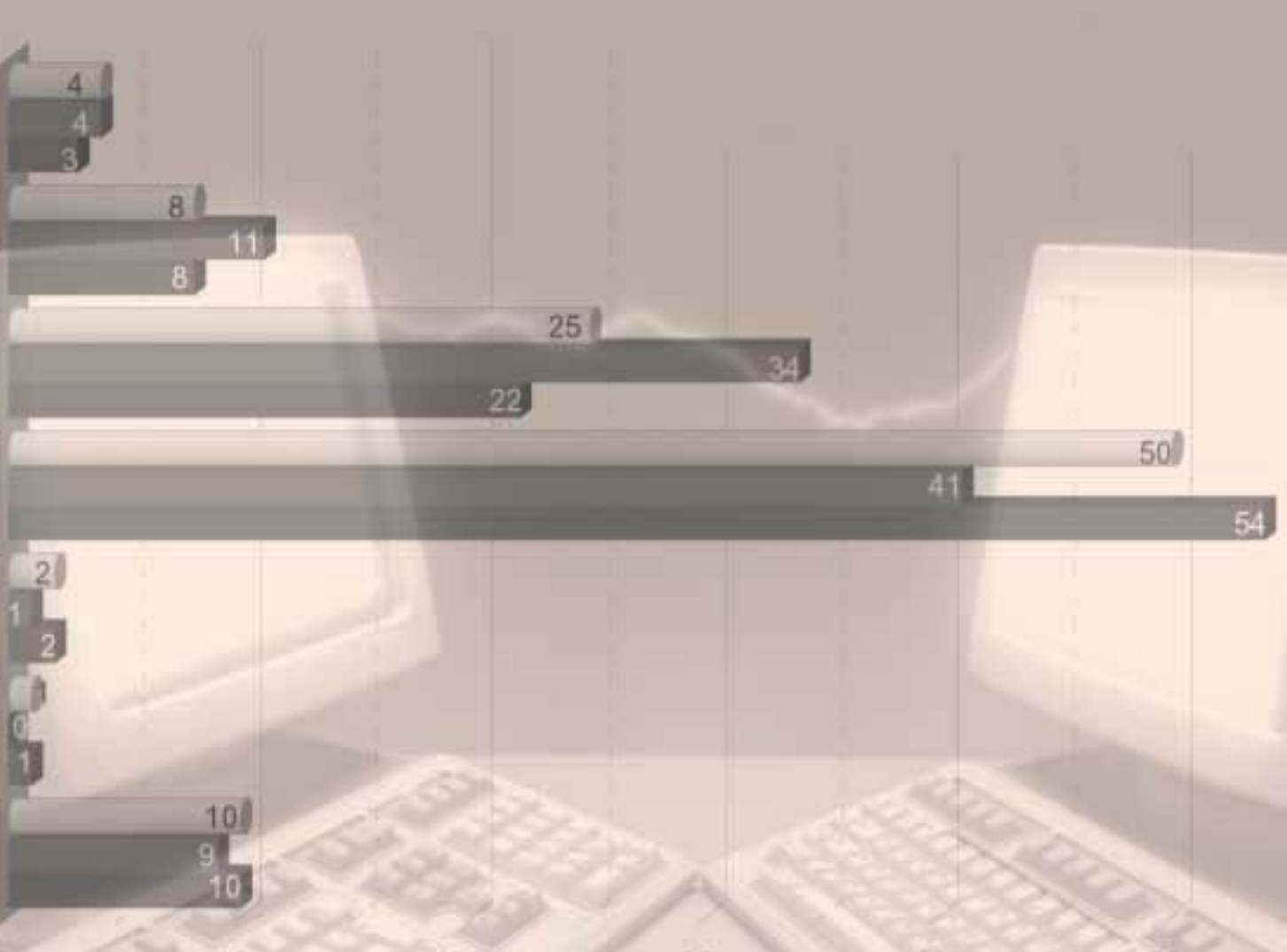




Landesauswertung der **Computer-** gestützten **Basisdokumentation** der ambulanten **Suchthilfe** in Hessen (COMBASS)

Spezialanalyse

Das Inanspruchnahmeverhalten der
Klientel der Ambulanten Rehabilitation



Herausgeberin

im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums
Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V.
Zimmerweg 10
60325 Frankfurt a. M.
E-Mail: hls@hls-online.org
Internet: <http://www.hls-online.org>

Text und Redaktion

Institut für interdisziplinäre Sucht und
Drogenforschung (ISD, Hamburg)
c/o Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
UKE
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: 040/4 28 03-51 21
www.isd-hamburg.de

Layout, Satz

Martin Tapp, Hamburg

Druck

typographics GmbH, Darmstadt

Juli 2008

Band 2

ISSN 1614-8991

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

Landesauswertung der
Computergestützten Basisdokumentation
der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS)

– Spezialanalyse: Das Inanspruchnahmeverhalten
der Klientel der Ambulanten Rehabilitation –

Jens Kalke, Eike Neumann, Peter Raschke
(Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Hamburg)

Frankfurt a. M., Juli 2008

Inhalt

Interpretation und Schlussfolgerungen aus der Praxis.....	7
Zusammenfassung.....	10
Zielsetzung	12
Rahmenbedingungen der Ambulanten Rehabilitation.....	13
Datengrundlage, Methodik.....	15
Auswertung I: Alle Klient/-innen.....	17
Auswertung II: Alkohol-Klient/-innen.....	22
Auswertung III: Behandlungsphase und Poststationäre Betreuung	26
Literatur	34
Tabellenanhang.....	35
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	39

Kurzbeschreibung des Projektes *COMBASS*

Was ist *COMBASS*?

COMBASS steht für Computergestützte Basisdokumentation der Suchthilfe in Hessen. Die Aufgabe dieses Projektes (seit 2000) ist die Förderung einer einheitlichen und praxisnahen Dokumentation in der ambulanten Suchthilfe. Mit *COMBASS* werden auch die ambulanten Suchthilfestatistiken erstellt (siehe *COMBASS*-Berichte, weiter unten). Ferner fließen die statistischen Daten aus den ambulanten Einrichtungen in die Deutsche Suchthilfestatistik mit ein. Das im Rahmen der Kommunalisierung entwickelte Berichtswesen der kommunalen Gebietskörperschaften bedient sich ab dem Jahr 2006 ebenfalls der mit *COMBASS* erhobenen Daten. Die Federführung des Projektes liegt bei der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS). Bei ihr ist auch eine Steuerungsgruppe angesiedelt, in der die Einrichtungsträger, das Hessische Sozialministerium, die Softwarefirma und das auswertende Institut vertreten sind. *COMBASS* wird vom Hessischen Sozialministerium finanziert.

Welche Daten werden erhoben?

Die Dokumentation gliedert sich in eine Klienten- und Leistungsdokumentation. Sie ist so angelegt, dass trägerintern beide Bereiche ausgewertet werden. Auf Landesebene wurde bislang die Klientendokumentation (Biografie- und Betreuungsdaten = Hessischer Kerndatensatz [HKDS], siehe unten) ausgewertet. Für eine Cannabis-Spezialanalyse wurden ferner auch Leistungsdaten ausgewertet.

Welche und wie viele Einrichtungen beteiligen sich an *COMBASS*?

An den *COMBASS*-Landesauswertungen beteiligen sich etwa 100 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe (auch einige Einrichtungen aus den Bereichen „Betreutes Wohnen“ und „Arbeits- und Beschäftigungsprojekte“ sind dabei). Das Dokumentationssystem wird an 280 Arbeitsplätzen eingesetzt. Hierbei handelt es sich größtenteils um Einrichtungen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Daneben nehmen auch einige kommunale Einrichtungen an *COMBASS* teil. Die beteiligten Einrichtungen umfassen damit 99% der professionellen, staatlich anerkannten Suchtberatungsstellen in Hessen.

Was ist der HKDS?

HKDS steht für Hessischer Kerndatensatz. Mit ihm werden soziodemografische und Betreuungsdaten über die Klientel der ambulanten Suchthilfe erfasst. Der HKDS umfasst sowohl die Items des Deutschen Kerndatensatzes (DKDS) als auch die Items des europäischen Datensatzes in der Suchthilfe (TDI). Somit können mit den erfassten Daten auch die deutsche Suchthilfestatistik und die Statistiken der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht bedient werden. Gegenüber diesen beiden Datensätzen wurde der HKDS allerdings noch um einige praxisrelevante Items ergänzt (z.B. Kinder, Hafterfahrungen). Auf der Grundlage des HKDS werden die *COMBASS*-Berichte erstellt.

Der HKDS ist als chronologische Dokumentation angelegt; dadurch können Aussagen zu möglichen Effekten der Suchthilfe während und am Ende der Betreuungen getroffen werden. Es ist auch möglich, mit speziellen Auswertungsverfahren die längerfristigen Wirkungen der Suchthilfe zu untersuchen. Insgesamt umfasst der HKDS etwa 40 unterschiedliche Fragestellungen. Der HKDS wird laufend fortgeschrieben, um auf aktuelle Veränderungen reagieren zu können (z.B. Veränderungen im SGB II).

Was ist der ICD-10?

Der Substanzkonsum der Klientinnen und Klienten wird in der ambulanten Suchthilfe Hessen vorrangig mit dem „International Catalog of Diseases“ (ICD-10) erfasst. Der ICD-10 ist ein international anerkanntes Diagnoseschema zur medizinischen Klassifikation somatischer und psychischer Störungen, für dessen Anwendung es spezielle Handbücher gibt.

Warum ist bei einzelnen Auswertungen des gleichen Jahres das „N“ (Anzahl Klienten, Betreuungen oder Leistungen) unterschiedlich?

Es sollen nur die Daten dokumentiert werden, über die gesicherte Informationen vorliegen; geschätzte Angaben würden die Qualität der Dokumentation negativ beeinflussen. Ferner kann es sein, dass Klienten und Klientinnen es ablehnen, dass bestimmte Informationen EDV-gestützt erfasst werden.

Was ist eine Betreuung?

Der Begriff Betreuung wird im Kontext der ambulanten Suchthilfe verwendet und ist nicht zu verwechseln mit der Definition wie sie im Betreuungsrecht verwendet wird. Mit dem Begriff „Betreuungsform“ wird die konkrete Art der Betreuung beschrieben, z.B. Ambulante Rehabilitation, Beratung.

Wie wird der Datenschutz bei der Landesauswertung gewährleistet?

Für die Landesauswertung werden die Daten vor dem Export in den Einrichtungen anonymisiert und mit einem speziellen Code-Verfahren verschlüsselt. Eine Re-Identifizierung einzelner Klienten ist nicht möglich.

Wie wird die Dokumentationsqualität sichergestellt?

Zu COMBASS existiert ein ausführliches Manual. Eine Telefonhotline steht bei Fragen zur Verfügung. Darüber hinaus werden von der Projektleitung regelmäßig Workshops angeboten, die der Verbesserung der Datenqualität dienen.

Welche COMBASS-Berichte sind bisher erschienen?

Im Rahmen des COMBASS-Projektes wird beginnend mit dem Jahr 2003 eine Suchthilfestatistik für den ambulanten Bereich erstellt. Jedes Jahr erscheinen ein Grunddaten-Bericht sowie eine Spezialanalyse. Folgende Berichte sind bisher erschienen:

1. Grunddaten-Berichte 2003, 2004, 2005, 2006
2. Spezialanalysen: Regionale Aspekte, Cannabis, Inanspruchnahmeverhalten

Die Berichte werden vom Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD, Hamburg) erstellt und von der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS) herausgegeben. Die wissenschaftliche Auswertung wird vom Hessischen Sozialministerium finanziert.

Was ist HORIZONT?

HORIZONT ist eine Software für die ambulante Suchthilfe. Sie wird von der Firma Buchner Documentation GmbH vertrieben und seit dem Jahr 2000 fast flächendeckend von den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hessen eingesetzt. Das Programm HORIZONT ist als chronologische Dokumentation konzipiert. Damit können Veränderungen vor und während der Betreuung dokumentiert werden. Die Daten der vorliegenden Auswertung wurden mit der Programmversion HORIZONT 2.2 erhoben.

Interpretation und Schlussfolgerungen aus der Praxis¹

Mit der vorliegenden Spezialanalyse werden detaillierte Daten über das Inanspruchnahmeverhalten der Klientel der Ambulanten Rehabilitation (im Folgenden: AR) vorgelegt. Um bessere Schlussfolgerungen für die tägliche Arbeit mit den Klient/-innen oder Einschätzungen für die Kostenträger ziehen zu können, hat die COMBASS-Steuerungsgruppe der HLS beschlossen, die Bedeutung der vorgelegten Ergebnisse für die Beratungsstellen thesenartig vorzustellen.

Viele Ergebnisse der Spezialanalyse bestätigen die Erfahrungen und Erwartungen der Kollegen und Kolleginnen in den Beratungsstellen. Einige Daten lassen sich durch die unterschiedlichen Zuweisungskriterien für die AR in Abgrenzung zur stationären medizinischen Rehabilitation erklären. Deshalb sollen diese Rahmenbedingungen zunächst vorgestellt werden. In den Grundsätzen und Anwendungsempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherungsträger vom 31.5.2001 werden Kriterien für eine ambulante Behandlung aufgelistet. Danach können Klient/-innen dann ambulant behandelt werden, wenn

- Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen in einem Ausmaß vorliegen, die in der AR ausreichend behandelt werden können;
- psychische Belastbarkeit und Mobilität gegeben ist und
- das soziale und berufliche Umfeld weitestgehend intakt ist.

Dies bedeutet: in aller Regel beantragen die Beratungsstellen im Einvernehmen mit dem/r Klient/-in immer dann die AR, wenn der Klient in seinem Alltag abstinentfähig ist und ein stützendes soziales Umfeld vorliegt. Auch die Klient/-innen selbst neigen immer dann zu einer ambulanten Behandlungsform, wenn ein Arbeitsverhältnis vorhanden ist, um damit einer Gefährdung des Arbeitsplatzes vorzubeugen.

Für die originäre AR (im Folgenden: AR Behandlungsphase) werden vom Rentenversicherungsträger 40 plus 4 Einheiten im Zeitraum 6 Monate mit einer Option zur Verlängerung der Einheiten und der Zeit (bis 18 Monate) bewilligt. Für die poststationäre AR (im Folgenden: AR Poststationär), die angezeigt ist, wenn einzelne Teilziele der medizinischen Rehabilitation noch nicht erreicht wurden, werden in einem Zeitraum von 6 Monaten 20 Einheiten bewilligt, die bis zu einem Zeitraum von 12 Monaten auf insgesamt 40 Einheiten auf Antrag verlängert werden können. Darüber hinaus ist in begründeten Fällen eine Verlängerung der Inanspruchnahme der Einheiten auch über diesen Zeitraum hinaus durch den Rentenversicherungsträger möglich. Sie dient der Stabilisierung des in der stationären Therapie Erreichten und der Abstinenzsicherung.

