



ISD
Institut für interdisziplinäre
Sucht- und Drogenforschung



Schleswig-Holstein
Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Wissenschaft
und Gleichstellung

Moderne Dokumentation
in der ambulanten Suchtkrankenhilfe

Jahresbericht 2015

Trends 2010-2015

Schleswig-Holstein

Moderne Dokumentation
in der ambulanten Suchtkrankenhilfe

Jahresbericht 2015

Trends 2010-2015

Christian Schütze
Sven Buth

Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung
ISD Hamburg

Inhalt

1.	Einleitung	7
2.	Datengrundlage	7
3.	Trends 2010-2015	9
3.1.	Demografie	9
3.1.1.	Alter und Geschlecht	9
3.1.2.	Migrationsstatus	11
3.2.	Hauptprobleme	11
3.3.	Soziale Situation	18
3.3.1.	Wohnsituation	18
3.3.2.	Familienstand und Partnerbeziehung	19
3.3.3.	Bildungs- und Ausbildungssituation	21
3.3.4.	Berufliche Situation und finanzielle Lage	25
3.4.	Betreuungen	30
4.	Literatur	34

Tabellen

1:	Vergleich grundlegender Charakteristika der betreuten Klientel von Auswertungsstichprobe und Grundgesamtheit für die Badojahre 2010 und 2015	8
2:	Geschlecht nach Badojahr	9
3:	Klienten/innen ohne Ausbildungsabschluss nach Hauptproblem und Badojahr	24
4:	Haupteinkommensquelle nach Badojahr	25
5:	Betreuungsdauer nach Betreuungsart	30
6:	Durchschnittliche Dauer der Ambulanten Betreuung nach Hauptsubstanz	31

Abbildungen

1:	Alter nach Geschlecht	10
2:	Alter nach Migrationsstatus und Badojahr	10
3:	Hauptproblem nach Badojahr	11
4.1:	Hauptproblem nach Geschlecht, Männer	12
4.2:	Hauptproblem nach Geschlecht, Frauen	12
5:	Hauptproblem nach Durchschnittsalter und Badojahr	13
6.1:	Hauptproblem nach Altersgruppen, bis 24 Jahre	14
6.2:	Hauptproblem nach Altersgruppen, 25-34 Jahre	14
6.3:	Hauptproblem nach Altersgruppen, 35-54 Jahre	15
6.4:	Hauptproblem nach Altersgruppen, 55 Jahre und älter	15
7.1:	Hauptproblem nach Migrationsstatus und Badojahr, mit Migrationshintergrund	16
7.2:	Hauptproblem nach Migrationsstatus und Badojahr, ohne Migrationshintergrund	17
8:	Klienten/innen mit Migrationshintergrund nach Hauptproblem	17
9:	prekäre Wohnsituation nach Hauptproblem	18
10:	Familienstand nach Badojahr	19
11:	Partnerbeziehung nach Badojahr	20
12:	Partnerbeziehung nach Geschlecht und Badojahr	20
13:	Höchster Schulabschluss der Klienten/innen	21
14:	Höchster Schulabschluss der Cannabis-Klienten/innen	22
15:	Höchster Schulabschluss der Glücksspiel-Klienten/innen	23
16:	Berufsabschluss, geschlechtsspezifisch, Auswahl	24
17.1:	Haupteinkommensquelle nach Hauptproblem, Alkohol	26
17.2:	Haupteinkommensquelle nach Hauptproblem, Heroin	26
17.3:	Haupteinkommensquelle nach Hauptproblem, Cannabis	27
17.4:	Haupteinkommensquelle nach Hauptproblem, Glücksspiel	27
18:	Schulden nach Geschlecht	29
19:	Klienten/innen mit Schulden nach Hauptproblem	29
20:	Vermittlung in die Betreuung	32
21:	Art der Beendigung	32
22:	Dauer aller erbrachten Leistungen pro namentlich erfassten Klienten/innen oder Angehörigen	33
23:	Dauer aller erbrachten Leistungen pro namentlich erfassten Klienten/innen oder Angehörigen nach Hauptsubstanz	34

1. Einleitung

Seit nunmehr fast 20 Jahren dokumentieren die Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins ihre Arbeit mit Hilfe eines computergestützten Dokumentationssystems. Für die Mitarbeiter/innen ist diese Form der Aktenführung mittlerweile ein unverzichtbarer Bestandteil ihrer Arbeit geworden. Gleichzeitig ermöglichte die Abkehr von der „klassischen“ Handakte die Erstellung von standardisierten Statistiken, welche sowohl den Einrichtungen selbst, als auch Trägern, Kommunen, Kreisen und dem Land zur Verfügung gestellt werden konnten. Die von den Einrichtungen dokumentierten Informationen gestatten darüber hinaus statistische Analysen, welche evidente Hinweise geben können, ob und in welcher Weise sich die zu betreuende Klientel im Zeitverlauf verändert hat und wie das Hilfeangebot entsprechend angepasst werden sollte.

Den letztgenannten Punkt aufgreifend, nimmt der vorliegende 17. Band der Reihe „Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe“ die Entwicklungen im schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfesystem der Jahre 2010 bis 2015 in den Blick.¹ Solche Trendanalysen sind nur deshalb möglich, weil die an der elektronischen Dokumentation teilnehmenden, landesgeförderten Einrichtungen ihre in den zurückliegenden Jahre geleistete Arbeit konsequent und auf hohem Niveau elektronisch dokumentierten.

2. Datengrundlage

Für das Jahr 2015 sind insgesamt 63 Datenexporte an das auswertende Institut übermittelt worden. Diese beinhalten die Daten von Klienten/innen aus etwa 70 ambulanten Suchtberatungsstellen. Derzeit werden in Schleswig-Holstein drei Dokumentationsprogramme verwendet: Patfak Light, Horizont und Vivendi Consil. Der überwiegende Teil der Einrichtungen dokumentiert mit der erstgenannten Software.

Bis auf einige Ausnahmen exportieren die Einrichtungen die (anonymisierten) Daten aller Erhebungsjahre. Nach Integration der Einzelexporte in eine Gesamtdatenbank besteht somit die Möglichkeit, Auswertungen dieser „Basisdokumentation“ („Bado“) auch für zurückliegende „Badojahre“ vornehmen zu können. Problematisch sind jedoch die Exporte der Einrichtungen, welche nicht alle Daten der vergangenen Jahre enthalten. Würden sie in die Trendanalysen einbezogen, wäre nicht auszuschließen, dass es zu Verzerrungen der Analyseergebnisse kommt.² Aus diesem Grund sind für die nachfolgenden Auswertungen nur die Einrichtungen einbezogen worden, von denen vollständige Daten der Jahre 2010 bis 2015 vorliegen. Um einen Eindruck gewinnen zu können, inwieweit dieser reduzierte Datensatz von dem Gesamtdatensatz abweicht, sind in Tabelle 1 die Ergebnisse zu einigen wichtigen Charakteristika der betreuten Klientel für das erste und das letzte Auswertungsjahr dargestellt. Es wird deutlich, dass die Auswertungsstichproben etwa 2.700 bzw. 2.500 Klienten/innen weniger enthalten als die zugehörigen Gesamtdatensätze. Inhaltlich sind in den beiden Badojahren 2010 und 2015 nur geringfügige Differenzen zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit zu erkennen. Erwähnenswert sind der geringere Anteil von Alkoholklienten/innen bzw. der höhere Anteil von Heroinklienten/innen in den Trendstichproben. Im Jahr 2015 sind diese Abweichungen etwas stärker als im Jahr 2010, insgesamt aber als noch nicht bedeutsam einzuschätzen; dies auch deshalb, weil sich die Unterschiede in beiden verglichenen Jahren zeigen. Somit ist die Repräsentativität der generierten Auswertungsstichproben gewährleistet.

1 Die Entscheidung, Trendanalysen zum Inhalt des diesjährigen Berichts zu machen, wurde durch die Arbeitsgruppe „Dokumentation Sucht“ getroffen. Diese setzt sich aus Vertreter/innen des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein, der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein, des Städtetages Schleswig-Holstein, des schleswig-holsteinischen Landkreistages, der LSSH, des ISD, der freien Wohlfahrtsverbände und ausgewählter Einrichtungsträger zusammen.

2 Wird beispielsweise für Auswertungen der Jahre 2010-2015 eine Einrichtung einbezogen, die vornehmlich Opiatklienten/innen betreut und deren Dokumentation erst ab dem Jahre 2012 begann, so wird in den landesweiten Trendanalysen eine Zunahme des Anteils dieser Klientel zwischen 2011 und 2012 zu verzeichnen sein. Diese Steigerung wäre dann aber ausschließlich Folge eines methodischen Artefakts.

Tabelle 1: Vergleich grundlegender Charakteristika der betreuten Klientel von Auswertungsstichprobe und Grundgesamtheit für die Badojahre 2010 und 2015

		SH-Gesamt 2010	Trend- Stichprobe 2010	SH-Gesamt 2015	Trend- Stichprobe 2015
Anzahl	Alle Klient/innen	14.940	12.446	14.659	11.947
Geschlecht	Anteil Frauen	25,9%	25,7%	26,0%	25,2%
	GESAMT-N*	N=14.912	N=12.427	N=14.642	N=11.930
Alter	bis 24 Jahre	20,5%	19,9%	18,2%	17,8%
	25-34 Jahre	23,4%	22,8%	21,7%	21,6%
	35-54 Jahre	46,1%	47,4%	47,2%	48,0%
	55 Jahre und älter	9,9%	9,9%	12,8%	12,6%
	MITTELWERT	37,8	38,0	39,2	39,2
	GESAMT-N	N=14.609	N=11.982	N=14.499	N=11.629
Migrations- hintergrund	Klienten/innen mit M.hintergrund	14,4%	14,0%	15,5%	15,4%
	Gesamt-N	N=5.118	N=4.852	N=6.465	N=4.883
Hauptsubstanz*	Alkohol	45,2%	44,1%	39,7%	37,4%
	Cannabis	14,4%	14,6%	17,3%	18,1%
	Heroin	26,8%	27,9%	26,2%	28,8%
	Glücksspiel	4,6%	4,6%	6,5%	6,1%
	GESAMT-N	N=14.499	N=12.208	N=14.390	N=11.760

*) Gesamt-N gibt an, wie viele valide Einträge jeweils zu einer Variable vorgenommen wurden.

+) Klienten/innen, denen keine Hauptsubstanz zugewiesen wurde, sind bei der Berechnung der dargestellten Anteile nicht einbezogen worden

3. Trends 2010-2015

Im Fokus der folgenden Trendanalyse liegen demografische und substanzbezogene Entwicklungen sowie Veränderungen hinsichtlich der sozialen Situation der Klientel im schleswig-holsteinischen ambulanten Suchthilfesystem seit 2010. Zu Beginn werden in den Abschnitten 3.1. und 3.2. die Grundvariablen Alter, Geschlecht, Migrationsstatus und Hauptproblem näher betrachtet. Die dann folgenden

Auswertungen zur Entwicklung der sozialen Situation (Abschnitt 3.3) beziehen sich zunächst immer auf die Gesamtklientel und werden im nächsten Schritt differenziert nach den vier Grundvariablen wiedergegeben. Somit lassen sich generelle sowie geschlechts-, alters-, migrations- und problemspezifische Trends abbilden.

Tabelle 2: Trends 2010-2015: Geschlecht nach Badojahr

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Männer	74%	73%	74%	74%	74%	75%
Frauen	26%	27%	26%	26%	25%	25%
Gesamt-N	12.427	12.105	12.277	12.413	12.337	11.930

3.1. Demografie

3.1.1. Alter und Geschlecht

Für die Jahre 2010 bis 2015 gehen jeweils etwa zwölftausend Klienten/innen in die Analyse ein. Für das Jahr 2015 sind es genau 11.930 (siehe Tabelle 2). In allen Analysejahren dominiert die Anzahl der betreuten Männer die der Frauen deutlich – um den Faktor drei. Hinsichtlich dieses Geschlechterverhältnisses zeigt sich keine bedeutsame Veränderung im Analysezeitraum.

Es entspricht dem Verhältnis (etwa $\frac{3}{4}$ Viertel Männer und $\frac{1}{4}$ Viertel Frauen), das sich in allen ambulanten Suchtkrankenhilfesystemen Deutschlands wiederfindet.³ Aus der schwankenden Anzahl der pro Analysejahr betrachteten Klienten/innen kann nicht auf eine sinkende Anzahl betreuter Personen geschlossen werden. Diese Abnahme hat analysetechnische Gründe (siehe Kapitel 2).

Das Durchschnittsalter der Klienten/innen ist seit 2010 um etwa ein Jahr von 38,0 auf 39,2 Jahre angestiegen. Wie Abbildung 1 zeigt, sind die Frauen dabei im Schnitt in allen Berichtsjahren älter als die Männer (diese Differenz beträgt zwischen 2,5 und 3,4 Jahre). Das mittlere Alter beider Geschlechter ist in den letzten fünf Jahren im gleichen Umfang gestiegen (1 $\frac{1}{3}$ Jahre). Insgesamt liegt das Durchschnittsalter der Klientel etwas über dem Vergleichswert der Suchthilfestatistik für Gesamtdeutschland (dies beträgt 38,4 Jahre, IFT 2015).⁴

3 IFT (2015): Deutsche Suchthilfestatistik 2014.

4 Da die deutsche Suchthilfestatistik für das Jahr 2015 zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vorlag, werden hier die Zahlen für das Jahr 2014 zum Vergleich herangezogen (IFT 2015).

Abbildung 1: Trends 2010-2015: Alter nach Geschlecht

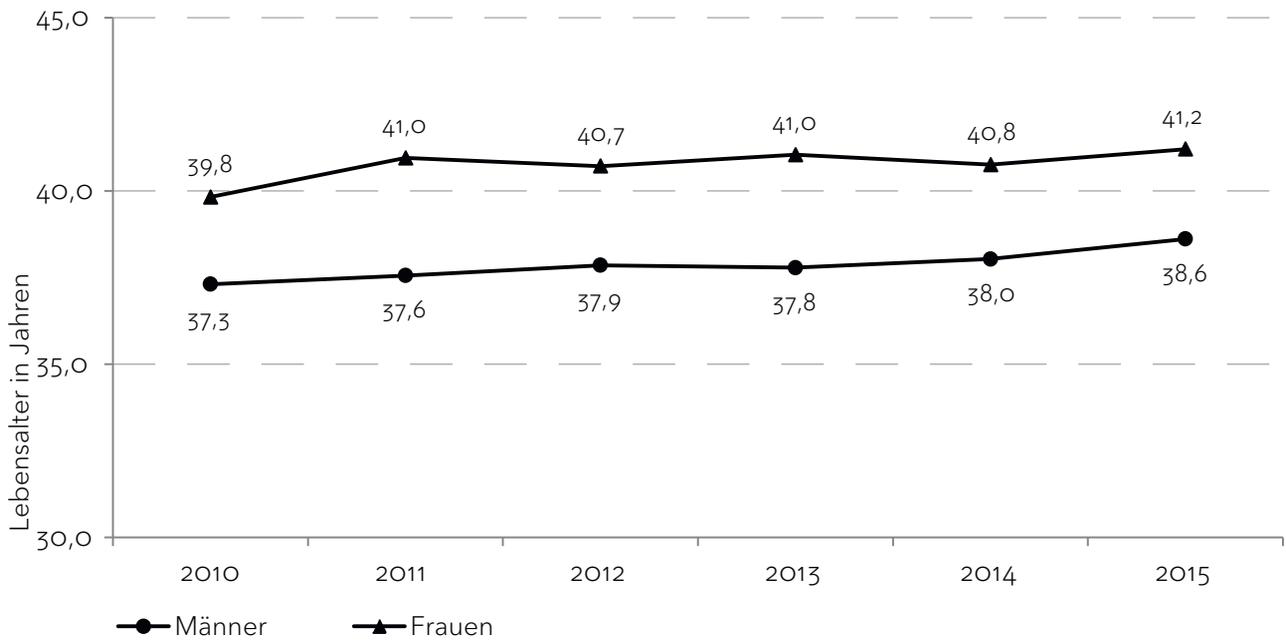
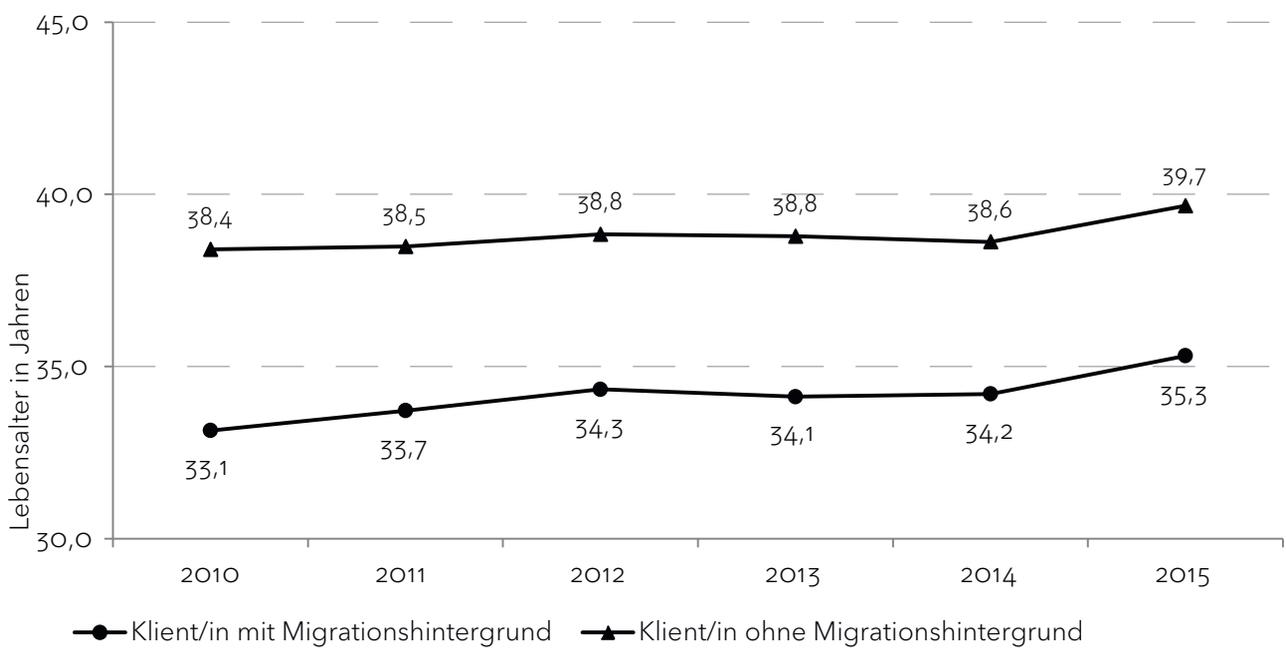


Abbildung 2: Trends 2010-2015: Alter nach Migrationsstatus und Badojahr



3.1.2. Migrationsstatus

Der Anteil jener Klienten/innen, die einen Migrationshintergrund aufweisen und somit als Herkunftsland ein anderes Land als Deutschland angegeben haben bzw. davon berichten, selbst nach Deutschland migriert oder als Kind von Migranten hier geboren worden zu sein, liegt über die letzten fünf Jahre stabil bei einem Anteil zwischen 13% (im Jahr 2013) bis 15% (im Jahr 2015). Dies entspricht weitgehend dem Anteil von Personen mit Migrationshintergrund in der Gesamtbevölkerung Schleswig-Holsteins. Dieser betrug im Jahr 2014 13% (Statistisches Bundesamt 2016). Der Männeranteil unter den Personen mit Migrationshintergrund lag im Analysezeitraum ebenfalls recht stabil bei 83% bis 85% und ist somit um etwa zehn Prozentpunkte höher als in der Gesamtklientel. Abbildung 2 zeigt, dass Klienten/innen mit Migrationshintergrund durchschnittlich zwischen 5,3 und 4,4 Jahre jünger sind als Betreute ohne Migrationserfahrungen. Über den betrachteten Zeitraum von sechs Jahren verändert sich diese Altersdifferenz nur geringfügig. Beide Gruppen sind im Jahr 2015 durchschnittlich älter als im Jahr 2010.

