

Ambulante Suchthilfe in Hamburg

Statusbericht 2000
zur Hamburger Basisdatendokumentation
im ambulanten Suchthilfesystem

Renate Simmedinger
Martin Schmid
Irmgard Vogt

– KURZFASSUNG –

Inhalt

Vorwort		III
1	Einleitung	8
2	Auswertungsmethodik	9
3	Hauptdroge Alkohol	10
3.1	Zur Reichweite des Hilfesystems und der Basisdatenauswertung	10
3.2	Geschlechtsdifferenzierende Auswertung	10
3.2.1	Geschlecht, Nationalität und Alter	10
3.2.2	Konsummuster	11
3.2.3	Einrichtungstypen, Beginn und Beendigung der Beratung	12
3.2.4	Partnerbeziehungen, Kinder und Wohnverhältnisse	13
3.2.5	Ausbildung, Beruf, Finanzen und kriminelle Karriere	14
3.2.6	Behandlungserfahrung und Gesundheit	14
3.3	Soziale Desintegration	16
3.4	Klientinnen und Klienten mit Datensätzen aus mehreren Jahren	16
4	Hauptdroge Illegale Drogen	17
4.1	Zur Reichweite des Hilfesystems und der BADO	17
4.2	Geschlechtsdifferenzierende Auswertung	18
4.2.1	Geschlecht, Nationalität und Alter	18
4.2.2	Konsummuster	18
4.2.3	Einrichtungstypen, Beginn und Beendigung der Beratung	21
4.2.4	Partnerbeziehungen, Kinder und Wohnverhältnisse	22
4.2.5	Ausbildung, Beruf, Finanzen und kriminelle Karrieren	23
4.2.6	Behandlungserfahrungen und Gesundheit	23
4.3	Soziale Desintegration	25
4.4	Klientinnen und Klienten mit Datensätzen aus mehreren Jahren	25

Frankfurt am Main, Juli 2001

BADO e. V.
Hasselbrookstraße 94a
22089 Hamburg
Tel.: (040) 2000 1078
Fax: (040) 200 20 57
<http://www.bado.de>

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V.
Am Stockborn 5 - 7
60439 Frankfurt a.M.
Tel.: (069) 9 57 89 - 0
Fax: (069) 9 57 89 - 190
info@iss-ffm.de
<http://www.iss-ffm.de>

Vorwort

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

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

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

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

Die an Hamburger Maßstäben betriebene Weiterentwicklung wird – in Wechselwirkung und analog zur allgemeinen gesundheitspolitischen Diskussion – zu einer Erkenntnis führen, die jeder förmlichen Zertifizierung von Suchthilfearbeit überlegen ist. Diese Erkenntnis lautet: Es gibt – bezogen auf rund 9000 hilfeschuchende Menschen – in Hamburg eine evidenzbasierte („evidence-based“) Suchtkrankenhilfe!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alkoholabhängige KlientInnen:

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

Drogenabhängige KlientInnen:

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

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

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

8. Perspektive der BADO 2001 ff.

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

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

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

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

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

Hamburg, im Juli 2001

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

Vorstand
BADO e. V.

1 Einleitung

In den ambulanten Einrichtungen der Hamburger Drogen- und Suchtkrankenhilfe wird seit 1997 mit der Hamburger BADO ein einheitliches Dokumentationssystem eingesetzt. Dieses Dokumentationssystem unterscheidet sich von anderen in der Drogen- und Suchtkrankenhilfe benutzten Systemen in mehreren Punkten:

- Das Prinzip der „begleitenden Erhebung“: Die Itemliste ist kein obligatorischer Fragebogen (auch keine obligatorisch zu erhebende Mindestmenge im Sinne eines Kerndatensatzes), sondern ein Manual, in dem nur erhoben wird, was im individuellen Beratungs- oder Betreuungszusammenhang thematisiert worden ist. Die erhobenen Befunde weisen damit einen inneren fachlichen Bezug und eine unmittelbare funktionale Zuordnung zum jeweiligen Betreuungsgeschehen auf.
- Das zweistufige, "gesplittete" Datenschutzkonzept: Ein differenziertes Codierungssystem ermöglicht es, unter Wahrung aller datenschutzrechtlichen Vorschriften Datensätze, die sich auf identische Personen beziehen, zusammenzuführen. Datenschutzprobleme wurden durch Implementierung eines „Splitting-Prinzips“ überwunden: Von den drei Erhebungselementen (Personalcode, Itemliste, Registriernummer) werden nach Erhebung nur noch jeweils zwei zusammengeführt, nämlich Personalcode mit Registriernummer in der Datenbank und Registriernummer mit Itemliste im Auswertungsinstitut. Das auswertende Institut erhält die Datensätze somit nicht mit Personalcode, sondern nur in Kombination mit neutralen, vom Fachbereich Informatik (Universität Hamburg) vorab vergebenen Referenznummern. Gleichzeitig teilt der Fachbereich Informatik mit, welche Referenznummern sich auf identische Personen beziehen. Damit ist eine sehr weitreichende datenschutztechnische Sicherung implementiert, zugleich jedoch die Erkennung von Mehrfachaufnahmen innerhalb eines Jahres und von Weiterbetreuungen oder Wiederaufnahmen im Jahresverlauf auf einrichtungsübergreifender Ebene möglich.
- Die gemeinsame Steuerung durch den BADO e. V.: Zur Durchführung und Weiterentwicklung der Hamburger BADO wurde eigens der Verein BADO e. V. gegründet, in dem elf Träger der Hamburger Drogen- und Suchtkrankenhilfe sowie das zuständige Fachamt der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Konsensprinzip zusammenarbeiten. Der Verein ist für die Weiterentwicklung der Itemliste, die mit der BADO dokumentiert wird, für die Koordination des Gesamtsystems und für die Gestaltung der Auswertung verantwortlich (nähere Informationen unter <http://www.bado.de>).

In niedrighschwelligen Einrichtungen wie Kontakt- und Anlaufstellen, Drogenkonsumräumen oder Streetworkprogrammen wird die Dokumentation nur dort eingesetzt, wo Beziehungsarbeit mit namentlich bekannten Klienten geleistet und somit über einen anonym durchgeführten „harm reduction“-Ansatz hinaus gegangen wird. Eine Beschreibung der Klientel, die ausschließlich niedrighschwellige Versorgungsangebote wahrnimmt, ist somit nicht Gegenstand der BADO.

2 Auswertungsmethodik

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

Tab. 1: Anzahl der Einrichtungen je Einrichtungstyp 1998 – 2000

	1998	1999	2000
Kontakt- und/oder Drogenberatungsstellen	9	9	9
Alkoholberatungs- und -behandlungstellen	3	2	6
Suchtmittelübergreifende Kontakt- und/oder Beratungsstellen	5	4	6
Einrichtung der psychosozialen Betreuung für Substituierte/ Substitutionsambulanzen	7	9	11
Aufsuchende Beratung im Strafvollzug	-	-	4
Sonstige Einrichtungen	3	3	1
Summe	27	27	37

Insgesamt enthielten diese Dateien 10.777 Datensätze. Der Abgleich mit dem personenbezogenen Codierungssystem ergab, dass es sich dabei um 8.960 Personen handelt. Das sind 2.011 Personen (29 %) mehr als im Jahr zuvor. Von etwa 13 % aller Klientinnen und Klienten lagen mehrere Datensätze aus dem Jahr 2000 vor. Hierbei handelt es sich um sehr unterschiedliche Betreuungsverläufe. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass unkoordinierte Parallelbetreuungen die Ausnahme sind.

Wie die bisherigen Auswertungen der Hamburger BADO gezeigt haben, unterscheiden sich Menschen, die illegale Drogen konsumieren und davon abhängig werden, in vielerlei Hinsicht von Menschen mit Alkoholproblemen. Weiterhin ist bekannt, dass sich Lebenslagen, Suchtverläufe und Ausstiegsprozesse zwischen Männern und Frauen in vielen Bereichen unterscheiden. Deshalb erfolgt die Auswertung der Daten der Hamburger BADO nach Hauptdrogen – Alkohol oder illegale Drogen – und nach Geschlecht differenziert.