Vor dem Hintergrund der dargelegten Rahmenbedingungen folgt nun eine Bewertung einiger Auffälligkeiten der vorliegenden Auswertung aus Sicht der Praxis:

¹ Die Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. bedankt sich bei folgenden Personen für die Ausarbeitung dieses Kapitels:

• Ulrike Steffgen, Koordinatorin/Suchthilfeverbund der Caritasverbände in Hessen

• Conny Queck, Fachambulanz CV Frankfurt

• Dorothea Tertilt, Suchthilfezentrum Wildhof

• Dieter Schmitz, Sucht- und Drogenberatung, DW Oberhessen

1. Eine hohe Akzeptanz der AR für die Klientel mit der Hauptdiagnose (HD) Alkohol

Vor allem bei denjenigen Klient/-innen, die sich 4-6 Monate und 7-12 Monate in der Behandlungsphase befinden, stellt das Klientel mit der HD Alkohol mit 86% bis 92% einen sehr hohen Anteil. Offensichtlich wird dieses Modul von der Klientel mit der HD Alkohol als für sie passend erlebt. Im Gegenzug dazu verneint die Klientel mit der HD „Opiate“ oder „andere Suchtmittel“ dies eher. Interessant ist hier, dass bei einer Betreuungsdauer von 13-18 Monaten der Anteil der Klientel mit der HD Alkohol wieder zurückgeht, umgekehrt der Anteil der Klientel mit einer anderen HD also zunimmt. Möglicherweise hat hier eine gelungene Bindung an die Beratungsstelle bzw. an den/die Berater/-in dazu geführt, dass dann auch diese Klientel ebenfalls in der AR verbleibt.

2. Eine eher geringe Ausschöpfung der Leistungen

Die Länge der Betreuung in der AR scheint mehr Einfluss auf den Behandlungserfolg zu haben als die Anzahl der abgefragten Leistungen. Insgesamt fällt die eher geringe Ausschöpfung der Inanspruchnahme hinsichtlich der Leistungen auf. Der Median – statistische Bezeichnung für die Grenze zwischen zwei Hälften – bei der Gesamtzahl aller Leistungen über alle Gruppen hinweg liegt recht niedrig, d. h. sogar bei der Gruppe derjenigen, die 13-18 Monate an der AR Behandlungsphase teilnehmen, liegt er bei 19 Einheiten (der Rentenversicherungsträger bewilligt in diesem Zeitraum 20 bis 40 Einheiten). Wie zu erwarten, liegt die Anzahl der Termine („Kontakte“) in der AR Behandlungsphase höher als die in der AR Poststationär. Auffällig ist, dass in der Phase 13-18 Monate das Inanspruchnahmeverhalten am höchsten ist. Einige Klient/-innen fragen aber bis zu 136 Termine ab. Interessant wäre es zu untersuchen, wer dieser Personenkreis ist, der offensichtlich einen hohen Bedarf an Leistungen hat.

3. Steigende Abstinenzrate in der AR Poststationär

Für den Bereich der AR Poststationär fällt auf, dass die Abstinenzrate ab einer Betreuungsdauer von 4-6 Monaten über 50% liegt und dann mit steigender Dauer des Verbleibs innerhalb der AR weiter stetig steigt. Dies ist vor allem deshalb bemerkenswert, weil der Rentenversicherungsträger bei der Bewilligung der AR Poststationär eher von einer kürzeren Behandlungsdauer auszugehen scheint. Die hier präsentierten Zahlen belegen jedoch eindeutig, dass je länger die Klient/-innen im Setting sind, desto höhere Abstinenzraten können erreicht werden.

4. Hohe Abbruchraten zu Beginn der AR Behandlungsphase und AR Poststationär

Auffallend hoch und erklärungsbedürftig erscheint im Bereich der AR Poststationär die hohe Abbruchrate bei den „Kurzzeit-Betreuten“ (bis 3 Monate), wobei auch im Bereich der AR Behandlungsphase die Abbruchquote in der Anfangsphase – wie zu erwarten – am höchsten ist.

Zu Beginn der Phase in der AR Behandlungsphase wird der/die Klient/-in möglicherweise erstmals mit einer Gruppe und therapeutischen Inhalten konfrontiert. Gleichzeitig ist der Kontakt zum/r Mitarbeiter/-in noch nicht stabil genug. Hier entscheidet der Klient auch, ob diese Form der Behandlung für ihn in Frage kommt bzw. ob er gewillt ist, den Prozess der Auseinandersetzung mit seiner Person zu beginnen. Immerhin gibt 50% der Klientengruppe mit weniger als 4 Terminen an, abstinent zu sein. Dagegen ist die Abstinenzrate bei den Klient/-innen mit mehr als 4 Terminen mit 20% eher gering. Möglicherweise ist dies eine Personengruppe, die sozial oder psychisch weniger stabil ist.

Auch im Bereich der AR Poststationär fällt die hohe Abbruchrate bei den Klient/-innen auf, die bis zu 3 Monate in der Behandlung sind - gerade bei den Klient/-innen mit mehr als 5 in Anspruch genommenen Leistungen. Allerdings kann man nicht bei jedem Abbruch in dieser Phase von einem Rückfall ausgehen. Immerhin geben 38% dieser Klient/-innen an, bei Ende der Maßnahme absti-

nent zu sein. Diese Einschätzung der Abstinenz ist keine katamnestische Einschätzung, sondern lediglich eine Momentaufnahme am Ende dieses Betreuungsabschnitts. Auffällig ist hier ebenfalls, dass die Abstinenzraten bei der Gruppe mit mehr Terminen deutlich geringer sind als bei denjenigen Klient/-innen, die weniger Kontakte in Anspruch nehmen.

Als mögliche Erklärung können folgende Hinweise dienen:

- Nach einem stationären Klinikaufenthalt fühlen sich manche Klient/-innen möglicherweise stark, motiviert und gesund genug für den Alltag, was zu einer Selbstüberschätzung führen kann.
- Der Übergang von der Klinik in eine Beratungsstelle stellt eine kritische Phase dar.

Diese Hinweise zeigen, dass der Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlungsphase besser begleitet und vorbereitet werden sollte, z. B. durch Kontakte während der stationären Phase mit der ambulanten Einrichtung und durch Einzelgespräche vor Beginn der AR Poststationär zur Klärung der Behandlungsbereitschaft und Abstinenzfähigkeit.

Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Insgesamt fällt die hohe Akzeptanz und die hohe Abstinenzrate der AR mit Blick auf die HD Alkohol auf. Überraschend erscheint, dass mit der Dauer der AR Poststationär die Abstinenzrate stetig steigt, gerade im Bereich 13-18 Monate. Wichtig wäre hier, dass die Kostenträger ihre Genehmigungspraxis überdenken und z. B. für die AR Poststationär ebenfalls grundsätzlich 40 Einheiten für 12 Monate bewilligen. Zu Diskussion und Veränderung in der Praxis sollten die Abbruchraten an der Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Bereich Anlass geben.

Interessant und im Rahmen dieser Auswertungsform nicht zu klären (wegen zu kleiner Fallzahlen und des nur mittelfristigen Betrachtungszeitraums) ist das sehr unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten der Klientel. Offensichtlich gibt es eine Gruppe von Klient/-innen, die einen erhöhten Bedarf an Kontakten hat. Zu fragen wäre, wie viele Klient/-innen dies betrifft, ob diese Zahl ansteigt und welche Bedarfe für diese Klientel notwendig sind. Möglicherweise liegt hier allerdings auch eine gewisse Unschärfe bei der Eingabe vor, wenn z. B. die Vorbereitungsphase auf die AR und/oder die Nachgespräche in der AR nicht als gesonderte Abschnitte ausgewiesen werden.

Zielsetzung, Datengrundlage

- Die Ambulante Rehabilitation (AR) ist seit vielen Jahren ein wichtiger Bestandteil des therapeutischen Angebots der ambulanten Suchthilfe Hessens.
- In diesem Bericht wird das Inanspruchnahmeverhalten der Klientel der Ambulanten Rehabilitation analysiert. Es sollen Muster der Inanspruchnahme und dahinter liegende Subgruppen identifiziert werden.
- Zu diesem Zwecke wird ein Vergleich von Gruppen, die sich nach Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit strukturieren, vorgenommen, bei dem untersucht wird, ob sich Unterschiede hinsichtlich spezifischer soziodemografischer Kriterien (Geschlecht, Wohn- und Erwerbssituation) und Merkmalen am Betreuungsende (Art der Beendigung, Konsumstatus) erkennen lassen.
- Die Datengrundlage dieser Spezialanalyse stellen die abgeschlossenen Ambulanten Rehabilitationen der Jahre 2005 und 2006 dar. Es handelt sich hierbei um insgesamt 983 Betreuungen.
- Folgende Systematik wurde für die Bildung der Gruppen festgelegt: Bei der Betreuungsdauer werden die vier Kategorien „bis 3 Monate“, „4 bis 6 Monate“, „7 bis 12 Monate“ und „13 bis 18 Monate“ gebildet. Bei der Kontakthäufigkeit wird als Unterscheidungsmerkmal der Median eingeführt; er halbiert eine Stichprobe. Mit dem Median wird jede der vier Gruppen der Betreuungsdauer nochmals in zwei Untergruppen nach der Anzahl der Kontakte aufgeteilt. Insgesamt entstehen auf diese Weise acht Gruppen, die in den Auswertungen jeweils miteinander verglichen werden.

Auswertung I: alle Klient/-innen

- Wird eine Auswertung nach der Hauptdiagnosegruppe vorgenommen, zeigt sich, dass die AR zum größten Teil von alkoholabhängigen Personen in Anspruch genommen wird – und zwar über alle acht Gruppen hinweg. Ihre jeweiligen Anteile liegen zwischen 72% und 92%.
- Überdurchschnittlich viele Opiatabhängige – nämlich 40% – befinden sich nur kurzzeitig in der AR.
- Werden die acht Gruppen nach dem Geschlecht differenziert, zeigen sich keine Auffälligkeiten weder bei der Betreuungsdauer noch bei der Kontakthäufigkeit.
- Bei der Wohnsituation (zu Beginn der AR) wird deutlich, dass der Anteil der selbstständig Wohnenden bei der Gruppe der nur kurzzeitig Betreuten (bis 3 Monate) wesentlich geringer ist als bei denjenigen, die sich 13 bis 18 Monate in der AR befinden. So betragen die entsprechenden prozentualen Anteile bei der zuerst genannten Gruppe 72% (≤ 4 Kontakte) bzw. 78% (> 4 Kontakte), die zuletzt genannte Gruppe kommt dagegen auf Anteile von 93% (≤ 19 Kontakte) bzw. 89% (> 19 Kontakte).

- Auch bei der Erwerbssituation ergibt sich eine Zunahme positiver Anteile von Personen mit einem Arbeits- oder Ausbildungsplatz, wenn die Gruppen mit längerer Betreuungsdauer betrachtet werden.
- Bei der Art der Beendigung der Betreuung zeigt sich, dass die Abbruchquoten bei einer kurzen Betreuungsdauer von bis zu 3 Monaten bei 79% bzw. 81% liegen. Diese Werte sinken kontinuierlich auf bis zu 4% bzw. 6% bei der Gruppe mit einer Betreuungsdauer von 13 bis 18 Monaten. Insgesamt zeigt sich, dass 41% aller Abbrecher/-innen die AR innerhalb der ersten drei Monate beenden.
- Beim Konsumstatus wird deutlich, dass die Abstinenzquoten bei den Kurzzeit-Betreuten (bis 3 Monate) weniger als halb so groß sind als bei den Langzeit-Betreuten (13 bis 18 Monate): 40% bzw. 36% zu 87% bzw. 84%.
- Erwartungsgemäß werden bei der AR vor allem Leistungen des Typs „Behandlung“ in Anspruch genommen. Das gilt für alle acht Gruppen. Die durchschnittliche Anzahl von Leistungen dieser Leistungsart nimmt mit der Betreuungsdauer zu. Nur in der Gruppe der „Länger-Betreuten“ (13 bis 18 Monate) geht der Durchschnittswert wieder zurück.

Auswertung II und III: Alkohol-Klient/-innen, AR Behandlungsphase und Poststationäre Betreuung

- Da die Alkohol-Klientel die mit Abstand größte Hauptdiagnosegruppe stellt, zeigen sich viele Ergebnisse der Auswertung I von der Tendenz her auch in den Auswertungen über alle Alkohol-Klient/-innen (II). Das betrifft sowohl die Analysen nach soziodemografischen Kriterien als auch nach Merkmalen am Betreuungsende.
- Dagegen werden einige Unterschiede sichtbar, wenn die Alkohol-Klientel getrennt nach den AR-Formen „Behandlungsphase“ und „Poststationäre Betreuung“ ausgewertet wird.
- Es wird dann deutlich, dass bei der AR-Behandlungsphase die möglichen therapeutischen Einheiten bei weitem nicht ausgeschöpft werden. Bei der Poststationären Betreuung zeigt sich ein solcher Sachverhalt in nicht ganz so starker Form.
- Deutliche Abweichungen bestehen bei der Erwerbssituation: Der Anteil der Erwerbstätigen ist bei der AR-Behandlungsphase wesentlich höher als bei der Poststationären Betreuung. Das trifft auf alle acht Gruppen zu. So beträgt beispielsweise in der Gruppe der 4 bis 6 Monate Betreuten das Verhältnis 61% zu 50%.
- Auch bei den Abbruchquoten ergeben sich Unterschiede: Der Anteil derjenigen Klient/-innen, die vorzeitig die Betreuung abbrechen, ist bei den ersten beiden Gruppen (bis 3 Monate) der Poststationären Betreuung wesentlich höher als bei denjenigen der AR-Behandlungsphase (z. B. 93% zu 60%, Gruppe mit häufigeren Kontakten). Auffällig ist, dass sich dieses Bild bei den Gruppen mit einer längeren Betreuungsdauer umkehrt.

Die Ambulante Rehabilitation (AR) ist seit vielen Jahren ein wichtiger Bestandteil des therapeutischen Angebots der ambulanten Suchthilfe Hessens. Ihr Anteil an allen durchgeführten Betreuungen betrug in den letzten Jahren 7% bis 8%, das sind in absoluten Zahlen ausgedrückt jedes Jahr etwa 1.500 (Neumann et al. 2007). Darüber hinaus handelt es sich um eine stark strukturierte und zeitintensive Therapieform, so dass der dafür aufgewendete Zeitanteil in den Einrichtungen wesentlich höher liegen dürfte.

In diesem Bericht wird das Inanspruchnahmeverhalten der Klientel der Ambulanten Rehabilitation analysiert. Es sollen Muster der Inanspruchnahme und dahinter liegende Subgruppen identifiziert werden. Damit soll eine empirische Grundlage für fachliche Diskussionen über die Erreichbarkeit der Zielgruppe sowie die Angemessenheit dieser Therapieform geschaffen werden.

Die vorliegende Spezialanalyse hat eine Vorgeschichte: Aufgrund von Diskussionen über den fachlichen Nutzen einer vorangegangenen Leistungsanalyse, in der das Inanspruchnahmeverhalten der Klient/-innen ausgehend von soziodemografischen Merkmalen (u. a. Geschlecht und Alter) untersucht worden ist (Kloss et al. 2007), wird hier eine weitere Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens durchgeführt, die aus einer umgekehrten Perspektive, nämlich von den in Anspruch genommenen Leistungen her, prüfen soll, ob sich bestimmte Muster im Nachfrageverhalten zeigen und ob diese jeweils von verschiedenen Klientelen ausgehen.

