

7.2 HIV/AIDS, sexuell übertragbare Infektionen und Hepatitiden - Berliner Rahmen- und Entwicklungskonzept zur Prävention

Ende 2009 lebten in Berlin insg. rd. 11.200 Menschen mit einer *HIV-Infektion*, darunter rd. 9.900 Männer und rd. 1.300 Frauen. Mit 12,8 Infektionen auf 100.000 Einwohner hat Berlin mit die höchste Inzidenzrate deutscher Großstädte.

In den letzten Jahren ist insbesondere in Großstädten wie Berlin vor allem bei *Männern, die Sex mit Männern haben (MSM)*, ein Anstieg der HIV-Neuinfektionen zu verzeichnen. Mit 88 % ist der Anteil an den HIV-Neudiagnosen bei der Gruppe der MSM in Berlin extrem hoch³⁰.

MSM bilden Gruppe mit dem höchsten HIV-Infektionsrisiko

Gleichzeitig ist bei der Gruppe der MSM ein Anstieg an *sexuell übertragbaren Infektionen (STI)* und *Hepatitisinfektionen* zu konstatieren. Sexuell übertragbare Infektionen und Hepatitisinfektionen stellen einen wichtigen Kofaktor bei der Übertragung von HIV dar, da sich das Übertragungsrisiko von HIV beim Vorhandensein einer sexuell übertragbaren Infektion deutlich erhöht.

Die Interpretation der epidemiologischen Daten zeigt deutlich auf, dass eine sinnvolle Prävention von HIV/AIDS nur in Verbindung mit gleichzeitiger Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen erfolgreich sein kann.

Der medizinische Fortschritt in den letzten Jahren, vor allem die antiretrovirale Therapie, hat zu einer längeren Lebenserwartung der Betroffenen und einer deutlichen Zunahme ihrer Lebensqualität geführt. Dadurch haben sich aber auch die *Anforderungen an die Prävention und Versorgung verändert*. Es gilt, Antworten zu finden auf die „Normalisierung“ von AIDS: die längere Lebenserwartung führt zu einem Anstieg des Beratungsbedarfs von Menschen mit HIV und AIDS, insbesondere auch zu einem Beratungsbedarf hinsichtlich Rückkehrmöglichkeiten ins Erwerbsleben.

Rahmenkonzept zur Prävention von HIV/AIDS, sexuell übertragbaren Infektionen und Hepatitisinfektionen

Um den veränderten Anforderungen an die Präventionsarbeit sowie der Versorgung von Menschen mit HIV/AIDS und/oder chronischer Hepatitis C Rechnung zu tragen, hat die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz ein *Rahmenkonzept* zur Prävention von HIV/AIDS, sexuell übertragbaren Infektionen und Hepatitisinfektionen in Berlin entwickelt, das im *Herbst 2010 vorgelegt* wurde.

Das Konzept wurde in Abstimmung mit freien Trägern, dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband sowie Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes erstellt und umfasst folgende *Hauptziele*:

- Verankerung des *Präventionswissens* in den Zielgruppen,
- Stärkung der Handlungskompetenzen für die individuelle Gesunderhaltung sowie Förderung eines nachhaltigen Schutzverhaltens und dessen Implementierung im persönlichen *Lebensstil*,
- Stärkung der zielgruppenspezifischen Angebote durch verbindliche *Kooperationen der Projekte* im Handlungsfeld, mit angrenzenden Bereichen und mit den Institutionen in der Regelversorgung,
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen *Chancengleichheit*,
- Verstärkung der *Prävention in Betriebsstätten*, in denen sexuelle Begegnungen stattfinden und/oder sexuelle Dienstleistungen angeboten werden,
- Förderung eines akzeptierenden und *solidarischen Umgangs* mit Menschen mit HIV/AIDS und/oder Hepatitiden,

³⁰ Robert Koch-Institut (RKI) (2010): Epidemiologische Kurzinformation „HIV/AIDS in Berlin - Eckdaten“, Stand Ende 2009.

Die vom RKI zusammengestellten Eckdaten zur Abschätzung der HIV-Neuinfektionen und der Zahl der in Berlin lebenden Menschen mit HIV erfolgt in jedem Jahr neu auf der Grundlage aller zur Verfügung stehenden Daten und Informationen und stellen keine automatische Fortschreibung früher publizierter Daten dar.

- Förderung der Gesundheit bei *Menschen in Haft*,
- Stärkung der *Selbsthilfe* und des ehrenamtlichen Engagements.

Das Rahmenkonzept richtet sich hinsichtlich Prävention neben der Allgemeinbevölkerung an *spezifische Zielgruppen*:

- Männer, die Sex mit Männern haben,
- Frauen in der Sexarbeit,
- Menschen aus Hochprävalenzländern,
- Menschen mit riskantem Drogenkonsum (diese sind insbesondere auch dem Risiko der Übertragung mit Hepatitis C ausgesetzt),
- Menschen in Haft.

Bei der letztgenannten Gruppe handelt es sich um Menschen in einem besonderen Setting, die auch einem doppelten Infektionsrisiko ausgesetzt sind, nämlich sich einerseits durch Sexualkontakte, andererseits durch unsterilen Drogenkonsum zu infizieren. Aus diesem Grunde sind *Inhaftierte* bewusst als Zielgruppe von Präventionsmaßnahmen in das Rahmenkonzept aufgenommen worden.

Der Fokus der Prävention muss aber auf *MSM als der größten Hauptbetroffenengruppe* gelegt werden.

Entwicklungskonzept für die HIV-/AIDS-/STI- und Hepatitisprävention

Verfahrensvorschläge zur Umsetzung des Rahmenkonzepts

In Ergänzung zum Rahmenkonzept hat die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz die Erstellung eines *Entwicklungskonzepts* für die HIV-/AIDS-/STI- und Hepatitisprävention in Berlin³¹ in Auftrag gegeben mit der Maßgabe, konkrete Verfahrensvorschläge und Umsetzungsschritte aufzuzeigen. Dieses Entwicklungskonzept wurde zum Welt-AIDS-Tag *am 01.12.2010 vorgelegt* und beinhaltet neben der Situationsdarstellung der AIDS-Infrastruktur in Berlin einen sehr konkreten Umsetzungsvorschlag:

Es sollen *neun verschiedene Themengruppen*, an denen je nach Problemstellung unterschiedliche Beteiligte vertreten sind (Senatsverwaltungen, der öffentliche Gesundheitsdienst, freie Träger und Betroffene) eingerichtet werden, deren *Ziel* es ist, in einem partizipativ gestalteten Prozess einen gemeinsam getragenen Konsens einerseits für die Lösung erkannter Problemlagen und andererseits zur Optimierung bestehender Schnittstellen zu anderen Strukturen zu erarbeiten.

Für die *Umsetzung des Verfahrensvorschlages* wird mit einer Dauer von 18 - 24 Monaten gerechnet. Der Umsetzungsprozess soll dabei extern begleitet und moderiert werden.

7.3 Inanspruchnahme der Drogen- und Suchthilfeinrichtungen in Berlin

Da die Drogen- und Suchthilfeinrichtungen in Berlin nahezu vollständig an der bundesweit einheitlichen *Dokumentation des Deutschen Kerndatensatzes (KDS) der Suchtkrankenhilfe* teilnehmen, liegen in diesem Bereich verlässliche Daten über die Behandlungsnachfrage sowohl in ambulanten als auch in stationären Einrichtungen vor. Im Folgenden werden die wichtigsten *Auswertungsergebnisse der Suchthilfestatistik Berlin* des Jahres 2009 dargestellt.

Die jährliche Auswertung der Kerndaten und die Berichterstattung für die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz wird vom Institut für Therapieforchung, München (IFT) durchgeführt; die folgenden Angaben wurden der aktuellen Veröffentlichung entnommen³².

³¹ Rahmen- und Entwicklungskonzept sind im Internet abrufbar unter http://www.berlin.de/sen/gesundheits/oegd_reform/gesetze_literatur/index.html#Konzepte.

³² Steppan, Martin; Künzel, Jutta; Pfeiffer-Gerschel, Tim (2010): Suchthilfestatistik 2009 - Jahresreport zur aktuellen Situation der Suchthilfe in Berlin. IFT Institut für Therapieforchung, München. Die Publikation wird im Internet unter <http://www.berlin.de/lb/drogen-sucht/bilanz/> zur Verfügung gestellt.

