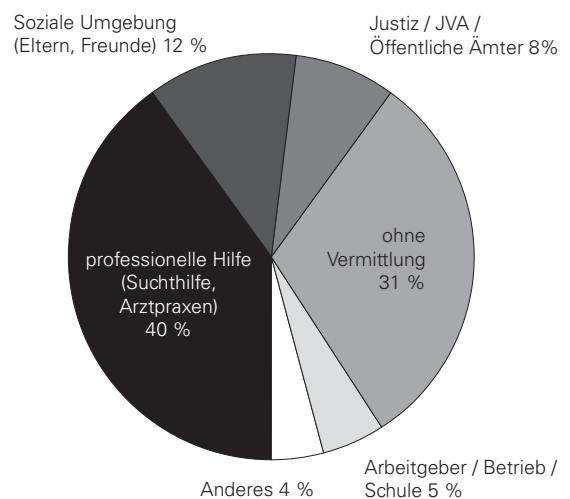


Abbildung 2.19: Vermittlung in das Hilfesystem (N=10.406 Betreuungen), 2005

Je nach Art der Hauptsubstanz unterscheidet sich die Art und Weise der Vermittlung in das ambulante Hilfesystem: Während annähernd die Hälfte der Betreuungen der Alkohol-Klienten/innen durch andere professionelle Stellen vermittelt wird (46 %), sind dies bei den Cannabis-Klienten/innen lediglich 15 Prozent. Die hier betrachteten Betreuungen dieser Gruppe stellen damit in der Regel die ersten Kontakte mit dem Hilfesystem dar. Mehr Klienten/innen dieser Gruppe werden durch die Familie und Freunde vermittelt: Jede/r Fünfte findet auf diesem Weg in die Beratung. Jede/r Vierte Cannabis-Klient/in wird von öffentlichen Stellen oder der Schule zur Beratungsstelle geschickt. In keiner anderen Hauptsubstanzgruppe wird dieser Wert überschritten. Allerdings zeigt sich bei der Betrachtung der Teilgruppe der jüngeren Klienten/innen im Alter unter 27 Jahren, dass solche Alkohol-Klienten/innen zu 27 Prozent durch öffentliche Stellen vermittelt werden, während dies bei den Cannabis-Klienten/innen nur in 15 Prozent der Fälle zutrifft.

Vermittlungen der Heroin-Klienten/innen durch öffentliche Stellen, Arbeitgeber oder Schulen existieren nur in sehr geringem Ausmaß (5 %). Diese Gruppe besitzt zu 43 Prozent bereits Kontakte zum Hilfesystem und wird von dort vermittelt, in 39 Prozent der Fälle sucht sie eigenständig die Einrichtung auf.

Im Blickwinkel der Beendigungen der Betreuungen besitzen Weitervermittlungen (sowie Verlegungen und Wechsel) ebenfalls eine Bedeutung: Jede fünfte Betreuung wird auf diese Weise beendet (siehe Abbildung 2.20). Bedeutender sind allerdings der Abbruch durch die Klientin oder den Klienten (32 %) und der planmäßige Abschluss (44 %, ohne Weitervermittlung).

Betreuungen der Heroin-Klienten/innen werden häufiger abgebrochen (39 %) und seltener planmäßig zu Ende geführt (26 %) als die Betreuungen anderer Hauptsubstanzgruppen. Cannabis-Klienten/innen enden besonders selten mit einer Weitervermittlung (12 %) und etwas häufiger planmäßig (50 %).

Die Ziele der Weitervermittlungen nach dem Ende der Betreuung in der dokumentierenden Einrichtung lassen sich identifizieren (siehe Abbildung 2.21).

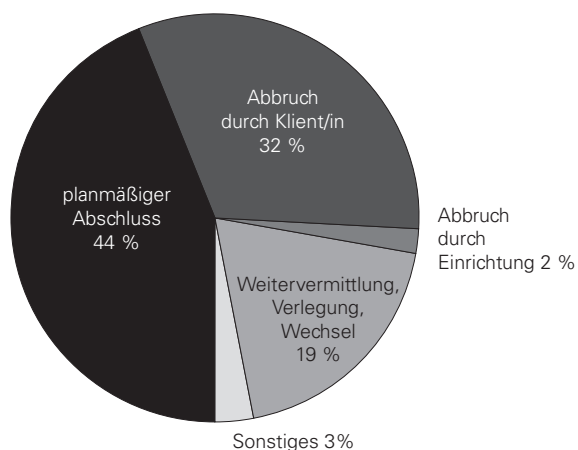


Abbildung 2.20: Art der Beendigung der Betreuung (N=7.341 Betreuungen), 2005

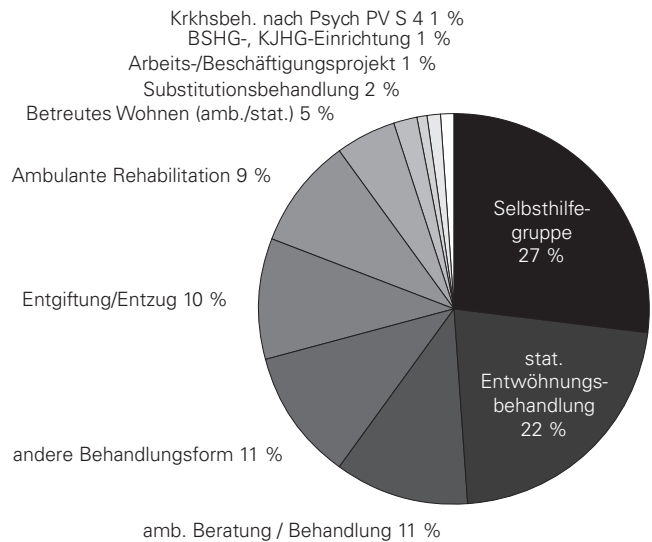


Abbildung 2.21: Weitervermittlung nach Ende der Betreuung (N=2.456 Betreuungen), 2005

Fast jede/r zweite weitervermittelte Klient/in wird in ein professionelles Angebot weitergeleitet, das sich an die Sucht im engeren Sinne richtet: Etwas mehr als jede/r Fünfte wechselt in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung, etwa jede/r zehnte in die ambulante Beratung bzw. Behandlung - ebenso viele wie in die Entgiftung und in die Ambulante Rehabilitation. Selbsthilfegruppen sind für jede/n vierte/n weitervermittelte/n Klienten/in das Ziel nach dem Ende der Betreuung in einer ambulanten Suchthilfeeinrichtung.

Am Ende einer Betreuung stellt sich für Klienten/innen und Mitarbeiter/innen der ambulanten Einrichtungen die Frage, ob die gewählten Maßnahmen erfolgreich waren. Hierauf kann über eine Beurteilung der Veränderung des Konsumstatus der Klienten/innen eine erste Einschätzung gewonnen werden (Abbildung 2.22).

So dokumentierten die Mitarbeiter/innen für jede/n vier-te/n Klient/in (24 %) eine Verbesserung des Konsumstatus (Rückgewinn der Kontrolle über den Konsum, Min-

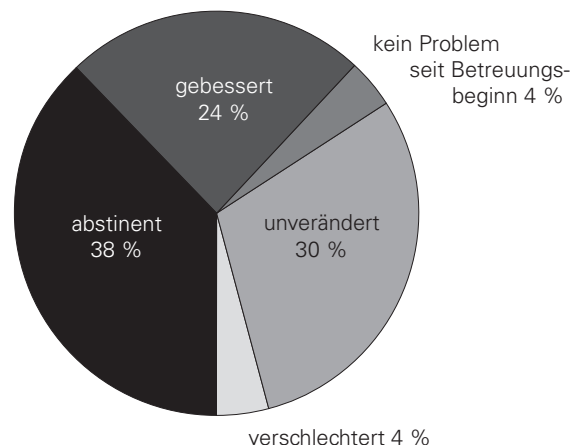


Abbildung 2.22: Konsumstatus nach Beendigung der Betreuung (N=5.959), 2005

derung der Konsumfrequenz oder -menge, Nutzung risikoärmerer Konsumweisen, o. ä.). Für mehr als jede/n Dritte/n wurde sogar die Abstinenz (Einstellung des Konsums, Spielens bzw. Beilegung der Störung) festgehalten (38 %). Insgesamt wird auf diese Weise für fast zwei Drittel der Klienten/innen eine - in Abstufungen - erfolgreiche Tätigkeit der ambulanten Einrichtungen beschrieben. Bei etwa einem Drittel der Klienten/innen führen Beratung oder therapeutische Tätigkeit nicht zu einer Verbesserung des Konsumstatus.

Zwischen den einzelnen Hauptsubstanzgruppen zeigen sich auch in dieser Frage Unterschiede (siehe Abbildung 2.23): Als suchtmittelspezifisch erfolgreichste zeigen sich die Angebote für die Glücksspieler/innen: Für 70 Prozent von ihnen wird eine erfolgreiche Veränderung des Konsumstatus festgehalten.

Für 64 Prozent der Alkoholiker/innen kann das gleiche Fazit gezogen werden. Ebenfalls für beide Gruppen gilt, dass der Anteil der nach der Betreuung abstinenten Klienten/innen erheblich höher ist als derjenigen, deren Konsumstatus „lediglich“ gebessert ist. Cannabis-Klienten/innen weisen annähernd gleich hohe Anteile (31 bis 33 %) in den Kategorien abstinent, gebessert und unverändert auf. Diese Höhe des Anteils eines unveränderten Konsumstatus wird lediglich von den Heroin-Klienten/innen übertroffen: Unter ihnen sind 44 Prozent, deren Opiatkonsum sich nicht verringert hat. Zurückzuführen ist dieser hohe Wert auch auf die hier eingeschlossene Teilgruppe der Substituierten, deren fortgesetzte Behandlung mit dem Substitutionsmittel sehr langfristig angelegt ist und hier als unveränderter Zustand einget. ⁶ Insgesamt wies jede/r zweite Klient/in mit einem Opiatproblem am Ende der Betreuung keinen verbesserten Konsumstatus auf.

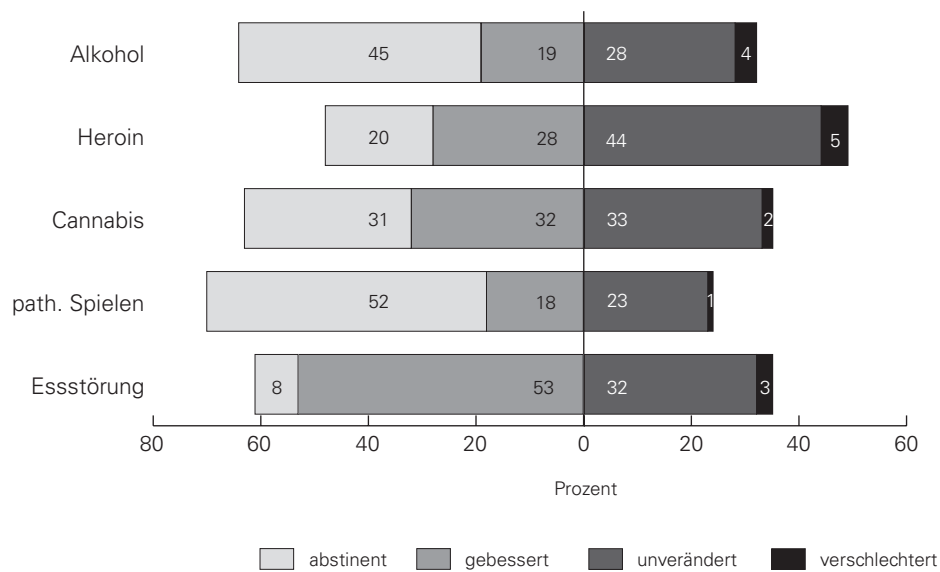


Abbildung 2.23: Konsumstatus nach Beendigung der Betreuung nach Hauptsubstanz, 2005

⁶ So kann der Konsumstatus „unverändert“ möglicherweise auch eine positive Entwicklung darstellen, nämlich der regelmäßige Gebrauch des Substitutionsmittels.

2.5. Leistungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems

2.5.1. Auf einzelne Personen bezogene Leistungen

Im System der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins sind im Jahr 2005 insgesamt 120.951 einzelne Leistungen mit Hilfe des elektronischen Dokumentationsystems für namentlich erfasste Personen - Klient/innen und Angehörige - festgehalten worden.

Mehr als jede zweite erbrachte Leistung ist eine Beratungsleistung gewesen (54 %, siehe Abbildung 2.24). Etwa jede dritte Leistung war eine therapeutische Betreuung,⁷ 31 %. Deutlich geringere Anteile besitzen die Kategorien Information (6 %), Vermittlung (4 %) und Begleitung (1 %).

Gleichwohl spiegelt diese Verteilung nur bedingt den Alltag in den Einrichtungen wieder, denn unter zeitlichen Gesichtspunkten nehmen Beratung und Betreuung die gleiche Stellung ein: Jeweils etwa vier von zehn Stunden der für Klient/innen und Angehörigen aufgewendeten Zeit werden von diesen beiden Leistungskategorien in Anspruch genommen.

Neben einem solchen allgemeinen Blick lässt sich die Dauer der durchschnittlich pro Klient/in erbrachten Leistungen beschreiben: Es zeigt sich, dass Frauen durchschnittlich länger andauernde Leistungen erhalten (siehe Tabelle 2.13). Sie nehmen mit 11,6 Stunden pro Klient-

	Dauer der Leistungen in Stunden (h)	Anteil an Gesamtleistungsdauer (%)	Anteil Klient/innen (%)	Anzahl Klient/innen (N)
männlich	8,5	69 %	75 %	8.193
weiblich	11,6	31 %	25 %	2.719
Gesamt	9,0	100 %	100 %	10.911

Tabelle 2.13: Durchschnittliche Gesamtdauer der klientenbezogenen Leistungen pro Klient/in nach Geschlecht, 2005

tin etwa drei Stunden mehr Leistungen in Anspruch als die Männer (8,5 Stunden pro Klient). Insgesamt erlangen Frauen 31 Prozent der aufgewendeten Zeit, obwohl ihr Anteil an allen Klient/innen „lediglich“ 25 Prozent beträgt.

Insbesondere die durchschnittlich längere therapeutische Betreuung führt zu der insgesamt für Frauen länger erbrachten Leistungszeit (siehe Abbildung 2.25): Wenn Frauen Leistungen aus dem Bereich Betreuung in Anspruch nehmen, tun sie dies durchschnittlich in einer Länge von 16,9 Stunden, während für Männer 13,7 Stunden aufgewendet werden.

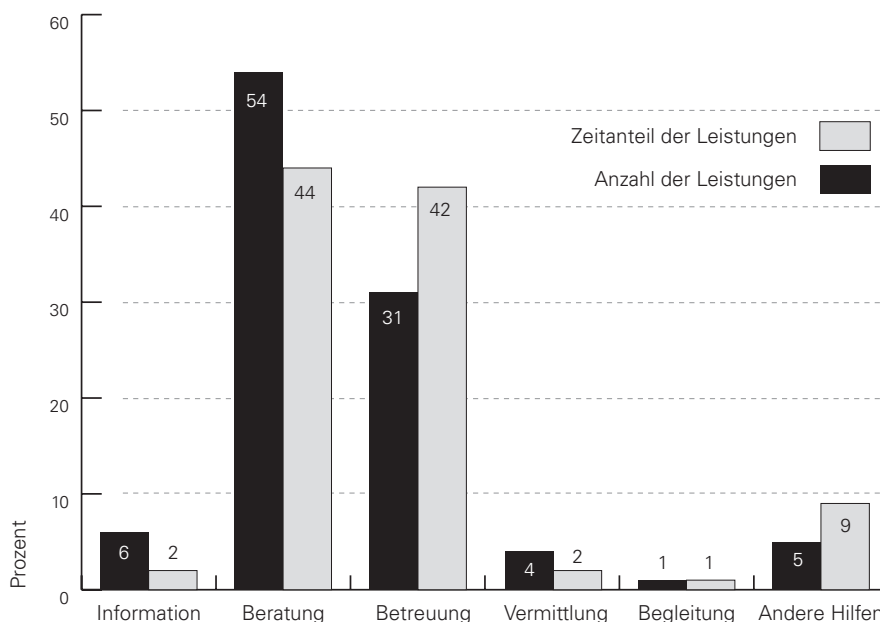


Abbildung 2.24: In Anspruch genommene Leistungen, anzahlbezogen und nach Zeitanteilen Klient/innen und Angehörige, (N=120.951 Leistungen), 2005

⁷ Der Begriff „Betreuung“ beschreibt ein spezifisches, geschlossenes therapeutisches Setting, in dem eine bestimmte Problemlage klientenzentriert über eine längere Zeit hinweg bearbeitet wird. Damit einher gehen professionelle therapeutische Methoden und Zielsetzungen der Behandlung (- deshalb wird auch die psychosoziale Betreuung im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Therapie zugeordnet).

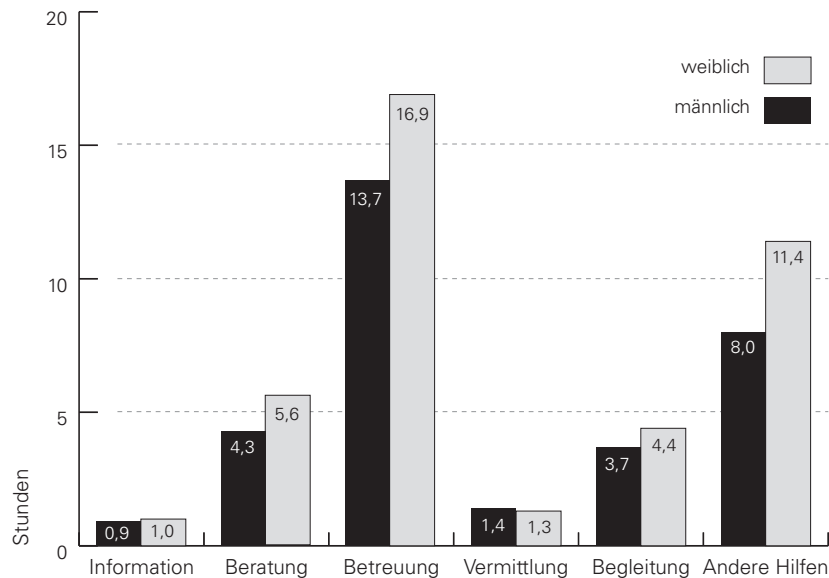


Abbildung 2.25: Durchschnittliche Dauer der verschiedenen Leistungen pro Klient/in differenziert nach Geschlecht, 2005

Beratungsleistungen - der zweite wichtige Bereich erbrachter Leistungen - werden von den Klientinnen ebenfalls intensiver nachgefragt.

Unterschiede im Nachfrageverhalten bzw. bei den erbrachten Leistungen zeigen sich nicht nur zwischen Geschlechtern sondern auch zwischen unterschiedlichen Altersgruppen (siehe Abbildung 2.26).

Grundsätzlich steigt mit dem Alter die in Anspruch genommene Zeit: Ältere Klienten/innen werden länger beraten und länger betreut als jüngere. Die Differenz zwischen der jüngsten (bis 25 Jahre) und ältesten Gruppe (älter als 45 Jahre) beträgt 3,8 Stunden (Beratung) bzw. 9,4 Stunden (Betreuung). Damit erhalten die Ältesten mehr als das doppelte der Beratung, die die Jüngsten erlangen und immer noch eine um 75 Prozent längere therapeutische Betreuung. Ob dies an einer mangelnden Nachfrage der Jüngeren oder einem verstärkten Angebot für die Älteren - aus therapeutischen oder andern Gründen - liegt, lässt sich hier nicht klären.⁸

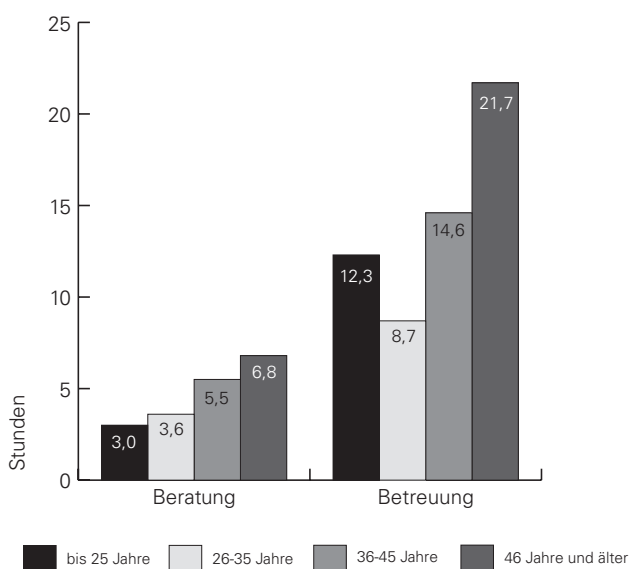


Abbildung 2.26: Durchschnittliche Dauer der pro Klient/in in Anspruch genommenen Leistungen nach Altersgruppen, 2005

Die Inanspruchnahme von Leistungen ist sehr unterschiedlich auf die einzelnen Hauptsubstanzgruppen verteilt (siehe Abbildung 2.27): So beanspruchen die Leistungen für die Alkoholiker/innen 64 Prozent der insgesamt für namentlich erfasste Klienten/innen aufgewendeten Zeit, obwohl ihr Anteil an allen Klienten/innen bei nur 44 Prozent liegt (vgl. Abbildung 2.3); dagegen beträgt der Anteil aller Heroin-Klienten/innen 30 Prozent, sie nehmen aber nur 20 Prozent der insgesamt aufgewendeten Zeit in Anspruch.

⁸ In die Gesamtauswertung sind auch die Daten einer Einrichtung eingegangen, die für junge Leistungsempfänger weit überdurchschnittlich lange Leistungszeiten dokumentiert, so dass über alle Einrichtungen betrachtet die durchschnittliche Betreuungslänge der jüngsten Altersgruppe die der nächstälteren übersteigt.