3.2. Hauptprobleme

Wie der Abbildung 3 zu entnehmen ist, stellen Probleme im Umgang mit Alkohol im aktuellen Berichtsjahr wie auch in den fünf Jahren zuvor den häufigsten Grund für die Klienten/innen dar, eine Einrichtung der ambulanten Suchthilfe aufzusuchen. Allerdings ist der Anteil der Alkoholklienten/innen seit 2010 kontinuierlich von 44% auf 37% gesunken. Gestiegen ist hingegen im gleichen Zeitraum der Anteil der Klienten/innen, die primär ein Cannabisproblem⁵ aufweisen (von 15% auf 18%). Kaum verändert haben sich die Anteile der Personen, die wegen eines Heroin- (27% bis 29%) oder Glücksspielproblems (5% bis 6%) um Hilfe nachsuchen.

5 In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass nicht alle Klienten/innen der ambulanten Suchtkrankenhilfe auch eine manifeste Suchterkrankung aufweisen. Insbesondere unter der Cannabisklientel befindet sich ein nennenswerter Anteil von Personen, welcher auf Anraten von Angehörigen oder aufgrund einer Auflage, z.B. seitens der Schule oder des Arbeitgebers, eine Einrichtung aufsuchte, ohne bereits Symptome eines abhängigen Konsumverhaltens zu zeigen.

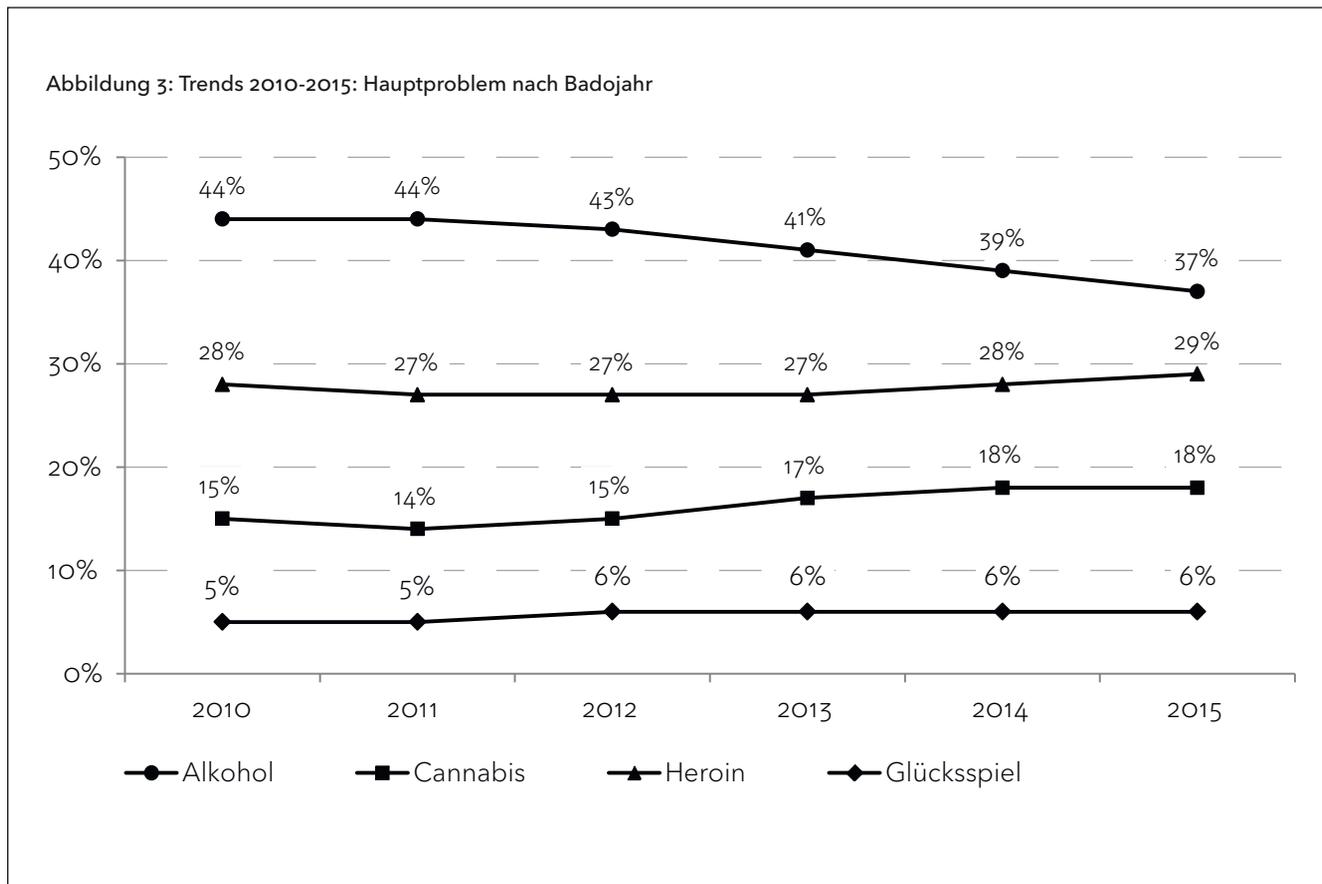


Abbildung 4.1: Trends 2010-2015: Hauptproblem nach Geschlecht, Männer

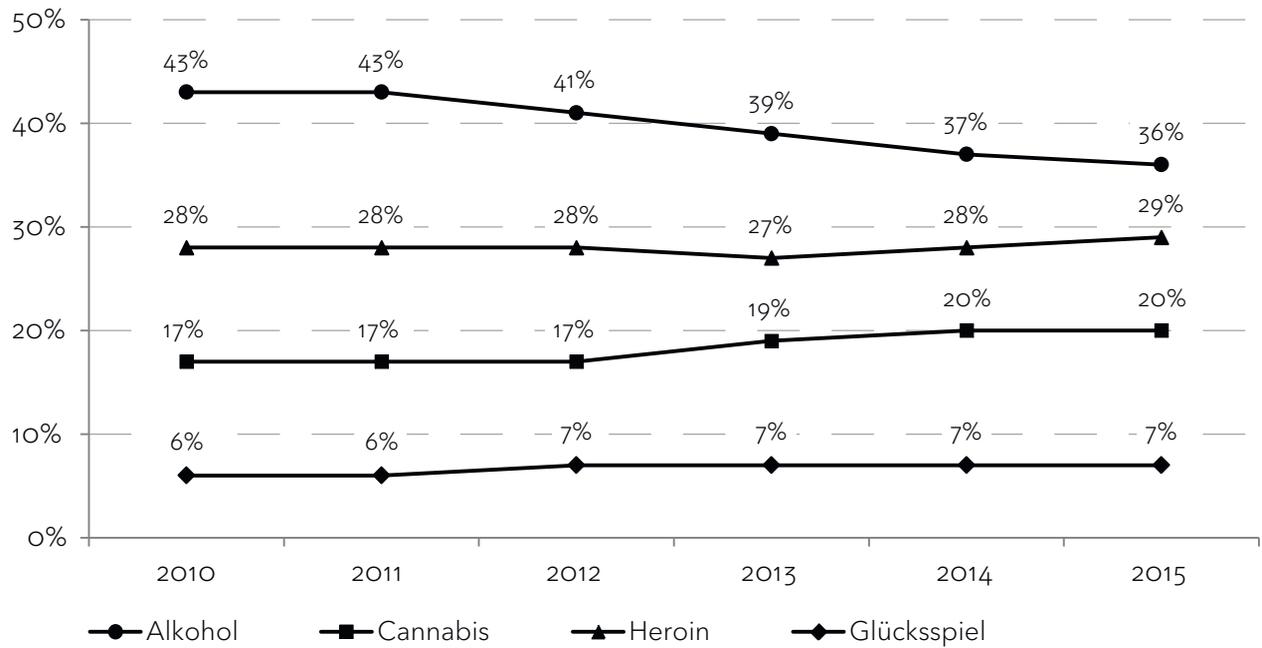
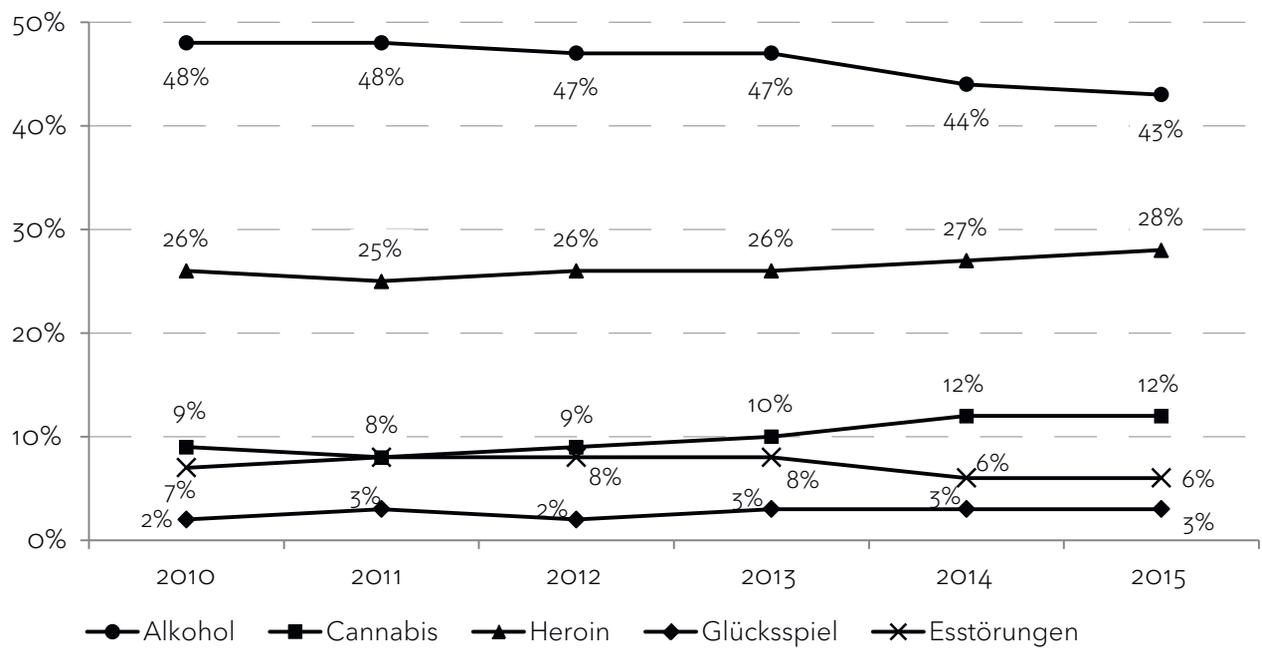


Abbildung 4.2: Trends 2010-2015: Hauptproblem nach Geschlecht, Frauen



Vergleicht man die Verteilung der Hauptprobleme innerhalb der männlichen Klientel mit jener in der weiblichen, so fällt auf, dass der Rückgang des Anteils der Alkoholgruppe bei beiden Geschlechtern vorzufinden ist (siehe Abbildungen 4.1 und 4.2). Allerdings vollzieht sich diese Entwicklung bei den Frauen in etwas geringerem Ausmaß und beginnt später. Der Anteil der Alkoholgruppe sinkt bei den Männern von 43% auf 36% während er bei den Frauen von 48% auf 43% fällt. Die Zunahme des Cannabisanteils ist bei beiden Geschlechtern in ähnlichem Umfang zu beobachten (plus 3 bzw. 4 Prozentpunkte), auch wenn Cannabisprobleme bei den Männern insgesamt eine größere Bedeutung haben (Männer 2015: 20%, Frauen 2015: 12%). Bei den betreuten Männern spielen die Essstörungen kaum eine Rolle (bis zu 1%). Anders bei den Frauen: Hier liegt ihr Anteil im Analysezeitraum zwischen 6% und 8%. Heroin als Hauptproblem ist hingegen bei Frauen und Männern etwa im gleichen Maße vertreten und unterliegt nur geringen Schwankungen.⁶

Wird das Durchschnittsalter in den Hauptproblemgruppen über die letzten sechs Jahre betrachtet, zeigen sich Unterschiede (siehe Abbildung 5). Die Alkohol- und Heroin Klientel sind deutlich - durchschnittlich um etwa drei Jahre - älter geworden (Heroin: 3,2 Jahre; Alkohol: 2,8 Jahre). Infolgedessen besitzen Alkoholklienten/innen im Betreuungsjahr 2015 bereits ein Durchschnittsalter von 46,8 Jahren. Auch die Heroin Klientel befindet sich mit durchschnittlich 41,2 Jahren zu großen Teilen bereits im fünften Lebensjahrzent. Ebenfalls älter - wenn auch nur geringfügig - wurde die vom Hilfesystem erreichte Cannabis Klientel (plus 0,7 Jahre). Diese Gruppe hat im Jahr 2015 ein durchschnittliches Alter von 25,3 Jahren. Eine entgegengesetzte Entwicklung zeigt sich in der Glücksspielgruppe. Dort sank das Durchschnittsalter von 36,6 Jahren (2010) auf 34,6 Jahre (2015).

Die Abbildungen 6.1 bis 6.4 geben pro Berichtsjahr die Verteilung der Hauptsubstanzgruppen innerhalb der folgenden vier Alterskohorten wieder: bis 24 Jahre, 25 bis 34 Jahre, 35 bis 54 Jahre und über 55 Jahre. Diese vier Altersgruppen werden auch für die Analyse der sozialen Situation (Abschnitt 3.3.) herangezogen, um altersspezifische Trends zu identifizieren. Hier - im Hinblick auf die Verteilung der Hauptproblemgruppen - zeigen sich die oben dargelegten Befunde zum Durchschnittsalter spezifischer, da sie eben differenziert nach Alterskohorte und Hauptproblem erkennbar werden.

6 Aus der Verteilung der Hauptsubstanzgruppen (in einem Jahr und auch in der Betrachtung des gesamten Analysezeitraums) lassen sich keine Rückschlüsse auf das Ausmaß der Probleme der Bevölkerung im Umgang mit diesen Substanzen oder Verhaltensweisen ziehen: Hier wird die im Hilfesystem angekommene Nachfrage Betroffener beschrieben. Dass diese ihren Weg findet (oder finden kann) hat auch damit zu tun, wie das Hilfesystem strukturiert ist und welche Mittel Präventionsarbeit einsetzt und auch: welche Ziele sie verfolgt.