Im Jahr 2009 wurden in 46 ambulanten Beratungsstellen und 13 stationären Einrichtungen, die sich an der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) beteiligt haben, **19.053 ambulante Betreuungen und 2.570 stationäre Behandlungen** durchgeführt. Mit diesem Betreuungsvolumen zählt die Berliner Suchtkrankenhilfe zu den größten Versorgungssystemen im Suchtbereich in Deutschland. Als Themenschwerpunkt wurde dieses Jahr darüber hinaus die regionale Entwicklung im zeitlichen Verlauf betrachtet, sodass regionale Verlagerungen, Brennpunkte und regionale Veränderungen in der Berliner Suchthilfe besser beleuchtet werden können.

Berliner Suchtkrankenhilfe zählt bundesweit zu den größten Versorgungssystemen im Suchtbereich

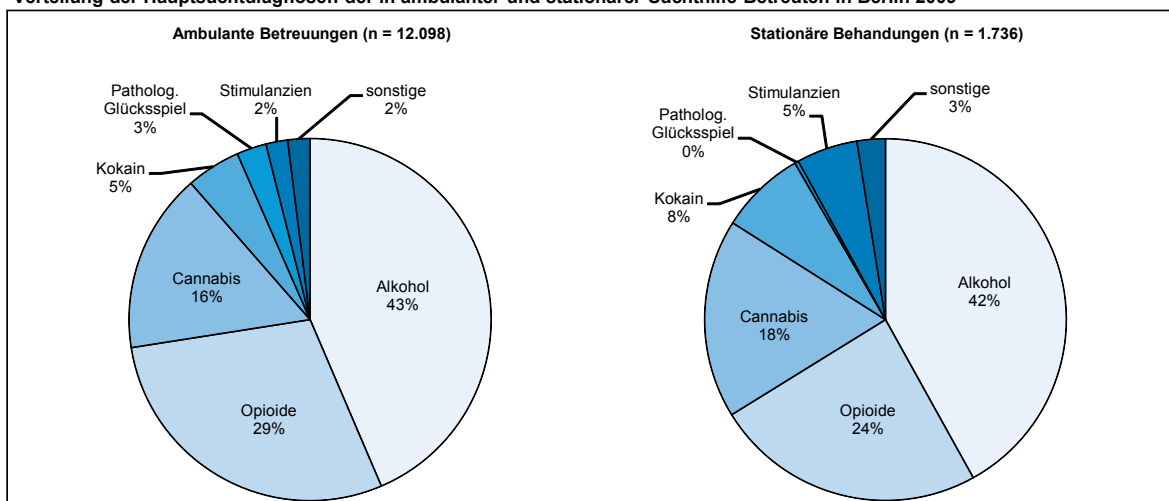
7.3.1 Klientel der Suchthilfeeinrichtungen nach Hauptsuchtdiagnosen und soziodemografischen Merkmalen

Verteilung nach Hauptsuchtdiagnosen

Die diagnostischen Informationen zur Klientel der Berliner Suchthilfe beruhen auf der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD-10. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die sechs großen Diagnosebereiche der ambulanten und stationären Suchthilfe. Wie aus Abbildung 7.1 ersichtlich, kommt der größte Teil der Patientinnen und Patienten in die **ambulanten Einrichtungen** aufgrund einer Problematik mit Alkohol (43,6 %). Die nächsten Gruppen bilden Opiatabhängige mit 29,0 % und Menschen mit einer Hauptsuchtdiagnose Cannabis (16,0 %). Das Verhältnis der drei größten Patientengruppen in den **stationären Einrichtungen** verteilt sich ähnlich (41,9 % / 24,3 % / 17,8 %). Weitere häufige **Hauptdiagnosen** sind Probleme aufgrund des Konsums von Kokain (bzw. Crack: ambulant 4,9 % / stationär 7,7 %) und Stimulanzien (MDMA³³ und verwandte Substanzen, Amphetamine, Ephedrin, Ritalin etc.: ambulant 1,9 % / stationär 5,5 %). Pathologisches Glücksspiel stellt den sechsten großen Hauptdiagnosebereich dar (ambulant 2,7 % / stationär 0,3 %). Zu den weiteren Hauptsuchtdiagnosen (in der Abbildung 7.1 unter „sonstige“ zusammengefasst) zählen Sedativa/Hypnotika, Tabak, andere psychotrope Substanzen, Halluzinogene und flüchtige Lösungsmittel (vgl. Abbildung 7.1).

Alkohol häufigster Grund für die Inanspruchnahme der Suchthilfe

Abbildung 7.1:
Verteilung der Hauptsuchtdiagnosen der in ambulanter und stationärer Suchthilfe Betreuten in Berlin 2009



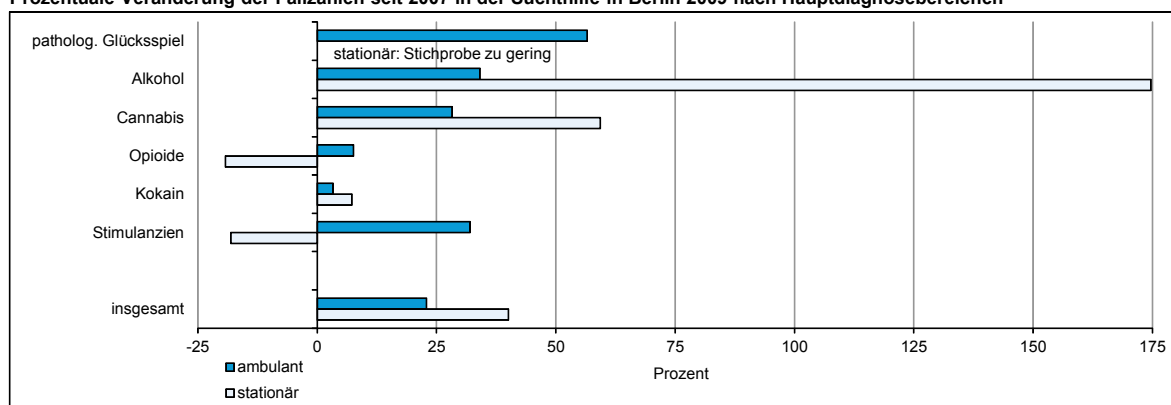
(Datenquelle: Institut für Therapieforschung München / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

³³ 3,4-Methylenedioxy-N-methylamphetamin.

Im **Vergleich zu den früheren Jahren** hat sich im stationären Bereich seit 2008 eine starke Verschiebung ergeben, da sich in diesem Jahr mit der Vivantes Hartmut-Spittler-Klinik erstmals eine große stationäre Alkoholtherapieeinrichtung an der Dokumentation des KDS beteiligte. In den Jahren zuvor lag der Anteil der Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit in stationären Einrichtungen nur bei rd. 20 %. Dennoch ist davon auszugehen, dass die Zahl der in Berliner stationären Einrichtungen Betreuten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt noch nicht die tatsächliche Behandlungsnachfrage abbildet, da im Bundesdurchschnitt der Anteil der Alkoholpatientinnen und -patienten in stationären Suchthilfeeinrichtungen bei rd. 70 % liegt.

Die längsschnittliche Veränderung seit dem Jahr 2007 (Einführung des neuen Deutschen Kernsatzes) zeigt eine Zunahme der Inanspruchnahme der Berliner Suchthilfe im ambulanten Bereich um 22,9 % und in stationären Einrichtungen um 40,1 %. Diese Veränderungen und die für die jeweiligen Substanzgruppen werden in der Darstellung der Abbildung 7.2 deutlich. Im Hinblick auf die Zunahme im stationären Bereich und vor allem hinsichtlich der stark gestiegenen Fallzahlen wegen alkoholbezogener Störungen ist die oben erwähnte erstmalige Beteiligung der stationären Vivantes-Alkoholtherapieeinrichtung an der Dokumentation des KDS zu berücksichtigen.

Abbildung 7.2:
Prozentuale Veränderung der Fallzahlen seit 2007 in der Suchthilfe in Berlin 2009 nach Hauptdiagnosebereichen



(Datenquelle: Institut für Therapieforchung München / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Substanzbezogene Komorbiditäten

In der Systematik des KDS werden neben den Hauptdiagnosen auch Einzeldiagnosen für alle Substanzen vergeben, die zusätzlich zur primären Problematik in schädlicher oder abhängiger Weise konsumiert werden. Das ermöglicht die Beurteilung weiterer Suchtprobleme der Patientinnen und Patienten und die Analyse von Konsummustern.

Die Auswertung zeigt, dass bei den Betroffenen mit einer vorwiegenden **Alkoholproblematik** der Konsum von weiteren Substanzen eine untergeordnete Rolle spielt. Lediglich der Konsum von Tabak (ambulant 28,1 % / stationär 80,9 %) und Cannabis (ambulant 10,9 % / stationär 26,2 %) spielt bei dieser Gruppe zusätzlich eine große Rolle.