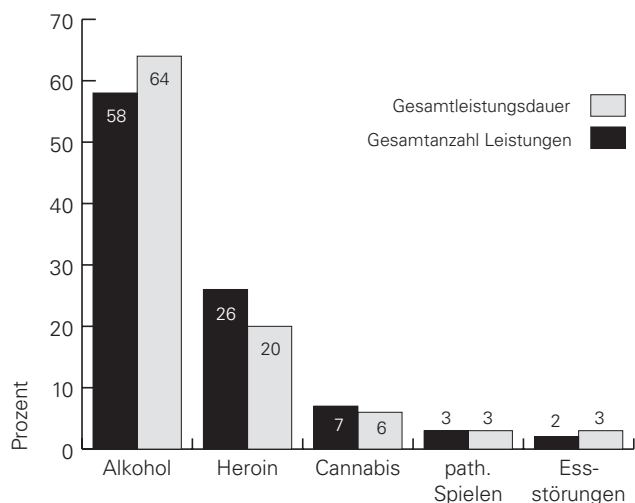


Abbildung 2.27: Gesamtleistungsdauer und Gesamtanzahl der erbrachten Leistungen namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz, 2005

Im Detail bestätigt sich dieses Bild (siehe Tabelle 2.14): Werden Alkohol-Klienten/innen beraten, geschieht dies fast doppelt so lang wie bei Heroinabhängigen (6,0 bzw. 3,4 Stunden), werden sie hingegen therapeutisch betreut, nimmt dies fünfmal so viel Zeit in Anspruch wie die Therapie der Heroinabhängigen (25,0 bzw. 5,0 Stunden). Grundsätzlich wird für Klienten/innen mit Problemen durch legale Suchtmittel oder andere suchtmittelgebundene Störungen mehr Zeit aufgewendet als für diejenigen, die im Umgang mit verbotenen Suchtmitteln Schwierigkeiten haben. Insgesamt am wenigsten Zeit wird für Cannabis-Klienten/innen investiert, am meisten für Alkoholiker/innen und Personen mit Essstörungen. Gleichwohl werden für Cannabis-Klienten/innen, wenn sie therapeutisch betreut werden, durchschnittlich 17,7 Stunden aufgewendet - dies betraf im Jahr 2005 genau 99 Personen.

Ob die Struktur oder die Art der Angebote, die spezifische Nachfrage dieser beiden Klientengruppen oder Besonderheiten der jeweiligen Suchterkrankungen für diese Unterschiede verantwortlich sind, muss hier ebenfalls dahin gestellt bleiben. Das Ergebnis der Betrachtung jedoch gilt: Für Alkoholiker/innen wird im ambulanten Suchtkrankenhilfesystem - absolut und auch relativ betrachtet - wesentlich mehr Zeit aufgewendet als für Heroinabhängige.

Aus der nachstehenden Tabelle ist des Weiteren zu erkennen, dass der weit überwiegende Teil aller Klienten/innen Beratungsleistungen nachgefragt hat (9.141 verschiedene Klienten/innen) und etwa jede/r vierte therapeutische Betreuungsleistungen erhielt. Für etwa jede/n Neunten wurden Vermittlungsleistungen festgehalten.

	Information (h)	Beratung (h)	Vermittlung (h)	Betreuung (h)	Andere Hilfen (h)	Begleitung (h)	Dauer aller Leistungstypen (h)	Anzahl Klienten (N)
Alkohol	0,8 h	6,0 h	1,3 h	25,0 h	8,3 h	4,6 h	12,7 h	4.858
Heroin	1,1 h	3,4 h	1,4 h	5,0 h	9,1 h	3,1 h	6,3 h	3.207
Cannabis	0,8 h	3,0 h	1,5 h	17,7 h	2,3 h	3,9 h	4,6 h	1.363
Glücksspiel	0,7 h	5,3 h	0,8 h	20,1 h	8,3 h	6,8 h	9,0 h	309
Essstörung	0,6 h	8,2 h	1,2 h	10,5 h	15,5 h	3,9 h	12,5 h	210
Gesamt*	0,9 h	4,7 h	1,4 h	14,6 h	9,1 h	3,9 h		
Anzahl Klienten** (N)	1.993	9.141	1.471	3.185	747	293		

*: alle Hauptsubstanzen
 **: mit dieser Leistungsart

Tabelle 2.14: Durchschnittliche Dauer der pro Klient/in in Anspruch genommenen Leistungen nach Hauptsubstanz, 2005

2.5.2. Niedrigschwellige Dienstleistungen

Zusätzlich zu den klientenbezogenen Leistungen werden von einigen Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins auch so genannte niedrigschwellige Dienstleistungen erbracht: Angebote die sich pauschal an einen größeren Kreis von Adressaten richten. Über einen verbindlichen Katalog solcher zu erbringender Dienstleistungen gibt es zwischen den Einrichtungen ebenso wenig eine Einigkeit wie eine Verpflichtung zur Dokumentation. Deshalb erheben die im Folgenden präsentierten Zahlen unter keinen Umständen den Anspruch auf Vollständigkeit für das Land Schleswig-Holstein (Tabelle 2.15).

	N
Besucher/innen (3 Einrichtungen)	24.023
abgegebene Spritzen (5 Einrichtungen)	202.657
abgegebene Essen (3 Einrichtungen)	9.248

Tabelle 2.15: Niedrigschwellige Dienstleistungen, 2005

Drei Einrichtungen dokumentieren insgesamt 24.023 Kontakte mit Besucher/innen ihrer Cafés, fünf Einrichtungen in Schleswig-Holstein gaben im Jahr 2005 zusammen 202.657 Einwegspritzen aus, und drei Einrichtungen hielten abgegebene Mahlzeiten fest: Dies waren insgesamt 9.248 Essen.

Wenn ein vergleichender Blick auf die Entwicklung über mehrere Jahre geworfen werden soll, muss sichergestellt sein, dass Daten aus denselben Einrichtungen über den gewünschten Zeitraum vorliegen. Für zwei Modelleinrichtungen (modellhaft insofern, als bei ihnen das elektronische Dokumentationssystem zuerst in einer Pilotphase eingeführt wurde) existieren Daten für den Zeitraum 1997 bis 2005 zur Zahl der Besucher/innen (siehe Abbildung 2.28). Es ist zu erkennen, dass die Zahl der Besucher/innen in diesen Einrichtungen in der Regel bei etwa 2.500 bis 3.000 im Quartal lag - die Ausnahme stellt das Jahr 2001 dar, in der die Zahl der Besucher/innen bis auf über 3.500 im Quartal angestiegen ist. Insgesamt zeigt dieser abgebildete neunjährige Zeitraum keine eindeutige Entwicklung mit sinkender oder steigender Tendenz. Vielmehr zeigt sich die Anzahl der Besucher/innen über die Jahre hinweg durchschnittlich sehr stabil.

Für die Anzahl ausgegebener Spritzen liegen Daten von fünf Einrichtungen bis ins Jahr 2001 zurückreichend vor (siehe Abbildung 2.29). Während des ersten dokumentierten Jahres (2001) hat die Anzahl ausgegebener Einmalspritzen stetig und erheblich abgenommen - von fast 90.000 Spritzen im Quartal auf etwa 50.000; auf letzterem Niveau bewegt sie sich seitdem. In den Jahren 2002 bis 2003 hatte es zunächst einen Anstieg ausgegebener Spritzen und dann wieder eine Abnahme gegeben. Seit mittlerweile zwei Jahren (2004-2005) zeigt sich eine gewisse Stabilität auf dem Niveau von 50.000 ausgegebener Spritzen pro Quartal.

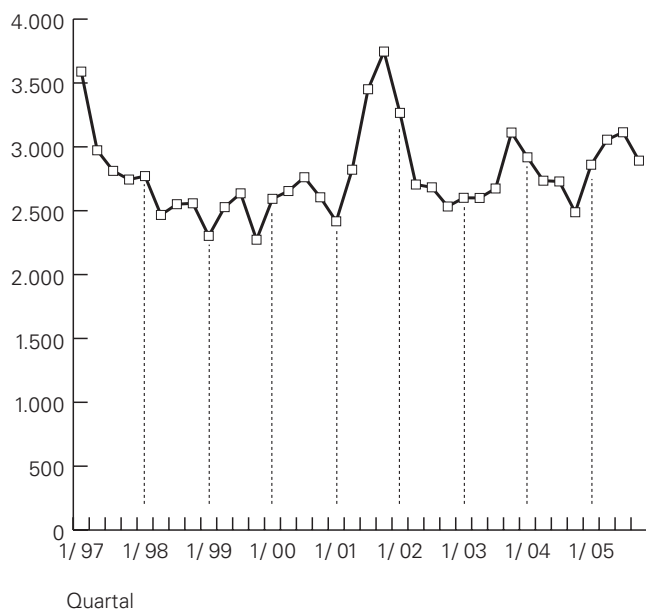


Abbildung 2.28: Besucher/innen, 2 Modelleinrichtungen

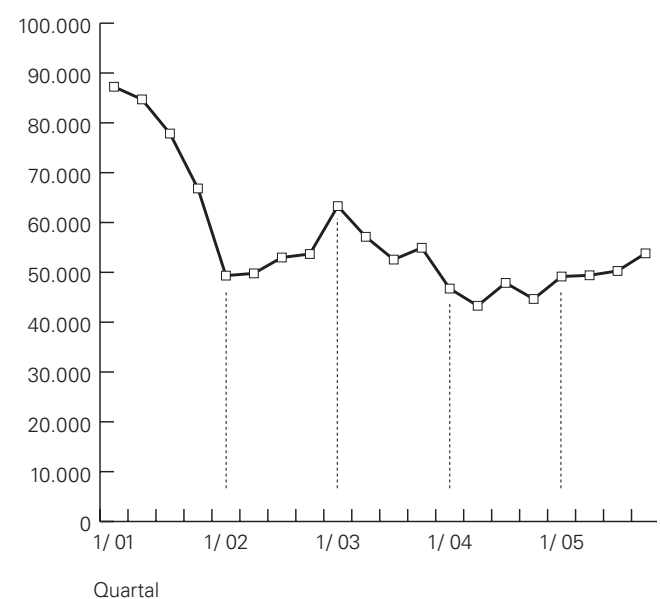


Abbildung 2.29: ausgegebene Spritzen (5 Einrichtungen)

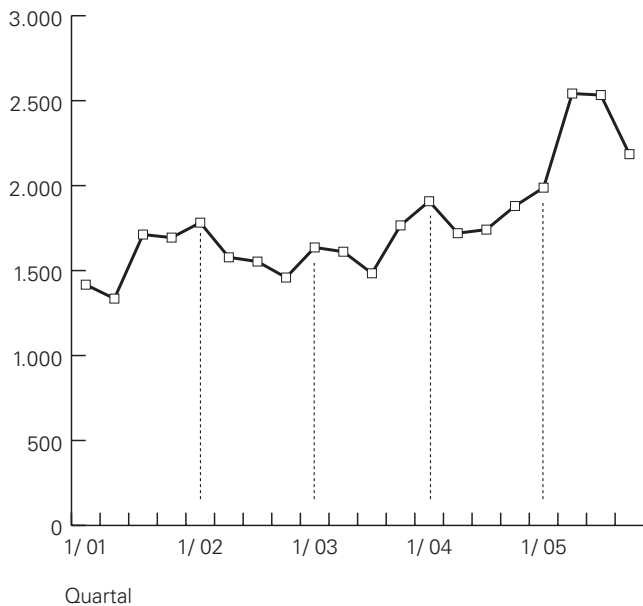


Abbildung 2.30: ausgegebene Essen (3 Einrichtungen)

Drei Einrichtungen dokumentieren seit 2001 die ihren Klienten/innen ausgegebenen Mahlzeiten (siehe Abbildung 2.30). Diese Leistungen haben - mit Schwankungen v. a. zwischen den Jahreszeiten - über die Jahre hinweg durchschnittlich zugenommen. Während im Jahr 2001 durchschnittlich pro Quartal etwa 1.500 bis 1.700 Essen abgegeben wurden, waren es im Jahr 2005 zwischen 2.000 und 2.500.

2.6. Die Struktur der ambulanten Suchtkrankenhilfe

2.6.1. Einleitende Bemerkungen

Die Zielsetzung dieser Analyse ist es, einige empirisch gestützte Grundaussagen zur Strukturqualität der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein zu treffen. Damit soll, wie in den Jahren zuvor, die Grundlage für fachliche Diskussionen über die Weiterentwicklung des ambulanten Suchthilfesystems geschaffen werden. Gleichzeitig wird mit dieser Auswertung ein informativer Überblick über den „Stand der Dinge“ in Schleswig-Holstein gegeben. Trotz des vorwiegenden deskriptiven Charakters der folgenden Auswertungen, die ferner auf einer begrenzten Anzahl von strukturellen Informationen aus den Einrichtungen beruhen, werden an einigen Stellen erste Hinweise über mögliche Defizite bzw. Handlungsoptionen für das ambulante Suchtkrankenhilfesystem gegeben. Mit diesen soll gezielt der Einstieg in eine fachliche Diskussion angeregt werden.

Die folgenden Ausführungen sind in zwei Abschnitte unterteilt. Der erste Abschnitt beinhaltet ausschließlich einrichtungsbezogene Auswertungen wie z. B. den Einrichtungstyp, die zentralen Tätigkeiten, die Zielgruppen und die Mitarbeiterstruktur. In der zweiten Analyse werden diese Strukturdaten der Einrichtungen mit den Informationen über Klienten/innen und für sie erbrachte Leistungen verknüpft. Eine solche Art der Analyse findet bisher nur in Schleswig-Holstein Anwendung und bietet auf diese Weise neue Erkenntnischancen für Praxis und Politik.

2.6.2. Datengrundlage

Es wurden, wie schon im letzten Jahr, alle Einrichtungen der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe (ca. 70 Einrichtungen) angeschrieben.⁹ Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Insgesamt haben 56 Einrichtungen¹⁰ geantwortet, d. h. die Rücklaufquote des Erhebungsbogens beträgt ca. 80 Prozent. Somit stellen die in den folgenden Analysen berücksichtigten Einrichtungen ein repräsentatives Sample der Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins dar. Dies gilt sowohl hinsichtlich der regionalen Verteilung als auch in Bezug auf die Angebotsstruktur. Die Darlegung der Ergebnisse ist, wie bereits oben erwähnt, in zwei Abschnitte untergliedert: Im ersten wird die Struktur der Einrichtungen untersucht. Grundlage dieser Auswertungen sind die bereits genannten 56 Einrichtungen, die den Erhebungsbogen ausgefüllt haben. Im zweiten Abschnitt werden die Strukturdaten mit den Klientendaten verknüpft. Nur wenn eine Einrichtung sowohl den Erhebungsbogen ausfüllte, als auch Angaben

⁹ Der Erhebungsbogen ist durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein verschickt worden.

¹⁰ Genau genommen müsste hier von Einrichtungseinheiten gesprochen werden. In der Regel entsprechen die einzelnen Suchtberatungsstellen jeweils einer Einrichtungseinheit. Einige Einrichtungen lassen sich jedoch in verschiedene Teileinrichtungen aufgliedern, die jeweils spezielle Suchthilfeangebote bereitstellen. Wenn in der Summe von Stellenanteilen mehr als eine Vollzeitkraft in einer Teileinrichtung tätig ist, wird diese als eigenständige Einrichtungseinheit in die Analyse aufgenommen.

zu Klienten/innen und klientenbezogenen Leistungen dieser Einrichtung machte, ist sie in den zweiten Teil der Analyse integriert worden. Insgesamt ist dies bei 47 Einrichtungen der Fall. Im Jahre 2005 betreuten sie 12.243 Klienten/innen und Angehörige und erbrachten 93.718 klientenbezogene Leistungen.

2.6.3. Analyse der Strukturdaten

Von den 56 Einrichtungen, die im Jahre 2005 den Strukturfragebogen ausfüllten, ist die überwiegende Mehrheit (66 %) dem Einrichtungstyp „legale und illegale Substanzen“ zuzuordnen¹¹ (siehe Tabelle 2.16). Dort werden sowohl Alkoholklienten/innen, medikamentenabhängige Personen als auch Konsumenten/innen illegaler Drogen beraten und betreut. Dieser Typ ist auch unter der Bezeichnung „integrative Suchtberatungsstelle“ bekannt. Des Weiteren bestehen acht Einrichtungen, die sich auf Klienten/innen legaler Drogen spezialisiert haben und weitere 10 Einrichtungen, die vornehmlich Angebote für illegale Drogenkonsumenten/innen bereithalten. Die Einrichtung, die dem Einrichtungstyp „Anderes“ zugeordnet wurde, arbeitet im Rahmen eines speziellen Streetworkerprojekts. Wie erwartet, stellt sich somit die Struktur der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins hinsichtlich des Einrichtungstyps ähnlich dar, wie in den Vorjahren.

Bei etwa einem Drittel der Einrichtungen, die ausschließlich Konsumenten/innen illegaler Substanzen betreuen, handelt es sich um niedrigschwellige Einrichtungen bzw. Kontaktläden (3 Einrichtungen). Bei allen anderen Einrichtungstypen trifft dies nur auf jeweils eine Einrichtung

zu. Nahezu jede zweite Einrichtung (43 %) verfügt über geschlechtsspezifische Angebote. Im Vergleich zum Vorjahr (2004: 35 %) finden sich somit in mehr Beratungsstellen Angebote, die speziell auf Frauen/Mädchen bzw. Männer/Jungs ausgerichtet sind. Als konkrete Angebote wurde ein Spektrum von geschlechtsspezifischen Einzelgesprächen über Mutter-Kind-Gruppen bis hin zu speziellen Präventionsprojekten genannt. Insbesondere in den integrativen Suchtberatungsstellen sind geschlechtsspezifische Beratungs- bzw. Betreuungsinhalte überdurchschnittlich häufig vorzufinden.

Die Tabelle 2.17 gibt die Verteilung der Einrichtungstypen nach ihrer regionalen Zugehörigkeit wieder. Wie schon in den beiden zurückliegenden Jahren wird auch in diesem Jahr auf die bewährte Einteilung Schleswig-Holsteins in die Regionen „kreisfreie Städte“, „Landkreise“ und „Hamburger Randgebiet“ zurückgegriffen.¹² Dabei ist - wie auch schon in den Vorjahren - zu erkennen, dass es mit zunehmender Urbanisierung eine deutliche Tendenz zur Spezialisierung gibt. Während 95 Prozent der Einrichtungen der Landkreise sowohl legale als auch illegale Drogenkonsumenten/innen betreuen, sind im Hamburger Randgebiet zwei Drittel aller Suchtberatungsstellen dem integrativen Einrichtungstyp zuzuordnen. In den kreisfreien Städten beträgt deren Anteil nur ein Drittel (35 %). Hier überwiegen Einrichtungen, die sich spezialisiert haben: So gibt es dort 5 Einrichtungen für Klienten/innen legaler Substanzen und weitere 6 Einrichtungen, die sich vordringlich den Konsumenten/innen illegaler Drogen annehmen. Geschlechtsspezifische Angebote finden sich überdurchschnittlich häufig in den Einrichtungen des Hamburger Randgebietes (53 %) und der kreisfreien Städte (47 %), während sie in den Landkreisen zu einem etwas geringeren Anteil angeboten werden (39 %).

	Anzahl	davon niedrigschwellige Einrichtungen
Legale und Illegale Drogen	37	1
Legale Drogen	8	1
Illegale Drogen	10	3
Anderes	1	1

Tabelle 2.16: Einrichtungstyp der an der Strukturanalyse beteiligten Suchtberatungsstellen (N=56), 2005

	Kreisfreie Städte	Hamburger Randgebiet	Landkreise
Legale und Illegale Drogen	6	10	21
Legale Drogen	5	3	0
Illegale Drogen	6	2	2
Gesamt	17	15	23

Tabelle 2.17: Einrichtungstyp getrennt nach kreisfreien Städten, Hamburger Rand und Landkreise (N=55), 2005

11 Für die vorgenommene Typologisierung der Einrichtungen wurden einzelne Items der Kategorienliste im Erhebungsbogen zusammengefasst.

12 Die Kategorie „Kreisfreie Städte“ umfasst die Städte Flensburg, Kiel, Lübeck und Neumünster. Das „Hamburger Randgebiet“ besteht aus den Städten und Gemeinden, die entweder in den öffentlichen Personennahverkehr der Freien und Hansestadt Hamburg eingebunden sind (z.B. Pinneberg oder Geesthacht) und/oder auf einer der Entwicklungsachsen des Planungsgebietes „Metropolregion Hamburg“ liegen. Das restliche Gebiet Schleswig-Holsteins bildet die Kategorie „Landkreise“ (siehe hierzu Kalke et al. 2002).

In der Tabelle 2.18 sind die zentralen Hilfen bzw. Tätigkeiten der Einrichtungen wiedergegeben. Wie nicht anders zu erwarten, wird die Beratung von Klienten/innen (88 %) und Angehörigen (82 %) in nahezu allen Einrichtungen angeboten. Auch die anonyme Beratung ist in vier von fünf Einrichtungen (79 %) ein zentrales Hilfeangebot. Elf Suchtberatungsstellen (20 %) bieten zudem eine ambulante Beratung im Gefängnis an. In der Beratung liegt somit ein klarer Schwerpunkt der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Das ist suchtpolitisch so gewollt und schlägt sich dementsprechend in den Angaben der Einrichtungen nieder.

Die psychosoziale Begleitung von Substituierten wird in fast jeder zweiten Suchtberatungsstelle angeboten (46 %) und in mehr als in jeder dritten Einrichtung wird die Ambulante Rehabilitation durchgeführt (39 %). Niedrigschwellige Hilfen zählen bei etwas mehr als der Hälfte aller Einrichtungen zu den zentralen Tätigkeiten (54 %). Vier von zehn Suchtberatungsstellen (38 %) leisten aufsuchende Arbeit, Straßensozialarbeit wird in etwa jeder Neunten angeboten (11 %).

Bemerkenswert ist, dass in jeder zweiten ambulanten Hilfeeinrichtung (54 %) die Suchtprävention eine zentrale Tätigkeit darstellt (siehe Tabelle 2.18). Offensichtlich sind in Schleswig-Holstein die beiden Säulen „Prävention“ und „Hilfe“ auf der Einrichtungsebene schon häufig strukturell miteinander verzahnt. Diese Trennung wird in anderen Bundesländern oftmals als Defizit angesehen. Auffällig ist jedoch, dass sich im Vergleich zum Jahre 2003 (71 %) der Anteil der Einrichtungen mit Präventionsangeboten reduziert hat. Zu untersuchen wäre, ob diese Entwicklung womöglich Ausdruck eines geringer werdenden finanziellen Spielraumes der ambulanten Suchtkrankenhilfe ist, welcher die Einrichtungen dazu zwingt, sich auf die Arbeit mit aktuell von Suchtproblemen betroffenen Personen zu konzentrieren.