Abbildung 5: Trends 2010-2015: Hauptproblem nach Durchschnittsalter und Badojahr

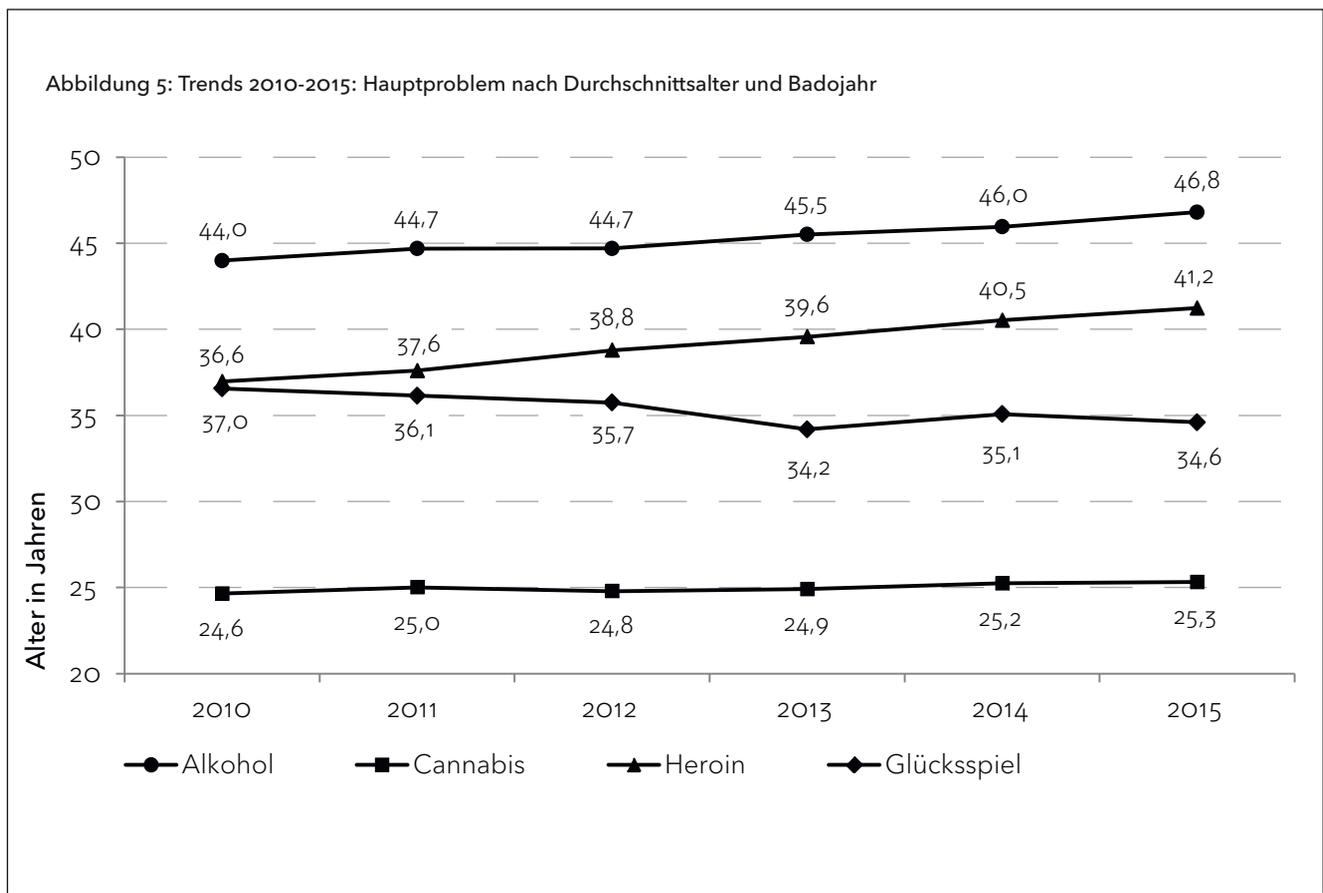


Abbildung 6.1: Trends 2010-2015: Hauptproblem nach Altersgruppen, bis 24 Jahre

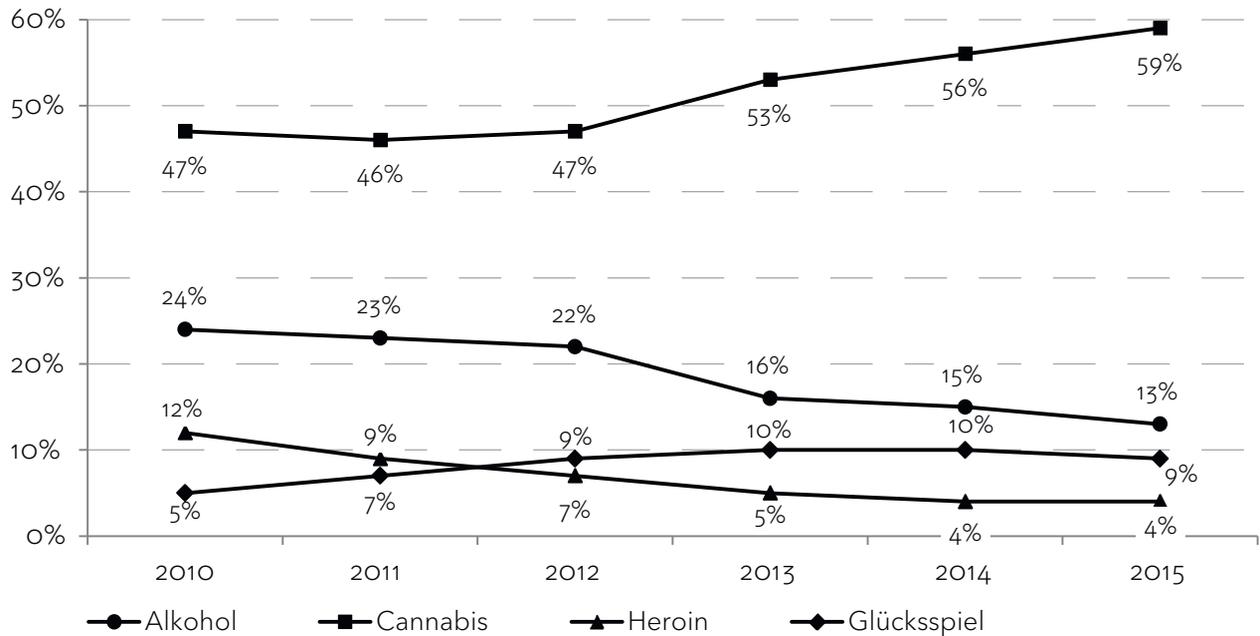
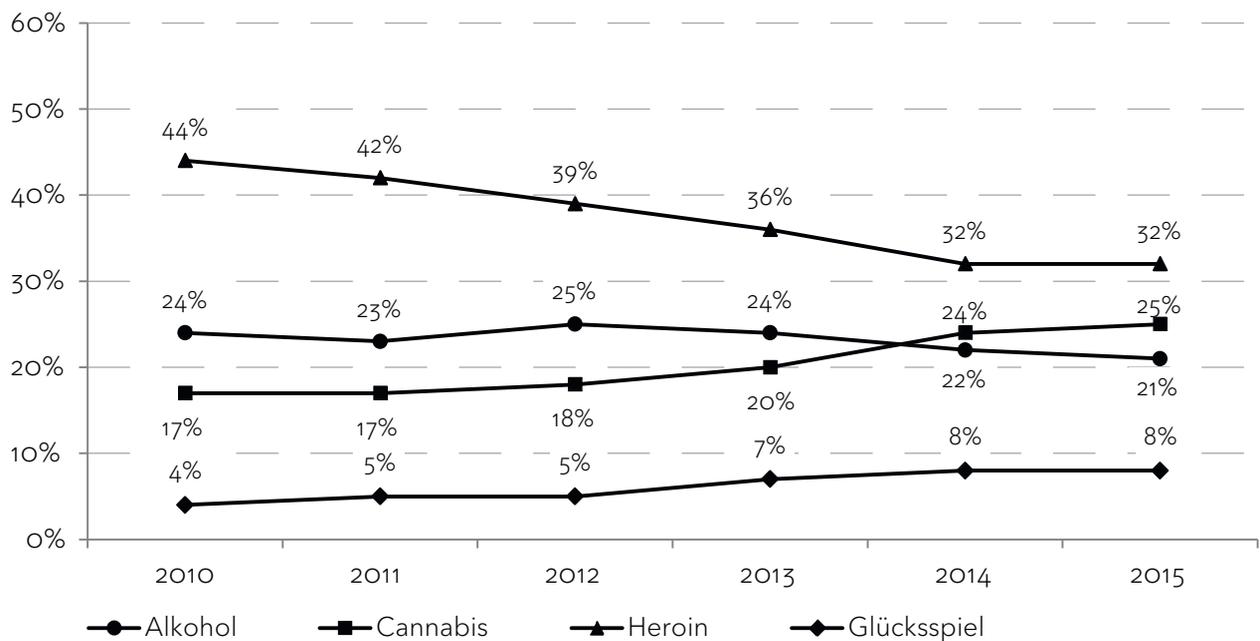


Abbildung 6.2: Trends 2010-2015: Hauptproblem nach Altersgruppen, 25-34 Jahre



In der jüngsten Kohorte (bis 24 Jahre) weist allein die Cannabisklientel wachsende Anteile auf - und dies sehr deutlich (plus 12 Prozentpunkte). Mit nun 59% (im Jahr 2015) ist mehr als jede/r Zweite sehr junge Klient/in im schleswig-holsteinischen Suchthilfesystem eine/r mit Cannabisproblemen. Die sehr junge Alkohol- und Heroinklientel verliert in den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen an

Bedeutung. Diese Aussagen gelten ebenfalls für die Gruppe der 25-34-Jährigen, auch wenn die Veränderungen sich hier in geringerem Maße vollziehen (Cannabis: plus 8 Prozentpunkte, Alkohol minus 3 Prozentpunkte, Heroin minus 12 Prozentpunkte). Über den gesamten Sechsjahreszeitraum bildet die Gruppe der Heroinklienten/innen die stärkste in dieser Alterskohorte - allerdings hatte sie

Abbildung 6.3: Trends 2010-2015: Hauptproblem nach Altersgruppen, 35-54 Jahre

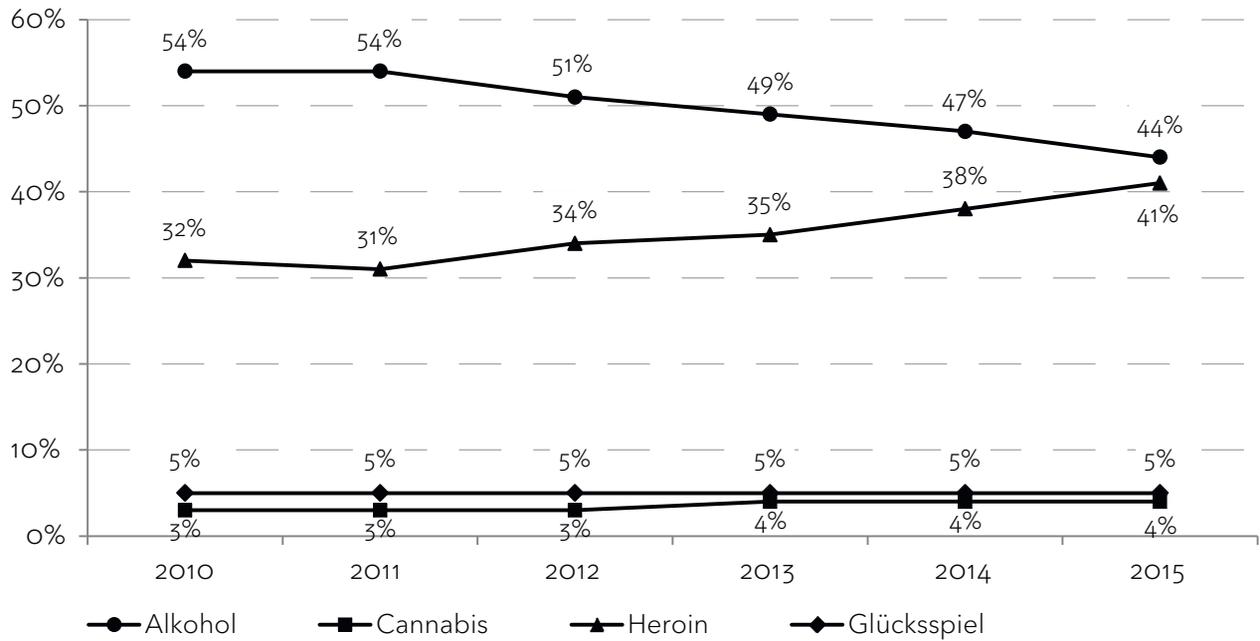
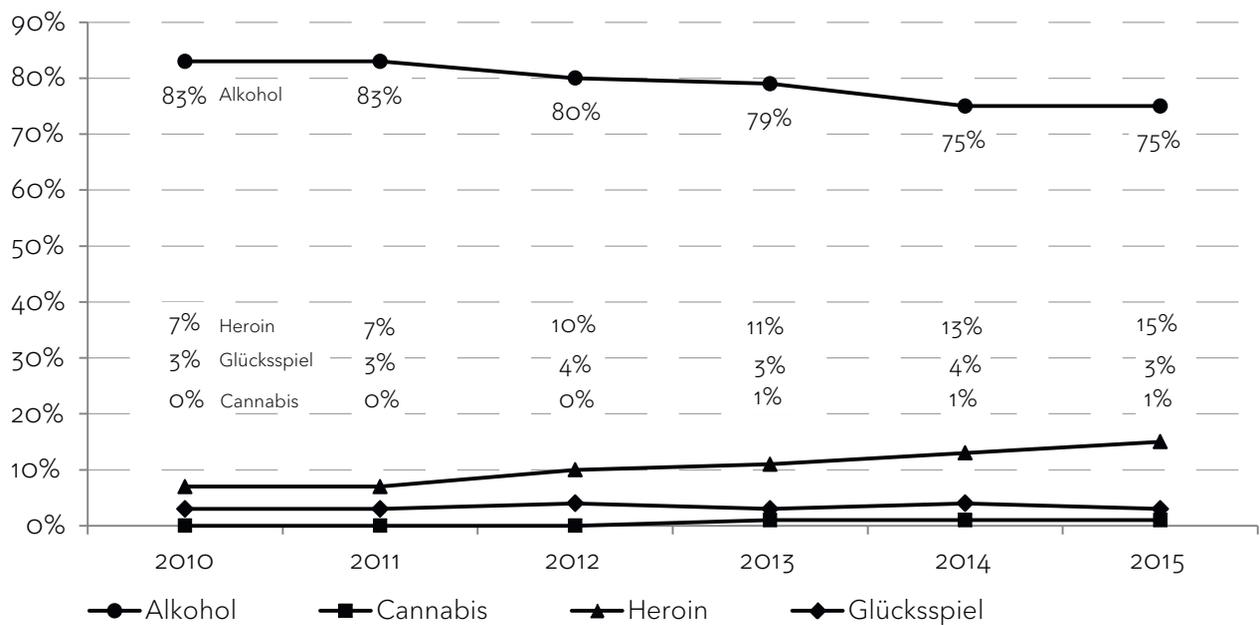


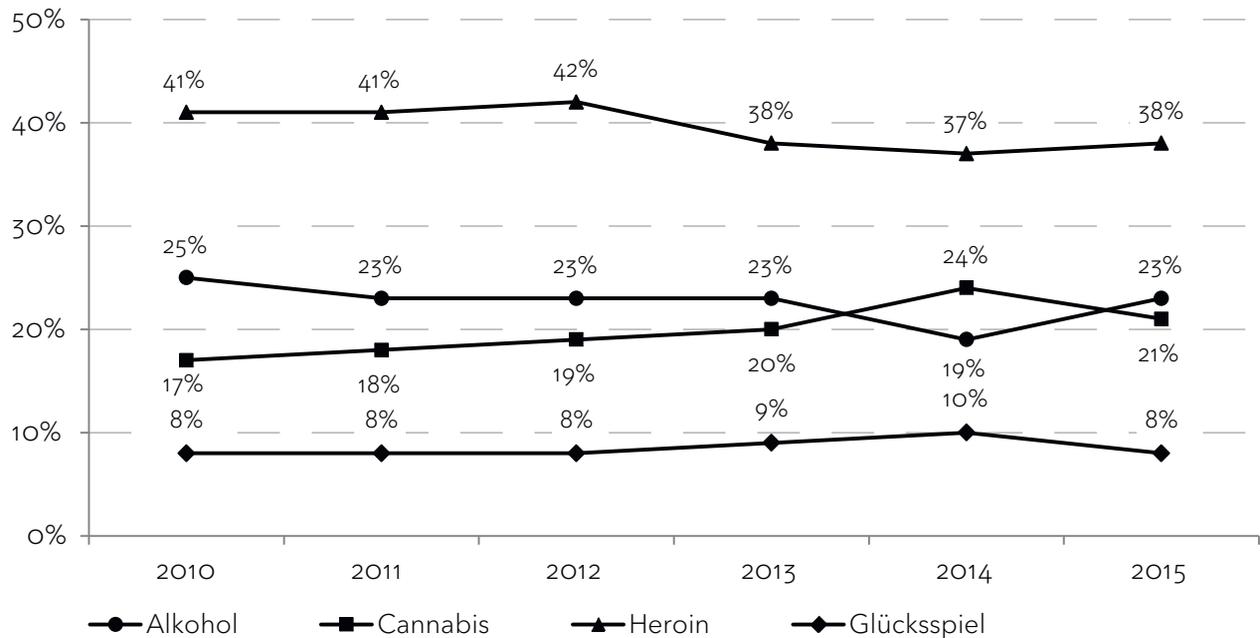
Abbildung 6.4: Trends 2010-2015: Hauptproblem nach Altersgruppen, 55 Jahre und älter



im Jahr 2010 noch einen Anteil von 44%, zuletzt waren es nur noch 32% (2015). Die Gruppe der Cannabisklientel ist mittlerweile die zweitstärkste mit einem Anteil von 25%. In diesem Altersbereich hat sich zudem der Anteil der Glücksspielklientel im sechsjährigen Analysezeitraum verdoppelt (von 4% auf 8%). Eine deutliche Veränderung gibt es auch in der Grup-

pe der 35-54-Jährigen: Unterschieden sich die Anteile der Alkohol- und Heroinklientel im Jahr 2010 noch um 22 Prozentpunkte, haben sie sich im Jahr 2015 bis auf 3 Prozentpunkte angenähert. Denn in diesen sechs Jahren verloren die Alkoholklienten/innen dieser Alterskohorte anteilsbezogen erheblich an Bedeutung (minus 10 Prozentpunkte, auf 44%) während der Anteil der Heroingrup-

Abbildung 7.1: Trends 2010-2015: Hauptproblem nach Migrationsstatus und Badojahr, mit Migrationshintergrund



pe um 9 Prozentpunkte wuchs (auf 41%). Für alle anderen Problemgruppen zusammen verbleibt in diesem Altersbereich somit nur ein Anteil von 11%. In der Gruppe der alten Betreuten (55 Jahre und älter; Abbildung 6.4) dominieren nach wie vor die Personen mit Alkoholstörungen (2015: 75%). Gleichwohl nimmt auch hier ihr Anteil ab – im Jahr 2010 waren es noch 83%. Im gleichen Umfang, wie diese Gruppe kleiner wird (minus 8 Prozentpunkte), gewinnt die Heroinklientel an Bedeutung: Ihr Anteil wuchs im Analysezeitraum von 7% auf 15%. Personen mit Cannabis- oder Glücksspielstörungen sind hier nur vereinzelt zu finden.

Wird die Verteilung der Hauptprobleme nach Migrationsstatus betrachtet, so fällt zunächst auf, dass unter den Klienten/innen mit Migrationshintergrund über den gesamten Analysezeitraum Heroin die häufigste Problemsubstanz darstellt, während bei den Klienten/innen ohne Migrationshintergrund Alkohol diese Stellung einnimmt (siehe Abbildungen 7.1 und 7.2). In beiden Gruppen nimmt jedoch der Anteil der jeweils am stärksten vertretenen Hauptsubstanz ab; unter diesen Heroinklienten/innen nur leicht von 41% auf 38% und bei diesen Alkoholklienten/innen etwas stärker von 48% auf 42%. Der Anteil der Klienten/innen mit Cannabisstörungen nimmt unabhängig vom Migrationsstatus zu, allerdings ist er bei der Klientel mit Migrationshintergrund geringfügig größer (je nach Jahr zwischen zwei und sechs Prozentpunkten). Für die Klientel ohne Migrationshintergrund zeigt sich ein geringfügiger Anstieg der Heroinstörungen (von 22% auf 24%). Die Betreuungen der Klienten/innen mit Migrationshintergrund

haben häufiger Glücksspielprobleme (8-10%) zum Inhalt als die der deutschstämmigen Klientel (5-6%).

Während im vorhergehenden Abschnitt der Fokus darauf lag, die Anteile der vier Hauptproblemgruppen sowohl unter der Klientel mit Migrationshintergrund als auch in jener ohne Migrationshintergrund zu identifizieren und miteinander zu vergleichen, wird in der folgenden Abbildung 8 die Perspektive gewechselt. Hier wird nun wiedergegeben, wie hoch der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund innerhalb der vier Hauptproblemgruppen ist und wie sich dieser Anteil seit 2010 verändert hat. Zwar zeigen sich bei den vier relevanten Klienten/innengruppen im Detail Veränderungen hinsichtlich des Aspektes Migrationsstatus – Schwankungen bis zu 4 Prozentpunkte zwischen den Jahren – allerdings lassen sich bei keiner der vier Gruppen stabile oder kontinuierliche Entwicklungen erkennen. Auch sind die Differenzen zwischen dem ersten (2010) und letzten (2015) Analysejahr bei keiner Gruppe größer als zwei Prozentpunkte. So lässt sich festhalten, dass in den Gruppen der Heroinkonsumenten/innen und Glücksspieler/innen der Anteil der Klientel mit Migrationshintergrund in einem Bereich von 19% bis 24% und durchgängig höher liegt als in der Cannabis- (15% bis 19%) und Alkoholklientel. Bei letzterer ist der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund mit Abstand am geringsten (7%-9%).

