

2004

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

– Grunddaten –



Herausgeberin

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

Text und Redaktion

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

Layout, Satz

Wuttke Design-Service, Darmstadt

Druck

Muster Druckhaus, Darmstadt

September 2005

Band 1

ISSN 1614-8991

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

Landesauswertung der
Computergestützten Basisdokumentation
der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS)
– Grunddaten 2004 –

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

Bernd Werse, Oliver Müller
(Centre for Drug Research, Frankfurt a. M.)

Frankfurt a. M., September 2005

Inhalt

Inhalt	5
Einführung (Wolfgang A. Schmidt, Hessische Landesstelle für Suchtfragen)	7
Zusammenfassung der Grunddaten	9
Zielsetzung und Datengrundlage	12
Klientinnen und Klienten	18
Soziale Situation	22
Die Betreuungen	26
Angehörige	34
Regionale Aspekte	36

Einführung

Wolfgang A. Schmidt, Geschäftsführer der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS)

In Hessen wird seit dem letzten Jahr eine Suchthilfestatistik für den ambulanten Bereich erstellt. Diese besteht aus zwei Teilen: einer Grundausswertung und einer Spezialanalyse.¹

In dem hier vorgelegten Grunddaten-Bericht 2004 wird die biografische und soziale Situation der Klientinnen und Klienten sowie die von ihnen in Anspruch genommenen Betreuungen² beschrieben. Dieses geschieht vor allem in vergleichender Perspektive mit den Daten aus dem Jahr 2003. Mit einer solchen, regelmäßig fortzuschreibenden Jahresstatistik entsteht über die Jahre ein qualifiziertes Suchthilfe-Monitoring, mit dem Trends – Veränderungen, oder auch Kontinuitäten – sichtbar gemacht werden können.

In Hessen arbeiten die ambulanten Suchthilfeeinrichtungen – darunter fallen Beratungsdienste, das betreute Wohnen sowie Arbeits- und Beschäftigungsprojekte³ – seit fünf Jahren mit einem modernen EDV-gestützten Dokumentationsprogramm (HORIZONT). Dieses stellt ein umfassendes Arbeitsinstrument für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dar, weil es als eine elektronische Handakte konzipiert ist. Mit der Einführung dieses Systems und den hier präsentierten Ergebnissen hat die ambulante Suchthilfe im Bereich der sozialen Arbeit in Hessen eine Vorreiterrolle übernommen.

Das gegliederte Sozialleistungssystem der Bundesrepublik bedingt, dass auch in Hessen die Hilfeangebote in der Suchthilfe von unterschiedlichen Kostenträgern finanziert werden:

- Land und Kommunen finanzieren u.a. Beratungsstellen und niedrigschwellige Einrichtungen,
- die Rentenversicherer finanzieren u.a. die stationäre medizinische Rehabilitation und die ambulante medizinische Rehabilitation in Beratungsstellen,
- die Krankenkassen finanzieren u.a. den körperlichen Entzug,
- der Landeswohlfahrtsverband finanziert u.a. das betreute Wohnen,
- EU- und Bundesmittel fließen u.a. in Beschäftigungs- und in Modellprojekte.

Vor dem Hintergrund, dass jeder dieser Kostenträger eigenständige Dokumentationsanforderungen hat und die Dokumentation der erbrachten Leistungen auch einen Kostenfaktor darstellt, beteiligen sich an der vorliegenden Landesauswertung vorwiegend solche Einrichtungen, die maßgeblich vom Land mitfinanziert werden. Erfreulicherweise nehmen aber bereits schon jetzt viele Einrichtungen aus dem betreuten Wohnen bzw. anderen, nicht landesgeförderten Einrichtungen an COMBASS teil. Diesen Anteil noch weiter zu erhöhen, ist ein großes Interesse sowohl des Landes als auch der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS).

Die Weiterentwicklung der EDV-gestützten Dokumentation in Hessen findet im Rahmen des – mit Landesmitteln geförderten – Projektes **COMBASS (Computergestützte Basisdokumentation der**

¹ Das Thema der Spezialanalyse 2003 war ein Regionalvergleich. Für das Jahr 2004 ist eine Sonderauswertung zu den Cannabis-Klienten/innen geplant.

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.

³ In diesen Bericht sind auch die dokumentierten Angaben aus den Bereichen „Betreutes Wohnen“ und „Arbeits- und Beschäftigungsprojekte“ mit eingeflossen. Aufgrund ihrer geringen Anteile von Klienten und Klientinnen (zusammen ca. 7%) werden sie hier mit unter den Begriff der „ambulanten Suchthilfe“ gefasst.

Suchthilfe in Hessen) statt. Seine Aufgabe ist die Förderung einer einheitlichen und praxisnahen Dokumentation. Die Federführung des Projektes liegt bei der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS). Bei ihr ist auch eine Steuerungsgruppe angesiedelt, in der die Einrichtungsträger, das Hessische Sozialministerium, die Softwarefirma und das auswertende Institut vertreten sind.

Die Auswertungen für den Jahresbericht 2004 erfolgen auf der Basis des Hessischen Kerndatensatzes Suchthilfe (HKDS), der aus soziodemografischen Angaben über die Klienten und Klientinnen und Betreuungsdaten besteht. Er umfasst den Deutschen Kerndatensatz, auf den sich Kostenträger, Wohlfahrtsverbände, Suchthilfe Träger und Politik als nationalen Datensatz geeinigt haben. Zusätzlich beinhaltet er einige, von den hessischen Einrichtungsträgern gewünschte praxisrelevante Informationen (z.B. Anzahl der Kinder und Hafterfahrungen der Klientinnen und Klienten). Im Jahr 2004 wurde der HKDS um einige neue Kategorien erweitert, die bei den Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes schon berücksichtigt worden sind, z.B. die Hauptsubstanz des Personenkreises, wegen dem Angehörige eine Suchthilfeeinrichtung aufsuchen. Auch in diesem Jahr soll der HDKS erneut einer kritischen Überprüfung unterzogen und gegebenenfalls fortgeschrieben werden. Dadurch kann der Erkenntnisgewinn der Landesauswertung weiter erhöht werden.

Über den HKDS hinaus dokumentieren die Einrichtungen mit dem eingesetzten EDV-Programm außerdem für ihr internes Qualitätsmanagement die von ihnen erbrachten Leistungen. Dieser Bereich wird für die vorliegende Landesauswertung jedoch nicht berücksichtigt.

Die in den Einrichtungen dokumentierten Informationen des HKDS besitzen eine gute Datenqualität. Die Datenvollständigkeit hat sich im Jahre 2004 erneut verbessert – das zeigen die Analysen der wissenschaftlichen Begleitforschung. Die dargestellten Ergebnisse können deshalb als repräsentativ für die ambulante Suchthilfe in Hessen angesehen werden. Hier zeigen sich die „Früchte“ der intensiven Vorlauf- und Einarbeitungsphase.

Eine weiterentwickelte Version der EDV-Software soll die Ergonomie und Menüführung optimieren und verbesserte Auswertungsmöglichkeiten bieten. Die COMBASS-Steuerungsgruppe hat den Entwicklungsprozess interessiert begleitet und fachliche Hinweise gegeben. Nach einer Erprobungsphase ist vorgesehen, den landesweiten Umstieg auf die neue Softwareversion im Jahr 2006 vorzunehmen.

Ein Projekt wie die vorliegende Landesauswertung kann nur gelingen, wenn die daran beteiligten Personen und Institutionen konstruktiv zusammenarbeiten. Die Interessen aller Beteiligten werden in der COMBASS-Steuerungsgruppe bei der HLS erfolgreich zusammengeführt. Deshalb sei an dieser Stelle den Mitgliedern auf das herzlichste gedankt. Herrn Werner Heinz vom Verein Jugendberatung und Jugendhilfe ist für sein umfassendes Engagement besonders zu danken. Darüber hinaus haben zum Erfolg des Vorhabens folgende Institutionen und Personen beigetragen:

- das Hessische Sozialministerium durch die Finanzierung des Projektes,
- die Träger und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die gute Dokumentationsqualität und die vielen Verbesserungsanregungen,
- das Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung in Hamburg (ISD), das als Auswertungsinstitut durch seine praxisnahe und konkrete Hilfestellung sowohl die Einrichtungen als auch die Steuerungsgruppe nachhaltig unterstützt hat,
- die Firma Buchner (Hersteller der Software HORIZONT), durch den engen Kontakt zur Praxis und zur Steuerungsgruppe.

Zusammenfassung der Grunddaten

- Die zweite Jahresstatistik für die ambulante Suchthilfe in Hessen zeigt, dass die Datenvollständigkeit weiter zugenommen hat. Diese Entwicklung zeugt von einer guten Akzeptanz der EDV-gestützten Dokumentation bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und ist Ausdruck eines ausgezeichneten Projektmanagements.
- In der ambulanten Suchthilfe des Landes Hessen wurden im Jahr 2004 mit 18.259 namentlich erfassten Personen Termine für Hilfe- und Beratungsleistungen vereinbart. Zu diesen Klientinnen und Klienten samt Angehörigen – letztere besitzen einen Anteil von 7% – kamen weitere 4.356 anonyme Kontakte hinzu.
- Für 6% der Klientinnen und Klienten wurden Betreuungen in zwei oder mehr Einrichtungen dokumentiert (z.B. ergänzende Betreuungen oder Weitervermittlung im Netzwerk der Suchthilfe).
- Die Verteilung der Geschlechter innerhalb der Klientel der ambulanten Suchthilfe wird deutlich von den Männern dominiert: Drei von vier Klienten sind männlichen Geschlechts. Dabei sind die weiblichen Klienten durchschnittlich etwas älter als die männlichen Klienten (w: 37,7 Jahre; m: 37,0 Jahre).
- Bei 43% aller Hilfesuchenden wurde als Hauptdiagnose Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol dokumentiert. Es folgen – als zweitgrößte Gruppe – die Opiatkonsumenten mit einem Anteil von 32%. Bei etwa jedem zehnten Klienten stand die Cannabisproblematik im Vordergrund (12%). Klientinnen und Klienten mit primärer Kokain- und Crackabhängigkeit bilden zusammen einen Anteil von 4%.
- Die ältesten Klientinnen und Klienten sind die Alkoholkonsumenten mit einem Durchschnittsalter von 45 Jahren. Die Cannabis-Klientel ist beinahe halb so alt: Im Mittel kommt diese Konsumentengruppe auf 24 Jahre. Personen mit der Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit sind durchschnittlich 35 Jahre alt und damit durchschnittlich zwei Jahre älter als primäre Kokain- und Crackgebraucher.
- **Vergleich mit dem Vorjahr:** Der Vergleich mit dem Grunddatenbericht 2003 zeigt, dass es bei Geschlecht, Hauptdiagnosen und Alter keine bedeutsamen Veränderungen bei der betreuten Klientel gegeben hat. Alle Verschiebungen liegen im Bereich eines Prozentpunktes.
- Der weitaus größte Teil der Klientinnen und Klienten ist im Besitz der deutschen Staatsbürgerschaft (88%). 4% kommen aus anderen EU-Ländern, weitere 8% aus anderen Staaten.
- Die Klientinnen und Klienten des Suchthilfesystems Hessens sind in der Mehrzahl ledig (58%); etwa jede/r Fünfte lebt mit dem Ehepartner bzw. der -partnerin zusammen. 19% aller Klientinnen und Klienten wohnen mit ihren Kindern zusammen.
- 7% der Klientinnen und Klienten leben in einer prekären Wohnsituation, d.h. sie sind obdachlos oder in einer provisorischen Wohnform untergebracht. Darunter befinden sich eher die Konsumenten illegaler Drogen als die Alkoholabhängigen.

