

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

Spezialanalyse: Regionale Aspekte



Herausgeberin

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

Text und Redaktion

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

Layout, Satz

Wuttke Design-Service, Darmstadt
Christian Schütze (ISD)

Druck

HMS Druckhaus, Dreieich

Februar 2005
Band 2
ISSN-Nummer 1614-8991

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

Landesauswertung der
Computergestützten Basisdokumentation
der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS)
– Spezialanalyse: Regionale Aspekte –

Martin Kloss, Jens Kalke, Peter Raschke
Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung e.V. (ISD, Hamburg)

Bernd Wersé
Centre for Drug Research (CDR, Frankfurt a.M.)

Frankfurt am Main, Februar 2005

Inhalt

Inhalt	5
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	6
Einführung	7
Zusammenfassung	9
Zielsetzung und Datengrundlage	11
Klientinnen und Klienten	15
Substanzkonsum	20
Soziale Situation	29
Die Betreuungen	35
Literatur	42
Tabellenanhang	43

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Datengrundlage Regionalauswertung und Grunddatenbericht 2003 im Vergleich	12
Tabelle 2:	Ausgewählte Daten der Regionalstichprobe und der Stichprobe des Grunddatenberichts im Vergleich	13
Tabelle 3:	Einrichtungen, Klienten/innen, Angehörige und Betreuungen nach Region - absolute Zahlen	14
Tabelle 4:	Hauptdiagnosen der Klienten nach Region	20
Tabelle 5:	Alter der Klienten nach Hauptdiagnose in der Regionalanalyse (Mittelwerte)	22
Tabelle 6:	Substitutionsmittel	26
Tabelle 7:	Familienstand nach Region	30
Tabelle 8:	Lebenssituation nach Region	31
Tabelle 9:	Wohnsituation nach Region	32
Tabelle 10:	Schulabschluss nach Region	33
Tabelle 11:	Erwerbssituation nach Region	34
Tabelle 12:	Durchschnittliche Betreuungsdauer und Kontaktintensität nach Hauptdiagnose (ICD-10) und Region (abgeschlossene Betreuungen in 2003)	36
Tabelle 13:	Anteile der verschiedenen Betreuungsformen nach Region	38
Tabelle 14:	Durchschnittliche Betreuungsdauer und Kontaktintensität ausgewählter Betreuungsformen nach Region (abgeschlossene Betreuungen in 2003)	39

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Einrichtungen, Klienten, Angehörige und Betreuungen nach Region – prozentuale Darstellung	15
Abbildung 2:	Geschlechterverteilung differenziert nach Region	16
Abbildung 3:	Durchschnittliches Alter differenziert nach Region	16
Abbildung 4:	Nationalität differenziert nach Region	17
Abbildung 5:	Jahr des Erstkontaktes differenziert nach Region	18
Abbildung 6:	Vermittlung in das Suchthilfesystem differenziert nach Region	19
Abbildung 7:	Hauptdiagnosegruppen: Frankfurt und Berlin im Vergleich	23
Abbildung 8:	Hauptdiagnosegruppen: Städte und Landkreise in Hessen und Schleswig-Holstein im Vergleich	24
Abbildung 9:	Anteil der Substituierten an allen Klienten mit Opiatkonsum	25
Abbildung 10:	Weitere Diagnosen bei Opiatkonsumenten	27
Abbildung 11:	Grund der Beendigung der Betreuung nach Region	40
Abbildung 12:	Konsumstatus am Ende der Betreuung nach Region	41

Einführung

Wolfgang A. Schmidt, Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS)

Nachdem kürzlich die erste Suchthilfestatistik (2003) für den ambulanten Bereich vorgelegt worden ist, folgt mit dieser Sonderauswertung zu regionalen Aspekten eine weitere Premiere für Hessen. Es gibt in Deutschland bislang kaum Analysen, die die Situation von suchtgefährdeten und suchtkranken Personen in Stadt und Land miteinander vergleichen. Regionalbezogene Auswertungen und Darstellungen haben bisher meistens die Lage von Drogenabhängigen in Großstädten zum Inhalt (Krausz & Raschke 1999). Vergleichende Analysen für größere Gebietseinheiten, die sich ferner auf alle Klienten und Klientinnen¹ der ambulanten Suchtkrankenhilfe (legale und illegale Drogen) beziehen, gibt es dagegen – bis auf eine Ausnahme (für Schleswig-Holstein 2001; Kalke et al. 2003) – nicht. Trotzdem werden in der Fachöffentlichkeit zu dieser Thematik gelegentlich Vermutungen angestellt; dass sich beispielsweise die Lebensverhältnisse städtischer Klienten anders darstellen als die der Klienten auf dem Land. Gibt es aber nun tatsächlich diese Unterschiede in Hessen? Bestehen hier regionale Besonderheiten bei den Alkohol- und Drogenklienten? Diese Fragen versucht der vorliegende Bericht zu beantworten.

Die Fragestellungen dieser Spezialanalyse wurden mit der bei der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen angegliederten Steuerungsgruppe „Computergestützte Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen“ (COMBASS) abgestimmt. In der Steuerungsgruppe wurde auch festgelegt, die regionale Analyse anhand des folgenden Rasters durchzuführen:

- Landkreise
- Großstädte
- Metropole Frankfurt a. M.

Unter die erste Kategorie fallen Einrichtungen aus den 21 Landkreisen. Diese sind – in geografischer Hinsicht – entweder vollständig oder teilweise für die Versorgung suchtkrank oder -gefährdeter Personen in dem jeweiligen Landkreis zuständig.

Zum Typ „Großstädte“ gehören die Einrichtungen aus den kreisfreien Städten Darmstadt, Kassel, Offenbach und Wiesbaden (Einwohnerzahl: 119.000 bis 271.000).

Die Stadt Frankfurt (auch eine kreisfreie Stadt) wird aufgrund ihres Charakters als Metropole separat erfasst (Einwohnerzahl: 640.000). Dabei ist zu beachten, dass die Zuordnung der Klientel immer über die Postleitzahl der Einrichtung und nicht über diejenige des Wohnsitzes der Klienten erfolgt (siehe unten).

Eine solche 3er-Klassifikation ist ausreichend, um prinzipielle Erkenntnisse über Stadt-Land-Unterschiede und regionale Besonderheiten zu erhalten. Feingliedrige Analysen – z.B. ob bei den Landkreisen Unterschiede zwischen Nord- und Südhessen bestehen – könnten in den nächsten Jahren durchgeführt werden.

¹ Bei allem Bemühen um eine Sprache, die beide Geschlechter gleichermaßen berücksichtigt, wurde an vielen Stellen in diesem Bericht aus redaktionellen Gründen nur die männliche Ausdruckweise gewählt. Diese schließt natürlich immer auch die weiblichen Personen mit ein.

Auch diese regionale Auswertung erfolgt auf der Basis des Hessischen Kerndatensatzes Suchthilfe (HKDS), der aus soziodemografischen Angaben über die Klienten und Betreuungsdaten besteht. Er umfasst den Deutschen Kerndatensatz, auf den sich die bundesweiten Kostenträger, Wohlfahrtsverbände, Suchthilfeträger und die Politik als nationalen Datensatz geeinigt haben. Zusätzlich beinhaltet er jedoch noch einige zusätzliche praxisrelevante Informationen (z.B. Anzahl der Kinder und Hafterfahrungen). Die für diese Spezialanalyse erforderliche Postleitzahl der Einrichtung gehört bisher nicht zum HKDS. Deshalb mussten die Suchthilfeeinrichtungen angeschrieben und um ihr Einverständnis gebeten werden. Ein Großteil der Einrichtungen hat dieses Anliegen positiv beantwortet (siehe nächster Abschnitt). Auch die Postleitzahl des Wohnsitzes der Klienten ist nicht Bestandteil des HKDS. Hier war jedoch eine nachträgliche Zuordnung sowohl aus organisatorischen als auch aus Gründen des Datenschutzes nicht möglich. An dieser Stelle sei dafür den Trägern für ihre engagierte Kooperation gedankt.

Die dargestellten Ergebnisse können als repräsentativ für die jeweiligen regionalen Ebenen der ambulanten Suchthilfe in Hessen angesehen werden, weil

- a. die Anzahl der Einrichtungen (bzw. der von ihr betreuten Klienten/innen) für valide statistische Analysen groß genug ist, und
- b. die Überprüfung mit den Angaben *aller* Einrichtungen ergab, dass es sich hierbei um eine repräsentative Stichprobe handelt (siehe hierzu das nächste Kapitel).

Die vorliegende Spezialanalyse „Regionale Aspekte“ ist analog der Gliederung der Suchthilfestatistik 2003 (Grunddaten) strukturiert. Dies erleichtert das Lesen und ermöglicht es, die Auswertungen beider Berichte parallel zu betrachten. Im Anhang des Berichtes befindet sich ferner ein ausführlicher Tabellenband, der Auswertungen enthält, die im Text erwähnt, aber aus gestalterischen Gründen dort nicht platziert worden sind.

Zukünftig sollen die jährlichen COMBASS-Daten aus Hessen in zwei Berichten ausgewertet werden: der Suchthilfestatistik (Grunddaten) sowie einer Spezialanalyse zu einem ausgewählten Thema. Die Hauptaufgabe der Suchthilfestatistik ist es, Aussagen zu soziodemografischen Merkmalen der Klientel und den Betreuungen² der ambulanten Suchthilfe in Hessen zu treffen. Dadurch entsteht ein regelmäßiges Suchthilfe-Monitoring, das jedes Jahr fortgeschrieben werden soll, um landesweite Trends erkennbar werden zu lassen. In der jährlich erscheinenden Spezialanalyse werden darüber hinaus spezielle Fragestellungen behandelt. Die Themen hierfür werden jeweils von der COMBASS-Steuerungsgruppe festgelegt.

Für die Erstellung der Berichte zeichnet das Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) aus Hamburg verantwortlich. Für die engagierte und kompetente Zusammenarbeit gebührt Prof. Dr. Raschke und seinen Mitarbeitern unser besonderer Dank.

² Der Begriff Betreuungen ist hier im Kontext der ambulanten Suchthilfe zu verstehen und ist nicht zu verwechseln mit der Definition wie sie im Betreuungsrecht verwendet wird.

Zusammenfassung

- In der vorliegenden Spezialanalyse geht es um das Aufzeigen von regionalen Aspekten bei der Klientel der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der von ihr in Anspruch genommenen Hilfenformen. Damit können differenzierte Erkenntnisse über Stadt-Land-Unterschiede bei den Klienten gewonnen werden.
- Die Auswertungen erfolgen anhand des folgenden Rasters: a.) Landkreise, b.) Großstädte, c.) Metropole Frankfurt a. M.
Unter die erste Kategorie fallen Einrichtungen aus den 21 Landkreisen. Zum Typ „Großstädte“ gehören die Einrichtungen aus den kreisfreien Städten Darmstadt, Kassel, Offenbach und Wiesbaden. Die Stadt Frankfurt wird aufgrund ihres Charakters als Metropole separat erfasst.
- In den 80 Einrichtungen, die die Daten für diese Regionalanalyse zur Verfügung gestellt haben, wurden im Jahr 2003 14.459 Klienten sowie 1.654 Angehörige betreut. Dabei handelt es sich um den Einrichtungen namentlich bekannte Personen, für die in 2003 Termine dokumentiert worden sind. Für diese Klienten und Angehörigen wurden in diesem Zeitraum insgesamt 16.842 Betreuungen dokumentiert.
Umfangreiche Vergleiche der Teilstichprobe der 80 Einrichtungen mit den Daten der 109 Einrichtungen des Grunddatenberichts zeigen, dass die Teilstichprobe als repräsentativ bezeichnet werden kann.
- Betrachtet man die Geschlechterverteilung, ergibt sich für sämtliche regionale Gebiete eine Dominanz von Männern. Ungefähr drei von vier Klienten sind männlichen Geschlechts. Lediglich in den Frankfurter Einrichtungen findet sich mit 28% ein geringfügig höherer Frauenanteil. Dieser ist dort bei allen Substanzgruppen feststellbar.
- Beim Alter der Klienten fallen Unterschiede auf. So sind die in Frankfurt a. M. betreuten Personen im Mittel 35,5 Jahre alt und damit zwei Jahre jünger als die Klienten in den Landkreisen (37,4 Jahre). Fast weitere zwei Jahre älter sind die Klienten aus den Großstädten mit einem mittleren Alter von 39,2 Jahren. Diese Unterschiede hängen in erster Linie mit der unterschiedlichen Zusammensetzung der Klientel nach ihrer Hauptdroge/-substanz zusammen (siehe unten).
- In den Landkreisen und Großstädten besitzen ca. 90% der Klienten einen deutschen Pass. In Frankfurt a. M. dagegen ist der Anteil ausländischer Personen deutlich höher (insgesamt 19%).
- Bei den Klienten mit einem Alkoholproblem, die insgesamt die mit Abstand größte Gruppe unter allen Personen darstellen, zeigen sich deutliche regionalspezifische Unterschiede: In der Metropole Frankfurt ist der Anteil dieser Klientel (30%) wesentlich geringer als in den anderen regionalen Einheiten, wo sie jeweils fast die Hälfte aller Klienten repräsentiert. Im Gegensatz zu den anderen hessischen Städten und Landkreisen stellen in Frankfurt die Opiatkonsumenten mit 44% das Gros der Klientel.
- Dritthäufigste Hauptdiagnose ist in allen regionalen Bezugsräumen Cannabis. Hier ist bemerkenswert, dass mit 6% der Anteil von Cannabis-Klienten in den Großstädten nur etwa halb so hoch ist wie in den Landkreisen und in der Metropole Frankfurt. Dies dürfte vor allem mit unterschiedlichen Versorgungsstrukturen zusammenhängen.
- In Frankfurt existiert ein vergleichsweise hoher Anteil von Crack- und/oder Kokainkon-

sumenten (9% gegenüber jeweils 4% in den Großstädten und Landkreisen). Kein Unterschied besteht dagegen bei der (ohnehin eher seltenen) Hauptdiagnose Amphetamine/Ecstasy (überall 2%).

- 44% der Klienten mit der Hauptdiagnose ‚Opiate‘ befinden sich in einer Substitutionsbehandlung. Dabei ist ein deutlicher Unterschied zwischen den Landkreisen und den Großstädten (bzw. Metropole) zu beobachten: In den Letztgenannten beträgt ihr Anteil 55% (Großstädte) bzw. 56% (Frankfurt), während in den Landkreisen 29% der Opiatklientel aktuell substituiert wird.
- In allen drei regionalen Bezugsräumen ist Methadon das deutlich häufigste Substitutionsmittel. In Frankfurt ist die herausragende Position des Methadons besonders ausgeprägt: Hier wurde 87% der Substituierten dieses Medikament verschrieben im Vergleich zu 71% in den Großstädten und 69% in den Landkreisen. In letzteren wird im Vergleich mit den anderen Städten dagegen häufiger Polamidon verschrieben (21% gegenüber 7% in den Großstädten und 2% in Frankfurt).
- Bei der Lebenssituation der Klienten zeigen sich Unterschiede, bei denen offensichtlich geografische Strukturen eine Rolle spielen. So fällt auf, dass der Anteil allein lebender Personen mit Zunahme städtischer Strukturen anwächst (von 32% auf 40%) – das betrifft gleichermaßen alle wichtigen Hauptdiagnosegruppen. Erwähnenswert ist ferner, dass es in den Landkreisen einen vergleichsweise hohen Anteil von Klienten gibt, die (noch) bei den Eltern leben (20%).
- Bei der Wohnsituation der Klienten wird deutlich, dass sich diejenige der Frankfurter Klienten besonders schlecht darstellt. In der hessischen Metropole leben immerhin 14% in einer prekären Wohnsituation, d.h. sie sind obdachlos oder nur in einer provisorischen Unterkunft untergebracht (Anteil Landkreise und Großstädte: jeweils 6%). Das ist nicht nur durch die unterschiedliche Struktur der Klientengruppen verursacht, sondern auch beim Vergleich innerhalb der Hauptdiagnosegruppen stehen die Opiat- und Kokain-/Crackgebraucher aus Frankfurt besonders ungünstig dar.
- Die Erwerbssituation der Klienten stellt sich in allen drei regionalen Untersuchungsgebieten sehr ähnlich dar: Der Anteil der aktuell Erwerbstätigen liegt um die 40%, arbeits- bzw. erwerbslos sind 55% bis 58%. Die restlichen Klienten befinden sich in der beruflichen Rehabilitation (zwischen 2% und 6%). Damit ist die Klientel der ambulanten Suchtkrankenhilfe – gemessen an der Arbeitslosenquote von 8% bis 9% für Gesamt-Hessen – in allen Regionen in einem sehr hohen Maße von der Arbeitslosigkeit betroffen.
- Bei den gesetzlichen Grundlagen der Betreuung bestehen zwischen den drei regionalen Bezugsräumen keine wesentlichen Unterschiede: Überall kommt das Gros der Betreuungen freiwillig und ohne gesetzliche Auflage zustande (Anteile zwischen 85% und 92%).
- Die Beratung ist – erwartungsgemäß – in allen drei regionalen Bezugsräumen der dominierende Betreuungstypus. Dabei gehen jedoch die relativen Anteile sehr weit auseinander: Während in den Landkreisen zwei Drittel aller Betreuungen Beratungen sind (67%), beträgt der entsprechende Wert in Frankfurt nur knapp 40%. Das wiederum hängt damit zusammen, dass in der Metropole Frankfurt aufgrund des höheren Anteils von Opiatabhängigen die medikamentengestützte Behandlung eine größere Rolle spielt (18%).
- Bei der Art der Beendigung der Betreuung (planmäßig – abgebrochen) und dem Konsumstatus am Ende der Betreuung (abstinent – unverändert) gibt es nur geringfügige regionale Unterschiede.