Abbildung 7.2: Trends 2010-2015: Hauptproblem nach Migrationsstatus und Badojahr, ohne Migrationshintergrund

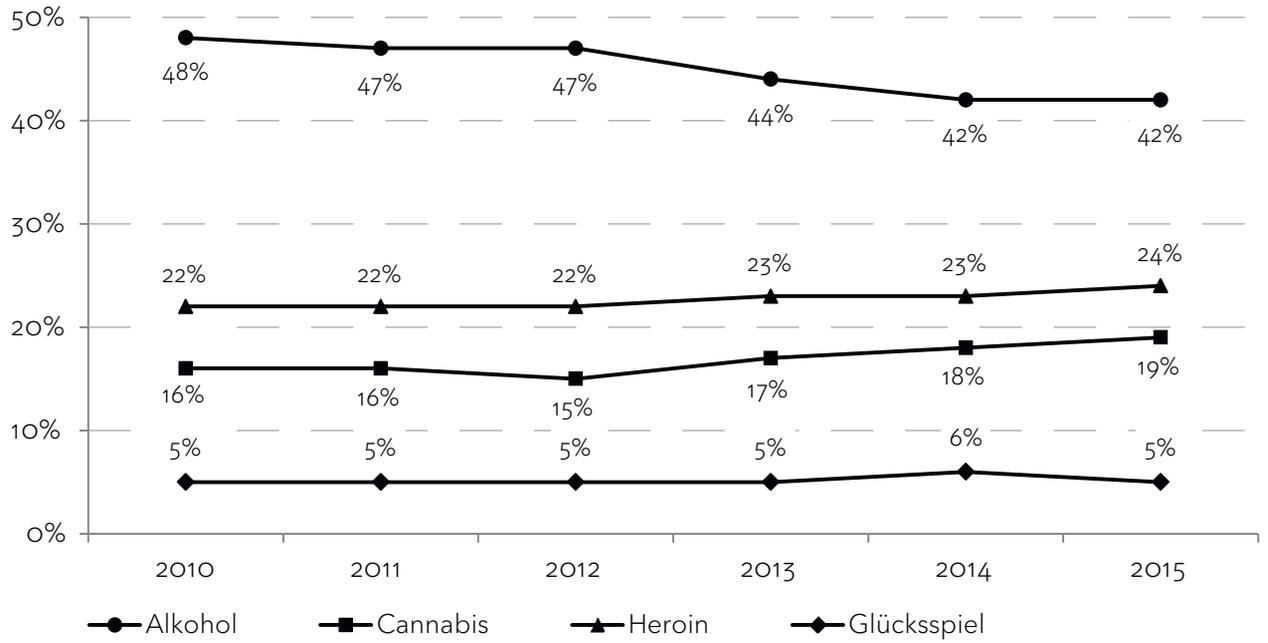


Abbildung 8: Trends 2010-2015: Klienten/innen mit Migrationshintergrund (Anteile) nach Hauptproblem

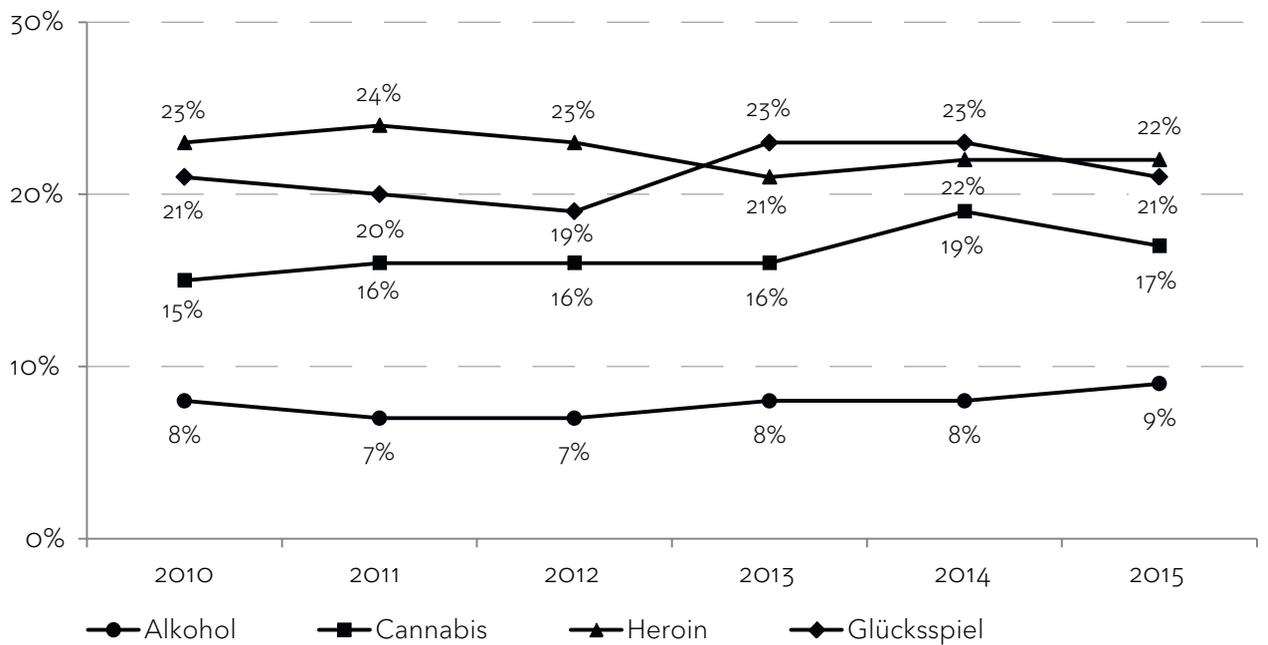
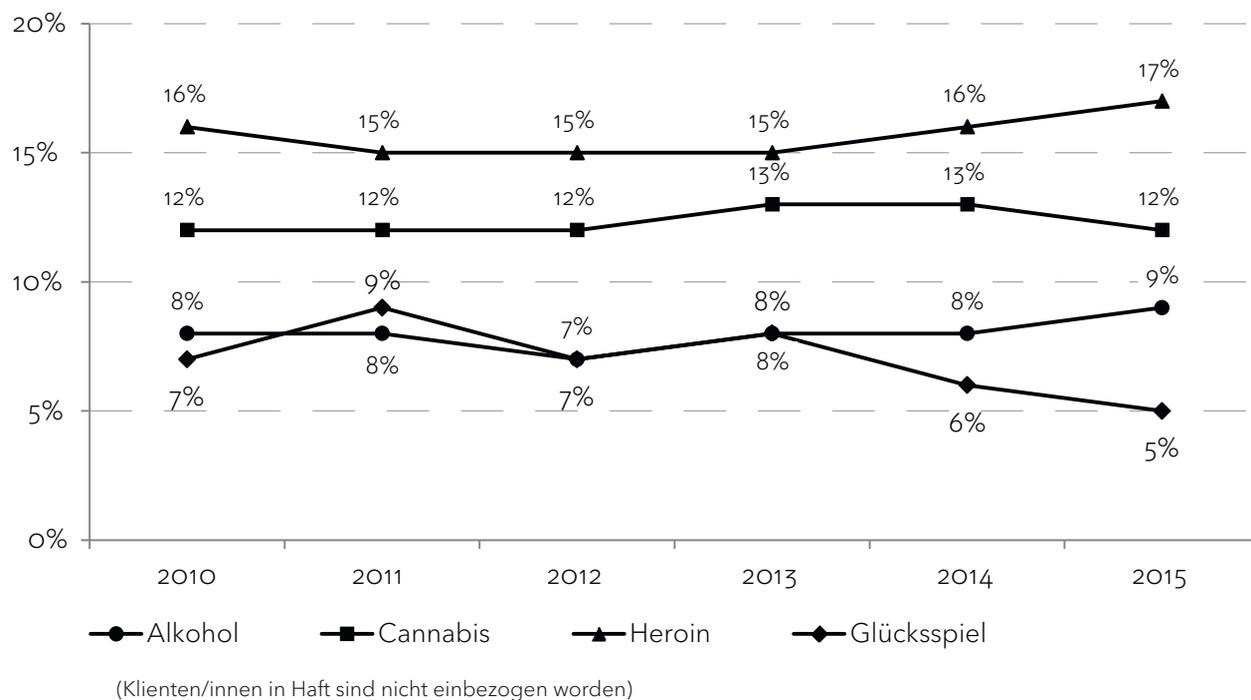


Abbildung 9: Trends 2010-2015: prekäre Wohnsituation nach Hauptproblem



3.3. Soziale Situation

In den beiden vorhergehenden Abschnitten wurden die vier Grundvariablen Geschlecht, Alter, Migrationsstatus und Hauptproblem untersucht, die das Analyseraster für die nun folgende Betrachtung der sozialen Situation bilden werden. In die Analyse werden Auswertungen zur Wohnsituation, der Partnerbeziehung und dem Familienstand, zur Bildungs- und Ausbildungssituation sowie zur beruflichen und finanziellen Lage einbezogen.

3.3.1. Wohnsituation

Um Veränderungen der Wohnsituation der Klientel in Schleswig-Holstein anschaulich darstellen zu können, wird im Folgenden zwischen einer stabilen und einer prekären Wohnsituation unterschieden. Eine stabile Wohnsituation liegt dann vor, wenn der Klient oder die Klientin in einer eigenen Wohnung, bei den Eltern oder bei anderen Angehörigen wohnt, alle übrigen Wohnformen wurden als prekär eingestuft.⁷

⁷ Zur prekären Wohnsituation wurden die folgenden Wohnformen zusammengefasst: andere Wohnung / Haus, Suchthilfeeinrichtung, betreute Wohneinrichtung, Heim / Anstalt, Klinik / Krankenhaus, bei Freunden / Bekannten, Hotel / Pension / Unterkunft, obdachlos, auf Trebe, Wohnheim / Übergangswohnheim, Notunterkunft, Übernachtungsstelle sowie andere

Über den Analysezeitraum gibt es leichte Veränderungen innerhalb der Gesamtklientel: Der Anteil der prekären Wohnformen betrug in den Jahren 2010 bis 2013 10% und stieg dann über 11% auf 12% (2015) leicht an. Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass im gesamten Analysezeitraum die betreuten Frauen seltener in schwierigen Wohnverhältnissen lebten als die Männer. Gerade dieser weibliche Anteil ist aber in den Jahren 2014 und 2015 leicht gestiegen (von 8% auf 10%; Männer 2010-2015: 11% - 12%). Im Hinblick auf die unterschiedlichen Altersgruppen zeigen sich ebenfalls leichte Veränderungen über den 6-Jahres-Zeitraum: Zu Beginn des Analysezeitraums vereinten die jüngsten Klienten/innen (bis 24 Jahre) den höchsten Anteil prekärer Wohnformen auf sich (15%) während dieser mit zunehmendem Alter deutlich sank (55 Jahre und älter: 6%) Auch die zweitälteste Kohorte (35-54 Jahre) war hier von unterdurchschnittlich betroffen (8%). Fünf Jahre später lebte die zweitjüngste Kohorte am häufigsten in prekären Wohnverhältnissen (15%), während diese bei den jüngsten mit 13% etwas weniger häufig anzutreffen sind. Gleichzeitig haben die prekären Wohnverhältnisse bei den älteren (35-54 Jahre) auf 11% und bei den ältesten Klienten/innen (55 Jahre und älter) leicht auf 7% zugenommen.

Wohnsituation. Klienten/innen in Haft sind in die Analysen zur Wohnsituation nicht einbezogen worden.

Wie Abbildung 9 zeigt, sind auch für drei der vier Hauptproblemgruppen keine nennenswerten Trends in Bezug auf die Wohnsituation zu erkennen. So schwanken die Anteile schwieriger Wohnverhältnisse für Heroin zwischen 15% und 17%, für Cannabis zwischen 11% und 13% sowie für Alkohol zwischen 7% und 9%. Einzig bei den Klienten/innen mit problematischem Glücksspielverhalten hat der Anteil prekärer Wohnformen seit 2013 tendenziell abgenommen, und liegt im Jahr 2015 bei vergleichsweise geringen 5%.

3.3.2. Familienstand und Partnerbeziehung

Aus der Forschung ist hinlänglich bekannt, dass Suchtprobleme eine besondere Belastung nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für ihr soziales Umfeld, darstellen können. Die hohen Anteile lediger und alleinlebender Klienten/innen in der ambulanten Suchthilfe Schleswig-Holsteins können auf Schwierigkeiten hindeuten, eine gefestigte Partnerschaft einzugehen (siehe Abbildungen 10 und 11). Seit dem Jahr 2010 ist der Anteil der Ledigen um 6 Prozentpunkte auf 61% im aktuellen Berichtsjahr gewachsen, während der Anteil der Verheirateten, die mit der Partnerin oder dem Partner zusammen leben, im gleichen Zeitraum von 20% auf 18% ganz leicht gesunken

ist. Ein vergleichender Blick auf die Gesamtbevölkerung Schleswig-Holsteins weist für Ende 2014 einen deutlich niedrigeren Anteil an ledigen Personen (minus 20 Prozentpunkte, =40%) und einen erheblich höheren Anteil an Verheirateten aus (plus 20 Prozentpunkte, =45%; Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2016). Die beschriebene Entwicklung lässt sich sowohl bei Männern als auch Frauen beobachten, wobei letztere insgesamt seltener ledig sind (2015: Frauen: 49%, Männer: 65%), dafür aber häufiger geschieden (2015: Frauen: 20%, Männer: 12%). Zudem zieht sich dieser Trend durch alle Altersgruppen. Relevante Unterschiede oder divergierende Entwicklungen bestehen hinsichtlich dieser Frage zwischen Klienten/innen mit und ohne Migrationserfahrung nicht. Wird nach der Hauptsubstanz unterschieden, zeigen sich die bekannten unterschiedlichen Niveaus (unter den Alkohol-Klienten/innen befinden sich etwa 40% Ledige, die Cannabis-Klienten/innen sind fast ausschließlich ledig (mehr als 90%), von den Heroin-Klienten/innen sind es etwa 2/3). Eine Entwicklung über den Analysezeitraum ist aber nur bei den betreuten Glücksspielern zu erkennen. In dieser Gruppe steigt der Anteil der Ledigen kontinuierlich: von 52% im Jahr 2010 auf 61% im Jahr 2015.

Abbildung 10: Trends 2010-2015: Familienstand nach Badojahr

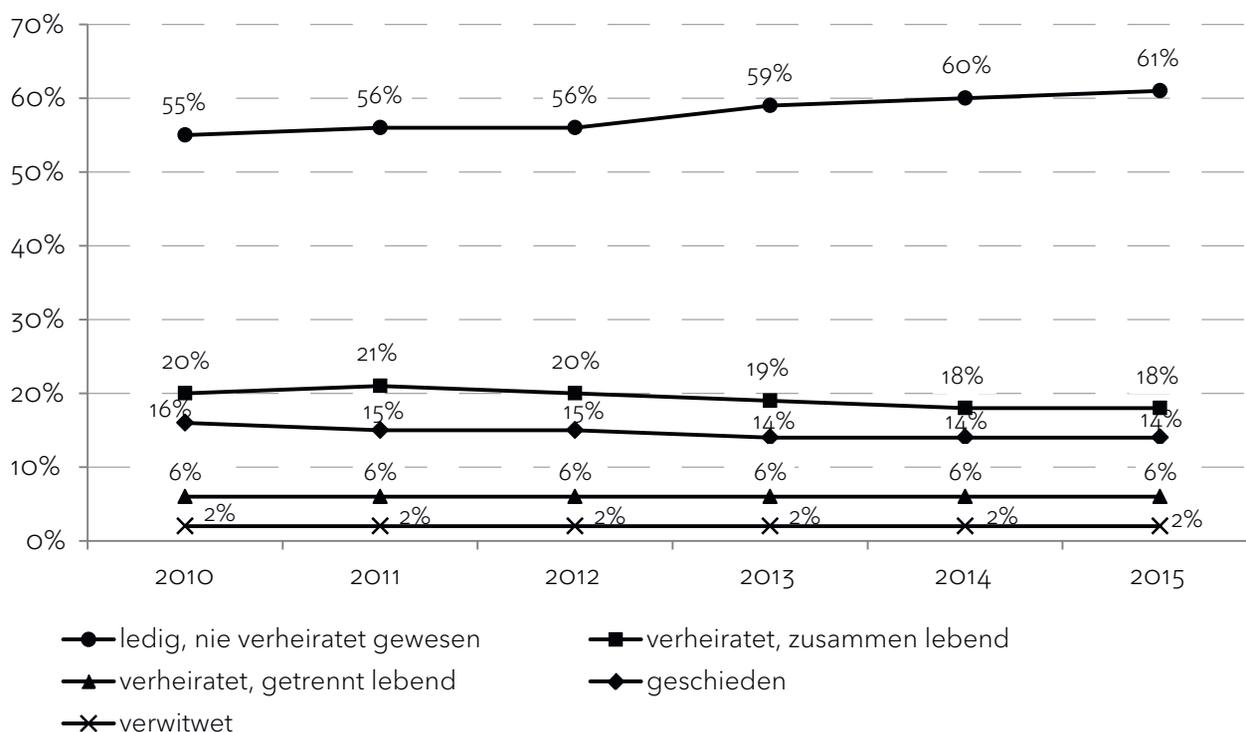


Abbildung 11: Trends 2010-2015: Partnerbeziehung nach Badojahr

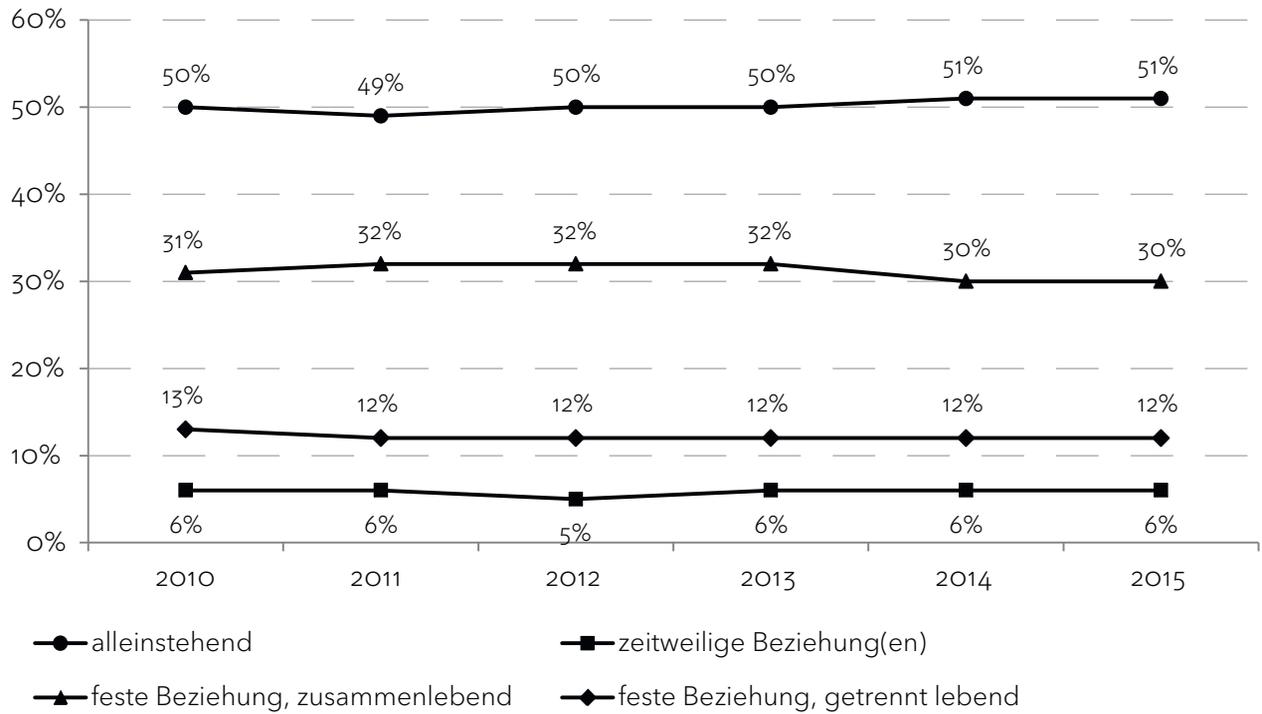
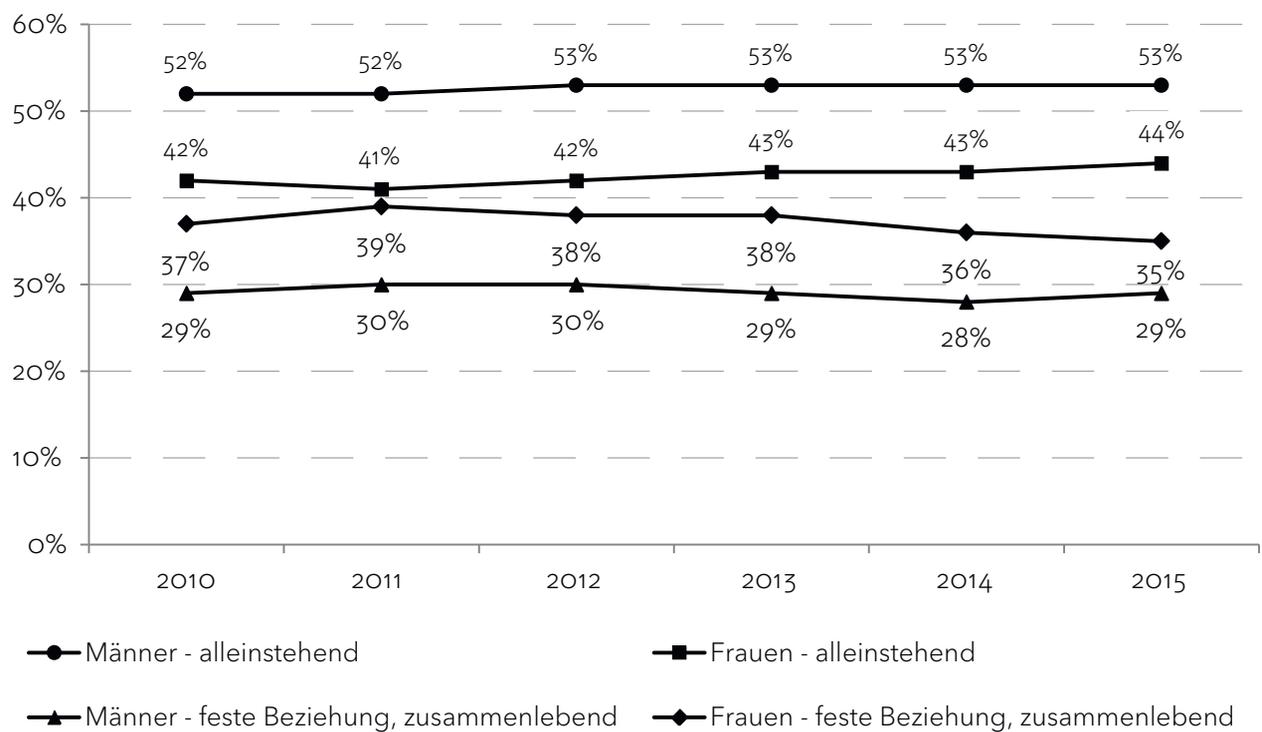


Abbildung 12: Trends 2010-2015: Partnerbeziehung nach Geschlecht und Badojahr



Neben dem formellen Familienstand wird in Schleswig-Holstein auch der eher informelle Beziehungsstatus dokumentiert. Zwar zeigen sich im Gegensatz zum Familienstand kaum Veränderungen im Betrachtungszeitraum - so liegt der Anteil fester Beziehungen in den Jahren 2014 und 2015 zwei Prozentpunkte unter den vorausgehenden, aber auch hier gibt Abbildung 11 Hinweise für eine soziale Isolation der Klienten/innen. So ist durchgängig seit 2010 die Hälfte der Klientel alleinstehend (49% bis 50%), und nur knapp ein Drittel gibt an, mit einer Partnerin oder einem Partner zusammenzuleben (30% bis 32%). 12% bis 13% leben getrennt von der Partnerin bzw. dem Partner und ein kleiner Anteil unterhält zeitweilige Beziehungen (6% bis 7%).