- Jede/r Zweite der Klientinnen und Klienten besitzt als höchsten Schulabschluss einen Hauptschul-, jede/r Vierte einen Realschulabschluss und nur etwa jede/r Neunte das Abitur. Damit zeigt sich die Klientel der ambulanten Suchthilfe im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung deutlich unterqualifiziert.
- 47% der Klientinnen und Klienten sind arbeits- bzw. erwerbslos, 41% gehen einer beruflichen Tätigkeit nach bzw. befinden sich in der Ausbildung. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich hierbei nicht; zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen nur in geringem Ausmaß.
- **Vergleich mit dem Vorjahr:** Auch in der sozialen Situation (Wohnsituation, Schulabschluss, Arbeitssituation) der Klientinnen und Klienten hat es zwischen 2003 und 2004 keine nennenswerten Veränderungen gegeben.
- Die Beratung steht von allen Betreuungsformen mit einem Anteil von 54% an erster Stelle. Es folgt mit weitem Abstand die allgemeine psychosoziale Betreuung mit einem Wert von 13%. Jede zehnte Betreuung ist eine medikamentengestützte Behandlung (10%). Die ambulante Rehabilitation kommt auf einen Anteil von 7%, die ambulante Behandlung auf 3%. Der Rest (13%) verteilt sich auf diverse andere Betreuungsformen, z.B. die poststationäre Betreuung und Integrationshilfen.
- Die medikamentengestützte Behandlung weist die längste Betreuungsdauer auf: Im Durchschnitt werden ihre Klienten und Klientinnen 266 Tage lang betreut. In diesem Zeitraum kommt es zu durchschnittlich 26 Kontakten, d.h. es findet alle 10 Tage ein Kontakt (Termin) zwischen dem Klienten und dem Betreuer statt. Nur bei der ambulanten Rehabilitation ist die Kontaktintensität noch höher: alle 9 Tage. Dieses entspricht in etwa dem Behandlungssetting dieser Therapieform, das wöchentliche Einzel- und/oder Gruppengespräche vorsieht.
- Die Betreuung der Kokain-/Crackklienten sowie der Opiatabhängigen dauert im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen am längsten: Sie umfasst durchschnittlich 275 bzw. 272 Tage, also etwa ein 3/4 Jahr. Am kürzesten ist die Betreuungsdauer bei dem Personenkreis, der wegen Cannabiskonsum eine Einrichtung aufgesucht hat: 187 Tage. Die weiblichen Klienten werden – mit Ausnahme der Hauptdiagnosegruppe Cannabis – durchschnittlich länger betreut als die Männer.
- 39% aller Betreuungen sind planmäßig abgeschlossen worden. Hinzu kommen 21% von Betreuungen, bei denen die Klienten und Klientinnen – wie geplant – in andere Einrichtungen weitervermittelt worden sind. Etwa ein Drittel der Betreuungen haben die Klientinnen und Klienten von sich aus abgebrochen (34%).
- Jede/r dritte Klient/in ist am Ende der Betreuung abstinent (34%). Darüber hinaus hat sich bei 24% aller Klientinnen und Klienten das Konsumverhalten während der Betreuung verbessert.
- **Vergleich mit dem Vorjahr:** Bei den Betreuungen hat es im Jahresvergleich 2003 und 2004 nur wenige Veränderungen gegeben: Die Verteilung der Betreuungsformen zeigt sich unverändert; das Beendungsverhalten ist stabil; beim Konsumstatus wird eine leichte Verbesserung sichtbar. Ferner ist es zu einer geringfügigen Zunahme der durchschnittlichen Betreuungsdauer gekommen. Auf welche Faktoren dies zurückzuführen ist, beispielsweise auf eine bessere Haltekraft der Betreuung oder auf ein verbessertes Dokumentationsverhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, kann im Rahmen dieser Analyse auf der Grundlage der vorhandenen Daten nicht geklärt werden.

- Erstmals wurden für das Jahr Angaben zu den Angehörigen in differenzierter Form ausgewertet. Es zeigt sich dabei, dass das Geschlechterverhältnis bei den Angehörigen in Hessen deutlich anders ist als bei den Klientinnen und Klienten. Denn bei beinahe drei Vierteln der betreuten Angehörigen handelt es sich um weibliche Personen (74%).
- Das Durchschnittsalter der Angehörigen beträgt 44,7 Jahre. Unterschiede zwischen Frauen und Männern bestehen hierbei kaum (w: 44,2 Jahre; m: 45,1 Jahre).
- Die meisten Angehörigen suchen wegen des Cannabis- oder Alkoholkonsums eines Bekannten (Kind, Partner etc.) eine ambulante Suchthilfeeinrichtung auf. Bei 39% ist der Cannabiskonsum des so genannten „Index-Klienten“ der Anlass, bei 37% der Alkoholkonsum. Bei jedem Zehnten spielt der Opiatkonsum des Betroffenen eine Rolle. Es gibt so gut wie keine Angehörigen, die wegen des Ecstasykonsums eines Bekannten in eine ambulante Einrichtung kommen (0,4%).
- Die regionalspezifische Analyse entlang des Rasters Landkreise – Großstädte – Metropole Frankfurt a. M. zeigt einige Ähnlichkeiten, aber auch Unterschiede zwischen den jeweiligen Klientelgruppen. Beispielsweise ist die Geschlechter- und Altersverteilung ähnlich, während es bei der Hauptdiagnose starke Abweichungen zwischen Stadt und Land gibt (in Frankfurt a. M. höhere Anteile von Abhängigen harter Drogen).

Zielsetzung und Datengrundlage

In dem vorliegenden Jahresbericht 2004 werden die soziodemografische Situation der Klientel der hessischen Suchthilfe und die von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen beschrieben. Eine wichtige Funktion dieser zweiten Suchthilfestatistik für den ambulanten Bereich ist es, die Daten aus den Jahren 2003 und 2004 gegenüberzustellen, um zu sehen, ob es zwischen diesen beiden Jahren Veränderungen gegeben hat. Damit wird das Suchthilfe-Monitoring des Landes Hessen fortgeschrieben, mit dem Trends erkannt und empirische Grundlagen für Diskussionen über mögliche Handlungsbedarfe der ambulanten Suchthilfe in Hessen geschaffen werden sollen.

In dem vorliegenden Bericht werden – wie schon im Vorjahr – statistische Analysen nach Geschlecht, Alter und Hauptsubstanz vorgenommen. Interessante Ergebnisse zu diesen Auswertungsschritten werden in den jeweiligen Kapiteln dargestellt. Gegenüber dem Vorjahr neu hinzugekommen sind Analysen zu den Angehörigen und den Weitervermittlungen von Klienten und Klientinnen. Ferner befindet sich am Ende des Berichtes eine Auswertung zu regionalen Aspekten. Anhand des Untersuchungsrasters „Landkreise – kreisfreie Städte – Metropole Frankfurt a. M.“ werden hier regionale Unterschiede beschrieben. Dieses war Thema der Spezialanalyse im letzten Jahr, das jetzt fester Bestandteil des Grunddatenberichtes geworden ist.

ERLÄUTERUNG:

In diesem Zusammenhang sei ausdrücklich betont, dass sich die Aussagen dieses Berichtes, beispielsweise die unterschiedliche Verteilung der Hauptdiagnose-Gruppen in den drei regionalen Untersuchungseinheiten, ausschließlich auf diejenigen Personen beziehen, die den Weg in das Hilfesystem bereits gefunden haben. Hochrechnungen auf die Anzahl von Personen, die von einer Suchtproblematik betroffen sind, können nicht vorgenommen werden. Hierfür wären ergänzend repräsentative Bevölkerungsumfragen erforderlich.

Ferner sei darauf aufmerksam gemacht, dass die in den Auswertungen festgestellten Unterschiede zwischen den verschiedenen Klientengruppen immer auch mit der Angebotsstruktur zusammenhängen können. Da der Einrichtungstyp bislang nicht flächendeckend erhoben worden ist, können hierzu keine genaueren Aussagen getroffen werden.⁴ Dies wird jedoch ab dem Jahresbericht 2005 der Fall sein.

Erfreulich ist, dass die Datenvollständigkeit weiter zugenommen hat. Das zeigt die Tabelle 1. Aus ihr ist zu erkennen, dass der Anteil fehlender Werte in den letzten beiden Jahren bei den biographischen Angaben gesunken ist, z.B. fehlt für das Jahr 2004 nur bei 11% aller Klienten⁵ eine Angabe zur Wohnsituation. Das sind außergewöhnlich niedrige Werte, wenn mitbedacht wird, dass einige Betreuungen nur wenige Kontakte umfassen und deshalb nicht alle Daten gleich bekannt sein können. Diese niedrigen „Missing-Data“-Anteile zeugen von einer guten Akzeptanz der EDV-gestützten Dokumentation bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen und sind Ausdruck eines ausgezeichneten Projektmanagements.

⁴ Die wenigen Aussagen, die in dem Bericht zur Angebotsstruktur gemacht werden, basieren auf Informationen aus der COMBASS-Steuerungsgruppe.

⁵ Bei allem Bemühen um eine Sprache, die beide Geschlechter gleichermaßen berücksichtigt, wurde an einigen Stellen in diesem Bericht aus redaktionellen Gründen nur die männliche Ausdrucksweise gewählt. Diese schließt natürlich immer auch die weiblichen Personen mit ein.

Tabelle 1: Fehlende Werte bei ausgewählten Biografieangaben 2002 bis 2004

	2002*	2003	2004
	%	%	%
Staatsangehörigkeit	13	6	5
Wohnsituation	40	18	11
Familienstand	41	26	15
Partnerbeziehung	48	23	12
Lebenssituation	46	31	20
Erwerbstätigkeit	42	22	16
Schulabschluss	49	34	18

* Ergebnisse stammen aus einer internen Probeauswertung.

Datengrundlage

Der vorliegende Bericht stützt sich auf die Daten von 99 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe. Hierbei handelt es sich größtenteils um landesgeförderte Einrichtungen. Daneben nehmen auch einige ausschließlich kommunal und/oder kirchlich finanzierte Einrichtungen an der Dokumentation teil.

Die beteiligten Einrichtungen haben dem auswertenden Institut einen Teil der von ihnen mit dem computergestützten Dokumentationssystem HORIZONT erfassten Daten übergeben. Dieser Datensatz entspricht dem hessischen Kerndatensatz in seiner für das Jahr 2004 weiterentwickelten Fassung.

Im Folgenden werden Personen als Klienten und Angehörige bezeichnet, die der Einrichtung namentlich bekannt sind und für die im Jahr 2004 mindestens ein Termin dokumentiert wurde. Weder Einmalkontakte noch anonyme Kontakte werden hierbei berücksichtigt.⁶ Dies entspricht der Definition aus den Vorjahresberichten und stellt eine Vergleichbarkeit zu dem Grunddatenbericht und der Spezialanalyse zu regionalen Aspekten aus dem Jahr 2003 sicher. Da es für diese Art der Definition bislang keinerlei grundsätzliche Standards gibt, wurde in Hessen in Absprache mit der Steuerungsgruppe COMBASS eine eher strenge Klientendefinition gewählt, mit der eine undifferenzierte Zählung von Klienten vermieden werden soll.

ERLÄUTERUNG:

Es sei hier ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei einem Vergleich der Zahlen des vorliegenden Berichts mit anderen Suchthilfestatistiken (von Bund und Ländern) grundsätzlich auf diese Art der „Klientendefinition“ zu achten ist. So wird beispielsweise im Bericht der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Sachsen 2004 eine andere Zählweise angewendet.⁷ Hierbei wird in der

⁶ Nicht alle Einrichtungen dokumentieren ihre Einmalkontakte mit HORIZONT. Die Auswertung enthält deshalb ausschließlich Klientinnen und Klienten, die zusätzlich zum Erstkontakt weitere Leistungen in Anspruch genommen haben.

⁷ Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2005): Bericht der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Sachsen 2004.

Nennung der Gesamtklientenzahl erstens nicht zwischen Angehörigen und Klienten unterschieden und zweitens finden sich auch Einmalkontakte sowie anonyme Klienten in der Gesamtklientenzahl wieder. Da allein 20% der Klientel in Sachsen Angehörige sind, ist eine Vergleichbarkeit vieler Statistiken beider Berichte nur eingeschränkt möglich. Eine wiederum andere Herangehensweise wird in der deutschen Suchthilfestatistik benutzt.⁸ Diese stellt keine Auswertung über Einzelpersonen, sondern über Betreuungsvorgänge des jeweiligen Berichtsjahres dar. Auch werden dort nur Betreuungen berücksichtigt, die entweder im Berichtsjahr begonnen haben oder beendet wurden. Dies kann im Vergleich zu Hessen dazu führen, dass Klienten mehrfach gezählt werden, wenn sie mehr als eine Betreuung im Berichtsjahr haben, oder dass Sie nicht in die Statistiken mit eingerechnet werden, wenn die Betreuung vor dem Berichtsjahr begonnen hat und nicht beendet wird. Auch hier sind Vergleiche also nur bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Auswertungsstrategien möglich. Diese Problematik erstreckt sich jedoch nicht auf die Datenerfassung im Ganzen, sondern lediglich auf die Form der Auswertung für den vorliegenden Bericht. So ist beispielsweise eine Auswertung des hessischen Kerndatensatzes nach den Kriterien der deutschen Suchthilfestatistik problemlos möglich. Deshalb fließen die Daten aus Hessen auch mit in diese nationale Statistik ein.