Zielsetzung und Datengrundlage

In dieser Spezialanalyse geht es um das Aufzeigen von regionalen Aspekten bei der Klientel der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der von ihr in Anspruch genommenen Hilfeformen. Damit können vertiefende und differenzierte Erkenntnisse über vermeintliche oder tatsächliche Stadt-Land-Unterschiede bei den Klienten und Klientinnen gewonnen werden. So wurde beispielsweise in der hessischen Suchthilfestatistik 2003 (Grunddaten) festgestellt, dass die hessische Klientel mit ihrem „Substanzprofil“ eher derjenigen Berlins als derjenigen Schleswig-Holsteins entspricht. Es wurde vermutet, dass hierbei – auch wenn Hessen ein Flächenland ist – die spezifischen Drogenprobleme eines großstädtischen Ballungszentrums (Frankfurt und Umgebung) eine bedeutsame Rolle spielen (Kloss et al. 2004).

Mit der vorliegenden Spezialanalyse können nun diese und andere Annahmen empirisch überprüft werden. Sind auf dem Land und in der Stadt verschiedene Klientengruppen anzutreffen? Nehmen sie unterschiedliche Hilfeformen in Anspruch? Gibt es regionale Besonderheiten bei Alkohol- und Drogenabhängigen? Ist womöglich die soziale Situation von Drogenabhängigen auf dem Land weniger prekär als die der städtischen Drogenabhängigen? Für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Suchtkrankenhilfe können solche Auswertungen wichtige Hinweise für ihre tägliche Arbeit liefern. Ferner können sie für die Ausgestaltung der regionalen und landesweiten Hilfesysteme von Bedeutung sein.

Um die Hessische Situation besser einordnen zu können, werden in den folgenden Auswertungen an einigen Stellen Vergleichsdaten aus anderen Bundesländern herangezogen: die Ergebnisse aus Frankfurt werden mit statistischen Angaben aus Hamburg und Berlin verglichen; bei den beiden anderen regionalen Kategorien werden Ergebnisse von Landkreisen und kreisfreien Städten aus Schleswig-Holstein mit betrachtet.³ Ein solcher Blick über die hessische Landesgrenze hinaus erlaubt eine (vorsichtige) Einschätzung darüber, inwieweit in Hessen auf der *jeweiligen* regionalen Ebene Besonderheiten bei den Klienten und den erbrachten Betreuungen bestehen.

Die in den Einrichtungen dokumentierten Informationen des Hessischen Kerndatensatzes Suchthilfe (HKDS), die die Grundlage dieser Auswertung sind, besitzen eine gute Datenqualität.

Um eine Unterscheidung der drei verschiedenen Regionalkategorien zu ermöglichen, wurde ergänzend zum HKDS die Postleitzahl der betreuenden Einrichtung mit in die Auswertung einbezogen. Für diesen Schritt war deshalb eine freiwillige schriftliche Zustimmung der jeweiligen Einrichtungen vonnöten. Von den 109 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe, die die Daten des Grunddatenberichts 2003 lieferten, konnten 84 Einrichtungen angeschrieben werden.⁴ Von diesen übermittelten 80 Einrichtungen eine schriftliche Einverständniserklärung, was als Anhaltspunkt für eine gute Akzeptanz dieses Auswertungsansatzes seitens der Einrichtungen gewertet werden kann.

In den 80 Einrichtungen, die die Daten für diese Regionalanalyse zur Verfügung gestellt haben, wurden im Jahr 2003 14.459 Klienten und Klientinnen sowie 1.654 Angehörige betreut (siehe

³ In der Regel stammen diese Zahlen aus dem Jahre 2002, weil neuere Landestatistiken noch nicht veröffentlicht worden sind. Nur in einigen Ausnahmefällen liegen bereits Informationen aus dem Jahr 2003 vor.

⁴ Die übrigen Einrichtungen hatten ihre Daten über die HLS in aggregierter, nicht re-identifizierbarer Form und somit auch ohne Postleitzahl für den Grunddatenbericht zur Verfügung gestellt.

Tabelle 1). Dabei handelt es sich um den Einrichtungen namentlich bekannte Personen, für die in 2003 Termine dokumentiert worden sind. Für diese Klienten und Angehörigen wurden in diesem Zeitraum insgesamt 16.842 Betreuungen dokumentiert. Weiterhin gab es 3.868 Kontakte mit anonymen Personen.⁵

Die im Vergleich zum Grunddatenbericht vorliegende Datenbasis weist die Tabelle 1 im Einzelnen aus:

Tabelle 1: Datengrundlage Regionalauswertung und Grunddatenbericht 2003 im Vergleich

	Einrichtungen	Klienten/innen	Angehörige	Betreuungen	anonyme Kontakte
Gesamtbericht	109	17.515	1.654	18.542	4.420
Regionalanalyse	80	14.459	1.339	16.842	3.868

Die in der Tabelle ausgewiesene Zahl von Klienten und Angehörigen stellt analog zum Grunddatenbericht unterschiedliche Personen dar. Das bedeutet, dass Personen, die in mehreren Einrichtungen betreut wurden, nur einfach gezählt werden.⁶

Interne Plausibilitätskontrollen sowie der Vergleich der Ergebnisse des Grunddatenberichts mit Daten aus einigen anderen Bundesländern und der Nationalen Suchthilfestatistik lassen auf eine hohe Validität der Daten aller 109 Einrichtungen schließen.

Die Repräsentativität der vorliegenden Stichprobe ist hier daher vor allem im Vergleich mit der Stichprobe des Grunddatenberichts von Interesse. Umfangreiche Vergleiche der vorliegenden Teilstichprobe aus den 80 Einrichtungen der Regionalanalyse mit den Daten der 109 Einrichtungen des Grunddatenberichts zeigen eindeutig, dass die Teilstichprobe als repräsentativ bezeichnet werden kann (siehe Tabelle 2). Überprüft wurden alle soziodemographischen Variablen der Klienten und Angehörigen sowie deren Betreuungsdaten. Es werden dabei keine inhaltlich bedeutsamen Abweichungen zwischen Teil- und Gesamtstichprobe deutlich.

⁵ Diese Kontakte können nicht auf Einzelpersonen bezogen werden, so dass kein Rückschluss auf die tatsächliche Zahl an anonymen Klientinnen, Klienten und Angehörigen möglich ist. Es existieren auch keine weiteren Angaben wie etwa soziodemographische Daten. Dieser Sachverhalt ergibt sich aus dem Prinzip anonymer Dokumentation.

⁶ Eine Identifikation mehrfach gezählter Klientinnen, Klienten und Angehörigen ist dadurch möglich, dass ihre Daten zwar anonymisiert vorliegen, jeder Person aber ein eindeutiger HIV-Code zugewiesen wird. Der HIV-Code ist ein anerkannter Anonymisierungsschlüssel. Er wird aus Vor- und Nachnamen, dem Geschlecht sowie dem Geburtsdatum der jeweiligen Person gebildet. Dabei besteht eine nur geringe Wahrscheinlichkeit, dass zwei Personen denselben HIV-Code zugewiesen bekommen. Dieses Verfahren erlaubt keine Re-Identifizierung der Klienten und Klientinnen und ist datenschutzrechtlich abgesichert.

Tabelle 2: Ausgewählte Daten der Regionalstichprobe und der Stichprobe des Grunddatenberichts im Vergleich

		Grunddatenbericht	Regionalauswertung
Geschlechterverteilung	Männer/Frauen	74%/26%	75%/25%
mittleres Alter		37,1 Jahre	37,4 Jahre
Hauptdiagnosen*	Alkohol	44%	45%
	Opiate	31%	31%
	Cannabis	11%	11%
	Kokain/Crack	5%	5%
Betreuungsformen**	Beratung	50%	50%
	Allg. psychosoz. Betreuung	13%	13%
	Medikam.-gestützte Behandlung	8%	8%
	Ambulante Rehabilitation	6%	6%
mittlere Betreuungsdauer		215 Tage	214 Tage

*Anteil gemessen an allen Klienten/innen
 **Anteil gemessen an allen Betreuungen

Wie bereits in der thematischen Einführung geschildert, erfolgt die Regionalauswertung nach drei Kategorien:

- Landkreise
- Großstädte
- Metropole Frankfurt a. M.

Die Verteilung der Einrichtungen, Klienten, Angehörigen und Betreuungen auf diese drei Kategorien lässt sich der Tabelle 3 entnehmen. Dabei stammt ein Großteil der Daten – gemessen an der Einwohnerzahl erwartungsgemäß – von Einrichtungen aus den Landkreisen.⁷ Auf die Kategorie „Großstädte“ entfallen zwar weniger Einrichtungen (13 Suchthilfeeinrichtungen) als auf Frankfurt a. M. (20 Einrichtungen), sie stellt jedoch einen größeren Anteil von Klienten sowie Angehörigen und Betreuungen.

Die vorliegenden Fallzahlen⁸ reichen aus, um die drei regionalen Kategorien miteinander repräsentativ vergleichen zu können.

Tabelle 3: Einrichtungen, Klienten/innen, Angehörige und Betreuungen nach Region – absolute Zahlen

	Einrichtungen	Klienten/innen	Angehörige	Betreuungen
Landkreise	47	7.937	934	9.368
Großstädte	13	3.602	325	3.928
Metropole Frankfurt a. M.	20	2.920	80	3.546

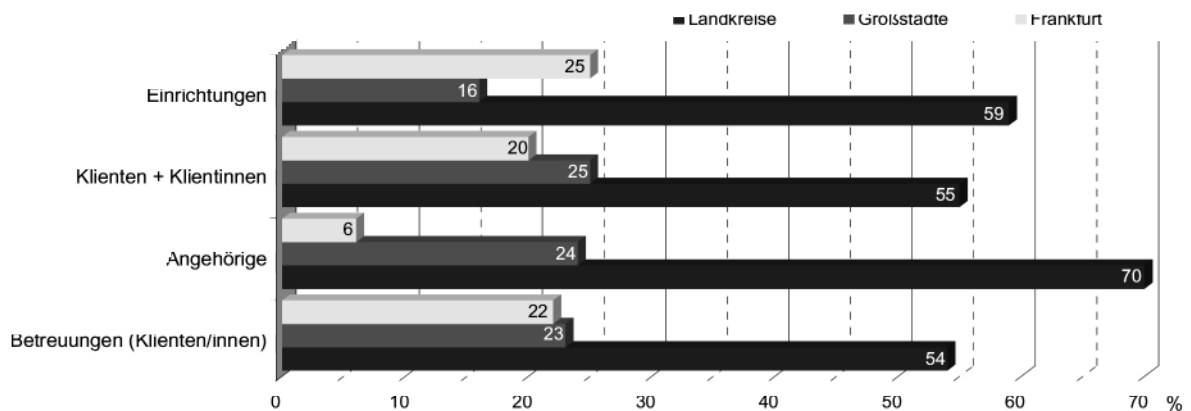
⁷ In den 21 Landkreisen leben 4.710.115 Einwohner. Die vier Großstädte haben zusammen 727.300 Einwohner und in Frankfurt a. M. leben 652.013 Menschen. (Stand 2003; Angaben zusammengestellt nach offiziellen Angaben des Statistischen Bundesamtes).

⁸ Nur in wenigen Einzelfällen reicht die Fallzahl für einige spezielle Vergleiche nicht aus. Diese sind im Bericht grundsätzlich kenntlich gemacht.

Klientinnen und Klienten

Innerhalb der drei Regionalkategorien stellen die Landkreise mit 47 Einrichtungen 59% aller einbezogenen Suchthilfeeinrichtungen. Dementsprechend finden sich dort auch die meisten Klientinnen und Klienten (55%; 7.937 Personen) (siehe Abbildung 1). Aus den Großstädten kommen gemessen am Anteil der Einrichtungen (16%, 13 Einrichtungen) vergleichsweise relativ viele Klienten (25%, 3.602 Personen). In der Metropole Frankfurt befinden sich dagegen in 25% der Einrichtungen 20% aller Klienten (2.920 Personen). Die Verteilung der Betreuungen auf die drei regionalen Bezugsräume entspricht fast derjenigen der Klienten, da die meisten Personen nur eine Betreuung im Auswertungszeitraum hatten. Dagegen verteilen sich die Angehörigen deutlich anders auf die drei Kategorien: 70% dieses Personenkreises werden von Einrichtungen aus den Landkreisen betreut (934 Personen), wogegen aus Frankfurt nur 6% aller Angehörigen stammen (80 Personen). In den Großstädten werden ungefähr dem Anteil von Klienten entsprechend 24% der Angehörigen betreut (325 Personen).

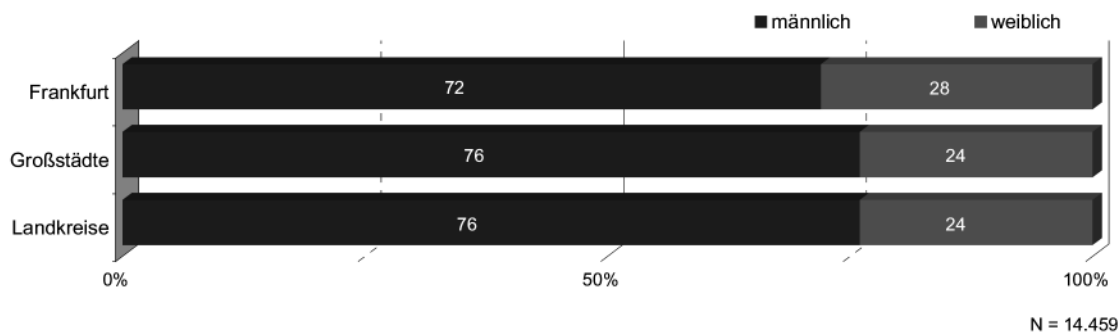
Abbildung 1: Einrichtungen, Klienten, Angehörige und Betreuungen nach Region – prozentuale Darstellung



Geschlecht · Alter · Nationalität

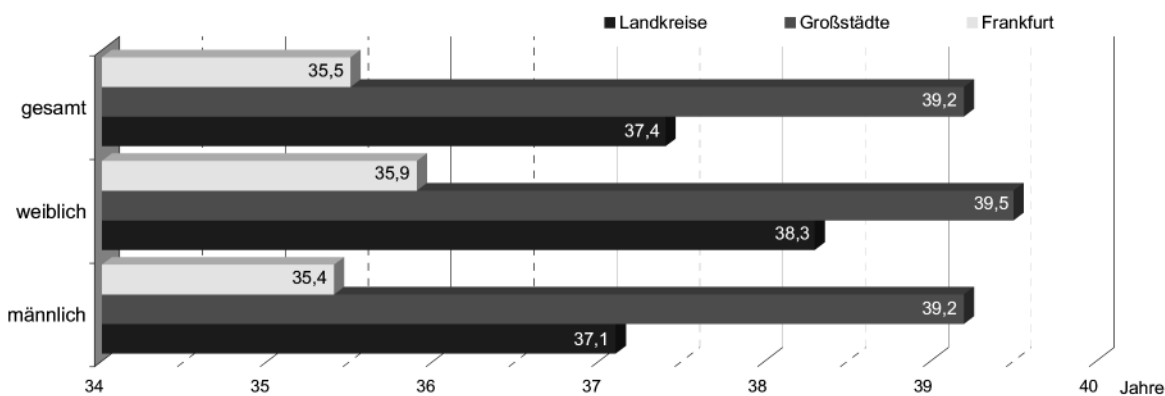
Betrachtet man die Verteilung der Geschlechter von Klientinnen und Klienten, ergibt sich für sämtliche regionale Gebiete der bereits im Grunddatenbericht festgestellte starke Überhang von Männern (siehe Abbildung 2). Ungefähr drei von vier Klienten sind männlichen Geschlechts. Lediglich in den Frankfurter Einrichtungen findet sich mit 28% ein geringfügig höherer Frauenanteil. Dieser ist dort bei allen Substanzgruppen feststellbar (siehe Tabelle TA 1 bis Tabelle TA 4).