Anhand der Angaben zum Konsum psychoaktiver Substanzen konnten 8.275 Klientinnen und Klienten (92 %) den beiden Hauptdrohengruppen „Alkohol“ und „Illegale Drogen“ zugeordnet werden. Bei den restlichen Fällen fehlten Angaben zum Geschlecht und/oder zum Konsum. Die Verteilung nach Geschlecht und Hauptdrohengruppe ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tab. 2: Hauptdrogengruppen und Geschlecht

	Alkohol		Illegale Drogen	
Frauen	1.078	35,4 %	1.447	27,6 %
Männer	1.963	64,6 %	3.787	72,4 %
Gesamt	3.041	100,0 %	5.234	100,0 %

Die folgenden Auswertungen sind eine Zusammenfassung des ausführlichen Statusberichts 2000 zur ambulanten Suchtkrankenhilfe in Hamburg¹. Der vollständige Bericht kann über BADO e. V. oder über das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. bezogen werden.

3 Hauptdroge Alkohol

3.1 Zur Reichweite des Hilfesystems und der Basisdatenauswertung

An der Hamburger BADO haben sich im Jahr 2000 deutlich mehr Einrichtungen mit dem Schwerpunkt Alkohol beteiligt als in den vorangegangenen Jahren. Während im Vorjahr sechs Einrichtungen, die Menschen mit Alkoholproblemen betreuen, Daten im Rahmen der BADO erhoben haben, hat sich diese Zahl im Jahr 2000 bereits auf zwölf Einrichtungen verdoppelt. Bezogen auf 22 ambulante Einrichtungen in Hamburg mit dieser Zielgruppe entspricht dies einer Ausschöpfungsquote von 55 %.

Bezogen auf Schätzungen, die von 32.000 bis 65.000 Alkoholabhängigen in Hamburg ausgehen, ergibt sich für die Hamburger BADO für diese Zielgruppe eine Erreichungsquote zwischen 5 und 11 %. Diese Erreichungsquoten liegen eineinhalb bis doppelt so hoch wie im Vorjahr, was der Steigerung der Zahl der beteiligten Einrichtungen und der dokumentierten Klientinnen und Klienten entspricht.

3.2 Geschlechtsdifferenzierende Auswertung

3.2.1 Geschlecht, Nationalität und Alter

Im Jahr 2000 sind Daten von 3.193 Personen mit Alkoholproblemen in die Basisdokumentation eingegangen, davon sind 65 % Männer und 35 % Frauen.

Über die Beobachtungsjahre hin stieg der Anteil der betreuten Frauen von 29 % auf 35 %. Da im selben Zeitraum der Anteil der an der Dokumentation beteiligten Einrichtungen konti-

¹ Simmedinger, R., Schmid, M., Vogt, I. (2001): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2000 zur Hamburger Basisdatenauswertung im ambulanten Suchthilfesystem. Frankfurt am Main: Bado e. V./Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik oder BADO e. V.: <http://www.bado.de>

nuierlich anstieg, lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht entscheiden, ob es sich um eine effektive Zunahme von Frauen mit Alkoholproblemen handelt oder um einen Effekt der Datenerhebung.

Wie in den vorhergehenden Jahren auch sind 95 % der Männer und Frauen mit Alkoholproblemen Deutsche.

Im Durchschnitt sind die Männer und Frauen mit Alkoholproblemen ca. 44 Jahre alt. Die Dauer der Alkoholabhängigkeit beträgt 14 Jahre bei den Männern und 13 Jahre bei den Frauen. Insbesondere die lange Dauer der Alkoholabhängigkeit ist auffallend.

Zu Fragen nach Gewalterfahrungen und Gewalthandlungen in den letzten fünf Jahren liegen nur von einer Minderheit Angaben vor. Diese entsprechen den Erwartungen: Frauen sind signifikant häufiger Opfer von Gewalt; Männer mit Alkoholproblemen sind gewaltbereiter als Frauen.

3.2.2 Konsummuster

Die Mehrheit der Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen konsumiert ausschließlich Alkohol. Nur etwa eine kleine Gruppe von 15 % Frauen und Männern konsumieren neben Alkohol noch weitere psychotrope Substanzen. Bei diesen psychotropen Substanzen handelt es sich überwiegend um Medikamente, wie Sedativa und Schmerzmittel, die häufiger von Frauen eingenommen wurden, und um Cannabis, das häufiger von Männern zusätzlich geraucht wurde. Eine kleinere Untergruppe - deutlich mehr Männer als Frauen - konsumiert neben Alkohol harte Drogen wie Kokain und Heroin. Medikamente konsumieren eher die älteren Frauen, während der Konsum von illegalen Drogen häufiger von jüngeren Männern und Frauen angegeben wurde.

Es scheint eine kleine Gruppe von jüngeren Klientinnen und Klienten im Suchtkrankenhilfesystem zu geben, deren Konsummuster nicht mehr den Zuordnungen legaler oder illegaler Drogen entsprechen. Das auf Menschen mit Alkoholproblemen spezialisierte Suchtkrankenhilfesystem bzw. die an der BADO 2000 beteiligten Einrichtungen beraten und behandeln auch diese Klientinnen und Klienten.

In den letzten 30 Tagen vor Datenaufnahme konsumierten deutlich mehr Klientinnen und Klienten, 47 % der Männer und 40 % der Frauen, keinen Alkohol oder andere psychotrope Substanzen. Von denjenigen, die zum Zeitpunkt der Datenaufnahme nicht abstinent waren, konsumieren 58 % der Männer und nur 38 % der Frauen täglich Alkohol. Die Frauen dieser Gruppe scheinen deutlich ihre Konsumfrequenz von Alkohol reduziert zu haben. Diese hohe Quote der Abstinenten und die niedrige Quote der täglich Konsumierenden ist auf dem Hintergrund zu bewerten, dass generell in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe für Menschen mit Alkoholproblemen stärker abstinenzenorientiert gearbeitet wird als in den Einrichtungen der Drogenhilfe. Ferner handelt es sich bei den an der Basisdokumentation 2000 beteiligten Einrichtungen zum großen Teil um Einrichtungen, die ambulante Rehabilitation, Behandlung oder Nachsorge für Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen anbieten. Diese

Behandlung setzt in der Regel Abstinenz voraus. Die relativ hohe Abstinenzquote und der relativ niedrige Anteil der täglich Konsumierenden kann auch als Ergebnis dieses Behandlungsansatzes gewertet werden.

3.2.3 Einrichtungstypen, Beginn und Beendigung der Beratung

Die meisten Klientinnen und Klienten mit der Hauptdroge Alkohol nehmen das Hilfeangebot der Alkoholberatungsstellen (sechs Einrichtungen) in Anspruch. Ein Drittel der Männer und Frauen nutzt die Angebote der suchtmittelübergreifenden Kontakt- und Beratungsstellen (sechs Einrichtungen). Nur eine Minderheit von 4 % ist Klientel einer anderen Einrichtung der Suchtkrankenhilfe.

Die Mehrheit der Klientel mit Alkoholproblemen hat die Angebote einer ambulanten Einrichtung der Suchthilfe ohne Auflagen in Anspruch genommen. Jedoch weisen Männer (18 %) signifikant häufiger Auflagen als Frauen (7 %) auf. Es dominieren Auflagen des Arbeitgebers und der Krankenkassen oder der Rentenversicherung.

Bei der überwiegenden Mehrheit der Männer und Frauen erfolgten die Kontaktempfehlungen durch öffentliche Institutionen, an erster Stelle durch Einrichtungen der medizinischen Versorgung gefolgt von den sozialen Initiativen. Es ist davon auszugehen, dass in diesen Einrichtungen schon Kurzinterventionen im Zusammenhang mit der Alkoholproblematik durchgeführt wurden bzw. eine Auseinandersetzung mit dem Alkoholkonsum stattgefunden hat.