Werden die Klientinnen und Klienten der 99 Einrichtungen zusammengezählt, kommt man auf eine Zahl von 18.381 Personen. Entsprechend finden sich Daten zu 1.253 Angehörigen (siehe Tabelle 2). Für beide Gruppen zusammen wurden insgesamt 20.131 Betreuungen dokumentiert. Hinzu kommen 4.356 Kontakte mit anonymen Personen.⁹ Seit dem Jahr 2004 besteht zwar die Möglichkeit, Einmalkontakte zu dokumentieren, es hat sich aber in der Praxis gezeigt, dass bislang nur sehr wenig Gebrauch davon gemacht wird. Aus diesem Grund werden die dokumentierten Einmalkontakte aus den weiteren Analysen ausgeschlossen.

Tabelle 2: Datengrundlage

	Einrichtungen	Summe der Klienten aller Einrichtungen	Summe der Angehörigen aller Einrichtungen	Betreuungen
2004	99	18.381	1.253	20.131
2003	109	18.518	1.672	20.125

⁸ Sonntag, Dilek & Welsch, Karin (Hrsg.) (2004): Deutsche Suchthilfestatistik 2003. In: SUCHT. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Sonderheft 1.

⁹ Diese Kontakte können nicht auf Einzelpersonen bezogen werden, so dass kein Rückschluss auf die tatsächliche Zahl von anonymen Klienten und Angehörigen möglich ist. Es existieren auch keine weiteren Angaben wie etwa soziodemographische Daten. Dieser Sachverhalt ergibt sich aus dem Prinzip anonymer Dokumentation.

Der Vergleich zum Vorjahr macht deutlich, dass zwar die Zahl der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen um ca. 9% abgenommen hat. Trotzdem hat sich die Anzahl dokumentierter Klienten und Betreuungen kaum verändert. Stark abgenommen hat im Unterschied zu 2003 die Anzahl dokumentierter Angehöriger (siehe Tabelle 2).¹⁰

Die Daten wurden auch in diesem Jahr wieder umfangreichen Plausibilitätsüberprüfungen und Fehlerbereinigungen unterzogen. Die bereits erwähnte Stabilität der Auswertungsergebnisse spricht für die Validität der Daten, da keine grundlegenden Veränderungen der Klientel zu erwarten war. Auch von den Praktikern in der COMBASS-Steuerungsgruppe wurden keine nennenswerten Veränderungen bei der betreuten Klientel im Jahr 2004 beobachtet.

Innerhalb der ausgewerteten Datensätze finden sich sämtliche Personen selbstverständlich ohne Namen und Adressen. Diese sind nur den Einrichtungen bekannt. In den Datenexporten sind Klienten und Angehörige jedoch mit einem (nochmals verschlüsselten) HIV-Code gekennzeichnet, welcher es ermöglicht, nicht nur innerhalb einer Einrichtung Daten einer Person zuzuordnen.¹¹ Um festzustellen, ob eine Person in mehreren Einrichtungen in Betreuung war, ist es möglich, die HIV-Codes zwischen allen 99 Einrichtungen zu vergleichen.

Eine solche „Mehrfachbetreuung“ kann nacheinander oder auch parallel erfolgen. Das ist beispielsweise bei Vermittlungen zur Weiterbehandlung oder zur ergänzenden Betreuung der Fall oder wenn ein Klient oder eine Klientin zusätzlich zur Beratung und Betreuung Angebote der Krisen- und Überlebenshilfe in Anspruch genommen hat. Mehrfachbetreuungen können also das Ergebnis eines zielgerichteten Hilfeprozesses sein; sie dürfen nicht als Überversorgung fehl interpretiert werden.

Wie aus der Tabelle 3 ersichtlich ist, besucht – wie schon 2003 – der Großteil der Klientel im Jahr 2004 nur eine Einrichtung (94%). Etwa jeder 20. Klient wurde in mehr als einer Einrichtung erfasst. Anhand dieser Zahlen lässt sich auch ermitteln, wie viele tatsächlich unterschiedliche Personen im Jahr 2004 von der ambulanten hessischen Suchthilfe betreut wurden. Es handelt sich dabei um insgesamt 17.023 Klienten. Entsprechend lässt sich für die Angehörigen eine Zahl von 1.236 Personen errechnen.

¹⁰Ein möglicher Grund für diese unterschiedlichen Entwicklungen könnte die Tatsache sein, dass einige Einrichtungen neu hinzugekommen sind (vor allem eine größere niedrigschwellige Einrichtung aus Frankfurt a. M.); gleichzeitig nehmen mehr als zehn Einrichtungen im Vergleich zu 2003 nicht mehr an der Auswertung teil (weil es u.a. technische Probleme gab oder weil sie keine Landesförderung mehr erhalten haben; dabei handelt es sich um kleinere Einrichtungen mit vergleichsweise wenig Klienten). Um eventuelle Auswirkungen letztendlich beurteilen zu können, wäre es wichtig, die genaue Angebotsstruktur der Einrichtungen zu kennen. Insgesamt zeigen die vorliegenden Auswertungen des Berichts jedoch, dass sich kaum Veränderungen gegenüber dem Vorjahr ergeben, was darauf hinweist, dass sich die Zusammensetzung der Einrichtungen nicht grundsätzlich verändert hat.

¹¹Der 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 Reidentifizierung der Klientinnen und Klienten und ist datenschutzrechtlich abgesichert.

Tabelle 3: Vorkommen identischer HIV-Codes in unterschiedlichen Einrichtungen, Klientinnen und Klienten

	2004	2003
	%	%
HIV-Code in einer Einrichtung	94	95
HIV-Code in zwei Einrichtungen	5	4
HIV-Code in drei Einrichtungen	1	1
HIV-Code in mehr als drei Einrichtungen	0,2	0,1
Klienten landesweit (N)	17.023	17.515

Genau wie im Vorjahresbericht liegen allen folgenden Berechnungen diese 17.023 Klientinnen und Klienten und 1.236 Angehörige zugrunde, um keine Person mehrfach zu berücksichtigen. Davon ausgenommen sind lediglich die regionalspezifischen Auswertungen (siehe unten).

Datengrundlage der regionalspezifischen Auswertung

Die regionalspezifischen Auswertungen orientieren sich wie im Vorjahr an den drei Kategorien Landkreise, Großstädte und Metropole Frankfurt a. M., zu denen die Personen anhand der Postleitzahl der betreuenden Einrichtung zugeordnet werden. Nachdem im Jahr 2004 die Postleitzahl der Einrichtung in den Hessischen Kerndatensatz Suchthilfe (HKDS) aufgenommen wurde, konnten die Daten von 92 Einrichtungen in die Analyse einbezogen werden (2003: 80 Einrichtungen).¹² Die Anzahl von Klienten, Angehörigen und Betreuungen lässt sich der Tabelle 4 entnehmen.

Ein Vergleich zwischen den Zahlen der letztjährigen Spezialanalyse und den aktuellen regionalspezifischen Auswertungen ist jedoch aus zwei Gründen nicht bzw. nur sehr eingeschränkt möglich:

- Die Zahl der Einrichtungen hat sich verändert, wobei nicht nur neue hinzugekommen sind, sondern auch Einrichtungen aus dem Vorjahr nicht mehr dabei sind. Während sich auf Ebene der landesweiten Auswertungen solche Unterschiede nur marginal auswirken (es finden sich, wie bereits erwähnt, kaum Unterschiede zum Vorjahr), ist dies in den kleineren Unterkategorien der regionalen Auswertung teilweise nicht der Fall. So ist beispielsweise in Frankfurt a. M. eine sehr große niedrigschwellige Einrichtung hinzugekommen, die mit ihrer Klientel diese Regionalkategorie stark beeinflusst. Hier müsste man das genaue Angebot aller Einrichtungen kennen, um die Effekte der veränderten Datengrundlage besser abschätzen zu können.

¹²Sieben Einrichtungen konnten aus technischen Gründen nicht an der Regionalauswertung teilnehmen.

- Falls Klienten oder Angehörige im Vorjahr in mehreren Regionalkategorien betreut wurden (beispielsweise Frankfurt a. M. und in einer nahe gelegenen Kommune), wurden sie im Vorjahr der Kategorie zugeordnet, in der ihre letzte Betreuung stattgefunden hatte. In der vorliegenden Auswertung wurde diese Praxis geändert und eine Person kann theoretisch in jeder Kategorie einmal auftauchen, wenn sie sowohl auf dem Land, in einer Großstadt wie auch in Frankfurt a. M. betreut wurde.

Aus diesen Gründen wird auf die Darstellung von Vergleichszahlen von 2004 und 2003 in diesem Kapitel verzichtet.

Tabelle 4: Einrichtungen, Klienten/innen, Angehörige und Betreuungen nach Region

	Einrichtungen	Klienten/innen	Angehörige	Betreuungen	
Landkreise	54	9.499	876	11.025	2004
Großstädte	15	3.750	230	4.191	
Metropole Frankfurt a. M.	23	3.793	101	4.589	

Klientinnen und Klienten

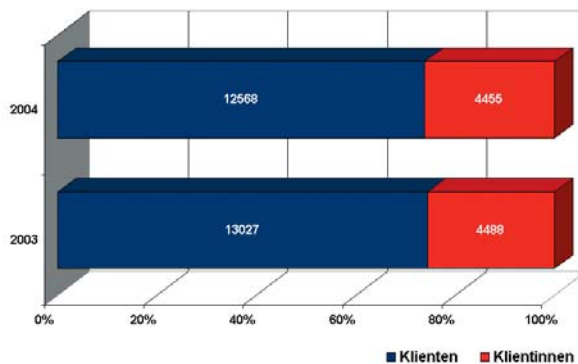
Im Jahr 2004 wurden im ambulanten Suchthilfesystem des Landes Hessen mit 17.023 namentlich erfassten Klientinnen und Klienten Termine für Hilfe- und Beratungsleistungen vereinbart. Hinzu kamen 3.418 Termine mit anonymen Klientinnen und Klienten, bei denen aber keine soziodemografischen Angaben erfasst werden.

(Die Datengrundlage (N) der folgenden Auswertungen ist unterschiedlich, weil den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der ambulanten Suchthilfe nicht immer alle Informationen vorlagen.)

Geschlecht · Alter · Nationalität

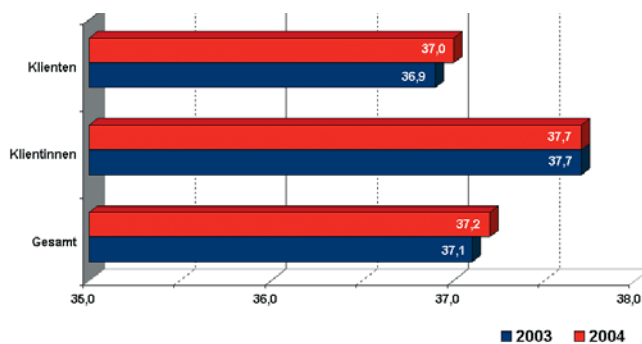
Wie schon in 2003 überwiegt der Anteil männlicher Klienten deutlich: Rund drei Viertel der Klientinnen und Klienten sind männlichen Geschlechts (siehe Abbildung 1). Der Anteil der weiblichen Klienten beträgt 26%.

Abbildung 1: Geschlechterverteilung (N₂₀₀₄=17.023, N₂₀₀₃=17.515)



Ebenfalls kaum verändert im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich das mittlere Alter der Klientel. Der Altersdurchschnitt liegt bei rund 37 Jahren, wobei die männlichen Klienten im Mittel etwas jünger sind als die weiblichen Klienten (siehe Abbildung 2). Die Frauen sind im Durchschnitt 37,7 Jahre alt, die Männer 37,0 Jahre.

Abbildung 2: Durchschnittliches Alter (N₂₀₀₄=16.921, N₂₀₀₃=17.515)



Die weit überwiegende Mehrheit der Klientinnen und Klienten besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft (84%) – lediglich 16% verfügen über einen ausländischen Pass (3% andere EU-Staaten¹³, 13% alle übrigen Staaten).