Abbildung 2: Geschlechterverteilung differenziert nach Region



Beim Alter der Klienten fallen Unterschiede auf. So sind die in Frankfurt a. M. betreuten Personen im Mittel 35,5 Jahre alt und damit zwei Jahre jünger als die Klienten in den Landkreisen (37,4 Jahre) (siehe Abbildung 3). Fast weitere zwei Jahre älter sind die Klienten aus den Großstädten mit einem mittleren Alter von 39,2 Jahren. Diese Unterschiede hängen in erster Linie mit den unterschiedlichen Substanzen zusammen, die die betreuten Personen in den drei regionalen Bezugsräumen konsumieren.⁹ So dominieren beispielsweise Alkoholkonsumenten (in der Regel vergleichsweise ältere Personen) in den Landkreisen und Großstädten, während dies in Frankfurt die Klienten illegaler Drogen tun (siehe Abschnitt Substanzkonsum). Ein solcher Zusammenhang zwischen dem Alter der Klienten und ihrer Hauptsubstanz findet sich auch in einer Analyse, in der die Landkreise Schleswig Holsteins mit den kreisfreien Städten verglichen wurden.¹⁰ Der generelle Altersunterschied zwischen Männern und Frauen findet sich in allen drei Regionalkategorien. Die weiblichen Klienten sind etwas älter (siehe Abbildung 3). Wenn nach der Hauptsubstanz differenziert wird, zeigt sich jedoch, dass dies auf die Konsumenten von harten illegalen Drogen nicht zutrifft. Hier besitzen die Männer ein leicht höheres Durchschnittsalter (siehe Tabelle TA 5 bis Tabelle TA 8).

Abbildung 3: Durchschnittliches Alter differenziert nach Region



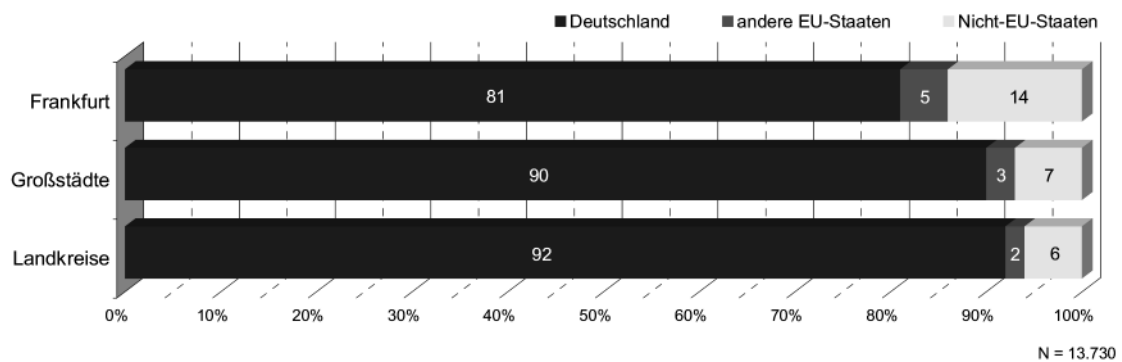
⁹ Es zeigen sich, wenn auf der substanzspezifischen Ebene ausgewertet wird, nur zwei regionale Unterschiede: Die Opiatklienten sind in den Landkreisen etwas jünger, die Cannabisklienten in den Großstädten etwas älter (siehe Tabelle TA 6 und Tabelle TA 7).

¹⁰ Kalke, J./ Martens, M.-S./ Schütze, C./ Raschke, P. (2003): Jahresbericht 2001. Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchthilfe Band III, Kiel.

In den Landkreisen und Großstädten besitzen ca. 90% der Klienten einen deutschen Pass (siehe Abbildung 4). In Frankfurt a. M. dagegen ist der Anteil ausländischer Personen deutlich höher (insgesamt 19%). Besonders der Anteil von Klienten, die nicht Bürger von EU-Staaten sind, ist hier sehr viel höher als in den Landkreisen und Großstädten.¹¹ Das zeigt sich bei allen Substanzgruppen (siehe Tabelle TA 9 bis Tabelle TA 12). Im Bereich Kokain/Crack liegt der Anteil sogar bei 30% nicht-deutscher Klienten.

Dieser Befund ist nicht weiter überraschend, denn darin drückt sich der Metropolcharakter von Frankfurt aus. Tatsächlich liegt der Anteil ausländischer Klienten in Frankfurt noch unter dem Anteil ausländischer Personen an der Frankfurter Gesamtbevölkerung (26%).¹² In Hessen insgesamt liegt der Ausländeranteil demgegenüber bei 14%.¹³

Abbildung 4: Nationalität differenziert nach Region



¹¹ Gemeint ist die Europäische Union vor der Erweiterung im Mai 2004.

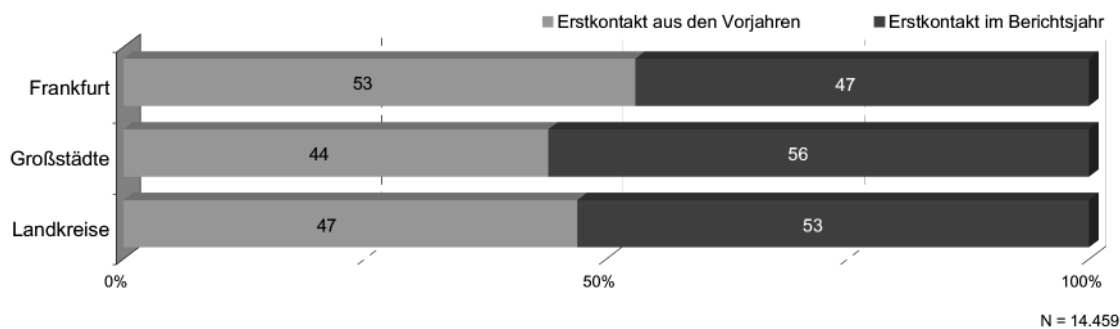
¹² Bürgeramt, Statistik und Wahlen (Frankfurt am Main) (2004): Frankfurter Statistik aktuell, Ausgabe 12/2004.

¹³ Statistisches Landesamt Hessen (http://www.hsl.de/Bevoelkerung_Gebiet/Auslaender_z.htm).

Erstkontakt, Kontaktempfehlung

Im Grunddatenbericht 2003 für Hessen wurde ausgewiesen, dass 55% der Klienten den ersten Kontakt mit der betreuenden Einrichtung im Jahr 2003 und nicht vorher hatten. In den Landkreisen und Großstädten Hessens zeigt sich ein entsprechendes Bild (siehe Abbildung 5). In Frankfurt a. M. hingegen hatte mit 53% etwas mehr als die Hälfte der Klienten bereits vor 2003 ihren ersten Kontakt zur betreuenden Einrichtung.¹⁴

Abbildung 5: Jahr des Erstkontaktes differenziert nach Region

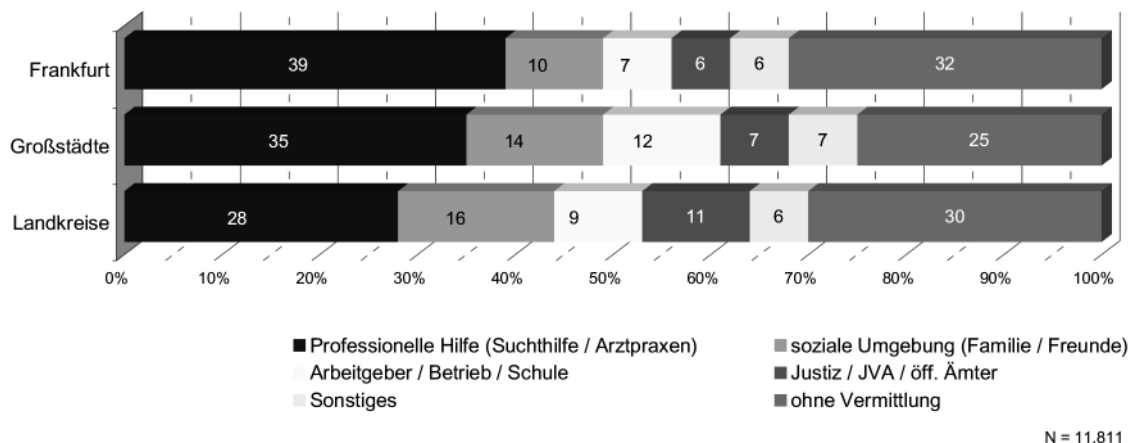


Die Abbildung 6 zeigt, auf welchem Weg die Klienten in das Suchthilfesystem vermittelt wurden. Beinahe die Hälfte der Betreuungen wird entweder durch den Kontakt mit anderen professionellen Angeboten für Suchtprobleme oder die Familie und Freunde der jeweiligen Person angeregt. Der Anteil der professionellen Hilfen steigt jedoch mit zunehmenden städtischen Strukturen deutlich an. So werden in Frankfurt a. M. 39% aller Betreuungen durch professionelle Hilfen initiiert, während dies in den Großstädten 35% und in den Landkreisen nur 28% sind. Der Anteil der Betreuungen, die durch den Arbeitgeber, die Schule oder öffentliche (justitielle) Stellen zustande kamen, ist in Frankfurt a. M. mit zusammengenommen 12% geringer als er in Hessen sonst ist (19% bzw. 20%). Der Anteil der Betreuungen, die Klienten ohne die Vermittlung anderer Stellen oder Personen aus eigener Motivation begonnen haben, liegt in Frankfurt a. M. und in den Landkreisen auf einem vergleichbaren Niveau (32% bzw. 30%), während er in den Großstädten etwas niedriger ist (25%).

Es werden einige erwähnenswerte Unterschiede deutlich, wenn diese Analyse auf die Substanzebene herunter gebrochen wird: So spielt bei den Cannabisklienten die professionelle Hilfe als vermittelnde Instanz in den Landkreisen eine wesentlich geringere Rolle als in den Großstädten und in der Metropole Frankfurt (8% zu 24% bzw. 17%) (siehe Tabelle TA 19). Dagegen hat hier die soziale Umgebung (Familie, Freunde) für diese Klientel einen wichtigeren Stellenwert (34% zu 21% bzw. 22%). Bei den Frankfurter Alkohol Klienten fällt auf, dass diese überdurchschnittlich häufig von der professionellen Hilfe an die ambulanten Suchteinrichtungen übermittelt werden (siehe Tabelle TA 17).

¹⁴ Es bestehen hier zwar einige Unterschiede, wenn nach der Hauptsubstanz differenziert wird; diese folgen aber keinem einheitlichen Muster (siehe Tabelle TA 13 bis Tabelle TA 16).

Abbildung 6: Vermittlung in das Suchthilfesystem differenziert nach Region



Vergleicht man die für Frankfurt a. M. vorliegenden Zahlen für die Vermittlung in das Hilfesystem mit denen von Berlin für das Jahr 2002 so findet sich ein annähernd identisches Bild.¹⁵ Die Vergleichszahlen für Hamburg aus dem Jahr 2002 weichen deutlich ab, da hier jeweils 21% der Betreuungen durch die Vermittlung von Familie oder Freunden motiviert wurden oder durch öffentliche (justitielle) Stellen angeregt worden sind.¹⁶ Ein Vergleich der Daten der Landkreise in Schleswig-Holstein (2001) mit denen in Hessen zeigt sehr deutliche Unterschiede: So wurden in den Schleswig-Holsteiner Landkreisen allein 46 % der Betreuungen durch professionelle Hilfen initiiert, während nur 18% der Betreuungen ohne fremde Hilfen ("aus eigener Motivation") begonnen wurden.

¹⁵ Zahlen stammen aus der noch nicht veröffentlichten Suchthilfestatistik 2002, SPI Forschung gGmbH.

¹⁶ Martens M.S./Lorenzen J./Vertheim U./Degkwitz P. (2003): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. 2002, Hamburg.

Substanzkonsum

Die nähere Betrachtung der Unterschiede im Konsum verschiedener Drogen abstrahiert zunächst vom polyvalenten Konsum und konzentriert sich auf die Substanz, die jeweils als ‚Hauptdiagnose‘ verzeichnet wurde, und zwar unabhängig davon, ob es sich um abhängige oder gefährdete Personen handelt.¹⁷

Bei den Klienten und Klientinnen mit einem Alkoholproblem, die insgesamt die mit Abstand größte Gruppe unter allen Personen darstellen, zeigen sich deutliche regionalspezifische Unterschiede: Wie in Tabelle 4 ersichtlich, ist in der Metropole Frankfurt der Anteil dieser Klientel (30%) wesentlich geringer als in den anderen regionalen Einheiten, wo sie jeweils fast die Hälfte aller Klienten repräsentiert. Im Gegensatz zu den anderen hessischen Städten (und Landkreisen) stellen in Frankfurt die Opiatkonsumenten mit 44% das Gros der Klientel. Damit ist in der Metropole im Vergleich zu den übrigen hessischen Großstädten und den Landkreisen ein beinahe umgekehrtes Verhältnis der Anteile von Alkohol- und Opiat-Hauptdiagnosen zu beobachten.

Tabelle 4: Hauptdiagnosen der Klienten nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Alkohol	49%	48%	30%
Opiate	26%	30%	44%
Cannabis	13%	6%	11%
Crack	2%	2%	6%
Kokain	2%	2%	3%
Amphetamine / MDMA / Ecstasy	2%	2%	2%
Multipler Substanzgebrauch	2%	4%	2%
Andere Suchtdiagnose	5%	6%	2%
Klienten/innen (N)	5.706	2.230	2.049

¹⁷ Der Substanzkonsum der Klienten wird in der ambulanten Suchthilfe Hessen vorrangig mit dem ICD 10 erfasst. Der ICD ist ein international anerkanntes Diagnoseschema zur Klassifikation somatischer und psychischer Störungen, für dessen Anwendung es spezielle Handbücher gibt. Unter der Bezeichnung „Hauptdiagnose“ werden hier alle Klientinnen und Klienten ausgewiesen, bei denen entweder „Abhängigkeit“ oder „schädlicher Gebrauch“ diagnostiziert worden ist. So wird auch in der nationalen Suchthilfestatistik verfahren.

Insgesamt gesehen sind aber sowohl im urbanen als auch im ländlichen Bereich diese beiden Gruppen (Alkohol- und Opiathauptdiagnosen) jeweils die deutlich größten. Diese Ergebnisse verweisen auf zwei Sachverhalte: Die Problematik des Opiatkonsums ist in Hessen bei weitem nicht auf städtische Umfelder beschränkt – auch die Zahlen für die Landkreise liegen deutlich über denen des Bundesdurchschnitts (26% gegenüber 14%, 2002¹⁸), und zwar nicht nur in denjenigen, die zum Einzugsbereich von Frankfurt gehören. Bemerkenswert ist gleichzeitig, dass sich die Werte der Suchthilfeinrichtungen in den Landkreisen und Großstädten nur in relativ geringem Maße voneinander unterscheiden, während die Klienten in Frankfurt wesentlich häufiger die Hauptdiagnose Opiate aufweisen. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass es in Frankfurt – im Unterschied zu anderen hessischen Städten – seit vielen Jahren eine sichtbare offene Szene von Konsumenten harter Drogen (neben Heroin vor allem Crack und Benzodiazepine) gibt, in deren Kerngebiet im Bahnhofsviertel sich ständig mehrere hundert Personen aufhalten (Kemmesies 2002). Insgesamt wird das weitere Umfeld der offenen Drogenszene in Frankfurt auf etwa 9.000 Personen geschätzt (Kemmesies 2004a).¹⁹ In Reaktion auf diese Bedarfslage wurde in Frankfurt das Netz der ambulanten Drogenhilfe ausgebaut, um möglichst viele Konsumenten harter Drogen zu erreichen. Hierin drückt sich der hohe Anteil von Personen mit einer Opiathauptdiagnose aus. Dieser Sachverhalt ist aber kein überraschendes Ergebnis, sondern bestätigt eher die aus anderen Studien bekannten Erkenntnisse über die Zusammensetzung der Klientel in großen Metropolstädten.

Dritthäufigste Hauptdiagnose ist in allen regionalen Bezugsräumen Cannabis. Hier erscheint die Differenz zwischen den Landkreisen und Frankfurt auf der einen Seite und dem mit 6% nur etwa halb so hohen Anteil von Cannabis-Klienten in den Großstädten auf den ersten Blick schwer erklärlich. Da nicht anzunehmen ist, dass in den kreisfreien Städten wesentlich weniger Cannabiskonsumern und -problematiken vorzufinden sein könnten als in den Landkreisen und der Metropole Frankfurt, liegt die Vermutung nahe, dass diese Abweichung zumindest teilweise mit der Angebotsstruktur (z.B. Verzahnung von Drogen- und Jugendberatung in einigen Landkreisen) zusammenhängen dürfte (Kloss et al. 2004). Ferner könnte auch eine Rolle spielen, dass in ländlichen Gebieten – aufgrund der weniger anonymen Strukturen – Cannabiskonsumern von Eltern, Schule, Betrieb etc. eher und schneller zur Beratung geschickt werden als dies in den Städten der Fall ist.