Insgesamt nehmen Frauen länger als Männer die Beratung oder Behandlung wahr. Die durchschnittliche Dauer der Beratung bzw. Behandlung beträgt bei den Männern rund 10 Monate und bei den Frauen rund 11 Monate. Die durchschnittliche Behandlungsdauer variiert ferner nach dem Einrichtungstypus. Es ist davon auszugehen, dass diese unterschiedliche Beratungs- und Behandlungsdauer auf die verschiedenen Konzepte und Arbeitsweisen der beiden Einrichtungsarten zurückzuführen sind.

37 % der Männer und 38 % der Frauen mit Alkoholproblemen haben den Kontakt zu den Einrichtungen im Jahre 2000 beendet. Es sind sehr unterschiedliche Beendigungsquoten der Männer nach Einrichtungsarten zu erkennen. Dies hängt offenbar davon ab, wie hoch- bzw. niedrigschwellig das Angebot der Einrichtungen ist. Frauen beenden den Kontakt häufiger als Männer schon innerhalb der ersten drei Monate.

Etwas weniger als die Hälfte der Frauen und Männer mit Alkoholproblemen wurde im Jahr 2000 neu in den jeweiligen Einrichtungen aufgenommen². Dieses Ergebnis unterscheidet sich nicht wesentlich von der Neuaufnahmequote des Vorjahres. Rund ein Drittel Frauen und Männer sind schon im Vorjahr beraten oder behandelt worden. Zwischen 16 und 18 % der Männer und Frauen sind erneut, nach einer Unterbrechung, in den jeweiligen Einrichtungen wieder aufgenommen worden.

² Dies sind nur Neuaufnahmen in den jeweiligen Einrichtungen, nicht jedoch in jedem Fall auf der Ebene des Hilfesystems.

Unter den Neuaufnahmen befinden sich mehr jüngere Klientinnen und Klienten als ältere. Im Vergleich zum Jahr 1999 wurden die im Jahr 2000 neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten häufiger durch Einrichtungen der medizinischen Versorgung vermittelt. Es gibt offenbar besondere Kooperationsbeziehungen zwischen den Alkoholberatungs- und -behandlungsstellen und den Einrichtungen der medizinischen Versorgung. Ferner ist gegenüber 1999 die Quote der Behandlungserfahrung im Jahr 2000 bei den Neuaufnahmen deutlich höher. Dies mag einerseits auf spezifische Zugangsmöglichkeiten und vorhandene Angebotsformen, wie zum Beispiel Nachsorge, der im Jahr 2000 neu hinzugekommenen Einrichtungen zurückzuführen sein. Andererseits decken sich diese Befunde mit der zu beobachtenden Entwicklung der wachsenden Behandlungserfahrungen der Klientenjahrgänge.

3.2.4 Partnerbeziehungen, Kinder und Wohnverhältnisse

Betrachtet man den Familienstand, dann fällt bei den Männern der hohe Anteil (42 %) der Ledigen und bei den Frauen der hohe Anteil (26 %) der Geschiedenen besonders auf. Diese Werte liegen weit über denen der Wohnbevölkerung. Unabhängig vom Familienstand haben 51 % der Männer und 58 % der Frauen eine feste Beziehung bzw. 49 % der Männer und 42 % der Frauen haben entweder keine oder eher flüchtige Partnerschaften. 13 % der PartnerInnen der Männer und 27 % der PartnerInnen der Frauen haben Suchtprobleme. Insofern stellen die Variablen „allein leben“ und „PartnerIn mit Suchtproblemen“ Risikofaktoren dar, die den Rückfall bzw. die Aufrechterhaltung von Abhängigkeit begünstigen können.

92 % der Männer und 97 % der Frauen verfügen über einen eigenen Wohnraum. Dabei ist jedoch davon auszugehen, dass der Anteil vor allem der Männer mit Alkoholproblemen, die keinen eigenen Wohnraum haben, faktisch höher liegt als in der hier dokumentierten Gruppe, da die BADO keine Daten aus speziellen Einrichtungen zur Betreuung von Obdachlosen aufweist. Dennoch wird deutlich, dass die Wohnungsprobleme bei Alkoholabhängigen in anderen Größenordnungen und in anderer Form als bei Drogenabhängigen existieren.

Der Anteil der Männer, die allein leben, liegt mit 50 % deutlich über dem der Frauen mit 37 %. Die Unterschiede in den aktuellen Lebensformen hängen eng damit zusammen, ob Männer und Frauen Kinder haben oder nicht. 46 % der Männer haben Kinder. Von diesen leben 34 % mit den Kindern (allein oder mit Partnerin) zusammen. 40 % leben allein und die übrigen entweder mit PartnerIn, Freundin oder Eltern. 59 % haben der Frauen Kinder. Von diesen leben 46 % mit den Kindern zusammen. 28 % leben allein und die übrigen entweder mit PartnerIn, Freundin oder Eltern. Junge Frauen und tendenziell auch junge Männer leben am häufigsten mit ihren Kindern (mit und ohne PartnerIn) zusammen, ältere eher nicht.

Die in den Einrichtungen betreuten Frauen und Männer haben insgesamt ca. 1.700 Kinder.

Frauen, die Kinder haben, gehen fast genauso häufig zur Beratung in suchtmittelübergreifende Einrichtungen wie in klassische Alkoholberatungsstellen. Das ist anders bei Frauen ohne Kinder, die viel häufiger die klassischen Alkoholberatungsstellen anlaufen.

Frauen mit Kindern haben mehr körperliche Gewalterfahrungen, ein Ergebnis, das erhebliche Bedeutung für die Alltagsbewältigung der Mütter und ihrer Kinder hat, ebenso für die Behandlungskonzepte.

Ferner ist die finanzielle Situation der Frauen mit Kindern deutlich schlechter als die der kinderlosen Frauen. Mehr Frauen mit Kindern als ohne Kinder sind erwerbslos und leben von der Sozialhilfe. Es sind insgesamt zwischen den Frauen mit und ohne Kindern unterschiedliche Problembelastungen erkennbar, die differenzierte Beratungs- und Behandlungsangebote nahe legen.

3.2.5 Ausbildung, Beruf, Finanzen und kriminelle Karriere

Die hier dokumentierten Männer und Frauen mit Alkoholproblemen haben fast alle einen Schulabschluss und sehr viele haben eine abgeschlossene Berufsausbildung. Nur 3 % haben keinen Schulabschluss und 20 % keine abgeschlossene Berufsausbildung. Eine differenzierte Betrachtung der Daten belegt jedoch, dass der Anteil derjenigen mit einem Hauptschulabschluss im Vergleich zur Bevölkerung mit 48 % recht hoch ist und der Anteil derjenigen mit einem höheren Schulabschluß recht niedrig liegt.

Es zeigt sich, dass der Anteil derjenigen, die ihre Berufsausbildung abgeschlossen haben, mit dem Alter ansteigt. Hierbei wird zugleich die bedenkliche Entwicklung deutlich, dass junge Männer und Frauen (bis 29 Jahre) mit Alkoholproblemen häufig (noch) keine Berufsausbildung aufweisen können.

Etwa ein Drittel der Männer und Frauen mit Alkoholproblemen ist erwerbslos. Das entspricht den Befunden im Vorjahr, ebenso denen von EBIS. Arbeitslosigkeit ist nicht nur ein wichtiger Faktor bei der Entwicklung von Alkoholabhängigkeit, er ist es auch bei der Rehabilitation, die um so erfolgreicher abläuft, je besser und je eher es den Behandelten gelingt, einen Weg zurück in die Arbeitswelt zu finden.

Der hohe Stellenwert der Erwerbstätigkeit spiegelt sich wider im mit 43 % vergleichsweise hohen Anteil derjenigen, deren wichtigste Einkommensquelle die Erwerbsarbeit ist, sowie mit 28 % derjenigen, die Transferleistungen erhalten. Entsprechend niedrig liegt der Anteil der Männer mit 14 % und der Frauen mit 17 %, die von Sozialhilfe leben. Insgesamt genommen gibt es typische geschlechtsspezifische Unterschiede, vor allem im Hinblick auf finanzielle Abhängigkeiten vom Partner bzw. von Angehörigen.