Wie schon in den vorangegangenen Jahren zeigen sich bei der Unterscheidung der zentralen Hilfen nach dem Einrichtungstyp einige beachtenswerte Unterschiede. Niedrigschwellige Hilfen spielen in den Suchtberatungsstellen für Konsumenten/innen illegaler Drogen eine wichtige Rolle. Mehr als drei Viertel dieser Einrichtungen (80 %) bieten solche Hilfen an. Hingegen sind niedrigschwellige Angebote beim Einrichtungstyp „legale Substanzen“ in deutlich geringerem Maße vorzufinden (38 %). Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen werden vornehmlich von integrativen Einrichtungen (46 %) und Suchtberatungsstellen für legale Drogen (38 %) angeboten. Während die letztgenannte zentrale Tätigkeit in den Einrichtungen des Typs „illegale Drogen“ nur eine untergeordnete Rolle spielt (20 %), findet die psychosoziale Begleitung von substituierten Klienten/innen in diesen Beratungsstellen sehr häufig statt (80 %; integrierte Suchtberatungsstellen: 49 %). Etwas geringer ist die Schwankungsbreite bezüglich des Angebotes von Präventionsmaßnahmen: Sechs von zehn der integrativen Einrichtungen (59 %), jede zweite Suchtberatungsstelle des Typs „legale Drogen“ und 40 Prozent der Einrichtungen für Klienten/innen illegaler Drogen verfügen über ein solches Angebot.

	prozentualer Anteil
Beratung	88 %
Beratung Angehörige	82 %
Anonyme Beratung	79 %
Externe Beratung JVA	20 %
PSB für Substituierte	46 %
Ambulante Rehabilitation	39 %
Niedrigschwellige Hilfen	54 %
Aufsuchende Arbeit	38 %
Streetwork	11 %
Prävention	54 %
Anzahl Einrichtungen (N)	56

Tabelle 2.18: Zentrale Hilfen/Tätigkeiten der Einrichtungen (Mehrfachnennungen möglich), 2005

Auch wenn nach dem regionalen Kategorienraster differenziert wird, sind Unterschiede in der Bedeutung der zentralen Hilfen erkennbar. So wird, analog zum Vorjahr, die Beratung im Gefängnis überwiegend von Einrichtungen der kreisfreien Städte durchgeführt. Präventionsmaßnahmen sind hingegen im Hamburger Rand überproportional häufig anzutreffen (80 %), während sie in den Einrichtungen der Landkreise (57 %) und der kreisfreien Städte (28 %) in deutlich geringerem Maße angeboten werden. Auffällig ist des Weiteren, dass bestimmte therapeutische Settings, wie z. B. die ambulante Rehabilitation oder die psychosoziale Begleitung, in den kreisfreien Städten in weniger Einrichtungen vorzufinden sind (22 % bzw. 33 %) als im Hamburger Randgebiet (jeweils 47 %) und den Landkreisen (48 % bzw. 57 %). Offensichtlich ist es in den Städten aufgrund der räumlichen Konzentration der Klienten/innen möglich, diese entsprechend ihrer Suchtproblematik an Einrichtungen zu verweisen, welche sich auf bestimmte Betreuungsbereiche spezialisiert haben. Da Suchtberatungsstellen auf dem Lande oftmals weit voneinander entfernt liegen, sind diese hingegen gezwungen, jeweils alle wesentlichen Betreuungsangebote vorzuhalten.

Neben den zentralen Hilfen sind die Suchtberatungsstellen auch gebeten worden, ihre Zielgruppen anzugeben. Die Angebote der 56 ambulanten Einrichtungen richten sich – wie es zu erwarten war – vor allem an alkoholabhängige bzw. -gefährdete Personen und Konsumenten/innen illegaler Drogen sowie Medikamentenabhängige. Jeweils acht von zehn Einrichtungen bieten Hilfe für Personen mit Alkoholproblemen (82 %) an, nennen die Klienten/innen illegaler Substanzen als Zielgruppe (86 %) bzw. haben spezielle Angebote für Personen, die aufgrund des missbräuchlichen Konsums von Me-

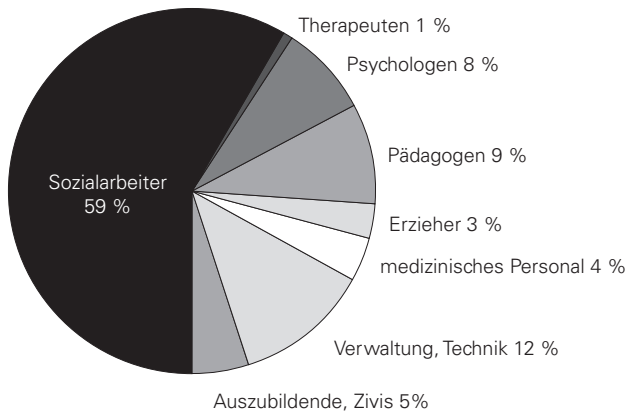


Abbildung 2.31: Anteil der einzelnen Berufsgruppen in den Einrichtungen, gemessen an der gesamten wöchentlichen Arbeitszeit (Gesamt = 7.089 Stunden)

dikamenten um Hilfe nachsuchen (84 %). Auch pathologische Spieler und Nikotinabhängige finden in jeweils mehr als zwei Dritteln aller Einrichtungen entsprechende Hilfe. Auf die Möglichkeit der Betreuung von essgestörten Personen können etwas mehr als die Hälfte aller Einrichtungen (57 %) verweisen. Während die beiden letztgenannten Klienten/innengruppen in ähnlich vielen Einrichtungen wie im vorangegangenen Jahr betreut werden können, hat sich die Zahl der Suchtberatungsstellen, die im laufenden Berichtsjahr Hilfe für pathologische Spieler anbieten, gegenüber dem Jahre 2004 etwas verringert.

In der Abbildung 2.31 sind die Anteile der in den Einrichtungen tätigen Berufsgruppen – gemessen an der gesamten wöchentlichen Arbeitszeit – wiedergegeben. Der weit überwiegende Teil der pro Woche geleisteten Arbeitsstunden wird von Sozialarbeitern/innen erbracht (59 %). Auf Pädagogen/innen und Erzieher/innen entfallen (9 %) bzw. (3 %) sowie das für die Technik und Verwaltung zuständige Personal 12 Prozent. Ebenfalls nahezu jede achte Arbeitsstunde wird von Psychologen/innen (8 %) oder medizinischem Personal (4 %) geleistet. Therapeuten/innen kommen in der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins hingegen nur selten zum Einsatz (0,5 %). Der Anteil der Auszubildenden und Zivildienstleistenden an der gesamten wöchentlichen Arbeitszeit beträgt 5 Prozent.

2.6.4. Auswertung nach Klienten/innen und Tätigkeiten

Im vorherigen Abschnitt sind die grundlegenden Strukturdaten der Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins dargelegt worden. In dem nun folgenden zweiten Analyseteil werden diese strukturbezogenen Informationen mit den Klientendaten der Einrichtungen verknüpft. Auf diese Weise ist es möglich, die Angaben des Einrichtungsfragebogens den Informationen aus der computergestützten Dokumentation der Betreuung der Klienten/innen gegenüberzustellen. 47 von den 56 Einrichtungen, die den Strukturfragebogen ausfüllten, konnten Klienten/innendaten zugeordnet werden.¹³

Insgesamt wurden 10.904 Klienten/innen in die Strukturdatenanalyse eingeschlossen, d. h. 81 Prozent aller im Jahre 2005 in Schleswig-Holstein namentlich erfassten Klienten und Klientinnen. 65 Prozent dieses Personenkreises werden in integrativen Suchtberatungsstellen betreut. Etwa jede/r vierte Klient/in (28 %) suchte um Hilfe in einer Einrichtung für illegale Substanzen nach. Die Einrichtungen des Typs legale Substanzen können 8 Prozent der gesamten Klientel auf sich vereinigen. Die Betreuung der insgesamt 1.339 Angehörigen findet vornehmlich in den integrativen Suchtberatungsstellen statt (89 %). Weitere 9 Prozent wurden in Beratungsstellen für legale Substanzen betreut. In den auf illegale Drogen spezialisierten Einrichtungen spielen Angehörige nur eine geringe Rolle (2 %). Von den 5.195 anonymen Kontakten, welche von den hier einbezogenen Einrichtungen dokumentiert worden sind, entfallen 53 Prozent auf integrierte Suchtberatungsstellen. Vier von zehn Kontakten (41 %) namentlich nicht erfasster Personen sind dem Einrichtungstyp „illegale Substanzen“ zuzuordnen. In den Einrichtungen für legale Substanzen sind lediglich 7 Prozent aller anonymen Kontakte dokumentiert worden.

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit die in den Strukturfragebögen angegebenen Zielgruppen und Einrichtungstypen auch der tatsächlichen Suchtproblematik der Klientel dieser Einrichtungen entsprechen. Hierzu ist in der Abbildung 2.32 der Hauptdrogentyp¹⁴ der Klienten/innen in Abhängigkeit vom Einrichtungstyp, in welchem diese betreut wurden, dargestellt. Der Grafik ist zu entnehmen, dass 95 Prozent der Personen, die eine Einrichtung für illegale Substanzen aufsuchen, auch ein Konsumproblem mit illegalen Dro-

13 Im Wesentlichen entspricht die Verteilung der Einrichtungstypen dem in der ersten Analyse vorgestellten Einrichtungs-Sample. So überwiegen auch hier Einrichtungen, die sowohl auf die Betreuung von Konsumenten/innen legaler als auch illegaler Substanzen ausgerichtet sind (33). Des Weiteren sind neun Einrichtungen des Einrichtungstyps „illegale Drogen“ vertreten. Unterrepräsentiert sind hingegen Einrichtungen für Konsumenten legaler Drogen (5). Gegliedert nach Regionen zeigt sich lediglich bei den kreisfreien Städten eine Verschiebung. Lag der Anteil der integrativen Einrichtungen in der reinen Strukturhebung bei 31 %, so ist er in dem reduzierten Sample auf 23 % gesunken. Dem entsprechend ist der Anteil des Einrichtungstyps „illegale Substanzen“ von 42 % auf 47 % gestiegen.

14 Im Sinne einer übersichtlicheren Darstellung wurden die im Statusbericht genannten Hauptdrogentypen zu drei Gruppen zusammengefasst. Dies ist zum einen die Gruppe „illegale Drogen“, zu denen Personen mit dem Hauptdrogentyp Amphetamine, LSD/Halluzinogene, Ecstasy, Cannabis, Kokain, Crack, Bio-Drogen und Heroin gehören. Die zweite Gruppe „legale Drogen“ umfasst die Substanzen Alkohol, Medikamente, Schnüffelstoffe und Nikotin. Klienten/innen mit einer Essstörung, pathologischer Spielsucht oder nicht näher bezeichneten Störungen wurden der Gruppe „andere Störungen“ zugeordnet. Klienten/innen, denen kein Hauptdrogentyp zugeordnet werden konnte, sind in die Analysen zum Konsumproblem nicht einbezogen worden.

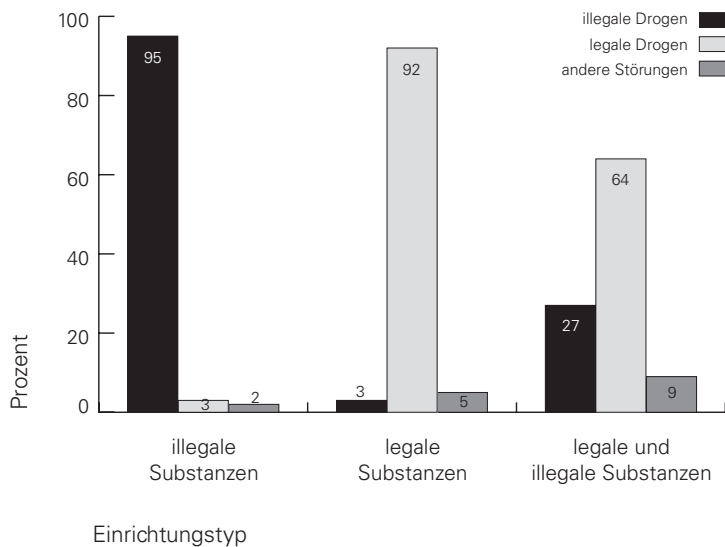


Abbildung 2.32: Konsumproblem („Hauptsubstanz“) der namentlich erfassten Klienten/innen nach Einrichtungstyp (N=8.252)

gen haben. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Suchtberatungsstellen, die sich auf legale Substanzen spezialisiert haben. Bei 92 Prozent ihrer Klientel stellt der Hauptdrogentyp legale Drogen dar, weitere 5 Prozent weisen andere Störungen wie Essprobleme oder pathologische Spielsucht auf. Lediglich 3 Prozent sind Konsumenten/innen illegaler Rauschmittel. Wie zu erwarten, werden in den integrativen Einrichtungen Klienten/innen jeglicher Suchtproblematik betreut. Der Anteil der Personen mit dem Hauptdrogentyp legale Substanzen liegt mit 64 Prozent (2004: 62 %) aber deutlich über dem der illegalen Drogen (27 %; 2004: 30 %).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die verschiedenen Einrichtungstypen auch ihre eigentlichen Zielgruppen erreichen. Dass Klienten/innen mit anderen Suchtproblemen dennoch – zu geringen Anteilen – in den einzelnen Einrichtungstypen vertreten sind, verweist darauf, dass diese Hilfebedürftigen nicht einfach weggeschickt oder formal an andere Einrichtungen verwiesen werden, sondern versucht wird, sich vor Ort ihres Problems anzunehmen.

Werden die Konsumprobleme der Klienten/innen nach der Region unterschieden, in welcher die Einrichtungen ansässig sind, so zeigt sich der bekannte Stadt-Land-Gegensatz (siehe Abbildung 2.33). Zwei Drittel der Klienten/innen (66 %), welche um Hilfe in Einrichtungen der kreisfreien Städte nachsuchen, haben ein Problem mit illegalen Drogen. Eine besondere Stellung nimmt in diesem Zusammenhang die Hauptsubstanz Heroin ein.

Jede/r zweite von einer städtischen Einrichtung betreute/r Klient/in hat ein solches Suchtproblem. Der Anteil der Personen mit Problemen aufgrund des Cannabiskonsums liegt bei 10 Prozent; 5 Prozent der Klientel sind dort wegen des problematischen Gebrauchs von Kokain in Betreuung. Alkohol spielt im Vergleich zum Heroin in den Einrichtungen der kreisfreien Städte mit einem Anteil von 27 Prozent eine untergeordnete Rolle.

In den Beratungsstellen der Landkreise und des Hamburger Randgebietes verhält es sich hingegen genau umgekehrt. Zwei Drittel ihrer Klientel sind Personen (Hamburger Rand: 68 %; Landkreise: 62 %), die aufgrund eines problematischen Konsums legaler Substanzen (vornehmlich Alkohol) eine Einrichtung aufsuchen. Nur etwas mehr als jeweils ein Viertel sind Konsumenten/innen illegaler Drogen. So stellen die Opiatabhängigen in den Einrichtungen der Landkreise 16 Prozent und im Hamburger Rand

11 Prozent aller Klienten/innen in diesen Regionen. Der Anteil der Cannabisklienten/innen liegt mit 12 Prozent (Hamburger Rand) bzw. 11 Prozent (Landkreise) auf einem ähnlichen Niveau wie in den kreisfreien Städten. Abschließend ist noch anzumerken, dass sich Personen mit Essstörungen (0,3 %) bzw. Tabakproblemen (0,4 %) in den kreisfreien Städten nur selten eine Suchtberatungsstelle aufsuchen. Womöglich findet dieser Personenkreis in anderen Einrichtungen, die nicht Teil der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins sind, Hilfe.

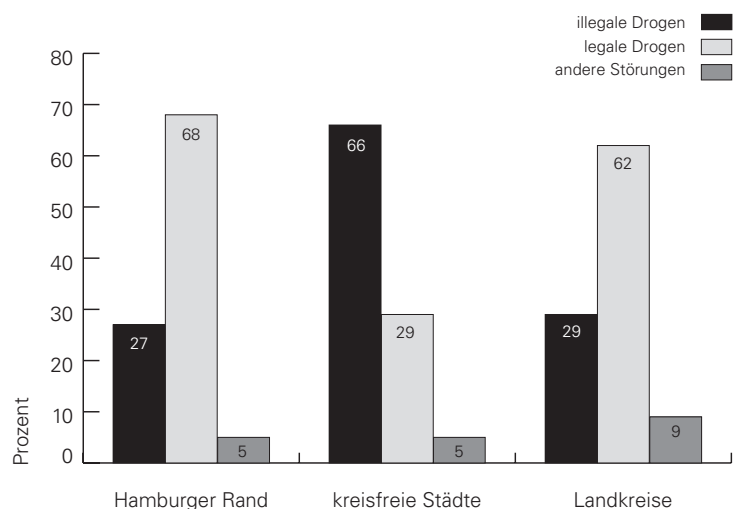


Abbildung 2.33: Anteil der namentlich erfassten Klienten/innen einer Region nach Konsumproblem („Hauptsubstanz“) (N=10.813)

2.6.5. Klientenbezogene Leistungen

Zum Abschluss dieses Kapitels sollen die klientenbezogenen Leistungen einer genaueren Betrachtung unterzogen werden. Die Abbildung 2.34 zeigt, dass die Bedeutung der einzelnen Leistungstypen je nach Einrichtungstyp erheblich variiert.¹⁵

In den Einrichtungen für illegale Substanzen haben die Beratungsleistungen eine herausragende Bedeutung. Etwas mehr als jede zweite erbrachte Leistung (54 %) ist dieser Tätigkeit zuzuordnen. Betreuungsleistungen - hierunter fallen vor allem die psychosoziale Betreuung von Substituierten und die ambulante Rehabilitation - spielen mit einem Anteil von 23 Prozent eine deutlich geringere Rolle. Informationsleistungen, d. h. das Führen kurzer informativer Gespräche mit den Klienten/innen, werden bei etwa jeder siebten aller dokumentierten Tätigkeiten erbracht¹⁶ und nahezu jede zehnte Leistung (9 %) beinhaltet Vermittlungstätigkeiten.

Während in den Einrichtungen für illegale Substanzen die Beratungs- und die Informationsleistungen dominieren, liegt der Tätigkeitsschwerpunkt der Suchtberatungsstellen für legale Substanzen auf der Betreuung. Sechs von zehn Leistungseinträgen (59 %) beziehen sich auf diesen Leistungstyp. Die Beratung betrifft etwas mehr als ein Drittel aller erbrachten Leistungen (35 %). Informations- und Vermittlungsleistungen sind in den Beratungsstellen für legale Substanzen nur von marginaler Bedeutung (5 % bzw. 2 %).

In den integrativen Einrichtungen dominieren die Beratungs- und Betreuungsleistungen. Jeder zweite Tätigkeitseintrag betrifft den erstgenannten Leistungstyp (51 %) und weitere 45 Prozent beziehen sich auf Maß-

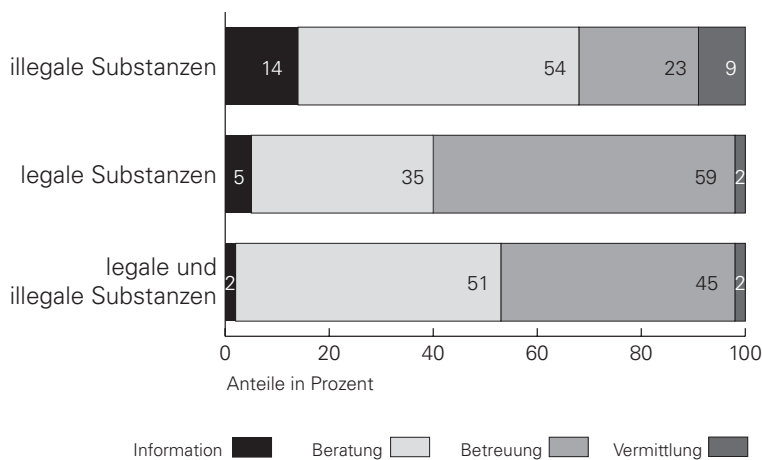


Abbildung 2.34: Anteil der einzelnen Leistungstypen an der Gesamtzahl klientenbezogener Leistungen von namentlich erfassten Klienten/innen nach Einrichtungstyp (N-Leistungen= 84.886)

nahmen zur Betreuung der Klienten/innen. Mit einem Anteil von jeweils 2 Prozent an allen geleisteten Tätigkeiten spielen Vermittlungs- und Informationsleistungen nur eine geringe Rolle in der täglichen Arbeit der integrativen ambulanten Suchtberatungsstellen Schleswig-Holsteins.

2.7. Trends 2001 - 2005

Im vorherigen Abschnitt ist die Klientel der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe des Jahres 2005 beschrieben worden (Statusbericht). Um aber Aussagen zu Entwicklungen von bestimmten biografischen, demografischen oder behandlungsrelevanten Merkmalen treffen zu können, ist es notwendig, einen Vergleich der diesjährigen Angaben mit denen vorangegangener Jahre vorzunehmen. In der Regel werden hierzu jeweils die Ergebnisse der verschiedenen Berichtsjahre entlang einer Zeitachse dargestellt und hinsichtlich möglicher Veränderungen bewertet. Diese Form der Darstellung von Trends ist jedoch nur dann zulässig, wenn die Datenbasis, welche den Statusberichten zugrunde liegt, sich über die Jahre nicht im relevanten Maße verändert.

In Schleswig-Holstein sind im Jahre 2005 erstmals nahezu alle Suchtkrankenhilfeeinrichtungen in der Basisdatendokumentation vertreten. Insbesondere die erstmalige Teilnahme zweier vergleichsweise großer Einrichtungen in den zurückliegenden zwei Jahren ist hierbei positiv hervorzuheben. Durch die Einbeziehung der Klienten/innen dieser Einrichtungen hat sich jedoch im Vergleich zu den Jahren zuvor die Datenbasis in relevantem Maße verändert. Somit ist nicht auszuschließen, dass Entwicklungen, die sich aus dem Vergleich der Ergebnisse der früheren Jahre mit denen aus den Jahren 2004 bzw. 2005 ergeben, letztendlich ein „Artefakt“ ungleicher Datengrundlagen sind.

Um dennoch auch in diesem Berichtsjahr Trends aufzeigen und bewerten zu können, sind in den folgenden Analysen nur diejenigen Einrichtungen einbezogen worden, die über die Jahre 2001 bis 2005 durchgängig an der Basisdatendokumentation teilnahmen und jeweils ausreichend viele Klienten/innen dokumentierten.¹⁷

Des Weiteren ist für die folgenden Analysen aus methodischen Gründen der Fokus der zeitlichen Betrachtung verlagert worden: Bildet der Statusbericht die zum Zeitpunkt der Beendigung einer Betreuung bzw. zum Ende des jeweiligen Berichtsjahres gültigen Informationen ab (z. B. die letzte dokumentierte Wohnsituation), so wird im folgenden Bezug genommen auf die Situation zu Beginn der Betreuung.¹⁸

¹⁵ Im Sinne einer anschaulicheren Darstellung werden nur die vier inhaltlich bedeutendsten klientenbezogenen Leistungsarten dargestellt: Information, Beratung, Vermittlung, Betreuung.

¹⁶ Mit der Einführung des neuen schleswig-holsteinischen Datensatzes zu Beginn des Jahres 2005 hat sich die Dokumentation von Leistungen verändert. Auf einen Vergleich der diesjährigen Leistungsdaten mit denen des Vorjahres wird deshalb verzichtet.