Zu diesem Zwecke wird hier ein Gruppenvergleich vorgenommen, bei dem insgesamt acht Gruppen anhand der Kriterien „Betreuungsdauer“ und „Kontakthäufigkeit“ gebildet werden (siehe Kapitel „Datengrundlage, Methodik“). Bei diesen wird anschließend untersucht, ob sich Unterschiede hinsichtlich spezifischer soziodemografischer Kriterien (Geschlecht, Wohn- und Erwerbssituation) sowie Merkmale am Betreuungsende (Art der Beendigung, Konsumstatus) erkennen lassen.

Die Fragestellung und die Struktur der Spezialanalyse wurden mit der COMBASS-Steuerungsgruppe der HLS abgestimmt. Nach Erläuterungen zu den Rahmenbedingungen der AR sowie der Darstellung der Datengrundlage und Methodik der Spezialanalyse folgen drei einzelne Auswertungsschritte:

- I.) eine Grundauswertung, in die alle Klient/-innen der AR einbezogen werden;
- II.) eine Analyse zur größten Hauptdiagnosegruppe der AR, den alkoholabhängigen Personen;
- III.) eine differenzierte Betrachtung der Unterformen der AR (Behandlungsphase und Poststationäre Betreuung) bei den alkoholabhängigen Personen.²

Ein Tabellenanhang ergänzt die schriftlichen Ausführungen und Abbildungen im Haupttext.

² Die Fallzahlen bei den anderen Hauptdiagnosegruppen (Opiate, etc.) sind zu gering, um hier spezielle Gruppenvergleiche durchzuführen.

Rahmenbedingungen der Ambulanten Rehabilitation

„Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“

Die „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom Mai 2001 regelt die Zuständigkeit und das Verfahren bei der Bewilligung von Leistungen für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige, wenn Leistungen der Krankenversicherung und/oder der Rentenversicherung in Betracht kommen (Krankenkassen & Rentenversicherungsträger 2001). Darunter fallen ambulante und stationäre Entwöhnungs- sowie Entzugsbehandlungen, also auch die Ambulante Rehabilitation (AR).

Als Ziele der AR werden in der Vereinbarung angegeben, Abstinenz zu erreichen und zu erhalten, körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen, die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft möglichst dauerhaft zu erhalten bzw. zu erreichen.

Die Voraussetzungen für eine AR gelten als erfüllt, wenn Maßnahmen der Beratung und Motivierung vorangegangen sind und der Abhängigkeitskranke motiviert und zudem bereit ist, eine ggf. erforderliche Nachsorge in Anspruch zu nehmen. Ferner muss vor der AR erforderlichenfalls eine Entzugsbehandlung durchgeführt worden sein.

Eine ambulante Rehabilitation soll insbesondere dann in Betracht kommen, wenn folgende Kriterien zutreffen (Krankenkassen & Rentenversicherungsträger 2001):

- Die Störungen auf seelischem, körperlichem und sozialem Gebiet so ausgeprägt sind, dass eine ambulante Behandlung Erfolg versprechend erscheint.
- Das soziale Umfeld des/der Abhängigkeitskranken (noch) eine stabilisierende Funktion hat.
- Die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld nicht oder nicht mehr erforderlich ist.
- Der/die Abhängigkeitskranke beruflich (noch) ausreichend integriert ist. Jedoch schließen Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbstätigkeit oder Langzeitarbeitsunfähigkeit eine ambulante Entwöhnung nicht aus.
- Eine stabile Wohnsituation vorhanden ist.
- Eine erkennbare Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit und zur Einhaltung des Therapieplans gegeben ist.
- Die Bereitschaft vorhanden ist, abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm teilzunehmen.

Diese Kriterien sind auch in Abgrenzung zu den Indikatoren für eine stationäre Entwöhnung formuliert.

Formen der Ambulanten Rehabilitation

Bei der EDV-gestützten Dokumentation werden in Hessen drei Formen der Ambulanten Rehabilitation unterschieden (HLS 2005):

- **Vorbereitungsphase:** Die Vorbereitungsphase umfasst die Anamnese, Diagnose, Indikationsstellung, die Klärung und Förderung der Behandlungsmotivation, die Erstellung des Sozialberichts mit Behandlungsplan und Prognose, die Antragstellung, die Verhandlung mit Kostenträgern und Behandlungsvorbereitungsgespräche.
- **Behandlungsphase:** Nach erfolgreicher Vorbereitungsphase und Kostenzusage beginnt die eigentliche Behandlungsphase auf der Grundlage des individuellen Behandlungsplans. Dabei können verschiedene Behandlungsmethoden zum Einsatz kommen.
- **Poststationäre Betreuung:** Sie stellt eine spezifizierte Form der AR im Anschluss an eine stationäre Maßnahme, in der Regel eine stationäre Entwöhnungsbehandlung, dar.

Zeitlicher Rahmen und Umfang der Therapieeinheiten

Bei der AR gab es in den letzten Jahren hinsichtlich des zeitlichen Rahmens und des Umfangs der Therapieeinheiten die folgende Genehmigungspraxis:

Die AR kann als Einzeltherapie und/oder Gruppentherapie durchgeführt und abgerechnet werden. Darüber hinaus sind pro Halbjahr bei entsprechender Indikation bis zu zwei Bezugspersonengespräche möglich. Der zeitliche Rahmen der AR (Behandlungsphase) umfasst in der Regel 12 Monate und 80 Therapieeinheiten. Abhängig vom Behandlungsverlauf sind eine Verkürzung der Dauer und eine Reduzierung der Therapieeinheiten möglich. Auf Antrag können jedoch auch eine Verlängerung der Behandlung auf bis zu maximal 18 Monate und eine Erhöhung der Zahl der Therapieeinheiten auf bis zu 120 Termine erfolgen. Die Kostenzusage wird in der Regel befristet für 6 Monate und 40 Therapieeinheiten erteilt. Über Verlängerungen wird jeweils auf Grundlage eines Therapieberichts und Antrags der Einrichtung entschieden. Die Behandlungsplanung der Poststationären Betreuung orientiert sich zunächst an einem Rahmen von 20 Einzel-/Gruppensitzungen und zwei Bezugspersonengesprächen im Zeitraum von 6 Monaten. Sie kann bis zu einem Jahr verlängert und um bis zu 40 Therapieeinheiten ergänzt werden.

Datengrundlage, Methodik

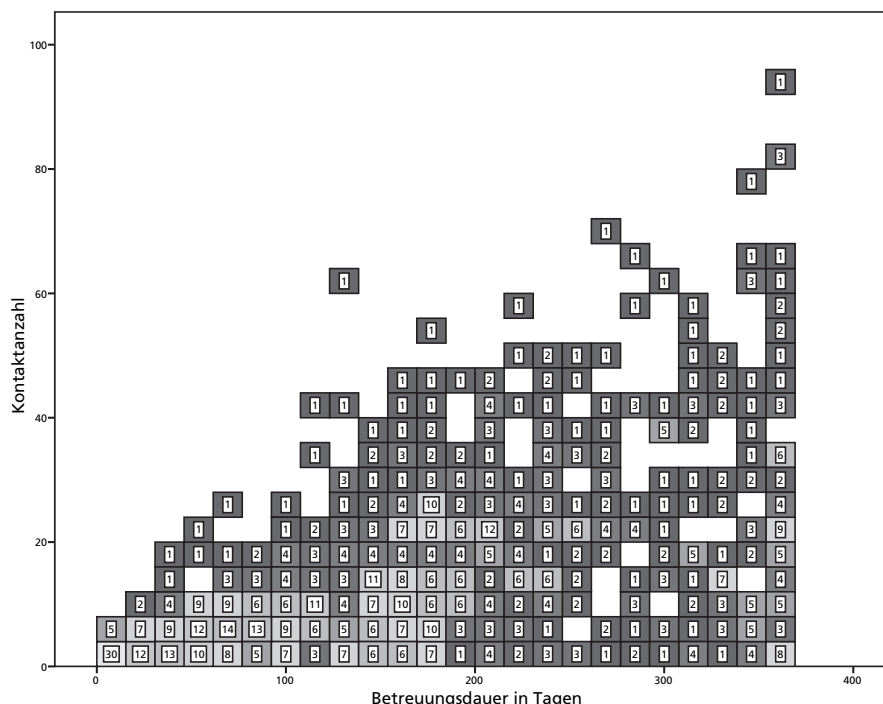
Die Datengrundlage dieser Spezialanalyse stellen die abgeschlossenen Ambulanten Rehabilitationen (Behandlungsphase und Poststationäre Betreuung) der Jahre 2005 und 2006 dar. Es handelt sich hierbei um insgesamt 983 Betreuungen.³ Die „Vorbereitungsphase“ wurde nicht mit einbezogen, da sie in Bezug auf die Fragestellung dieser Spezialanalyse keine Relevanz besitzt. Darüber hinaus wurden Betreuungen mit einer Dauer von 19 Monaten und länger (N=45) von den weiteren Analysen ausgeschlossen.

Innerhalb eines Beobachtungszeitraums von zwei Jahren kann es dazu kommen, dass ein/e Klient/-in mehr als eine AR in Anspruch nimmt. So könnte z. B. eine abgebrochene AR im ersten Jahr im weiteren zeitlichen Verlauf erneut aufgenommen werden. Aufgrund dessen ist die tatsächliche Zahl unterschiedlicher Personen, die hinter den hier untersuchten 983 Betreuungen stehen, etwas geringer und liegt bei 964.

Muster der Inanspruchnahme – Bildung der Gruppen

Bei der vorliegenden deskriptiven Analyse handelt es sich methodisch um einen Gruppenvergleich. Dabei werden die Gruppen über zwei Kriterien des Inanspruchnahmeverhaltens gebildet: über die „Betreuungsdauer“ (Dauer des Abschnittstyps) und über die „Kontakthäufigkeit“ (dokumentierte Termine innerhalb des Abschnittstyps). Die Definition und Festlegung der Gruppen erfolgten nach einer Diskussion in der COMBASS-Steuerungsgruppe. Als Zugang diente hier ein Streudiagramm, das die Verteilung der Anzahl der Klient/-innen der AR nach Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit zeigt, wobei für diesen Zweck ein Betrachtungszeitraum von 12 Monaten gewählt worden ist (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Anzahl Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit



³ Es sei angemerkt, dass die Betreuungsform im Hessischen Kerndatensatz (HKDS) unter der Kategorie „Abschnittstyp“ dokumentiert wird. Hier werden auch die verschiedenen Formen der Ambulanten Rehabilitation erfasst. Aus sprachlichen Gründen wird in diesem Bericht von Betreuungen gesprochen; es handelt sich dabei um die entsprechenden Informationen aus der Kategorie „Abschnittstyp“.

Aufgrund dieser Verteilung wurde in der COMBASS-Steuerungsgruppe folgende Systematik für den Gruppenvergleich festgelegt:

- **Betreuungsdauer:** Hier werden die vier Kategorien „bis 3 Monate“, „4 bis 6 Monate“, „7 bis 12 Monate“ und „13 bis 18 Monate“ gebildet.
- **Kontakthäufigkeit:** Hier wird als Unterscheidungsmerkmal der Median eingeführt. Er bezeichnet in der Statistik eine Grenze zwischen zwei Hälften; er halbiert eine Stichprobe.⁴ Mit dem Median wird jede der vier Gruppen der Betreuungsdauer nochmals in zwei Untergruppen aufgeteilt (Binnenvergleich, siehe Tabelle 1).

Insgesamt entstehen auf diese Weise acht Gruppen, die in den folgenden Auswertungen jeweils miteinander verglichen werden, um spezifische Subgruppen, die sich hinter diesem Muster der Inanspruchnahme verbergen könnten, zu identifizieren.

Werden nun auf der Datengrundlage der abgeschlossenen AR (2005 und 2006) die Gruppen gebildet, ergeben sich die folgenden Fallzahlen: Die vier Gruppen nach der Betreuungsdauer weisen prozentuale Anteile von 18% bis 38% auf, die Fallzahlen liegen zwischen N=177 und N=373 (siehe Tabelle 1). Wenn im nächsten Schritt die oben beschriebene Methode (Median bei der Kontakthäufigkeit) angewendet wird, entstehen acht Subgruppen mit Anteilen von 9% bis 19% und absoluten Werten von N=84 bis N=187.⁵ Insgesamt ist damit für einen Gruppenvergleich eine ausreichende Datengrundlage gegeben.⁶

Tabelle 1: Vergleichsgruppen nach Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit (N=983)

Betreuungsdauer	Bis 3 Monate	4 bis 6 Monate	7 bis 12 Monate	13 bis 18 Monate
Anteil	18%	25%	38%	19%
N	177	247	373	186
Kontakthäufigkeit	<=4 >4	<=12 >12	<=20 >20	<=19 >19
Anteil	9% 9%	13% 12%	19% 19%	10% 9%
N	93 84	131 116	187 186	100 86

Bei den Auswertungen II und III ändern sich die Fallzahlen und entsprechend der Median, bei der Auswertung III gilt teilweise nur eine eingeschränkte Repräsentativität.

Abschießend sei noch folgende Erläuterung gegeben: Wegen der Komplexität der Ergebnisse wurde entschieden, die schriftliche und grafische Darstellung der Auswertungen I bis III auf wichtige Kategorien zu beschränken (z. B. Auswertung nach den selbstständig Wohnenden). Die vollständigen und differenzierten Ergebnisse inklusive der jeweiligen Fallzahlen können im Tabellenanhang nachgelesen werden.

⁴ Gegenüber dem arithmetischen Mittel, auch Durchschnitt genannt, hat der Median den Vorteil, robuster gegenüber Ausreißern (extrem abweichenden Werten) zu sein.

⁵ Die teilweise unterschiedlichen Fallzahlen in den beiden Medianhälften ergeben sich dadurch, dass die Fälle, die direkt auf dem Median liegen (z. B. bei 4 Kontakten), der jeweils linken Gruppe zugerechnet werden.

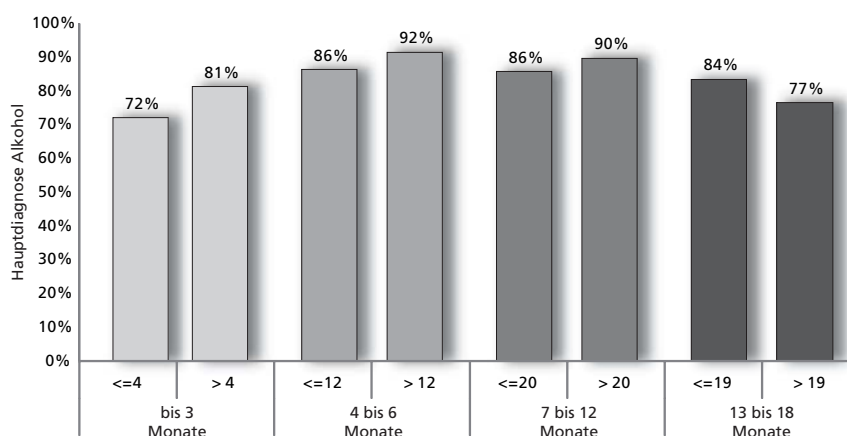
⁶ In den folgenden Auswertungen kann es zu Abweichungen vom Gesamt N kommen, weil bei einigen Betreuungen die entsprechenden Informationen fehlen („Missing Data“).