In der Gruppe derjenigen, von denen Daten zur Verschuldung vorliegen, sind ca. 40 % der Männer und 25 % der Frauen verschuldet. Ca. 30 % der Männer und 15 % der Frauen haben Schulden bis 10.000,- DM und ca. 10 % darüber hinausgehende Schulden.

3.2.6 Behandlungserfahrung und Gesundheit

Insgesamt weisen 80 % der Männer und Frauen mit Alkoholproblemen eine suchtspezifische Behandlungserfahrung (mindestens eine stationäre oder ambulante Entgiftung oder Entwöh-

nung) auf. Diese Quote der Behandlungserfahrung liegt erheblich höher als im Vorjahr. Diese erhebliche Steigerung ist auf mehrere Faktoren zurückzuführen: So sind z.B. die Klientinnen und Klienten im Jahr 2000 durchschnittlich älter als im Jahr 1999. Ältere Klientinnen und Klienten haben im Durchschnitt häufigere Behandlungserfahrungen als jüngere. Ferner weist die Klientel der im Jahr 2000 hinzugekommenen Einrichtungen - insbesondere Alkoholberatungs- und -behandlungsstellen eine höhere Behandlungserfahrung als die in anderen Einrichtungen auf. Inwieweit dies durch ein spezifisches Beratungs- und Behandlungsangebot bedingt ist, wie z.B. Nachsorge nach einer Entwöhnungstherapie, oder ob es sich um eine spezifische Selektion der Klientinnen und Klienten durch Zugangsvoraussetzungen handelt, kann anhand der Daten nicht überprüft werden.

Zwischen Männern und Frauen mit Alkoholproblemen zeigen sich signifikante Unterschiede hinsichtlich bisheriger suchtspezifischer Behandlungen: So haben Männer mit 82 % insgesamt mehr Behandlungserfahrungen als Frauen mit 77 %. Bei den Männern korrespondieren die Behandlungserfahrungen mit dem Alter und der Dauer der Suchtkarriere. Männer mit Behandlungserfahrungen sind mit durchschnittlich 45 Jahren älter als Männer ohne Behandlungserfahrungen mit 42 Jahren. Bei Frauen ist kein statistisch relevanter Zusammenhang zwischen Behandlungserfahrungen und Alter zu beobachten.

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

Seit 1998 wird in der Suchtkrankenhilfe in Hamburg eine Akupunkturbehandlung für Klientinnen und Klienten mit Alkohol- und Medikamentenprobleme angeboten. Insgesamt haben 8 % der Männer und 9 % der Frauen mit Alkoholproblemen in den letzten zwölf Monaten an einer Akupunkturbehandlung teilgenommen. Jüngere Männer (bis 43 Jahre) haben häufiger an einer Akupunkturbehandlung als ältere teilgenommen.

Wegen einer körperlichen Erkrankung waren in den letzten zwölf Monaten 23 % der Männer und 20 % der Frauen im Krankenhaus. Geschlechtsspezifische Differenzen sind nicht zu beobachten. 36 % der Männer und 34 % der Frauen mit Alkoholproblemen weisen akute gesundheitliche Beeinträchtigungen auf. Es handelt sich dabei hauptsächlich um nicht näher bezeichnete Erkrankungen und Erkrankungen des Verdauungssystems. Ältere Männer ab 44 Jahre geben häufiger gesundheitliche Probleme, die sie akut beeinträchtigen, an und waren öfter wegen somatischer Probleme stationär im Krankenhaus. Jüngere Frauen bis 43 Jahre sind hingegen signifikant häufiger in ambulanter und/oder stationärer psychotherapeutischer Behandlung. Angaben zu Suizidversuchen liegen häufiger von jüngeren als von älteren Frauen vor.

Der Anteil derjenigen, die keine gesundheitlichen Probleme nennen, ist bemerkenswert hoch, wenn man berücksichtigt, dass es sich hier um Männer und Frauen handelt, die im Durchschnitt seit vielen Jahren Alkoholprobleme haben.

3.3 Soziale Desintegration

Wie im Vorjahr wurde mit Hilfe einer Cluster-Analyse eine Variable „Soziale Desintegration“ gebildet. Diese Variable beruht auf den Angaben zur Partner-, Wohn- und Erwerbssituation.

Ingesamt weisen 28 % der Klientel mit Alkoholproblemen eine starke soziale Desintegration und 72 % eine geringe soziale Desintegration auf. Die Männer sind mit 31 % häufiger als die Frauen mit 23 % stark sozial desintegriert. Der Unterschied ist statistisch signifikant. Diese Verteilung bezieht sich auf eine Klientengruppe, die eher von höherschwelligen Einrichtungen beraten und behandelt wird. Es ist davon auszugehen, dass der Anteil der stark sozial desintegrierten höher liegen wird, wenn sich niedrighschwellige Einrichtungen an der Hamburger BADO beteiligen werden.

Hinsichtlich der Konsummuster wird deutlich, dass die Männer und Frauen, die in den letzten 30 Tagen abstinent waren, im geringeren Maß stark sozial desintegriert sind als die aktuell konsumierenden Männer und Frauen. Ferner sind diejenigen Männer und Frauen, die neben Alkohol noch weitere psychotrope Substanzen konsumieren, häufiger stark sozial desintegriert als diejenigen Männer und Frauen, die nur Alkohol trinken.

Wie auch bei den Drogenkonsumenten besteht ein enger Zusammenhang zwischen Hafterschaft und dem Ausmaß der sozialen Desintegration bei den Männern mit Alkoholproblemen. 54 % der Männer mit Alkoholproblemen, die schon einmal inhaftiert waren, sind als stark sozial desintegriert zu bezeichnen.

Ferner sind Männer mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen signifikant häufiger (42 %) stark sozial desintegriert als Männer ohne gesundheitliche Probleme. Bei den Frauen mit und ohne gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind ebenfalls Unterschiede des Ausmaßes der sozialen Desintegration zu erkennen, sie sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Innerhalb der Klientel gibt es eine Untergruppe zwischen 23 und 54 %, bei der neben einer Alkoholproblematik eine starke soziale Desintegration besteht. Für diese Untergruppe gilt es, Angebote zur sozialen (Re-)Integration vorzuhalten.

3.4 Klientinnen und Klienten mit Datensätzen aus mehreren Jahren

Von 630 Männern und 302 Frauen mit Alkoholproblemen lagen Datensätze aus den Jahren 1999 und 2000 vor. Diese Männer und Frauen waren also in zwei aufeinander folgenden Jahren Klientinnen bzw. Klienten der ambulanten Hamburger Suchtkrankenhilfe. Signifikante Veränderungen zeigen sich bei dieser Gruppe in Bezug auf den Anteil derjenigen, die mindestens einmal eine stationäre Entwöhnungsbehandlung angetreten haben und/oder eine solche auch abgeschlossen haben. Auch die Zunahme der abgeschlossenen ambulanten Therapien ist signifikant. Die Aussage des Vorjahres, dass mit der Dauer des Verbleibens im ambulanten Hilfesystem eine Zunahme an Behandlungen einhergeht, kann somit zumindest teilweise bestätigt werden.

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

Umgekehrt sind aber auch Frauen und Männer, die im Jahr 1999 abstinent waren, rückfällig geworden und deshalb im Jahr 2000 wieder als „trinkende“ Klientinnen und Klienten dokumentiert. Insgesamt zeigt sich, dass die Gruppe der Klientinnen und Klienten mit Datensätzen aus zwei Jahren mehrere sehr unterschiedliche Untergruppen enthält. Dies sind zum einen Klientinnen und Klienten, die dauerhaft abstinent sind und wohl zur Nachsorge noch Kontakt mit den Suchthilfeeinrichtungen halten. Eine zweite Gruppe besteht aus den Fällen, die im Verlauf der Beratung und/oder Behandlung abstinent geworden sind, und die dritte Gruppe wiederum sind rückfällige Klientinnen und Klienten. Dazu kommen als vierte Gruppe Menschen, die trotz längerer Beratung immer noch Alkohol trinken und besonders großen Hilfebedarf haben.