Opioidabhängige oft wegen des Konsums weiterer Substanzen erheblich belastet

Bei **Opioidabhängigen** wurde wie auch in den Vorjahren sowohl in ambulanten als auch stationären Einrichtungen die größte Zahl ergänzender substanzbezogener Störungen diagnostiziert. Bei einem großen Teil der Betroffenen mit einer primären opioidbezogenen Störung liegt auch noch eine Einzeldiagnose aufgrund des Konsums von Tabak vor (ambulant 63,4 % / stationär 77,7 %). Darüber hinaus spielen bei dieser Patientengruppe ergänzende Störungen aufgrund des Konsums von Cannabis (ambulant 38,0 % / stationär 54,1 %), Kokain (ambulant 31,0 % / stationär 47,7 %), Alkohol (ambulant 28,8 % / stationär 45,9 %) und Benzodiazep-

pinen (ambulant 20,7 % / stationär 27,9 %) eine wichtige Rolle und unterstreichen die erhebliche Mehrfachbelastung, der diese Personengruppe allein aufgrund des Konsums verschiedener Substanzen unterliegt. Außerdem werden von nennenswerten Anteilen der Klientel mit einer primären Opioidproblematik auch Amphetamine (ambulant 9,2 % / stationär 25,4 %), MDMA (ambulant 5,0 % / stationär 18,0 %) und LSD (ambulant 3,5 % / stationär 12,4 %) in problematischer Weise gebraucht, so dass es zur Vergabe entsprechender Einzeldiagnosen kommt.

Altersstruktur

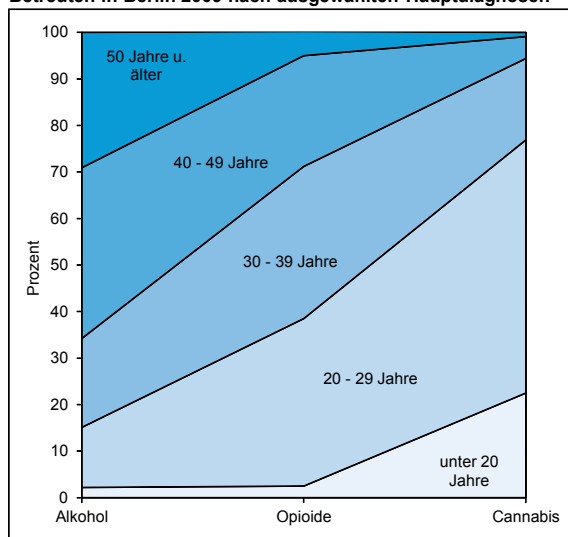
Das **Durchschnittsalter** der Patientinnen und Patienten variiert erheblich zwischen den Substanzgruppen. Betroffene mit Störungen aufgrund des Konsums von Cannabis sind die durchschnittlich jüngsten (Durchschnittsalter ambulant: 25 Jahre; stationär: 26 Jahre), gefolgt von Patientinnen und Patienten mit Problemen im Zusammenhang mit Stimulanzien (ambulant 29 Jahre; stationär: 27 Jahre). Die wegen Kokainkonsum Betreuten waren im Durchschnitt 32 Jahre alt (ambulant und stationär). Betroffene mit einem primären Problem aufgrund des Konsums von Opioiden waren im Schnitt 34 Jahre (ambulant) bzw. 31 Jahre (stationär) alt. Die beiden durchschnittlich ältesten Gruppen sind die der wegen pathologischen Glücksspiels (ambulant und stationär 38 Jahre) bzw. wegen Alkoholkonsums (ambulant 43 Jahre, stationär 42 Jahre) Betreuten.

Durchschnittsalter
am niedrigsten
bei Personen mit
Cannabiskonsum

Da jedoch das Durchschnittsalter keinen Hinweis auf die **Verteilung der Altersgruppen** ergibt, soll im Folgenden kurz auf die jeweils größten Gruppen der Hauptdiagnosen Alkohol, Opioiden und Cannabis in den ambulanten Einrichtungen eingegangen werden.

Die Alkoholpatientinnen und -patienten sind zu rd. 50 % zwischen 40 und 54 Jahre alt (zwischen 14 und 20 % je Fünferaltersgruppe). Immerhin noch einen Anteil von 10,9 % machen die 35- bis 39-Jährigen aus, die übrigen Altersklassen verteilen sich auf die restlichen rd. 40 %.

Abbildung 7.3:
Altersverteilung bei den in der ambulanten Suchthilfe
Betreuten in Berlin 2009 nach ausgewählten Hauptdiagnosen



(Datenquelle: Institut für Therapieforschung München / Darstellung: SenGesUmw - I A -)

Bei den wegen Opioidkonsums Betreuten sind die Altersgruppen von 20 - 24 bis 40 - 44 Jahren am stärksten vertreten mit Prozentanteilen zwischen 14 und 22 %, insgesamt sind 84 % der Opioidabhängigen in ambulanter Behandlung im Alter von 20 bis 44 Jahren.

Mehr als die Hälfte (54 %) der ambulant betreuten Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten sind zwischen 20 und 30 Jahre alt, weitere 12 % gehören der Altersgruppe 30 - 34 Jahre an. 23 % der wegen Cannabiskonsums Betreuten sind unter 20 Jahre alt, darunter 11 % Minderjährige und 12 % 18- bis 19-Jährige. Im Gegensatz dazu sind bei den übrigen Substanzen Patientinnen und Patienten dieses jungen Alters fast gar nicht vertreten (vgl. Abbildung 7.3).

Beziehungsstatus

Nach wie vor ist ein erheblicher Teil der Betroffenen nahezu aller Hauptdiagnosegruppen **alleinstehend**. Unter den Betreuten mit einer primären Alkohol-, Opioid- oder Kokainproblematik trifft dies auf etwa jeden zweiten zu. Unter den stationär Behandelten sind die Anteile der Alleinstehenden im Vergleich zum ambulanten Segment mit Ausnahme von stimulanzenbezogenen Störungen

höher. Da die Cannabispatientinnen und -patienten zum Teil noch sehr jung sind (vgl. oben den Abschnitt „Altersstruktur“), ist davon auszugehen, dass sie zwar nicht in fester Partnerschaft, aber dennoch häufig in festen sozialen Bezügen (Familie) leben.

Berufliche Integration

In Verbindung mit anderen Indikatoren wie z. B. den Informationen zum Beziehungsstatus liefert die berufliche Integration ergänzende Hinweise zum Grad der sozialen Exklusion der behandelten Personengruppen.

Der höchste Anteil **erwerbsloser Personen** findet sich unter den betreuten Opioid- (ambulant 68,3 %, stationär 65,5 %) und Stimulanzienkonsumenten (ambulant 52,8 %; stationär 76,5 %), gefolgt von Patientinnen und Patienten mit primären Cannabisproblemen (ambulant 48,7 %, stationär 62,4 %) und Alkoholstörungen (ambulant 47,3 %, stationär 60,1 %). Unter den Betreuten mit einem primären Problem im Zusammenhang mit dem Konsum von Kokain sind die Vergleichswerte etwas geringer (ambulant 44,4 %, stationär 48,6 %). Die niedrigste Quote Erwerbsloser findet sich in der Gruppe der pathologischen Glücksspieler (ambulant 38,3 %, stationär Stichprobe zu gering).

Suchthilfeklientel in Berlin häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als bundesweit

Ein **Vergleich der Berliner Daten** zur beruflichen Integration mit den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik für Deutschland zeigt, dass für alle Hauptdiagnosegruppen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich in Berlin der Anteil der Erwerbspersonen geringer und jener der Erwerbslosen größer war als im Bundesschnitt. Insgesamt stehen diese

Ergebnisse in Übereinstimmung mit einer allgemein erhöhten Arbeitslosigkeit in Berlin, die nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit im Beobachtungszeitraum 2009 bei 14,1 % und damit um ca. 6 Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt lag. Bis auf Opioide und Kokain liegen alle weiteren Substanzgruppen deutlich über dieser Differenz von 6 Prozentpunkten, sodass man davon ausgehen muss, dass sich die allgemein erhöhte Arbeitslosigkeit in Berlin in noch stärkerem Ausmaß auf diese Personengruppen auswirkt. Die im Vergleich zu anderen Substanzgruppen geringeren Unterschiede zwischen Berliner und Bundesergebnissen für Opioide könnten auch dadurch bedingt sein, dass im Bundesdurchschnitt die Erwerbslosigkeitsrate von Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen ein dermaßen hohes Niveau erreicht hat (ambulant 61 %; stationär 60 %), dass dies durch die erhöhte Arbeitslosigkeit in Berlin kaum noch steigerbar ist. Die vergleichbaren Ergebnisse für Kokain könnten auch damit zu tun haben, dass Kokain aufgrund seines hohen Marktpreises eine etwas andere Zielgruppe anspricht, die weniger von Arbeitslosigkeit betroffen ist als andere Suchtgruppen.