Hauptsubstanz

Im Jahr 2004 suchte die größte Klientengruppe eine ambulante Suchthilfeeinrichtung wegen einer Alkoholproblematik auf (43%, siehe Tabelle 5).¹⁴ Diese Personen können, genau wie es auch bei den anderen Konsumentengruppen der Fall ist, zusätzlich weitere Suchtprobleme haben und sowohl bereits abhängig, als auch lediglich gefährdete Personen sein.¹⁵ Mit einem Anteil von 32% stellen die Opiatkonsumenten die zweitgrößte Konsumentengruppe dar. 12% der Klienten sind Cannabisgebraucher, während Kokain- und Crackkonsumenten gemeinsam 5% der Klientel ausmachen. 7% der Klientinnen und Klienten suchten eine Suchthilfeeinrichtungen wegen Problemen mit anderen Substanzen oder nicht substanzbezogenen Störungen auf (z.B. Essstörungen, pathologisches Glücksspiel).

Bei ganz wenigen Klienten wurde ein "multipler Substanzgebrauch" angegeben. Das bedeutet aber nicht, dass die Klienten, bei denen eine Hauptsubstanz angegeben wurde, keine anderen legalen oder illegalen Drogen konsumieren. Der Gebrauch von mehreren Substanzen neben – oder nacheinander dürfte – zumindest bei den Konsumenten harter Drogen – eher der Regelfall sein. Nach der Dokumentationslogik des ICD-10 soll aber möglichst eine Diagnose nach dem wichtigsten Stoff (bzw. Stoffgruppe) gestellt werden; in Zweifelsfällen soll derjenige angegeben werden, der am häufigsten missbraucht wird.¹⁶ Für die Zwecke der Suchthilfestatistik reicht die Angabe der Hauptsubstanz.

Tabelle 5: Hauptsubstanz nach Geschlecht (N=12.760)

	m	w	gesamt
	%	%	%
Alkohol (F10)	43	42	43
Opiate (F11)	32	36	32
Cannabis (F12)	13	6	12
Crack (F14)	2	2	2
Kokain (F14)	2	2	2
Benzodiazepine/Barbiturate (F13)	1	2	1
Amphetamine/Ecstasy/Halluzinogene (F15, F16)	2	2	2
Andere (Sucht-)Diagnose^a	5	8	6

^aEssstörung, pathologisches Glücksspiel, multipl. Substanzgebrauch, Tabak

¹³ Gemeint ist – im Gegensatz zum Grunddatenbericht 2003 – die EU nach der Erweiterung im Mai 2004.

¹⁴ Die Zuordnung zu der Hauptsubstanz erfolgt über die ICD-10-Diagnose. Aus sprachlichen Gründen werden im Folgenden auch die Begriffe „Konsumenten“, „Gebraucher“ und „Abhängige“ verwendet. Damit sind immer die Personen gemeint, bei denen eine entsprechende Hauptdiagnose nach dem ICD-10 gestellt worden ist.

¹⁵ Der Substanzkonsum der Klientinnen und Klienten wird in der ambulanten Suchthilfe Hessen vorrangig mit dem ICD-10 erfasst. Der ICD-10 ist ein international anerkanntes Diagnoseschema zur Klassifikation somatischer und psychischer Störungen, für dessen Anwendung es spezielle Handbücher gibt. Unter der Bezeichnung „Hauptsubstanz“ oder „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.

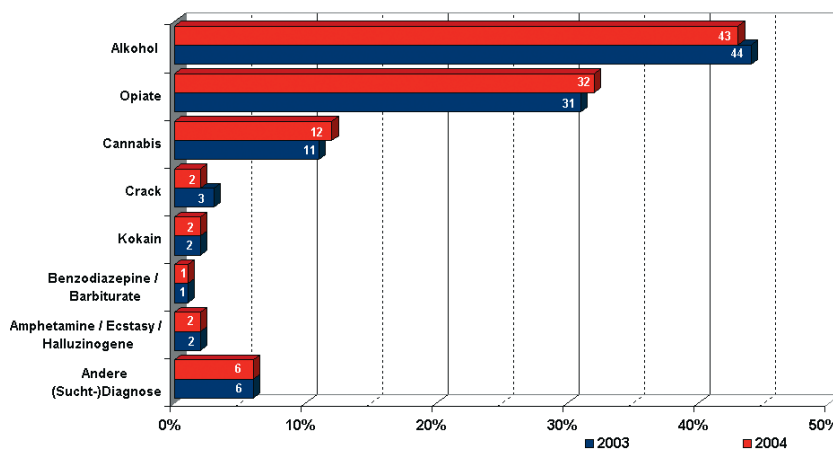
¹⁶ Nur wenn die Substanzaufnahme chaotisch und wahllos verläuft, oder wenn Bestandteile verschiedener Substanzen untrennbar vermischt sind, ist ein multipler Substanzgebrauch anzugeben. Siehe hierzu die diagnostischen Leitlinien des ICD-10. Dilling H., Mombour W. & Schmidt MH (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). 5. durchgesehene und ergänzte Auflage. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen nur bei einigen Hauptsubstanzen: So ist der Anteil der Hauptdiagnosegruppe Cannabis bei den Männern wesentlich höher als bei den Frauen: 13% zu 6%. Demgegenüber sind bei den Frauen Essstörungen erwartungsgemäß sehr viel verbreiteter (Männer 0,1%; Frauen 4%). Beide Unterschiede sind schon aus dem Vorjahr bekannt. Der Unterschied im Anteil von Opiatkonsumenten fällt im Gegensatz zum Vorjahr etwas deutlicher zwischen beiden Geschlechtern aus (Klientinnen 36%; Klienten 32%). 2003 hatte die Abweichung lediglich 2%-Punkte betragen. Bei Alkohol, Crack und Kokain gibt es keine geschlechtsspezifischen Besonderheiten zu erwähnen (siehe Tabelle 5).

Nach wie vor sind die Alkohol Klienten mit einem Durchschnittsalter von 45 Jahren die älteste Konsumentengruppe, während die Cannabiskonsumenten im Mittel nur etwas mehr als halb so alt sind (24 Jahre). Dazwischen liegen die Konsumenten von Opiaten (35 Jahre), Crack und Kokain (jeweils 33 Jahre).

Der Vergleich mit dem Grunddatenbericht 2003 zeigt, dass es bezüglich der Verteilung der Hauptdiagnosen auf die Klientel keine bedeutsamen Entwicklungen gibt. Alle Veränderungen liegen im Bereich eines Prozentpunktes (siehe Abbildung 3).

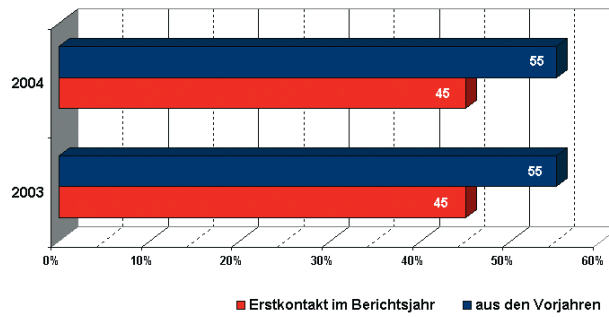
Abbildung 3: Hauptsubstanz (N₂₀₀₄=12.760, N₂₀₀₃=11.632)



Erstkontakt · Kontaktempfehlung

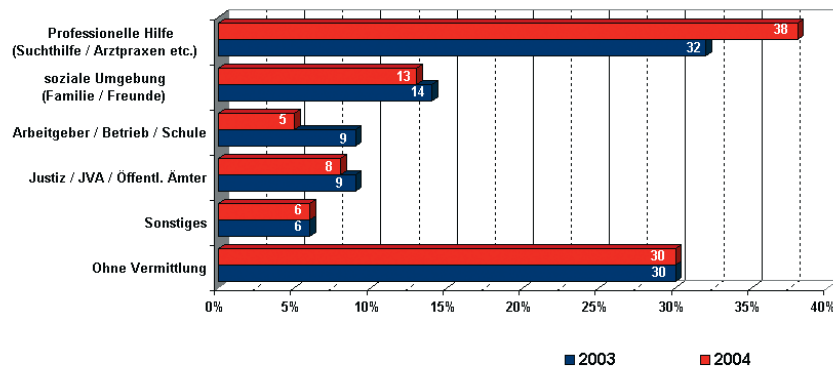
Genau wie im Vorjahr nahmen im Jahr 2004 45% der Klienten zum ersten Mal Kontakt zu der (dokumentierenden) ambulanten Einrichtung auf (siehe Abbildung 4). Der größere Teil der Klientel (55%) ist bereits im Jahr 2003 oder schon davor in Betreuung in der gleichen Einrichtung gewesen.

Abbildung 4: Jahr des Erstkontaktes (N₂₀₀₄=15.636, N₂₀₀₃=17.515)



Die Abbildung 5 stellt dar, auf welche Art und Weise die Betreuungen der Klienten im Jahr 2004 initiiert wurden. Dabei hat sich im Vergleich zum Vorjahr vor allem der Anteil der Betreuungen verändert, die durch andere professionelle Angebote, also Einrichtungen der Suchthilfe oder ärztlich-medizinische Institutionen, vermittelt worden sind. Er stieg von 32% auf 38%. Der Anteil der durch öffentliche (justitielle) Stellen, den Arbeitgeber oder die Schule vermittelten Betreuungen ist dagegen um 4%-Punkte (von 9% auf 5%) zurückgegangen. Nach wie vor ist mit 30% beinahe ein Drittel aller Betreuung ohne irgendeine externe Vermittlung zustande gekommen.

Abbildung 5: Vermittlung in die betreuende Einrichtung (N₂₀₀₄=14.470, N₂₀₀₃=13.559)



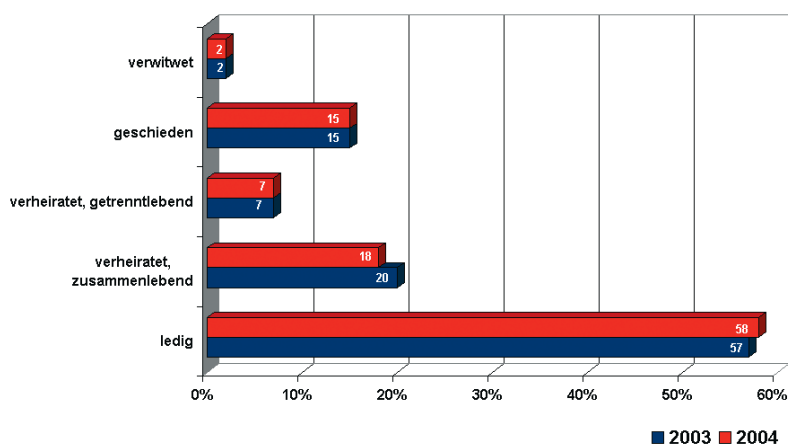
Soziale Situation

Im folgenden Abschnitt wird die soziale Situation der Klienten und Klientinnen anhand ausgewählter Kriterien näher untersucht. Hierzu werden Aussagen zum Familienstand, zur Lebens- und Wohnsituation, zum Schulabschluss und zur Erwerbssituation der Hilfesuchenden gemacht. Bisweilen können sich die Ergebnisse für diese Parameter jedoch stark unterscheiden, je nachdem, aufgrund welcher Hauptsubstanz die Klienten die Leistungen des Suchthilfesystems in Anspruch nehmen. Aus diesem Grund werden die Ergebnisse wiederum nach den einzelnen Hauptdiagnosegruppen differenziert.¹⁷ Auch geschlechtsspezifische Unterschiede werden berücksichtigt und, soweit dies sinnvoll erscheint, das Alter der Klienten in die Betrachtungen miteinbezogen. Zudem ist es durch die Vergleichszahlen aus dem Vorjahr erstmals möglich, Aussagen über die Stabilität der sozialen Situation zu treffen sowie mögliche Veränderungen aufzuzeigen.

Familienstand · Lebenssituation

Die Klienten in Hessen sind zum überwiegenden Teil ledig (58%) (siehe Abbildung 6). Für die Männer gilt dies häufiger als für die Frauen (m: 62% / w: 49%), wobei letztere zu einem höheren Anteil geschieden sind oder in Trennung leben (m: 20% / w: 28%). Vergleicht man diese Verteilung mit der in der hessischen Gesamtbevölkerung, so zeigt sich, dass dort zwar die Männer auch häufiger ledig sind als die Frauen (m: 45% / w: 37%), insgesamt aber der Anteil der ledigen Personen geringer ist als bei der Klientel der Suchhilfe.¹⁸ Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Situation beim Familienstand der Klienten kaum verändert.