¹⁷ Die Basis der folgenden Analysen bilden die Einrichtungen, die in den Jahren 2001 bis 2005 pro Jahr mindestens 10 Klienten/innen in ihrer Einrichtung betreuten.

¹⁸ Bei der Beschreibung der Trends zur Art der Beendigung einer Betreuung bzw. zum Konsumstatus zum Zeitpunkt der Beendigung der Betreuung beziehen sich die gemachten Angaben notwendiger Weise auf die Betreuungen, die im jeweiligen Jahr beendet wurden.

Auf diese Weise können Veränderungen in der Klientelstruktur (demografisch und biografisch), im Konsumverhalten oder des grundlegenden therapeutischen Settings auf einer klar definierten Ausgangsbasis analysiert und beurteilt werden. Ferner wird es der ambulanten Suchtkrankenhilfe so ermöglicht, zeitnah auf neue Entwicklungen ihrer Klientel zu reagieren.

Insgesamt konnten bei einer derart konzipierten Trendanalyse 47 Einrichtungen einbezogen werden. Bezogen auf das Jahr 2005 vereinigen sie 81 Prozent (N=7.361) aller begonnenen Betreuungen auf sich. Auch hinsichtlich ihrer Struktur (Einrichtungstyp: legale Substanzen (12 %), illegale Substanzen (14 %), legale und illegale Substanzen (71 %))¹⁹ unterscheiden sich die im Folgenden berücksichtigten Einrichtungen nur unwesentlich von der Gesamtheit aller Einrichtungen (siehe Kapitel 2.1.1) und stellen somit einen repräsentativen Ausschnitt des Suchtkrankenhilfesystems Schleswig-Holsteins dar. Die Auswahl der zu untersuchenden Sachverhalte orientierte sich an den Vorgaben des schleswig-holsteinischen Datensatzes, der unter anderem festlegt, welche Informationen zu den Klienten/innen aufgrund ihrer inhaltlichen Relevanz immer dokumentiert werden müssen. Diese so genannten „Muss-Items“ bilden die Grundlage der folgenden Ausführungen.²⁰ Da Cannabis einen Schwerpunkt des vorliegenden Jahresberichtes bildet und in Zusammenhang mit dieser Substanz immer wieder die Frage aufgeworfen wird, welche Gründe diese Klientel dazu veranlassen, sich in eine ambulante Suchtberatungsstelle zu begeben, ist zusätzlich noch die Art der Vermittlung in eine Betreuung einer genaueren Analyse unterzogen worden. Abgeschlossen wird dieses Kapitel mit der Darlegung des Konsumstatus zum Zeitpunkt der Beendigung der Betreuung der Jahre 2001 bis 2005.

2.7.1. Demografische Entwicklungen

Die Klientel der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe erweist sich hinsichtlich ihrer geschlechtlichen Zusammensetzung als sehr stabil. In dem hier zu betrachtenden Zeitraum der Jahre 2001 bis 2005 stellen die männlichen Klienten jeweils drei Viertel aller neu begonnenen Betreuungen (siehe Tabelle 2.19).

Während sich die Anteile von Männern und Frauen nur marginal unterscheiden, sind bezüglich des Durchschnittsalters der Klientel durchaus bemerkenswerte Veränderungen im Laufe der Jahre festzustellen (siehe Ab-

	2001	2002	2003	2004	2005
Männer	73%	73%	75%	74%	75%
Frauen	27%	27%	25%	26%	25%
Betreuungen (N)	6.550	6.551	6.992	7.297	7.361

Tabelle 2.19: Trends 2001 bis 2005: Neu begonnene Betreuungen nach Geschlecht namentlich erfasster Klienten/innen

bildung 2.35). So ist das Alter aller Klienten zwischen 2001 und 2003 von 36,0 Jahren auf 37,2 Jahre gestiegen, um danach wieder etwas abzufallen (2005: 36,7 Jahre). Frauen sind, wenn sie in die Betreuung eintreten, in jedem der untersuchten Jahre älter als die männlichen Klienten. Jedoch variiert dieser Altersunterschied in Abhängigkeit vom Jahr der Betrachtung erheblich. Sind die weiblichen Klienten im Jahre 2001 mit einem Durchschnittsalter von 36,8 Jahren im Mittel 1,1 Jahre älter als die Männlichen, so beträgt die Altersdifferenz zwischen den Geschlechtern im Jahre 2004 schon drei Jahre (Männer: 35,8 Jahre; Frauen: 38,8 Jahre). Während das Durchschnittsalter der Frauen innerhalb des betrachteten Zeitraumes von 36,8 Jahren auf 38,8 Jahre anstieg, hat sich das der männlichen Klientel nur um 0,3 Jahre erhöht.

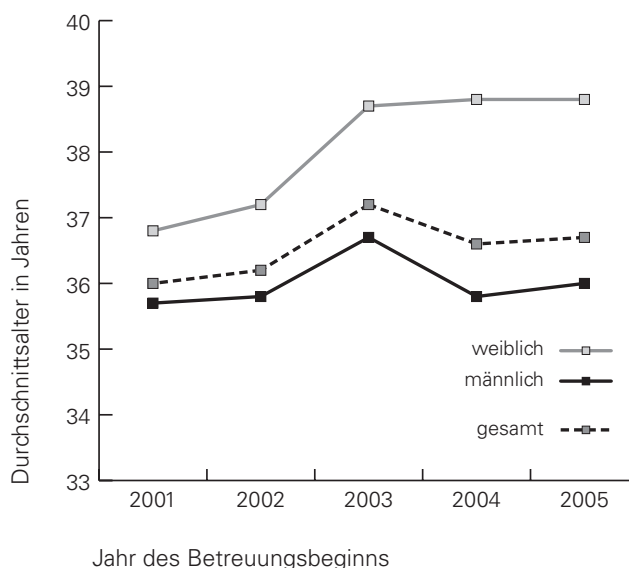


Abbildung 2.35: Trends 2001 bis 2005: Durchschnittsalter nach Geschlecht namentlich erfasster Klienten/innen

19 Die genannten Anteile beziehen sich nur auf die Einrichtungen, zu denen auch Angaben zum Einrichtungstyp vorlagen (N=42).

20 Alle folgenden Analysen sind betreuungsbezogen, d.h., sollten Klienten/innen innerhalb eines Jahres mehrere Betreuungen beginnen, so gehen deren Angaben auch mehrfach in die Analysen ein. Es ist jedoch anzumerken, dass dieser Fall nicht sehr häufig auftritt.

2.7.2. Substanzbezogene Trends

Der Tabelle 2.20 ist zu entnehmen, dass über die Hälfte aller neu begonnenen Betreuungen der Jahre 2001 bis 2005 sich jeweils auf Personen mit Alkoholproblemen bezieht. So wies diese Klientel im Jahre 2003 einen Anteil von 58 Prozent an allen neu begonnenen Betreuungen auf. In dem darauf folgenden Jahr fiel dieser Anteil leicht (54 %) und stagnierte im Jahre 2005 auf diesem Niveau. Eine auffällige Entwicklung zeigt sich bei der Hauptsubstanz Cannabis. Während der Anteil der Cannabisuser, die um eine ambulante Betreuung nachsuchten, in den Jahren 2001 bis 2003 leicht abnahm, ist ab dem Jahre 2004 ein deutlicher Zuwachs zu erkennen. Zwischen den Jahren 2003 und 2004 stieg der diesbezügliche Anteil um vier Prozentpunkte von 8 Prozent auf 12 Prozent und im darauf folgenden Jahr nochmals um zwei Prozentpunkte. Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass dieser Zuwachs des Anteils der Cannabisklienten/innen ausschließlich auf einen vermehrten und intensiveren Konsum dieser Substanz in der Bevölkerung zurückzuführen ist. Neben Veränderungen in der Dokumentation der Hauptsubstanz mit der Einführung des neuen schleswig-holsteinischen Datensatzes²¹ dürften sowohl die verbesserten Kontrollmöglichkeiten der Polizei hinsichtlich des Führens eines Kraftfahrzeuges unter Cannabis und die damit verbundenen Auflagen als auch das verbesserte Angebot der ambulanten Suchtberatungsstellen eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen - so die These.

Bei den Betreuungen, die aufgrund von Problemen mit Opiaten begonnen werden, zeigt sich hingegen ein entgegengesetzter Trend. Entfielen in den Jahren 2001 und 2002 noch genau ein Viertel aller neu begonnenen Betreuungen auf Heroinkonsumenten/innen, so ist dieser Anteil in den Folgejahren kontinuierlich auf zuletzt 18 Pro-

zent im Jahre 2005 gesunken. Dieses dürfte u. a. mit dem in der neueren Fachliteratur beschriebenen Imagewechsel des Heroins (heute: „Verlierer-Droge“) zusammenhängen.

Eine ähnliche Entwicklung wie beim Cannabis, wenn gleich auf viel geringerem Niveau zeigt sich beim Nikotin. Dessen Anteil an den neu begonnenen Betreuungen hat sich in den zurückliegenden drei Jahren nahezu verdreifacht (2003: 0,6 %; 2005: 1,7 %). Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass ambulante Suchthilfeeinrichtungen zunehmend Raucherentwöhnungskurse anbieten. Beim Kokain sind hingegen kaum Veränderungen festzustellen. Der diesbezügliche Anteil stieg von 2 Prozent im Jahre 2001 auf 3 Prozent ab dem Jahre 2004. Ähnliches gilt für die Essgestörten und pathologischen Glücksspieler. Beachtenswerte Trends sind auch hier nicht zu erkennen.

Werden die Anteile der Hauptsubstanzen der zurückliegenden Jahre nach dem Geschlecht differenziert, so entsprechen die Verteilungen der männlichen Klienten im Wesentlichen denen der Gesamtklientel in Tabelle 2.20. Bei den weiblichen Klienten sind jedoch einige bedeutsame Trends festzustellen (siehe Abbildung 2.36). So hat z. B. der Anteil der Frauen mit Alkoholproblemen zwischen den Jahren 2001 und 2005 um vier Prozentpunkte zugenommen (2001: 52 %; 2005: 56 %), während er bei den männlichen Klienten innerhalb dieses Zeitraumes mit Ausnahme des Jahres 2003 stabil blieb. Auch der Anteil der neu begonnenen Betreuungen von weiblichen Cannabiskonsumenten/innen hat zwischen den Jahren 2001 bis 2005 um vier Prozentpunkte zugenommen. Jedoch fällt dieser Anstieg damit deutlich geringer aus als bei den männlichen Cannabisklienten (Anstieg um 7 Prozentpunkte).

	2001	2002	2003	2004	2005
Alkohol	54 %	55 %	58 %	54 %	54 %
Heroin	25 %	25 %	23 %	20 %	18 %
Cannabis	9 %	8 %	8 %	12 %	14 %
Kokain	2 %	2 %	2 %	3 %	3 %
Nikotin	0,2 %	0,1 %	0,6 %	1,2 %	1,7 %
Essstörung	4 %	3 %	2 %	3 %	2 %
path. Glücksspiel	3 %	3 %	3 %	3 %	4 %
Betreuungen* (N)	5.950	6.023	6.541	7.066	7.323

*: Betreuungen aller Hauptsubstanzen, außer „ohne Drogentyp“

21 Seit dem Jahre 2004 hat auf Grund einer verbesserten Dokumentation der Hauptsubstanz der Anteil der betreuten Personen, denen keine Hauptsubstanz zugewiesen werden konnte, erheblich abgenommen. Klienten „ohne Drogentyp“ der Jahre 2001 bis 2003 weisen überdurchschnittlich hohe Anteile von unter 26-Jährigen Personen auf, bei gleichzeitig deutlich unterdurchschnittlicher Zahl von Kontakten mit den Einrichtungen. Diese beiden letztgenannten Charakteristika treffen auch auf die Cannabisklienten/innen zu, sodass die plausible Annahme formuliert werden kann, dass die Höhe des Anstiegs der Cannabiskonsumenten/innen zu einem gewissen Teil auf fehlende Informationen zur Hauptsubstanz in den Jahren vor 2004 zurückzuführen ist.

Tabelle 2.20: Trends 2002 bis 2005:

Begonnene Betreuungen namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanzen

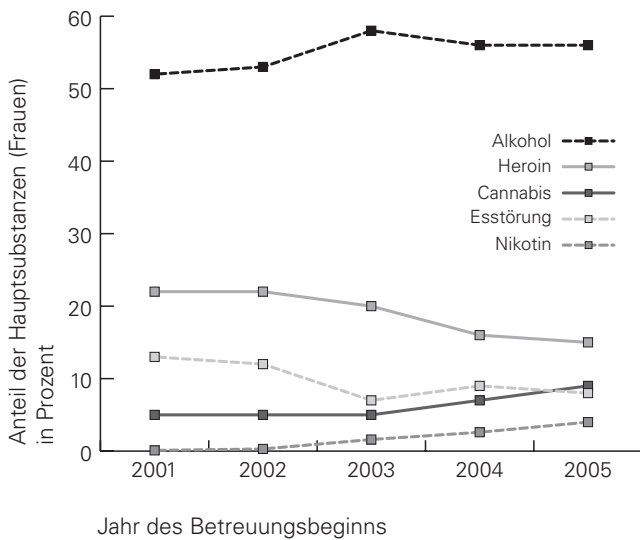


Abbildung 2.36: Trends 2001 bis 2005: Begonnene Betreuungen namentlich erfasster weiblicher Klienten nach Hauptsubstanz

Die Abbildung 2.36 macht deutlich, dass sich immer mehr Frauen aufgrund eines Tabakproblems in eine ambulante Betreuung begeben. Bezogen sich im Jahre 2003 lediglich 1,6 Prozent aller neu begonnenen Betreuungen weiblicher Klienten auf Raucherinnen, so hat sich deren Anteil im Laufe von vier Jahren mehr als verdoppelt (2005: 4 %). Ein uneinheitlicher Trend zeigt sich hinsichtlich der Betreuung von essgestörten Frauen. Wurde im Jahre 2001 mehr als jede achte Betreuung eines weiblichen Klienten aufgrund eines Essproblems begonnen (13 %), so hat sich bis zum Jahre 2003 dieser Anteil nahezu halbiert (7 %). Im darauf folgenden Jahr kam es zwar wieder zu einer leichten Zunahme (2004: 9 %), jedoch wurde das Niveau der Jahre 2001 bis 2002 seitdem nicht mehr erreicht.

In der ambulanten Suchtkrankenhilfe gilt den sehr jungen Klienten/innen häufig eine besondere Aufmerksamkeit. Denn Konsummuster und soziale wie psychische Probleme sind bei ihnen in der Regel noch nicht verfestigt, sodass hier besondere Möglichkeiten einer nachhaltigen Veränderung durch eine ambulante Betreuung bestehen. Gleichzeitig verweisen Veränderungen im Konsumverhalten dieser Klientel oftmals aber auch auf neue Trends im jugendlichen Milieu insgesamt. In Abbildung 2.37 sind die Anteile einiger bedeutender Hauptsubstanzen von bis 25-jährigen Klienten/innen für die Jahre 2001 bis 2005 wiedergegeben.

Die oben bereits für die Gesamtklientel berichtete Abnahme der neu begonnenen Betreuungen aufgrund des Heroinkonsums findet sich auch in der hier zu betrachtenden Altersgruppe wieder. Sie fällt sogar noch deutlicher aus (2002: 36 %; 2005: 18 %) als bei der gesamten Gruppe der Heroinklienten/innen. Ein ähnliches Bild, wenn auch mit entgegengesetzter Tendenz, zeigt sich hinsichtlich des Cannabis. Wurde im Jahre 2002 etwa

jede vierte Betreuung bei den bis 25-Jährigen wegen eines Problems mit Cannabisprodukten begonnen (26 %), so ist dieser Anteil in den folgenden Jahren stetig angestiegen und umfasst im Jahre 2005 nahezu die Hälfte aller Betreuungen (44 %).

Ein weiterer interessanter Trend zeigt sich bei den Jugendlichen hinsichtlich der Bedeutung von Alkoholproblemen. Die Anteile der neu begonnenen Betreuungen haben seit 2001 (17 %) erkennbar zugenommen und so beginnt im Jahre 2005 nahezu jede vierte Betreuung der jungen Klienten/innen aufgrund des problematischen Konsums von Alkohol. Während die Anteile der Kokainkonsumenten in dem hier betrachteten Zeitraum kaum variieren und unverändert bei etwa 4 Prozent liegen, hat Ecstasy in den zurückliegenden Jahren erheblich an Bedeutung verloren. Wurden im Jahre 2001 noch 3 Prozent aller Betreuungen dieser jungen Klientel wegen eines diesbezüglichen Problems begonnen, so sind es vier Jahre später nur noch 1 Prozent. Erstaunlich ist die deutliche Abnahme der Betreuungen von essgestörten Personen. Womöglich gibt es in Schleswig-Holstein mittlerweile vermehrt spezialisierte Angebote für Mädchen und junge Frauen mit Essproblemen außerhalb des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems, sodass die Hilfe der ambulanten Suchtberatungsstellen bezüglich dieser Problematik nicht mehr so häufig in Anspruch genommen wird.

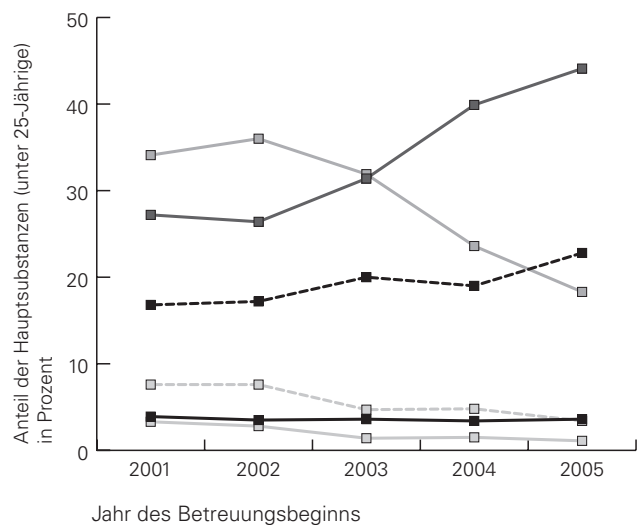


Abbildung 2.37: Trends 2001 bis 2005: Hauptsubstanz der bis 25-Jährigen namentlich erfassten Klienten/innen

2.7.3. Biografische Trends

In der Tabelle 2.21 ist die Wohnsituation der Klienten/innen in den Jahren 2001 bis 2005 wiedergegeben. Ihr ist zu entnehmen, dass es bei den Wohnverhältnissen der betreuten Personen nur geringe Veränderungen gegeben hat.

Nahezu drei Viertel aller neu begonnenen Betreuungen betreffen Personen, die in einer eigenen Wohnung bzw. im eigenen Haus leben. Zwischen 13 Prozent (2003) und 16 Prozent (2005) der Klienten/innen wohnen zum Zeitpunkt des Beginns der Betreuung noch bei ihren Eltern. Alle anderen Formen des räumlichen Wohnens haben nur eine vergleichsweise geringe Bedeutung und sind hinsichtlich ihrer Anteile im Laufe der Jahre nur geringen Änderungen unterworfen.

Auch eine differenziertere Analyse der Wohnsituation in Bezug auf das Geschlecht und das Alter zeigt keine nennenswerten Veränderungen zwischen den Jahren 2001 und 2005.

In der Abbildung 2.38 sind die Anteile der Klienten/innen mit prekären Wohnverhältnissen²² differenziert nach den Hauptsubstanzen Alkohol, Heroin und Cannabis für die Jahre 2001 bis 2005 wiedergegeben. Auffällig ist der vergleichsweise geringe Anteil von Alkoholkonsumenten/innen mit einer prekären Wohnsituation, der für alle Jahre zwischen 9 Prozent und 10 Prozent beträgt. Ferner zeigen sich noch gegensätzliche Entwicklungen bei den Heroin- und den Cannabisklienten/innen. In der erstgenannten Gruppe hat der Anteil prekärer Wohnverhältnisse zwischen 2002 (28 %) und 2005 (24 %) um vier Prozentpunkte abgenommen. Hingegen zeigt sich bei den Cannabiskonsumenten/innen in den Jahren 2001 (14 %) bis 2004 (21 %) eine stetige Zunahme des Anteils problematischer Wohnsituationen²³, die im darauf folgenden Jahr wieder deutlich abnimmt (2005: 17 %).

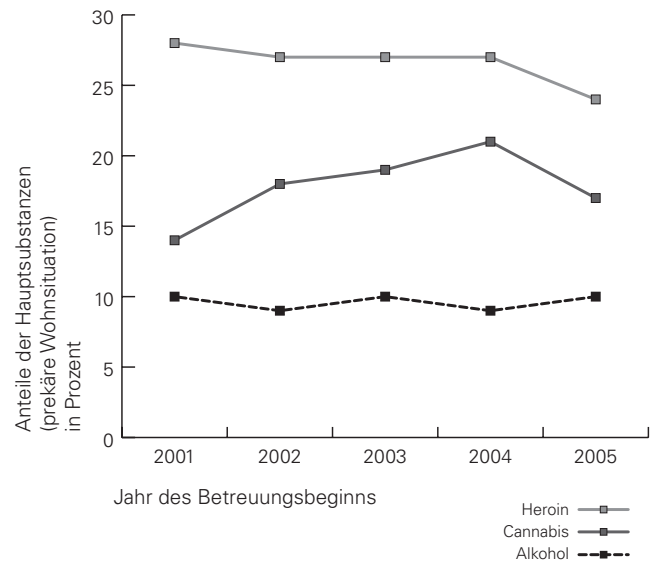


Abbildung 2.38: Trends 2001 bis 2005: Prekäre Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz

Der Tabelle 2.22 ist zu entnehmen, dass die Anteile einiger Erfassungskategorien der Haupteinkommensquelle im Zeitraum der Jahre 2004 bis 2005 erheblichen Veränderungen unterworfen waren. Diese sind jedoch vor allem Ausdruck der im Zuge der Hartz-IV-Gesetzgebung vorgenommenen Veränderungen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Viele der früheren Sozialhilfeempfänger/innen sind, da sie als erwerbsfähig eingestuft wurden, zu Beziehern des Arbeitslosengeldes II (ALG II) geworden. Dieser Umstand dürfte den rapiden Rückgang des Anteils der Sozialhilfe (SGB XII) zwischen den Jahren 2004 und 2005 um acht Prozentpunkte sowie den vom Betrag her vergleichsweise hohen Anteil von ALG-II-Empfängern/innen (22 %) im Jahre 2005 erklären.