4 Hauptdroge Illegale Drogen

4.1 Zur Reichweite des Hilfesystems und der BADO

Im Jahr 2000 hat sich der überwiegende Teil der ambulanten Drogenhilfeeinrichtungen Hamburgs an der BADO beteiligt. Im Jahr 2000 waren dies 31 ambulante Einrichtungen, sechs mehr als im Vorjahr. Bezogen auf 35 ambulante Einrichtungen in Hamburg mit dem Schwerpunkt „Illegale Drogen“ entspricht dies einer Ausschöpfungsquote von 86 %.

Bezogen auf Schätzungen, die von 7.000 bis 12.000 Drogenabhängigen in Hamburg ausgehen, ergibt sich aus der Hamburger BADO für diese Zielgruppe eine Erreichungsquote zwischen 44 und 79 %.

Bereits im vergangenen Jahr wurde damit begonnen, die hohe Reichweite der Hamburger BADO im Bereich der illegalen Drogen für eine eigene Schätzung zum Umfang der Zielgruppe zu nutzen. Dabei wurde auf das Konzept einer retrospektiven Schätzung für das Jahr 1997 zurückgegriffen. Im wesentlichen geht es dabei um folgendes: Zur Zahl der Klientinnen und Klienten des Jahres 1997 werden jeweils die Personen der Folgejahre addiert, die neu in der BADO dokumentiert und schon länger abhängig sind. Auf der Datenbasis der Jahre 1997 bis 2000 ergibt sich für das Jahr 1997 mit diesem Schätzverfahren eine retrospektive Schätzzahl von rund 11.200 Drogenabhängigen. Allerdings ist nicht bekannt, welchen Hilfebedarf diese Klientinnen und Klienten im Jahr 1997 hatten.

4.2 Geschlechtsdifferenzierende Auswertung

4.2.1 Geschlecht, Nationalität und Alter

Im Jahr 2000 sind Daten von 5.234 Personen mit Problemen mit illegalen Drogen in die Basisdokumentation eingegangen, davon sind 72 % Männer und 28 % Frauen. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein leichter Anstieg der Fallzahlen zu beobachten, der u.a. auf die zunehmende Zahl der Einrichtungen, die an der BADO teilnehmen, zurückzuführen ist.

Wie in den Vorjahren liegt der Anteil der deutschen Männer mit Drogenproblemen bei 85 % und der deutschen Frauen bei 92 %.

Im Durchschnitt sind die Männer mit Drogenproblemen ca. 34 Jahre und die Frauen ca. 31 Jahre alt. In den letzten 4 Jahren lässt sich ein ständiger und langsamer Anstieg des Durchschnittsalters der Klientel beobachten. Der relative Anteil der jungen Männer und Frauen (bis 21 Jahre) nimmt allerdings nicht ab. Die Daten geben keine klaren Hinweise auf ein Herauswachsen aus der Sucht; vielmehr zeichnet sich mit zunehmendem Alter eine Verlagerung von der Drogenproblematik zur Alkoholproblematik ab.

Das Durchschnittsalter beim Erstkonsum variiert systematisch mit den verschiedenen legalen und illegalen psychotropen Substanzen und dem Geschlecht. Männer und Frauen beginnen mit 14 bis 15 Jahren mit dem Konsum von Alkohol, mit ca. 16 Jahren folgt Cannabis, mit 20 bis 23 Jahren der von Heroin, Kokain usw. Der Konsum von Methadon steht in der Regel am Ende der Karriere. Frauen sind fast durchweg signifikant jünger als Männer, wenn es um das Einstiegsalter geht. Das Durchschnittsalter beim subjektiv erlebtem Beginn der Abhängigkeit liegt bei den Männern zwischen 20 und 21 Jahren und bei den Frauen zwischen 19 und 20 Jahren. Die durchschnittliche Suchtkarriere beträgt bei den Männern zwischen 13 und 14 Jahren, bei den Frauen zwischen 11 und 12 Jahren. Die Unterschiede sind jeweils signifikant.

Die Angaben zu Gewalterfahrungen in den letzten fünf Jahren variieren systematisch mit dem Geschlecht. 61 % der Männer sagen, dass sie keine Gewalterfahrungen haben, aber nur 46 % der Frauen. Von körperlichen Gewalterfahrungen berichten jeweils 38 % der Männer und der Frauen, sexuelle Gewalterfahrungen haben jedoch nur 1 % der Männer aber 16 % der Frauen. Es sind also die sexuelle Gewalterfahrungen, die die Geschlechter unterscheiden.

30 % der Männer berichten über körperliche Gewalttaten, aber nur 15 % der Frauen. Männer sind gewaltbereiter als Frauen, und sie geben das auch zu.

4.2.2 Konsummuster

Unter den Klientinnen und Klienten mit der Hauptdroge Illegale Drogen dominiert der Gebrauch von Opioiden. Bei 84 % der Männer und 85 % der Frauen ist ein Konsum von Opiaten angegeben. Bei jeweils mehr als der Hälfte wird Heroin und/oder Methadon als kon-

sumierte psychotrope Substanz genannt. 71 % der Opiatkonsumentinnen und 69 % der -konsumenten befinden sich in einer Substitutionsbehandlung. Die am nächst häufigsten genannte Droge stellt Kokain, einschließlich Crack, dar. 48 % der Männer und 46 % der Frauen konsumieren Kokain und/oder Crack. Dagegen wird Cannabis mit 36 % bei den Männern und 31 % bei den Frauen mit Abstand deutlich weniger häufig genannt. Auf etwas niedrigerem Niveau ist der Alkoholkonsum, der bei 32 % der Männer und 29 % der Frauen angegeben wird. Mit Ausnahme von Sedativa, Benzodiazepinen und Barbituraten, die von 14 % der Männer und 16 % der Frauen konsumiert werden, werden alle übrigen psychotropen Substanzen nur von kleinen Gruppen konsumiert.

Beim Konsum einzelner psychotroper Substanzen lassen sich einige geschlechtsspezifische Unterschiede beobachten. So wird bei Frauen signifikant häufiger als bei Männer der Konsum von Methadon und Schmerzmitteln angegeben. Männer dagegen konsumieren signifikant häufiger Cannabis und Heroin als Frauen.

Neben dem Geschlecht besteht auch ein Zusammenhang zwischen den konsumierten psychotropen Substanzen und dem Lebensalter. So konsumieren die jungen Männer – bis 21 Jahre – signifikant häufiger Cannabis, Halluzinogene und Stimulantien als die älteren. Bei den älteren Männern wird dagegen signifikant häufiger der Konsum von Heroin und Methadon, Alkohol und Sedativa angegeben.

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

Von denjenigen, die in den letzten 30 Tagen psychotrope Substanzen konsumierten, konsumieren rund 40 % Heroin täglich. Unter den Konsumentinnen und Konsumenten mit gelegentlichem Heroinkonsum befinden sich signifikant häufiger Substituierte als Nicht-Substituierte. Mehr Frauen als Männer konsumieren Benzodiazepine und/oder Kokain täglich und mehrmals wöchentlich. Die Mehrheit der Männer und Frauen konsumiert Kokain gelegentlich. Weiterhin trinken signifikant mehr Männer als Frauen täglich Alkohol. Die meisten Männer wie Frauen mit Drogenproblemen trinken jedoch Alkohol gelegentlich, was „normalen“ Trinkgewohnheiten entspricht.