In Frankfurt existiert ein – mit einer entsprechenden Nachfrage verbundener – Crackmarkt, wie er in Deutschland vergleichsweise nur noch in Hamburg vorhanden ist. Die Schaffung von zielgerichteten Einrichtungen für diese Klientel hat offensichtlich dazu geführt, eine vergleichsweise hohe Zahl von Crack- und/oder Kokainkonsumenten in Frankfurt an die Einrichtungen der Drogenhilfe zu binden (9% gegenüber jeweils 4% in den Großstädten und Landkreisen). Vor allem der dreimal so hohe Wert für die Hauptdiagnose Crack (6%) deutet darauf hin. Diese Annahme geht auch mit Erkenntnissen über aktuelle Entwicklungen in der offenen Szene in Frankfurt einher (Kemmesies 2004b).

Kein Unterschied besteht bei der (ohnehin eher seltenen) Hauptdiagnose Amphetamine/Ecstasy (überall 2%). Dagegen sind Hauptdiagnosen für nicht-stoffliche Störungen wie Essstörungen oder das pathologische Glücksspielen in der Metropole eher unterrepräsentiert – diese nehmen den Großteil der zusammengefassten Kategorie „andere Suchtdiagnosen“ ein.

¹⁸ Welsch, K./ Sonntag, D. (2003): Deutsche Suchthilfestatistik 2002. In: Sucht, Sonderheft 1.

Es ist darauf hinzuweisen, dass in der nationalen Suchthilfestatistik auf der Grundlage von Betreuungen und nicht nach Personen ausgewertet wird. Ferner sind in der Statistik für das Jahr 2002 größere Städte unterrepräsentiert.

¹⁹ Diese Zahl beruht auf einem neuartigen Schätzverfahren, das registrierte Notfall- (Überdosierungs-) Situationen in Konsumräumen und die durch eine Befragung von Szeneangehörigen ermittelten Angaben zum Überdosierungsrisiko und zum Ort des letzten entsprechenden Notfalls zueinander in Beziehung setzt.

Ein Vergleich des Durchschnittsalters der verschiedenen Klientengruppen in den drei regionalen Einheiten lässt kaum Unterschiede erkennen (siehe Tabelle 5). Es zeichnet sich lediglich ein Muster ab, nach dem die Klienten der Einrichtungen aus den Landkreisen in fast allen Hauptdiagnosegruppen das geringste Durchschnittsalter aufweisen.

Tabelle 5: Alter der Klienten nach Hauptdiagnose in der Regionalanalyse (Mittelwerte)

	Landkreise		Großstädte		Frankfurt	
	N	Alter	N	Alter	N	Alter
Alkohol	2.826	44,5	1.078	45,2	605	45,1
Opiate	1.471	32,6	675	34,2	896	34,8
Cannabis	729	22,6	134	25,8	230	23,7
Crack	98	32,9	37	33,7	119	32,3
Kokain	92	32,2	36	33,5	71	34,3
Amphetamine / MDMA / Ecstasy	106	25,0	41	26,8	49	26,8

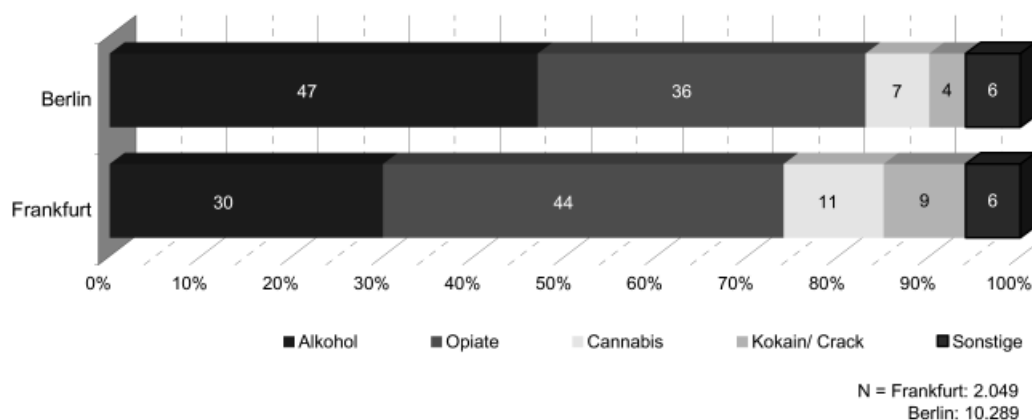
Auch bei der Betrachtung geschlechtsspezifischer Unterschiede gibt es nur wenige Auffälligkeiten. Der auch aus anderen Untersuchungen bekannte Umstand, dass bei der Hauptdiagnose Cannabis (im Vergleich zu den anderen Klientengruppen) Männer stärker überrepräsentiert sind, zeigt sich in allen regionalen Bezugsräumen. In Frankfurt scheint dieses ‚Übergewicht‘ im Vergleich zu den übrigen Regionen aber etwas schwächer ausgeprägt zu sein: Bei 13% aller männlichen Klienten und 7% aller Klientinnen wurde diese Diagnose gestellt; damit sind 19% der Cannabis-Klientel in Frankfurt weiblich. In den Landkreisen sowie den Großstädten beträgt dieser Anteil lediglich jeweils 14%. Bei den übrigen Substanzkategorien ähneln sich – bei geringen Abweichungen in beide Richtungen – jeweils die prozentualen Anteile der Hauptdiagnosen unter Männern und Frauen stark. Einzige Ausnahme ist die Kategorie „andere Suchtdiagnose“, bei der aufgrund der geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Essstörungen wesentlich höhere Frauenanteile zu beobachten sind. In den Landkreisen übersteigt sogar die absolute Zahl der Klientinnen in dieser Kategorie die der Klienten: 11% (N= 145) versus 3% (N=129). Nur in Frankfurt ist dieser Unterschied nicht zu beobachten, da dort so gut wie keine Essstörungen-Diagnosen gestellt werden. Vermutlich hängt dies damit zusammen, dass Einrichtungen, die sich in Frankfurt auf dieses Problemfeld spezialisiert haben, in der Auswertung nicht erfasst wurden, während in den (integrativen) Beratungsstellen in den anderen Städten und auf dem Land häufig sowohl Klienten und Klientinnen mit Essstörungen als auch Personen mit substanzbezogenen Störungen behandelt werden.

Anhand der vorliegenden Daten können über die in der Landesauswertung 2003 getroffene Einschätzung, dass das ‚Substanzprofil‘ von Hessen eher dem der Großstadt Berlin ähnelt als denen anderer Flächenländer (Kloss et al. 2004), vertiefende Erkenntnisse gesammelt werden.

Wie in Abbildung 7 deutlich wird, fällt beim ausschließlichen Vergleich der beiden Metropolen

auf, dass in Frankfurt der Anteil der Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol wesentlich geringer ist als in Berlin (30% zu 47%); umgekehrt ist in Frankfurt der Anteil der Opiatklientel besonders hoch (44% zu 36%), ebenso wie die Hauptdiagnose Kokain/Crack (9% zu 4%). Auch der Anteil der Cannabisklienten liegt in der hessischen Metropole höher (11% zu 7%). Insgesamt zeigt sich in der ambulanten Suchthilfe in Frankfurt im Vergleich zur Bundeshauptstadt also ein wesentlich höherer Anteil von Klienten aus dem Bereich der illegalen Drogen. Im Landesdurchschnitt wird dieser Effekt durch die Landkreise und den Großstädten kompensiert, so dass insgesamt die „Substanzprofile“ von Hessen und Berlin sehr ähnlich werden. Interessant und diskussionswürdig sind also vor allem die starken Abweichungen zwischen den beiden Metropolen Frankfurt und Berlin. Zumindest hinsichtlich des höheren Anteils der Opiat-Hauptdiagnosen kann wiederum die vergleichsweise große offene Drogenszene in der im Vergleich zur Bundeshauptstadt wesentlich kleineren Metropole Frankfurt als Erklärungsmuster dienen. Der höhere Anteil an Crack-Klienten kann wiederum zu einem großen Teil auf Besonderheiten in der offenen Drogenszene in Frankfurt zurückgeführt werden. Offenbar ist diese Substanz nur noch in Hamburg derart verbreitet (Stöver 2001). Offene Fragen werfen hingegen der höhere Anteil der Cannabis-Klientel sowie der niedrigere Anteil an Alkohol-Hauptdiagnosen in Frankfurt auf.

Abbildung 7: Hauptdiagnosegruppen: Frankfurt und Berlin im Vergleich



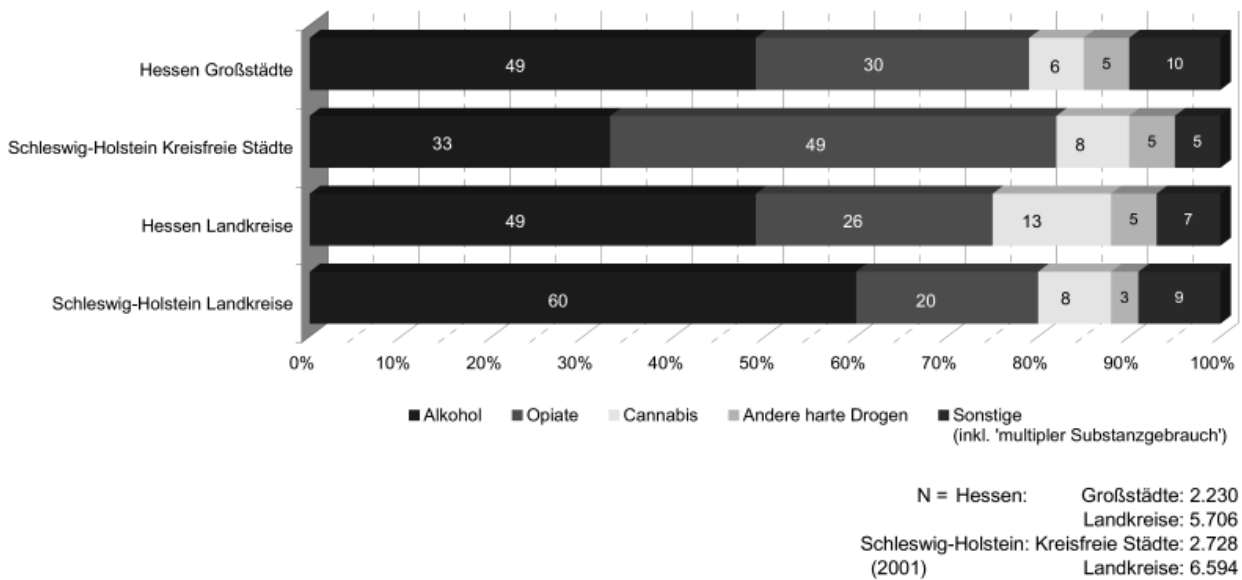
Bei einem Vergleich mit Daten aus einer Regionalanalyse für Schleswig-Holstein (Kalke et al. 2003; siehe Abbildung 8)²⁰ zeigen sich allerdings Differenzen in einer anderen Richtung: Dort gibt es derart große Unterschiede hinsichtlich der Anteile von Opiat- und Alkoholhauptdiagnosen in den Landkreisen und kreisfreien Städten²¹, dass der Anteil der Opiatklientel in den Städten sogar den von Frankfurt übersteigt (49% zu 44%; 30% in den anderen hessischen Großstädten). Dies dürfte jedoch nicht mit vollkommen unterschiedlichen Problemkonstellationen zusammenhängen, sondern eher auf unterschiedliche Angebotsstrukturen zurückzuführen sein: Möglicherweise sind diese in einem der beiden Bundesländer in den Großstädten noch nicht optimal auf die potentielle Klientel ausgerichtet (z.B. Defizite in der ambulanten Versorgung der alkoholabhängigen Personen in Schleswig-Holstein). Es könnte aber auch sein, dass unterschiedliche Zugangswege zur

²⁰ Auch wenn diese Zahlen aus dem Jahre 2001 stammen, sind sie für einen Vergleich geeignet, da sich in den letzten drei Jahren in Schleswig-Holstein an der prozentualen Zusammensetzung der Hauptdiagnosegruppen nichts wesentliches geändert hat.

²¹ Flensburg, Kiel, Lübeck, Neumünster.

Klientel bestehen (z.B. stationär oder über Selbsthilfegruppen in Schleswig-Holstein). Demgegenüber ist der Unterschied bei den Substanzprofilen der hessischen und schleswig-holsteinischen Landkreise nicht ganz so extrem abweichend, auch wenn in Hessen der Anteil von Alkoholkunden deutlich niedriger ist (60% zu 49%). Dagegen liegen die Werte für Opiate (20% zu 26%) und Cannabis (8% zu 13%) nicht so weit auseinander. Der Anteil der Klienten aus dem Bereich illegaler Drogen liegt in den hessischen Landkreisen insgesamt also etwas höher als in den ländlichen Gebieten des nördlichsten Bundeslandes. Auch dies könnte wiederum mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen in den Hilfesystemen zu tun haben.

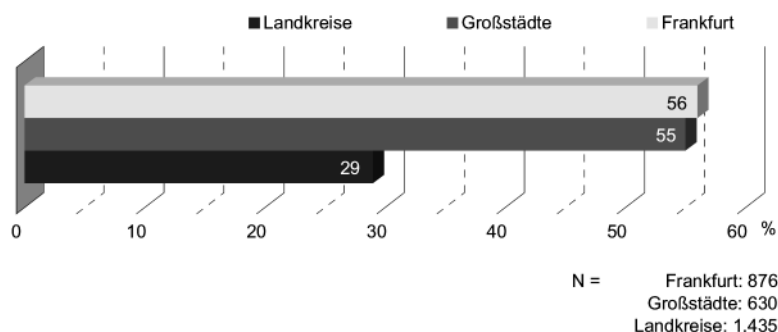
Abbildung 8: Hauptdiagnosegruppen: Städte und Landkreise in Hessen und Schleswig-Holstein im Vergleich



Substituierte

44% der Klienten mit der Hauptdiagnose ‚Opiate‘ befinden sich im Jahr 2003 in einer Substitutionsbehandlung. Wie die Abbildung 9 zeigt, ist dabei ein deutlicher Unterschied zwischen den Landkreisen und den Großstädten (bzw. Metropole) zu beobachten. In den Letztgenannten beträgt ihr Anteil 55% (Großstädte) bzw. 56% (Frankfurt), während in den Landkreisen 29% der Opiatklientel aktuell substituiert wird. Für diesen Unterschied dürfte in erster Linie die größere Dichte an entsprechenden Angeboten im urbanen Umfeld verantwortlich sein. Es könnte jedoch auch sein, dass die städtische Klientel eher die Bedingungen der Zulassung zur Substitutionsbehandlung erfüllt (problematischeres Klientel).

Abbildung 9: Anteil der Substituierten an allen Klienten mit Opiatkonsum



Eine kleinere Differenz zeigt sich bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung der Opiatklienten: Hier hatte sich im Rahmen des Grunddaten-Berichtes 2003 ein leicht überproportionaler Anteil von weiblichen Opiatklienten unter den aktuell Substituierten ergeben (29% zu 26% bei den Nicht-Substituierten). Die Regionalanalyse zeigt nun, dass dieser Unterschied ausschließlich in den hessischen Landkreisen begründet ist, wo 31% der Substituierten weiblich sind gegenüber einem Anteil von 22% bei der übrigen Opiatklientel; in den Städten finden sich hingegen diesbezüglich keine nennenswerten Abweichungen.²²

Die jeweils verschriebenen Substitutionsmittel wurden bei 40 % der aktuell sich in einer Substitutionsbehandlung befindenden Personen (N=501) dokumentiert (siehe Tabelle 6). Insgesamt ist Methadon in allen regionalen Bezugsräumen das deutlich häufigste Substitutionsmittel: jeweils mehr als zwei von drei Substituierten erhalten dieses Medikament (Gesamt: 77%). In Frankfurt ist die herausragende Position des Methadons besonders ausgeprägt: Hier wurde 87% der Substituierten dieses Medikament verschrieben im Vergleich zu 71% in den Großstädten und 69% in den Landkreisen. In letzteren wird im Vergleich mit den anderen Städten dagegen häufiger Polamidon verschrieben (21% gegenüber 7% in den Großstädten und 2% in Frankfurt), in den vier Großstädten etwas häufiger Buprenorphin (17% zu 10% in Frankfurt und 8% in den Landkreisen). Andere Substitutionsmittel spielen in keiner der regionalen Einheiten eine nennenswerte Rolle (Gesamtanteil: 2%).

²² Nach Informationen des Drogenreferats der Stadt Frankfurt weisen Zahlen aus den 10 Frankfurter Substitutionsambulanzen einen höheren Anteil von weiblichen Substituierten aus (36%). Dies ist schon seit 1997 der Fall.