	2001	2002	2003	2004	2005
in eigener/gemieteter Wohnung/Haus	71 %	71 %	73 %	72 %	71 %
Eltern/Angehörige	15 %	15 %	13 %	14 %	16 %
betreutes Wohnen/Suchthilfeeinrichtung	5 %	6 %	6 %	6 %	6 %
bei Freunden/Bekanntem	1 %	1 %	2 %	1 %	1 %
Haft	3 %	2 %	2 %	2 %	1 %
andere Wohnsituation	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
Betreuungen (N)	4.175	4.364	4.481	4.808	5.418

Tabelle 2.21: Trends 2001 bis 2005: Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen

²² Jemand befindet sich in einer prekären Wohnsituation, wenn er nicht in einer eigenen bzw. gemieteten Wohnung, bei den Eltern oder Angehörigen lebt.

²³ Die Zunahme prekärer Wohnsituationen der Cannabisklienten/innen in den Jahren 2001 bis 2004 ist in erheblichem Maße auf die gestiegenen Anteile derer zurückzuführen, die in betreuten Einrichtungen wohnhaft sind (2001: 5 % vs. 2004: 13 % aller begonnenen Betreuungen von Cannabisklienten/innen).

	2001	2002	2003	2004	2005
Erwerbstätigkeit	39 %	38 %	32 %	35 %	35 %
Arbeitslosengeld*	9 %	9 %	11 %	10 %	-
ALG I*	-	-	-	-	10 %
Arbeitslosenhilfe*	9 %	10 %	13 %	13 %	-
ALG II*	-	-	-	-	22 %
Erziehungs-, Kranken-, Übergangsgeld	4 %	4 %	3 %	3 %	2 %
Sozialhilfe	17 %	19 %	21 %	19 %	11 %
Rente, Pension	7 %	6 %	7 %	6 %	6 %
Angehörige	12 %	10 %	10 %	12 %	11 %
anderes	2 %	3 %	3 %	2 %	3 %
Betreuungen (N)	2.996	3.165	3.398	3.870	4.768

*: Die Kategorien Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe sind seit der Einführung des neuen schleswig-holsteinischen Datensatzes nicht mehr gültig und wurden durch die inhaltlich nicht deckungsgleichen Begriffe ALG I und ALG II ersetzt.

Tabelle 2.22: Trends 2001 bis 2005: Haupteinkommensquelle namentlich erfasster Klienten/innen

Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit ist in den Jahren 2001 (39 %) bis 2003 (32 %) eine deutliche Abnahme um sieben Prozentpunkte zu erkennen. In den beiden folgenden Jahren hat sich dieser Anteil wieder etwas erhöht (35 %), ohne jedoch das Niveau aus dem Jahre 2001 zu erreichen.

Die Tabelle 2.23 zeigt die Entwicklung der Partnersituation der Klienten/innen. Nennenswerte Veränderungen über die Jahre sind hier nicht festzustellen. Gleiches gilt, wenn hier eine Differenzierung nach Alter, Geschlecht und Hauptsubstanz vorgenommen wird.

2.7.4. Betreuungsbezogene Trends

Wurden in den beiden bisherigen Abschnitten dieses Kapitels demografische und biografische Entwicklungen dargestellt, so sollen im Folgenden mit dem Betreuungstyp, der Art der Vermittlung und Beendigung einer Betreuung und des Konsumstatus zum Ende der Betreuung vier bedeutsame Aspekte der konkreten Arbeit mit den Klienten/innen genauer betrachtet werden.

In der Tabelle 2.24 ist die Verteilung des Betreuungstyps im Verlauf der Jahre 2001 bis 2005 wiedergegeben. Sie weist aus, dass der überwiegende Teil der neu begonnenen Betreuungen der zurückliegenden Jahre in Form einer ambulanten Beratung oder Behandlung durchgeführt worden ist. Die Anteile schwanken nur geringfügig und liegen je nach Jahr der Betrachtung zwischen 83 Prozent (2003) und 86 Prozent (2005).

	2001	2002	2003	2004	2005
allein stehend	44 %	44 %	44 %	43 %	45 %
zeitweilige Beziehung(en)	9 %	9 %	8 %	8 %	8 %
feste Beziehung, zusammenlebend	34 %	35 %	36 %	36 %	35 %
feste Beziehung, getrennt lebend	13 %	13 %	12 %	13 %	12 %
Betreuungen (N)	3.730	3.760	4.050	4.544	5.489

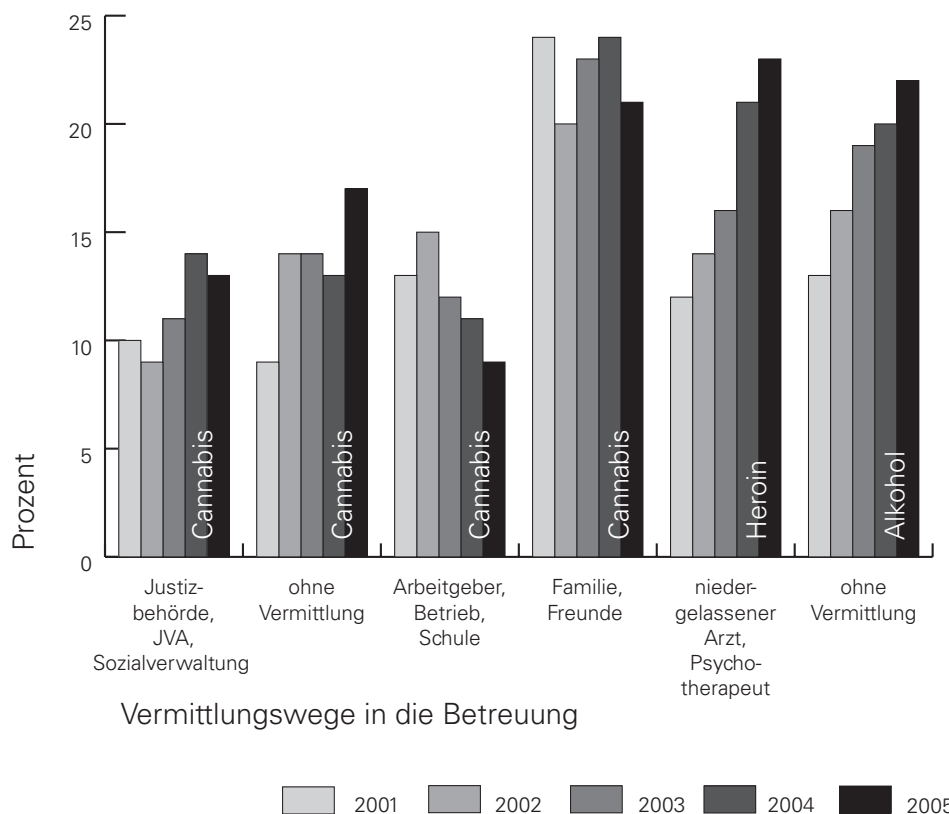
Tabelle 2.23: Trends 2001 bis 2005: Partnersituation namentlich erfasster Klienten/innen

	2001	2002	2003	2004	2005
Ambulante Beratung / Behandlung	85 %	85 %	83 %	85 %	86 %
Ambulante Rehabilitation	7 %	6 %	6 %	6 %	4 %
Substitutionsbehandlung	5 %	5 %	8 %	6 %	6 %
andere Betreuungsform	3 %	4 %	3 %	3 %	4 %
Betreuungen (N)	6.550	6.551	6.992	7.297	7.361

Tabelle 2.24: Trends 2001 bis 2005: Betreuungstyp von jeweils neu begonnenen Betreuungen namentlich erfasster Klienten/innen

Zu deutlich geringeren Anteilen werden Betreuungen in Form einer ambulanten Rehabilitation durchgeführt. Im Jahre 2001 betraf dies 7 Prozent aller neu begonnenen Betreuungen, vier Jahre später sind es noch 4 Prozent. Die Substitutionsbehandlung hat hingegen im Laufe der Jahre an Bedeutung gewonnen. Denn trotz der oben berichteten Abnahme neu begonnener Betreuungen aufgrund einer Heroinabhängigkeit sind die Anteile der Substitutionsbehandlungen stabil geblieben. Werden nur die Betreuungen von Heroinklienten/innen betrachtet, so wird die zunehmende Relevanz dieses therapeutischen Settings noch deutlicher. Wurde im Jahre 2001 jeder fünfte Heroinabhängige im Rahmen einer Substitutionsbehandlung betreut, so ist dieser Anteil bis zum Jahre 2005 auf 35 Prozent gestiegen.

Da Cannabis den Schwerpunkt des vorliegenden Jahresberichts bildet und in Zusammenhang mit dieser Substanz immer wieder die Frage aufgeworfen und diskutiert wird, auf welche Art und Weise die Cannabiskonsumenten/innen den Weg in die ambulante Einrichtung finden, soll im Folgenden die Art der Vermittlung in eine Betreuung dargestellt werden. Auch wenn der Fokus auf der Cannabisklientel liegt, werden dennoch auch besondere Trends anderer Hauptsubstanzen berichtet. Der Abbildung 2.39 ist zu entnehmen, dass sich eine Vielzahl der Cannabisklienten/innen auf Wunsch bzw. Drängen von Familienangehörigen oder Freunden in eine ambulante Betreuung begibt. Die entsprechenden Anteile schwanken je nach Jahr der Betrachtung zwischen 20 Prozent (2002) und 24 Prozent (2001 bzw. 2004). Abgenommen hat dagegen seit dem Jahre 2002 der Anteil



Lesebeispiel: Im Jahr 2001 gelangten 9 Prozent der Cannabisklienten/innen ohne Vermittlung Dritter in die ambulante Betreuung, im Jahr 2005 waren es bereits 17 Prozent. Unter den Alkohol-Klienten/innen fanden sich im Jahr 2001 hingegen 13 Prozent, die ohne Vermittlung den Weg in die Betreuung fanden, während es im Jahr 2005 22 Prozent waren.

Abbildung 2.39: Trends 2001 bis 2005: Art der Vermittlung in die Betreuung von namentlich erfassten Klienten/innen nach Hauptsubstanz

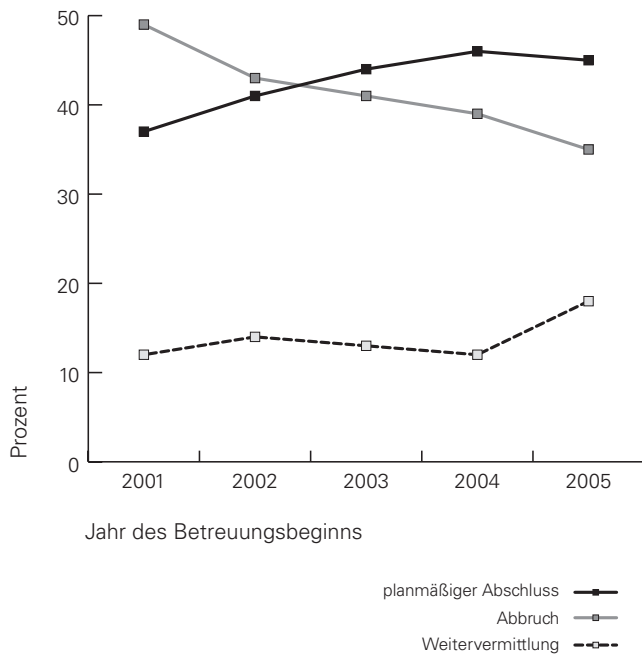


Abbildung 2.40: Trends 2001 bis 2005: Art der Beendigung der Betreuung von namentlich erfassten Klienten/innen

der Konsumenten/innen von Cannabisprodukten, die aufgrund einer Empfehlung/Weisung der Schule bzw. des Arbeitgebers eine ambulante Einrichtung aufsuchten. Berichtete im Jahre 2002 mehr als jede/r siebte Klient/in von einem solchen Vermittlungsgrund (15 %), so sind es drei Jahre später nicht einmal mehr ein Zehntel (2005: 9 %). Zugenommen hat im Laufe der vergangenen fünf Jahre hingegen der Anteil der Cannabisklienten/innen, die aufgrund justizieller oder behördlicher Weisungen eine Suchtberatungsstelle aufsuchten (2002: 9 %; 2004: 14 %). Anzunehmen ist, dass sich in dieser Entwicklung, wie oben bereits dargelegt, die verbesserten Möglichkeiten der Polizei bezüglich der Feststellung des Führens eines Fahrzeuges im Straßenverkehr unter Einwirkung von THC-haltigen Produkten widerspiegeln. Auch die Anteile der Cannabiskonsumenten, die sich aus eigener Motivation in eine ambulante Betreuung begeben, sind in den letzten Jahren gestiegen. Gab im Jahre 2001 nahezu ein Zehntel (9 %) dieser Klientel an, ohne Vermittlung anderer den Weg in die Einrichtung gefunden zu haben, so sind es vier Jahre später bereits 17 Prozent.

Auch bei den Personen mit Alkoholproblemen spielt die letztgenannte Form der Vermittlung in eine Betreuung eine zunehmend größere Rolle. Die entsprechenden Anteile sind zwischen den Jahren 2001 (13 %) und 2005 um neun Prozentpunkte gestiegen. Ein ähnlicher Zuwachs zeigt

sich bei den Heroin Klienten/innen hinsichtlich der Vermittlung durch eine/n niedergelassene/n Arzt/Ärztin bzw. Psychotherapeuten/in. Begab sich im Jahre 2001 nur etwa jeder achte Heroinabhängige auf deren Anraten in eine ambulante Betreuung (12 %), so ist es im Jahre 2005 nahezu ein Viertel dieser Klientel (23 %).

Die Abbildung 2.40 stellt die Entwicklung der Art der Beendigung einer Betreuung dar. Es zeigt sich hier im Verlauf der zurückliegenden fünf Jahre ein positiver Trend: Während dieses Zeitraumes hat sich das Verhältnis von planmäßig abgeschlossenen und vorzeitig abgebrochenen Betreuungen nahezu umgekehrt. Wurde im Jahre 2001 noch fast jede zweite Betreuung vorzeitig abgebrochen (49 %), so wird im Jahre 2005 nur noch etwa jede dritte Betreuung (35 %) auf diese unerwünschte Art und Weise beendet. Hingegen stiegen die Anteile der planmäßig abgeschlossenen Betreuungen innerhalb dieses Zeitraumes um acht Prozentpunkte (2001: 37 %; 2005: 45 %). Werden die 18 Prozent der Betreuungen einbezogen, die in andere Betreuungsformen (planmäßig) weitervermittelt werden, so lässt sich z. B. für das Jahr 2005 festhalten, dass nahezu zwei Drittel (63 %) der Betreuungen erfolgreich zu Ende geführt werden konnten. Im Vergleich zum Jahre 2001 (49 %) stellt dies eine herauszustellende Verbesserung der dokumentierten Betreuungsabschlüsse dar.

Zum Schluss der Ausführungen zu den Trends der Jahre 2001 bis 2005 soll der Konsumstatus bei Beendigung der Betreuung dargelegt werden. Der Tabelle 2.25 ist zu entnehmen, dass der Anteil der Klienten/innen, welche im Laufe ihrer Betreuung eine Abstinenz bzgl. ihrer Problemsubstanz bzw. -störung erreicht haben, von 31 Prozent im Jahre 2001 auf 37 Prozent im Jahre 2005 gestiegen ist. Der Anteil der beendeten Betreuungen, zu deren Ende sich ein unveränderter Konsumstatus zeigte, ging hingegen innerhalb dieses Zeitraumes um acht Prozentpunkte zurück (2001: 39 %; 2005: 31 %). Diese Entwicklung findet sich bei nahezu allen bedeutsamen Hauptsubstanzgruppen. Eine Ausnahme bilden die Heroin Klienten/innen. Bei ihnen ist es im Laufe der zurückliegenden Jahre zu keiner nennenswerten Veränderung des dokumentierten Konsumstatus zum Zeitpunkt der Beendigung der Betreuung gekommen.

	2001	2002	2003	2004	2005
Kein Problem seit Betreuungsbeginn	4 %	5 %	4 %	4 %	4 %
abstinert	31 %	32 %	34 %	34 %	37 %
gebessert	22 %	23 %	21 %	23 %	23 %
unverändert	39 %	36 %	35 %	34 %	31 %
verschlechtert	4 %	5 %	6 %	5 %	4 %
Betreuungen (N)	4.100	4.378	4.965	5.557	5.419

Tabelle 2.25: Trends 2001 bis 2005: Konsumstatus bei Beendigung der Betreuung

Kapitel 3: Cannabisanalyse I: Die jüngeren Klienten/innen

3.1. Zielsetzung und Fragestellung

In der öffentlichen Berichterstattung wird seit einigen Jahren auf eine dramatische Zunahme des Cannabiskonsums in Deutschland hingewiesen. Vor allem wird von einer zunehmenden Zahl junger Cannabiskonsumenten/innen berichtet. So hat sich nach den Ergebnissen der bundesdeutschen Repräsentativerhebung (2003) in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen der Anteil derjenigen, die mindestens einmal in den letzten 12 Monaten Cannabisprodukte konsumiert haben („12-Monatsprävalenz“), seit 1997 von 13 Prozent auf 23 Prozent im Jahr 2003 erhöht (Kraus & Augustin 2005). Der Anteil von cannabisabhängigen Personen in dieser Altersgruppe wird in der Repräsentativerhebung auf 4 Prozent geschätzt. Ferner zeigen die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) veröffentlichten Zahlen, dass die Akzeptanz für Cannabis unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen (12- bis 25 Jahre) weiter zugenommen hat, auch wenn nach dieser Untersuchung die Konsumprävalenzen seit 1997 gleich bleibend sind (BZgA 2004).

Für das Bundesland Schleswig-Holstein liegen hinsichtlich der Verbreitung des Cannabiskonsums in der Bevölkerung folgende epidemiologische Erkenntnisse vor, wobei es keine Trenddaten gibt:

- Nach einer von Infratest dimap (Berlin) und dem ISD durchgeführten Repräsentativerhebung (Dezember 2004) haben 4 Prozent der erwachsenen Bevölkerung (18 bis 59 Jahre) in den letzten 12 Monaten zumindest gelegentlich Cannabisprodukte konsumiert (Raschke et al. 2005).
- Ein gleicher Wert für diese Altersgruppe findet sich für die „12-Monats-Prävalenz“ (mindestens einmal Cannabis in den letzten 12 Monaten genommen) in der Teilmenge Schleswig-Holstein der bundesweiten Repräsentativerhebung (IFT), die aufgrund ihrer Fallzahl nur eingeschränkt repräsentativ ist.
- Für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen (12 bis 25 Jahre) wurde von Infratest dimap ein Wert von 8 Prozent bezogen auf einen zumindest gelegentlichen Cannabiskonsum ermittelt.
- Nach den Zahlen aus einem in Schleswig-Holstein weit verbreiteten schulischen Suchtpräventionsprojekt („Gläserne Schule“, 1996-2005), die nicht den Anspruch auf Repräsentativität erheben, haben 13 Prozent der Schüler im Alter zwischen 10 und 20 Jahren mindestens einmal in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert.²⁴

Mit denen von Infratest dimap und dem IFT ermittelten Prävalenzen liegt das Bundesland Schleswig-Holstein unter den entsprechenden Werten für die gesamte Bundesrepublik.

Neben diesen Bevölkerungsumfragen gibt es Zahlen aus ambulanten Betreuungsstatistiken, die herangezogen werden können: In der nationalen Suchthilfestatistik ist eine Zunahme des Anteils von cannabisbezogenen Störungen in den ambulanten Einrichtungen seit 1997 von 3,4 Prozent auf 11,3 Prozent im Jahr 2004 ausgewiesen (Sonntag et al. 2005; Simon & Sonntag 2004). In Schleswig-Holstein ist dieser Anteil zwischen 2001 und 2003 von 9 Prozent auf 7 Prozent gesunken und im Jahr 2004 auf 11 Prozent angestiegen (Raschke et al. 2005). Diese Steigerungsraten der letzten Jahre werden als weiterer Indikator für einen zunehmend problematischen Umgang mit Cannabisprodukten – vor allem von jungen Menschen – angesehen.

Vor dem geschilderten Hintergrund - einer offensichtlichen Zunahme des Cannabiskonsums unter jungen Menschen und einer entsprechenden Zunahme von Betreuungsfällen in Deutschland - wird hier eine empirische Analyse über diejenigen Cannabisklienten/innen durchgeführt, die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in Schleswig-Holstein schon aufgesucht haben. Über diese Gruppe von Klienten/innen ist wenig bekannt; es sind zu diesem Thema bislang nur wenige Analysen durchgeführt worden: So liegt seit kurzer Zeit eine Spezialanalyse über die jüngere Cannabisklientel in der ambulanten Suchthilfe Hessen vor (Kalke et al. 2006). Eine kurze Gegenüberstellung vergleichbarer Ergebnisse aus Schleswig-Holstein und Hessen findet sich am Ende dieses Kapitels.

Mit der vorliegenden Spezialanalyse soll ein weiterer Beitrag dafür geleistet werden, mehr über diese Klientel und die von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen zu erfahren, um damit eine empirische Grundlage für Diskussionen über die Weiterentwicklung des ambulanten Angebots für suchtgefährdete und abhängige Cannabiskonsumenten zu liefern. Dabei werden jeweils zum Vergleich die Klienten-Gruppen „harte Drogen“ (Opiate, Kokain, etc.) und „Alkohol“ mit betrachtet, um mögliche Besonderheiten der Cannabisklientel zu verdeutlichen.

Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass zum einen die vorliegenden Daten prozessbegleitend erhoben wurden – also von den Betreuern/innen im Rahmen ihrer alltäglichen Arbeit – und zum anderen nur Informationen von denjenigen Personen vorliegen, die sich als hilfebedürftig empfunden und dann auch entsprechende Hilfeangebote aufgesucht haben oder von Dritten dorthin geschickt worden sind. Insofern geben die Daten ein vollständiges Bild der entsprechenden Klientele der ambulanten Suchtkrankenhilfe, allerdings sind die Informationen pro Klient/in teilweise unvollständig, da diese nicht immer erfragt und dokumentiert bzw. seitens der Klienten/innen nicht preisgegeben worden sind.

24 Nach den Angaben von Sönke Reimers vom Büro für Statistik (LSSH, Kiel).

Im Fokus der vorliegenden Analyse stehen die jüngeren Cannabisklienten/innen. Hierunter fallen „Jugendliche“ (bis 18 Jahre) und „junge Volljährige“ im Alter bis einschließlich 26 Jahre. Diese Begriffsbestimmungen finden sich auch im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG). Die allermeisten der von der ambulanten Suchthilfe in Schleswig-Holstein betreuten Cannabisklienten/innen gehören zu diesen Altersgruppen (88 %). Es ist bekannt, dass der Cannabiskonsum vor allem eine Erscheinung der Adoleszenz und des jüngeren Erwachsenenalters ist. Deshalb erfolgt diese Schwerpunktsetzung in der Spezialanalyse.