74 % der Männer und 70 % der Frauen, die in den letzten 30 Tagen Heroin konsumierten, applizieren Heroin intravenös. Kokain wird ebenfalls von der Mehrheit der Konsumentinnen

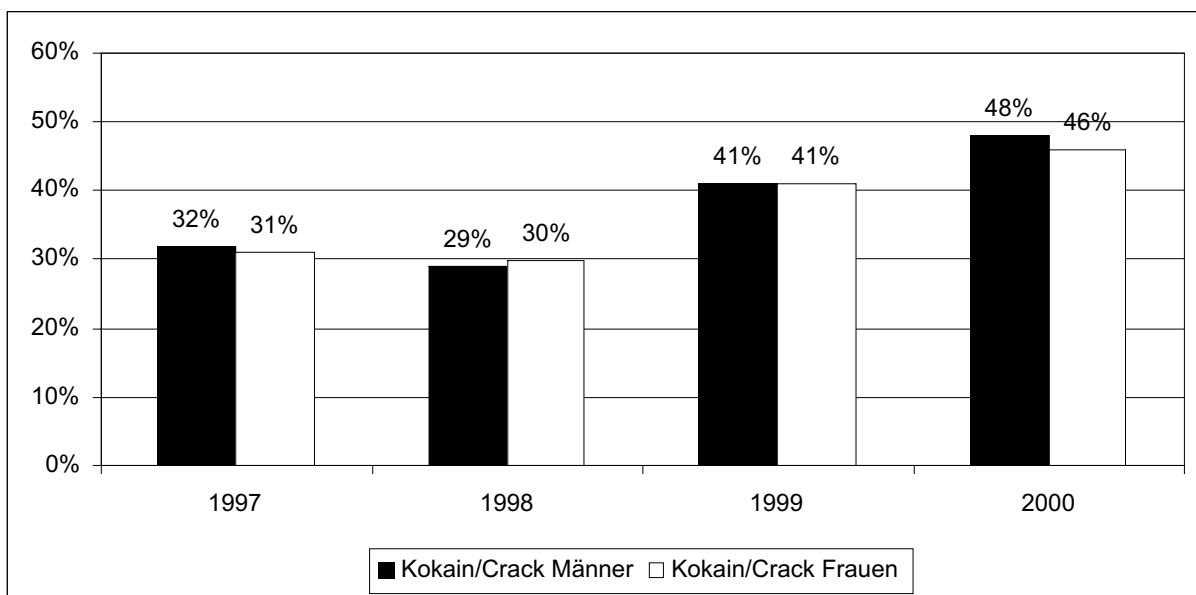
(59 %) und Konsumenten (65 %) intravenös konsumiert. Bei Heroin und Kokain ist zu beobachten, dass ein Teil der Konsumentinnen und Konsumenten andere Konsumformen gebraucht. Bei Heroin ist es das Rauchen, das 17 % der Männer und 22 % der Frauen bevorzugen. Bei Kokain wird nach dem Injizieren von den Männern mit 18 % das Schnupfen und von den Frauen mit 21 % das Rauchen präferiert.

Im Vergleich der Konsummuster - auf Basis einer Clusteranalyse - zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten fällt auf, dass der Beigebrauch von Sedativa bei den Substituierte weitaus häufiger als bei den Nicht-Substituierten beobachtet werden kann. Umgekehrt stellt sich das Verhältnis beim Kokain- beziehungsweise Crackkonsum dar. Ferner ist die Untergruppe mit polyvalenten oder polytoxikomanen Substanzgebrauch unter den Substituierten relativ und absolut kleiner als bei den Drogenkonsumentinnen und -konsumenten ohne Substitutionsbehandlung.

Exkurs: Kokain und Crack

Beim Vergleich der Angaben zum Kokain- und Crackgebrauch über die vier Erhebungsjahre 1997, 1998, 1999 und 2000 wird ersichtlich, dass der Anteil der Konsumentinnen und Konsumenten in den beiden Jahren 1999 und 2000 deutlich angestiegen ist.

Abb. 1: Illegale Drogen – Kokain- oder Crackkonsum 1997 bis 2000



Die Auswertung des Crackkonsums basiert auf einer gesonderten Zwei-Jahres-Stichprobe. Insgesamt konnten Daten von 4.416 Klientinnen und Klienten ausgewertet werden, von denen 7 % in den letzten 30 Tagen Crack geraucht haben. Eine Häufung des Crackkonsums bei jüngeren Drogenkonsumenten deutet sich nur für Frauen an, obgleich auch hier der Effekt eher schwach ausgeprägt ist. Die meisten Crackkonsumenten finden sich in den Kontakt- und Drogenberatungsstellen. Dort beträgt der Anteil der Crackraucher bei den Männern

10 % und bei den Frauen 18 %. In den Einrichtungen, in denen substituiert wird oder psychosoziale Begleitung zur Substitution angeboten wird, sind es nur noch 5 % der Männer und 6 % der Frauen, die über Crackkonsum in den letzten 30 Tagen berichten. Frauen rauchen signifikant häufiger Crack als Männer.

Es ergibt sich ein nur schwach ausgeprägter Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen, Gewalthandlungen und Crackkonsum. Es kommt bei Crackkonsumentinnen und -konsumenten jedoch häufiger zu Suizidversuchen. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Frage nach den Überdosierungen. Auch bei dieser Frage scheint es einen Zusammenhang zwischen Crackkonsum und besonders riskanten Konsumverläufen, die zu Drogennotfällen führen, zu geben. Damit zeichnet sich ein Risikospektrum für Crackkonsum ab, das vor allem auch Selbstschädigungen einschließt.

4.2.3 Einrichtungstypen, Beginn und Beendigung der Beratung

Die größte Gruppe der Männer und Frauen mit Drogenproblemen sind Klientinnen und Klienten von Einrichtungen der psychosozialen Betreuung für Substituierte. Es folgen die Kontakt- und Drogenberatungsstellen, in denen 35 % der Männer und 29 % der Frauen mit Drogenproblemen Hilfen in Anspruch nehmen. Zu den suchtmittelübergreifenden Kontakt- und Beratungsstellen haben schließlich 11 % der Männer und 15 % der Frauen Kontakt. Die aufsuchende Beratung im Strafvollzug, die sich erstmals an der Basisdatendokumentation beteiligt hat, erreicht 6 % der Männer und 2 % der Frauen. Die übrigen Einrichtungen werden nur von wenigen drogenkonsumierenden Klientinnen und Klienten genutzt. Deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen bei der Nutzung der Einrichtungen der psychosozialen Betreuung für Substituierte. Bei den Männern und Frauen mit Drogenproblemen variiert die Inanspruchnahme der verschiedenen Einrichtungen systematisch mit dem Alter. So bevorzugen junge Männer und Frauen bis 21 Jahre deutlich häufiger suchtmittelübergreifende Kontakt- und Beratungsstellen bzw. Kontakt- und Drogenberatungsstellen als ältere.

Männer mit Drogenproblemen erhalten ihre Kontaktempfehlungen häufiger als Frauen durch die Justiz und von anderen Klientinnen und Klienten. Bei den Frauen dagegen haben die Kontaktempfehlungen von Personen der medizinischen Versorgung, von der Familie und Freunden/Freundinnen sowie von anderen Einrichtungen der Suchthilfe eine größere Bedeutung als bei den Männern. Frauen nehmen die Angebote der Drogenhilfe signifikant häufiger als Männer ohne äußeren Druck in Anspruch. Bei den Männern dominieren Auflagen der Justiz, dies steht im Zusammenhang mit der höheren Justizbelastung der Männer.

Die durchschnittliche Dauer der Beratung oder Betreuung betrug insgesamt rund 13 Monate (Median 6 Monate), bei den Männern 12 Monate und bei den Frauen - deutlich länger - rund 14 Monate. Die durchschnittliche Beratungs- oder Betreuungsdauer variiert nach der Art der Einrichtung.

44 % der Frauen und 47 % der Männer mit Drogenproblemen sind im Jahr 2000 neu in den Einrichtungen aufgenommen worden. Bei den übrigen handelt es sich um Übernahmen aus dem Vorjahr oder um Wiederaufnahmen in den jeweiligen Einrichtungen.

Rund ein Drittel der Männer und Frauen mit Drogenproblemen haben im Jahr 2000 die Beratung in einer der dokumentierenden Einrichtungen beendet. Von den bis 21Jährigen, die im Jahr 2000 neu in die Beratung oder Behandlung aufgenommen wurden, haben signifikant mehr die Beratung und Behandlung beendet als die über 21Jährigen. Das heißt, die junge Klientel weist eine höhere Fluktuation als die ältere auf.