Auswertung I: Alle Klient/-innen

In die folgende Auswertung gehen alle Klient/-innen mit ein, bei denen eine AR (Behandlungsphase oder Poststationäre Betreuung) in den Jahren 2005 oder 2006 beendet worden ist. Es fällt zunächst auf, dass der Medianwert (siehe vorne) in den letzten Gruppen (7 bis 12, 13 bis 18 Mo.) sehr ähnlich ist, obwohl hier eine unterschiedlich lange Betreuungsdauer vorliegt.

Wird eine Auswertung nach der Hauptdiagnosegruppe vorgenommen, zeigt sich, dass die AR zum größten Teil von alkoholabhängigen Personen in Anspruch genommen wird – und zwar über alle acht Gruppen hinweg. Ihre jeweiligen Anteile liegen zwischen 72% und 92% (siehe Abbildung 2). Der niedrigste Wert findet sich in der ersten Gruppe – sie umfasst diejenigen, die nur kurz (bis 3 Monate) und mit wenigen Kontakten (≤ 4) in der Betreuung sind. Umgekehrt ist hier der Anteil von opiatabhängigen Personen mit 17% vergleichsweise hoch (in den anderen sechs Gruppen liegt er zwischen 3% und 8%, siehe hierzu den Tabellenanhang).⁷ Das Auffälligste an dieser Auswertung ist damit, dass sich überdurchschnittlich viele Opiatabhängige – nämlich 40% – nur kurzzeitig in der AR befinden. Hinsichtlich der Kontakthäufigkeit ergeben sich keine nennenswerten Unterschiede.

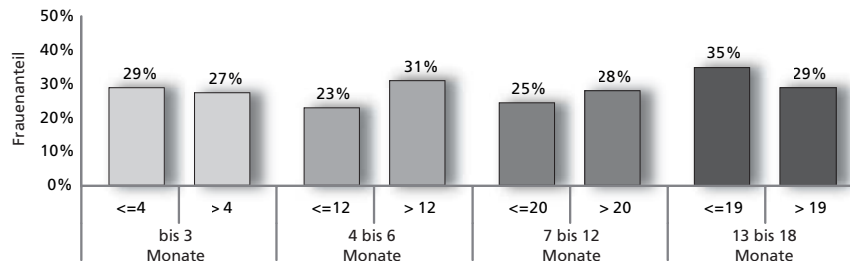
Abbildung 2: Anteil der Hauptdiagnosegruppe Alkohol an allen Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=902)



⁷ Bei den jeweils fehlenden Prozentwerten zu 100% handelt es sich um andere Hauptdiagnosegruppen, z. B. pathologische Glücksspieler.

Werden die acht Gruppen nach dem Geschlecht differenziert, ergeben sich Anteile für die weiblichen Personen von 23% bis 35%; die Anteile für die männlichen Klienten liegen entsprechend zwischen 65% und 77% (siehe Abbildung 3). Es zeigen sich keine Auffälligkeiten hinsichtlich spezifischer Subklientele. Das gilt sowohl für die Betreuungsdauer als auch für die Kontakthäufigkeit. Im Übrigen entspricht die Geschlechterverteilung in etwa derjenigen der gesamten Klientel der ambulanten Suchthilfe in Hessen (Neumann et al. 2007).

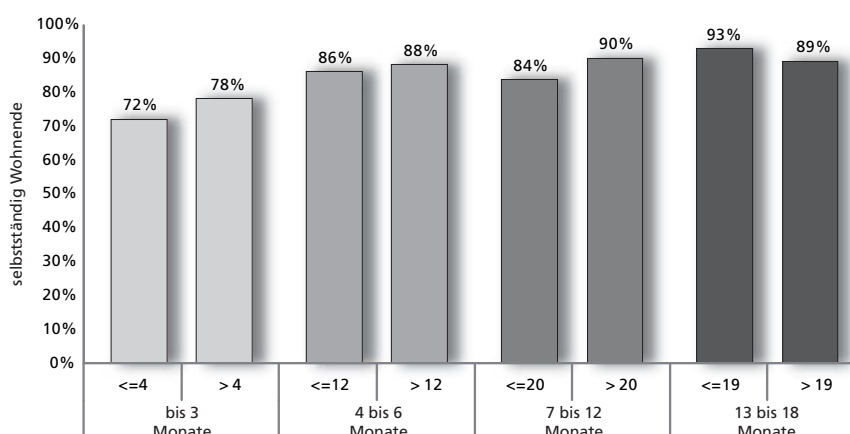
Abbildung 3: Anteil der Frauen an allen Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=983)



Hinsichtlich der Wohnsituation ist zunächst einmal festzuhalten, dass die überwiegende Mehrheit der AR-Klientel (zu Beginn der Betreuung) in einer gesicherten und selbstständigen Wohnform lebt. Das entspricht den Anforderungen an die Zielgruppe der AR (siehe vorne).

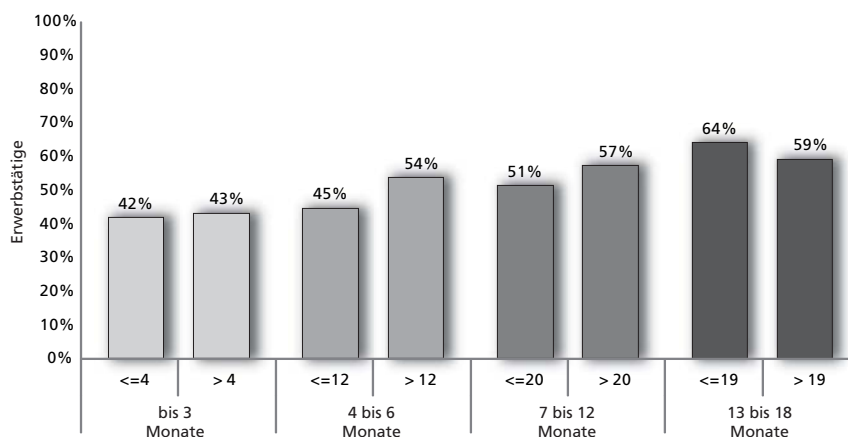
Eine (leichte) Tendenz wird jedoch sichtbar, wenn die acht Gruppen im Vergleich betrachtet werden. Dann wird deutlich, dass der Anteil der selbstständig Wohnenden bei der Gruppe der nur kurzzeitig Betreuten (bis 3 Monate) wesentlich geringer ist als bei denjenigen, die sich 13 bis 18 Monate in der AR befinden. So betragen die entsprechenden prozentualen Anteile bei den ersten beiden Gruppen 72% bzw. 78%, die letzten beiden Gruppen kommen dagegen auf Anteile von 93% bzw. 89% (siehe Abbildung 4). Der Binnenvergleich bei der Kontakthäufigkeit erbringt dagegen keine weiteren Erkenntnisse.

Abbildung 4: Anteil der selbstständig Wohnenden an allen Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=939)



Auch bei der Erwerbssituation wird der Zustand zu Beginn der AR beschrieben. Über alle Gruppen hinweg zeigt sich, dass ungefähr die Hälfte der AR-Klient/-innen über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz verfügt. Auch hier ergibt sich eine Zunahme positiver Nennungen, wenn die Gruppen mit längerer Betreuungsdauer betrachtet werden. Während in der Gruppe der Kurzzeit-Betreuten (bis zu 3 Monate) der Wert für die Erwerbstätigen nur 42% bzw. 43% beträgt, liegt dieser bei der Gruppe, die sich 13 bis 18 Monate in der AR befindet, bei etwa 60% (siehe Abbildung 5).

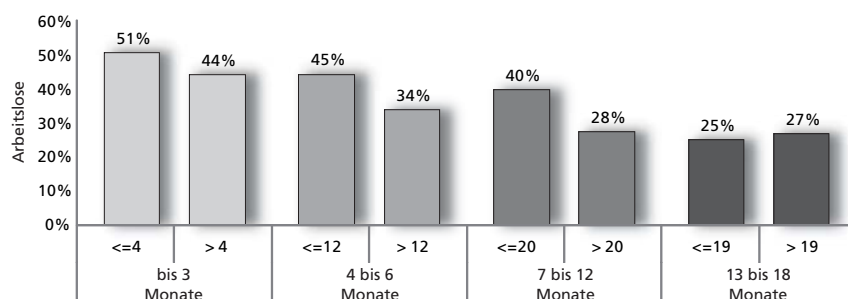
Abbildung 5: Anteil der Erwerbstätigen an allen Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=931)



Ein analoges Bild entsteht, wenn der Anteil von arbeitslosen Personen bestimmt wird. Bei der ersten Gruppe ist der Anteil von Arbeitslosen ungefähr doppelt so hoch wie bei den beiden letzten Gruppen (51% zu 25% bzw. 27%) (siehe Abbildung 6).⁸ Darüber hinaus ist hier zum ersten Mal ein deutlicher Unterschied festzustellen, wenn ein Binnenvergleich nach der Kontakthäufigkeit vorgenommen wird. Das betrifft diejenigen Gruppen, die 4 bis 6 Monate und 7 bis 12 Monate in der AR sind: In den Subgruppen mit vielen Kontakten (>12 bzw. >20) sind die Anteile von arbeitslosen Personen wesentlich geringer (34% bzw. 28%) als in den Gruppen mit weniger Kontakten (45% bzw. 40%).

Es stellt sich hier insgesamt die Frage, inwiefern die hohen Anteile von arbeitslosen Personen (vor allem in den ersten Gruppen) mit den formulierten Voraussetzungen hinsichtlich der Zielgruppe der AR im Einklang stehen (siehe vorne).

Abbildung 6: Anteil der Arbeitslosen an allen Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=931)

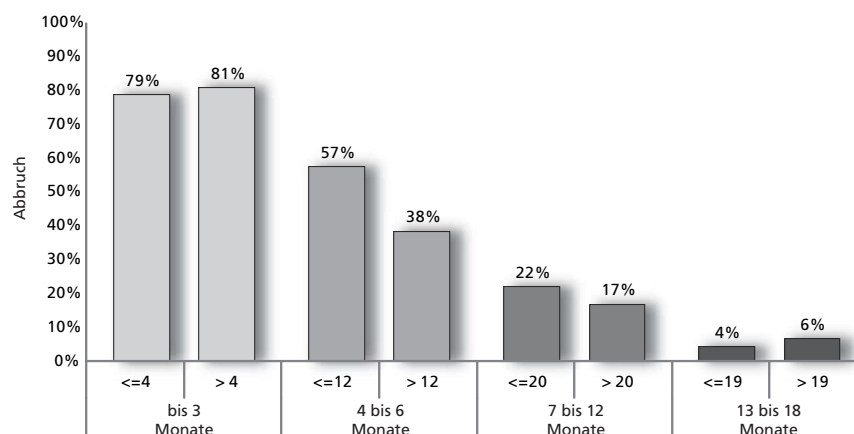


⁸ Wenn die Anteile der Erwerbstätigen und der Arbeitslosen (Abbildung 5 und Abbildung 6) zusammen gezählt werden, ergeben sie nicht 100%, denn bei der Erwerbssituation gibt es noch weitere Dokumentationskategorien, z. B. „Berufliche Rehabilitation“, „mithelfende Familienangehörige“, „Rentner“ sowie „Hausfrauen/-männer“ (siehe Tabellenanhang).

Nach den Auswertungen anhand ausgewählter soziodemografischer Kriterien, soll im Folgenden ein Blick auf das Betreuungsende geworden werden: Bei der Art der Beendigung der AR ist ein - erwartungskonformer - Zusammenhang mit der Betreuungsdauer in der Weise zu konstatieren, dass der Anteil an Abbrecher/-innen⁹ mit zunehmender Betreuungsdauer abnimmt. Dies ist insofern nicht überraschend, als dass man annehmen kann, dass eine abgebrochene Betreuung in der Regel kürzer ist als eine abgeschlossene. So liegt die Abbruchquote bei einer kurzen Betreuungsdauer von bis zu 3 Monaten bei 79% bzw. 81% (siehe Abbildung 7). Diese Werte sinken kontinuierlich auf bis zu 4% bzw. 6% bei der Gruppe mit einer Betreuungsdauer von 13 bis 18 Monaten. Insgesamt zeigt sich, dass 41% aller Abbrecher/-innen die AR innerhalb der ersten drei Monate beenden.

Bei der Kontakthäufigkeit (Binnenvergleich) sind die stark abweichenden Abbruchquoten in der Gruppe „4 bis 6 Monate“ auffällig: Der Anteil an Abbrecher/-innen in der Gruppe mit vielen Kontakten (>12) liegt mit 38% deutlich unterhalb des Anteils in der Gruppe mit weniger Kontakten (57%).

Abbildung 7: Anteil der Abbrecher/-innen an allen Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=872)

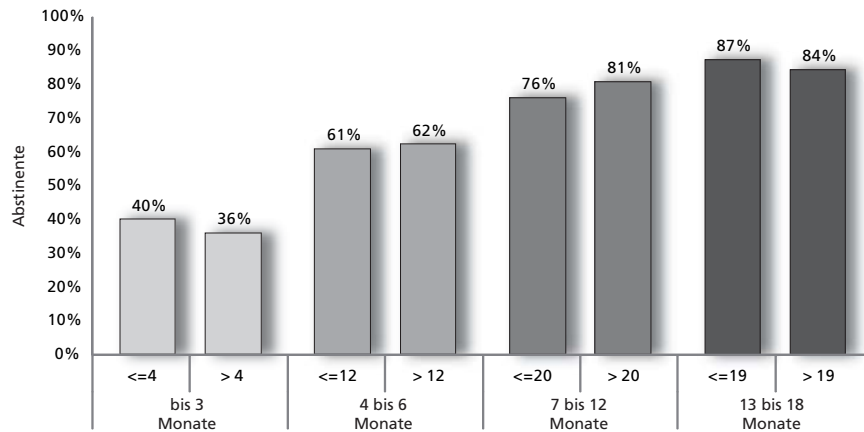


Da nicht zuletzt der Konsumstatus ausschlaggebend für den Verlauf der Betreuung ist und somit auch zu einem vorzeitigen Abbruch der Betreuung führen kann, ist es nicht überraschend, dass sich ein entsprechender Zusammenhang auch bei diesem Vergleich über acht Gruppen zeigt (siehe Abbildung 8). Die folgende Abbildung weist die Prozentanteile für diejenigen Personen aus, bei denen am Ende der AR ein abstinenter Konsumstatus vorhanden ist. Es wird deutlich, dass die Abstinenzquoten bei den Kurzzeit-Betreuten (bis 3 Monate) weniger als halb so groß sind als bei den Langzeit-Betreuten (13 bis 18 Monate): 40% bzw. 36% zu 87% bzw. 84%.

Der Binnenvergleich bei der Kontakthäufigkeit erbringt hier kein durchgängiges Muster, zeigt jedoch, dass offensichtlich bei den Gruppen, die länger in der AR sind (7 bis 12, 13 bis 18 Mo.), die Anzahl der Kontakte offensichtlich keinen großen Einfluss auf den Konsumstatus hat.

⁹ Hier werden der Abbruch durch den/die Klient/-in und der Abbruch durch die Einrichtung aus analytischen Gründen zusammengefasst. Die Ergebnisse der einzelnen Kategorien sind im Tabellenanhang dargestellt.