Tabelle 6: Substitutionsmittel

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Methadon	69%	71%	87%
Polamidon	21%	7%	2%
Buprenorphin	8%	17%	10%
Codein / DHC	1%	1%	0,5%
LAAM	0%	0%	0%
Sonstiges	1%	4%	0,5%
Klienten/innen (N)	179	115	501

Die Tabelle enthält nur die Klienten, für die auch Informationen zur Medikation vorliegen. Die Zahl der Klienten ist also deutlich geringer.

Polyvalente Konsumenten

Im folgenden Abschnitt wird auf den weiteren Substanzkonsum der Klienten neben der Hauptdiagnose eingegangen. Eine solche Analyse ist möglich, weil mit dem eingesetzten EDV-Dokumentationssystem neben der Hauptdiagnose auch weitere Suchtdiagnosen²³ dokumentiert werden können. Einschränkend ist hierbei anzumerken, dass nicht ermittelt werden kann, wie viele Mitarbeiter der ambulanten Suchthilfe Hessen von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht haben. Es ist davon auszugehen, dass es diesbezüglich in den Einrichtungen unterschiedliche Dokumentationspraktiken gibt.²⁴ Deshalb ist nicht endgültig zu klären, wie hoch der tatsächliche Anteil polyvalenter Konsumenten ("Mehrfach-Gebraucher") liegt.

Mit den vorhandenen Daten ist es jedoch möglich, differenzierte Aussagen darüber zu treffen, welche Substanzen polyvalente Konsumenten benutzen. Daher bezieht sich die folgende Darstellung auf diejenigen Klienten, bei denen mindestens eine zusätzliche Suchtdiagnose gestellt worden ist. Ein Gesamtüberblick über Zusammenhänge zwischen der Haupts substanz und weiteren Substanzen findet sich in dem Grunddatenbericht 2003.

In diesem Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, ob es hinsichtlich der Art des polyvalenten Konsums Unterschiede zwischen Metropole, Großstädten sowie Landkreisen gibt. Es sei aber darauf hingewiesen, dass erfahrungsgemäß zusätzliche Suchtdiagnosen besonders häufig für Opiatklienten und eher selten unter der Alkoholklientel gestellt werden.

²³ Wie bei der Hauptdiagnose beziehen sich diese ‚Nebendiagnosen‘ auf Abhängigkeitssyndrom oder schädlichen Gebrauch der betreffenden Substanz.

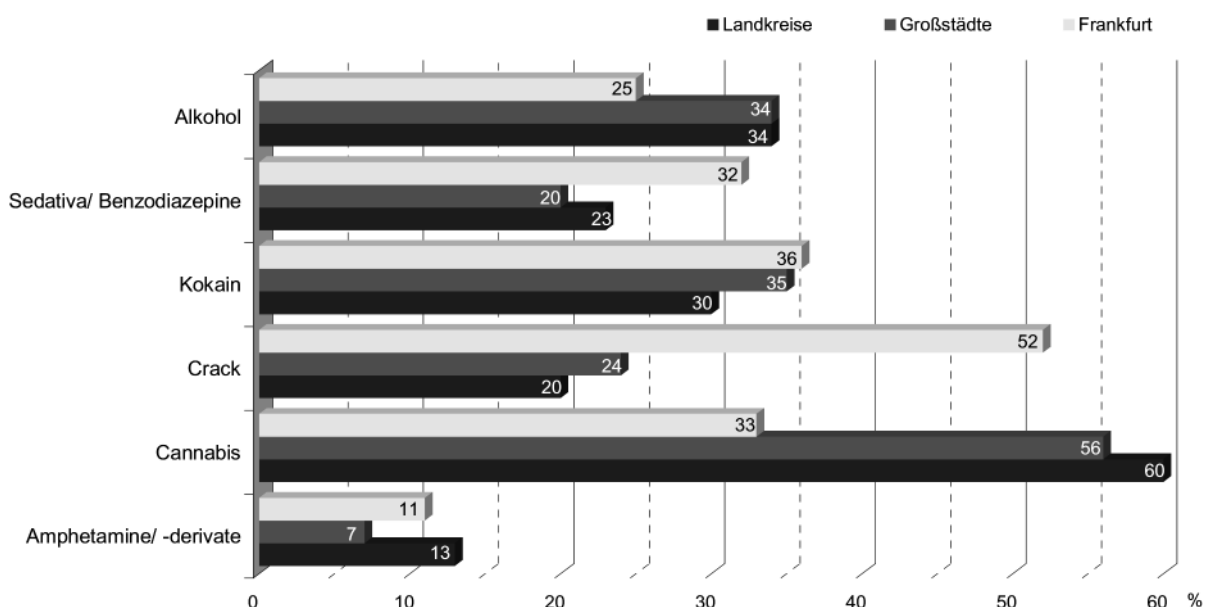
²⁴ Aus diesem Grund wird von der COMBASS-Steuerungsgruppe in Zukunft ein einheitliches Verfahren angestrebt, das den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen über das Manual und Workshops vermittelt werden soll.

Innerhalb der Klientengruppe mit der Hauptdiagnose Alkohol und mindestens einer zusätzlichen Suchtdiagnose zeigen sich nur kleinere regionalspezifische Abweichungen: Lediglich bei der Nebendiagnose Crack fällt auf, dass hier in Frankfurt ein deutlich höherer Anteil (19%) dokumentiert wurde als in den Großstädten (4%) und den Landkreisen (6%). Die häufigste Zusatzdiagnose unter Alkoholiklienten ist in allen Bezugsräumen „Sonstige“ (in aller Regel Tabak oder pathologisches Glücksspiel), die für jeweils etwa die Hälfte der Personen aus dieser Gruppe dokumentiert wurde.

Bei der Darstellung der zusätzlichen Suchtdiagnosen unter der Opiatklientel (siehe Abbildung 10) fällt vor allem der große Unterschied zwischen Frankfurt und den anderen Städten bzw. ländlichen Gebieten hinsichtlich der Nebendiagnose Crack ins Auge. Über die Hälfte der Frankfurter Opiatklienten mit zusätzlicher Suchtdiagnose konsumiert (unter anderem) auch Crack. Bei den beiden anderen regionalen Kategorien liegt dieser Anteil nur bei etwa 20%. Ein weiterer, wenn auch weniger stark ausgeprägter Unterschied ist beim Konsum von Sedativa zu beobachten. Im Einklang mit den Ergebnissen der Szenestudien (Kemmesies 2004b) deuten diese Daten auf Besonderheiten der (offenen) Drogenszene in Frankfurt hin, wo Crack mittlerweile die am intensivsten konsumierte Droge ist und Benzodiazepine (v. a. ‚Rohypnol‘) ebenfalls eine herausragende Rolle im Szenealltag spielen. Allerdings verdeutlichen die geringen Unterschiede im Beikonsum von Kokain und die nicht unerheblichen Anteile von Crack- und Sedativakonsum in den anderen hessischen Städten, dass polyvalente Konsummuster mit mehreren ‚harten‘ Drogen bei weitem keine reine Besonderheit von Frankfurt darstellen.

Eine Cannabisdiagnose wird für die Frankfurter Opiatklienten dagegen im Vergleich zu den beiden anderen regionalen Einheiten – wo diese Droge jeweils die mit Abstand häufigste Zusatzdiagnose unter der Opiatklientel darstellt – vergleichsweise selten gestellt (33% verglichen mit 56% bzw. 60% in den Großstädten und Landkreisen). In schwächerer Ausprägung ist dieser Unterschied auch bei den Alkoholdiagnosen zu beobachten.

Abbildung 10: Weitere Diagnosen bei Opiatkonsumenten



Die beobachteten regionalspezifischen Unterschiede bei den Zusatzdiagnosen von Cannabiskonsumenten sind aufgrund der vergleichsweise geringen Fallzahlen nicht aussagekräftig. Bei den Crack- und Kokainkonsumenten sind lediglich kleinere Unterschiede feststellbar: Es zeigen sich leicht abweichende Anteile der in dieser Substanzgruppe ohnehin vergleichsweise heterogen verteilten zusätzlichen Suchtdiagnosen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass insbesondere bei den Klienten, die eine Hauptdiagnose aus dem Bereich der harten illegalen Drogen aufweisen, der polyvalente Konsum eher die Regel als die Ausnahme zu sein scheint. Das Spektrum der konsumierten Substanzen kann dabei stark variieren. Es zeichnet sich zwar ein Schwerpunkt multiplen Konsums von Opiaten und Crack in Frankfurt ab – wie bereits im Hinblick auf den Opiatkonsum insgesamt – aber auch in den hessischen Landkreisen haben es die Mitarbeiter der Suchthilfe häufig mit Klienten zu tun, die diverse Substanzen konsumieren. Ebenso zeigt sich im Vergleich zu anderen Regionen in Deutschland ein überproportionaler Anteil von Opiatclientel in allen regionalen Bezugsräumen, während Kokain und Crack überdurchschnittlich häufig die Hauptdiagnose in Frankfurter Suchthilfeeinrichtungen darstellen. Auch die Anteile an Cannabisklienten liegen unabhängig von der Ortsgröße in Hessen über dem Bundesdurchschnitt, während die Diagnose Alkohol – vor allem in Frankfurt, aber auch in anderen hessischen Städten – eher unterdurchschnittlich häufig vorkommt.

Soziale Situation

In dem Grunddaten-Bericht wurde schon darauf hingewiesen, dass die soziale Situation der Klienten und Klientinnen durch Kriterien beschrieben werden kann, die Aussagen treffen zu deren Integration, Qualifikation und finanzieller Lage. Beispielhaft wurden hier einzelne Betrachtungen zum Personenstand, der tatsächlichen Lebens- und Wohnsituation, dem höchsten erreichten Schulabschluss und der Erwerbssituation angestellt. Denn pauschale Aussagen über „die“ Suchtkranken treffen in der Regel die Wirklichkeit nicht. Deshalb soll im Folgenden die soziale Situation der Klienten nach regionalen Gesichtspunkten ausdifferenziert werden. Es ist wahrscheinlich, dass regionale oder lokale Gegebenheiten (z.B. der Arbeits- oder Wohnungsmarkt) die soziale Lage der Klienten mit beeinflussen. Auch die noch weiter differenzierende Analyse nach den einzelnen Hauptdiagnosegruppen wird erneut durchgeführt (siehe hierzu die Tabellen im Anhang).

Familienstand · Lebenssituation

Beim (formalen) Familienstand – der Frage also, ob jemand ledig oder verheiratet ist – zeigen sich größere Unterschiede, wenn die Klienten aus Stadt und Land miteinander verglichen werden (siehe Tabelle 7). Diese Abweichungen sind jedoch durch die unterschiedliche Zusammensetzung der Klientel bedingt. So erklärt sich der Sachverhalt, dass in Frankfurt (65%) deutlich mehr Klienten ledig sind als in den Landkreisen (54%) und Großstädten (51%), dadurch, dass hier der Anteil der Opiatabhängigen größer ist. Diese Klienten sind im Durchschnitt jünger als die Personen mit der Hauptdiagnose Alkohol. Das Alter wiederum korreliert in hohem Maße mit dem Familienstand: umso jünger, desto eher sind die Klienten ledig.

Die Einzelauswertungen im Tabellenanhang zeigen in differenzierter Form eine hohe Übereinstimmung der verschiedenen Hauptdiagnosegruppen beim Familienstand in den drei regionalen Bezugsräumen (siehe die Tabellen im Anhang Tabelle TA 21 bis Tabelle TA 24). Als einzig kleine Ausnahme ist hier der sehr hohe Anteil von verheirateten, aber getrennt lebenden bzw. geschiedenen Kokain-/Crackgerauchern in den Großstädten zu nennen (zusammen 29%, Anteil in den Landkreisen: 13%).

Insgesamt kann jedoch festgehalten werden, dass spezifisch regionale Faktoren den Familienstand der Klienten so gut wie nicht beeinflussen. Unterschiede bestehen aber zwischen den Hauptdiagnosegruppen, die die Abweichungen in der Tabelle 7 erklären.

Tabelle 7: Familienstand nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
ledig	54%	51%	65%
verheiratet, zusammenlebend	23%	22%	13%
verheiratet, getrennt lebend	6%	8%	7%
geschieden	15%	17%	14%
verwitwet	2%	2%	1%
Klienten/innen (N)	6.232	2.343	2.289

Im Gegensatz zum (formalen) Familienstand zeigen sich bei der Lebenssituation der Klienten Unterschiede, die nicht nur auf die Zusammensetzung der Klientengruppen zurückgehen, sondern bei denen offensichtlich auch geografische Strukturen eine Rolle spielen. So fällt auf, dass der Anteil allein lebender Personen mit Zunahme städtischer Strukturen nicht nur auf der Gesamtebene anwächst (von 32% auf 40%) (siehe Tabelle 8), sondern gleichermaßen die Hauptdiagnosegruppen Alkohol und Opiate betrifft (siehe die Tabelle TA 25 und Tabelle TA 26 im Anhang). Auch von der Gesamtbevölkerung ist bekannt, dass der Anteil von „Singles“ in den Großstädten besonders hoch ist. Dies kann mit lebensweltlichen Einstellungen von Menschen, die in der Stadt leben, zusammenhängen. In einer negativen Perspektive kann dies aber auch als Vereinsamung in anonym gewordenen Großstädten interpretiert werden.

Erwähnenswert ist ferner, dass es in den Landkreisen einen vergleichsweise hohen Anteil von Klienten gibt, die (noch) bei den Eltern leben (20%). Bei allen Hauptdiagnosegruppen ist dies der Fall – besonders bei den Konsumenten illegaler Drogen (siehe die Tabelle TA 26 bis Tabelle TA 28 im Anhang). Mit einem niedrigeren Alter dieser Klienten oder einer schlechteren Wohnsituation kann dieser Befund nicht erklärt werden. Eher ist es wahrscheinlich, dass in ländlichen Gebieten das familiäre Zusammenleben „unter einem Dach“ länger andauert.

Der vergleichsweise hohe Anteil der Lebenssituation mit „sonstigen Personen“ in Frankfurt (15%) geht einher mit dem besonderen Stellenwert des Betreuten Wohnens in dieser Metropole (siehe unten). Bei einem Großteil derjenigen, die in dieser Wohnform leben, wurde die Lebenssituation in dieser Weise codiert.

Tabelle 8: Lebenssituation nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
mit Partner/in	18%	22%	16%
mit Partner/in und mit Kindern	18%	14%	9%
mit Kindern	5%	6%	3%
mit Elternteil	20%	12%	14%
mit Freunden/Bekanntem	2%	3%	3%
mit sonstigen Personen	6%	5%	15%
alleine lebend	32%	39%	40%
Klienten/innen (N)	5.881	2.162	2.282

Wohnsituation

Als nächstes wird die Wohnsituation der Klienten betrachtet. Dabei wird deutlich, dass sich diejenige der Frankfurter Klienten besonders schlecht darstellt. In der hessischen Metropole leben immerhin 14% in einer prekären Wohnsituation, d.h. sie sind obdachlos oder nur in einer provisorischen Unterkunft untergebracht (siehe Tabelle 9). Das ist nicht nur durch die unterschiedliche Struktur der Klientengruppen verursacht, sondern auch beim Vergleich innerhalb der Hauptdiagnosegruppen stehen die Opiat- und Kokain-/Crackgebraucher aus Frankfurt besonders ungünstig dar. Sie kommen hier auf Anteile von 15% bzw. 19% von Personen mit prekärer Wohnsituation (siehe Tabelle TA 30 und Tabelle TA 32 im Anhang).²⁵ Bei den Alkohol-Klienten existieren hingegen so gut wie keine Unterschiede, wenn nach den regionalen Bezugsräumen differenziert wird. Überall liegt eine ähnliche Wohnsituation vor, und zwar nicht nur bei dem Anteil der Klienten, die in die Kategorie „prekär“ gehören (3% bis 5%).

Eine weitere Besonderheit in Frankfurt ist der vergleichsweise hohe Anteil von Personen, die sich in der Wohnsituation „Betreutes Wohnen“ befinden (14%). Unter diesen Begriff fallen sowohl die betreuten Einzelwohnungen (im Rahmen aufsuchender Arbeit) als auch die bestehenden Wohneinheiten in Einrichtungen (die ambulant betreut werden). Bei den Frankfurter Opiat- und Cannabisklienten ist der in dieser Wohnform lebende Anteil besonders hoch (siehe die Tabelle TA 30 und Tabelle TA 31 im Anhang). Offensichtlich hat das „Betreute Wohnen“ vor allem in einer großstädtischen Angebotsstruktur einen besonderen Stellenwert, was wiederum mit den „kurzen

²⁵ Ferner sei angemerkt, dass sich die Wohnsituation der Opiatabhängigen in den hessischen Großstädten vergleichsweise günstig darstellt (prekär: 8%) – vor allem wenn als Maßstab die Ergebnisse aus Schleswig-Holstein herangezogen werden. Dort befinden sich nur knapp 70% dieser Klientel in den kreisfreien Städten in einer gesicherten Wohnsituation (Kalke et al. 2003).