Schulabschluss

Patientinnen und Patienten mit den Hauptdiagnosen Alkohol und pathologisches Spielen weisen das höchste Bildungsniveau auf, während die Patientengruppen mit Störungen aufgrund des Konsums der illegalen Substanzen Kokain, Cannabis, Stimulanzien und Opioide wesentlich geringere Bildungsgrade aufweisen.

Im **Vergleich** zur bundesdeutschen Suchthilfestatistik zeigt sich, dass in Berlin eine tendenziell bessere schulische Qualifikation der Betroffenen zu beobachten ist.

Wohnsituation

Auch die Wohnsituation (hier jeweils in den letzten sechs Monaten vor der Betreuung) gibt Hinweise auf die soziale Situation der Patientinnen und Patienten. Unabhängig von der Hauptsuchtdiagnose zeigt eine Analyse der Wohnsituation der Betroffenen, dass der überwiegende Anteil der Behandelten **selbständig wohnt**. Ein weiterer relevanter Anteil Betreuer wohnt bei anderen Personen wie Familie oder Freunden.

Bei einigen Störungsgruppen (vor allem bei den illegalen Substanzen) entfällt ein nicht unerheblicher Anteil auf Personen, die in **Justizvollzugsanstalten** untergebracht sind, wobei dieser Wert bei kokainbezogenen Störungen am höchsten ist (ambulant 21,2 %, stationär 28,2 %). Mit Ausnahme von alkoholbezogenen Störungen (ambulant 4,5 %; stationär 7,9 %) entfallen bei den anderen Störungen noch deutliche Anteile auf Patientinnen und Patienten, die **bei anderen Personen untergebracht** sind, wobei diese Wohnsituation am stärksten bei den cannabisbezogenen Störungen ausgeprägt ist (ambulant 22,5 %; stationär 23,8 %). Dies ist mit der jüngeren Klientel zu erklären, d. h. ein Großteil der wegen Cannabiskonsums Behandelten wohnt noch bei den Eltern.

kokainbezogene Suchthilfe betrifft zu einem erheblichen Teil Häftlinge in Justizvollzugsanstalten

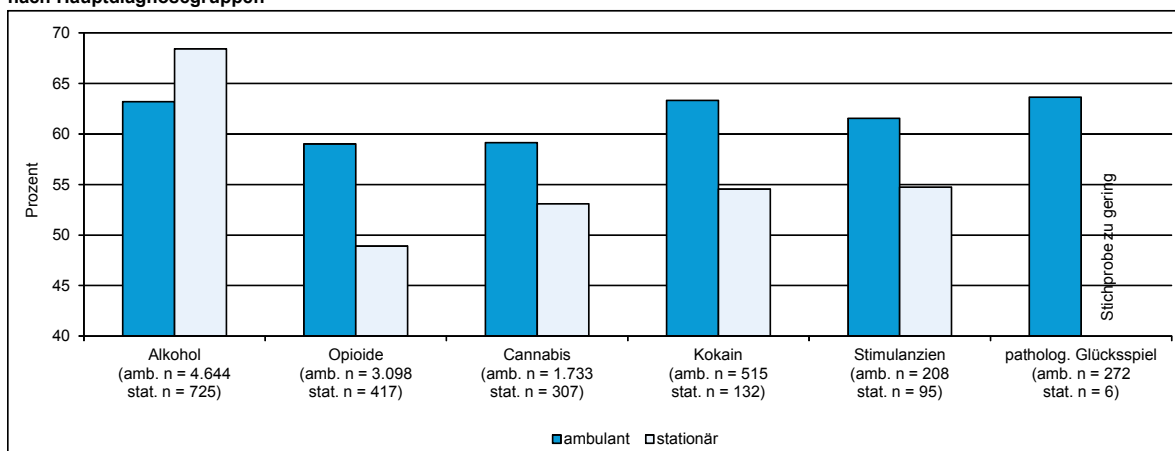
Behandlungsauflagen

Behandlungsauflagen stehen in der Regel in Zusammenhang mit gerichtlichen Verfahren im Bereich des Konsums illegaler Substanzen; bei den Auflagen für **Abhängige illegaler Drogen** finden meist die §§ 35 ff. Betäubungsmittelgesetz „Therapie statt Strafe“ Anwendung. Entsprechend selten sind solche Behandlungsauflagen bei Patientinnen und Patienten wegen Alkoholkonsums und pathologischen Glücksspiels zu finden. Innerhalb der Gruppe illegale Drogen erhalten für die ambulante Behandlung am häufigsten Betroffene mit der Hauptdiagnose Kokain gerichtliche Auflagen (31,3 %), bei einem stationären Aufenthalt sind es 47,4 %. In den ambulanten Einrichtungen hat die Cannabisklientel zu 19,3 % und die Opioidklientel zu 28,8 % gerichtliche Auflagen. In den stationären Einrichtungen trifft das auf 29,7 % der Betroffenen mit einer Hauptsuchtdiagnose Cannabis und mehr als die Hälfte (51,9 %) der Opioidpatientinnen und -patienten zu, die damit im stationären Bereich den höchsten Anteil mit angeordneten Behandlungsauflagen aufweisen.

Behandlungserfolg

Als ein Indikator für den Behandlungserfolg wurde die Planmäßigkeit der Beendigung der Betreuung erfasst. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, aber nur geringe Unterschiede zwischen den Störungsgruppen. Durchweg sind die **planmäßigen Beendigungen** im stationären Bereich geringer als im ambulanten, nur die Behandlungen Alkoholabhängiger wurden bei stationärer Therapie häufiger planmäßig beendet als bei ambulanter (vgl. Abbildung 7.4).

Abbildung 7.4:
Anteil planmäßiger Beendigungen der Betreuung in ambulanter und stationärer Suchthilfe in Berlin 2009 nach Hauptdiagnosegruppen



(Datenquelle: Institut für Therapieforschung München / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Im **Vergleich** mit den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik für Deutschland zeigt sich, dass in Berlin im ambulanten Bereich höhere Planmäßigkeitsraten bei Opioiden und bei pathologischem Glücksspiel (jeweils +7 %-Punkte) als im Bundesschnitt zu verzeichnen waren. Im stationären Bereich

waren hingegen in Berlin durchweg geringere Planmäßigkeitsraten als im Bundesdurchschnitt zu beobachten (Alkohol -15; Opioide -4; Cannabis und Kokain jeweils -5 und Stimulanzien -8 %-Punkte; bei pathologischem Glücksspiel war die Stichprobe im stationären Bereich zu gering).

weitaus höherer
Behandlungserfolg
nach planmäßiger
Therapiebeendigung

Betrachtet man den **Behandlungserfolg** über alle Hauptdiagnosegruppen, zeigt sich, dass eine planmäßige Beendigung der Therapie mit einem höheren Behandlungserfolg assoziiert ist, während eine unplanmäßige Beendigung mit einem niedrigeren Behandlungserfolg verknüpft ist. Dabei kamen zu einem positiven Ergebnis der Therapie 73,6 % der ambulant und 84,5 % der stationär Behandelten, die die Therapie planmäßig beendeten. Bei denjenigen, deren Therapie unplanmäßig beendet wurde, kamen etwas weniger als ein Drittel (31,7 %) der ambulanten und nicht mal ein Fünftel (18,5 %) der stationären Patientinnen und Patienten zu einem positiven Therapieergebnis.