Abbildung 8: Anteil der Abstinente an allen Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=852)



Als letzte Auswertung in diesem Kapitel wird eine Analyse nach den Leistungstypen vorgenommen.¹⁰ Dabei zeigt sich zum einen, dass – erwartungsgemäß – die Leistungen der AR vor allem dem Leistungstyp „Behandlung“ zuzuordnen sind (siehe Tabelle 2). Das gilt für alle acht Gruppen. Zum anderen wird deutlich, dass die durchschnittliche Anzahl dieses Leistungstyps mit der Betreuungsdauer zunimmt. Nur in der Gruppe der „Länger-Betreuten“ (13 bis 18 Monate) geht der Durchschnittswert wieder zurück (darauf deuteten schon die Medianwerte hin). Hier kommt es dagegen zu einer Zunahme beim Leistungstyp „Gesprächsgruppen“. Insgesamt liegen die Werte für die durchschnittliche Anzahl in Anspruch genommener Leistungen bei den letzten Gruppen sehr eng beieinander (Gruppen „7 bis 12 Monate“ und „13 bis 18 Monate“), obwohl sie sich unterschiedlich lange in der AR befinden.

Beim Leistungstyp „Beratung“ ist dagegen eine solche Zunahme empfangener Leistungen bei anhaltender Betreuung nicht zu konstatieren. Offensichtlich scheint es bei den meisten Klient/-innen eine Art von „Eingangsberatung“ zu geben, die aus wenigen Kontakten (1 bis 2) besteht und als Bestandteil der AR angesehen wird.

Tabelle 2: Mittlere Anzahl empfangener Leistungen aller Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=983)

	bis 3 Monate		4 bis 6 Monate		7 bis 12 Monate		13 bis 18 Monate	
	<=4	>4	<=12	>12	<=20	>20	<=19	>19
Beratung	0,55	1,58	0,68	1,51	0,81	1,74	0,71	0,76
Behandlung	1,60	7,45*	5,27	24,36	9,92	37,23	7,33	35,63
Gesprächsgruppen	0,09	0,57	0,61	2,36	1,16	4,39	1,19	7,49
Sonstige**	0,18	0,46	0,62	1,28	0,59	1,58	0,71	1,73
Insgesamt	2,42	10,07	7,18	29,51	12,48	44,94	9,94	45,60

* Lesebeispiel: In der Gruppe „Betreuungsdauer bis 3 Monate mit mehr als 4 Kontakten“ hat jede/r Klient/-in im Durchschnitt 7,45 Behandlungsleistungen in Anspruch genommen.

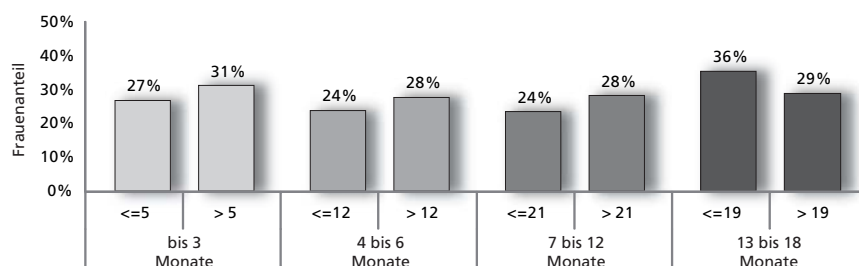
** In der Kategorie „Sonstige“ sind folgende Leistungstypen zusammengefasst: Vermittlung, Lebenspraktische Hilfen, Screening/Tests, Andere.

¹⁰Zur Definition der Leistungstypen siehe im Einzelnen Kloss et al. 2007.

Auswertung II: Alkohol-Klient/-innen

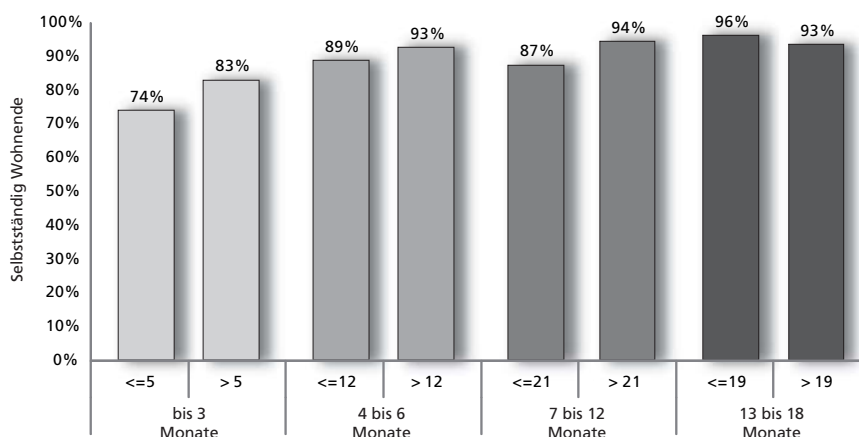
Werden im nächsten Schritt ausschließlich die Alkohol-Klient/-innen der AR betrachtet, zeigt sich, dass die AR je nach Gruppe zu etwa zwei Drittel bis drei Viertel von Männern in Anspruch genommen wird (siehe Abbildung 9). Dabei ist zu erkennen, dass es über alle acht Gruppen hinweg keine systematische prozentuale Bewegung in die eine (Betreuungsdauer) oder in die andere Richtung (Kontakthäufigkeit) gibt. Dies war auch schon bei der Analyse über alle Klient/-innen der Fall, was jedoch kein überraschender Befund ist, da die Alkohol-Klientel die mit Abstand größte Hauptdiagnosegruppe stellt (siehe oben), so dass sich viele Ergebnisse des vorherigen Kapitels von der Tendenz her auch in den folgenden Auswertungen zeigen.

Abbildung 9: Anteil der Frauen an allen Alkohol-Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=763)



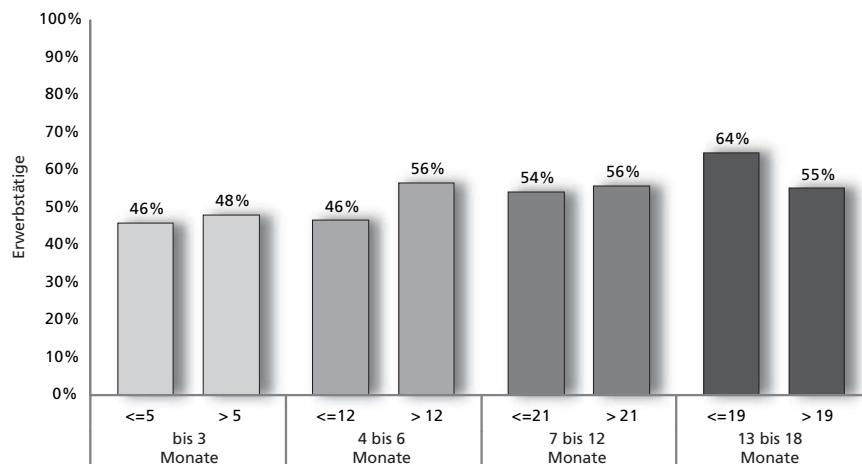
Bei der Wohnsituation fällt auf, dass es in der Gruppe der „Kurzzeit-Betreuten“ mit wenigen Kontakten (bis 3 Monate, <=5) einen überdurchschnittlich geringen Anteil von selbstständig Wohnenden gibt (74%) (siehe Abbildung 10). Bei den Gruppen, deren Betreuungsdauer über 3 Monate hinausgeht, sind dagegen Werte vorhanden, die zwischen 87% und 96% liegen, wobei hier kein linearer Zusammenhang zwischen der Betreuungsdauer bzw. der Kontakthäufigkeit und dem Anteil selbstständig Wohnender erkennbar ist.

Abbildung 10: Anteil der selbstständig Wohnenden an allen Alkohol-Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=748)



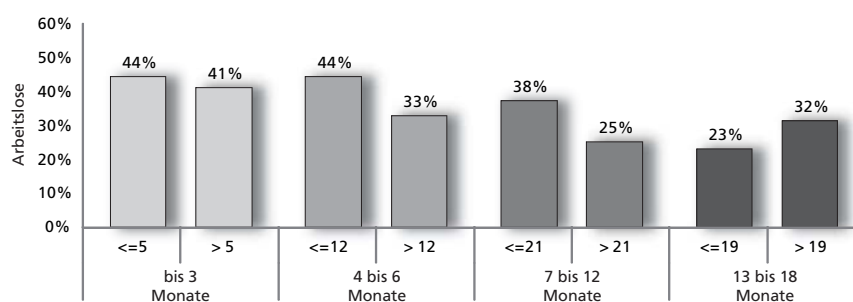
Die folgende Abbildung 11 zeigt – von der Tendenz her – einen leicht anwachsenden Anteil der Erwerbstätigenquote von links nach rechts. Während bei der Gruppe, die spätestens nach 3 Monaten die AR beendet, der entsprechende Wert 46% bzw. 48% beträgt, liegt dieser bei den letzten beiden Gruppen bei 64% bzw. 55%. Ein ähnliches Bild war schon bei der vorangegangenen Auswertung über alle Klient/-innen vorhanden. Weitere Erkenntnisse durch den Binnenvergleich bei der Kontakthäufigkeit ergeben sich hier nicht.

Abbildung 11: Anteil der Erwerbstätigen an allen Alkohol-Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=743)



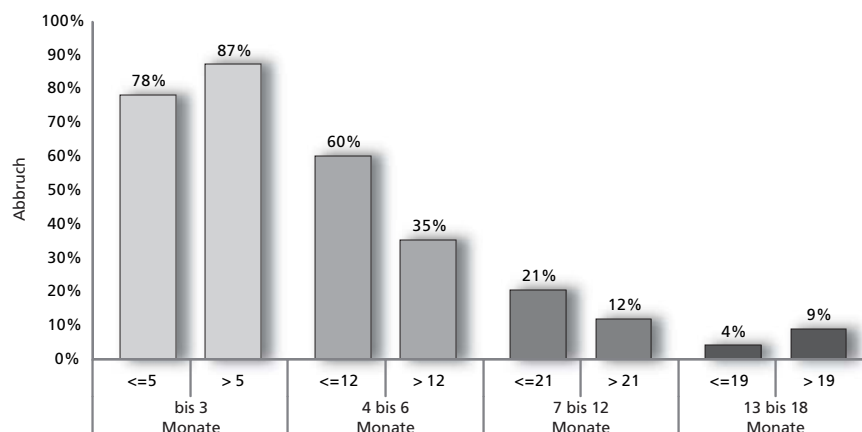
Auch beim Kriterium „arbeitslos“ zeigt sich kein festes Muster, wenn nach der Kontakthäufigkeit unterschieden wird: Bei denjenigen Subgruppen mit einer höheren Kontakthäufigkeit ist der Anteil der Arbeitslosen nicht durchgängig höher oder niedriger als in den Subgruppen mit weniger Kontakten (siehe Abbildung 12). Wird dagegen die Betreuungsdauer betrachtet, ergibt sich das (analoge) Bild wie bei der Erwerbstätigkeit. Die Arbeitslosenquote ist bei den länger betreuten Gruppen tendenziell niedriger als bei den nur kurze Zeit betreuten Alkohol-Klient/-innen.

Abbildung 12: Anteil der Arbeitslosen an allen Alkohol-Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=743)



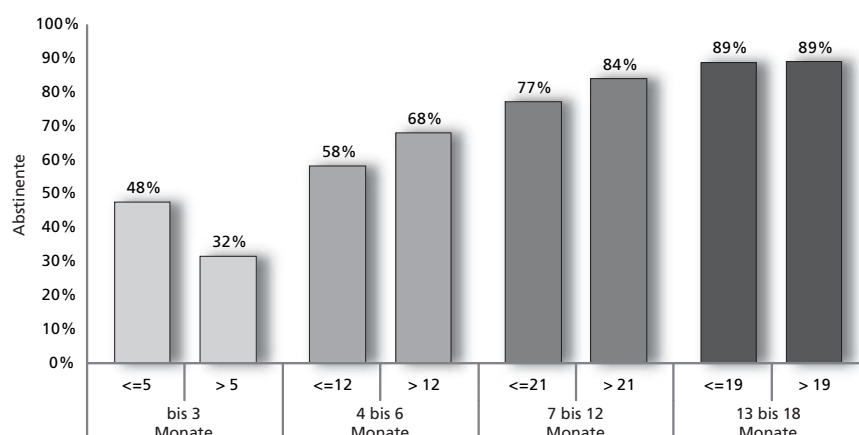
Ein deutlicher Zusammenhang mit der Betreuungsdauer wird sichtbar, wenn nach den Abbruchraten ausgewertet wird. Diese nehmen mit anhaltender Betreuung ab. Der größte Unterschied ergibt sich hier zwischen der Gruppe 2 (87%) und der Gruppe 7 (4%) (siehe Abbildung 13). Bei der Kontakthäufigkeit ist erneut – wie schon bei der Analyse über alle Klient/-innen – das stark abweichende Abbruchverhalten in der Gruppe „4 bis 6 Monate“ auffällig: Bei denjenigen mit vielen Kontakten (>12) beenden deutlich weniger die AR vorzeitig als es bei denjenigen mit weniger Kontakten der Fall ist (35% zu 60%).

Abbildung 13: Anteil der Abbrecher/-innen an allen Alkohol-Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=676)



Auch die Betrachtung der Abstinenzraten ergibt, dass mit zunehmender Dauer der Betreuung der Anteil der positiven Nennungen steigt (von 48% auf 89%) (siehe Abbildung 14). Beim Binnenvergleich nach der Kontakthäufigkeit fällt ins Auge, dass in der Gruppe der „Kurzzeit-Betreuten“ (bis 3 Monate) der Abstinenzanteil bei denjenigen mit wenigen Kontakten wesentlich höher ist als in der Gruppe mit vielen Kontakten (48% zu 32%). Eine Differenz zeigte sich hier zwar auch schon bei der Analyse über alle Klient/-innen, aber nicht in dieser Deutlichkeit.

Abbildung 14: Anteil der Abstinente an allen Alkohol-Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=663)



In diesem Kapitel wird ebenfalls zum Schluss eine Analyse nach den Leistungstypen durchgeführt: Auch bei der Alkohol-Klientel weist der Leistungstyp „Behandlung“ bei allen acht Gruppen den mit Abstand höchsten Durchschnittswert auf, gleichzeitig nimmt dieser mit der Betreuungsdauer zu – mit Ausnahme der Gruppe „13 bis 18 Monate“, bei der der Wert wieder leicht zurückgeht (siehe Tabelle 3). Hier kommt es dagegen zu einer Zunahme beim Leistungstyp „Gesprächsgruppen“. Dieser Sachverhalt wurde schon bei der Auswertung über alle Klient/-innen beschrieben. Ebenso zeigt sich hier beim Leistungstyp „Beratung“, dass die Anzahl der in Anspruch genommenen Leistungen bei anhaltender Betreuung nicht zunimmt und dieser Leistungstyp insgesamt keine große Rolle spielt. Das Gleiche gilt für die sonstigen Leistungen (u. a. Vermittlung, Lebenspraktische Hilfen, Screening/Tests).