Der Blick auf die beiden Geschlechter offenbart sinkende Anteile fester Beziehungen insbesondere bei den Frauen, die im Gegenzug häufiger alleinstehend sind (siehe Abbildung 12).

Zwischen den Geschlechtern bleiben die Unterschiede aber bestehen: Frauen sind durchgängig seltener alleinstehend als Männer, dafür aber häufiger in einer festen Beziehung.

Alters-, migrations- und hauptsubstanstanzspezifische Trends zeigen sich im Analysezeitraum im Bezug auf die Partnersituation nicht. Besonders häufig alleinstehend ist die Cannabis-Klientel (58% bis 62%), in festen Beziehungen

leben insbesondere Alkohol- und Glücksspiel-Klienten/innen (42% bis 47%).

3.3.3. Bildungs- und Ausbildungssituation

Im Rahmen der Dokumentation der ambulanten Suchthilfe in Schleswig-Holstein wird der formelle Bildungsstand der Klienten/innen zunächst anhand des höchsten erreichten Schulabschlusses erhoben. Aus der Perspektive der Gesamtklientel zeigen sich nur leichte Veränderungen (Abbildung 13): Tendenziell sinkt der Anteil niedriger bzw. fehlender Abschlüsse, mittlere und höhere behalten eine gleichbleibende Bedeutung, der Anteil Betreuer, die sich noch in der Schulausbildung befinden, steigt leicht an. Der Anteil der Klienten/innen, die einen Haupt- oder Volksschulabschluss vorweisen können, ist leicht von 48% (im Jahr 2010, bzw. 49% im Jahr 2012) auf 45% (2015) gefallen. Im letzten Jahr der Betrachtung waren nur noch 9% ohne Schulabschluss, in den Vorjahren lag dieser Wert in der Regel bei 11%. Gleichzeitig stieg im sechsjährigen Analysezeitraum der Anteil derjenigen in Schulausbildung - von 2% auf 5%. Konstant etwa ein Viertel der Klientel hat einen Realschulabschluss erreicht (24% bis 26%), nahezu jede

Abbildung 13: Trends 2010-2015: Höchster Schulabschluss der Klienten/innen

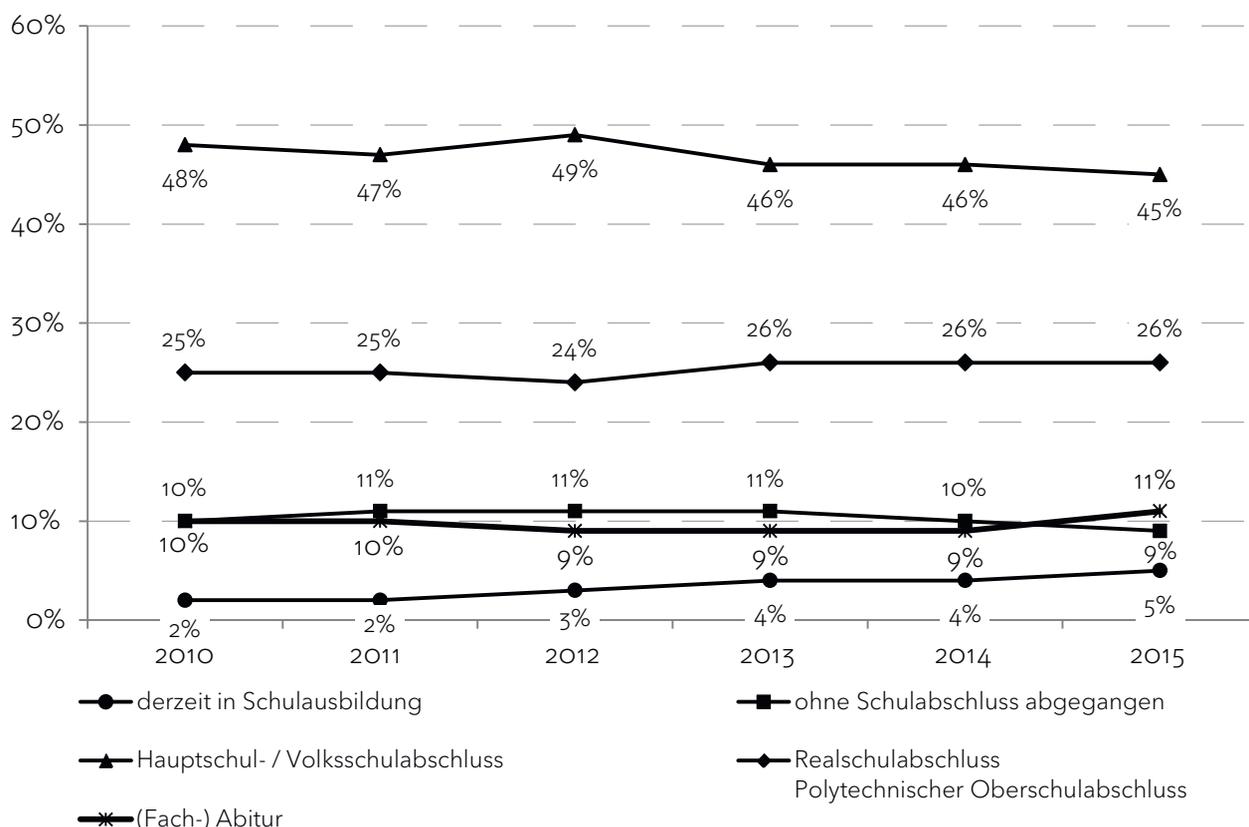
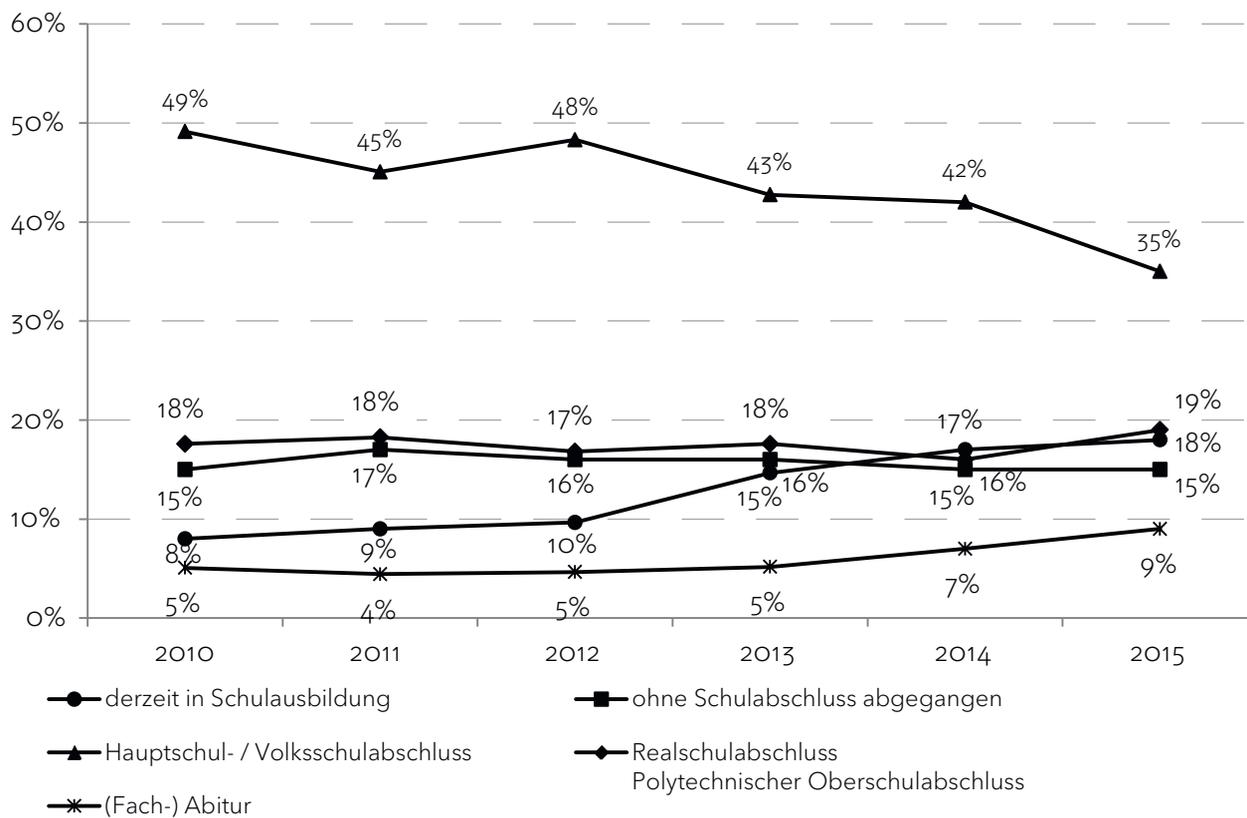


Abbildung 14: Trends 2010-2015: Höchster Schulabschluss der Cannabis-Klienten/innen



bzw. jeder Zehnte hat die Schule mit (Fach-) Abitur verlassen (9% bis 11%).

Gegenüber der 15- bis 65-jährigen Bevölkerung in Schleswig-Holstein verfügt die Klientel der ambulanten Suchthilfe über einen niedrigen formellen Bildungsstand, da insbesondere die höheren Abschlüsse stark unterrepräsentiert sind (15-65-jährige Bevölkerung in SH: Abitur: 31%, Realschulabschluss: 32%) (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2016).⁸

Im Geschlechtervergleich sind keine abweichenden Entwicklungen zu beobachten, allerdings können die Frauen über den gesamten Analysezeitraum hinweg häufiger die formell hochwertigeren Abschlüsse wie (Fach-)Abitur (11% bis 13%, Männer: 8% bis 11%) oder Realschulabschluss vorweisen (32% bis 35%, Männer: 22% bis 23%), und sie gehen seltener ohne Abschluss von der Schule ab (7% bis 9%, Männer: 10% bis 12%).

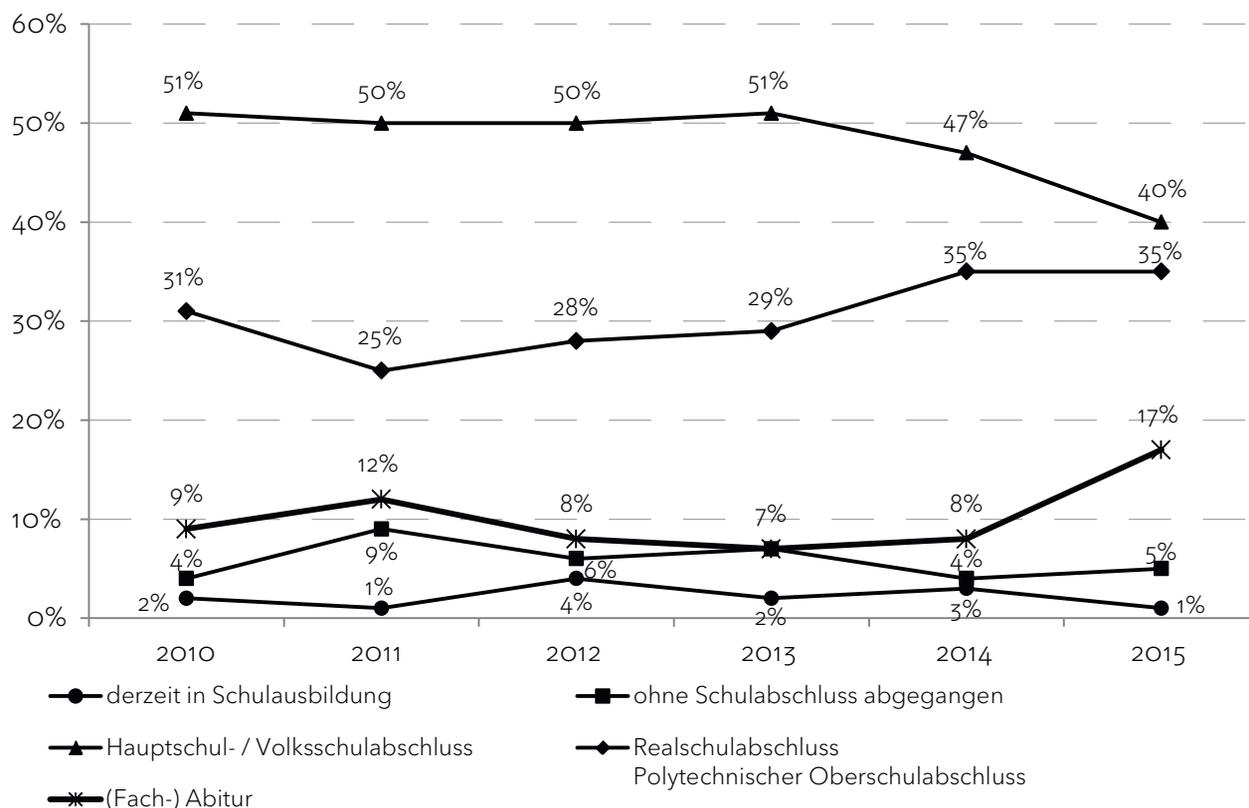
Unter den Klienten/innen mit Migrationshintergrund verringert sich der Anteil ohne Schulabschluss im Analysezeitraum nicht (16% bis 19%). Er liegt beständig deutlich über

dem derjenigen, die keine familiäre Einwanderungsgeschichte haben. Bei letzteren reduziert sich der Anteil der Klienten/innen ohne Schulabschluss (von 12% im Jahr 2010 auf 9% im Jahr 2015). Hingegen erreicht die Suchthilfe unter den Klienten/innen mit Migrationshintergrund zunehmend mehr mit Realschulabschlüssen oder Abitur - denn diese nehmen von 46% auf 52% zu. Insgesamt zeigt sich die Gruppe der Migrierten aber immer niedriger gebildet als die der Deutschstämmigen.

Die bereits erwähnte Entwicklung eines wachsenden Anteils von Klienten/innen, die sich noch in der Schulausbildung befinden, wirkt sich natürlich auf die jüngste Alterskohorte (bis 24 Jahre) aus. Hier ist dieser Anteil kontinuierlich von 10% im Jahr 2010 auf 24% im Jahr 2015 gestiegen. Gleichzeitig sinkt in dieser Altersgruppe der Anteil derjenigen, die ohne Abschluss von der Schule abgegangen sind, in den Jahren 2010 bis 2015 langsam: von 19% auf 15%; ebenfalls fällt die Bedeutung des Hauptschulabschlusses (von 46% auf 33%), während die der Mittleren Reife zunimmt (von 15% auf 20%).

⁸ Die Daten für die 15- 65-jährige Bevölkerung in Schleswig-Holstein beziehen sich auf das Jahr 2014. In dieser auf dem Mikrozensus basierenden Statistik sind keine Personen ohne Schulabschluss enthalten. Wäre dies der Fall, sanken die Anteile von Abitur und Mittlerer Reife, lägen aber immer noch deutlich über den der entsprechenden Gruppen in der Klientel der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins.