7.3.2 Regionale Verteilung der Suchthilfeklientel

Für die Analyse des Suchthilfesystems ist es von großer Bedeutung, wie sich die Berliner Abhängigen in der Stadt verteilen. Durch die Möglichkeit, Wohnort sowie Behandlungsort entsprechend den Hauptdiagnosen zu ermitteln, gelingt es, Aussagen über die Belastung der jeweiligen Bezirke mit Suchtmittelabhängigen zu treffen. Tabelle 7.1 gibt einen Überblick über Fallzahlen und Prävalen-

Tabelle 7.1:
Fallzahlen und Behandlungsprävalenzen (Behandelte pro 1.000 Einwohner) in der Suchthilfe in Berlin 2009
nach ausgewählten Hauptdiagnosen und Bezirken

Bezirk / Segmentierung	Behandelte ¹⁾ mit der Hauptdiagnose ...														
	Alkohol			Opioide			Cannabis			Kokain			Path. Spielen		
	abs.	je t. E. ²⁾	Rang	abs.	je t. E. ²⁾	Rang	abs.	je t. E. ²⁾	Rang	abs.	je t. E. ²⁾	Rang	abs.	je t. E. ²⁾	Rang
Mitte	522	1,62	8	1215	3,76	1	301	0,93	2	169	0,52	1	37	0,11	5
Friedrichshain- Kreuzberg	246	0,94	11	550	2,11	3	230	0,88	3	99	0,38	3	17	0,07	10
Pankow	918	2,59	3	410	1,16	8	264	0,74	6	97	0,27	5	21	0,06	12
Charlottenburg- Wilmerdorf	531	1,71	7	427	1,38	6	271	0,87	4	118	0,38	3	35	0,11	5
Spandau	434	2,01	4	360	1,67	4	170	0,79	5	42	0,19	6	35	0,16	1
Steglitz- Zehlendorf	399	1,39	9	197	0,69	12	207	0,72	7	53	0,18	9	26	0,09	8
Tempelhof- Schöneberg	441	1,35	10	433	1,33	7	233	0,71	8	63	0,19	6	25	0,08	9
Neukölln	565	1,87	5	1108	3,66	2	363	1,2	1	126	0,42	2	44	0,15	3
Treptow-Köpenick	419	1,78	6	183	0,78	11	114	0,49	12	31	0,13	11	25	0,11	5
Marzahn- Hellersdorf	920	3,74	1	228	0,93	10	156	0,63	10	18	0,07	12	40	0,16	1
Lichtenberg	793	3,16	2	395	1,57	5	163	0,65	9	35	0,14	10	34	0,14	4
Reinickendorf	60	0,25		280	1,16	8	149	0,62	11	47	0,19	6	17	0,07	10
Geografische Segmentierungs- tendenz ³⁾		3,98 ⁴⁾			5,45			2,45			7,43			2,67	

Farbliche Hervorhebung hell: niedrigster Wert der Spalte.

Farbliche Hervorhebung dunkel: höchster Wert der Spalte.

¹⁾ Personen mit Abhängigkeit (ohne Personen mit schädlichem Gebrauch), n = 16.338; 7.744 Fälle konnten nicht zugeordnet werden.

²⁾ Je 1.000 Einwohner.

³⁾ Verhältnis aus der höchsten und der niedrigsten Behandlungsprävalenz.

⁴⁾ Ohne Berücksichtigung von Reinickendorf (vgl. dazu unten den Abschnitt "Behandlungsprävalenz für alkoholbezogene Störungen").

(Datenquelle: Institut für Therapieforchung München)

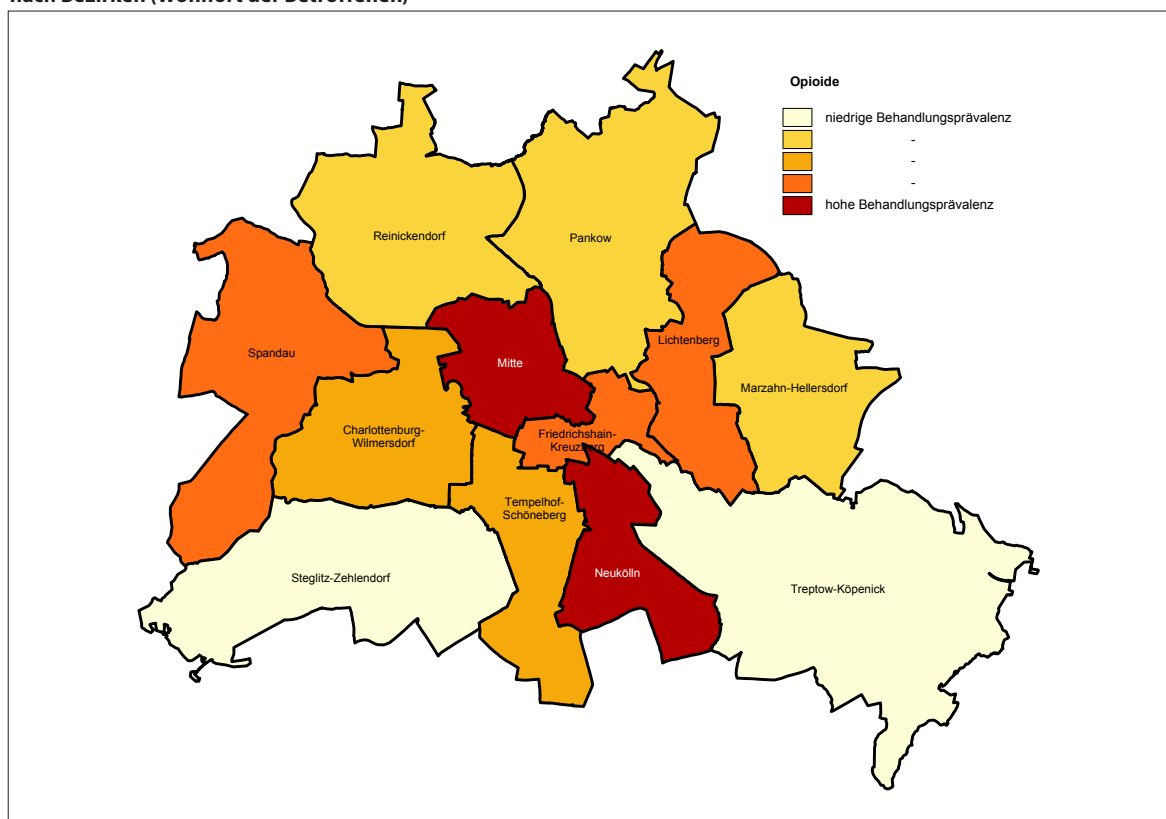
zen in den Berliner Bezirken von Behandelten, die in Abhängigkeit ihres Suchtverhaltens stehen, deren Verteilung im Stadtgebiet (nach Wohnort der Betroffenen) im Folgenden erläutert und in Karten dargestellt wird. Bei Betrachtung der kartografischen Darstellungen ist zu beachten, dass die Vergleichbarkeit der Hauptdiagnosen ausschließlich für die Verteilung auf die Bezirke gegeben ist, nicht hingegen für die Höhe der Behandlungsprävalenzen.

Behandlungsprävalenz für Opioidabhängigkeit

Der geografischen Verteilung von opioidbezogenen Störungen kommt besondere Bedeutung zu, da mit diesen Störungen die größten gesellschaftlichen und gesundheitsrelevanten Probleme verbunden sind.

Abbildung 7.5 verdeutlicht die Behandlungsprävalenz (Behandelte pro 1.000 Einwohner) in den Berliner Bezirken für die Klientel mit der Hauptdiagnose Opioidabhängigkeit. **Besonders stark belastet** sind die Bezirke Mitte (3,76 je 1.000 Einwohner) und Neukölln (3,66 je 1.000) sowie in etwas geringerem Umfang die Bezirke Friedrichshain-Kreuzberg (2,11 je 1.000) Spandau (1,67 je 1.000) und Lichtenberg (1,57 je 1.000). Am wenigsten belastet ist der Bezirk Steglitz-Zehlendorf (0,69 je 1.000 Einwohner).