4.2.4 Partnerbeziehungen, Kinder und Wohnverhältnisse

78 % der Männer und 69 % Frauen sind ledig. Nur eine Minderheit von 15 % der Männer und 18 % der Frauen ist verheiratet. Frauen sind mit 15 % doppelt so oft geschieden wie Männer mit 7 %. Der Familienstand der Klientel mit Drogenproblemen unterscheidet sich erheblich von dem der Wohnbevölkerung. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Ledigen ab, und der Anteil der Geschiedenen zu. Unabhängig vom Familienstand haben 33 % der Männer und 50 % der Frauen eine feste Beziehung, jedoch 68 % der Männer und 50 % der Frauen haben entweder keine oder eher flüchtige Partnerschaften. 34 % der PartnerInnen der Männer und 56 % der PartnerInnen der Frauen haben Suchtprobleme. Die Variablen "Alleinstehend" und "Suchtprobleme der Partnerin/des Partners" stellen Risikofaktoren dar, wenn es um die Bewältigung der Sucht geht. Die Risiken sind zwischen den Geschlechtern ungleich verteilt.

71 % der Männer und 79 % der Frauen haben einen eigenen Wohnraum, aktuell verfügen 63 % der Männer und 70 % der Frauen über eine eigene Wohnung oder ein eigenes Zimmer. Über den Beobachtungszeitraum von vier Jahren sind die Angaben über akute Wohnungslosigkeit leicht rückläufig. Insbesondere der Anteil derjenigen, die zum Dokumentationszeitpunkt angeben, "auf der Straße" zu leben, ist gesunken.

Die in den ambulanten Einrichtungen der Drogenhilfe betreuten Männer und Frauen haben insgesamt ca. 2.500 Kinder. 33 % der Männer haben Kinder. 32 % dieser Väter leben mit den Kindern zusammen, 43 % leben allein und die übrigen mit Partnerin, Freundin oder Eltern. 44 % der Frauen haben Kinder. Von diesen Frauen leben 53 % mit den Kindern zusammen. 22 % der Frauen leben allein und die übrigen mit PartnerIn, Freund oder Eltern. Ganz anders sieht das bei denjenigen aus, die keine Kinder haben. 58 % dieser Männer leben allein, 15 % mit PartnerIn. Von den Frauen ohne Kinder leben 51 % allein, 30 % mit PartnerIn und alle übrigen in anderen Kontexten.

Männer und Frauen mit Kindern sind signifikant häufiger als diejenigen ohne Kinder an Einrichtungen der psychosozialen Betreuung für Substituierte angebunden.

Vergleicht man die Gruppe der Männer und Frauen mit Kindern mit derjenigen ohne Kinder, dann findet man folgende signifikanten Differenzen: Sie sind im Durchschnitt älter, häufiger verheiratet aber auch geschieden, haben eher eine Wohnung und feste PartnerInnen. Frau-

en mit Kindern haben signifikant häufiger PartnerInnen mit Suchtproblemen, Männer mit Kindern signifikant seltener. Frauen mit Kindern haben weniger Schulbildung, sind häufiger erwerbslos und leben häufiger von Sozialhilfe. Die materielle Situation der Frauen mit Kindern ist insgesamt noch etwas schlechter als diejenige von drogenabhängigen Frauen ohne Kinder.

4.2.5 Ausbildung, Beruf, Finanzen und kriminelle Karrieren

87 % der Männer und Frauen haben einen Schulabschluss. 13 % haben keinen Schulabschluss und 2 % einen Sonderschulabschluss. Insgesamt ist das Niveau der Schulabschlüsse vergleichsweise niedrig.

50 % der Männer und 40 % der Frauen verfügen über eine abgeschlossene Berufsausbildung, ein Ergebnis, das seit 1997 fast konstant ist. Mit dem Alter steigt der Anteil derjenigen, die ihre Berufsausbildung abgeschlossen haben. Anders formuliert heißt das, dass vor allem die jungen Männer und Frauen Schwierigkeiten mit der Berufsausbildung haben, sie gar nicht erst anfangen oder sie abbrechen. Die Ergebnisse zur schulischen und beruflichen Bildung machen deutlich, dass es eine Vorgeschichte zur Drogenkarriere gibt, zu der u.a. Probleme in der Schule und in der Berufseinmündung gehören.

71 % der Männer und 73 % der Frauen sind arbeitslos. Entsprechend niedrig liegt der Anteil derjenigen, die angibt, Einkommen aus Erwerbsarbeit zu erzielen. Tatsächlich nennen nur 17 % der Männer und 14 % der Frauen die Erwerbsarbeit als Haupteinkommensquelle. Dazu kommen 23 % der Männer und 13 % der Frauen, deren Haupteinkommensquelle erwerbsbezogene Transferleistungen sind. 50 % der Männer und 65 % der Frauen leben von Sozialhilfe. Es ist also nicht nur die Ausbildungssituation, die in dieser Gruppe besonders schlecht ist, sondern auch die aktuelle Lebenssituation. Das erschwert die Rehabilitation.

Weiter wird die Lebenssituation der Mehrheit durch Schulden belastet. 79 % der Männer haben Schulden; von diesen haben 56 % Schulden bis zur Höhe von 10.000,- DM und 44 % darüber hinausgehende. 72 % der Frauen haben Schulden; von diesen haben 64 % Schulden bis zur Höhe von 10.000,- DM und 36 % darüber hinausgehende. Die Geschlechterdifferenzen sind signifikant. Die Überschuldung stellt ein weiteres Problem für die Rehabilitation dar.

Wie in den vergangenen Jahren weisen die Angaben zur kriminellen Karriere auf signifikante Differenzen zwischen den Geschlechtern hin. Drogenabhängige Männer haben eine weitaus größere kriminelle Belastung als drogenabhängige Frauen sowohl was die Verurteilungen, Gefängnisaufenthalte als auch die Länge der Straftat angeht. Für beide Geschlechter ergeben sich damit einmal mehr ungleiche Belastungen der Rehabilitation.

4.2.6 Behandlungserfahrungen und Gesundheit

Die Erfahrungen mit suchtspezifischen Behandlungen, hier ambulante oder stationäre Entgiftung oder Entwöhnung, sind bei den Männern und Frauen mit Drogenproblemen relativ

hoch. 78 % der Männer und 81 % der Frauen weisen entsprechende Behandlungserfahrungen auf. Aus den Daten wird ferner deutlich, dass eine stationäre Entgiftung für junge Drogenkonsumenten und -konsumentinnen die erste Erfahrung mit einer suchtspezifischen Behandlung darstellt. Es ist weiterhin zu erkennen, dass die Bereitschaft der jungen Frauen, sich einer suchtspezifischen Behandlung zu unterziehen, offensichtlich höher als die der jungen Männer ist.

Die Behandlungserfahrungen der Männer und Frauen variiert systematisch mit den Einrichtungsarten, in denen sie nach Beratung und Betreuung nachsuchen. Sie ist bei der Klientel der aufsuchenden Arbeit im Strafvollzug am höchsten und in den Kontakt- und Drogenberatungsstellen am niedrigsten. Wie bei der Klientel mit Alkoholproblemen zeigt sich auch bei den Männern und Frauen mit Drogenproblemen ein Zusammenhang zwischen dem Abstinenzstatus (kein Konsum psychotroper Substanzen - einschließlich Methadon - in den letzten 30 Tagen) und den Behandlungserfahrungen.

Die ärztliche Substitutionsbehandlung ist eine der wichtigsten weiteren Behandlungserfahrungen der Drogenabhängigen. Wie in den Vorjahren befindet sich mehr als die Hälfte von ihnen in ärztlicher Substitutionsbehandlung. Häufigstes Substitutionsmittel ist mit 97 % Methadon bzw. L-Polamidon. Rund ein Fünftel war bisher noch nie in einer Substitutionsbehandlung.

Erfahrungen mit Akupunktur innerhalb der letzten zwölf Monate liegen bei 23 % der drogenabhängigen Frauen und 21 % der Männer vor. 66 % der Klientinnen und Klienten aus Einrichtungen der psychosozialen Betreuung für Substituierte verfügen über Akupunkturerfahrungen.