Tabelle 3: Mittlere Anzahl empfangener Leistungen der Alkohol-Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=763)

	bis 3 Monate		4 bis 6 Monate		7 bis 12 Monate		13 bis 18 Monate	
	<=5	>5	<=12	>12	<=21	>21	<=19	>19
Beratung	0,53	1,65	0,52	1,29	0,73	1,42	0,66	0,61
Behandlung	2,53	9,10	5,18	25,94	11,27	40,26	7,88	39,61
Gesprächsgruppen	0,09	0,79	0,65	2,29	1,02	3,92	1,29	7,18
Sonstige	0,17	0,46	0,44	1,22	0,62	1,25	0,65	1,77
Insgesamt	3,32	12,00	6,79	30,73	13,65	46,85	10,48	49,17

Auswertung III: Behandlungsphase und Poststationäre Betreuung

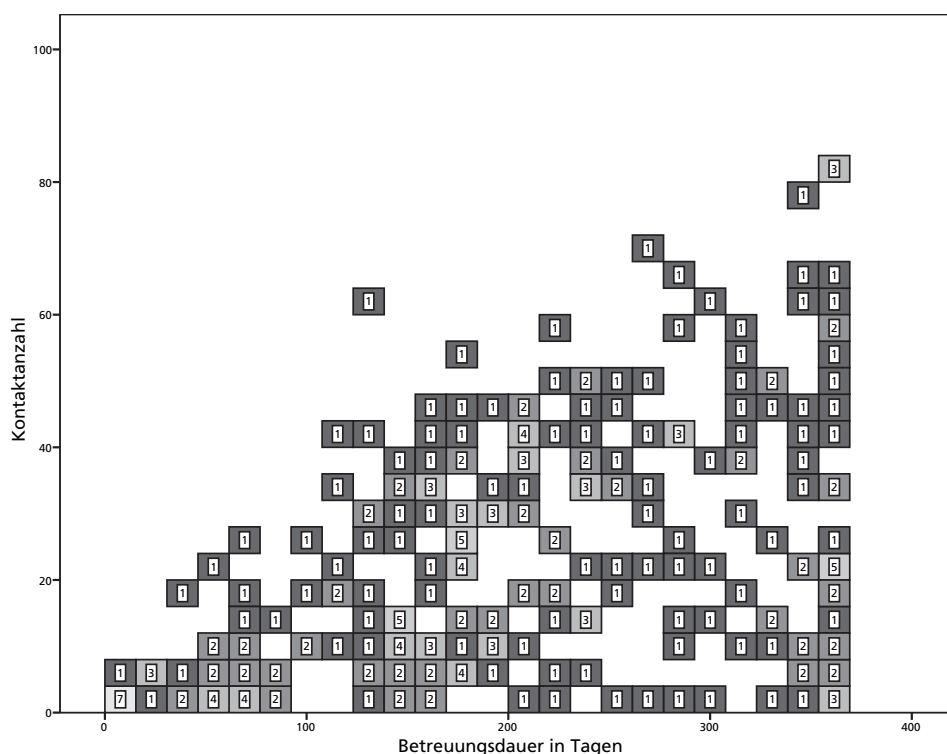
In diesem Kapitel werden separate Analysen zu den beiden Formen der AR-Behandlungsphase und Poststationäre Betreuung (siehe vorne) – durchgeführt, um weitere Erkenntnisse über die Klientel der AR und ihr Inanspruchnahmeverhalten zu gewinnen. Die Grundlage der Auswertungen stellen hierbei erneut die Alkohol-Klient/-innen dar.

Es sei angemerkt, dass bei dieser Analyse die Fallzahl in einigen Gruppen gering ist ($N < 50$), so dass nur eine eingeschränkte Repräsentativität gilt und eine Überinterpretation der folgenden Ergebnisse vermieden werden sollte. Die Funktion dieser differenzierten Analyse besteht in diesem Sinne vor allem darin, einige empirische Hinweise für die weitere fachliche Diskussion zu gewinnen.

Zunächst einmal soll – in Form von Streudiagrammen – ein Blick auf die Verteilung der Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit bei beiden Formen der AR geworfen werden.

Es wird dann deutlich, dass bei der AR-Behandlungsphase die möglichen therapeutischen Einheiten bei weitem nicht ausgeschöpft werden.¹¹ So können in den ersten 6 Monaten bis zu 40 Einheiten Einzel- und/oder Gruppengespräche in Anspruch genommen werden, bei weiteren 6 Monaten ist noch einmal der gleiche Umfang möglich (siehe vorne). Tatsächlich ist dies jedoch nur bei den allerwenigsten Alkohol-Klient/-innen der Fall; nur wenige Personen haben nach einem halben Jahr bzw. nach einem Jahr die Höchstgrenzen therapeutischer Einheiten erhalten (siehe Abbildung 15).

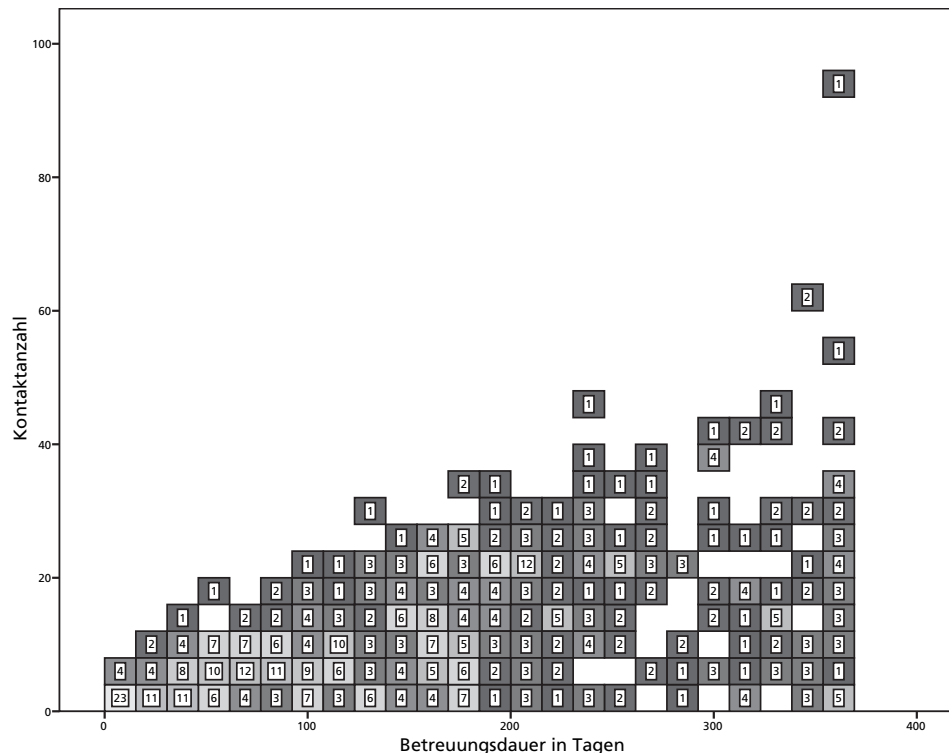
Abbildung 15: Anzahl Klient/-innen bei der Behandlungsphase nach Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit (N=204)



¹¹Das Streudiagramm bezieht sich aus Gründen der Übersichtlichkeit auf 12 Monate. Der Einbezug weiterer 6 Monate würde die Gesamtaussage nicht verändern.

Auch bei der Poststationären Betreuung zeigt sich, dass die möglichen therapeutischen Einheiten – bis zu 20 in den ersten 6 Monaten, bis zu 20 weitere bei einer Verlängerung um 6 Monate – nicht ausgeschöpft werden (siehe Abbildung 16). Hier ist die Abweichung jedoch nicht ganz so stark wie bei der AR-Behandlungsphase.

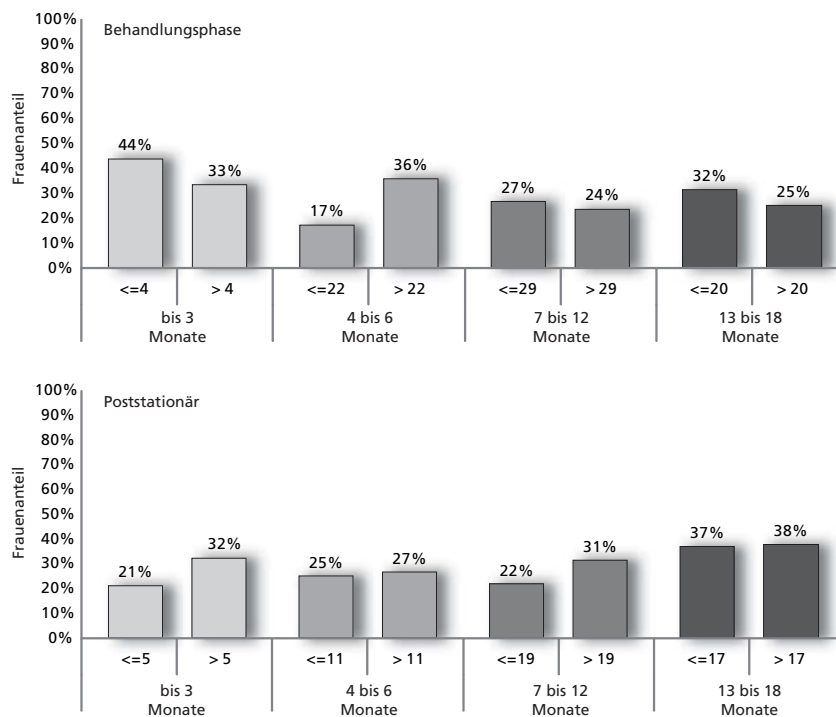
Abbildung 16: Anzahl der Klient/-innen bei der Poststationären Betreuung nach Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit (N=421)



Die dargestellte Verteilung nach Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit findet ihren Ausdruck auch in der unterschiedlichen Struktur des Medians bei beiden AR-Formen: Während er in der Gruppe der nur kurz betreuten Klientel (bis 3 Monate) noch nahe beieinander liegt (4 zu 5), ist er bei den folgenden Gruppen in der AR-Behandlungsphase deutlich höher als in der Poststationären Betreuung (siehe Abbildung 17). In der letzten Gruppe (13-18 Monate) nähert er sich dann wieder an (20 zu 17), was mit der Genehmigungspraxis nicht erklärt werden kann.

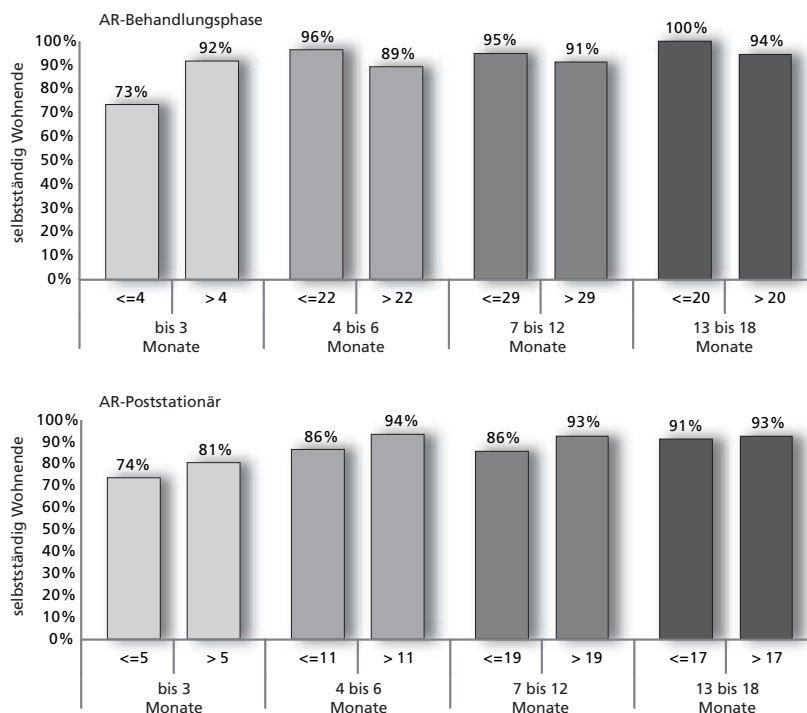
Wird im nächsten Schritt entlang der Struktur der beiden vorangegangenen Kapitel die geschlechts-spezifische Auswertung vorgenommen, ergeben sich sowohl innerhalb der beiden AR-Formen als auch im Vergleich untereinander keine Auffälligkeiten, die daraufhin hinweisen, dass hier Klientele mit einem spezifischen Inanspruchnahmeverhalten vorhanden sind (siehe Abbildung 17).

Abbildung 17: Anteil der Frauen in der Gruppe der Alkohol-Klient/-innen bei der Behandlungsphase und der Poststationären Betreuung nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=278 bzw. N=485)



Das Gleiche gilt für die Wohnsituation der alkoholabhängigen Klient/-innen: Weder aus der internen Perspektive noch beim direkten Vergleich der beiden AR-Formen sind Ergebnisse zu erkennen, die über die bisher vorliegenden empirischen Befunde hinausweisen (siehe Abbildung 18).

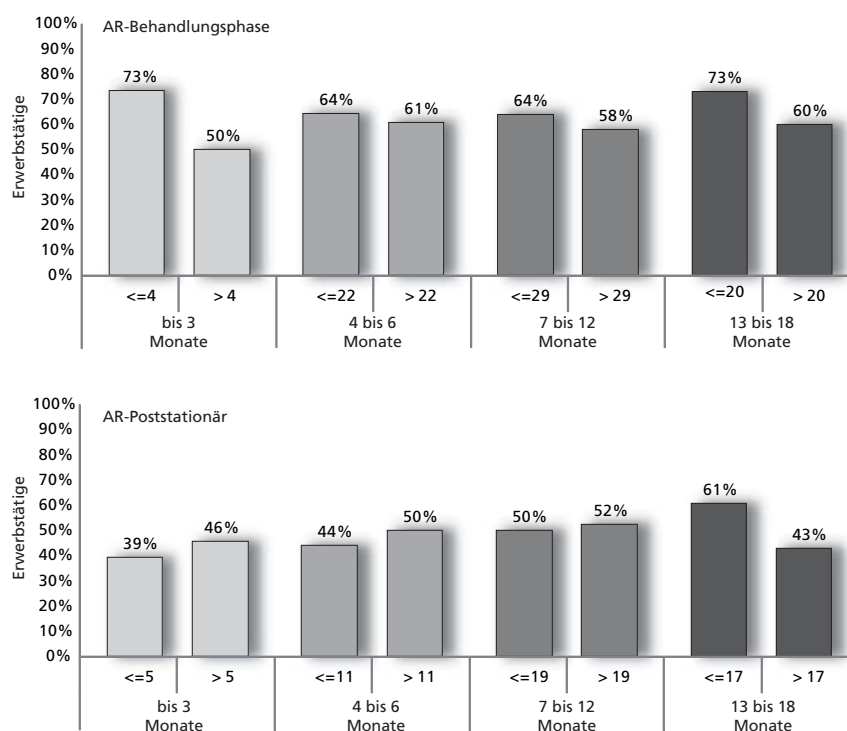
Abbildung 18: Anteil der selbstständig Wohnenden in der Gruppe der Alkohol-Klient/-innen bei der Behandlungsphase und der Poststationären Betreuung nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=272 bzw. N=476)



Dagegen zeigen sich deutliche Abweichungen zwischen den beiden AR-Formen, wenn die Erwerbssituation analysiert wird: Der Anteil der Erwerbstätigen ist bei der AR-Behandlungsphase (deutlich) höher als bei der Poststationären Betreuung. Das trifft auf alle acht Gruppen zu. So beträgt beispielsweise in der Gruppe 4 (4 bis 6 Monate, Kontakte >22 bzw. Kontakte >11) das Verhältnis 61% zu 50% (siehe Abbildung 19). Die stärkste Differenz findet sich in der Gruppe 1 (73% zu 39%).