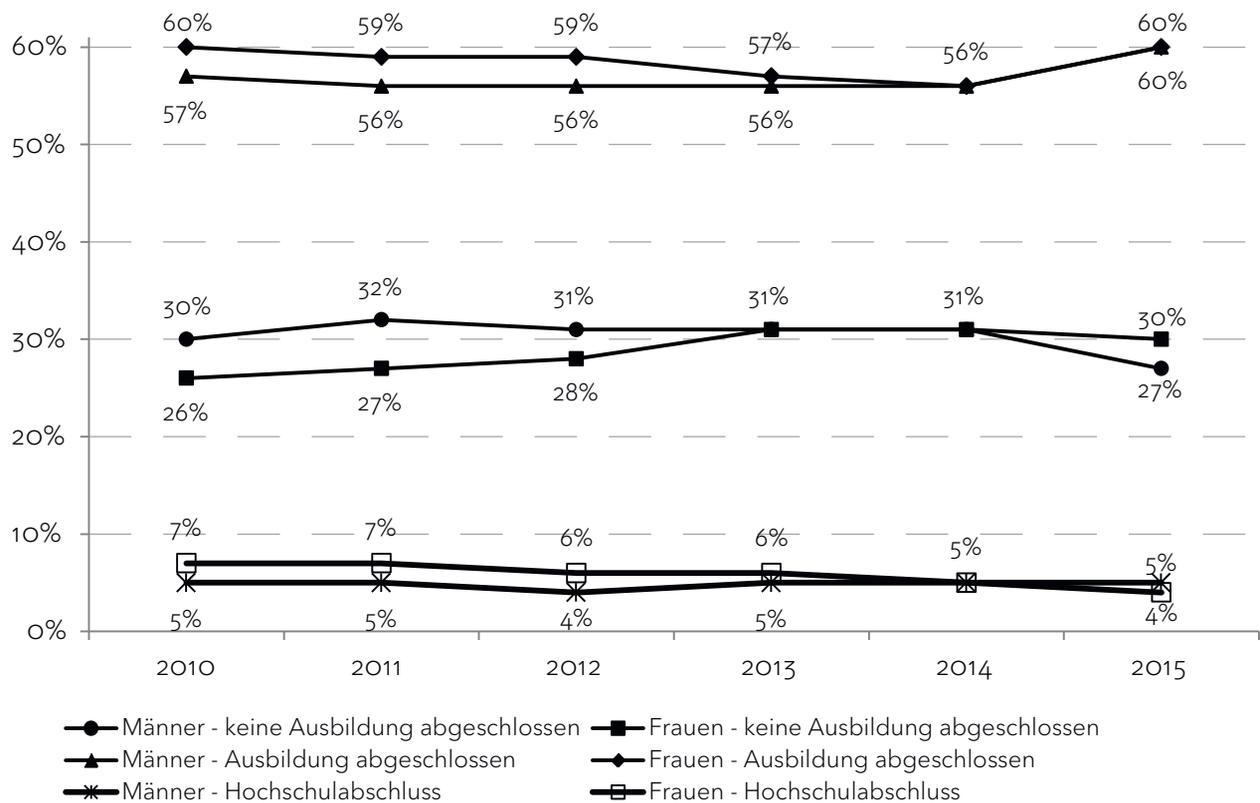
Abbildung 15: Trends 2010-2015: Höchster Schulabschluss der Glücksspiel-Klienten/innen



Unter den Hauptsubstanzen treten Unterschiede bezüglich des formellen Bildungsniveaus zu Tage: So weisen beispielsweise die Cannabiskonsumenten/innen den höchsten Anteil aktueller Schüler/innen auf (Abbildung 14; 2015: 18%) und haben gemeinsam mit der Heroingruppe am häufigsten lediglich einen Sonderschulabschluss gemacht bzw. die Schule ohne Abschluss verlassen (2015: Cannabis: 19%; Heroin: 17%). Die höchste formelle Bildung unter den Hauptproblemgruppen weist mit einem Anteil von 17% mit (Fach-)Abitur und 35% mit Realschulabschluss im Jahr 2015 die Glücksspielgruppe auf; die Alkoholgruppe erreicht ähnliche Anteile ((Fach-)Abitur: 14%; Realschulabschluss: 32%). Problemspezifische Entwicklungen sind bei den Cannabisklienten/innen auszumachen. Hier wächst der Anteil, der sich derzeit noch in der Schulausbildung befindet kontinuierlich - von 8% im Jahr 2010 auf 18% im Jahr 2015. Im Gegenzug verringert sich der Anteil des Hauptschulabschlusses als höchstem Schulabschluss (minus 14 Prozentpunkte). Der Anteil der betreuten Klientel mit (Fach-)Abitur hat sich von 5% auf 9% im Analysezeitraum fast verdoppelt.

In der Gruppe der Glücksspielklienten/innen ist ab dem Jahr 2014 eine deutliche Abnahme der Bedeutung der Hauptschulabschlüsse zu bemerken, die mit einem Anstieg der Mittleren Reife und des (Fach-)Abiturs einhergeht (Abbildung 15). Ob dies ein längerfristiger Trend ist, lässt sich zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht entscheiden.

Abbildung 16: Trends 2010-2015: Berufsabschluss, geschlechtsspezifisch, Auswahl



Neben dem höchsten erreichten Schulabschluss ist auch die Ausbildungssituation der Klienten/innen ein wichtiger Indikator ihrer Integration in bzw. Teilhabefähigkeit an der Gesellschaft. Im Analysezeitraum zeigen sich für die gesamte Klientel keine bedeutsamen Veränderungen (Abbildung 16). Nach wie vor besitzen etwa 60% der Klienten/innen einen Ausbildungsabschluss, ein knappes Drittel tut dies nicht. Nur etwa jede/r Zwanzigste der Klientel verfügt über einen Hochschulabschluss. Zwischen Männern und Frauen zeigen sich nur partiell und unsystematisch geringfügige Unterschiede.

Durchgängig häufiger hat die Klientel mit Migrationshintergrund keine Ausbildung abgeschlossen (46% bis 37%) als die Deutschstämmigen (31 bis 26%). Über die Jahre zeigen sich hier aber keine spezifischen Trends.

Anders als in Hinblick auf die Schulausbildung ist bei der Frage nach der Ausbildungssituation kein Anstieg der

Betreuungen zu verzeichnen, die während der Ausbildung stattfinden – auch in der jüngsten Alterskohorte gibt es diesbezüglich keine Veränderungen.

Deutlichere Unterschiede sind bzgl. der Ausbildungssituation erkennbar, wenn diese nach den Hauptsatzungsgruppen differenziert wird. So ist Tabelle 3 zu entnehmen, dass die Cannabis- und die Heroingruppe die höchsten Anteile an Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung auf sich vereinen. Im Laufe der sechs Jahre sinkt dieser Anteil bei der Heroinklientel (von 48% auf 42%), während er in der Gruppe der Cannabisklientel stark schwankt (zwischen 53% und 45%). Dies kennzeichnet auch die Gruppe der betreuten Glücksspieler, allerdings auf deutlich niedrigerem Niveau (zwischen 18% und 32%). Die geringsten Unterschiede im betrachteten Zeitraum finden sich bei den Alkoholklienten/innen (Anteile zwischen 18% und 22%).

Tabelle 3: Trends 2010-2015: Klienten/innen ohne Ausbildungsabschluss nach Hauptproblem und Badojahr

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alkohol	19%	19%	22%	22%	22%	18%
Cannabis	50%	53%	47%	47%	52%	45%
Heroin	48%	47%	45%	44%	41%	42%
Glücksspiel	18%	32%	24%	29%	32%	25%

Tabelle 4: Trends 2010-2015: Haupteinkommensquelle (nach Ausschluss von inhaftierten Klienten/innen) nach Badojahr

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Erwerbstätigkeit	32%	33%	33%	33%	33%	35%
Krankengeld, Übergangsgeld	2%	3%	3%	3%	3%	3%
Rente, Pension	7%	8%	8%	8%	8%	8%
ALG I	5%	5%	5%	5%	5%	5%
ALG II	38%	37%	36%	36%	36%	33%
Sozialhilfe	5%	5%	5%	5%	5%	5%
Angehörige	9%	9%	9%	9%	10%	9%

3.3.4. Berufliche Situation und finanzielle Lage

Insgesamt setzt sich die prekäre Lage der Klienten/innen hinsichtlich des formellen Bildungsstands und der Ausbildungssituation auch mit Blick auf ihre berufliche Situation fort. In Tabelle 4 sind die Haupteinkommensquellen der Gesamtklientel von 2010 bis 2015 wiedergegeben.⁹ Diese offenbaren, dass sich die insgesamt schwierige Situation der Klientel über die Jahre kaum verändert hat: Nur ein Drittel bezieht sein Haupteinkommen aus der eigenen Erwerbstätigkeit – dieser Anteil ist in den vergangenen sechs Jahren um drei Prozentpunkte gewachsen. Ein größerer Teil der Klientel (2015: 43%) lebt von staatlichen Transferleistungen wie ALG II (33%), ALG I (5%) und Sozialhilfe (5%). Gleichwohl hat dieser Anteil im Analysezeitraum etwas an Gewicht verloren (minus 5 Prozentpunkte) – dies ist auf eine abnehmende Bedeutung von ALG II zurückzuführen. Zum Vergleich: Für den Dezember 2015 hat die Bundesagentur für Arbeit eine Arbeitslosenquote von insgesamt 6,5% für Schleswig-Holstein gemeldet (ALG II: 4,5%, ALG I: 2,0%).¹⁰ Knapp jede bzw. jeder Zehnte innerhalb der Suchthilfeklientel wird außerdem in der Hauptsache von Angehörigen finanziell unterstützt (9% bis 10%), 7% bis 8% erhalten eine Rente oder Pension und zwischen 2% und 3% leben von Kranken- bzw. Übergangsgeld.

In Bezug auf die Haupteinkommensquelle unterscheiden

sich die männlichen und weiblichen Klienten in der ambulanten Suchthilfe. Frauen werden häufiger durch Angehörige unterstützt (14% bis 15%; Männer: 7% bis 8%) und leben häufiger von einer Rente bzw. Pension (10% bis 12%) als die Männer (6% bis 7%). Letztere haben das Arbeitslosengeld II (34% bis 39%) und die eigene Erwerbstätigkeit (34% bis 38%) häufiger als Haupteinkommensquelle benannt als die Frauen (ALG II: 32% bis 35%; Erwerbstätigkeit: 26% bis 29%). Der oben beschriebene leichte Rückgang beim ALG II im Analysezeitraum ist dabei vor allem auf die Männer zurückzuführen (minus 5 Prozentpunkte).

Der Blick auf den Migrationsstatus der Klientel zeigt, dass die eigene Erwerbstätigkeit insbesondere unter denen in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat, die eine familiäre Zuzugsgeschichte nach Deutschland haben (plus 11 Prozentpunkte). Vor allen Dingen im Jahr 2015 wurden erheblich mehr Migranten/innen mit eigener Erwerbstätigkeit als Haupteinkommensquelle durch die Suchthilfe erreicht als zuvor (2015: 42%, 2014: 34%). ALG II büßt in beiden Teilgruppen (des Migrationsstatus) über den Analysezeitraum geringfügig an Bedeutung ein, bleibt bei den Migranten/innen aber durchgehend wichtiger (35% bis 41%) als bei den Klienten/innen ohne Migrationshintergrund (31% bis 35%).

Innerhalb der vier Alterskohorten zeigen sich die erwarteten Verteilungsschwerpunkte: So haben bei den unter 24-Jährigen am häufigsten Angehörige maßgebliche Bedeutung für das Haupteinkommen. Diese Bedeutung hat sich zwischen den Jahren 2010 und 2015 kontinuierlich verstärkt: von 28% auf 39%. In der Alterskohorte von 25-34 Jahren hat das ALG II am häufigsten die Funktion, den Lebensunterhalt zu sichern: Sein Anteil fällt aber in den sechs Jahren von 51% auf 45%. Sind die Betreuten zwischen 35 und 54 Jahre alt, besitzt die eigene Erwerbstätigkeit den größten Anteil als Haupteinkommensquelle (zwischen 35% und 37%). Im Jahr 2015 erreicht die eigene Erwerbstätigkeit bei 25-34-Jährigen (38%) erstmals einen größeren Anteil als bei den 35-54-Jährigen (37%). Unter

⁹ Klienten/innen in Haft sind in die Auswertungen zur Haupteinkommensquelle nicht einbezogen worden.

¹⁰ Bundesagentur für Arbeit 2016: Analyse des Arbeitsmarktes in Schleswig-Holstein, Dezember 2015, http://statistik.arbeitsagentur.de/nn_980704/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Form.html?view=processForm&resourceId=210368&input_=&pageLocale=de&topicId=887694&year_month=201512&year_month.GROUP=1&search=Suchen Zuletzt eingesehen: 30.06.2016

Abbildung 17.1: Trends 2010-2015: Haupteinkommensquelle nach Hauptproblem, Alkohol

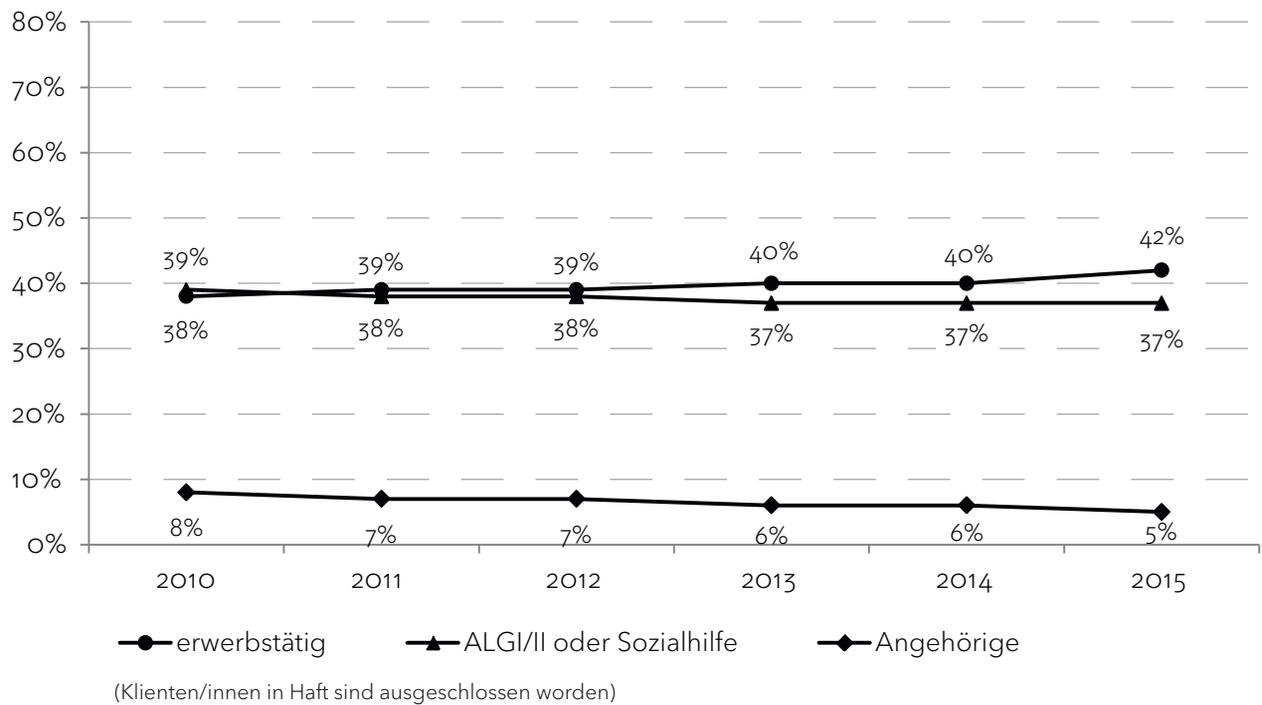
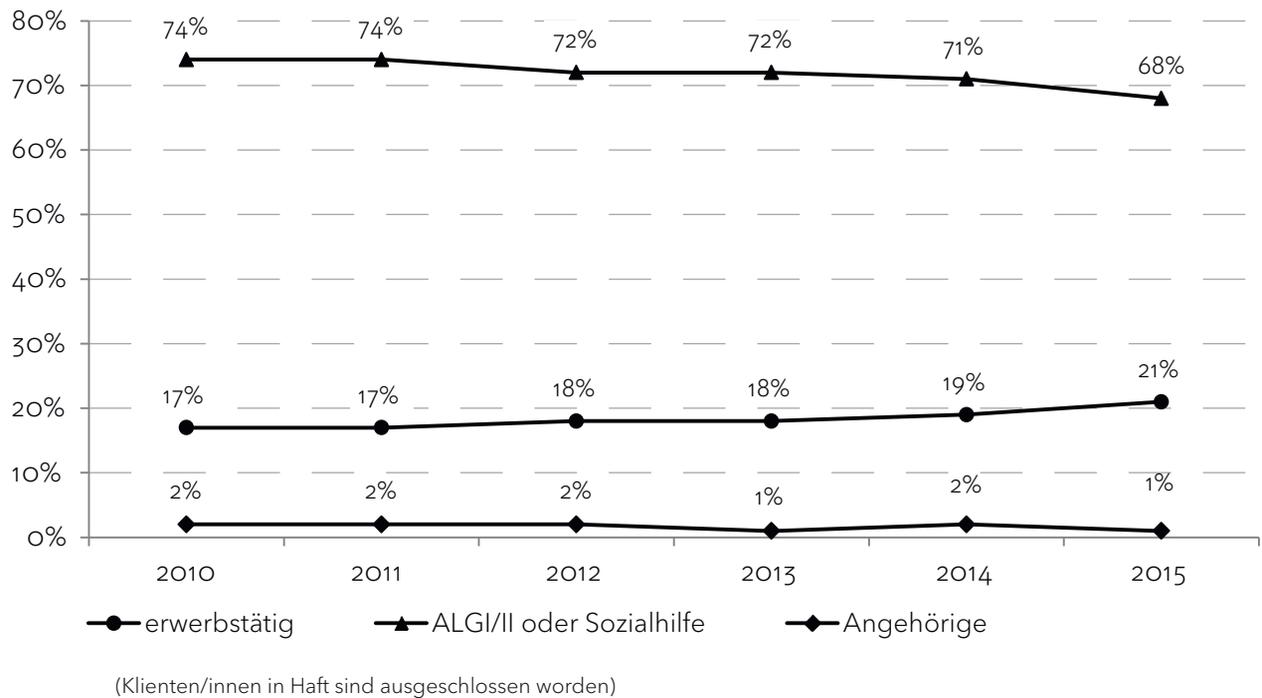


Abbildung 17.2: Trends 2010-2015: Haupteinkommensquelle nach Hauptproblem, Heroin



den Klienten/innen mit hohem Lebensalter (jenseits der 54 Jahre) finden sich die größten Anteile der Rente bzw. Pension als Haupteinkommensquelle (zwischen 32% und 38%). Allerdings übertrifft innerhalb dieser Altersgruppe im Jahr 2015 die eigene Erwerbstätigkeit (33%) die Bedeutung von Rente/Pension (32%) das erste Mal.