Wegen“ und der guten Erreichbarkeit (ÖPNV-Netz) der Klienten zusammenhängen dürfte. Auch aus der Hansestadt Bremen ist dieser Sachverhalt bekannt.

Schließlich sei angemerkt, dass das Wohnen bei den Eltern oder Angehörigen analog dem eben dargestellten Zusammenhang bei der Lebenssituation in den Landkreisen überdurchschnittlich häufig anzutreffen ist (21%).

Tabelle 9: Wohnsituation nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
selbstständiges Wohnen	65%	75%	57%
bei Angehörigen/Eltern	21%	12%	14%
betreutes Wohnen	4%	3%	11%
prekäre Wohnsituation	6%	6%	14%
Sonstiges	4%	5%	4%
Klienten/innen (N)	6.769	2.796	2.512

Schulabschluss, Erwerbssituation

Nennenswerte regionale Unterschiede gibt es beim Schulabschluss der Klienten kaum.²⁶ Jeweils zwischen 12% und 15% haben das Abitur, etwa ein Viertel besitzt die „Mittlere Reife“ und um die Hälfte einen Hauptschulabschluss (siehe Tabelle 10). Wenn etwas auffällt, ist es der höhere Anteil von Personen in Frankfurt, die ohne Abschluss die Schule verlassen haben (13%). Dies zeigt sich bei fast allen Hauptdiagnosegruppen (siehe die Tabelle TA 33 bis Tabelle TA 36 im Anhang).

²⁶ In diese Auswertung sind nur diejenigen Personen mit eingeflossen, die älter als 17 Jahre sind.

Tabelle 10: Schulabschluss nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Hochschulabschluss	4%	5%	4%
(Fach-)Abitur	8%	10%	9%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	25%	23%	25%
Hauptschulabschluss	52%	51%	47%
Sonderschulabschluss	2%	3%	2%
anderer Schulabschluss	0,4%	1%	1%
ohne Schulabschluss abgegangen	9%	8%	13%
Klienten/innen (N)	5.606	1.990	2.271

Die Erwerbssituation der Klienten stellt sich in allen drei regionalen Untersuchungsgebieten sehr ähnlich dar: Der Anteil der aktuell Erwerbstätigen liegt um die 40%, arbeits- bzw. erwerbslos sind 55% bis 58% (siehe Tabelle 11). Die restlichen Klienten befinden sich in der beruflichen Rehabilitation (zwischen 2% und 6%). Selbst wenn berücksichtigt wird, dass im Jahr 2003 noch nicht alle erwerbslosen Personen in der Arbeitslosenstatistik auftauchten, ist damit die Klientel der ambulanten Suchtkrankenhilfe – gemessen an der Arbeitslosenquote von 8% bis 9% für Gesamt-Hessen – in einem exorbitanten Maße von der Arbeitslosigkeit betroffen.

Regionale Unterschiede bei der Arbeitslosigkeit spiegeln sich in den hier präsentierten Zahlen nur von einer ganz leichten Tendenz her wider: Die Klienten in den Großstädten sind von Arbeits-/Erwerbslosigkeit etwas mehr betroffen als in den Landkreisen und in der Metropole Frankfurt (58% versus 55%).²⁷ Einen Stadt-Land-Unterschied – wie er für Schleswig-Holstein festgestellt wurde (dort sind die Klienten in den Städten häufiger arbeitslos als in den Landkreisen) – besteht damit im Bundesland Hessen nicht (Kalke et al. 2003). Es könnte jedoch sein, dass wenn eine solche Analyse auf die einzelnen Kreise herunter gebrochen würde, sich möglicherweise differenzierte Erkenntnisse über die Auswirkungen lokaler Arbeitsmärkte auf die Erwerbssituation der Klienten der ambulanten Suchthilfe zeigen würden.

Wird der Binnenvergleich auf der Ebene der Hauptsubstanz durchgeführt, ergeben sich nur zwei regionale Abweichungen: In Frankfurt ist der Anteil von erwerbs-/arbeitslosen Cannabis-konsumenten besonders niedrig (29% zu über 40%); in den Großstädten ist der Anteil von erwerbs-/arbeitslosen Kokain-/Crackklienten besonders hoch (65% zu 49%) (siehe Tabelle TA 39

²⁵ Die Arbeitslosenquote lag im Jahr 2003 für Gesamt-Hessen zwischen 8 % und 9 %. In Frankfurt am Main war sie um etwa 1 Prozentpunkt leicht über dem Durchschnitt, in einigen Großstädten (Kassel, Offenbach) mit 5 bis 7 Prozentpunkten dagegen deutlich darüber. In den Landkreisen zusammengekommen lag die Arbeitslosenquote leicht unter dem Durchschnitt (eigene Berechnungen nach gefundenen Angaben im Internet).

und Tabelle TA 40 im Anhang). Dass es hier so wenig Unterschiede gibt, ist das eigentlich Überraschende. Denn in der entsprechenden Analyse für Schleswig-Holstein wurde eine starke Abweichung zwischen den städtischen und den ländlichen Alkoholklienten festgestellt. Danach ist die erste Gruppe deutlich häufiger von Arbeitslosigkeit bzw. Sozialhilfe betroffen als die zweite: 41% zu 33% (Kalke et al. 2003).

Tabelle 11: Erwerbssituation nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden	43%	40%	39%
arbeitslos/erwerbslos	55%	58%	55%
berufliche Rehabilitation	3%	2%	6%
Klienten/innen (N)	6.565	2.647	2.373

Zusammenfassend kann beim Regionalvergleich im Bereich der sozialen Situation der Klienten folgendes festgehalten werden: Beim Familienstand erklären sich die regionalen Unterschiede durch die unterschiedliche Zusammensetzung der Klientel. Dagegen spielen bei der Lebenssituation städtische Strukturen eine Rolle: Hier ist der Anteil Alleinlebender höher als auf dem Lande. Bei der Wohnsituation fällt auf, dass die Opiat- und Kokain-/Crackgebraucher aus Frankfurt besonders ungünstig dastehen. Beim Schulabschluss konnten genauso wie bei der Erwerbssituation keine nennenswerten regionalen Abweichungen ausgemacht werden. Dies ist das überraschende Ergebnis der Analyse: In Hessen sind die Klienten der ambulanten Suchtkrankenhilfe auf dem Land im gleichem Umfang von der Arbeitslosigkeit betroffen wie in der Stadt.

Die Betreuungen

Die folgende Analyse basiert auf 14.459 für das Jahr 2003 erfassten Betreuungen. Davon wurde die Hälfte im Jahr 2003 beendet, die andere Hälfte lief über den Jahreswechsel hinaus.

Über die Hälfte der Betreuungen fand in Einrichtungen aus den Landkreisen statt (55%), ein Viertel in Großstädten (25%) und jede fünfte in der Metropole Frankfurt (20%).²⁸

Auch bei den gesetzlichen Grundlagen der Betreuung bestehen zwischen den drei regionalen Bezugsräumen keine wesentlichen Unterschiede. Überall kommt das Gros der Betreuungen freiwillig und ohne gesetzliche Auflage zustande (Anteile zwischen 85% und 92%). Kleinere Unterschiede zeigen sich nur, wenn die Betreuungen von Konsumenten und Konsumentinnen illegaler Drogen separat betrachtet werden. Auffällig ist dann vor allem der vergleichsweise geringe Anteil von Betreuungen, die auf dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) beruhen, in der Metropole Frankfurt – und zwar bei allen Drogentypen (siehe die Tabelle TA 41 bis Tabelle TA 45 im Anhang).

Betreuungsdauer und -intensität

Die Betreuungsdauer und -intensität, also wie lange und in welcher Kontakthäufigkeit die Klienten betreut werden, stellt sich in den drei regionalen Untersuchungseinheiten unterschiedlich dar. Solche Unterschiede finden sich sowohl, wenn nach der Hauptsubstanz differenziert wird, als auch auf der Ebene der Betreuungsform.²⁹

Bei der substanzspezifischen Auswertung zeigt sich zunächst, dass bei der Hauptdiagnosegruppe Alkohol die durchschnittliche Betreuungsdauer und Kontaktintensität in allen drei regionalen Bezugsräumen im Großen und Ganzen ähnlich sind: Die Betreuungsdauer liegt zwischen 125 und 157 Tagen; in diesem Zeitraum finden 10 bis 13 Kontakte statt. Daraus ergibt sich eine Kontaktintensität, die sich in dem Bereich von „alle 10 Tage“ bis „alle 14 Tage“ bewegt (siehe Tabelle 12). Dagegen gehen die entsprechenden Werte bei den Opiat- und Cannabisklienten – teilweise – sehr weit auseinander. Einerseits fällt vor allem die hohe Kontaktdichte bei den betreuten opiatabhängigen Personen in den Großstädten auf (alle 8 Tage ein Kontakt). Dies dürfte speziell mit der Kontakthäufigkeit bei der medikamentengestützten Behandlung zusammenhängen (siehe unten). Andererseits ist hier die Kontaktintensität bei den Cannabis-Klienten besonders niedrig („alle 27 Tage“), während bei der Betreuungsdauer keine große Abweichung zu den Werten bei den anderen beiden Regionalkategorien besteht. Des Weiteren ist noch die überdurchschnittliche Betreuungslänge bei den Opiatklienten in der Metropole Frankfurt erwähnenswert (232 Tage). Mit welchen Faktoren die dargestellten Unterschiede im Einzelnen zusammenhängen, beispielsweise mit einer besseren Haltekraft oder unterschiedlichen Betreuungskonzepten, kann auf der

²⁸ Es gibt hierbei keine großen Unterschiede, wenn nach den Bereichen „Ambulante Beratung“ und „Betreutes Wohnen“ differenziert wird. In Frankfurt hat das Betreute Wohnen mit 8 % einen leicht höheren Anteil als in den Großstädten (4 %) und in den Landkreisen (6 %).

²⁹ Die Analyse der Betreuungsdauer und -intensität basiert auf den Angaben zu der Dauer einer Betreuungsform (Dokumentationsbereich „Abschnittstypen“ in HORIZONT) und nicht auf der Gesamtlänge der Betreuung. Dieses Verfahren wurde gewählt, um eine Vergleichbarkeit mit der entsprechenden Auswertung bei den einzelnen Betreuungsformen herzustellen.

Ferner sei angemerkt, dass sich an den folgenden Ergebnissen im Wesentlichen nichts ändert, wenn ausschließlich die planmäßig beendeten Betreuungen betrachtet werden. Zwar erhöht sich dann die durchschnittliche Betreuungsdauer etwas, aber die Unterschiede zwischen den regionalen Untersuchungseinheiten bleiben bestehen.

Grundlage der vorhandenen Daten nicht geklärt werden. Die Befunde ermöglichen jedoch einen empiriegestützten fachlichen Austausch über die aufgeworfenen Fragen.

Tabelle 12: Durchschnittliche Betreuungsdauer und Kontaktintensität nach Hauptdiagnose (ICD-10) und Region
(abgeschlossene Betreuungen in 2003)

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Alkohol			
Betreuungsdauer (Tage)	157	141	125
Kontakte (Anzahl)	11	10	13
Kontaktintensität* (Tage)	14	14	10
Betreuungen (N)	1.989	774	532
Opiate			
Betreuungsdauer (Tage)	190	199	232
Kontakte (Anzahl)	10	26	19
Kontaktintensität* (Tage)	19	8	12
Betreuungen (N)	964	346	559
Cannabis			
Betreuungsdauer (Tage)	149	162	157
Kontakte (Anzahl)	7	6	9
Kontaktintensität* (Tage)	21	27	17
Betreuungen (N)	468	95	144

* Die Kontaktintensität zeigt an, wie viele Tage im Mittel zwischen zwei Terminen liegen.

Auch wenn nach den einzelnen Betreuungsformen ausgewertet wird, zeigen sich Übereinstimmungen und Unterschiede zwischen den drei regionalen Bezugsräumen. Bevor diese dargestellt werden, sollen die fünf zentralen Betreuungsformen kurz erläutert werden (in alphabetischer Reihenfolge):³⁰

³⁰ Definitionen nach dem Manual COMBASS (Version 4.1).

Allgemeine Psychosoziale Betreuung: Diese umfasst komplexe Angebote für chronisch beeinträchtigte substanzabhängige Klienten. Die durchgeführten Tätigkeiten betreffen sowohl den sozialen und psychischen als auch den somatischen Bereich und erfordern mittel- bis langfristige Interventionen. Die psychosoziale Betreuung benötigt eine intensive Informations- und Kooperationsarbeit mit allen am Hilfesystem beteiligten Einrichtungen. (Bemerkung: substituierte Klienten sollen nicht in dieser Kategorie erfasst werden)

Ambulante Behandlung: Hierbei handelt es sich um die individuelle Bearbeitung von psychischen, sozialen und Verhaltensauffälligkeiten und -störungen, die in einem strukturierten Behandlungssetting stattfindet. Die Ambulante Behandlung setzt spezifische Qualifikationen (klinisch-psychologisches Störungs- und Interventionswissen) der Behandlerin / des Behandlers voraus.

Ambulante Rehabilitation: Die ambulante Rehabilitation nach der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ ist eine strukturierte Entwöhnungsbehandlung, die sich an Personen richtet, die im seelischen, sozialen und körperlichen Bereich keine schweren Störungen aufweisen sowie therapiewillig und abstinenzmotiviert sind. Sie wird von den Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen finanziert und sollte im Regelfall innerhalb von 12 Monaten abgeschlossen sein.

Beratung: Eine professionell durchgeführte Beratung ist eine fundierte konkrete Entwicklungs- und Lebenshilfe. Dabei kann es sich sowohl um eine kurzfristige informationsorientierte Beratung als auch um eine mittel- bis längerfristig angelegte problemorientierte Beratung handeln. Die Beratungstätigkeit erfordert eine flexible, an dem individuellen Bedarf der Klientin/des Klienten orientierte Vorgehensweise.

Medikamentengestützte Behandlung: Dabei handelt es sich um eine strukturierte, interdisziplinär angelegte ambulante Behandlung mit einem Substitutionsmittel (Methadon, Polamidon, Buprenorphin, Codein). Auch die Behandlung mit einer Anti-Craving-Substanz, das sind Medikamente, die das Suchtverlangen unterdrücken sollen, fällt darunter.

Zunächst einmal ist festzustellen, dass die Beratung – erwartungsgemäß – in allen drei regionalen Bezugsräumen der dominierende Betreuungstypus ist. Dabei gehen jedoch die relativen Anteile sehr weit auseinander: Während in den Landkreisen zwei Drittel aller Betreuungen Beratungen sind (67%), beträgt der entsprechende Wert in Frankfurt nur knapp 40% (siehe Tabelle 13). Das wiederum hängt damit zusammen, dass in der Metropole Frankfurt aufgrund des höheren Anteils von Opiatabhängigen die medikamentengestützte Behandlung eine größere Rolle spielt (18%). Bei der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung (20% bzw. 18%) und der Ambulanten Rehabilitation (8% bzw. 9%) kommen die Großstädte und Frankfurt auf ähnliche Werte. In den Einrichtungen der Landkreise haben diese beiden Betreuungsarten eine geringere Bedeutung. Hinter der Kategorie „Andere“ verbergen sich u. a. Integrationshilfen und die poststationäre Betreuung. Auch hier weist die Metropole Frankfurt einen wesentlich höheren Anteil auf (14%) (siehe Tabelle 13). Insgesamt kann festgehalten werden, dass in den Landkreisen eindeutig die Beratung als Betreuungstyp dominiert, während in den Zahlen für Frankfurt ein differenzierteres Tätigkeitsfeld zum Ausdruck kommt. Die Großstädte nehmen hier eine mittlere Position ein.

Tabelle 13: Anteile der verschiedenen Betreuungsformen nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Beratung	67%	53%	39%
Allgemeine Psychosoziale Betreuung	11%	20%	18%
Medikamentengestützte Behandlung	5%	9%	18%
Ambulante Rehabilitation	5%	8%	9%
Ambulante Behandlung	4%	4%	2%
Andere	8%	6%	14%
Betreuungen (N)	7.634	3.367	3.520

Als nächstes werden die Betreuungsdauer und die Kontaktintensität bei den verschiedenen Betreuungsformen betrachtet. Dabei wird aufgrund ihres geringen Anteils die Ambulante Behandlung außer Acht gelassen.

Bei der Beratung zeigt sich, dass die Werte für die Betreuungsdauer und Kontaktintensität in allen drei regionalen Untersuchungseinheiten sehr ähnlich aussehen. Es kommt alle 17 bzw. 18 Tage zu einem Kontakt bei einer Betreuungsdauer, die zwischen 104 und 129 Tage liegt (siehe Tabelle 14). Dieser empirische Befund ist bemerkenswert, weil es keinen expliziten Standard für die Dauer und Intensität eines Beratungsprozesses gibt. Offensichtlich hat sich in Hessen ein Modus entwickelt, der den Bedürfnissen der Klientel bzw. den Angebotsmöglichkeiten der Einrichtungen entspricht. Dagegen gehen die Werte bei der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung auseinander: Vor allem gibt es hier eine starke Abweichung bei der Betreuungsdauer zwischen den Großstädten und der Metropole Frankfurt (165 zu 290 Tage). Diese Differenz kann ihrer Ursache in unterschiedlichen Dokumentationspraktiken haben: Möglicherweise sind die Beratung und die Allgemeine Psychosoziale Betreuung definitorisch nicht klar genug von einander abgegrenzt.