Abbildung 6: Familienstand (N₂₀₀₄=14.374, N₂₀₀₃=12.947)



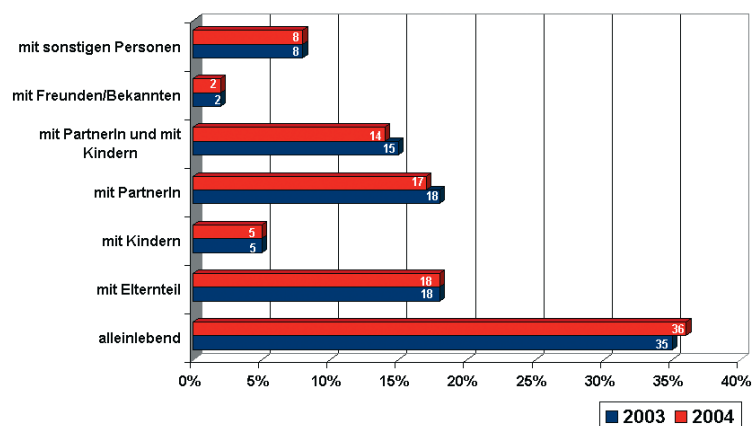
¹⁷Die Kokain- und Crackklienten werden in den folgenden Auswertungen zu einer Gruppe zusammengefasst, da es nur ganz wenige biografische oder Betreuungsunterschiede zwischen ihnen gibt. Sind solche vorhanden, werden diese im Text genannt.

¹⁸Hessisches Statistisches Landesamt, Wiesbaden, 2005. Die Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2003. Angaben für das Jahr 2004 lagen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor.

Wie die Unterscheidung nach Hauptdiagnosegruppen zeigt, leben die Alkoholklienten zwar häufiger als der Durchschnitt mit einem Ehepartner oder einer Ehepartnerin zusammen (30%), haben aber im Vergleich zu den übrigen Klientengruppen auch den größten Anteil an geschiedenen Personen (22%). Bei den Cannabiskonsumenten macht sich das geringe Durchschnittsalter bemerkbar (23,7 Jahre): Sie sind in der Regel ledig (92%) und leben häufiger bei den Eltern als die übrige Klientel (52%).

Auch die Lebenssituation der Klienten ist im Jahresvergleich zu 2003 stabil geblieben: Mit über einem Drittel lebt weiterhin der Großteil der Hilfesuchenden allein (siehe Abbildung 7). Zusammen mit Kindern leben vor allem die Konsumenten legaler Drogen (Alkohol: 24% / Tabak: 29%), die Opiatabhängigen tun dies in 15% der Fälle. Für die Lebenssituation finden sich des Weiteren geschlechtsspezifische Unterschiede. So sind die Frauen eher alleinerziehend als die Männer (w: 12% / m: 2%) und letztere leben nicht nur häufiger bei den Eltern (m: 21% / w: 12%), sondern sind dabei durchschnittlich 4 Jahre älter als Frauen, die ebenfalls mit einem Elternteil zusammenwohnen (Alter: m: 26,3 / w: 22, 3 Jahre).

Abbildung 7: Lebenssituation (N₂₀₀₄=13.492, N₂₀₀₃=12.159)



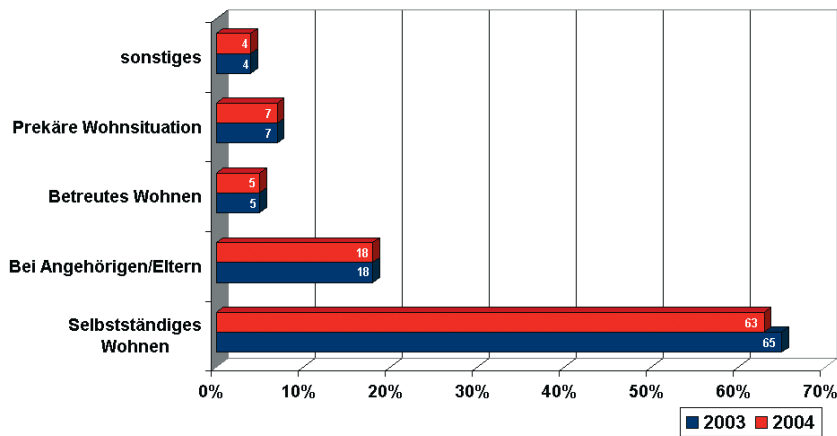
Wohnsituation

Wie schon im Vorjahr wohnt der Großteil der Klienten selbständig (63%) (siehe Abbildung 8). Fast ein Fünftel ist bei den Eltern oder anderen Angehörigen untergebracht und 5% leben in einer Einrichtung des „Betreuten Wohnens“.

Die Wohnsituation unterscheidet sich stark, wenn nach der jeweiligen Hauptdiagnose der Klienten unterschieden wird: So leben insgesamt im Durchschnitt 7% von ihnen in einer prekären Wohnsituation¹⁹, am meisten betroffen sind jedoch die Konsumenten von Crack (16%), Opiaten (12%) und Kokain (10%). Die Alkoholkonsumenten hingegen leben am häufigsten selbstständig und befinden sich eher selten in einer prekären Wohnsituation (3%). Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass die Frauen häufiger selbstständiger wohnen als die Männer.

¹⁹ In einer prekären Wohnsituation leben Klientinnen und Klienten z.B. in der Justizvollzugsanstalt, provisorischen Unterkünften oder in der Obdachlosigkeit.

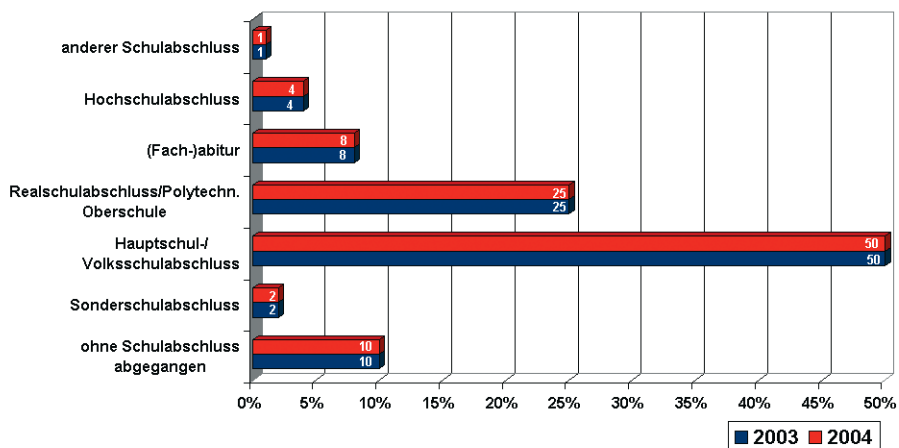
Abbildung 8: Wohnsituation (N₂₀₀₄=15.172, N₂₀₀₃=14.292)



Schulabschluss · Erwerbssituation

Die Hälfte der Klienten (über 17 Jahre) verlässt die Schule mit Hauptschulabschluss, ein Viertel mit Realschulabschluss und nur ein knappes Zehntel mit Abitur als höchstem Abschluss (siehe Abbildung 9). Dieses Profil gleicht damit weitgehend dem des Vorjahres und zeigt die deutliche Unterqualifikation der Hilfesuchenden im Vergleich zur Gesamtbevölkerung.²⁰ Am deutlichsten tritt diese bei den Konsumenten illegaler Drogen zu Tage: 14% dieser Gruppe verlassen die Schule ohne Abschluss. Insgesamt sind die Frauen höher qualifiziert als die Männer. Sie weisen einen höheren Anteil an Realschulabschlüssen auf bei einem gleichzeitig niedrigeren Anteil an Hauptschulabschlüssen.

Abbildung 9: Schulabschluss (N₂₀₀₄=12.975, N₂₀₀₃=11.426)

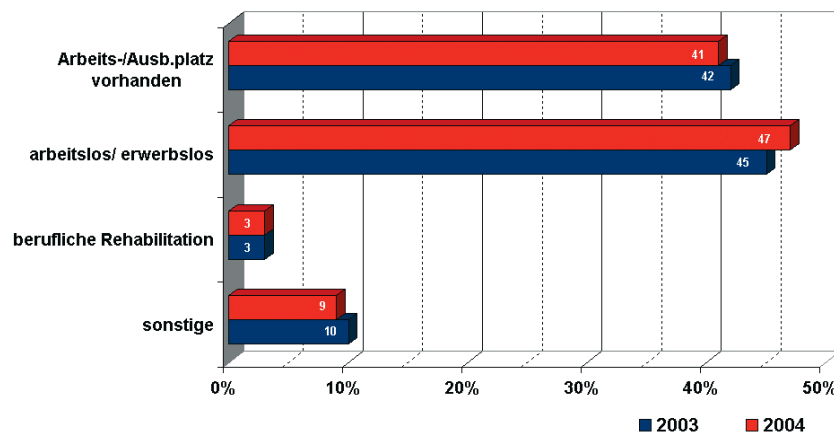


²⁰ Hessisches Statistisches Landesamt, Wiesbaden, 2005: Schulentlassene aus allgemein bildenden Schulen am Ende des Schuljahres 2003/2004: Abitur 26%, Realschulabschluss 40%, Hauptschulabschluss 25%, Sonderschulabschluss 3%, anderer Schulabschluss 1%, ohne Schulabschluss abgegangen 6%.

Die oben erwähnte Unterqualifikation spiegelt sich schließlich auch in der Erwerbssituation wider: Wie schon im Vorjahr ist fast die Hälfte der Klienten erwerbs- bzw. arbeitslos (47%; 45% in 2003), 41% gehen einer beruflichen Tätigkeit nach oder befinden sich in der Ausbildung (siehe Abbildung 10).²¹ Im Vergleich zur übrigen Klientel ist der Arbeitslosenanteil bei den Cannabis-konsumenten eher gering (29%), was aber durch den niedrigen Altersdurchschnitt der Gruppe erklärt werden kann. Am häufigsten arbeitslos sind die Opiatabhängigen (66%), dementsprechend selten haben sie einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz (23%). Zwischen diesen beiden Extremgruppen finden sich die Alkohol Klienten mit einem Anteil von 41% Arbeits- oder Erwerbslosen (45% Erwerbstätige) sowie die Kokain- bzw. Crackkonsumenten mit einer Quote von 46% Erwerbslosen (41% Erwerbstätige).

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf die Erwerbssituation finden sich in erster Linie bei der Zahl der Erwerbslosen: So haben zwar mit 39% fast genauso viele Frauen wie Männer einen Arbeitsplatz (Männer 41%), aber im Gegensatz zu den weiblichen Klienten ist jeder zweite Mann erwerbslos (Männer 50%, Frauen 41%). Dies liegt vor allem daran, dass der Anteil der Hausfrauen 11% der weiblichen Klientel ausmacht (Männer unter 1%).

Abbildung 10: Erwerbssituation (N₂₀₀₄=14.134, N₂₀₀₃=13.666)



²¹ Im Gegensatz zum Vorjahresbericht wurde für Personen, die nicht in die eher pauschaleren Kategorien von „arbeits-/erwerbslos“ und „Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden“ oder „berufliche Rehabilitation“ passen, eine Kategorie „Sonstiges“ eingeführt. Hierunter fallen beispielsweise mithelfende Familienangehörige, Rentner sowie Hausfrauen/-männer.

Die Betreuungen

Im Berichtszeitraum 2004 wurden in Hessen insgesamt 18.911 Betreuungen für die Klienten und Klientinnen dokumentiert²² (siehe zu den einzelnen Betreuungsformen die Erläuterung auf der Seite 27). Etwas mehr als die Hälfte davon wurden im Jahr 2004 beendet (52%), der andere Teil lief über den Jahreswechsel hinaus (48%).

Der Großteil der Betreuungen kommt freiwillig zustande, die Klientinnen und Klienten kommen ohne justiziellen Druck (86%). Etwa jede siebte Betreuung beruht dagegen auf straf- oder zivilrechtlichen Grundlagen (14%). Im Bereich der illegalen Drogen spielt dabei das Betäubungsmittelgesetz die größte Rolle: Beinahe jede zehnte Betreuung findet in diesem Rahmen statt.²³ Dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein verurteilter Drogenabhängiger an einer ambulanten Therapie teilnimmt.

Im Vergleich zum Vorjahr gibt es hier keine nennenswerten Veränderungen.