Wird nach der Hauptsubstanz der Klienten/innen differenziert, so zeigen sich die in Abbildungen 17.1 bis 17.4 dargestellten Entwicklungen. Zu beobachten ist ein leichter Rückgang der staatlichen Transferleistungen bei der Heroin- und der Alkoholgruppe (Heroin: von 74% auf 68%, Alkohol: von 39% auf 37%). Dies korrespondiert jeweils

Abbildung 17.3: Trends 2010-2015: Haupteinkommensquelle nach Hauptproblem, Cannabis

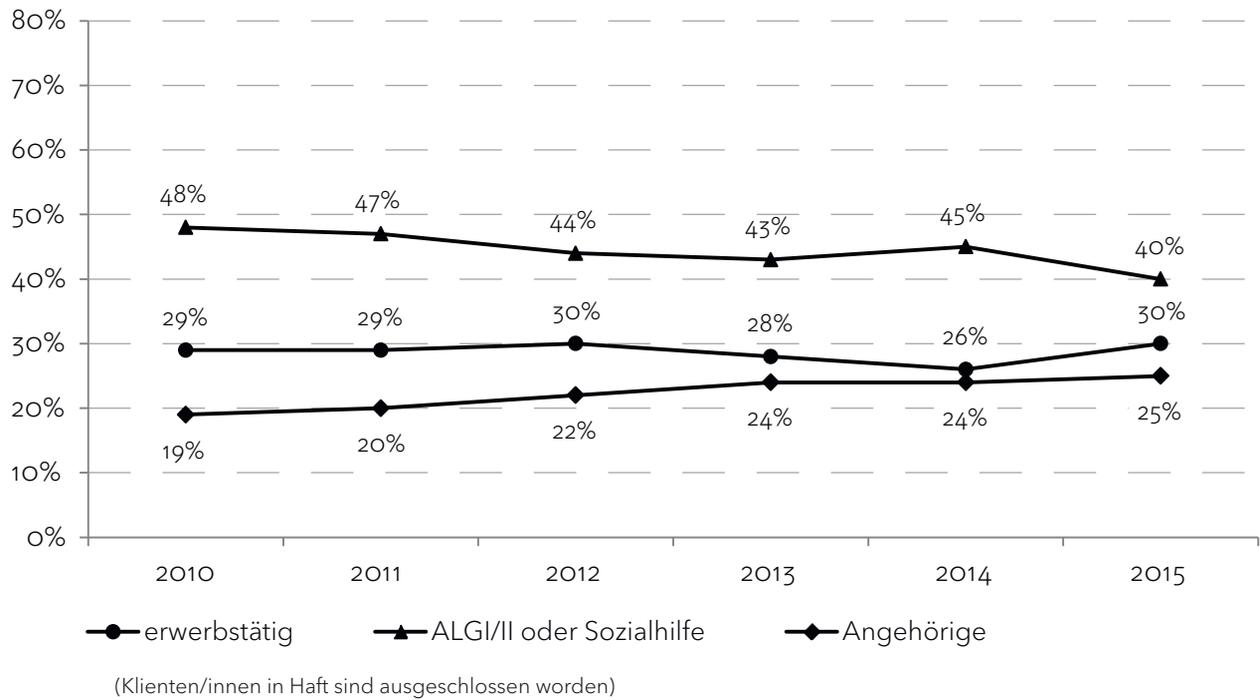
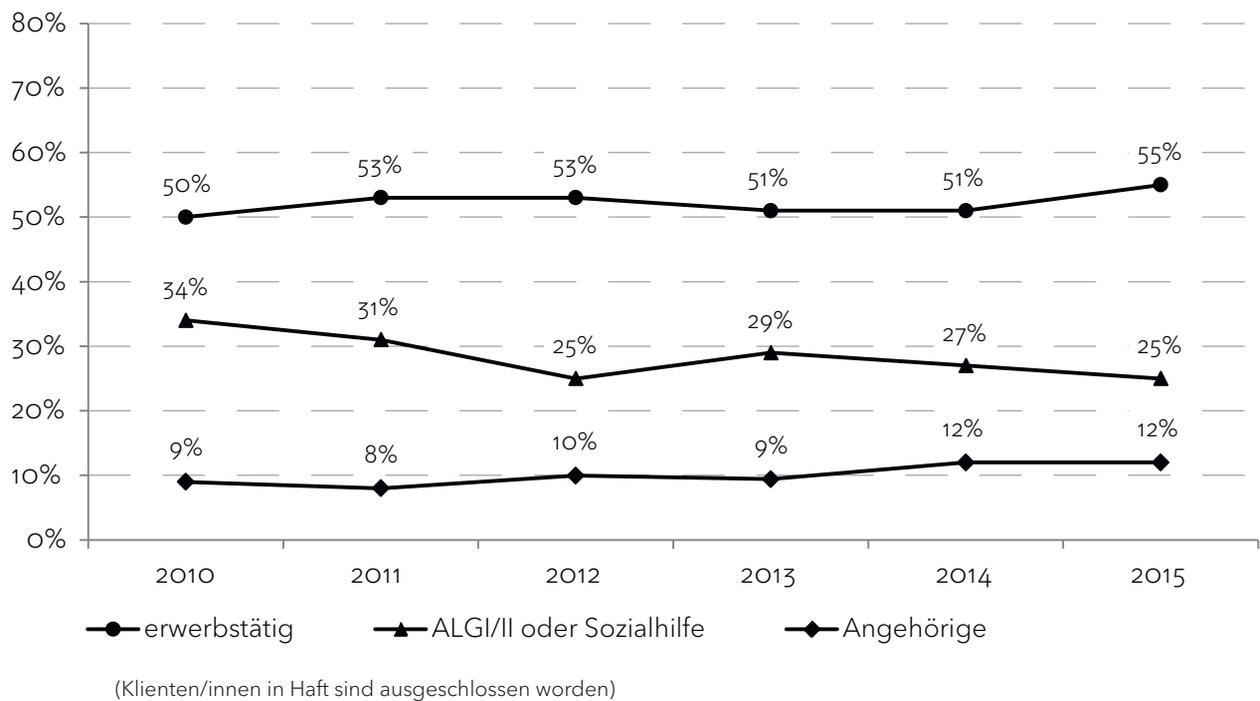


Abbildung 17.4: Trends 2010-2015: Haupteinkommensquelle nach Hauptproblem, Glücksspiel



mit einem leichten Anstieg der das Haupteinkommen sichernden Erwerbstätigkeit (Heroin: 17% auf 21%, Alkohol: 38% auf 42%). Innerhalb der Glücksspielklientel nimmt die Bedeutung der staatlichen Transferleistungen ebenfalls ab (von 34% auf 25%) und es ist desgleichen in dieser Gruppe eine gewachsene Bedeutung der Erwerbstätigkeit zu

verzeichnen (von 50% auf 55%) - allerdings vollziehen sich diese Entwicklungen nicht strikt kontinuierlich. In niedrigerem Maße hat die Unterstützung durch Angehörige für die betreuten Glücksspieler/innen an Bedeutung gewonnen (von 9% auf 12%). Unter den Cannabis-Klienten/innen korrespondiert der sinkende Anteil staatlicher Transferleistun-

gen (48% auf 40%) nicht mit einer wachsenden Bedeutung der Erwerbstätigkeit. Diese zeigt sich über die sechs Jahre tendenziell unverändert. Vielmehr hat die Unterstützung durch Angehörige hier eine steigende Bedeutung erfahren (19% auf 25%).

Die schwierige finanzielle Situation der Klienten/innen zeigt sich jedoch nicht nur an ihrer hohen Abhängigkeit von staatlichen Transferleistungen, sondern auch daran, dass mehr als die Hälfte von ihnen verschuldet ist. Der entsprechende Anteil schwankt seit 2010 zwischen 54% und 59%, weist aber keine klare Tendenz auf. Nicht immer besteht für die Mitarbeiter/innen der Suchthilfe die Möglichkeit, die genaue Höhe der Schulden zu dokumentieren, beispielsweise weil die Betroffenen selbst den Überblick verloren haben. Der Anteil an der Gesamtklientel mit einem Eintrag bzgl. dieser Variable, für den die Schuldenhöhe unbekannt bleibt, ist zwar seit 2010 von 11% auf 9% gesunken, schmälert aber die Aussagekraft der übrigen Angaben zur Höhe der Schulden. Dennoch sei diese hier einmal für das Jahr 2015 wiedergegeben: Von Schulden unter 2.500 Euro bzw. von Schulden innerhalb einer Spanne von 2.500 bis 10.000 Euro berichten jeweils 15% der Klientel. Jede bzw. jeder Zehnte gibt an, Schulden in Höhe von 10.000 bis 25.000 Euro zu haben und bei einem kleinen Teil der Klientel betragen die Schulden zwischen 25.000 und 50.000 Euro (4%) oder sogar mehr als 50.000 Euro (3%).

Abbildung 18 zeigt die Verschuldungssituation differenziert nach Geschlecht. Ihr ist zu entnehmen, dass die männlichen Klienten über die letzten sechs Jahre mit Anteilen zwischen 61% und 58% durchgehend häufiger Schulden hatten als die weiblichen Klientinnen (zwischen 52% und 45%). Bei beiden Geschlechtern scheint sich in dieser Hinsicht in den Jahren 2012-2015 im Vergleich zum Ausgangsjahr der Betrachtung eine sehr leichte Verbesserung eingestellt zu haben.

Klienten/innen mit Migrationshintergrund besitzen im gesamten Analysezeitraum durchgehend häufiger Schulden (58% bis 63%) als die Deutschstämmigen (54% bis 58%) - stabile Entwicklungen sind aber nicht zu erkennen.

Unter den vier Altersgruppen weisen die beiden mittleren Gruppen die höchsten Anteile an verschuldeten Personen auf (25 bis 34 Jahre: 67% bis 72%, 35 bis 54 Jahre: 61% bis 64%). In der jüngsten Gruppe hat sich der Verschuldungsanteil gegenüber 2010 um sieben Prozentpunkte auf 36% reduziert. Geringer ist dieser Anteil nur bei den ältesten Klienten/innen (34%), er schwankt in den letzten sechs Jahren nur um 2 Prozentpunkte.

Abschließend sei noch auf die Verschuldungssituation innerhalb der vier Hauptproblemgruppen eingegangen (siehe Abbildung 19). Hier ist es nicht weiter überraschend, dass die Glücksspielklienten/innen mit Anteilen bis zu 85% durchweg am häufigsten verschuldet sind. Es folgt die Gruppe der Heroinklienten/innen, in welcher der Anteil von 68% auf 71% seit dem Jahr 2012 etwas zugenommen hat. Trotz der etwas beschränkten Aussagekraft der Anteile der Kategorien zur konkreten Schuldenhöhe (siehe oben) sei hier allerdings auch darauf hingewiesen, dass der Anteil von Klienten/innen mit Schulden über 10.000 Euro in der Heroingruppe deutlich unter dem in der Glücksspielgruppe liegt. Die Personen mit Alkohol- und Cannabisproblemen in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen Schleswig-Holsteins weisen schließlich die geringsten Verschuldungsraten auf. Dennoch ist über den gesamten Analysezeitraum etwa die Hälfte dieser beiden Gruppen von Verschuldung betroffen. Insbesondere bei den betreuten Cannabis-Klienten/innen scheint sich die Verschuldung in den vergangenen drei Jahren etwas gebessert zu haben.

Abbildung 18: Trends 2010-2015: Schulden nach Geschlecht

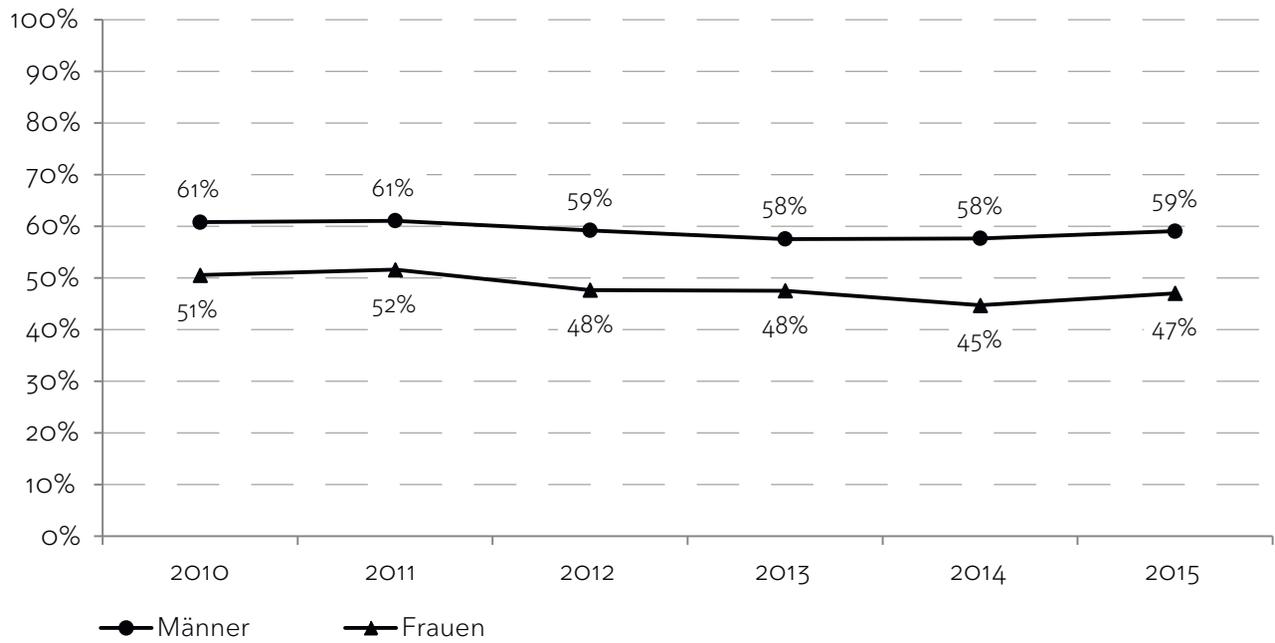


Abbildung 19: Trends 2010-2015: Klienten/innen mit Schulden nach Hauptproblem

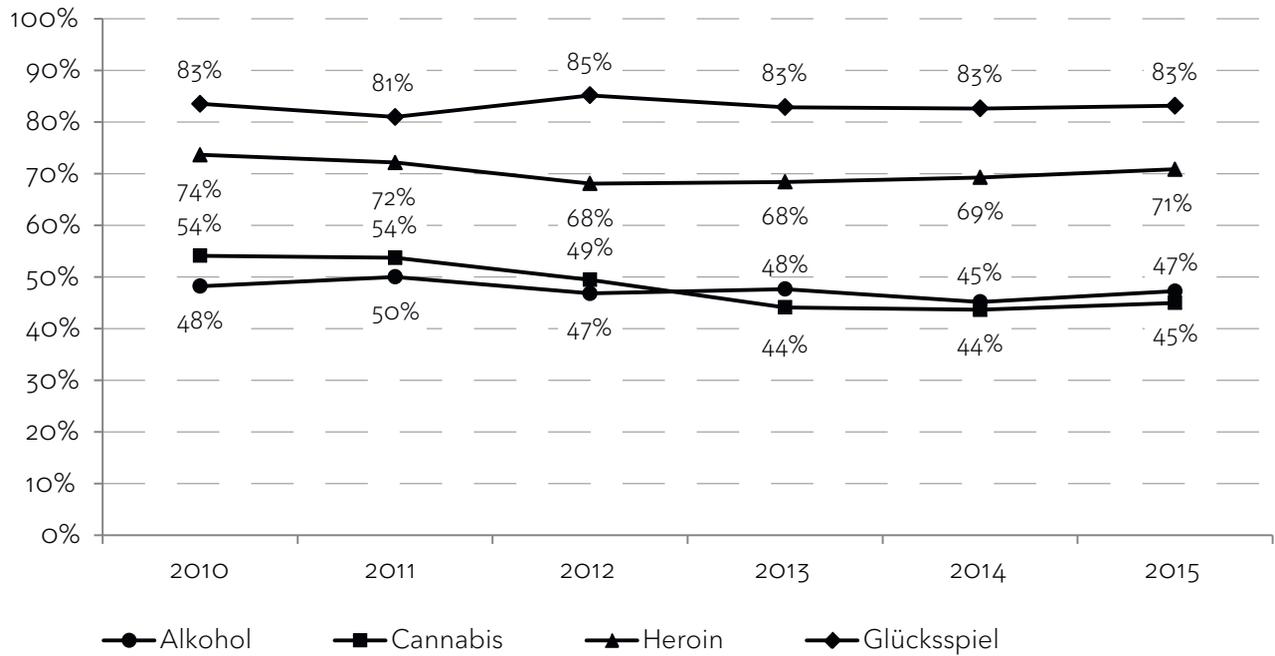


Tabelle 5: Trends 2010-2015: Betreuungsdauer nach Betreuungsart (in Tagen)

	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Median	arith. Mittel										
Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution	105	256	103	288	85	309	76	303	62	271	62	300
Ambulante Beratung	62	143	59	130	52	120	51	116	52	128	55	128
Ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	200	261	175	233	169	218	192	232	192	237	197	230
gesamt	65	156	63	147	57	137	57	136	57	145	59	151

3.4. Betreuungen

Die Klienten/innen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems Schleswig-Holstein werden in verschiedenen Formen der Betreuung versorgt. Auch diese werden dokumentiert (hier sind Mehrfachnennungen möglich). Dominierende Betreuungsart ist (seit Beginn der Dokumentation) die „Ambulante Beratung“: Etwa 80% der Betreuungen werden als solche festgehalten. Im Analysezeitraum zeigt sich eine geringfügige, kontinuierliche Abnahme dieser Betreuungsform um 4 Prozentpunkte von 84% auf 80%. Leicht zunehmend ist allein die Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution (PSB); sie nimmt um 2 Prozentpunkte von 18% auf 20% zu.

Entsprechend zeigen sich in der Betrachtung von Subgruppen nur bei diesen beiden Betreuungsformen erwähnenswerte Veränderungen, und da die PSB eine spezifische Betreuungsart für die Heroinabhängigen ist, wirken sich Veränderungen in Nachfrage/Angebot der PSB nur bei dieser Substanzgruppe aus. In dieser Betreuungsform besaßen die Männer anfänglich (im Jahr 2010) etwas höhere Anteile als die Frauen. Im Jahr 2015 betrug der Anteil der PSB in beiden Geschlechtern dann 20%. Klienten/innen mit Zuwanderungsgeschichte besitzen höhere Anteile an der PSB (schwankend: 25% bis 28%) als Deutschstämmige (15% bis 17%). Bei letzteren ist während des Analysezeitraums eine geringfügige Zunahme dieser Betreuungsform um zwei Prozentpunkte feststellbar.

Die Dauer der Betreuungen¹¹ im ambulanten Suchtkrankenhilfesystem hat sich im Analysezeitraum leicht verkürzt. Die Mehrheit der Betreuungen dauert in den Jahren 2010–2015 zwischen 65 Tagen (im Jahr 2010) und 57 Tagen (in den Jahren 2012 bis 2014).¹² Die durchschnittliche Länge liegt damit - je nach Betrachtungsjahr - zwischen 156 und 136 Tagen.¹³

Die Betreuungsdauer ist in starkem Maße von der gewählten Betreuungsform abhängig (siehe Tabelle 5): So hat die Mehrheit der Ambulanten Beratungen eine Dauer zwischen 62 (im Jahr 2010) und 51 Tagen (im Jahr 2013). Tendenziell sind diese Betreuungen damit in den letzten Jahren kürzer geworden. Ambulante Entwöhnungsbehandlungen sind deutlich länger: Über die betrachteten Jahre hinweg nahm die Mehrheit dieser Sequenzen jeweils etwa 200 Tage in Anspruch - in den Jahren 2011 und 2012 waren es nur etwa 170 Tage. Die PSB dauert im Einzelfall deutlich am längsten, deshalb zeigt sich hier die größte Differenz zwischen den zur Analyse verwendeten Maßen Median und arithmetisches Mittel: Während die

11 In diese Auswertung gehen alle abgeschlossenen Betreuungen ein.

12 Der hier herangezogene Median entspricht dem Wert, welcher die Betreuungsdauern - nachdem sie entsprechend ihrer Dauer sortiert worden sind - in zwei Hälften teilt. Gegenüber dem Mittelwert hat der Median den Vorteil, robuster gegenüber „statistischen Ausreißern“ zu sein. Bezogen auf das Jahr 2015 bedeutet dies, dass die Hälfte aller Betreuungen nicht länger als 59 Tage andauerte (siehe Tabelle 5)

13 Das arithmetische Mittel stellt die durchschnittliche Dauer aller Betreuungslängen dar.

Tabelle 6: Trends 2010-2015: durchschnittliche Dauer der Ambulanten Betreuung nach Hauptsubstanz (in Tagen)

	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Median	arith. Mittel										
Alkohol	52	116	50	107	48	93	42	92	41	99	43	93
Cannabis	71	128	71	131	58	124	63	104	70	112	70	128
Heroin	96	252	77	206	72	217	64	220	54	255	63	256
Glücksspiel	43	92	43	84	44	84	47	79	63	109	36	84

Mehrheit dieser Betreuungssequenzen sich über die Jahre 2010 bis 2015 von 105 Tagen auf 62 Tage verkürzt (Median), bleibt die durchschnittliche Länge (arithmetisches Mittel) mit etwa 300 Tagen in den Jahren 2012-2015 auf einem sehr hohen Niveau, das sich sogar über dem der Jahre 2010 und 2011 befindet.

Geschlechtsspezifisch sind nur wenige Unterschiede erkennbar. Die PSB der Männer wird geringfügig länger durchgeführt als die der Frauen. Dagegen dauern die Ambulanten Beratungen der weiblichen Klienten etwas länger. Für die ambulante Reha zeigt sich kein durchgängiges Muster.