Die Spezialanalyse ist wie folgt gegliedert:

Nach einer kurzen Darstellung der Datengrundlage gibt es drei Auswertungskapitel, in denen:

1. die soziale und gesundheitliche Situation der jüngeren Cannabisklienten/innen beschrieben wird (3.3.),
2. Ergebnisse zu ihrem Inanspruchnahmeverhalten präsentiert werden (3.4.),
3. sowie empirische Daten zum Betreuungsbeginn und -ende der jüngeren Cannabisklientel dargestellt werden (3.5.).

Danach werden einige der unter 1. bis 3. gewonnene Erkenntnisse mit Ergebnissen aus der ambulanten Suchthilfe in Hessen verglichen, wo eine ähnliche Analyse durchgeführt worden ist (3.6.).

Eine Zusammenfassung schließt die Cannabisanalyse I (3.7.) ab.

Bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen den weiblichen und männlichen Cannabisklienten/innen, werden diese im Text genannt.

3.2. Datengrundlage

Die von den Mitarbeitern/innen der ambulanten Suchthilfe EDV-gestützt erfassten Informationen über ihre Klientel und deren Betreuungen stellen die Datengrundlage dieser Analyse dar. Bei den Auswertungen handelt es sich um eine Querschnittsanalyse der Daten aus den Jahren 2001 bis 2004.²⁵

Um die Aktualität der hier präsentierten Daten zu prüfen, wurden diese mit denen aus dem Jahr 2005 verglichen. Hierbei ergaben sich kaum Abweichungen, so dass die empirischen Ergebnisse auch für die im Jahr 2005 betreute Cannabisklientel gelten.²⁶

Insgesamt basiert die folgende Analyse auf den Angaben zu 1.778 jüngeren Klienten/innen, die in den Jahren 2001 bis 2004 von einem/r Mitarbeiter/in der ambulanten Suchthilfe Cannabis als „Hauptdroge“ oder „Hauptdiagnose“ zugewiesen bekommen haben (siehe Tabelle 3.1). Von diesen Cannabisklienten/innen existieren Informati-

25 Die schriftliche Ausarbeitung und Veröffentlichung dieser Analyse war eigentlich schon für den Jahresbericht 2004 vorgesehen. Kurzfristig wurde dann aber von der Projektgruppe „Ambulante Suchthilfe“ entschieden, eine andere Schwerpunktsetzung vorzunehmen („Ergebnisse der Repräsentativerhebung“, Raschke et al. 2005).

26 Stärkere Abweichungen zwischen den hier präsentierten Ergebnissen und den Daten für das Jahr 2005 ergeben sich nur beim Alter (im Jahr 2005 ist das Durchschnittsalter um etwa ein Jahr erhöht) und dem damit im Zusammenhang stehenden geringeren Anteil von Personen, die (noch) bei den Eltern wohnen.

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
Anzahl Klienten/innen	1.778	2.244	1.091
Abgeschlossene Betreuungen	1.424	1.781	1.000

Tabelle 3.1: Datengrundlage - jüngere Klienten/innen (bis einschließlich 26 Jahre) nach Hauptsubstanz

onen über 1.424 abgeschlossene Betreuungen, die ebenfalls mit in diese Analyse eingehen. In der Regel bestand nur eine Betreuung (93 %) im betrachteten Zeitraum (zwei: 6 %, mehr als zwei: 1 %).

Die Datenbasis für die beiden Gruppen „Harte Drogen“ und „Alkohol“ ist der Tabelle 3.1 zu entnehmen.

Die Auswertungen in Kapitel 3.3 werden auf der Grundlage von Informationen zu den Klienten/innen (N-Klienten/innen) durchgeführt; diejenigen in den Kapiteln 3.4 und 3.5 basieren auf den Angaben zu den abgeschlossenen Betreuungen (N-Betreuungen).

Auf eine spezielle Analyse der in Anspruch genommenen Leistungen (Tätigkeitskatalog in HORIZONT) wurde verzichtet, weil die Cannabisklientel fast ausschließlich Beratungsleistungen empfangen hat. Deshalb kann der in den Auswertungen zum Inanspruchnahmeverhalten benutzte Begriff „Kontakt“ mit „Beratung“ gleich gesetzt werden.

3.3. Soziale und gesundheitliche Situation

Wie oben schon ausgeführt, besitzen die jüngeren Cannabisklienten/innen einen Anteil von 88 % unter allen Cannabisklienten/innen der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Bei der Gruppe „Harte Drogen“ ist dies bei 34 Prozent der Fall, bei der Gruppe „Alkohol“ sogar nur bei 10 Prozent. Hier zeigt sich die erste Besonderheit der Cannabisklientel - sie ist mit Abstand die jüngste Klientel der ambulanten Suchthilfe in Schleswig-Holstein. Auch innerhalb der Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (bis einschließlich 26 Jahre) weist die Cannabisklientel mit 18,8 Jahren das niedrigste Durchschnittsalter auf (siehe Tabelle 3.2). Die weiblichen Personen sind sogar noch etwas jünger als die männlichen (18,3 zu 18,9 Jahre). Der Anteil der Minderjährigen unter der jüngeren Cannabisklientel liegt bei 45 Prozent. Die (jüngeren) Klienten/innen der anderen beiden Gruppen sind im Durchschnitt 3 bis 4 Jahre älter.

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
Frauen	13 %	26 %	19 %
Männer	87 %	74 %	81 %
Durchschnittsalter (Jahre)	18,8	22,5	21,6
Klienten/innen (N)	1.778	2.244	1.091

Tabelle 3.2: Geschlechterverteilung und Durchschnittsalter der jüngeren Klienten/innen

Ein weiteres spezifisches Merkmal der Cannabisklientel ist der mit 87 Prozent extrem hohe Anteil von männlichen Personen. In der Klienten-Gruppe „Harte Drogen“ beträgt dieser drei Viertel, bei den Alkoholklienten/innen etwa 80 Prozent.

Fast alle jüngeren Cannabisklienten/innen sind noch ledig (99 %), was angesichts ihres eher jugendlichen Alters nicht überraschend ist. Entsprechend zeigt sich, dass beinahe zwei Drittel (noch) bei den Eltern leben (62 %) (siehe Tabelle 3.3). 17 Prozent leben alleine und nur jede/r zwanzigste lebt mit seinem/r Partner/in und/oder Kind zusammen (5 %). Werden nur die Mädchen und Frauen betrachtet, ergibt sich ein Anteil von 15 Prozent, auf den die letztgenannte Lebenssituation zutrifft. Bei den beiden anderen Gruppen haben die Lebenssituationen „allein lebend“ und „mit Partner und/oder Kind“ eine größere Bedeutung. Dieser Sachverhalt dürfte ebenfalls - wie bei einigen anderen sozialen Parametern auch - im Zusammenhang mit dem etwas höheren Alter stehen.

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
allein lebend	17 %	25 %	28 %
mit Elternteil	62 %	40 %	39 %
mit Partner/in und/oder Kind	5 %	16 %	13 %
anderes	16 %	19 %	20 %
Klienten/innen (N)	709	924	712

Tabelle 3.3: Lebenssituation der jüngeren Klienten/innen

Analog zu den Ergebnissen bei der Lebenssituation wohnen über 60 Prozent der Cannabisklienten/innen bei den Eltern (siehe Tabelle 3.4). Jede/r Fünfte verfügt über eine eigene Wohnung. Auf 12 Prozent, d.h. etwa jede siebte Person, trifft die Situation „Institutionelles Wohnen“ zu. Darunter können auch Klienten/innen von Einrichtungen der Jugendhilfe sein, die aufgrund von Cannabisproblemen in die Suchtberatung geschickt werden. Dass die Cannabisklienten/innen obdachlos oder in provisorischen Unterkünften untergebracht sind, kommt nur ganz selten vor (1 %). Bei der Wohnsituation besteht bei der Cannabisklientel ein geschlechtsspezifischer Unterschied dahingehend, dass die Frauen schon häufiger in einer eigenen Wohnung leben als die Männer (29 % zu 20 %). Bei den Klienten-Gruppen „Harte Drogen“ und „Alkohol“ ist der Anteil derjenigen, die (schon) in einer eigenen Wohnung leben, deutlich höher (37 % bzw. 39 %). Gleichzeitig befinden hier sich zwar kleine, doch betreuungsrelevante Gruppen in einer prekären Wohnsituation (obdachlos etc.) (6 % bzw. 4 %).

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
eigene Wohnung	21 %	37 %	39 %
bei den Eltern	61 %	39 %	36 %
bei anderen Angehörigen/Freunden	3 %	5 %	5 %
institutionelles Wohnen	12 %	11 %	14 %
obdachlos, provisorische Unterkunft, JVA	1 %	6 %	4 %
sonstiges	2 %	2 %	2 %
Klienten/innen (N)	905	1.151	800

Tabelle 3.4: Wohnsituation der jüngeren Klienten/innen

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
in Schule/Ausbildung	64 %	22 %	31 %
erwerbstätig	9 %	14 %	20 %
arbeitslos/erwerbslos	19 %	53 %	36 %
anderes	8 %	10 %	12 %
Klienten/innen (N)	614	861	694

Tabelle 3.5: Erwerbssituation der jüngeren Klienten/innen

Die Erwerbssituation der Cannabisklientel stellt sich wie folgt dar: Fast zwei Drittel der Cannabisklienten/innen gehen zur Schule oder befinden sich in der Ausbildung (64 %) (siehe Tabelle 3.5). Darüber hinaus ist etwa jede zehnte Person erwerbstätig (9 %). Es gibt jedoch auch eine bedeutsame Gruppe von Cannabisklienten/innen, die arbeitslos ist (19 %).

Auch bei der Erwerbssituation bestehen Unterschiede zu den Klienten-Gruppen „Harte Drogen“ und „Alkohol“ - hier ist die Arbeitslosenquote viel höher. Dieser Sachverhalt ist aber nicht nur darauf zurückzuführen, dass diese beiden Klientele etwas älter sind, sondern dürfte auch mit den spezifischen Lebensumständen (Kriminalisierung, Verelendung) eines Teils dieses Personenkreises zusammenhängen.

Als letztes soziales Kriterium sei noch kurz auf die Schuldensituation der Cannabisklienten/innen eingegangen: 70 Prozent von ihnen haben keine Schulden. Der Rest hat Schulden bis 5.000 Euro bzw. ist bei ihnen die Schuldenhöhe unbekannt. Insgesamt lässt sich also sagen, dass die Cannabisklientel vergleichsweise wenig verschuldet ist. Bei der Klienten-Gruppe „Harte Drogen“ sind nur 39 Prozent nicht verschuldet, bei den Alkohol Klienten/innen trifft dies auf 48 Prozent zu.

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
normal	83 %	72 %	78 %
reduziert	14 %	22 %	21 %
erheblich reduziert	3 %	5 %	1 %
desolat/verwahrlost	0 %	1 %	0 %
Klienten/innen (N)	124	200	152

Tabelle 3.6: Körperlicher Allgemeinzustand der jüngeren Klienten/innen

Zur gesundheitlichen Situation der Cannabisklienten/innen liegen folgende Informationen vor: Bei der weit überwiegenden Anzahl dieses Personenkreises wird der körperliche Allgemeinzustand von den Mitarbeitern/innen der ambulanten Suchthilfe als „normal“ eingeschätzt (83 %) (siehe Tabelle 3.6). Bei jeder siebten Person wird dieser als eingeschränkt („reduziert“) angesehen (14 %). Mit der Kategorie „erheblich reduziert“ werden nur ganz wenige Personen eingestuft (3 %). Bei den beiden anderen Gruppen ist der Anteil derjenigen Klienten/innen mit einem reduzierten körperlichen Allgemeinzustand höher (Harte Drogen: 22 %, Alkohol: 21 %).

Die Beurteilung des körperlichen Allgemeinzustands spiegelt sich auch in der Einschätzung des Ernährungszustandes wider: Drei Viertel der Cannabisklienten/innen werden als normal eingeschätzt (75 %), als zu mager etwa jeder fünfte Person (19 %), der Rest als „leicht adipös“ (6 %).

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
Betreuungsdauer (Ø)	111 Tage	155 Tage	106 Tage
Anzahl der Kontakte (Ø)	4 Kontakte	15 Kontakte	7 Kontakte
Kontaktintensität (Ø)	alle 28 Tage	alle 10 Tage	alle 15 Tage
Dauer eines Kontaktes (Ø)	49 Min.	40 Min.	56 Min.
Gesamtkontaktzeit (Ø)	3,4 Std.	10 Std.	6,8 Std.
Betreuungen (N)	1.424	1.781	1.000

Tabelle 3.7: Inanspruchnahmeverhalten der jüngeren Klienten/innen nach Hauptdiagnose-Gruppen (abgeschlossene Betreuungen)

3.4. Inanspruchnahmeverhalten

Von der jüngeren Cannabisklientel werden gut 40 Prozent bis zu 4 Wochen lang betreut. Etwa gleich viele Personen sind 1 bis 6 Monate in der Betreuung. Jede/r Fünfte ist dies über ein halbes Jahr. Im Durchschnitt werden die Cannabisklienten/innen damit 111 Tage lang betreut (siehe Tabelle 3.7). In dieser Zeit kommt es im Mittel zu 4 Kontakten mit einer jeweiligen Dauer von 49 Minuten, so dass daraus eine Gesamtkontaktzeit von 3,4 Stunden resultiert (Frauen: 4,3 Std., Männer: 3,2 Std.). Damit ist die Kontaktintensität eher gering: Es kommt während der Betreuung durchschnittlich etwa alle vier Wochen (28 Tage) zu einem Beratungsgespräch zwischen dem/r Betreuer/in und dem/der Klienten/in.

Bei den beiden anderen Klienten-Gruppen ist die Kontaktintensität wesentlich höher: Hier findet im Mittel alle 10 Tage („Harte Drogen“) bzw. alle 15 Tage („Alkohol“) ein Kontakt statt.

Diese unterschiedlichen Kontaktintensitäten können entweder mit unterschiedlichen Betreuungsbedarfen der jeweiligen Klientele oder zeitlichen Vorgaben der Betreuungs- und Behandlungskonzepte zusammenhängen.

Wird das Inanspruchnahmeverhalten der Cannabisklientel weiter nach Altersgruppen ausdifferenziert, zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter sowohl die durchschnittliche Betreuungsdauer als auch die Gesamtkontaktzeit steigt. So kommen die minderjährigen Klienten/innen bei der Betreuungsdauer auf 84 Tage und bei der Gesamtkontaktzeit auf 2,4 Stunden, während die entsprechenden Werte für die Gruppe der 21- bis 26-Jährigen 145 Tage und 5,1 Stunden betragen (siehe Tabelle 3.8). Dies könnte ein empirischer Hinweis für unterschiedliche Betreuungsbedarfe sein. Bei der Kontaktintensität ergibt sich dagegen kein eindeutiger Trend.

	bis einschließlich 17 Jahre	18 bis einschließlich 20 Jahre	21 bis einschließlich 26 Jahre
Betreuungsdauer (Ø)	84 Tage	127 Tage	145 Tage
Anzahl der Kontakte (Ø)	3 Kontakte	4 Kontakte	6 Kontakte
Kontaktintensität (Ø)	alle 28 Tage	alle 32 Tage	alle 24 Tage
Dauer eines Kontaktes (Ø)	48 Min.	48 Min.	52 Min.
Gesamtkontaktzeit (Ø)	2,4 Std.	3,5 Std.	5,1 Std.
Betreuungen (N)	638	453	333

Tabelle 3.8: Inanspruchnahmeverhalten der jüngeren Cannabisklienten/innen nach Altersgruppen (abgeschlossene Betreuungen)

	Haupt- einkommensquelle: Lohn/Gehalt	Haupt- einkommensquelle: Sozialhilfe
Betreuungsdauer (Ø)	114 Tage	138 Tage
Anzahl der Kontakte (Ø)	6 Kontakte	9 Kontakte
Kontaktintensität (Ø)	alle 19 Tage	alle 15 Tage
Dauer eines Kontaktes (Ø)	48 Min.	61 Min.
Gesamtkontaktzeit (Ø)	4,5 Std.	9,3 Std.
Betreuungen (N)	73	60

Tabelle 3.9: Inanspruchnahmeverhalten der jüngeren Cannabisklienten/innen nach ihrer Haupteinkommensquelle (ausgewählte Kriterien) (abgeschlossene Betreuungen)

In einem weiteren Analyseschritt soll das Inanspruchnahmeverhalten der Cannabisklienten/innen in Zusammenhang mit ihrer finanziellen Situation gebracht werden. Dafür werden die beiden Kriterien „Haupteinkommensquelle: Lohn/Gehalt“ und „Haupteinkommensquelle: Sozialhilfe“ gegenübergestellt. Es zeigt sich dann, dass die Sozialhilfeempfänger/innen länger in der Betreuung sind und darüber hinaus mehr Gesamtkontaktzeit in Anspruch nehmen als diejenigen Personen, die über ein regelmäßiges Gehalt verfügen (138 zu 114 Tage bzw. 9,3 zu 4,5 Stunden, siehe Tabelle 3.9).

Dieser Befund könnte derart interpretiert werden, dass diejenigen Cannabisklienten/innen, die aufgrund ihrer schlechten sozialen Situation mehr Hilfe benötigen und zugleich bereit sind, sich helfen zu lassen, diese Unterstützung auch erhalten.

3.5. Betreuungsbeginn und -ende

Ein geringerer Teil der jüngeren Cannabisklienten/innen kommt aufgrund von gesetzlichen Bestimmungen in eine Einrichtung der ambulanten Suchthilfe: bei 12 Prozent bestehen zivilrechtliche Auflagen; aufgrund des Betäubungsmittelrechtes (BtMG) oder anderer strafrechtlicher Auflagen sind 6 Prozent in Betreuung. Die allermeisten Cannabisklienten/innen suchen jedoch freiwillig, d.h. ohne gesetzliche Auflage eine Einrichtung auf (82 Prozent).

Die soziale Umgebung - also Eltern, Freunde und Bekannte - spielen bei der Kontaktabstimmung mit der Einrichtung eine wichtige Rolle (33 %, siehe Tabelle 3.10). Ferner ist die Bedeutung von Schule und (Ausbildungs-) Betrieb mit einem Vermittlungsanteil von 18 Prozent her-

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
ohne Vermittlung	13 %	28 %	18 %
professionelle Hilfe	18 %	28 %	24 %
soziale Umgebung	33 %	20 %	17 %
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	18 %	4 %	11 %
Justiz/JVA/Öffentliche Ämter	13 %	14 %	22 %
sonstiges	5 %	6 %	8 %
Betreuungen (N)	1.240	1.500	888

Tabelle 3.10: Vermittlung der jüngeren Klienten/innen in die betreuende Einrichtung nach Hauptdiagnose-Gruppen (abgeschlossene Betreuungen)

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
planmäßiger Abschluss	53 %	31 %	37 %
(planmäßige) Weitervermittlung	6 %	13 %	11 %
Abbruch durch Klienten	39 %	51 %	47 %
Abbruch durch Einrichtung	1 %	2 %	2 %
Betreuungen (N)	1.220	1.654	978

Tabelle 3.11: Beendigungsgrund der Betreuungen der jüngeren Klienten/innen nach Hauptdiagnose-Gruppen (abgeschlossene Betreuungen)

auszustellen. Gegenüber den anderen beiden Klienten-Gruppen ist damit der Anteil der Vermittlungen aus dem „sozialen Nahbereich“ bei der Cannabisklientel besonders hoch.

Etwa 60 Prozent der Cannabisklientel beendet die Betreuung planmäßig bzw. wird entsprechend weitervermittelt, was insgesamt als ein positives Ergebnis zu bewerten ist (siehe Tabelle 3.11). Wenn betreute Personen weitervermittelt werden - was eher die Ausnahme ist (6 %) -, dann in ein breites Spektrum: Dieses reicht vom stationären Entzug über die Jugendberatung bis hin zur Selbsthilfe.

Immerhin 39 Prozent der Cannabisklienten/innen brechen jedoch die Betreuung von sich aus vorzeitig ab. Damit ist die „Abbrecherquote“ zwar niedriger als bei den beiden anderen Klientengruppen, trotzdem sollte diese Zahl Anlass sein, über die Angemessenheit und Zielgenauigkeit der Beratungs- und Hilfskonzepte für einen Teil der Cannabisklienten/innen erneut nachzudenken.

Neben der Abschlussart (planmäßig versus abgebrochen) gibt der Konsumstatus der Klienten/innen am Ende der Betreuung Aufschluss über den Erfolg der Betreuung: 51 Prozent der jüngeren Cannabisklienten/innen der schleswig-holsteinischen Suchthilfeeinrichtungen reduzieren im Verlaufe der Betreuung ihren Cannabisgebrauch oder beenden diesen sogar vollständig (siehe Tabelle 3.12). Gleichwohl zeigen sich 46 Prozent der Klienten/innen von dieser professionellen Hilfe im Ergebnis unbeeindruckt: Sie lassen ihren Konsum unverändert oder intensivieren ihn sogar. Im Vergleich zu den beiden anderen Klienten-Gruppen kommen die erfolgreichen Betreuungen bei der jüngeren Cannabisklientel allerdings etwas häufiger vor.

Es ist eine nahe liegende Vermutung, dass die Art und Weise, wie die Klienten/innen zur Hilfe kommen – freiwillig oder erzwungen durch den Sanktionsapparat, gedrängt von Eltern oder dem Arbeitgeber (siehe oben) – einen Einfluss auf das Ergebnis der Betreuung hat: Beenden diejenigen, die ohne Vermittlung gekommen sind, die Betreuung erfolgreicher als diejenigen, die gedrängt worden sind? Für die jüngeren Cannabisklienten/innen wirkt sich die Art des Kommens jedoch nicht auf den Beendigungsgrund und das Konsumverhalten am Ende der Betreuung aus. Die beobachteten Unterschiede sind (statistisch) nicht relevant. Da sich immerhin bei der Hälfte der Cannabisklienten/innen das Konsumverhalten zumindest reduziert, erscheint eine Strategie „forcierter Ermutigung“ nicht falsch zu sein.