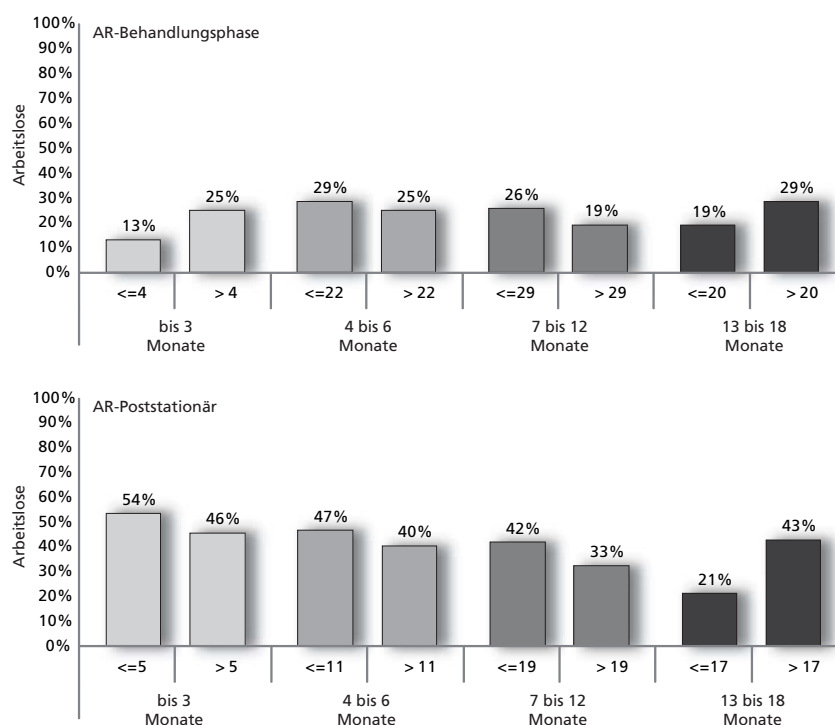
Darüber hinaus verschwindet bei der AR-Behandlungsphase jeglicher Zusammenhang zwischen der Erwerbssituation zu Beginn der AR und der Betreuungsdauer. Dagegen bleibt bei der Poststationären Betreuung die Tendenz eines leicht anwachsenden Anteils der Erwerbstätigenquote von links nach rechts (mit Ausnahme der letzten Gruppen). Diese differenzierte Erkenntnis tritt erst durch die Gegenüberstellung der beiden AR-Formen zu Tage.

Abbildung 19: Anteil der Erwerbstätigen in der Gruppe der Alkohol-Klient/-innen bei der Behandlungsphase und der Poststationären Betreuung nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=270 bzw. N=473)



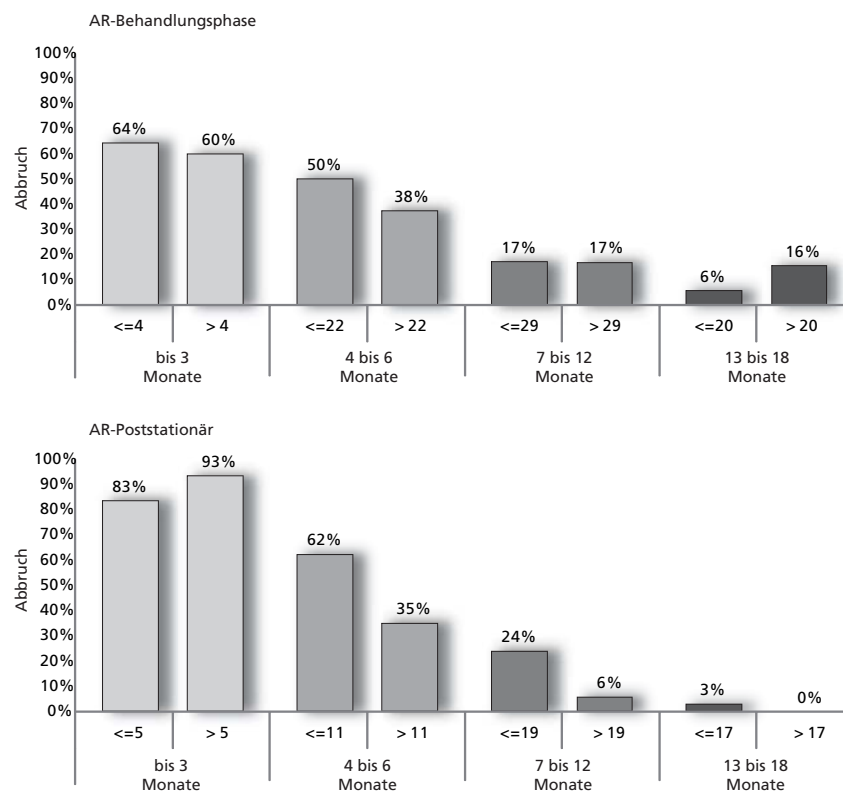
Die eben dargestellten Ergebnisse bestätigen sich bzw. werden teilweise noch klarer, wenn das Kriterium „arbeitslos“ in den Vergleich mit einbezogen wird. Bei der Klientel der Poststationären Betreuung sind die Quoten von arbeitslosen Personen deutlich höher als in der anderen AR-Form (siehe Abbildung 20). Die größte Abweichung ist auch hier in der ersten Gruppe vorhanden, aber auch bei den anderen sind deutliche Unterschiede feststellbar, z. B. in der Gruppe 5: 26% (Behandlungsphase) zu 42% (Poststationäre Betreuung). Ferner ist auch hier nur bei der Klientel der Poststationären Betreuung die Arbeitslosenquote bei den länger betreuten Gruppen tendenziell niedriger als bei den nur kurze Zeit betreuten Personen. Bei der AR-Behandlungsphase ist ein solches Muster nicht vorhanden. Der Binnenvergleich der Kontakthäufigkeit führt zu keinen weiteren Einsichten.

Abbildung 20: Anteil der Arbeitslosen in der Gruppe der Alkohol-Klient/-innen bei der Behandlungsphase und der Poststationären Betreuung nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=270 bzw. N=473)



Werden die Abbruchquoten betrachtet, zeigen sich weitere deutliche Unterschiede zwischen den beiden Formen der AR. Der Anteil derjenigen Klient/-innen, die vorzeitig die Betreuung abbrechen, ist bei den ersten beiden Gruppen (bis 3 Monate) der Poststationären Betreuung wesentlich höher als bei denjenigen der AR-Behandlungsphase (z. B. 93% zu 60%, Gruppe mit häufigeren Kontakten) (siehe Abbildung 21).¹² Auffällig ist, dass sich dieses Bild bei den letzten drei Gruppen umkehrt: Hier sind die Abbruchraten bei der Poststationären Betreuung insgesamt sehr gering (6% bis 0%) und liegen damit auf einem deutlich niedrigen Niveau als diejenigen der Behandlungsphase (17% bis 6%).

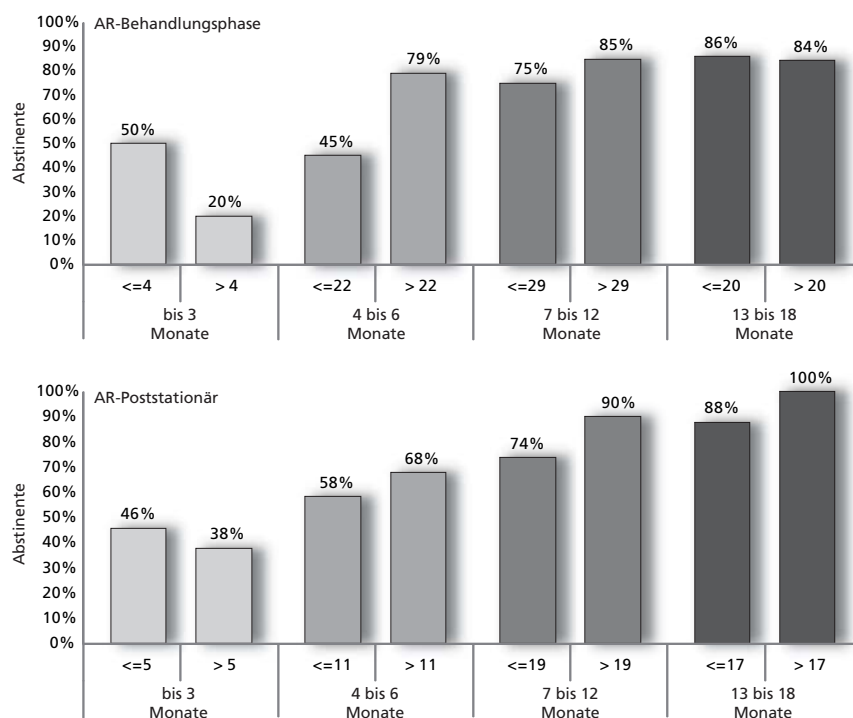
Abbildung 21: Anteil der Abbrecher/-innen in der Gruppe der Alkohol-Klient/-innen bei der Behandlungsphase und der Poststationären Betreuung nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=241 bzw. N=435)



¹² Insgesamt brechen 17% der Klient/-innen der Poststationären Betreuung in den ersten 3 Monaten die AR ab, bei der AR-Behandlungsphase liegt dieser Anteil bei 6%.

Während also starke Unterschiede beim Beendungsverhalten zwischen den zwei Formen der AR bestehen, stellen sich diesbezüglich die Abweichungen bei den Abstinenzraten als nicht so gravierend dar. Am Auffälligsten ist noch die Differenz in der Gruppe der Kurzzeit-Betreuten mit häufigeren Kontakten (bis 3 Monate, >4 bzw. >5 Kontakten): Hier beträgt das Verhältnis 20% (Behandlungsphase) zu 38% (Poststationäre Betreuung) (siehe Abbildung 22). Wesentlich erklärungsbedürftiger ist jedoch, dass in dieser Gruppe bei beiden AR-Formen die Klientele mit weniger Kontakten höhere Abstinenzraten aufweisen als diejenigen mit häufigeren Kontakten.

Abbildung 22: Anteil der Abstinente in der Gruppe der Alkohol-Klient/-innen bei der Behandlungsphase und der Poststationären Betreuung nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=241 bzw. N=422)



Die abschließende Analyse nach den Leistungstypen zeigt, bei einer Betrachtung der folgenden Tabellen von links nach rechts, ein zunächst ähnliches Inanspruchnahmeverhalten der nur kurze Zeit betreuten Klient/-innen (bis 3 Monate) bei beiden AR-Formen. In allen anderen Gruppen zeigen sich bei der Behandlungsphase hingegen durchgehend höhere Werte bezüglich der mittleren Anzahl der in Anspruch genommenen Leistungen insgesamt. Eine genauere Betrachtung der einzelnen Leistungstypen macht deutlich, dass sich die Unterschiede vor allem auf den Leistungstyp „Behandlung“ zurückführen lassen. Hierin spiegelt sich tendenziell die Genehmigungspraxis wider, nach der bei der Behandlungsphase mehr therapeutische Einheiten vorgesehen sind als bei der Poststationären Betreuung. Entsprechend sind auch die Durchschnittswerte bei den Leistungstypen „Behandlung“ und „Gesprächsgruppen“ im Rahmen der Behandlungsphase in nahezu allen Gruppen größer. Beim Leistungstyp „Beratung“ ergibt der Vergleich beider AR-Formen hingegen keine nennenswerten Auffälligkeiten und Unterschiede.

Tabelle 4: Mittlere Anzahl empfangener Leistungen der Alkohol-Klient/-innen bei der Behandlungsphase nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=278)

	bis 3 Monate		4 bis 6 Monate		7 bis 12 Monate		13 bis 18 Monate	
	<=4	>4	<=22	>22	<=29	>29	<=20	>20
Beratung	0,38	2,33	0,31	1,39	0,90	1,47	0,29	0,75
Behandlung	1,88	9,00	11,07	34,36	14,30	53,08	9,08	47,36
Gesprächsgruppen	0,06	0,75	2,93	2,07	2,73	4,49	2,05	6,39
Sonstige	0,19	0,64	0,55	1,53	0,70	1,17	0,71	1,25
Insgesamt	2,51	12,72	14,86	39,35	18,63	60,21	12,13	55,75

Tabelle 5: Mittlere Anzahl empfangener Leistungen der Alkohol-Klient/-innen bei der Poststationären Betreuung nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=485)

	bis 3 Monate		4 bis 6 Monate		7 bis 12 Monate		13 bis 18 Monate	
	<=5	>5	<=11	>11	<=19	>19	<=17	>17
Beratung	0,58	1,38	0,57	1,34	0,67	1,34	0,54	1,07
Behandlung	2,67	9,03	4,67	21,81	10,10	30,72	6,14	27,24
Gesprächsgruppen	0,11	0,78	0,39	1,78	0,82	2,58	1,31	6,52
Sonstige	0,18	0,38	0,47	1,05	0,57	1,29	0,54	2,34
Insgesamt	3,54	11,57	6,10	25,98	12,16	35,93	8,53	37,17

Literatur

HLS, Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (2005): Manual zum Biografie- und Leistungskatalog der ambulanten Suchthilfe in Hessen (Version 4.2), Frankfurt a.M.

Kloss M., Kalke J., Hiller P., Raschke P. & Werse B. (2007): Werkstattbericht: Das Inanspruchnahmeverhalten der Klientinnen und Klienten – ein erster Überblick. unveröffentlichter Bericht, Frankfurt a.M.

Krankenkassen & Rentenversicherungsträger (2001): Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen. Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker, Mai 2001.

Neumann E., Kalke J., Raschke P. & Werse B. (2007): Landesauswertung 2006 der computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen. Grunddaten, Band 1, Frankfurt a.M.