Klienten/innen mit Migrationshintergrund werden durchgängig länger ambulant beraten als Klienten/innen ohne Migrationshintergrund – dies gilt sowohl mit Blick auf den Median wie auch auf das arithmetische Mittel.¹⁴

Wird nach der Hauptsubstanz differenziert, so zeigt sich, dass die ambulante Beratung der Heroin Klienten/innen in allen Betrachtungsjahren die durchschnittlich längste Dauer aufweist (siehe Tabelle 6). Dies gilt für die Jahre 2010-2013 auch mit Blick auf den Median. Da dieser aber bis 2014 stetig fällt, sind es in den beiden letzten Betrachtungsjahren die Cannabis Klienten/innen, welche mit etwa 70 Tagen (Median) die längste Beratungsdauer aufweisen. Bezüglich der Alkohol Klientel ist zwischen 2010 und 2012 eine stetige Abnahme der mittleren Dauer von 116 Tage auf 93 Tage zu erkennen. In den nachfolgenden Jahren stagniert dieser Wert. Eine ähnliche Entwicklung findet sich bei Betrachtung des Medians. In den sechs Betrachtungsjahren hat dieser um etwa 10 Tage abgenommen. Glücksspieler/innen werden von allen hier betrachteten Klientengruppen am kürzesten betreut. Die Dauer liegt

bei etwa 40 Tagen (Median) mit Ausschlägen nach oben (2014: 63 Tage) und unten (2015: 36 Tage) in den beiden letzten Betrachtungsjahren.

Die durchschnittliche Dauer der Ambulanten Rehabilitation der Alkohol Klientel bewegt sich in den Jahren 2011 bis 2015 zwischen 239 und 221 Tagen – im Jahr 2010 war sie mit 265 Tagen durchschnittlich deutlich länger. Ein eindeutiger Trend ist nicht zu erkennen. Gleiches gilt, wenn die Medianwerte betrachtet werden.¹⁵

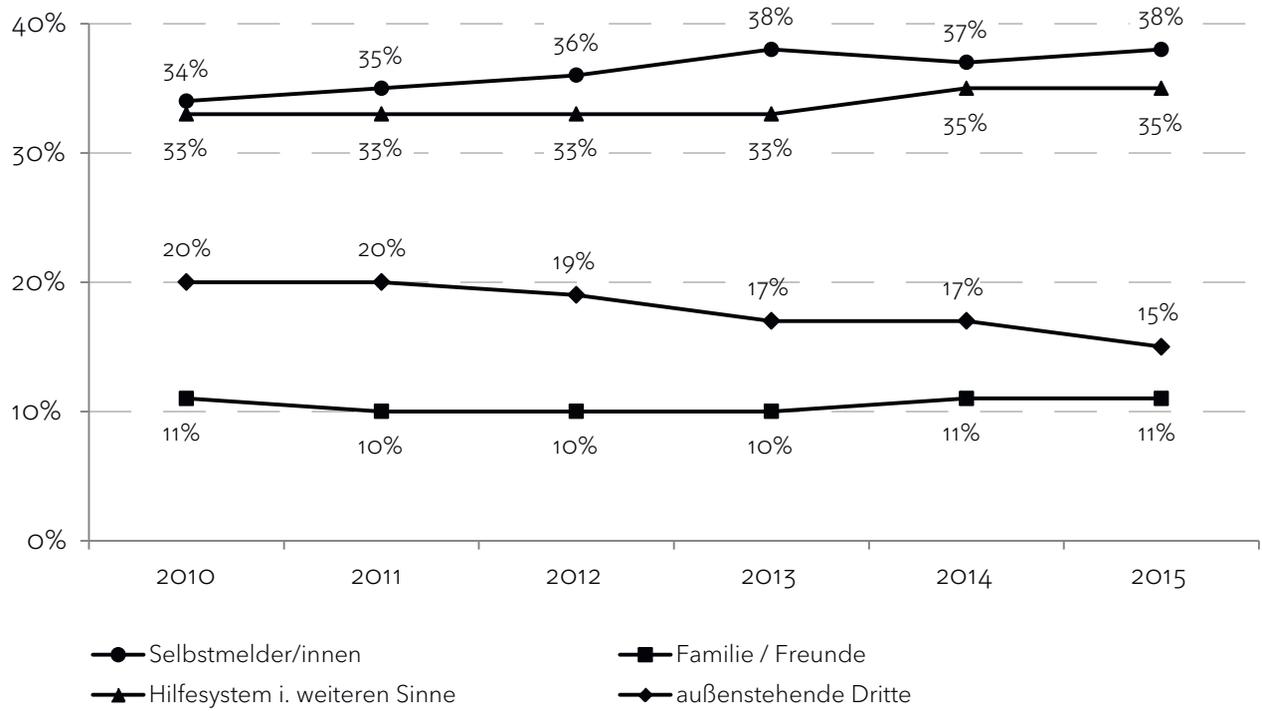
Klienten/innen finden auf unterschiedlichen Wegen den Zugang zu den Angeboten des schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfesystems (siehe Abbildung 20). Leicht gestiegen ist der Anteil derjenigen, die als Selbstmelder/innen den Kontakt finden (von 34% auf 38%). Ebenfalls leicht zu nahm die Vermittlung direkt aus dem Hilfesystem (plus zwei Prozentpunkte). Stetig abgenommen hat hingegen die Vermittlung der Klienten/innen in die Betreuung durch außenstehende Dritte, wie Schulen, Arbeitgeber, Maßregelvollzug, Arbeitsagentur, Justiz- und andere Behörde sowie Kosten- und Leistungsträger. Dieser Anteil reduzierte sich um ein Viertel auf 15% im Jahr 2015.

Mit Blick auf den Migrationsstatus ist festzuhalten, dass Klienten/innen mit Migrationshintergrund etwa doppelt so häufig durch Justizbehörden vermittelt werden (Anteile zwischen 15% und 19%) wie die Klientel ohne Migrationserfahrungen (zwischen 6% und 9%). Dieser Zugangsweg ist ebenfalls – wenn auch rückläufig – für die Cannabis Klientel von Bedeutung: Im Jahr 2015 wurden allein 18% dieser Gruppe durch die Justizbehörden vermittelt, im Jahr 2010 waren es 20% - in den Jahren 2011 und 2013 sogar 22% bzw. 25%.

14 Für die PSB und die ambulante Reha ist die Anzahl dokumentierter Betreuungen von Klienten/innen mit Migrationshintergrund vergleichsweise gering, so dass auf Trendbetrachtungen bzgl. der Dauer dieser Betreuungsformen verzichtet wird.

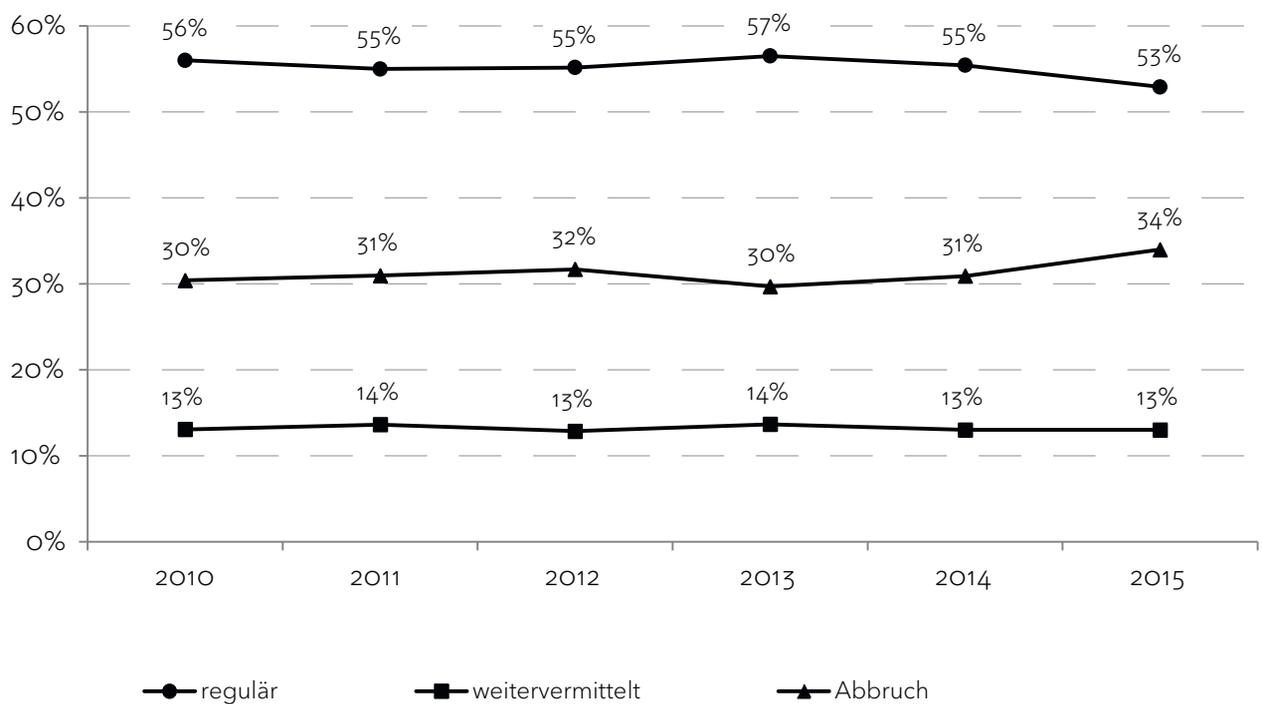
15 In den anderen Hauptsubstanzgruppen wird die ambulante Rehabilitation nur vereinzelt durchgeführt, so dass auf die Darlegung der Dauer verzichtet wird.

Abbildung 20: Trends 2010-2015: Vermittlung in die Betreuung



Die Art des Betreuungsendes zeigt sich über den Analyse-

Abbildung 21: Trends 2010-2015: Art der Beendigung



zeitraum stabil: Etwas mehr als die Hälfte der Betreuungen werden regulär – das heißt nach der geplanten bzw. vereinbarten Anzahl der Teileinheiten oder in gemeinsamem Einverständnis – beendet (Abbildung 21). Zuletzt ist dieser Anteil leicht gesunken. Ebenfalls kaum verändert zeigt sich der Anteil der Betreuungen, der durch die Klientel ohne oder gegen Absprachen abgebrochen wird: Dies sind etwa 1/3 aller Betreuungen. Zuletzt ist dieser Anteil leicht gestiegen. Beide Veränderungen sind unabhängig von Geschlecht, Migrationsstatus, Alter und Hauptdrogentyp. Allein die mittlere Alterskohorte (25-34 Jahre) und die Glücksspiel-Klientel verzeichnen keinen Rückgang der regulären Beendigungen – diese sind bei beiden Gruppen aber unterdurchschnittlich.

Konstant 12% bis 13% beträgt der Anteil der Betreuungen, der durch Weitervermittlung in eine andere Betreuung beendet wird.

Die durchschnittlich pro Klient/in oder Angehörigen erbrachte Gesamtleistungszeit ist in den vergangenen Jahren um etwa 1 1/3 Stunden pro Kopf zurückgegangen (siehe Abbildung 22). Betrug sie im Jahr 2010 noch durchschnittlich 7,7 Stunden, waren es 2015 noch 6,4 Stunden. Im gleichen Zeitraum haben sich die Unterschiede zwischen Männern und Frauen angeglichen. Nach wie vor ist es so, dass die Betreuung der Frauen mehr Zeit in Anspruch nimmt als die der Männer: 2015: plus 0,9 Stunden. Im Jahr 2010 war es noch ein Plus von 1,6 Stunden.

Je nach Hauptsubstanzgruppe zeigen sich Unterschiede (Abbildung 23): Betreuungen der Alkohol-Klientel nehmen durchschnittlich die meiste Leistungszeit in Anspruch – über den Gesamtzeitraum der Analyse hat sie sich aber, insbesondere ab dem Jahr 2012 – reduziert: auf etwa 9 Stunden pro Person. Etwas weniger Zeit nehmen die betreuten Glücksspieler/innen in Anspruch: Bei ihnen ist ein kontinuierlicher und deutlicher Rückgang der aufgewendeten Zeit zu erkennen: Die für alle Leistungen insgesamt aufgewendete Zeit sank um etwa 2 1/2 Stunden seit dem Jahr 2010 auf knapp 7 Stunden im Jahr 2015. Bei der in die Betreuung der Cannabis- und Heroin-Klientel insgesamt investierte Zeit zeigen sich über die sechs Jahre nur unspezifische, leichte Schwankungen. Beide Gruppen nehmen durchgehend deutlich weniger Zeit in Anspruch: etwa 4 1/2 Stunden pro Klient/in.

Abbildung 22: Trends 2010-2015: Dauer aller erbrachten Leistungen pro namentlich erfassten Klienten/innen oder Angehörigen

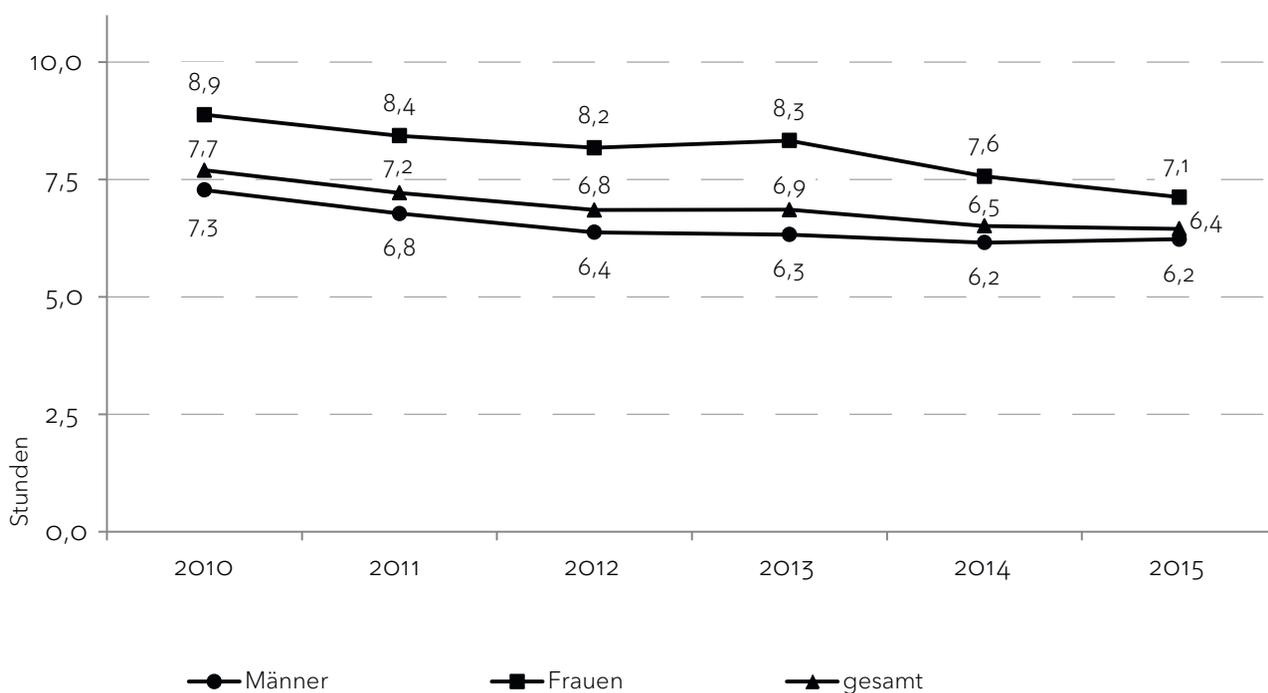
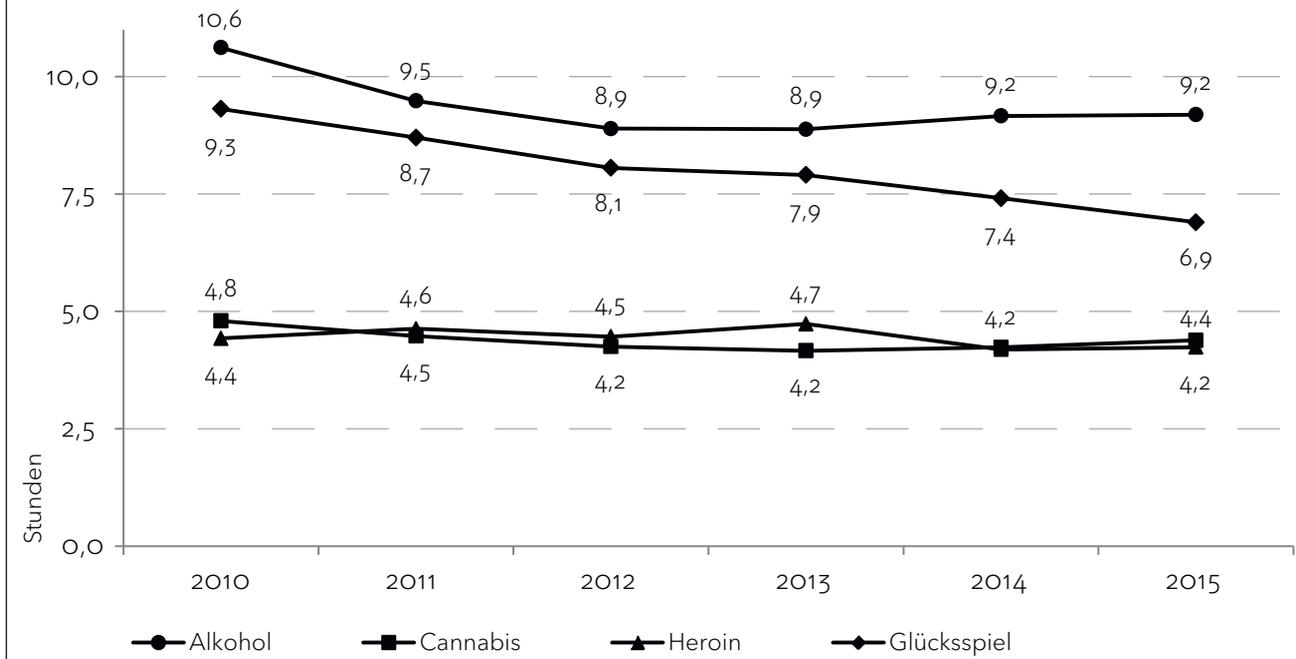


Abbildung 23: Trends 2010-2015:

Dauer aller erbrachten Leistungen pro namentlich erfassten Klienten/innen oder Angehörigen nach Hauptsubstanz



4. Literatur

Bundesagentur für Arbeit (2016). Analyse des Arbeitsmarktes in Schleswig-Holstein, Dezember 2015

IFT (2015). Deutsche Suchthilfestatistik 2014. München.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2016). Statistisches Jahrbuch Schleswig-Holstein 2015/2016. Hamburg.

Herausgeberin

Landesregierung Schleswig-Holstein
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung
Adolf-Westphal-Str. 4
24143 Kiel

Ansprechpartnerin

Christine Brandes, VIII 446
Telefon +49 431 988-5452
E-Mail christine.brandes@sozmi.landsh.de

Text, Redaktion, Layout

Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD)
Lokstedter Weg 24
20251 Hamburg
www.isd-hamburg.de

Satz, Titel

Christian Schütze, ISD

Titelfoto

Christian Schütze, ISD

November 2016

ISSN 0935-4379

Die Landesregierung im Internet

www.landesregierung.schleswig-holstein.de

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der schleswig-holsteinischen Landesregierung herausgegeben.

Sie darf weder von Parteien noch von Personen, die Wahlwerbung oder Wahlhilfe betreiben, im Wahlkampf zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