Betreuungsdauer und -intensität

Die Betreuung der Kokain-/Crackklientel sowie der Opiatabhängigen dauert im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen am längsten: Sie umfasst durchschnittlich 275 bzw. 272 Tage, also etwa ein 3/4 Jahr (siehe Tabelle 6).²⁴ Das weist die folgende Tabelle aus, die auf den Angaben aller im Jahr 2004 abgeschlossenen Betreuungen basiert. Bei den Alkohol Klienten beträgt der Durchschnittswert 195 Tage. Am kürzesten ist mit einem Wert von 187 Tagen die Betreuungslänge bei dem Personenkreis, der wegen Cannabiskonsum eine Einrichtung aufsucht.

Damit hat sich gegenüber dem Vergleichsjahr 2003 die durchschnittliche Betreuungsdauer bei allen Hauptdiagnosegruppen erhöht: bei den opiatabhängigen Personen am stärksten (+ 41 Tage), bei den Kokain-/Crackklienten am geringsten (+ 9 Tage). Auf welche Faktoren diese Zunahme zurückzuführen ist, beispielsweise auf eine bessere Haltekraft der Betreuung oder auf ein verbessertes Dokumentationsverhalten der Mitarbeiter, kann im Rahmen dieser Analyse auf der Grundlage der vorhandenen Daten nicht geklärt werden.

Wird die Betreuungsdauer geschlechtsspezifisch ausgewertet, zeigt sich, dass die weiblichen Klienten – mit Ausnahme der Hauptdiagnosegruppe „Cannabis“ – durchschnittlich länger betreut werden als die Männer. Am größten ist dieser geschlechtsspezifische Unterschied bei der Gruppe der Kokain- und Crackkonsumenten: er beträgt 320 Tage (Frauen) zu 266 Tage (Männer). Bei Alkohol und den Opiaten ist diese Differenz nicht unwesentlich kürzer. Die weiblichen Klienten haben offensichtlich ein erhöhtes Beratungs- und Betreuungsbedürfnis. Darauf wiesen auch schon die Ergebnisse dieser Analyse aus dem letzten Jahr hin.

²² Ein Klient bzw. eine Klientin kann mehrere Betreuungen in einem Jahr haben. In Hessen beträgt das Verhältnis zwischen Klienten/innen und Betreuungen beinahe 1:1. Es ist sinnvoll, einige Auswertungen auf der Basis der Betreuungen vorzunehmen. Dies geschieht in diesem Abschnitt.

²³ Den größten Anteil weisen hier die Kokainklienten mit 13% auf (Opiate und Crack jeweils 9%, Cannabis: 8%).

²⁴ Als Ausgangspunkt der Berechnungen wurden immer der Beginn der Betreuung und das Jahr des ersten dokumentierten Termins genommen.

Tabelle 6: Durchschnittliche Betreuungsdauer nach Hauptdiagnose (ICD-10) und Geschlecht – abgeschlossene Betreuungen in 2004²⁵

	Klientinnen	Klienten	Gesamt	Anzahl
	Tage	Tage	Tage	N
Alkohol	232	183	195	3.541
Opiate	304	261	272	2.301
Cannabis	179	189	187	981
Kokain/Crack	320	266	275	335

Im nächsten Auswertungsschritt werden die Betreuungsdauer und die Kontaktintensität bei den zentralen Betreuungsformen der ambulanten Suchthilfe in Hessen betrachtet. Hierbei handelt es sich um die folgenden fünf Betreuungstypen, die kurz erläutert werden sollen.²⁶

ERLÄUTERUNG:

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 werden nicht in dieser Kategorie, sondern unter „medikamentenunterstützte Behandlung“ erfasst.)

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) des/der Behandelnden 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.

²⁵Die Betreuungen können auch vor 2004 begonnen haben.

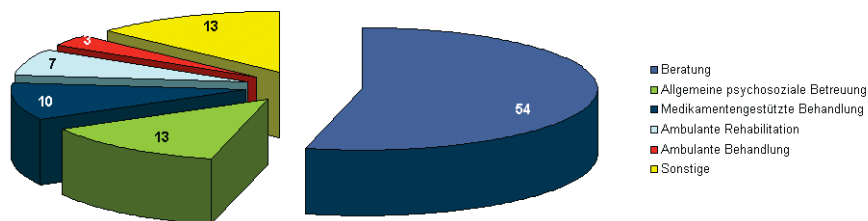
²⁶Quelle: Manual zum Biografie- und Leistungskatalog der ambulanten Suchthilfe in Hessen (Version 4.2).

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.

Die Beratung steht von allen Betreuungsformen mit einem Anteil von 54% an erster Stelle (siehe Abbildung 11). Es folgt mit weitem Abstand die allgemeine psychosoziale Betreuung mit einem Wert von 13%. Jede zehnte Betreuung ist eine medikamentengestützte Behandlung (10%). Die ambulante Rehabilitation kommt auf einen Anteil von 7%, die ambulante Behandlung auf 3%. Der Rest (13%) verteilt sich auf diverse andere Betreuungsformen, z.B. die poststationäre Betreuung und Integrationshilfen.

Gegenüber dem Jahr 2003 haben sich bei den relativen Anteilen der Betreuungsformen keine bedeutsamen Veränderungen ergeben.

Abbildung 11: Anteile der verschiedenen Betreuungsformen 2004 (N₂₀₀₄=18.354)



Es zeigt sich bei den Betreuungsformen – wie schon im Vorjahr – ein sehr unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten, wenn nach Alkohol- und Opiatklienten unterschieden wird: Während die medikamentengestützte Behandlung aufgrund der Bedeutung der Substitution fast ausschließlich bei Opiatabhängigen vorkommt (95%), befinden sich in der ambulanten Rehabilitation überwiegend alkoholabhängige Personen (83%). Auch in der Beratung und der ambulanten Behandlung stellt die Hauptdiagnosegruppe „Alkohol“ den Großteil der Betreuungen: 52% bzw. 58%. Bei der allgemeinen psychosozialen Betreuung trifft dies auf die Opiatkonsumenten zu (50%).

Betrachtet man nun – auf der Grundlage der in 2004 beendeten Betreuungen – die Betreuungsdauer und Kontaktintensität bei den fünf wichtigsten Betreuungsformen, ergeben sich starke Unterschiede:

Die medikamentengestützte Behandlung weist die längste durchschnittliche Betreuungsdauer auf; im Mittel werden ihre Klienten 266 Tage lang betreut (siehe Tabelle 7). In diesem Zeitraum kommt es zu durchschnittlich 26 Kontakten, d.h. es findet durchschnittlich alle 10 Tage ein Kontakt (Termin) zwischen dem Klienten und dem Betreuer statt. Nur die ambulante Rehabilitation verfügt über eine noch höhere Intensität: es kommt hier alle 9 Tage zu einem Kontakt. Das entspricht in etwa dem Behandlungssetting dieser Therapieform, das wöchentliche Einzel- und/oder Gruppengespräche vorsieht. Die allgemeine psychosoziale Betreuung und die ambulante Behandlung sind dagegen nicht ganz so kontaktintensiv. Sie kommen auf Durchschnittswerte von 12 bzw. 14 Tagen. Die Beratung weist die geringste Kontaktintensität mit

einem Durchschnittswert von 18 Tagen auf (siehe Tabelle 7). Dabei ist die durchschnittliche Betreuungsdauer bei der allgemeinen psychosozialen Betreuung deutlich länger als bei der Beratung (253 Tage zu 145 Tage). Dies entspricht der längerfristig angelegten Konzeption dieses Betreuungstyps.

Auch hier hat im Vergleich zum Jahr 2003 die durchschnittliche Betreuungsdauer zugenommen – und zwar bei allen fünf Betreuungsformen. Dagegen hat sich die Kontaktintensität im Großen und Ganzen gegenüber dem Vorjahr nicht geändert.

Tabelle 7: Durchschnittliche Betreuungsdauer nach Kontaktintensität nach Betreuungsform – abgeschlossene Betreuungen in 2004

	Betreuungsdauer	Kontaktanzahl	Kontaktintensität ^a	Anzahl Betreuungen
	Tage	N	Tage	N
Allgemeine Psychosoziale Betreuung	253	21	12	1.129
Ambulante Behandlung	246	18	14	262
Ambulante Rehabilitation	216	25	9	784
Beratung	145	8	18	6.310
Medikamentengestützte Behandlung	266	26	10	696

^a: Die Kontaktintensität gibt an, wie viele Tage im Mittel zwischen zwei Kontakten liegen. Eine niedrigere Zahl bedeutet also intensiveren Kontakt.

Wird die Betreuungsdauer differenzierter betrachtet, fällt auf, dass bei der Beratung der Anteil der „Kurzzeit-Betreuten“ besonders hoch ist. Hier ist beinahe jeder zweite Klient bis zu 3 Monate in Betreuung (48%) (siehe Tabelle 8). Dagegen wird nur ein vergleichsweise geringer Anteil über ein Jahr betreut (8%). Bei der allgemeinen psychosozialen Betreuung ist dies beim jedem vierten Klient der Fall (25%). Bei der ambulanten Behandlung und der medikamentengestützten Behandlung liegt der letztgenannte Anteil ähnlich hoch.

In diesen Zahlen zur Betreuungsdauer dürften sich die unterschiedlichen Konzepte der Betreuungsformen ausdrücken, je nach dem, ob sie kurz- bis mittelfristig (Beratung) oder langfristig (allgemeine psychosoziale Betreuung) angelegt sind.

Tabelle 8: Betreuungsdauer (Klassen) nach Betreuungsform – abgeschlossene Betreuung in 2004

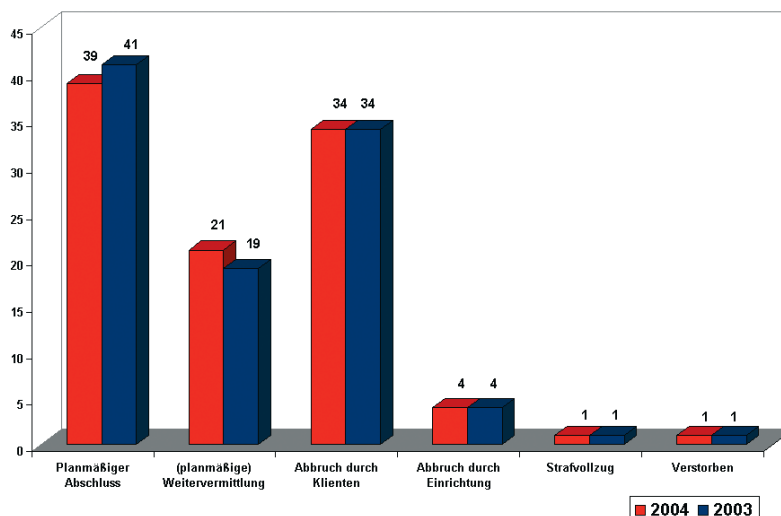
	Bis 3	4 bis 6	7 bis 12	über 12	Anzahl Betreuungen N
	Monate	Monate	Monate	Monate	
Allgemeine Psychosoziale Betreuung	31	22	21	25%	1.129
Ambulante Behandlung	31	24	21	24%	262
Ambulante Rehabilitation	27	26	28	18%	784
Beratung	48	24	19	8%	6.310
Medikamentengestützte Behandlung	30	24	22	24%	696

Betreuungsende

Im Jahr 2004 sind 39% aller Betreuungen planmäßig abgeschlossen worden (siehe Abbildung 12). Dazu gezählt werden muss ein Anteil von 21% der Betreuungen, bei denen die Klienten – wie geplant – in andere Einrichtungen weitervermittelt worden sind. Das ergibt insgesamt einen Anteil von 60% regulär beendeten Betreuungen. Dagegen wurde in jedem dritten Fall ein Betreuungsverhältnis durch den Klienten abgebrochen (34%). Ein Abbruch durch die Einrichtung kommt dagegen sehr selten vor (4%). 1% der betreuten Klienten sind verstorben – das sind immerhin 83 dokumentierte Personen.

Insgesamt hat sich das Beendungsverhalten der Klienten gegenüber dem Vorjahr so gut wie nicht verändert. Das zeigt die Abbildung 12.