Tabellenanhang

Tabelle A: Auswertung I - alle Klient/-innen

	bis 3 Monate		4-6 Monate		7-12 Monate		13-18 Monate	
	<=4	>4	<=12	>12	<=20	>20	<=19	>19
Hauptdiagnose								
Alkohol	72,2%	81,3%	86,2%	91,5%	85,7%	89,7%	83,5%	76,5%
Opiate	16,5%	7,5%	4,3%	3,8%	4,0%	2,9%	5,5%	3,7%
Sonstige	11,4%	11,3%	9,5%	4,7%	10,3%	7,5%	11,0%	19,8%
Gesamt N	79	80	116	106	175	174	91	81
Geschlecht								
männlich	71,0%	72,6%	77,1%	69,0%	75,4%	72,0%	65,0%	70,9%
weiblich	29,0%	27,4%	22,9%	31,0%	24,6%	28,0%	35,0%	29,1%
Gesamt N	93	84	131	116	187	186	100	86
Wohnsituation								
Selbstst. Wohnen	72,1%	78,0%	86,1%	88,1%	83,7%	90,1%	92,9%	89,2%
Bei Angeh./Eltern	11,6%	12,2%	8,2%	4,6%	9,0%	7,2%	6,1%	3,6%
Betreutes Wohnen	3,5%	3,7%	3,3%	5,5%	3,9%	1,7%	0,0%	6,0%
Heim/Klinik	2,3%	1,2%	0,8%	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%
JVA	1,2%	2,4%	0,8%	0,9%	0,6%	0,0%	1,0%	0,0%
ohne Wohnung	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Prov. Wohnsituation: Notunterkunft	1,2%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Prov. Wohnsituation: bei Eltern	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
keine Angaben	0,0%	1,2%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sonstiges	7,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	1,1%	0,0%	1,2%
Gesamt N	86	82	122	109	178	181	98	83
Erwerbssituation								
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	41,9%	43,2%	44,7%	53,7%	51,4%	57,2%	64,2%	59,3%
arbeitslos/erwerbslos	51,2%	44,4%	44,7%	34,3%	40,0%	27,8%	25,3%	27,2%
berufliche Rehabilitation	1,2%	1,2%	0,0%	0,9%	1,1%	0,6%	1,1%	2,5%
sonstige	5,8%	11,1%	10,6%	11,1%	7,4%	14,4%	9,5%	11,1%
Gesamt N	86	81	123	108	175	180	95	81
Konsumstatus zu Betreuungsende								
abstinent	40,0%	36,1%	60,9%	62,2%	75,9%	80,7%	87,2%	84,4%
kein Problem seit Betr.beginn	4,3%	2,8%	0,0%	2,0%	0,6%	1,9%	2,1%	5,2%
verschlechtert	21,4%	44,4%	16,4%	22,4%	10,6%	3,7%	3,2%	1,3%
gebessert	15,7%	6,9%	12,7%	10,2%	4,7%	11,2%	2,1%	9,1%
unverändert	18,6%	9,7%	10,0%	3,1%	8,2%	2,5%	5,3%	0,0%
Gesamt N	70	72	110	98	170	161	94	77
Art der Beendigung								
Abbr. d. Einricht.	6,3%	8,2%	13,0%	7,1%	4,6%	5,0%	2,1%	0,0%
Abbr. durch KlientIn	72,5%	72,6%	44,3%	31,3%	17,3%	11,8%	2,1%	6,5%
planm. Abschluß	11,3%	8,2%	38,3%	54,5%	74,6%	80,1%	91,5%	92,2%
Strafvollzug	1,3%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
verstorben	2,5%	0,0%	0,0%	1,0%	1,2%	0,6%	0,0%	0,0%
Weitervermittlung/ Verlegung/Wechsel	6,3%	9,6%	4,3%	6,1%	2,3%	2,5%	4,3%	1,3%
Gesamt N	80	73	115	99	173	161	94	77

Tabelle B: Auswertung II - Alkoholklient/-innen

	bis 3 Monate		4-6 Monate		7-12 Monate		13-18 Monate	
	<=5	>5	<=12	>12	<=21	>21	<=19	>19
Geschlecht								
männlich	73,0%	68,8%	76,0%	72,2%	76,4%	71,7%	64,5%	71,0%
weiblich	27,0%	31,3%	24,0%	27,8%	23,6%	28,3%	35,5%	29,0%
Gesamt N	74	48	100	97	161	145	76	62
Wohnsituation								
Selbstständiges Wohnen	74,0%	83,0%	88,7%	92,6%	87,3%	94,4%	96,1%	93,4%
Bei Angehörigen/Eltern	12,3%	8,5%	6,2%	3,2%	7,6%	4,9%	3,9%	4,9%
Betreutes Wohnen	2,7%	2,1%	2,1%	2,1%	2,5%	0,0%	0,0%	1,6%
Heim/Klinik	1,4%	0,0%	1,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
JVA	0,0%	4,3%	1,0%	1,1%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
ohne Wohnung	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Prov. Wohnsituation: Notunterkunft	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Prov. Wohnsituation: bei Eltern	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
keine Angaben	0,0%	2,1%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sonstiges	6,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,7%	0,0%	0,0%
Gesamt N	73	47	97	94	158	142	76	61
Erwerbssituation								
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	45,8%	47,8%	46,5%	56,4%	54,1%	55,6%	64,4%	55,0%
arbeitslos/ erwerbslos	44,4%	41,3%	44,4%	33,0%	37,6%	25,4%	23,3%	31,7%
berufliche Rehabilitation	1,4%	0,0%	0,0%	1,1%	1,3%	0,7%	0,0%	0,0%
sonstige	8,3%	10,9%	9,1%	9,6%	7,0%	18,3%	12,3%	13,3%
Gesamt N	72	46	99	94	157	142	73	60
Konsumstatus am Betreuungsende								
abstinent	47,6%	31,6%	58,3%	67,9%	77,2%	84,0%	88,9%	89,1%
kein Problem seit Betr.beginn	6,3%	0,0%	0,0%	2,5%	0,7%	2,4%	1,4%	5,5%
verschlechtert	20,6%	52,6%	15,5%	14,8%	8,3%	2,4%	4,2%	1,8%
gebessert	12,7%	10,5%	14,3%	11,1%	4,8%	8,0%	1,4%	3,6%
unverändert	12,7%	5,3%	11,9%	3,7%	9,0%	3,2%	4,2%	0,0%
Gesamt N	63	38	84	81	145	125	72	55
Art der Beendigung								
Abbruch durch Einrichtung	7,2%	7,7%	17,0%	7,3%	3,4%	4,0%	2,8%	0,0%
Abbruch durch KlientIn	71,0%	79,5%	43,2%	28,0%	17,1%	8,0%	1,4%	9,1%
planmäßiger Abschluß	13,0%	5,1%	35,2%	58,5%	78,1%	84,0%	91,7%	89,1%
verstorben	2,9%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%
Weitervermittlung/ Verlegung/Wechsel	5,8%	7,7%	4,5%	4,9%	1,4%	3,2%	4,2%	1,8%
Gesamt N	69	39	88	82	146	125	72	55

Tabelle C: Auswertung III - AR Behandlungsphase

	bis 3 Monate		4-6 Monate		7-12 Monate		13-18 Monate	
	<=4	>4	<=22	>22	<=29	>29	<=20	>20
Geschlecht								
männlich	56,3%	66,7%	82,8%	64,3%	73,3%	76,3%	68,4%	75,0%
weiblich	43,8%	33,3%	17,2%	35,7%	26,7%	23,7%	31,6%	25,0%
Gesamt N	16	12	29	28	60	59	38	36
Wohnsituation								
Selbstständiges Wohnen	73,3%	91,7%	96,3%	89,3%	94,8%	91,4%	100,0%	94,4%
Bei Angehörigen/Eltern	13,3%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	6,9%	0,0%	2,8%
Betreutes Wohnen	0,0%	0,0%	0,0%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
JVA	0,0%	8,3%	3,7%	3,6%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Sonstiges	13,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	0,0%	0,0%
Gesamt N	15	12	27	28	58	58	38	36
Erwerbssituation								
Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden	73,3%	50,0%	64,3%	60,7%	63,8%	57,9%	73,0%	60,0%
arbeitslos/erwerbslos	13,3%	25,0%	28,6%	25,0%	25,9%	19,3%	18,9%	28,6%
berufliche Rehabilitation	0,0%	0,0%	0,0%	3,6%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%
sonstige	13,3%	25,0%	7,1%	10,7%	8,6%	22,8%	8,1%	11,4%
Gesamt N	15	12	28	28	58	57	37	35
Konsumstatus zu Betreuungsende								
abstinent	50,0%	20,0%	45,0%	79,2%	75,0%	84,9%	86,1%	84,4%
kein Problem seit Betr.beginn	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	1,9%	5,6%	6,3%
verschlechtert	21,4%	50,0%	25,0%	8,3%	5,8%	3,8%	2,8%	3,1%
gebessert	14,3%	20,0%	20,0%	8,3%	9,6%	7,5%	0,0%	6,3%
unverändert	14,3%	10,0%	10,0%	4,2%	5,8%	1,9%	5,6%	0,0%
Gesamt N	14	10	20	24	52	53	36	32
Art der Beendigung								
Abbruch durch Einrichtung	14,3%	20,0%	15,0%	4,2%	3,8%	3,8%	5,6%	0,0%
Abbruch durch KlientIn	50,0%	40,0%	35,0%	33,3%	13,5%	13,2%	0,0%	15,6%
planmäßiger Abschluß	21,4%	30,0%	40,0%	54,2%	78,8%	77,4%	91,7%	84,4%
verstorben	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	0,0%	0,0%
Weitervermittlung/ Verlegung/Wechsel	7,1%	10,0%	10,0%	8,3%	3,8%	3,8%	2,8%	0,0%
Gesamt N	14	10	20	24	52	53	36	32

Tabelle D: Auswertung III - AR Poststationäre Betreuung

	bis 3 Monate		4-6 Monate		7-12 Monate		13-18 Monate	
	<=5	>5	<=11	>11	<=19	>19	<=17	>17
Geschlecht								
männlich	78,9%	67,6%	75,0%	73,4%	78,2%	68,6%	62,9%	62,1%
weiblich	21,1%	32,4%	25,0%	26,6%	21,8%	31,4%	37,1%	37,9%
Gesamt N	57	37	76	64	101	86	35	29
Wohnsituation								
Selbstständiges Wohnen	73,7%	80,6%	86,5%	93,5%	85,9%	92,9%	91,4%	92,9%
Bei Angehörigen/Eltern	12,3%	11,1%	8,1%	4,8%	8,1%	5,9%	8,6%	7,1%
Betreutes Wohnen	3,5%	2,8%	2,7%	0,0%	3,0%	1,2%	0,0%	0,0%
Heim/Klinik	1,8%	0,0%	1,4%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%
JVA	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
ohne Wohnung	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Prov. Wohnsituation: Notunterkunft	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Prov. Wohnsituation: bei Eltern	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
keine Angaben	0,0%	2,8%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sonstiges	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Gesamt N	57	36	74	62	99	85	35	28
Erwerbssituation								
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	39,3%	45,7%	44,0%	50,0%	50,0%	52,3%	60,6%	42,9%
arbeitslos/ erwerbslos	53,6%	45,7%	46,7%	40,3%	41,8%	32,6%	21,2%	42,9%
berufliche Rehabilitation	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	1,2%	0,0%	0,0%
sonstige	5,4%	8,6%	9,3%	9,7%	7,1%	14,0%	18,2%	14,3%
Gesamt N	56	35	75	62	98	86	33	28
Konsumstatus zu Betreuungsende								
abstinent	45,8%	37,9%	58,5%	67,9%	73,7%	90,0%	87,9%	100,0%
kein Problem seit Betr.beginn	8,3%	0,0%	0,0%	3,6%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%
verschlechtert	20,8%	51,7%	13,8%	16,1%	10,5%	0,0%	6,1%	0,0%
gebessert	12,5%	6,9%	15,4%	8,9%	3,2%	7,1%	3,0%	0,0%
unverändert	12,5%	3,4%	12,3%	3,6%	12,6%	1,4%	3,0%	0,0%
Gesamt N	48	29	65	56	95	70	33	26
Art der Beendigung								
Abbruch durch Einrichtung	5,6%	3,3%	14,5%	12,3%	4,2%	2,9%	0,0%	0,0%
Abbruch durch KlientIn	77,8%	90,0%	47,8%	22,8%	19,8%	2,9%	3,0%	0,0%
planmäßiger Abschluß	9,3%	0,0%	33,3%	61,4%	74,0%	94,3%	90,9%	96,2%
verstorben	1,9%	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Weitervermittlung/ Verläng./Wechsel	5,6%	6,7%	4,3%	1,8%	2,1%	0,0%	6,1%	3,8%
Gesamt N	54	30	69	57	96	70	33	26

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Vergleichsgruppen nach Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit (N=983)	16
Tabelle 2:	Mittlere Anzahl empfangener Leistungen aller Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=983)	21
Tabelle 3:	Mittlere Anzahl empfangener Leistungen der Alkohol-Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=763)	25
Tabelle 4:	Mittlere Anzahl empfangener Leistungen der Alkohol-Klient/-innen bei der Behandlungsphase nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=278)	33
Tabelle 5:	Mittlere Anzahl empfangener Leistungen der Alkohol-Klient/-innen bei der Poststationären Betreuung nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=485)	33
Tabelle A:	Auswertung I - alle Klient/-innen	35
Tabelle B:	Auswertung II - Alkoholklient/-innen	36
Tabelle C:	Auswertung III - AR Behandlungsphase	37
Tabelle D:	Auswertung III - AR Poststationäre Betreuung	38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Anzahl Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit	15
Abbildung 2:	Anteil der Hauptdiagnosegruppe Alkohol an allen Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=902)	17
Abbildung 3:	Anteil der Frauen an allen Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=983)	18
Abbildung 4:	Anteil der selbstständig Wohnenden an allen Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=939)	18
Abbildung 5:	Anteil der Erwerbstätigen an allen Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=931)	19
Abbildung 6:	Anteil der Arbeitslosen an allen Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=931)	19
Abbildung 7:	Anteil der Abbrecher/-innen an allen Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=872)	20
Abbildung 8:	Anteil der Abstinenter an allen Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=852)	21
Abbildung 9:	Anteil der Frauen an allen Alkohol-Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=763)	22
Abbildung 10:	Anteil der selbstständig Wohnenden an allen Alkohol-Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=748)	22
Abbildung 11:	Anteil der Erwerbstätigen an allen Alkohol-Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=743)	23
Abbildung 12:	Anteil der Arbeitslosen an allen Alkohol-Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=743)	23

Abbildung 13: Anteil der Abbrecher/-innen an allen Alkohol-Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=676).....	24
Abbildung 14: Anteil der Abstinenten an allen Alkohol-Klient/-innen nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=663).....	24
Abbildung 15: Anzahl Klient/-innen bei der Behandlungsphase nach Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit (N=204).....	26
Abbildung 16: Anzahl der Klient/-innen bei der Poststationären Betreuung nach Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit (N=421).....	27
Abbildung 17: Anteil der Frauen in der Gruppe der Alkohol-Klient/-innen bei der Behandlungsphase und der Poststationären Betreuung nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=278 bzw. N=485).....	28
Abbildung 18: Anteil der selbstständig Wohnenden in der Gruppe der Alkohol-Klient/-innen bei der Behandlungsphase und der Poststationären Betreuung nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=272 bzw. N=476)	28
Abbildung 19: Anteil der Erwerbstätigen in der Gruppe der Alkohol-Klient/-innen bei der Behandlungsphase und der Poststationären Betreuung nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=270 bzw. N=473).....	29
Abbildung 20: Anteil der Arbeitslosen in der Gruppe der Alkohol-Klient/-innen bei der Behandlungsphase und der Poststationären Betreuung nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=270 bzw. N=473)	30
Abbildung 21: Anteil der Abbrecher/-innen in der Gruppe der Alkohol-Klient/-innen bei der Behandlungsphase und der Poststationären Betreuung nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=241 bzw. N=435).....	31
Abbildung 22: Anteil der Abstinenten in der Gruppe der Alkohol-Klient/-innen bei der Behandlungsphase und der Poststationären Betreuung nach Betreuungsdauer und Kontaktanzahl (N=241 bzw. N=422)	32



**Hessische Landesstelle für
Suchtfragen e.V.**

*Kompetent durch Erfahrung
Innovativ durch Flexibilität*