Die regionalen Zahlen für die Ambulante Rehabilitation liegen wiederum sehr eng beieinander: Es findet alle 7 bis 9 Tage ein Kontakt statt, bei einer Betreuungsdauer, die zwischen 187 und 228 Tagen liegt (siehe Tabelle 14). Größere Unterschiede waren hier auch nicht zu erwarten gewesen, denn die Ambulante Rehabilitation nach der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ ist eine stark strukturierte Behandlung mit einer vorgegebenen Anzahl abzurechnender Einzel- und Gruppengesprächen sowie einer maximalen Behandlungsdauer (Regeldauer: 12 Monate mit einer Verlängerungsoption von 6 Monaten). Von daher können diese Zahlen auch als Bestätigung dafür angesehen, dass in Hessen eine gute Dokumentationsqualität besteht.

Im Gegensatz zur Ambulanten Rehabilitation gibt es bei der Medikamentengestützten Behandlung (in der Regel Substitutionsbehandlung) erhebliche regionale Unterschiede. So findet sich eine extrem hohe Kontaktdichte in den Großstädten („alle 5 Tage“), während diese in den Landkreisen fast 5mal so niedrig ist. Dagegen ist hier die Betreuungsdauer sehr ähnlich (212 und

204 Tage). Diese wiederum ist in der Metropole Frankfurt deutlich länger: 279 Tage. Ob diese regionalen Unterschiede mit den verschiedenen Formen der Medikamentengestützten Behandlung (integriert, kooperativ, getrennt), auseinander gehenden Dokumentationspraktiken in den Einrichtungen oder spezifischen Klientelen zusammenhängen, kann auf der Grundlage der vorhandenen Daten nicht gesagt werden.³¹ Solche Analysen werden jedoch in den nächsten Jahren möglich sein, wenn sich aufgrund der fortlaufenden Dokumentation die Datenmenge erweitert hat.

Tabelle 14: Durchschnittliche Betreuungsdauer und Kontaktintensität ausgewählter Betreuungsformen nach Region (abgeschlossene Betreuungen in 2003)

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Beratung			
Betreuungsdauer (Tage)	129	104	120
Kontakte (Anzahl)	7	6	7
Kontaktintensität* (Tage)	18	17	17
Betreuungen (N)	2.944	1.176	820
Allgemeine Psychosoziale Betreuung			
Betreuungsdauer (Tage)	203	165	290
Kontakte (Anzahl)	13	10	24
Kontaktintensität* (Tage)	16	17	12
Betreuungen (N)	412	356	216
Medikamentengestützte Behandlung			
Betreuungsdauer (Tage)	204	212	279
Kontakte (Anzahl)	9	42	23
Kontaktintensität* (Tage)	23	5	12
Betreuungen (N)	148	145	250
Ambulante Rehabilitation			
Betreuungsdauer (Tage)	199	228	187
Kontakte (Anzahl)	23	25	26
Kontaktintensität* (Tage)	9	9	7
Betreuungen (N)	210	150	187

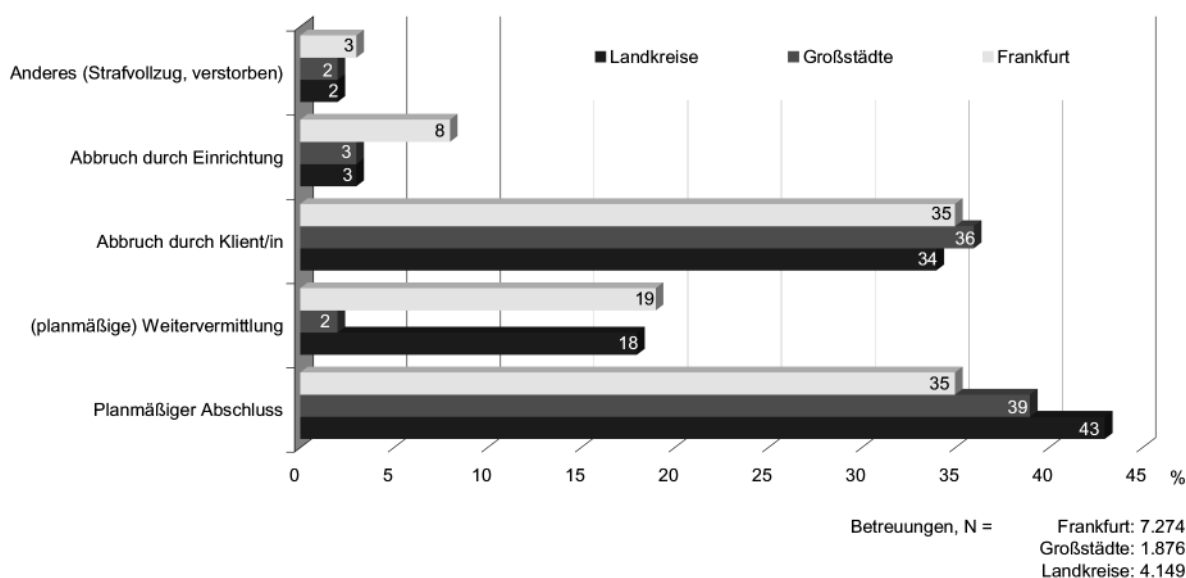
* Die Kontaktintensität zeigt an, wie viele Tage im Mittel zwischen zwei Terminen liegen.

³¹ Bei diesen statistischen Auswertungen entstehen teilweise Subgruppen, deren Anzahl deutlich unter 50 Personen liegen. Eine solche Fallzahl lässt keine repräsentativen Aussagen zu.

Betreuungsende

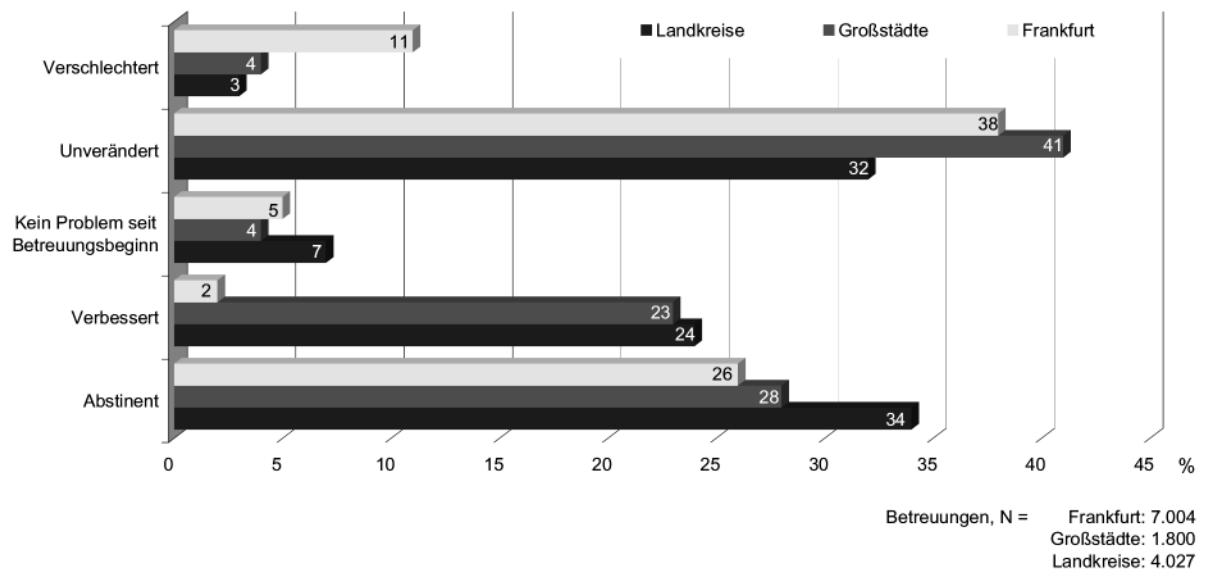
Es gibt nur geringfügige regionale Unterschiede bei der Beendigung der Betreuung. Am ehesten fällt noch auf, dass in Frankfurt häufiger die Einrichtungen von sich aus eine Betreuung abbrechen als in den anderen beiden regionalen Bezugsräumen (8% versus 3%). Dies hängt mit dem überproportionalen Anteil von Konsumenten harter Drogen zusammen, bei denen eher eine Betreuung abgebrochen wird als bei den alkoholabhängigen Personen (siehe Tabelle TA 46 bis Tabelle TA 49 im Anhang). Der Anteil der planmäßigen Beendigungen inklusive der Weitervermittlungen überwiegt überall: er liegt zwischen 54% (Frankfurt) und 61% (Landkreise).

Abbildung 11: Grund der Beendigung der Betreuung nach Region



Auch beim Konsumstatus am Ende der Betreuung zeigen sich keine großen Unterschiede zwischen den drei regionalen Analysekatoren (siehe Abbildung 12). Die geringen Abweichungen, die es gibt – beispielsweise der Anteil von 11% „verschlechtert“ in Frankfurt –, hängen mit den unterschiedlichen Klientengruppen in Stadt und Land zusammen. Wenn auf der Substanzebene verglichen wird, fällt als einzige nennenswerte Differenz auf, dass in der Metropole Frankfurt der Anteil der Cannabis-Klienten mit dem Konsumstatus „unverändert“ sehr hoch liegt (57%) (siehe Tabelle TA 52 im Anhang).

Abbildung 12: Konsumstatus am Ende der Betreuung nach Region



Literatur

Bürgeramt, Statistik und Wahlen (Frankfurt am Main) (2004):

Frankfurter Statistik aktuell, Ausgabe 12/2004.

Kalke, J. • Martens, M. • Schütze, C. • Raschke, P. (2003):

Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Die Lebenssituation der Klientinnen und Klienten in Stadt und Land, Band III, Kiel.

Kemmesies, U. (2002):

MoSyD – Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2002.

Frankfurt a.M.: Johann Wolfgang Goethe-Universität, Centre for Drug Research.

Kemmesies, U. (2004a):

Die offene Drogenszene im Wandel: Frankfurt/ Main. In: Sucht, 1: 50-53.

Kemmesies, U. (2004b):

Szenebefragung – Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main - Zusammenfassung. In:

Kemmesies, U. • Werse, B. • Müller, O. • Prinzleve, M.: Jahresbericht MoSyD. Drogentrends in Frankfurt am Main 2003, Frankfurt a.M.: 170-173.

Kloss, M. • Kalke, J. • Schütze, C. • Raschke, P. (2004):

Landesauswertung 2003 der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS). Grunddaten, Frankfurt a.M.

Krausz, M. • Raschke, P. (Hrsg.) (1999):

Drogen in der Metropole, Freiburg i.B.

Martens M. • Lorenzen J. • Verthein U. • Degkwitz P. (2003):

Ambulante Suchthilfe in Hamburg. 2002, Hamburg.

Stöver, H. (2001):

Bestandsaufnahme „Crack-Konsum“ in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote. Endbericht. Bremen: Universität Bremen, Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO).

Welsch, K. • Sonntag, D. (2003):

Deutsche Suchthilfestatistik 2002. In: Sucht, Sonderheft 1.

Tabellenanhang

Übersicht aller folgenden Tabellen

Klientinnen und Klienten

Tabelle TA 1	Geschlechterverteilung (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Region	44
Tabelle TA 2	Geschlechterverteilung (Hauptsubstanz: Opiate) nach Region	44
Tabelle TA 3	Geschlechterverteilung (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Region	45
Tabelle TA 4	Geschlechterverteilung (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Region	45
Tabelle TA 5	Mittleres Alter der Klienten in Jahren (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Region	45
Tabelle TA 6	Mittleres Alter der Klienten in Jahren (Hauptsubstanz: Opiate) nach Region	46
Tabelle TA 7	Mittleres Alter der Klienten in Jahren (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Region	46
Tabelle TA 8	Mittleres Alter der Klienten in Jahren (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Region	46
Tabelle TA 9	Namentlich erfasste Klienten (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Nationalität und Region	47
Tabelle TA 10	Namentlich erfasste Klienten (Hauptsubstanz: Opiate) nach Nationalität und Region	47
Tabelle TA 11	Namentlich erfasste Klienten (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Nationalität und Region	47
Tabelle TA 12	Namentlich erfasste Klienten (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Nationalität und Region	48
Tabelle TA 13	Jahr des Erstkontakts der Klienten (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Region	48
Tabelle TA 14	Jahr des Erstkontakts der Klienten (Hauptsubstanz: Opiate) nach Region	48
Tabelle TA 15	Jahr des Erstkontakts der Klienten (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Region	49
Tabelle TA 16	Jahr des Erstkontakts der Klienten (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Region	49
Tabelle TA 17	Vermittlung in die Betreuungen (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Region	49
Tabelle TA 18	Vermittlung in die Betreuungen (Hauptsubstanz: Opiate) nach Region	50
Tabelle TA 19	Vermittlung in die Betreuungen (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Region	50
Tabelle TA 20	Vermittlung in die Betreuungen (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Region	51

Soziale Situation

Tabelle TA 21	Familienstand (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Region	51
Tabelle TA 22	Familienstand (Hauptsubstanz: Opiate) nach Region	52
Tabelle TA 23	Familienstand (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Region	52
Tabelle TA 24	Familienstand (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Region	53
Tabelle TA 25	Lebenssituation (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Region	53
Tabelle TA 26	Lebenssituation (Hauptsubstanz: Opiate) nach Region	54
Tabelle TA 27	Lebenssituation (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Region	54
Tabelle TA 28	Lebenssituation (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Region	55
Tabelle TA 29	Wohnsituation (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Region	55
Tabelle TA 30	Wohnsituation (Hauptsubstanz: Opiate) nach Region	56
Tabelle TA 31	Wohnsituation (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Region	56
Tabelle TA 32	Wohnsituation (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Region	57
Tabelle TA 33	Schulabschluss (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Region	57
Tabelle TA 34	Schulabschluss (Hauptsubstanz: Opiate) nach Region	58
Tabelle TA 35	Schulabschluss (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Region	58
Tabelle TA 36	Schulabschluss (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Region	59
Tabelle TA 37	Erwerbssituation (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Region	59
Tabelle TA 38	Erwerbssituation (Hauptsubstanz: Opiate) nach Region	60
Tabelle TA 39	Erwerbssituation (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Region	60
Tabelle TA 40	Erwerbssituation (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Region	60

Betreuungen

Tabelle TA 41	Gesetzliche Grundlage der Betreuung nach Region	61
Tabelle TA 42	Gesetzliche Grundlage der Betreuung (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Region	61
Tabelle TA 43	Gesetzliche Grundlage der Betreuung (Hauptsubstanz: Opiate) nach Region	62
Tabelle TA 44	Gesetzliche Grundlage der Betreuung (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Region	62
Tabelle TA 45	Gesetzliche Grundlage der Betreuung (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Region	62
Tabelle TA 46	Grund der Beendigung der Betreuung (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Region	63
Tabelle TA 47	Grund der Beendigung der Betreuung (Hauptsubstanz: Opiate) nach Region	63
Tabelle TA 48	Grund der Beendigung der Betreuung (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Region	63
Tabelle TA 49	Grund der Beendigung der Betreuung (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Region	64
Tabelle TA 50	Konsumstatus am Ende der Betreuung (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Region	64
Tabelle TA 51	Konsumstatus am Ende der Betreuung (Hauptsubstanz: Opiate) nach Region	64
Tabelle TA 52	Konsumstatus am Ende der Betreuung (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Region	65
Tabelle TA 53	Konsumstatus am Ende der Betreuung (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Region	65

Klientinnen und Klienten

Tabelle TA 1 Geschlechterverteilung (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
männlich	77%	76%	67%
weiblich	23%	24%	33%
gesamt (N)	2.826	1.078	605

Tabelle TA 2 Geschlechterverteilung (Hauptsubstanz: Opiate) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
männlich	76%	72%	71%
weiblich	24%	28%	29%
gesamt (N)	1.471	675	896

Tabelle TA 3 Geschlechterverteilung (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
männlich	86%	86%	81%
weiblich	14%	14%	19%
gesamt (N)	729	134	230

Tabelle TA 4 Geschlechterverteilung (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
männlich	83%	79%	76%
weiblich	17%	21%	24%
gesamt (N)	190	73	191

Tabelle TA 5 Mittleres Alter der Klienten in Jahren (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
männlich	44,0	45,0	44,3
weiblich	46,2	45,8	46,6
gesamt	44,5	45,2	45,0

Tabelle TA 6 Mittleres Alter der Klienten in Jahren (Hauptsubstanz: Opiate) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
männlich	32,7	34,5	35,1
weiblich	32,4	33,6	33,9
gesamt	32,6	34,2	34,8