Abbildung 7.5:
Behandlungsprävalenz von Personen mit der Hauptsuchtdiagnose Opioidabhängigkeit 2009 in Berlin nach Bezirken (Wohnort der Betroffenen)



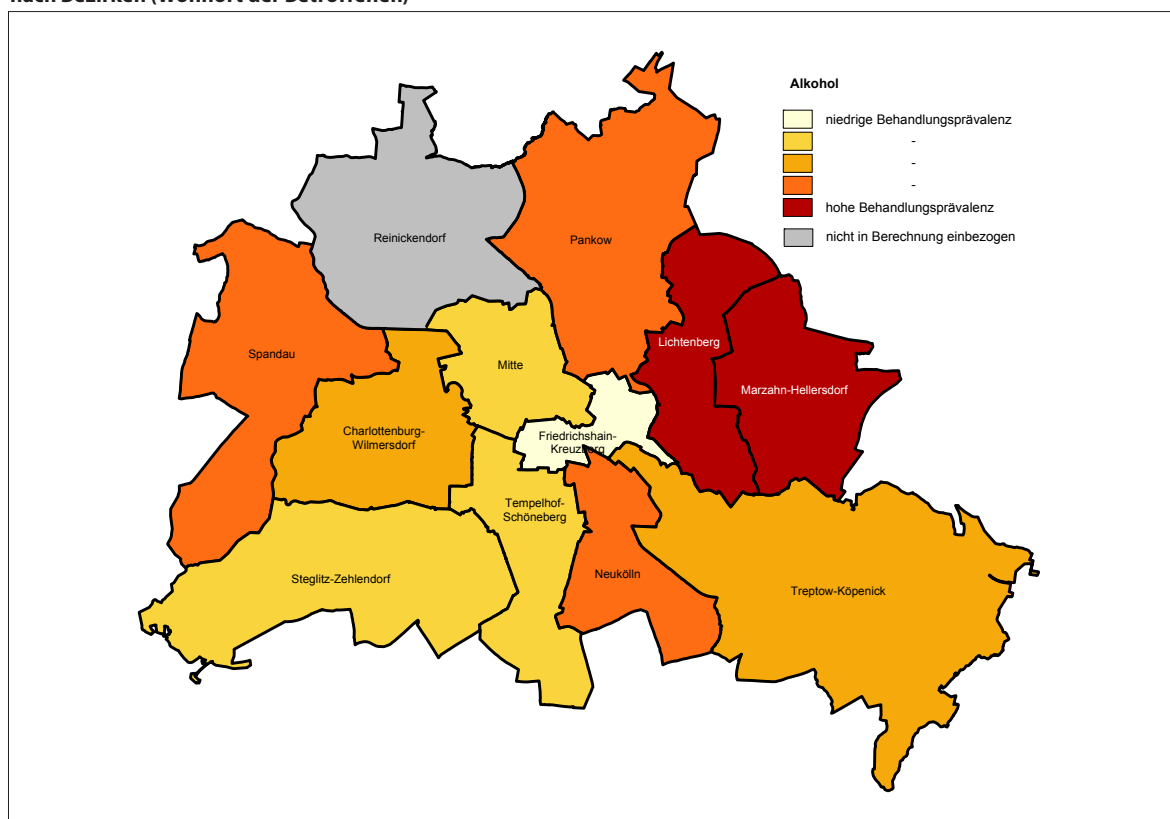
(Datenquelle: Institut für Therapieforchung München / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Behandlungsprävalenz für alkoholbezogene Störungen

Es zeigt sich im Gegensatz zu opioidbezogenen Störungen, dass die Behandlungsprävalenz alkoholbezogener Störungen **gleichmäßiger über die Stadt verteilt** ist, wobei die Bezirke mit den höchsten Raten im östlichen Teil der Stadt zu finden sind. Aus dem Rahmen fällt der Bezirk Reinickendorf, dessen niedrige Behandlungsprävalenz (0,25 je 1.000) allerdings nicht die Realität im

Bezirk widerspiegelt: Dieser niedrige Wert ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass die einzige spezialisierte Beratungsstelle „Rettungsring e. V.“ sich nach wie vor nicht an der Suchthilfestatistik beteiligt und daher deren Klientel in der Statistik fehlt. Es ist davon auszugehen, dass die meisten Betreuten dieser Beratungsstelle auch im Bezirk wohnen, aber nur die in Reinickendorf wohnenden Alkoholklientinnen und -klienten der Drogenberatung Nord in die Jahresstatistiken eingehen. Besonders stark belastet von alkoholbezogenen Problemen ist die Bevölkerung in den Bezirken Marzahn-Hellersdorf (3,74 je 1.000 Einwohner) und Lichtenberg (3,16 je 1.000); weitere Bezirke mit hoher Behandlungsprävalenz sind Pankow (2,59 je 1.000) und Spandau (2,01 je 1.000), die niedrigste Rate alkoholbezogener Suchthilfefälle ist in Friedrichshain-Kreuzberg zu beobachten (vgl. Abbildung 7.6).

Abbildung 7.6:
Behandlungsprävalenz für alkoholbezogene Störungen 2009 in Berlin
nach Bezirken (Wohnort der Betroffenen)

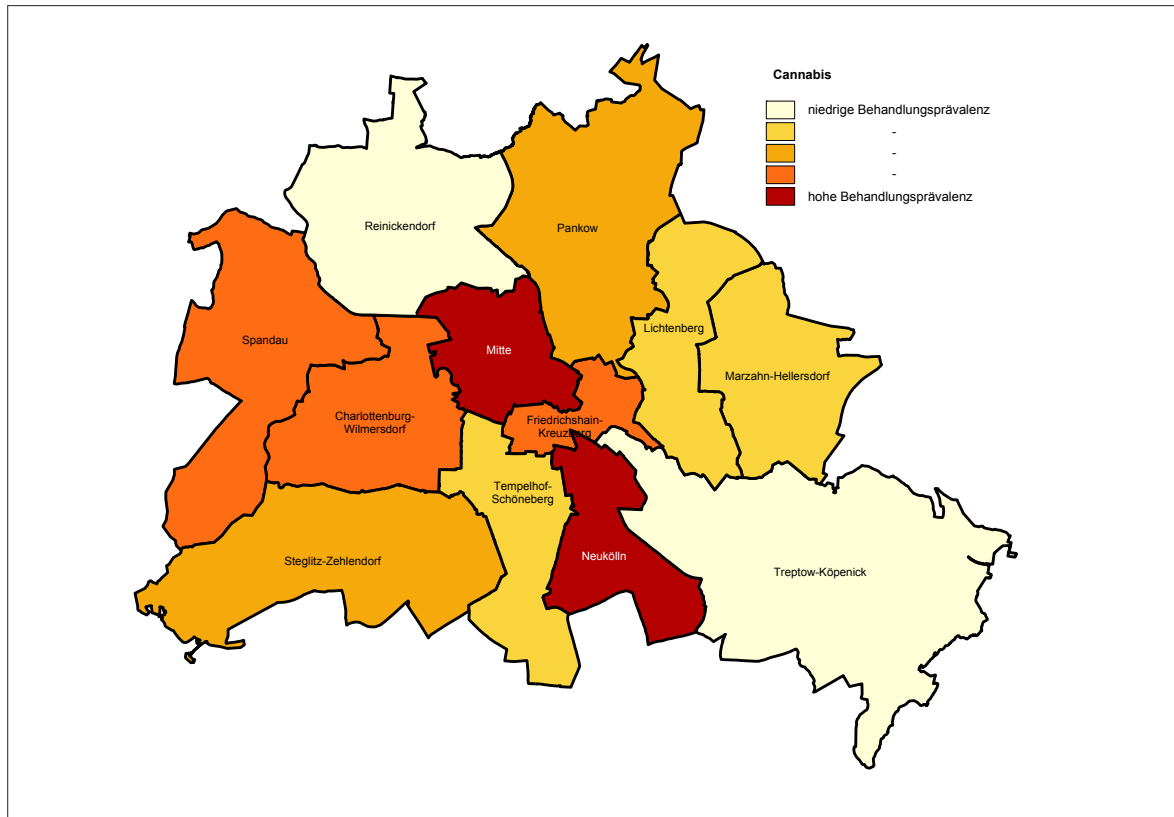


(Datenquelle: Institut für Therapieforschung München / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Behandlungsprävalenz für cannabisbezogene Störungen

Abbildung 7.7 veranschaulicht die Behandlungsprävalenz für cannabisbezogene Störungen (Abhängigkeit) in Berlin für das Jahr 2009. Die grafische Analyse zeigt, dass in Neukölln (1,2 je 1.000 Einwohner) und Mitte (0,93 je 1.000) die höchsten Behandlungsnachfragen zu beobachten sind, gefolgt von Friedrichshain-Kreuzberg (0,88 je 1.000), Charlottenburg-Wilmersdorf (0,87 je 1.000), und Spandau (0,79 je 1.000). Eine besonders niedrige Behandlungsprävalenz zeigte sich in Treptow-Köpenick (0,49 je 1.000 Einwohner), die um mehr als die Hälfte geringer ist als in Neukölln. Cannabis ist jene Substanz, die am wenigsten zur lokalen Brennpunktbildung neigt und deren Konsum somit als **am gleichmäßigsten über Berlin verteilt** erachtet werden kann.