17 % der Männer und 24 % der Frauen werden zusätzlich psychotherapeutisch oder psychiatrisch ambulant oder stationär behandelt. Frauen nehmen psychotherapeutische und psychiatrische Hilfen eher in Anspruch als Männer, sowie Substituierte eher als andere Drogenkonsumentinnen und -konsumenten.

Es wird deutlich, dass den substituierten Männern wie Frauen ein größeres Behandlungsspektrum als den anderen Klientinnen und Klienten zur Verfügung steht.

In den letzten zwölf Monaten wurden 24 % der Frauen und 19 % der Männer im Krankenhaus wegen körperlicher Probleme behandelt. Die Frauen waren signifikant häufiger als die Männer in stationärer Krankenbehandlung. Substituierte waren signifikant häufiger (23 %) im Krankenhaus als diejenigen (15 %), die nicht substituiert wurden. Ferner weisen Substituierte häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen als Nicht-Substituierte auf. So werden von 61 % der Männer und Frauen mit Drogenproblemen insgesamt gesundheitliche Probleme angegeben, bei Substituierten beträgt der entsprechende Anteil 73 %.

Unter den Erkrankungen dominiert Hepatitis C mit 41 % (ca. 50 % der Substituierten). Die Prävalenzrate der Hepatitis C aller Klientinnen und Klienten mit Drogenproblemen in der Basisdatendokumentation liegt deutlich höher als in der Hamburger Allgemeinbevölkerung mit

2 %. Andere, nicht näher bezeichnete Erkrankungen, werden von rund einem Drittel genannt. Die HIV-Prävalenz bei den Klientinnen und Klienten insgesamt beträgt rund 5 %, bei den Substituierten liegt sie mit 6 % nur leicht höher.

5 % der Männer und 8 % der Frauen mit Drogenproblemen unternahmen im letzten Jahr einen Suizidversuch. Frauen mit Drogenproblemen weisen signifikant häufiger als Männer einen Suizidversuch auf. Auch bei der Gesamtbevölkerung sind häufiger Suizidversuche bei Frauen als bei Männer zu beobachten.

Insgesamt sind bei den substituierten Männern wie Frauen höhere Erkrankungsraten als bei den anderen Klientinnen und Klienten festzustellen, was im wesentlichen auf die Zugangsvoraussetzungen zu einer Substitutionsbehandlung zurückzuführen ist.

4.3 Soziale Desintegration

Mit clusteranalytischen Verfahren wurde wie in den Vorjahren eine Variable „Soziale Desintegration“ gebildet, die anschließend wiederum in geringe und starke soziale Desintegration dichotomisiert wurde. Insgesamt sind 56 % der Klientinnen und Klienten als stark sozial desintegriert und 44 % als gering sozial desintegriert zu charakterisieren. Dies ist ein relativ hoher Anteil - beispielsweise im Vergleich zu den Klienten und Klientinnen mit Alkoholproblemen -, und unter Berücksichtigung, dass die Mehrzahl der hier dokumentierten Klientinnen und Klienten sich in einer Substitutionsbehandlung befinden. Männer mit Drogenproblemen sind mit 60 % signifikant häufiger als Frauen mit 47 % stark sozial desintegriert. Die höchsten Anteile stark sozial desintegrierter Männer finden sich in den Einrichtungen der psychosozialen Betreuung für Substituierte. Stark sozial desintegrierte Frauen dagegen sind am häufigsten innerhalb der Klientel der Kontakt- und Drogenberatungsstellen vertreten.

Frauen und Männer, die in den letzten 30 Tagen keine psychotropen Substanzen konsumiert haben, sind in geringerem Maß stark sozial desintegriert als die aktuell konsumierenden Männer. Bei Männer wie bei Frauen korrespondiert eine starke soziale Desintegration mit dem Konsum von Kokain und Benzodiazepinen. Ferner gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen justizieller Belastung und sozialer Desintegration. 70 % der Männer und 60 % der Frauen, die schon einmal inhaftiert waren, weisen eine starke soziale Desintegration auf.

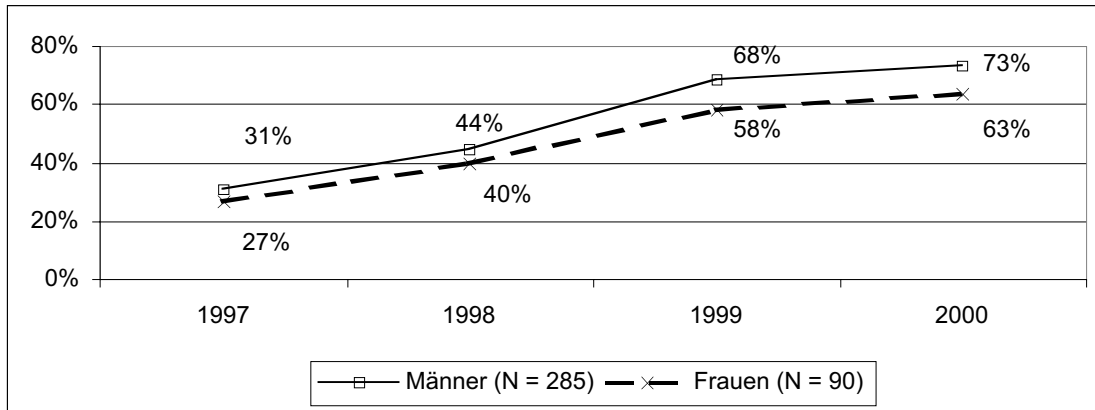
Das Merkmal der sozialen Desintegration ist mit der Art der konsumierten psychotropen Substanzen sowie mit anderen Belastungen assoziiert, so dass sich insgesamt eine Subgruppe mit vielfältigen Problemhäufungen abzeichnet.

4.4 Klientinnen und Klienten mit Datensätzen aus mehreren Jahren

Von 1.389 Klientinnen und Klienten des Jahres 2000 liegen inzwischen Datensätze aus zwei Jahren, von 887 Daten aus drei Jahren und von 562 Personen sogar aus vier Jahren vor. Die Zahl derjenigen, die bereits mindestens einmal eine suchtspezifische Behandlung begonnen oder abgeschlossen haben, ist im Jahresvergleich für alle drei Gruppen angestiegen.

Dies gilt sowohl für stationäre und ambulante Entgiftungen als auch für begonnene und abgeschlossene stationäre und ambulante Therapien. Diese wird in der folgenden Abbildung exemplarische gezeigt für Klientinnen und Klienten mit Datensätzen aus vier Jahren und deren stationäre Therapieversuche.

Abb. 2: Illegale Drogen – Klienten und Klientinnen mit vier Dokumentationszeitpunkten: Mindestens ein stationärer Therapieversuch nach Geschlecht



Hingegen erweisen sich die Angaben zu den Konsummustern bei den Klientinnen und Klienten, die länger im Hilfesystem verbleiben, als bemerkenswert stabil. Auf nach wie vor niedrigem Niveau zeigt sich von 1999 zu 2000 ein Anstieg des Crack-Konsums von 2 auf 4 % bei den Männern und von 2 auf 6 % bei den Frauen. Bei den Frauen sind die Angaben für Heroin leicht zurückgegangen und für Kokain leicht gestiegen.

Fasst man diese Ergebnisse zur Zeitreihenanalyse zusammen, so bestätigen sich weitgehend die Ergebnisse der beiden Vorjahre: Klientinnen und Klienten, die über mehrere Jahre im Drogenhilfesystem betreut werden, haben zunehmend mehr Behandlungserfahrung. Ihre sonstige Situation verändert sich aber kaum. Dieser Befund wird plausibel, wenn man bedenkt, dass Klientinnen und Klienten, denen eine deutliche Besserung ihrer Situation gelingt und die ihren Drogenkonsum beenden, das Hilfesystem verlassen, während Drogenabhängige, denen dies trotz aller Hilfen nicht gelingt, im Hilfesystem verbleiben. Diese Gruppe hat ganz offensichtlich einen besonders hohen Hilfebedarf.