Tabelle TA 7 Mittleres Alter der Klienten in Jahren (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
männlich	22,7	25,9	23,6
weiblich	22,0	25,3	23,8
gesamt	22,6	25,8	23,7

Tabelle TA 8 Mittleres Alter der Klienten in Jahren (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
männlich	32,4	34,2	34,2
weiblich	33,2	31,6	29,7
gesamt	32,6	33,6	33,1

Tabelle TA 9 Namentlich erfasste Klienten (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Nationalität und Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Deutschland	96%	95%	90%
andere EU-Staaten	1%	1%	3%
Nicht-EU-Staaten	3%	4%	7%
gesamt (N)	2.740	1.032	596

Tabelle TA 10 Namentlich erfasste Klienten (Hauptsubstanz: Opiate) nach Nationalität und Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Deutschland	89%	86%	80%
andere EU-Staaten	3%	4%	6%
Nicht-EU-Staaten	8%	10%	14%
gesamt (N)	1.438	673	854

Tabelle TA 11 Namentlich erfasste Klienten (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Nationalität und Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Deutschland	90%	78%	72%
andere EU-Staaten	2%	5%	4%
Nicht-EU-Staaten	8%	17%	24%
gesamt (N)	717	132	220

Tabelle TA 12 Namentlich erfasste Klienten (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Nationalität und Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Deutschland	79%	79%	70%
andere EU-Staaten	5%	7%	9%
Nicht-EU-Staaten	16%	14%	21%
gesamt (N)	188	73	177

Tabelle TA 13 Jahr des Erstkontakts der Klienten (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Erstkontakt vor 2003	52%	57%	48%
Erstkontakt in 2003	48%	43%	52%
gesamt (N)	2.826	1.078	605

Tabelle TA 14 Jahr des Erstkontakts der Klienten (Hauptsubstanz: Opiate) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Erstkontakt vor 2003	58%	48%	56%
Erstkontakt in 2003	42%	52%	44%
gesamt (N)	1.471	675	896

Tabelle TA 15 Jahr des Erstkontakts der Klienten (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Erstkontakt vor 2003	39%	38%	41%
Erstkontakt in 2003	61%	62%	59%
gesamt (N)	729	134	230

Tabelle TA 16 Jahr des Erstkontakts der Klienten (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Erstkontakt vor 2003	48%	48%	55%
Erstkontakt in 2003	52%	52%	45%
gesamt (N)	190	73	191

Tabelle TA 17 Vermittlung in die Betreuungen (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Justiz/JVA/öff. Ämter	8%	5%	6%
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	10%	16%	12%
Professionelle Hilfe (Suchthilfe, Arztpraxen, etc)	30%	34%	47%
soziale Umgebung (Familie, Freunde)	11%	13%	8%
ohne Vermittlung	31%	21%	17%
sonstiges	10%	11%	10%
gesamt (N, Behandlungen)	2.617	865	531

Tabelle TA 18 Vermittlung in die Betreuungen (Hauptsubstanz: Opiate)
nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Justiz/JVA/öff. Ämter	10%	6%	5%
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	3%	4%	2%
Professionelle Hilfe (Suchthilfe, Arztpraxen, etc)	41%	46%	44%
soziale Umgebung (Familie, Freunde)	10%	9%	8%
ohne Vermittlung	33%	31%	38%
sonstiges	2%	4%	3%
gesamt (N, Behandlungen)	1.332	482	702

Tabelle TA 19 Vermittlung in die Betreuungen (Hauptsubstanz: Cannabis)
nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Justiz JVA/öff. Ämter	20%	14%	13%
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	11%	13%	13%
Professionelle Hilfe (Suchthilfe, Arztpraxen, etc)	8%	24%	17%
soziale Umgebung (Familie, Freunde)	34%	21%	22%
ohne Vermittlung	23%	24%	29%
sonstiges	4%	5%	6%
gesamt (N, Behandlungen)	687	109	163

**Tabelle TA 20 Vermittlung in die Betreuungen (Hauptsubstanz: Kokain/Crack)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Justiz/JVA/öff. Ämter	13%	19%	10%
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	9%	10%	7%
Professionelle Hilfe (Suchthilfe, Arztpraxen, etc)	18%	18%	24%
soziale Umgebung (Familie, Freunde)	25%	13%	11%
ohne Vermittlung	31%	36%	40%
sonstiges	3%	3%	9%
gesamt (N, Behandlungen)	172	67	141

Soziale Situation

**Tabelle TA 21 Familienstand (Hauptsubstanz: Alkohol)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
ledig	34%	34%	40%
verheiratet, zusammenlebend	34%	31%	26%
verheiratet, getrennt lebend	8%	10%	9%
geschieden	21%	23%	22%
verwitwet	3%	3%	3%
Klienten/innen (N)	2.660	931	565

**Tabelle TA 22 Familienstand (Hauptsubstanz: Opiate)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
ledig	70%	69%	71%
verheiratet, zusammenlebend	12%	13%	8%
verheiratet, getrennt lebend	7%	7%	7%
geschieden	11%	10%	13%
verwitwet	1%	1%	1%
Klienten/innen (N)	1.345	582	842

**Tabelle TA 23 Familienstand (Hauptsubstanz: Cannabis)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
ledig	94%	90%	90%
verheiratet, zusammenlebend	3%	3%	5%
verheiratet, getrennt lebend	1%	3%	2%
geschieden	2%	4%	2%
verwitwet	1%	1%	1%
Klienten/innen (N)	649	119	206

**Tabelle TA 24 Familienstand (Hauptsubstanz: Kokain/Crack)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
ledig	68%	62%	64%
verheiratet, zusammenlebend	18%	9%	13%
verheiratet, getrennt lebend	6%	12%	9%
geschieden	7%	17%	13%
verwitwet	1%	1%	1%
Klienten/innen (N)	172	65	174

**Tabelle TA 25 Lebenssituation (Hauptsubstanz: Alkohol)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
mit Partner/in	22%	23%	20%
mit Partner/in und mit Kindern	23%	17%	15%
mit Kindern	5%	5%	5%
mit Elternteil	8%	6%	5%
mit Freunden/Bekanntem	1%	2%	2%
mit sonstigen Personen	4%	4%	5%
alleine lebend	37%	42%	48%
Klienten/innen (N)	2.524	867	547

**Tabelle TA 26 Lebenssituation (Hauptsubstanz: Opiate)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
mit Partner/in	15%	20%	18%
mit Partner/in und mit Kindern	14%	12%	6%
mit Kindern	5%	7%	2%
mit Elternteil	23%	15%	11%
mit Freunden/Bekanntem	2%	3%	3%
mit sonstigen Personen	9%	6%	19%
alleine lebend	32%	37%	41%
Klienten/innen (N)	1.239	552	832

**Tabelle TA 27 Lebenssituation (Hauptsubstanz: Cannabis)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
mit Partner/in	8%	9%	8%
mit Partner/in und mit Kindern	4%	6%	4%
mit Kindern	2%	4%	1%
mit Elternteil	56%	42%	1%
mit Freunden/Bekanntem	2%	4%	1%
mit sonstigen Personen	7%	5%	19%
alleine lebend	21%	31%	26%
Klienten/innen (N)	593	103	219

**Tabelle TA 28 Lebenssituation (Hauptsubstanz: Kokain/Crack)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
mit Partner/in	17%	22%	14%
mit Partner/in und mit Kindern	16%	10%	13%
mit Kindern	2%	5%	4%
mit Elternteil	17%	11%	11%
mit Freunden/Bekanntem	1%	3%	6%
mit sonstigen Personen	14%	5%	20%
alleine lebend	33%	44%	32%
Klienten/innen (N)	169	63	172

**Tabelle TA 29 Wohnsituation (Hauptsubstanz: Alkohol)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
selbstständiges Wohnen	84%	86%	83%
bei Angehörigen/Eltern	8%	6%	6%
betreutes Wohnen	2%	2%	3%
prekäre Wohnsituation	3%	3%	5%
Sonstiges	3%	3%	3%
Klienten/innen (N)	2.740	1.008	594

**Tabelle TA 30 Wohnsituation (Hauptsubstanz: Opiate)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
selbstständiges Wohnen	55%	67%	52%
bei Angehörigen/Eltern	23%	17%	13%
betreutes Wohnen	8%	2%	16%
prekäre Wohnsituation	9%	8%	15%
Sonstiges	5%	6%	4%
Klienten/innen (N)	1.414	639	873

**Tabelle TA 31 Wohnsituation (Hauptsubstanz: Cannabis)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
selbstständiges Wohnen	29%	50%	34%
bei Angehörigen/Eltern	58%	40%	40%
betreutes Wohnen	4%	2%	17%
prekäre Wohnsituation	3%	4%	4%
Sonstiges	6%	4%	5%
Klienten/innen (N)	673	127	218

**Tabelle TA 32 Wohnsituation (Hauptsubstanz: Kokain/Crack)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
selbstständiges Wohnen	52%	68%	54%
bei Angehörigen/Eltern	21%	6%	11%
betreutes Wohnen	8%	1%	10%
prekäre Wohnsituation	11%	15%	19%
Sonstiges	7%	10%	6%
Klienten/innen (N)	178	71	179

**Tabelle TA 33 Schulabschluss (Hauptsubstanz: Alkohol)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Hochschulabschluss	5%	7%	11%
(Fach-)Abitur	9%	11%	10%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	25%	23%	28%
Hauptschulabschluss	54%	51%	42%
Sonderschulabschluss	2%	4%	1%
anderer Schulabschluss	0,3%	1%	1%
ohne Schulabschluss abgegangen	5%	4%	7%
Klienten/innen (N)	2.512	804	535

**Tabelle TA 34 Schulabschluss (Hauptsubstanz: Opiate)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Hochschulabschluss	1%	2%	1%
(Fach-)Abitur	5%	7%	8%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	23%	22%	22%
Hauptschulabschluss	55%	54%	53%
Sonderschulabschluss	1%	2%	1%
anderer Schulabschluss	1%	1%	1%
ohne Schulabschluss abgegangen	14%	12%	14%
Klienten/innen (N)	1.227	512	841

**Tabelle TA 35 Schulabschluss (Hauptsubstanz: Cannabis)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Hochschulabschluss	2%	1%	2%
(Fach-)Abitur	7%	11%	11%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	26%	25%	27%
Hauptschulabschluss	49%	46%	41%
Sonderschulabschluss	2%	1%	1%
anderer Schulabschluss	1%	1%	1%
ohne Schulabschluss abgegangen	15%	16%	17%
Klienten/innen (N)	500	81	212

**Tabelle TA 36 Schulabschluss (Hauptsubstanz: Kokain/Crack)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Hochschulabschluss	2%	1%	5%
(Fach-)Abitur	5%	12%	8%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	25%	25%	21%
Hauptschulabschluss	56%	49%	46%
Sonderschulabschluss	1%	2%	1%
anderer Schulabschluss	1%	3%	1%
ohne Schulabschluss abgegangen	11%	9%	18%
Klienten/innen (N)	165	57	168

**Tabelle TA 37 Erwerbssituation (Hauptsubstanz: Alkohol)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden	44%	46%	47%
arbeitslos/erwerbslos	54%	52%	50%
berufliche Rehabilitation	2%	2%	3%
Klienten/innen (N)	2.724	973	584

**Tabelle TA 38 Erwerbssituation (Hauptsubstanz: Opiate)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden	28%	22%	28%
arbeitslos/erwerbslos	69%	76%	66%
berufliche Rehabilitation	3%	2%	6%
Klienten/innen (N)	1.364	626	839

**Tabelle TA 39 Erwerbssituation (Hauptsubstanz: Cannabis)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden	54%	54%	65%
arbeitslos/erwerbslos	41%	44%	29%
berufliche Rehabilitation	4%	2%	6%
Klienten/innen (N)	642	118	203

**Tabelle TA 40 Erwerbssituation (Hauptsubstanz: Kokain/Crack)
nach Region**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden	45%	35%	45%
arbeitslos/erwerbslos	49%	65%	49%
berufliche Rehabilitation	6%	1%	6%
Klienten/innen (N)	171	66	166

Betreuungen

Tabelle TA 41 Gesetzliche Grundlage der Betreuung nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
BtMG	6%	6%	4%
Andere strafrechtliche Grundlage	3%	5%	3%
Zivilrechtliche Grundlage	6%	4%	1%
Freiwillig	85%	85%	92%
Betreuungen (N)	6.938	2.723	2.322

Tabelle TA 42 Gesetzliche Grundlage der Betreuung (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
BtMG	1%	0,3%	0,4%
Andere strafrechtliche Grundlage	3%	3%	3%
Zivilrechtliche Grundlage	6%	2%	1%
Freiwillig	90%	95%	96%
Betreuungen (N)	2.632	872	541

Tabelle TA 43 Gesetzliche Grundlage der Betreuung (Hauptsubstanz: Opiate) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
BtMG	12%	12%	6%
Andere strafrechtliche Grundlage	3%	5%	3%
Zivilrechtliche Grundlage	7%	6%	0,3%
Freiwillig	78%	77%	91%
Betreuungen (N)	1.333	499	715

Tabelle TA 44 Gesetzliche Grundlage der Betreuung (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
BtMG	9%	16%	5%
Andere strafrechtliche Grundlage	5%	10%	7%
Zivilrechtliche Grundlage	6%	6%	1%
Freiwillig	80%	68%	87%
Betreuungen (N)	695	111	164

Tabelle TA 45 Gesetzliche Grundlage der Betreuung (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
BtMG	11%	15%	8%
Andere strafrechtliche Grundlage	5%	12%	5%
Zivilrechtliche Grundlage	2%	3%	1%
Freiwillig	82%	70%	86%
Betreuungen (N)	175	67	146

Tabelle TA 46 Grund der Beendigung der Betreuung (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Planmäßiger Abschluss	49%	44%	54%
(planmäßige) Weitervermittlung	20%	20%	10%
Abbruch durch Klient/in	27%	32%	30%
Abbruch durch Einrichtung	2%	3%	4%
Anderes (Strafvollzug, verstorben)	1%	1%	2%
Betreuungen (N)	1.706	639	377

Tabelle TA 47 Grund der Beendigung der Betreuung (Hauptsubstanz: Opiate) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Planmäßiger Abschluss	33%	30%	20%
(planmäßige) Weitervermittlung	18%	21%	30%
Abbruch durch Klient/in	41%	35%	37%
Abbruch durch Einrichtung	4%	6%	7%
Anderes (Strafvollzug, verstorben)	4%	8%	6%
Betreuungen (N)	802	298	1.460

Tabelle TA 48 Grund der Beendigung der Betreuung (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Planmäßiger Abschluss	44%	39%	42%
(planmäßige) Weitervermittlung	13%	19%	7%
Abbruch durch Klient/in	39%	36%	48%
Abbruch durch Einrichtung	3%	2%	3%
Anderes (Strafvollzug, verstorben)	1%	4%	0,1%
Betreuungen (N)	442	89	105

Tabelle TA 49 Grund der Beendigung der Betreuung (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Planmäßiger Abschluss	36%	34%	28%
(planmäßige) Weitervermittlung	22%	39%	24%
Abbruch durch Klient/in	36%	25%	41%
Abbruch durch Einrichtung	1%	2%	4%
Anderes (Strafvollzug, verstorben)	5%	1%	3%
Betreuungen (N)	100	44	71

Tabelle TA 50 Konsumstatus am Ende der Betreuung (Hauptsubstanz: Alkohol) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Abstinent	43%	40%	44%
Verbessert	24%	22%	18%
Kein Problem seit Betreuungsbeginn	5%	4%	4%
Unverändert	26%	30%	27%
Verschlechtert	3%	5%	8%
Betreuungen (N)	1.667	617	369

Tabelle TA 51 Konsumstatus am Ende der Betreuung (Hauptsubstanz: Opiate) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Abstinent	23%	17%	14%
Verbessert	20%	28%	26%
Kein Problem seit Betreuungsbeginn	6%	2%	3%
Unverändert	46%	50%	41%
Verschlechtert	6%	4%	16%
Betreuungen (N)	786	293	324

Tabelle TA 52 Konsumstatus am Ende der Betreuung (Hauptsubstanz: Cannabis) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Abstinenz	30%	27%	20%
Verbessert	30%	36%	17%
Kein Problem seit Betreuungsbeginn	3%	1%	6%
Unverändert	35%	35%	57%
Verschlechtert	2%	1%	1%
Betreuungen (N)	438	89	100

Tabelle TA 53 Konsumstatus am Ende der Betreuung (Hauptsubstanz: Kokain/Crack) nach Region

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Abstinenz	41%	27%	31%
Verbessert	26%	30%	31%
Kein Problem seit Betreuungsbeginn	4%	2%	3%
Unverändert	26%	32%	25%
Verschlechtert	2%	9%	11%
Betreuungen (N)	99	44	65



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

*Kompetent durch Erfahrung
Innovativ durch Flexibilität*