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
abstinent	17 %	19 %	20 %
gebessert	34 %	25 %	27 %
kein Problem seit Betreuungsbeginn	3 %	2 %	3 %
unverändert	44 %	48 %	48 %
verschlechtert	2 %	7 %	3 %
Betreuungen (N)	920	1.255	831

Tabelle 3.12: Konsumstatus am Ende der Betreuung der jüngeren Klienten/innen nach Hauptdiagnose-Gruppen (abgeschlossene Betreuungen)

3.6. Vergleich Schleswig-Holstein und Hessen

Ein Vergleich der eben präsentierten Ergebnisse mit empirischen Befunden aus der ambulanten Suchthilfe in Hessen (Kalke et al. 2006), zeigt viele Gemeinsamkeiten, aber auch einige Abweichungen zwischen den Cannabisklientel in beiden Bundesländern.²⁷

Sowohl in Schleswig-Holstein als auch in Hessen dominieren männliche Personen die jüngere Cannabisklientel, von der fast alle ledig sind und beinahe zwei Drittel bei den Eltern oder anderen Angehörigen wohnen (siehe Tabelle 3.13). Ferner werden in beiden Bundesländern etwa ein Drittel der Cannabisklienten/innen über die soziale Umgebung (Eltern, Freunde, Bekannte) an eine ambulante Suchthilfeeinrichtung vermittelt. Auch das Beendungsverhalten (Art der Beendigung und Konsumstatus) stellt sich in beiden Bundesländern ähnlich dar. Unterschiede bestehen dagegen beim Inanspruchnahmeverhalten: In Schleswig-Holstein ist die durchschnittliche Anzahl in Anspruch genommener Kontakte bzw. die Gesamtkontaktzeit geringer als in Hessen. Ferner fällt der höhere Anteil minderjähriger Cannabisklienten/innen im nördlichsten Bundesland auf.

3.7. Zusammenfassung

Zusammenfassend lassen sich zu den Cannabisklienten/innen in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein folgende Punkte festhalten:

- Sie sind jung (Ø 19 Jahre) und vorwiegend männlich.
- Sie leben häufig noch bei den Eltern, gehen zur Schule oder befinden sich in der Ausbildung.
- Ein kleiner Teil von ihnen ist in einer schlechten sozialen Situation (arbeitslos).
- Bei den allermeisten ist der körperliche Allgemeinzustand normal.
- Etwa ein Drittel von ihnen wird über die soziale Umgebung (Eltern, Freunde, Bekannte) an eine ambulante Einrichtung vermittelt.
- Sie sind im Durchschnitt 3 bis 4 Monate in der Betreuung.
- Die Kontaktintensität ist dabei niedrig: Sie haben im Durchschnitt alle vier Wochen einen Kontakt (Beratung) zu der betreuenden Einrichtung.
- Der Großteil beendet die Betreuung planmäßig.
- Bei gut der Hälfte verbessert sich das Konsumverhalten während der Betreuung.
- Sie weisen viele Ähnlichkeiten mit der Cannabisklientel in Hessen auf.

	Schleswig-Holstein (2001-2004)	Hessen (2002-2004)
Anteil Minderjährige	45 %	28 %
Anteil Männer	87 %	85 %
ledig	99 %	98 %
Wohnen bei Eltern/Angehörige	64 %	63 %
Prekäre Wohnsituation	1 %	3 %
Vermittlung über soziale Umgebung	33 %	34 %
Anzahl Kontakte	4 Kontakte	7 Kontakte
Gesamtkontaktzeit	3,4 Stunden	5,3 Stunden
Planmäßiger Abschluss (Weitervermittlung)	59 %	54 %
Konsumstatus: abstinent/verbessert	51 %	59 %

Tabelle 3.13: Vergleich der jüngeren Cannabisklientel Schleswig-Holstein und Hessen

²⁷ Bei diesem Vergleich ist zu berücksichtigen, dass nur eine begrenzte Anzahl von Informationen miteinander verglichen werden kann, da die eingesetzten Datensätze in einigen Bereichen nicht identisch sind bzw. teilweise unterschiedliche Auswertungsroutinen für die beiden Suchthilfestatistiken existieren.

Kapitel 4: Cannabisanalyse II: Cannabis in der Substanzabfolge

4.1. Einleitung: Fragestellung und Datengrundlage

Der Cannabiskonsum wird nach wie vor in Kontext mit einem möglicherweise nachfolgenden Konsum weiterer illegaler psychotroper Substanzen diskutiert. In diesem Zusammenhang ist nicht allein eine Hochrechnung von Interesse, wie viele der Cannabiskonsumenden/innen später auch „harte“ Drogen konsumieren werden.²⁸ Vielmehr ist es wichtig, den Gründen für einen fortgesetzten Suchtmittelkonsum der Cannabiskonsumenden/innen auf die Spur zu kommen. Hierzu kann die Untersuchung der in Schleswig-Holstein festgehaltenen Informationen zu den Klienten/innen des ambulanten Hilfesystems Wesentliches beitragen.

Eine Analyse kann die Unterschiede herausarbeiten, die zwischen den Hilfe nachfragenden Gruppen derjenigen bestehen, die dem Cannabiskonsum noch einen Konsum „harter“²⁹ Drogen folgen ließen und denen, die dies nicht taten: Beide finden sich im System der ambulanten Suchtkrankenhilfe und zu beiden sind Angaben zu den von ihnen konsumierten Substanzen dokumentiert worden. Die Ausgangshypothese dieser Untersuchung nimmt an, dass sich in den Spezifika der Substanzreihen³⁰ selbst Unterschiede finden, die in Zusammenhang stehen mit der späteren „Entscheidung“, ob harte Drogen konsumiert werden oder nicht.

Deshalb lautet die Fragestellung dieser Untersuchung:

- Gibt es signifikante Unterschiede im Substanzvorlauf zwischen den Klienten/innen, die nach dem Beginn des problematischen³¹ Cannabiskonsums ihre Substanzreihe mit harten Drogen fortsetzen und denen, die dies nicht tun?

Antworten auf diese Frage können Hinweise liefern für das präventive Handeln im Umgang mit Konsumenten/in-

nen von Cannabis und seinen Vorläufersubstanzen, wenn der Übergang zum Konsum weiterer Substanzen mit höheren Risiken für die Gesundheit der User vermieden werden soll.

Eine solche Analyse muss auf Daten fußen, die den jeweiligen Beginn des problematischen Konsums der einzelnen Substanzen ad personam zeitlich genau belegen. Nur so ist die zeitliche Reihenfolge des problematischen Konsums der verschiedenen psychotropen Substanzen valide zu identifizieren, deren zeitliche Distanzen zwischen den einzelnen Substanzen dann ebenfalls berechnet werden können. Anschließend können Aussagen getroffen werden über die Anzahl verschiedener Substanzreihen, das durchschnittliche Alter beim problematischen Konsum einzelner Substanzen oder die durchschnittlichen Zeitabstände zwischen einzelnen Substanzen. Diese Datenqualität kann von einer Eingangs- und/oder Ausgangsstatistik nicht geliefert werden, weil ein (eventuell sogar rückblickendes) Dokumentieren des genauen zeitlichen Beginns des problematischen Konsums einer psychotropen Substanz bei einer solchen Stichtagserhebung nicht vorgesehen ist. Allein eine chronologische Dokumentation, wie sie in Schleswig-Holstein in der ambulanten Suchtkrankenhilfe durchgeführt wird, die mit dem festgehaltenen relevanten Merkmal der Betreuung, so z. B. der Tatsache des Beginns problematischen Cannabiskonsums, auch das Datum dieses Merkmals selbst festhält (und nicht etwa das Datum der Dokumentation dieses Merkmals), lässt die Identifikation und Konstruktion einer zeitlichen Abfolge von Merkmalen (hier: des Beginns des problematischen Konsums) zu. Die anschließende Analyse beschränkt sich auf diese Daten: konsumierte Substanzen, zeitlicher Beginn dieses Konsums, Geschlecht der Klienten/innen.

Unter diesen Voraussetzungen werden die zwei Gruppen

- "Beender": Klienten/innen, die begannen Cannabis auf problematische Weise zu konsumieren, für die aber kein Konsum harter Drogen festgehalten wurde und
- "Fortsetzer": Klienten/innen, die Cannabis auf bedenkliche Weise konsumierten und anschließend ebenfalls harte Drogen konsumierten betrachtet.

Es werden

- die Länge der Substanzreihen beschrieben,
- die Position des Cannabiskonsums in diesen Reihen untersucht,
- die Anteile der parallel und/oder vorausgehend konsumierten Substanzen Nikotin und Alkohol analysiert,
- das Alter der Klienten/innen zum Beginn der verschiedenen auf problematische Weise konsumierten Stoffe geklärt und
- die zeitlichen Distanzen zwischen den einzelnen Anfangszeitpunkten herausgearbeitet.

28 Diese kann aus systematischen Gründen durch die alleinige Analyse der Daten des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems Schleswig-Holsteins nicht erbracht werden.

29 „Harte“ Drogen fasst in diesem Aufsatz die psychotropen Substanzen zusammen, die ein hohes Abhängigkeitspotential besitzen, deren Besitz illegal ist oder/und für die ein hoher Verfolgungsdruck durch die Polizei ohne rechtliche Spielräume für die Staatsanwaltschaft besteht. Zu „harten“ Drogen wurden die dokumentierten Substanzen zusammengefasst: Ecstasy, Crack, andere Drogen, Kokain, Amphetamine, Halluzinogene und Heroin, Metha-/Polamidon sowie Codein.

30 Substanzreihe ist die chronologische Abfolge der Zeitpunkte, an denen der Konsum der einzelnen verwendeten Substanzen den User/innen begann Probleme zu bereiten.

31 Ein zentraler Begriff dieser Betrachtung ist der des „problematischen Konsums“. Er grenzt sich ab vom Erstkonsum, der den tatsächlich allerersten Konsum einer Substanz meint. Problematischer Konsum setzt die mehrmalige Konsumerfahrung und den Beginn von durch den Substanzkonsum verursachten unerwünschten Folgen voraus. Dies können gesundheitliche, soziale oder auch rechtliche Konsequenzen sein, die vom Konsumenten bzw. der Konsumentin selbst als solche wahrgenommen werden oder aber von außen stehenden Personen erkannt und z. B. zum Anlass werden, die Suchtberatung aufzusuchen. Der Begriff „problematischer Konsum“ ist damit weiter gefasst als der der „Störung“, des „Missbrauchs“ oder gar der „Abhängigkeit“. Die mit letzteren Begriffen verbundenen Lebensumstände werden von ihm aber ebenfalls eingeschlossen. Klassifiziert wurde ein Konsum für diese Analyse als „beginnend problematisch“, indem ein/e Mitarbeiter/in einer Suchtberatungsstelle ihn im elektronischen Dokumentationssystem unter „Sucht- / Konsumrückblick“ mit einem Datum und einer Konsumfrequenz festgehalten hat.

sub1_1	sub2_1	sub3_1	sub4_1	sub5_1	sub6_1	sub7_1
Alkohol	Cannabis	.	.	.	.	.
Alkohol	.	.	.	.	.	.
Nikotin	Cannabis	Alkohol	Halluzinoge	Codein	Amphetami	Heroin
Nikotin	Alkohol	.	.	.	.	.
Nikotin	Alkohol	Cannabis	Amphetami	Halluzinoge	.	.
Cannabis	.	.	.	.	.	.
Halluzinoge	Cannabis	Heroin	Codein	Metha-/Pol	.	.
Glücksspie	Alkohol	.	.	.	.	.
Nikotin	Cannabis	Heroin	Metha-/Pol	.	.	.
Cannabis	.	.	.	.	.	.
Nikotin	Alkohol	Cannabis	.	.	.	.
Alkohol	.	.	.	.	.	.
Alkohol	.	.	.	.	.	.
Alkohol	Heroin	.	.	.	.	.
Alkohol	.	.	.	.	.	.
Essstörung	Alkohol	.	.	.	.	.
Cannabis	Heroin	Kokain	.	.	.	.
Alkohol	.	.	.	.	.	.
Alkohol	Cannabis	Heroin	.	.	.	.
Alkohol	.	.	.	.	.	.
Cannabis	.	.	.	.	.	.
Nikotin	Alkohol	.	.	.	.	.

Jede Zeile dieser Matrix gibt die Angaben für einen Klienten bzw. eine Klientin wieder. Zu jeder dieser Substanzangaben (begonnener problematischer Konsum: sub1_1, sub2_1, ...) findet sich in der Datenbank an anderer Stelle eine genaue Datumsangabe.

Abbildung 4.1: Die chronologischen Reihen der Substanzabfolgen in der Datenbank, beispielhafter Screenshot

Die Grundlage aller im Folgenden präsentierten Auswertungen zur Konsumabfolge bilden - wie schon ausgeführt - die chronologisch sortierten Reihen des Beginns des problematischen Konsums der verschiedenen Substanzen aller einzelnen Klienten/innen, die zu diesem Aspekt Einträge in der Datenbank hatten (siehe Abbildung 4.1).³²

	Anzahl
Klienten/innen mit Substanzinträgen im Ordner Sucht- / Konsumrückblick des Dokumentationsprogramms	4.363
Klienten/innen mit dokumentiertem Cannabiskonsum	1.337
davon:	
Beender oder Fortsetzer (s.o.)	1.265*

*: Die Differenz zu allen festgehaltenen Klienten/innen mit Cannabiskonsum bilden diejenigen Cannabiskonsumenden/innen, deren Konsum erst für einen Zeitpunkt nach dem Beginn des Konsums harter Drogen dokumentiert wurde (N=72).

Tabelle 4.1: Basisinformationen zur Datengrundlage

32 Die Mitarbeiter/innen der Suchtkrankenhilfeeinrichtungen können für jeden Klienten und jede Klientin den Konsum für bis zu elf verschiedene Suchtmittel mit dem Datum festhalten. Durch umfangreiche Datenaufbereitung und -prüfung wurde sichergestellt, dass diese verschiedenen Einträge für jede/n Klienten/in zum einen in die richtige zeitliche Reihenfolge gebracht wurden und zum anderen jeder Substanzkonsum nur einmal in die Reihe übernommen wurde (mit dem frühesten Datum).

Die betrachteten Daten stammen aus den Jahren 1999 bis 2005 und schließen Informationen über 4.363 verschiedene Klienten/innen mit unterschiedlichen Hauptdrogentypen³³ ein. Für insgesamt 1.337 Personen ist der Cannabiskonsum dokumentiert (siehe Tabelle 4.1).³⁴

Die beiden Gruppen der Cannabis konsumierenden Klienten/innen unterscheiden sich in Bezug auf die Verteilung der Geschlechter geringfügig (siehe Tabelle 4.2): Zwar sind beide sehr stark durch Männer dominiert, dies gilt aber in noch stärkerem Maße für die Gruppe der Beender. Männer haben hier einen Anteil von 85 Prozent. Der Blick auf das Alter der Klienten/innen verdeutlicht, dass es sich hier tatsächlich um zwei verschiedene Gruppen handelt: Die Fortsetzer sind mit 30,6 Jahren durchschnittlich sechs Jahre älter als diejenigen, die nach dem Beginn des problematischen Cannabiskonsums keine harten Drogen zu sich nehmen. Hinzu kommt, dass das durchschnittliche Alter der Beender von 24,7 Jahren bereits fünf Jahre über dem Alter liegt, in dem die Fortsetzer mit dem Konsum der harten Drogen begonnen hatten (siehe Tabelle 4.13 und Tabelle 4.14). Es kann also davon ausgegangen werden, dass die hier als Beender bezeichneten Klienten/innen nicht ihre „Suchtkarriere“ noch vor sich haben.

	Geschlecht		Alter bei der Betreuung (Jahre)	Anzahl (N)
	m (%)	w (%)		
Beender	85 %	15 %	24,7	421
Fortsetzer	80 %	20 %	30,6	844

Tabelle 4.2: Vergleichsgruppen, Charakteristika

33 Somit liegt diese Analyse quer zu den anderen Betrachtungen dieses Jahresberichtes, die die Perspektive einzelner Hauptdrogentypen einnehmen.

34 Über diese absoluten Zahlen, 4.363 Klienten/innen insgesamt bzw. 1.337 Klienten/innen, für die ein Cannabiskonsum dokumentiert wurde, lassen sich keine Aussagen ableiten: Weder zum Verhältnis zueinander noch zur Anzahl der Cannabisklienten/innen im Suchtkrankenhilfesystem. Denn diese absoluten Zahlen stammen aus einem spezifischen Teil der elektronischen Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe.

4.2. Die Position des Cannabiskonsums in den Substanzreihen

Für Klienten/innen, die ihrem Cannabiskonsum keinen Konsum harter Drogen folgen lassen, besteht die Substanzabfolge aus durchschnittlich 1,6 verschiedenen Substanzen (siehe Tabelle 4.3).³⁵ Das bedeutet: In der Regel beschränken sich die Konsumprobleme dieser Personen auf das Cannabis. Dagegen umfasst die Reihe der konsumierten Substanzen der Fortsetzer durchschnittlich 4,7 verschiedene Stoffe: Zu der (per definitionem) erforderlichen einen Substanz aus dem Kreis der harten Drogen treten - im Vergleich zu den Beendern - durchschnittlich noch zwei weitere „harte“ oder „weiche“ Drogen. Zu diesen gehören - wie weiter unten gezeigt werden wird - häufig auch Alkohol und / oder Nikotin.

	durchschnittliche Reihenlänge
Beender (N=421)	1,6
Fortsetzer (N=844)	4,7

Tabelle 4.3: Anzahl der auf problematische Weise konsumierten Substanzen

Wenn der Konsum über Cannabis hinaus mit harten Drogen fortgesetzt wird, geht dies also mit einer deutlichen Tendenz zu stark diversifiziertem Suchtmittelkonsum einher.

Cannabiskonsum steht eher am Beginn der Substanzreihen, als in deren Mitte oder an ihrem Ende. Dies gilt insbesondere für die Gruppe der Beender. Ist für die

	durchschnittliche Stelle
Beender (N=421)	1,4
Fortsetzer (N=844)	4,8
Signifikanzniveau (T-Test) ⁺	**

⁺: Signifikanzniveau des T-Tests (Differenz zwischen Beendern und Fortsetzern): n. s.: nicht signifikant / *: Irrtumswahrscheinlichkeit 0,05 / **: Irrtumswahrscheinlichkeit 0,01

Tabelle 4.4: Position des Cannabiskonsums in der Substanzreihe (generell)

se Klienten/innen allerdings ein zweiter Substanzkonsum festgehalten, geht dieser dem Cannabiskonsum in der Regel voraus. Daher befindet sich der Cannabiskonsum der Beender durchschnittlich an der Stelle 1,4 ihrer kurzen Substanzreihe (siehe Tabelle 4.4).

Der Cannabiskonsum der Fortsetzer liegt durchschnittlich näher an der Position 2 ihrer Substanzreihen. Diese Klienten/innen haben in der Mehrzahl einen dem Cannabiskonsum voraus gegangenen bedenklichen Konsum einer anderen Substanz. Für sie sind die Cannabisprodukte damit mehrheitlich nicht die unmittelbaren Einstiegspunkte in die „Suchtkarriere“, sondern das Nikotin oder der Alkohol (siehe unten).

Die genaue Aufschlüsselung der Verteilung der Position des Cannabiskonsums in den Substanzreihen über ihre verschiedenen Stellen erhellt die Analyse der Mittelwerte weiter: Während 65 Prozent der Beender die Probleme mit dem Cannabiskonsum als erste Probleme mit einer psychotropen Substanz benennen, sind dies bei den Fortsetzern lediglich 40 Prozent (siehe Tabelle 4.5).

Probleme mit Alkohol- oder/und Nikotinkonsum treten bei den beiden Cannabisgruppen in unterschiedlichem Ausmaß auf (siehe Tabelle 4.6). Sie sind bei den Fortsetzern annähernd doppelt so oft zu finden wie bei den Be-

	Stelle 1	Stelle 2	Stelle 3	Stelle 4	
Beender (N=421)	65 %	27 %	8 %	0 %	100 %
Fortsetzer (N=844)	40 %	42 %	17 %	1 %	100 %

Tabelle 4.5: Verteilung der Position des Cannabiskonsums, prozentual

³⁵ Selbstverständlich kann niemand „1,6“ verschiedene Substanzen konsumieren, sondern nur entweder eine oder zwei. Trotzdem werden im Folgenden für die Gruppen der Beender und Fortsetzer Gruppenmittelwerte berechnet, um eine Einschätzung der Unterschiede in den beiden Gruppen zu ermöglichen.

	Nikotin problematisch konsumiert	Alkohol problematisch konsumiert
Beender (N=421)	18 %	30 %
Fortsetzer (N=844)	36 %	57 %

Tabelle 4.6: Problematischer Nikotin- und Alkoholkonsum

ändern (Nikotin: 36 gegenüber 18 Prozent bzw. Alkohol: 57 gegenüber 30 Prozent). Für beide Gruppen sind die dokumentierten Alkoholprobleme bedeutsamer als die mit dem Nikotin.

In beiden Gruppen tritt in der weit überwiegenden Mehrheit der Fälle der Beginn des problematischen Nikotin- und Alkoholkonsums bereits vor dem Beginn des problematischen Cannabiskonsums auf (siehe Tabelle 4.7). Nur in 26 Prozent der Fälle beginnen die Probleme mit dem Alkohol nach dem Beginn des problematischen Cannabiskonsums, wenn diese bei den Klienten/innen ebenfalls auftreten.

Die Bedeutung der sich so abzeichnenden Reihenfolge des Substanzkonsums — erst Nikotin oder Alkohol, dann Cannabis — wird durch die Mittelwertanalyse gestützt. Der Blick auf diejenigen, für die neben Cannabis noch ein Nikotin- oder Alkoholkonsum festgehalten wurde (siehe Tabelle 4.8 und Tabelle 4.9), zeigt zwischen den beiden Gruppen der Cannabisuser nur wenige Unterschiede.

	vorher: Nikotin problematisch konsumiert	vorher: Alkohol problematisch konsumiert
Beender	93 % (N=70)	80 % (N=101)
Fortsetzer	93 % (N=277)	74 % (N=355)

Tabelle 4.7: Vorausgehender problematischer Nikotin- und Alkoholkonsum (wenn dieser vorhanden ist)

	durchschnittliche Stelle: Beginn des problematischen Konsums		Signifikanzniveau (T-Test) ⁺
	Nikotin	Cannabis	
Beender (N=75)	1,2	2,4	**
Fortsetzer (N=303)	1,4	2,4	**

⁺: Signifikanzniveau des T-Tests (Differenz zwischen einzelnen Substanzen)

Tabelle 4.8: Lage des Cannabiskonsums in der Substanzreihe mit Nikotin

Bei beiden ist aber für beide Substanzkombinationen (Nikotin/Cannabis und Alkohol/Cannabis) eine klare Abfolge des problematischen Substanzkonsums erkennbar: Die Probleme mit dem Cannabiskonsum gewinnen erst nach denen des Nikotins und des Alkohols an Bedeutung. Dieser Zusammenhang ist bei den Beendern etwas klarer ausgeprägt (die Distanz zwischen den durchschnittlichen Positionen ist hier etwas größer).