Abbildung 7.7:
Behandlungsprävalenz für cannabisbezogene Störungen 2009 in Berlin
nach Bezirken (Wohnort der Betroffenen)



(Datenquelle: Institut für Therapieforschung München / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Behandlungsprävalenz für kokainbezogene Störungen

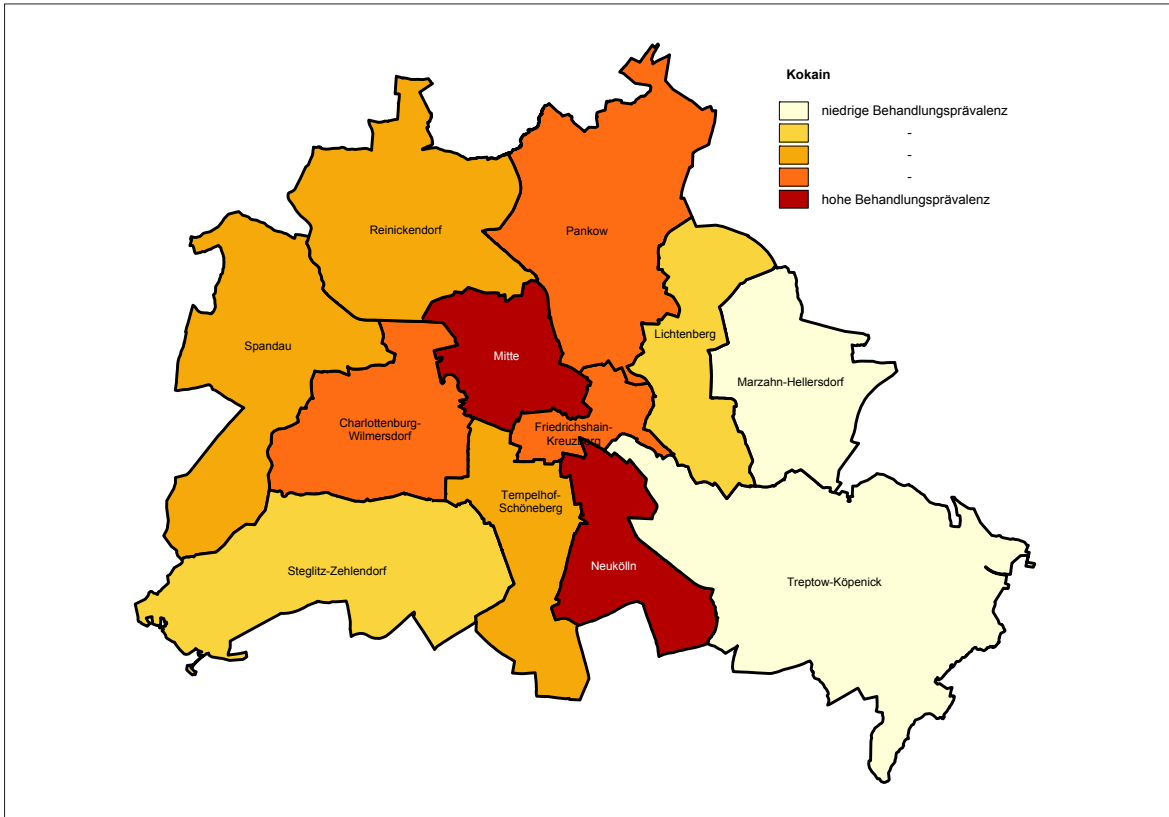
Den Erkenntnissen der Studie zufolge ist Kokain jene illegale Substanz, die nach den Opioiden und im Gegensatz zur Verbreitung des Cannabiskonsums am ehesten dazu tendiert, **lokale Schwerpunkte** zu bilden. Die höchste Behandlungsprävalenz für kokainbezogene Störungen zeigte sich im Jahr 2009 in den Bezirken Mitte (0,52 je 1.000 Einwohner) und Neukölln (0,42 je 1.000). Darüber hinaus sind hohe Behandlungsprävalenzen in Charlottenburg-Wilmersdorf, Friedrichshain-Kreuzberg (jeweils 0,38 je 1.000) und Pankow (0,27 je 1.000) zu beobachten. Besonders gering war die Behandlungsprävalenz in Marzahn-Hellersdorf, die mit 0,07 je 1.000 Einwohner um mehr als das Siebenfache geringer ist als in Mitte.

Mit der Konzentration auf die Bezirke Mitte, Neukölln und in etwas geringerem Maß Friedrichshain-Kreuzberg weist das grafische Verbreitungsmuster kokainbezogener Störungen in Berlin eine starke Ähnlichkeit mit jenen von Opioiden und - mit weitaus geringeren Unterschieden zwischen den Bezirken - von Cannabis auf (vgl. Abbildung 7.8).

Behandlungsprävalenz für pathologisches Glücksspiel

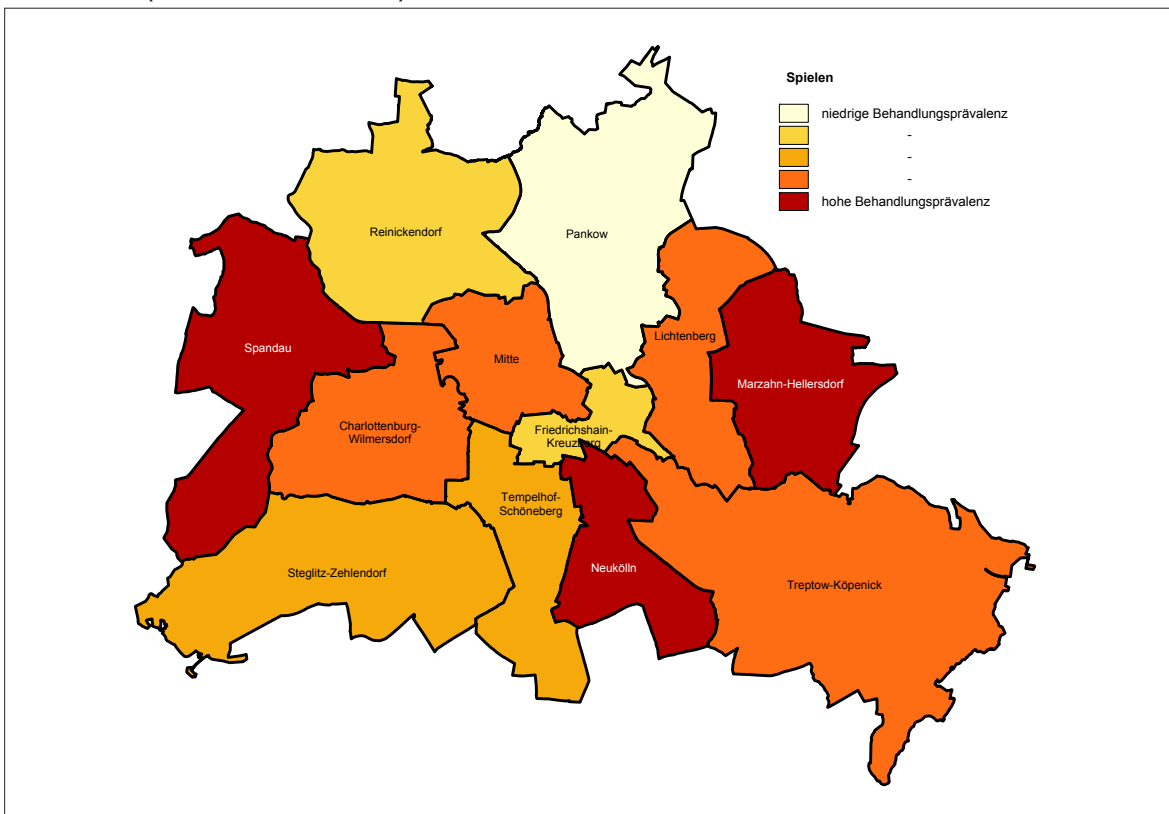
Die geografische Verteilung von Störungen im Zusammenhang mit pathologischem Glücksspiel in einer Großstadt sind von besonderem Interesse, da noch relativ wenig Erkenntnisse über soziologische und milieuspezifische Verbreitungsmuster dieser Störungen vorliegen. Aufgrund der leichten Zugänglichkeit vieler Glücksspielarten würde man im Gegensatz zu illegalen Drogen bei pathologischem Glücksspiel von einer geringeren lokalen Brennpunktneigung ausgehen.