Abbildung 12: Beendigungsgrund der Betreuungen (N₂₀₀₄=9.517, N₂₀₀₃=8.024)



Es gibt beim Ende der Betreuung einige deutliche Unterschiede, wenn es nach den Hauptdiagnosen-Gruppen aufgegliedert wird: Während 69% aller Alkoholkonsumenten eine Betreuung planmäßig beenden oder weitervermittelt werden, beträgt dieser Anteil bei den Hilfesuchenden mit der Hauptdiagnose „Opiate“ 51%. Umgekehrt ist das Verhältnis bei den Personen, die von sich aus die Betreuung abbrechen: Die Abbrecherquoten sind bei allen illegalen Drogen höher (36% bis 40%) als bei dem legalen Suchtmittel Alkohol (28%).

Erwähnenswerte geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen bei den Gründen der Beendigung nicht. Bei der Auswertung nach dem Alter fällt auf, dass die verstorbenen Klienten im Durchschnitt (erst) 41 Jahre alt sind. Das weist auf die fortgeschrittene Verelendung und die Schwere der Abhängigkeitserkrankung eines Teils der Klienten hin.

Weitervermittlungen

Werden ausschließlich die Weitervermittlungen nach dem Betreuungsende betrachtet, zeigt sich, dass von dieser Klientengruppe über ein Drittel in die stationäre Entwöhnungsbehandlung vermittelt wird (37%) (siehe Tabelle 8).²⁷ Bei den Männern ist dies häufiger der Fall als bei den Frauen (39% zu 30%). Bei der Differenzierung nach der Hauptdroge zeigen sich noch größere Unterschiede: Mehr als jeder zweite vermittelte Alkoholklient wird in eine stationäre Einrichtung überwiesen (54%), bei den Opiatabhängigen ist dies nur etwa jeder vierte (24%).

Am zweithäufigsten wird in die ambulante Beratung/Behandlung vermittelt (15%). Hier bestehen – wie bei allen weiteren Typen der Weitervermittlung – keine nennenswerten geschlechtsspezifischen Unterschiede mehr. Aber es ergeben sich erneut starke Abweichungen, wenn nach der Hauptdroge differenziert wird: Der Anteil vermittelter Opiatklienten ist fast doppelt so hoch wie derjenige der Alkoholklienten (17% zu 9%).

Bei den anderen Vermittlungstypen bestehen Anteile zwischen 4% und 9% (siehe Tabelle 9). In eine Substitutionsbehandlung werden – erwartungsgemäß – ausschließlich Opiatklienten vermittelt (Anteil: 20%). Auch das Ergebnis für die Ambulante Rehabilitation überrascht nicht: Es werden – wie überall in Deutschland – eher Alkoholklienten in diese Form der ambulanten Abstinenztherapie geschickt als Opiatabhängige (6% zu 1%).

Werden abschließend die verschiedenen Weitervermittlungsarten nach dem Alter ausdifferenziert, zeigt sich, dass die Klienten, die zur ambulanten Rehabilitation vermittelt worden sind, die ältesten sind: Ihr Durchschnittsalter beträgt 42 Jahre. Am jüngsten ist die Klientengruppe, die an eine ambulante Beratung/Behandlung weitergeleitet wird (Durchschnittsalter: 34 Jahre), was wiederum mit dem unterschiedlichen Alter von Alkohol- und Opiatklienten zusammenhängt.

Entsprechende Auswertungen zu den Weitervermittlungen wurden im Jahresbericht 2003 nicht vorgenommen, so dass keine publizierten Vergleichszahlen vorliegen.

²⁷Die Fallzahl bei dieser Auswertung ist nicht identisch mit derjenigen der vorausgegangenen Analyse zum Betreuungsende, denn es sollen auch Weitervermittlungen dokumentiert werden, wenn eine Betreuung nicht planmäßig beendet worden ist (siehe COMBASS-Manual 4.2). Zudem zeigt sich in der Praxis, dass auch für „planmäßige Betreuungsenden“ häufig noch zusätzlich Weitervermittlungen dokumentiert werden. Dadurch wird aber nicht die Validität der Auswertung beeinträchtigt.

Tabelle 9: Weitervermittlung nach Geschlecht und Hauptdroge (ICD-10)

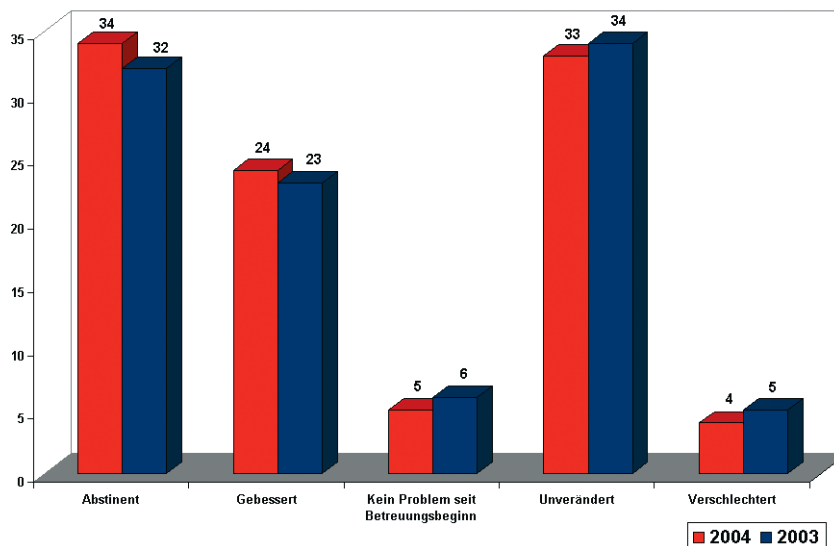
	Insgesamt %	Frauen %	Männer %	Alkohol %	Opiate %
Stationäre Entwöhnungsbehandlung	37	30	39	54	24
Entgiftung/Entzug	15	17	14	9	17
Substitutionsbehandlung	7	7	7	/	20
Betreutes Wohnen	5	7	5	4	8
Ambulante Rehabilitation	4	4	4	6	1
Anderes	23	27	22	23	16
Gesamt	3.088	767	2.321	1.278	854

Konsumstatus am Ende der Betreuung

Jeder dritte Klient lebt am Ende der Betreuung abstinent (34%, siehe Abbildung 13).²⁸ Ferner hat sich bei 24% aller Klienten eine Verbesserung ihres Konsumverhaltens während der Betreuung eingestellt. Bei 33% der Hilfesuchenden stellt sich dieses jedoch unverändert dar. Bei 4% wird sogar über eine Verschlechterung berichtet.

Hier hat es – wie in der Abbildung 13 ausgewiesen – ganz leichte Verbesserungen gegenüber dem Berichtsjahr 2003 gegeben.

Abbildung 13: Konsumstatus am Ende der Betreuung (N₂₀₀₄=8.613, N₂₀₀₃=7.704)



Werden die verschiedenen Hauptdiagnosegruppen bezüglich ihres Konsumstatus getrennt betrachtet, ergeben sich stark abweichende Abstinenzraten: Bei den Alkoholkonsumenten beträgt die Abstinenzrate 46%, bei den Opiatgebrauchern liegt der entsprechende Wert „nur“ bei 22%. Ein solcher Unterschied ist auch aus anderen Suchthilfestatistiken bekannt, beispielsweise aus Schleswig-Holstein. Dort beträgt die Abstinenzrate 43% bei den Alkohol- und 28% bei den Opiatklienten.²⁹ An diesen Zahlen wird deutlich, dass es bei den opiatabhängigen Personen besonders schwierig ist, im Beratungs- oder therapeutischen Prozess Abstinenz zu erreichen. Bei einem Teil dieser Klienten stehen andere kurz- und mittelfristige Ziele, wie die somatische, psychische und soziale Stabilisierung im Vordergrund – wie dies bei der Substitutionsbehandlung der Fall ist.

Abschließend sollen der Beendigungsgrund zusammen mit dem Konsumstatus betrachtet werden. Zeigen sich hier – erwartungsgemäß – Zusammenhänge?

Bei 3 von 4 Klienten, die die Betreuung regulär beendet haben, hat sich das Konsumverhalten während der Betreuung verbessert. Ein Großteil von ihnen ist abstinent geworden (siehe Tabelle 10). Bei den Abbrechern ist dies nur bei einer Minderheit der Fall: So weisen nur 14% der Abbrecher den Status „abstinent“ auf und 21% haben sich in ihrem Konsumverhalten „verbessert“. Diese Zahlen belegen, wie eine reguläre Beendigung mit einer positiven Entwicklung des Konsumverhaltens einhergeht. Schon im Berichtsjahr 2003 konnte ein derartiger Zusammenhang aufgezeigt werden.

Tabelle 10: Beendigungsgrund und Konsumstatus

	abstinent	gebessert	Anzahl
	%	%	N ^a
planmäßiger Abschluss	51	24	3.481
(planmäßige) Weitervermittlung	38	30	1.845
Abbruch durch Klient/in	14	21	2.802

^a Das hier angegebene N sowie die Prozentangaben (Zeilenprozentangaben) beziehen sich auf alle Kategorien des Konsumstatus bei Beendigungsgrund (also inklusive der Kategorien „unverändert“, „kein Problem seit Betreuungsbeginn“ und „verschlechtert“).

²⁸ Die an der deutschen Suchthilfestatistik orientierte grobe Zuordnung des Konsumstatus bei Betreuungsende eignet sich nur eingeschränkt als Indikator für die Leistungsfähigkeit der Suchthilfe. Um Aussagen über die Wirkung der Hilfemaßnahmen treffen zu können, wäre eine Präzisierung der Dokumentationsvorschriften sowie eine Differenzierung nach der Ausgangssituation und den Betreuungszielen der Klientel erforderlich.

Die nachstehende Auswertung steht insofern unter dem Vorbehalt, dass sie allenfalls Hinweise auf den Abstinenzstatus, nicht jedoch auf das Erreichen differenzierter Behandlungsziele (z.B. Beikonsumfreiheit bei Substitutionsbehandlungen) gibt.

²⁹ Schütze C., Kalke J., Buth S. et al. (2004): Analysen zur Struktur des ambulanten Suchthilfesystems. Jahresbericht 2003. Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe (Band 5), Kiel.

Angehörige

Über die Arbeit mit Angehörigen von Personen mit einer Suchtproblematik ist wenig bekannt; nur selten werden über sie mehr Daten erhoben als ihr Anteil an der Gesamtklientel. In Hessen werden jedoch von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der ambulanten Suchthilfe einige Grundinformationen über diesen Personenkreis mit erfasst. In dem vorliegenden Jahresbericht 2004 erfolgt erstmals eine etwas ausführlichere Darstellung der Angehörigen.

Der Anteil der Angehörigen an der Gesamtklientel der ambulanten Suchthilfe beträgt 7% (siehe Tabelle 11). Im Jahr zuvor waren es 9%. Damit liegt Hessen über dem Bundesdurchschnitt. Nach den Zahlen der Deutschen Suchthilfestatistik betrug dieser 6% im Jahr 2003 – neuere Zahlen sind noch nicht veröffentlicht.³⁰ Nur aus wenigen Bundesländern liegen Angaben über den Anteil von Angehörigen an der Gesamtklientel vor, z.B. aus Schleswig-Holstein, Hamburg und Sachsen.

Zum Vergleich sollen Angaben aus Schleswig-Holstein dienen, weil dort mit dem gleichen Dokumentationssystem und einer ähnlichen Erfassungslogik gearbeitet wird. In diesem Flächenland umfasst der Anteil von Angehörigen 12% (im Jahr 2004). Das ist ein beinahe doppelter so hoher Wert wie in Hessen. Auch in absoluten Zahlen betrachtet werden in Schleswig-Holstein mehr Angehörige betreut als in Hessen (1.643 zu 1.265), obwohl Hessen mehr als doppelt so viele Einwohner und Einwohnerinnen hat. Das gleiche gilt für die anonymen Kontakte mit Angehörigen: Hier lautet das Verhältnis 2.106 (Schleswig-Holstein) zu 938 (Hessen).

Diese Abweichungen in Hessen und Schleswig-Holstein können mit der Ausrichtung der Angebotsstruktur oder unterschiedlichen Betroffenheiten zusammenhängen. Mit diesem Vergleich soll jedoch keine Bewertung der Hilfesysteme vorgenommen, sondern ein Einstieg in eine Diskussion angeregt werden, womit diese starke Unterschiede zusammenhängen könnten.