Deutlich wird außerdem, dass der Beginn des Cannabiskonsums in beiden Gruppen unter der Voraussetzung eines ebenfalls dokumentierten Nikotin- oder Alkoholkonsums an derselben Stelle liegt (an den Positionen 2,2 bzw. 2,4). Als Kriterium für die Frage, ob nach dem Cannabiskonsum noch der von harten Drogen folgt, scheidet die Position des Cannabiskonsums im Zusammenhang mit dem Nikotin- oder Alkoholkonsum also aus.

	durchschnittliche Stelle: Beginn des problematischen Konsums		Signifikanzniveau (T-Test) ⁺
	Alkohol	Cannabis	
Beender (N=127)	1,5	2,2	**
Fortsetzer (N=483)	1,7	2,2	**

⁺: Signifikanzniveau des T-Tests (Differenz zwischen einzelnen Substanzen)

Tabelle 4.9: Lage des Cannabiskonsums in der Substanzreihe mit Alkohol

Eine überaus klare Abfolge des Problembeginns zeigt sich ebenfalls in den Reihen, in denen neben dem Cannabis- sowohl der bedenkliche Nikotin- als auch Alkoholkonsum dokumentiert wurde (siehe Tabelle 4.10). Der Nikotinkonsum steht nicht nur bei den Beendern sondern auch bei den Fortsetzern an allererster Stelle der Substanzabfolge. Ihm schließt sich in beiden Gruppen erst der problematische Alkoholkonsum und dann als drittes der Cannabiskonsum an.

Diese klare Reihenfolge ist in beiden Gruppen außerdem durch gleichmäßige und große Distanzen zwischen den durchschnittlichen Positionen gekennzeichnet: Die Positionen sind also deutlich von einander getrennt (auch in diesen Reihen bei den Beendern noch etwas klarer als bei den Fortsetzern).

Zur Lage des Cannabiskonsums in der Substanzabfolge von Beendern und Fortsetzern lassen sich also Gemeinsamkeiten und Unterschiede benennen: Bei beiden zeigen sich die gleichen klaren Abfolgen Nikotin-Cannabis, Alkohol-Cannabis und Nikotin-Alkohol-Cannabis, wenn diese Substanzen konsumiert werden, bei beiden liegen die durchschnittlichen Positionen der einzelnen Substanzen an den fast selben Stellen. Während der Cannabiskonsum bei den Beendern aber in der Mehrzahl der Fälle die erste Position der Reihen einnimmt, ist dies bei den Fortsetzern nur eine Minderheit. Dies steht in Zusammenhang mit dem bedeutsamsten Unterschied zwischen den Cannabisgruppen: Die Fortsetzer weisen deutlich häufiger einen zusätzlichen problematischen Nikotin- und insbesondere Alkoholkonsum auf, die beide dem Cannabiskonsum noch vorausgehen und damit den eigentlichen Einstieg in die „Suchtkarriere“ bilden.

4.3. Das Alter beim Beginn des Substanzkonsums

Neben der Position des Cannabiskonsums in der Abfolge des Substanzkonsums ist das Alter der Konsumenten/innen bei diesem Konsum von großem Interesse: Es liefert Hinweise auf die hierbei relevanten Lebensphasen der Klienten/innen und gibt damit Anhaltspunkte für präventives Handeln.

Die Beender sind zum Zeitpunkt des Beginns der Konsumprobleme mit dem Cannabis mit 17,8 Jahren durchschnittlich etwa 1 1/2 Jahre älter als die Fortsetzer (16,4 Jahre). Innerhalb der Gruppen zeigt sich für die beiden Geschlechter eine gegenläufige Tendenz (siehe Tabelle 4.11): Während die jungen Frauen in der Gruppe der Beender durchschnittlich etwa 1/2 Jahr älter beim Beginn des bedenklichen Cannabiskonsums sind als die jungen Männer, sind die männlichen Jugendlichen unter den Fortsetzern durchschnittlich ungefähr ein Jahr älter als die weiblichen Jugendlichen. Für Letztere beginnen die Konsumprobleme mit dem Cannabis durchschnittlich mit 15,7 Jahren, während dieser Zeitpunkt bei den Beenderinnen erst 2 1/2 Jahre später mit 18,1 Jahren eintritt.

	durchschnittliche Stelle: Beginn des problematischen Konsums			Signifikanzniveau (T-Test) ⁺
	Nikotin	Alkohol	Cannabis	
Beender (N=45)	1,3	2,1	2,7	**
Fortsetzer (N=221)	1,5	2,1	2,6	**

⁺: Signifikanzniveau des T-Tests (Differenz zwischen einzelnen Substanzen)

Tabelle 4.10: Lage des Cannabiskonsums in der Substanzreihe mit Nikotin und Alkohol

	Alter		
	m (Jahre)	w (Jahre)	alle (Jahre)
Beender (N=421)	17,7	18,1	17,8
Fortsetzer (N=844)	16,5	15,7	16,4
Signifikanzniveau ⁺	**	**	**

⁺: Signifikanzniveau des T-Tests (Differenz zwischen Beendern und Fortsetzern)

Tabelle 4.11: Alter beim Beginn des problematischen Cannabiskonsums

Es zeigen sich damit sowohl zwischen den Gruppen der Beender und Fortsetzer als auch zwischen den Geschlechtern spezifische und deutliche Unterschiede. Diese werden sich in den nachfolgenden Betrachtungen bestätigen.

Die Aufschlüsselung der Zeitpunkte des Beginns des bedenklichen Cannabiskonsums auf die genauen Stellen in den dokumentierten Substanzreihen bestätigt zunächst, dass die Beender zum Beginn der Probleme mit dem Cannabis durchschnittlich älter sind als die Fortsetzer (siehe Tabelle 4.12). Außerdem tritt eine wichtige Differenz zwischen den beiden Cannabisgruppen zu Tage: Befindet sich der Beginn des problematischen Cannabiskonsums chronologisch an zweiter Stelle der Substanzreihe, sind die Beender durchschnittlich fast drei Jahre älter, als wenn sich dieser Konsumbeginn an erster Stelle ihrer Substanzabfolge befände. Die Fortsetzer sind zum Beginn des Cannabiskonsums an zweiter Stelle der Substanzreihe aber durchschnittlich mehr als 1/2 Jahr jünger, als wenn dieser den Auftakt ihrer Substanzreihe bilden würde. Ein vorausgehender problematischer Konsum einer anderen Substanz führt also bei den (späteren) Fort-

setzern dazu, dass die Probleme mit dem Cannabiskonsum frühzeitiger auftreten.

Auch bei diesem detaillierteren Blick bestätigt sich das zwischen den Geschlechtern und Gruppen gegenläufige Muster: Beenderinnen sind zum Zeitpunkt des Problembeginns durchschnittlich immer älter als die Beender, Fortsetzerinnen immer jünger als die Fortsetzer.

Wie bedeutsam die Unterschiede zwischen den beiden Cannabisgruppen sind, macht auch die Größe der Altersdifferenz zwischen den beiden Gruppen deutlich, deren Problembeginn an zweiter Position der Substanzreihen liegt: Sie beträgt mehr als drei (Männer) bzw. sechs Jahre (Frauen; 21,2 zu 15,3 Jahren). Vor dem niedrigen Lebensalter der Klienten/innen zeigen die Differenzen ebenfalls ihr sehr hohes Niveau. Derart divergierende Lebenszeitpunkte deuten auf unterschiedliche individuelle Entwicklungsstadien (persönlich, sozial, Ausbildung, etc.) der Konsumenten/innen hin, da das Alter immer auch verstanden werden muss als Hinweis auf die mit ihm verbundenen, soziologisch zu beschreibenden Lebensabschnitte.

Wie verteilen sich nun die Zeitpunkte des durchschnittlichen Problembeginns zwischen den beiden Cannabisgruppen beim vorgelagerten Nikotin- und Alkoholkonsum? - Dies ist der herausgearbeitete zentrale Aspekt der Analyse.

Geht dem Cannabiskonsum ein problematischer Nikotinkonsum voraus, unterscheidet sich dieser im Zeitpunkt seines Beginns zwischen Beendern und Fortsetzern nicht (siehe Tabelle 4.13). Für beide Gruppen liegt dieser Problembeginn durchschnittlich bei frühen 13 1/2 Jahren.

	Alter, 1. Stelle der Reihe (Jahre)			Alter, 2. Stelle der Reihe (Jahre)		
	alle	m	w	alle	m	w
Beender	17,0 (N=274)	16,9	17,6	19,7 (N=112)	19,5	21,2
Fortsetzer	16,7 (N=342)	16,7	16,5	16,1 (N=357)	16,3	15,3
Signifikanzniveau	n.s.	n.s.	n.s.	**	**	**

Tabelle 4.12: Alter beim Beginn des problematischen Cannabiskonsums, differenziert nach seiner genauen Position in der Substanzreihe

	vorausgehender problematischer Nikotinkonsum (Alter in Jahren)			problematischer Cannabiskonsum (Alter in Jahren)			Beginn des Konsums harter Drogen (Alter in Jahren)		
	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w
Beender (N=70 [64/6]) ⁺	13,7	13,7	13,5	16,4	16,5	15,7	-		
Fortsetzer (N=277 [218/59])	13,5	13,6	12,9	15,9	16,1	14,8	19,6	19,9	18,5
Signifikanzniveau	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.			

⁺ (N=x [y/z]): (Anzahl alle [Anzahl männlich / Anzahl weiblich])

Tabelle 4.13: Substanzreihen, Alter beim Beginn des problematischen Substanzkonsums, Nikotin

Der dem Cannabiskonsum vorausgehende problematische Alkoholkonsum bildet in dieser Analyse den Schlüssel zum Verständnis der unterschiedlichen Substanzabfolgen. Die Beender entwickeln Probleme mit dem Alkohol mit durchschnittlich 17 Jahren, die Fortsetzer hingegen bereits mit durchschnittlich 14 1/2 Jahren (siehe Tabelle 4.14). Für die Beender liegt der Problembeginn mit dem Cannabiskonsum „erst“ bei 20 1/2 Jahren, während dieser Zeitpunkt bei den Fortsetzern bereits mehr als vier Jahre früher erreicht ist (16,3 Jahre) - zu einem Zeitpunkt, an dem die Beender durchschnittlich noch nicht einmal den Beginn des problematischen Alkoholkonsums erreicht haben. Die Abfolge dieser beiden auf bedenkliche Weise konsumierten Substanzen zeigt sich also zwischen den beiden Cannabisgruppen höchst unterschiedlich.

Bei der Betrachtung beider Substanzreihen — Nikotin-Cannabis(-harte Drogen) und Alkohol-Cannabis(-harte Drogen) — werden damit gewichtige Unterschiede offenbar: Für die Frage, ob später harte Drogen konsumiert werden, hat der Zeitpunkt des Beginns des problematischen Nikotinkonsums vor dem Cannabiskonsum keine Bedeutung. Anders verhält es sich beim Alkoholmissbrauch: Dieser beginnt bei den Fortsetzern beträchtlich früher als bei den Beendern und die Distanz zwischen ihm und dem problematischen Cannabiskonsum ist deut-

lich kleiner als bei den Beendern (etwa halb so groß; 3,7 Jahre zu 1,8 Jahre).

Diese zeitlichen und suchtmittelspezifischen Abläufe bieten somit Ansatzpunkte für ein intervenierendes und damit auch präventives Handeln (ausführlicher zu möglichen Schlussfolgerungen: siehe nachfolgender Abschnitt 4.4).

Substanzreihen, die dem Cannabiskonsum vorausgehend sowohl einen Nikotin- als auch problematischen Alkoholkonsum belegen, sind bei den Fortsetzern häufiger zu finden als bei den Beendern. Dies kann als Hinweis verstanden werden auf eine verstärkte Indikation einer Frühintervention.

Folgt dem Cannabiskonsum ein solcher von harten Drogen nach, beginnt dieser mit durchschnittlich 20 Jahren - etwa 3 1/2 Jahre nach dem Beginn des bedenklichen Cannabiskonsums und sechs Jahre nach dem des problematischen Alkohol- bzw. Nikotinkonsums.

Es zeigt sich, dass die Fortsetzerinnen (Mädchen und Frauen) mit dem problematischen Konsum der Substanzen früher beginnen als die Fortsetzer (Jungen und Männer): Der zeitliche Unterschied des Beginns des problematischen Konsums zwischen den beiden Geschlechtern beträgt je nach Substanz ein halbes Jahr (Alkohol oder Nikotin), eineinhalb Jahre (Cannabis) bzw. eineinhalb bis zwei Jahre (harte Drogen).

	vorausgehender problematischer Alkoholkonsum (Alter in Jahren)			problematischer Cannabiskonsum (Alter in Jahren)			Beginn des Konsums harter Drogen (Alter in Jahren)		
	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w
Beender (N=101 [91/10])	16,9	16,6	19,6	20,6	20,5	21,3	-		
Fortsetzer (N=355 [292/63])	14,5	14,6	14,1	16,3	16,6	15,1	20,1	20,4	18,5
Signifikanzniveau	**	**	**	**	**	**			

Tabelle 4.14: Substanzreihen, Alter beim Beginn des problematischen Substanzkonsums, Alkohol

4.4. Zusammenfassung und mögliche Schlussfolgerungen

Für solche Klienten/innen, die begannen, Cannabis auf problematische Weise zu konsumieren, für die aber kein Konsum harter Drogen dokumentiert wurde (Beender) und jene, die nach dem Cannabis auf bedenkliche Weise harte Drogen konsumierten (Fortsetzer) konnte der Ablauf ihres Suchtmittelkonsums differenziert rekonstruiert werden.

Ziel der Untersuchung war es, nach signifikanten Unterschieden im Substanzvorlauf beider Klientengruppen zu suchen. Diese konnten - neben ebenfalls vorfindbaren Gemeinsamkeiten - benannt werden. Als wichtigste Erkenntnisse dieser Cannabisanalyse können festgehalten werden:

- Cannabiskonsum steht am Beginn der Konsumreihen dieser Klientengruppen: bei den Beendern vornehmlich an erster, bei den Fortsetzern häufig an zweiter Stelle: Für die Fortsetzer bildet der Cannabiskonsum also nicht den unmittelbaren Einstieg in ihre "Suchtkarriere".
- Die Fortsetzer weisen einen deutlich breiter gefächerten Suchtmittelkonsum auf als die Beender; problematischer Alkohol- oder/und Nikotinkonsum ist bei den Fortsetzern doppelt so häufig zu finden wie bei den Beendern.
- Problematischer Alkohol- oder/und Nikotinkonsum geht dem Cannabiskonsum - wenn er auftritt - sowohl bei den Beendern als auch den Fortsetzern in weit überwiegendem Maße voraus. Es existiert in beiden Cannabisgruppen die gleiche Abfolge des problematischen Konsums psychotroper Substanzen: Nikotin-Cannabis bzw. Alkohol-Cannabis und Nikotin-Alkohol-Cannabis.
- Der Beginn des problematischen Cannabiskonsums liegt bei den Beendern bei etwa 18 Jahren und bei den Fortsetzern bei 16 1/2 Jahren, ihm folgt im Alter von 20 Jahren der Konsum harter Drogen nach.
- Geht dem Beginn des Cannabiskonsums der Beginn des problematischen Konsums einer weiteren Substanz voraus, sinkt das Alter des Beginns des problematischen Cannabiskonsums auf 16 Jahre bei den Fortsetzern, während es bei den Beendern auf fast 20 Jahre steigt.
- Der vorausgehende Nikotinkonsum unterscheidet sich bei den Beendern und Fortsetzern in dem Zeitpunkt seines Beginns nicht - er liegt bei durchschnittlich 13 1/2 Jahren.
- Der Beginn des vorausgehenden, problematischen Alkoholkonsums liegt mit 14 1/2 Jahren bei den Fortsetzern 2 1/2 Jahre früher als bei den Beendern; der Cannabiskonsum selbst schließt sich bei den Fortsetzern 1 1/2 Jahre schneller an als bei den Beendern.
- Geschlechtsspezifisch zeigt sich zwischen Beendern und Fortsetzern grundsätzlich ein gegenläufiges Muster: Fortsetzerinnen sind jünger als Fortsetzer und Beenderinnen sind älter als Beender.

Sehr verdichtet lassen sich die Erkenntnisse dieser Analyse auf folgende Aussage zusammenführen:

- Cannabiskonsumenden/innen, die nachfolgend harte Drogen zu sich nehmen, haben früher mit dem problematischen Konsum des Cannabis begonnen und häufiger im Voraus zusätzlich und früher auf problematische Weise Alkohol konsumiert, als diejenigen, die dem Konsum von Cannabis keinen von harten Drogen folgen lassen.

Die Anlage der Auswertung gestattet ebenso wenig Aussagen zur „allgemeinen Gefährlichkeit“ von Cannabiskonsum wie solche zur Quantifizierung eines möglichen Risikos nachfolgenden Konsums harter Drogen. Dagegen ist die Kombination eines frühzeitigen problematischen Alkohol- und Cannabiskonsums - so lautet ein wichtiges Ergebnis dieser Analyse - ein Hinweis auf eine größere Wahrscheinlichkeit späteren Konsums weiterer psychotroper Substanzen mit hohem Abhängigkeitspotential; durch ein frühes problematisches Rauchverhalten wird diese Indikation verstärkt. Anders formuliert: Der dem Cannabiskonsum nachfolgende Gebrauch harter Drogen kann offensichtlich nur in Zusammenhang mit dem bereits vorausgehenden problematischen Konsum von Alkohol angemessen beurteilt werden.

Mit den detaillierten Ergebnissen der Analyse lassen sich nun generelle und spezifische Aussagen begründen, die für die suchtvorbeugende Arbeit von Bedeutung sind:

- Diese Untersuchung hat gezeigt, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen dem späteren Beginn des problematischen Cannabis- und auch Alkoholkonsums und dem Abbruch einer solchen Substanzabfolge in der Fortsetzung durch weitere Stoffe. Insofern besitzen die intervenierenden Handlungen gegenüber den Vorläufersubstanzen in diesen Reihen auch präventive Funktionen für die nachfolgenden.

Das Hinauszögern des Beginns des Konsums von insbesondere Alkohol und Cannabis besitzt damit einen eigenen Wert in der Prävention harter Drogen.

- Es zeigen sich suchtmittel- und geschlechtsspezifisch unterschiedliche "Zeitfenster" für ein gezielt präventives bzw. intervenierendes Vorgehen gegenüber dem problematischen Konsum einzelner Substanzen, um dem lang anhaltenden und diversifizierten Suchtmittelkonsum zu begegnen. Ohne die Erforderlichkeit einer intensiven Diskussion über die Rahmenbedingungen und zielgruppenspezifischen Besonderheiten der Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu verkennen soll an dieser Stelle das Bewusstsein befördert werden, dass die spezifischen Zeiträume solcher Präventionshandlungen noch im Kindesalter beginnen. Der Beginn der Zeitfenster kann sich an den geschlechtsspezifisch unterschiedlichen, durchschnittlichen Zeitpunkten des Beginns des problematischen Konsums und der suchtmittelspezifischen Streuung

der Zeitpunkte orientieren,³⁶ so dass sich nachfolgende Zeitpunkte ergeben (Tabelle 4.15):

Präventionsziel (Substanz)	Beginn des Zeitfensters* (Lebensalter)	
	... für Mädchen	... für Jungen
Nikotin	11	11 1/2
Alkohol	11 1/2	11 1/2
Cannabis	12 1/2	13
Harte Drogen	14	15

*: Geschlechts- und suchtmittelspezifisch: Durchschnittlicher Beginn des problematischen Konsums der Fortsetter minus eine Standardabweichung.

Tabelle 4.15: Beginn möglicher Präventions- und Interventionszeitfenster

- Selbst eine geringere Länge der Zeitfenster, die sich direkter an den durchschnittlichen Zeitpunkten des Konsumbeginns orientiert — 2 Jahre nach dem Nikotin- bzw. Alkohol- und vor dem problematischen Cannabiskonsum, 3 1/2 Jahre nach dem Cannabis- und vor dem Konsum harter Drogen — ermöglicht es, unterschiedliche Ansatzpunkte für professionelles Handeln zu finden, die den Zugang zu den Jugendlichen eröffnen.
- Insbesondere der Zeitraum nach dem Beginn des problematischen Alkoholkonsums, der durchschnittlich mit 14 1/2 Jahren (Jungen) bzw. 14 Jahren (Mädchen) beginnt, wenn sich der Konsum von Cannabis und harten Drogen anschließt, sollte als spätestes Interventionszeitfenster begriffen werden, um prophylaktisch gegenüber weiterem fortgesetzten Substanzkonsum zu agieren.

Die Untersuchung hat damit Hinweise gegeben auf die suchtmittel- und geschlechtsspezifisch adäquaten Zeitpunkte für den Beginn einer allgemeinen Prävention mit Kindern und Jugendlichen und die indizierte Prävention bei suchtmittelgefährdeten Jugendlichen, die durch sehr frühzeitigen zuerst problematischen Alkohol- und dann Cannabiskonsum auf sich aufmerksam machen. Darüber hinaus ist deutlich geworden, dass es - gerade unter Berücksichtigung des jugendtypischen Verhaltens des Probierens und Experimentierens mit Zigaretten, Alkohol und auch Cannabis - um einen wichtigen Zeitgewinn geht: Den Einstieg in den regelmäßigen Konsum der genannten Suchtmittel, wenn er schon nicht gänzlich verhindert werden kann, so doch als weit als möglich hinaus zu schieben.

36 Die hier zu benennenden Zeitpunkte für den Beginn der Zeitfenster können sich nur an den durch die Analyse auffindbaren Werten orientieren: Über alle Einzelwerte des Beginns des problematischen Konsums wird der Mittelwert berechnet (differenziert nach Substanz und Geschlecht) - wie in der gesamten Analyse geschehen. Gleichzeitig streuen die Einzelwerte - je nach Substanz und Geschlecht unterschiedlich - um diesen Mittelwert. Das Ausmaß dieser Streuung wird statistisch durch den Wert der Varianz bzw. die daraus abgeleitete Standardabweichung benannt. Die Abweichung einer Standardabweichung vom Mittelwert wird hier als Beginn des Zeitfensters festgelegt.

Literatur

BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Wiederholungsbefragung 2004. Köln: BZgA.

Kalke J., Raschke P., Schütze C., Oechsler H. & Kloss M. (2006): Landesauswertung 2004 der computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen. Spezialanalyse: Cannabis, Band 2, Frankfurt a./M..

Kraus L. & Augustin R. (Hrsg.) (2005): Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. SUCHT. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Jahrgang 51. Sonderheft 1, S. 4-57.

Raschke P., Buth S. & Kalke J. (2005): Ergebnisse zum Konsum psychoaktiver Substanzen in Schleswig-Holstein. Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe (Band 6). Jahresbericht 2004.

Simon R. & Sonntag D. (2004): Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland. Studie für das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung. München.

Sonntag D., Bauer C. & Welsch K. (2005): Deutsche Suchthilfestatistik 2004 für ambulante Einrichtungen, in: Sonntag D. (Hrsg.) (2005): Deutsche Suchthilfestatistik 2004. Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Jahrgang 51. Sonderheft 2, S. 6-38.