Abbildung 7.8:
Behandlungsprävalenz für kokainbezogene Störungen 2009 in Berlin
nach Bezirken (Wohnort der Betroffenen)



(Datenquelle: Institut für Therapieforschung München / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 7.9:
Behandlungsprävalenz für pathologisches Glücksspiel 2009 in Berlin
nach Bezirken (Wohnort der Betroffenen)



(Datenquelle: Institut für Therapieforschung München / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 7.9 veranschaulicht die geografische Verteilung der Behandlungsprävalenz für pathologisches Glücksspiel im Jahr 2009. Die Analyse zeigt, dass die höchste Behandlungsprävalenz in Marzahn-Hellersdorf, Spandau (jeweils 0,16 je 1.000 Einwohner), Neukölln (0,15 je 1.000) und Lichtenberg (0,14 je 1.000) zu verzeichnen ist. Die geringste Behandlungsprävalenz war in Pankow mit 0,06 je 1.000 Einwohner zu beobachten, was in etwa einer zweieinhalbfach geringeren Behandlungswahrscheinlichkeit der Einwohner dieses Bezirks gegenüber Marzahn-Hellersdorf bzw. Spandau gleichkommt. Damit weist pathologisches Glücksspiel eine wie erwartet **geringe lokale Brennpunktneigung** auf.

Fazit regionale Behandlungsprävalenz

Die Auswertungen der regionalen Verteilungen zeigen, dass die verschiedenen Substanzen unterschiedliche Behandlungsprävalenzen in den Bezirken aufweisen. Als **Indikator für die Stärke der geografischen Schwerepunktbildung** einer Störung wurde das Verhältnis der Behandlungsprävalenz des Bezirks mit der höchsten Therapienachfrage zu dem Bezirk mit der geringsten Therapienachfrage („geografische Segmentierungstendenz“) herangezogen. Dabei zeigte sich, dass kokainbezogene Störungen am stärksten zur geografischen Segmentierung tendieren mit einer etwa 7-fach höheren Therapieprävalenz in Mitte als in Marzahn-Hellersdorf. Eine ebenfalls starke Neigung zur Brennpunktbildung war bei opioidbezogenen Störungen zu erkennen, deren Behandlungsprävalenz in Mitte mehr als 5-fach höher lag als die in Steglitz-Zehlendorf. Im Gegensatz dazu wiesen die Behandlungsprävalenzen der übrigen betrachteten Suchtbereiche keine Segmentierungstendenzen auf mit Werten von 2,45 für Cannabis und 2,67 für pathologisches Glücksspiel, sie können damit als gleichmäßiger über den urbanen Lebensraum in Berlin verteilt erachtet werden als der Kokain- und Opioidkonsum. Auch für alkoholbezogene Störungen kann von einer annähernd gleichen Verteilung über alle Bezirke ausgegangen werden, denn ohne die Berücksichtigung von Reinickendorf (vgl. oben den Abschnitt „Behandlungsprävalenz für alkoholbezogene Störungen“) ergibt sich eine Segmentierungstendenz von 3,98 (Marzahn-Hellersdorf mit einer Prävalenz von 3,74 zu Friedrichshain-Kreuzberg mit 0,94 je 1.000 Einwohner).

Belastung der Berliner Bezirke durch illegale Drogen bzw. durch Alkohol und pathologisches Glücksspiel

Um überprüfen zu können, welche der **Behandlungsprävalenzmuster** sich ähneln, wurde von den Autoren des Berliner Suchthilfeberichts die Möglichkeit der Korrelationsrechnung und der Faktorenanalyse genutzt. Dabei zeigte sich, dass einerseits die Behandlungsprävalenzen für Alkohol und pathologisches Glücksspiel ($r=0,61$) und andererseits die Behandlungsprävalenzen der illegalen Drogen ($0,39 < r < 0,83$) hoch miteinander korrelieren, dagegen Alkohol und pathologisches Glücksspiel mit den Behandlungsprävalenzen der illegalen Drogen nicht oder negativ korrelieren (Ausnahme: pathologisches Glücksspiel und Stimulanzien, $r=0,51$). Diese scheinbare Zweiteilung nach der Legalität wird durch die Ergebnisse einer Hauptkomponentenanalyse gestützt, die klar darauf hindeuten, dass sich einerseits die geografischen Verteilungsmuster der Behandlungsprävalenzen illegaler Drogen (Opioide, Cannabis, Kokain, Stimulanzien) stark ähneln und andererseits die von Alkohol und pathologischem Glücksspiel vergleichbar sind.

ähnliche Behandlungsprävalenzmuster jeweils für legale bzw. illegale Drogen zu beobachten

Diese Analysen gestatten es, ein **Ranking der Bezirke** hinsichtlich ihrer Belastung durch diese beiden Abhängigkeitsfaktoren (illegale Substanzen / Alkohol und pathologisches Glücksspiel) darzustellen. Der am stärksten belastete Bezirk ist Neukölln, das bei den illegalen Drogen auf dem ersten Platz ist und bei Alkohol und pathologischem Glücksspiel den zweiten Rang einnimmt. Was die „legalen“ Abhängigkeitsproblematiken Alkohol und pathologisches Glücksspiel anlangt, ist der führende Bezirk Marzahn-Hellersdorf, wobei dort illegale Drogen eine geringe Rolle spielen (Rang 11). Die geringste Gesamtbelastung entsteht in den Bezirken Steglitz-Zehlendorf und

Reinickendorf, wobei darauf hinzuweisen ist, dass die Aussagekraft für Reinickendorf aus den oben dargestellten Gründen erheblich eingeschränkt ist. Aus Tabelle 7.2 können die Belastungen in den jeweiligen Bezirken im Einzelnen ersehen werden.

7.4 Die Patientenbeauftragte für Berlin

Seit November 2004 ist in Berlin das Amt der Patientenbeauftragten auf Landesebene installiert. Zu ihren Aufgaben gehört es, Kompetenzen und Erfahrungen von Patientinnen und Patienten für eine Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung nutzbar zu machen. Dazu werden Anfragen und Beschwerden aufgenommen und ausgewertet.

Die Ergebnisse dieser Arbeit fanden Eingang in die nachfolgend beschriebenen *Projekte* und Aktivitäten des Büros der Patientenbeauftragten.

Nach einer Vielzahl von Beschwerden hatte sich 2009 ein *Arbeitskreis* unter Federführung der Patientenbeauftragten mit *Problemen bei der ambulanten pflegerischen Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten* befasst.

Handlungshilfe „Alt und krank - wer hilft?“

Ziel war es, eine Arbeitshilfe zu erstellen, mit der Akteure in der Praxis (z. B. Betreuer, Pflegedienste oder Angehörige) Wissen an die Hand bekommen, um bei konkreten Problemen ihre Rechte einfordern zu können. Diese Handlungshilfe „Alt und krank - wer hilft? - Ein Leitfaden für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten bei Problemen in der gesundheitlichen Versorgung“ liegt nun vor. Sie kann kostenfrei im Büro der Patientenbeauftragten angefordert werden. Daneben steht sie auf der Internetseite der Patientenbeauftragten unter www.berlin.de/lb/patienten in der Rubrik „Publikationen“ zum Download bereit.

Das *PatientenForum Berlin* in Kooperation mit der Berlin School of Public Health und Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. wurde weitergeführt. 2010 ging es um folgende Themen:

- Patientenrechtgesetz stärkt Patientinnen und Patienten!
- Wie viel Medizin verträgt der Mensch?
- Fünf Jahre Ethik-Kommissionen des Landes Berlin.

Das PatientenForum Berlin stellt eine Reihe von Informations-, Diskussions- und Qualifizierungsangeboten bereit, die eine aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten in Berlin ermöglichen. Die Veranstaltungen des Forums finden regelmäßig statt. Mehr unter: <http://www.berlin.de/lb/patienten/patientenforum/index.html>.

Tabelle 7.2:
Ranking der Belastung der Bezirke durch illegale Substanzen, Alkohol und pathologisches Glücksspiel in Berlin 2009

Bezirk	illegale Drogen	Alkohol / path. Glücksspiel
	Rangplatz ¹⁾	
Neukölln	1	2
Mitte	2	8
Friedrichshain-Kreuzberg	3	11
Charlottenburg-Wilmersdorf	4	7
Spandau	5	3
Tempelhof-Schöneberg	6	9
Pankow	7	6
Lichtenberg	8	4
Reinickendorf ²⁾	9	12
Steglitz-Zehlendorf	10	10
Marzahn-Hellersdorf	11	1
Treptow-Köpenick	12	5

¹⁾ Rangplätze der Belastung (basierend auf Faktorwerten der Hauptkomponentenanalyse, berechnet nach Bartlett-Regression). Rangplatz 1 entspricht dem höchsten Wert, Rangplatz 12 dem niedrigsten.

²⁾ Da die Klientel der Beratungsstelle "Rettungsring e. V." nicht in die Suchthilfestatistik einfließt, ist nicht auszuschließen, dass der Bezirk Reinickendorf tatsächlich einen anderen Rangplatz belegen würde.

(Datenquelle: Institut für Therapieforchung München)