Tabelle 11: Anteil der Angehörigen in ausgewählten Suchthilfestatistiken

	Angehörige %	Klienten/innen %
Hessen 2004	7	93
Hessen 2003	9	91
Deutschland 2003	6	94
Schleswig-Holstein in 2004	12	88

³⁰Zahlen nach eigenen Berechnungen. Sonntag D. & Welsch K. (Hrsg.) (2004): Deutsche Suchthilfestatistik 2003. In: SUCHT. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Sonderheft 1.

Das Geschlechterverhältnis bei den Angehörigen in Hessen ist deutlich anders als bei den Klienten und Klientinnen. Bei beinahe drei Vierteln der betreuten Angehörigen handelt es sich um weibliche Personen (74%).³¹ Auch aus anderen Suchthilfestatistiken ist solch ein hoher Frauenanteil unter diesem Personenkreis bekannt.³²

Das Durchschnittsalter der Angehörigen beträgt 44,7 Jahre.³³ Unterschiede zwischen Frauen und Männern bestehen hierbei kaum (w: 44,2 Jahre; m: 45,1 Jahre).

Die meisten Angehörigen suchen wegen des Cannabis- oder Alkoholkonsums eines Familienangehörigen oder Bekannten (Kind, Partner etc.) eine ambulante Suchthilfeeinrichtung auf. Bei 39% ist der Cannabiskonsum des so genannten „Index-Klienten“ der Anlass, bei 37% der Alkoholkonsum (siehe Tabelle 12). Bei jedem Zehnten spielt der Opiatkonsum des Betroffenen eine Rolle. Es gibt so gut wie keine Angehörigen, die wegen des Ecstasykonsums eines Bekannten in eine ambulante Einrichtung kommen (0,4%).

Tabelle 12: Hauptsubstanz der „Index-Klienten“ (N=726)

	Anteil %
Cannabis	39
Alkohol	37
Opiate	10
Kokain/Crack	4
Essstörungen	1
Ecstasy/Partydrogen	0,4
Anderes	9

Sechs von zehn Angehörigen nahmen im Jahr 2004 ihren Kontakt zu einer Einrichtung der ambulanten Suchthilfe in Hessen auf. Bei 40% bestand das Betreuungsverhältnis schon im Vorjahr. Die durchschnittliche Betreuungslänge bei der Beratung von Angehörigen beträgt 116 Tage (von diesen sind 54% bis zu 3 Monate und 8% über ein Jahr lang in Betreuung). Es kommt dabei zu 4 Kontakten im Mittel. Diese Werte liegen – erwartungsgemäß – unter denen der Klienten: 145 Tage mit 8 Kontakten. Dieser Sachverhalt dürfte damit zusammenhängen, dass viele Angehörige mit einem konkreten Anliegen kommen, das in kürzerer Zeit und in wenigen Sitzungen (potentiell) lösbar ist.

³¹ Der entsprechende Wert für das Jahr 2003 beträgt 68%.

³² Schleswig-Holstein: 2002 = 76%, 2003 = 74%, 2004 = 74%.

³³ Der entsprechende Wert für das Jahr 2003 beträgt 43,1 Jahre.

Regionale Aspekte

Nachdem im Vorjahr eine umfassende Spezialanalyse über regionalspezifische Unterschiede durchgeführt worden ist, beschränkt sich der folgende Regionalvergleich für das Jahr 2004 auf einige zentrale Fragestellungen. Die Vergleiche beziehen sich dabei auf drei Kategorien:

- **Landkreise** (Einrichtungen in Kommunen, die in den 21 hessischen Landkreisen beheimatet sind),
- **Großstädte** (Einrichtungen aus den kreisfreien Städten Kassel, Wiesbaden, Darmstadt und Offenbach; Einwohnerzahl 119.000 bis 271.000),
- **Frankfurt a. M.** (obwohl es sich ebenfalls um eine kreisfreie Stadt handelt, werden Einrichtungen aus Frankfurt a. M. wegen des speziellen Charakters als Metropole mit 640.000 Einwohnern gesondert betrachtet).

In diesem Abschnitt werden – wie schon erwähnt – keine Vergleiche mit den regionalspezifischen Daten des Vorjahres gezogen, da sich die Datengrundlage dieser Auswertung stark verändert hat (siehe Abschnitt Datengrundlage auf der Seite 16).

Insgesamt konnten mit 92 Institutionen deutlich mehr Einrichtungen in die Regionalanalyse einbezogen werden als im Vorjahr (80 Einrichtungen). Mehr als die Hälfte dieser Einrichtungen (54) liegen in Landkreisen, 15 in den vier Großstädten und 23 in Frankfurt a. M. (siehe Tabelle 4 auf der Seite 17). Analog hierzu wird mehr als die Hälfte der Klienten und Klientinnen in den Landkreisen betreut: 9.499 Personen bzw. 56%. Die jeweiligen Anteile der in Frankfurt a. M. und in den Großstädten Betreuten sind nahezu identisch (je 22%; Frankfurt a. M.: 3.793 Personen, Großstädte: 3.750 Personen). Der Anteil der Angehörigen, die in den Landkreisen betreut werden, liegt mit 73% (876 Personen) höher als der Anteil der in den Landkreisen betreuten Klienten (56%), während die Angehörigen in Frankfurt a. M. einen geringeren Anteil aufweisen als die Klienten: lediglich 8% aller Angehörigen stammen aus Frankfurter Einrichtungen (Großstädte: 230 Personen/ 19%).

Alter und Geschlecht

Der bekannte starke Überhang der männlichen Klientel zeigt sich in allen drei regionalen Bezugsräumen. In Frankfurt a. M. ist diese Differenz jedoch etwas schwächer ausgeprägt: Während in den Landkreisen (75%) und Großstädten (76%) jeweils etwa drei Viertel der Klientel männlich sind, liegt dieser Anteil in der Metropole mit 68% um einige Prozentpunkte niedriger. Der etwas höhere Frauenanteil in Frankfurt a. M. zeigt sich in nahezu allen Substanzgruppen.

Im Hinblick auf das Alter zeigen sich regionalspezifische Unterschiede, die jedoch nicht sehr stark ausgeprägt sind: Im Durchschnitt sind Klienten, die durch Einrichtungen in Frankfurt a. M. betreut werden (35,9 Jahre), etwas jünger als in den Landkreisen oder in den Großstädten. In den Landkreisen liegt das Durchschnittsalter rund ein Jahr höher (37,0 Jahre), und in den Großstädten ist die Klientel weitere anderthalb Jahre älter (38,5 Jahre). Diese Differenzen sind zum einen darauf zurückzuführen, dass in Frankfurt a. M. der Anteil der (in aller Regel älteren) Alkoholkonsumenten im Vergleich zu den beiden anderen Bezugsräumen deutlich geringer ausfällt. Das niedrigere Durchschnittsalter in den Landkreisen im Vergleich zu den Großstädten ist wiederum wesentlich dem höheren Anteil von (in aller Regel jüngeren) Cannabiskonsumenten zuzuschreiben.

Substanzkonsum

Es zeigen sich bei den Hauptdiagnosegruppen deutliche regionalspezifische Unterschiede: Mehr als die Hälfte der 2004 in den Frankfurter Einrichtungen betreuten Klienten sind Opiatkonsumenten (52%), während bei einem Viertel der Frankfurter Klientel eine Alkoholdiagnose vorliegt (25%) (siehe Tabelle 13). Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass in der Stadt Frankfurt a. M. ein umfangreiches und ausdifferenziertes Hilfeangebot für drogenabhängige Menschen existiert. Die überwiegende Mehrheit dieser Einrichtungen stellt ihre Daten für COMBASS zur Verfügung. Die Hilfeangebote für alkoholabhängige Menschen sind im Vergleich dazu erheblich geringer. Hinzukommt, dass sich nur ein Teil davon an der COMBASS-Auswertung beteiligt. Demgegenüber stellen die Alkoholkonsumenten in den Landkreisen und Großstädten mit jeweils nahezu 50% den größten Anteil der Klientel, während sich dort deutlich niedrigere Anteile an Opiatkonsumenten finden. Der hohe Anteil von Opiatklienten in Frankfurt a. M. dürfte im Wesentlichen auf die „Sogwirkung“ der Drogenszene einer Metropole zurückzuführen sein. Auch der höhere Anteil von Kokain- bzw. Crackkonsumenten dürfte mit dieser Szene zusammenhängen, in denen neben Heroin auch diese Substanzen verbreitet sind (9%).³⁴

Ein weiterer ausgeprägter Unterschied zeigt sich bei der Diagnose Cannabis: Eine solche wird in den Landkreisen, wenn der jeweilige prozentuale Anteil betrachtet wird, häufiger gestellt als in den Großstädten (inklusive Frankfurt a. M.) (15% zu 9% bzw. 8%). Dieser Unterschied ist vermutlich nicht auf eine höhere Cannabisprävalenz in den Landkreisen zurückzuführen,³⁵ sondern dürfte einerseits mit den unterschiedlichen Angebotsstrukturen (z. B. spezielle Projekte zur Früherreichung von jugendlichen Konsumenten in einigen Landkreisen) und andererseits mit den weniger anonymen Strukturen in ländlichen Gebieten zusammenhängen. Die zumeist jungen Cannabis-konsumenten werden in kleineren Gemeinden womöglich früher von Eltern, Lehrern oder anderen Bezugspersonen zur Beratung geschickt als dies in größeren Städten der Fall ist, worauf auch die Ergebnisse zum Durchschnittsalter hindeuten (siehe unten).

Im Hinblick auf die weiteren Hauptdiagnosen zeigten sich keine auffälligen Unterschiede zwischen den regionalen Bezugsräumen.

³⁴ Da Pulverkokain in der Drogenszene in Frankfurt a. M. allerdings nur noch in sehr geringem Maße konsumiert wird, kann die Drogenszene vermutlich nicht als einziger Grund für den höheren Anteil an Kokainklienten angesehen werden. Vergleiche hierzu Prinzleve M., Müller O., Wersé B. & Bernard C. (2005): MoSyD Szenestudie. Die offene Drogenszene in Frankfurt a. M. 2004. Frankfurt a. M.: Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Centre for Drug Research.

³⁵ In den Städten ist erfahrungsgemäß der Cannabiskonsum verbreiteter als in den Landkreisen. Vergleiche hierzu exemplarisch Kraus L., Heppekausen K., Barrera A. & Orth B. (2003): Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. IFT-Berichte Bd. 141, München. In dieser Studie wurde für Berlin eine im Vergleich zum Bundesland Brandenburg höhere Cannabisprävalenz unter Schülern beobachtet.

Tabelle 13: Hauptdiagnose nach Region

	Landkreis	Großstädte	Frankfurt a. M.
	%	%	%
Alkohol	49	47	25
Opiate	27	34	52
Cannabis	15	9	8
Kokain/Crack	3	3	9
Benzodiazepine/Babitorate	1	1	3
MDMA/Amphetamine/Halluzinogene	2	2	2
Esstörungen/pathologisches Spielen	3	3	0,5
Gesamt (N)	7.107	2.660	2.603

Bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtung der Hauptdiagnosegruppen fällt auf, dass bei der Alkoholklientel in Frankfurt a. M. der Frauenanteil größer ist als in den beiden anderen Untersuchungsgebieten: Während in Frankfurt a. M. 34% der Alkoholklientel weiblich sind, beläuft er sich in den Landkreisen auf 24% und in den Großstädten auf 23%.

Sowohl bei den Alkoholklienten (46,2 Jahre versus 44,7 in den Großstädten und 44,3 in den Landkreisen) als auch bei der Opiatklientel (35,9 Jahre versus 34,8 bzw. 33,5) liegt das Durchschnittsalter in Frankfurt a. M. jeweils am höchsten.³⁶ Demgegenüber sind Klienten in den Landkreisen fast in allen Hauptdiagnosegruppen durchschnittlich jünger als in den anderen Bezugsräumen. Dieser Unterschied ist bei den Cannabiskonsumenten besonders stark ausgeprägt. Diese sind im Mittel in den Landkreisen 22,9 Jahre alt gegenüber 25,3 Jahre in Frankfurt a. M. und 25,6 Jahre in den Großstädten.

Soziale Situation

Die regionalspezifischen Auswertungen zur sozialen Situation beschränken sich hier auf wesentliche Kriterien, die am ehesten Hinweise auf den Grad der sozialen Integration der Klienten geben. Dabei handelt es sich um die Angaben zur Wohn- und Erwerbssituation. Zusätzlich zum Vergleich der regionalen Bezugsräume wird dabei auch ein Blick auf etwaige Unterschiede zwischen den Hauptdiagnosegruppen geworfen.

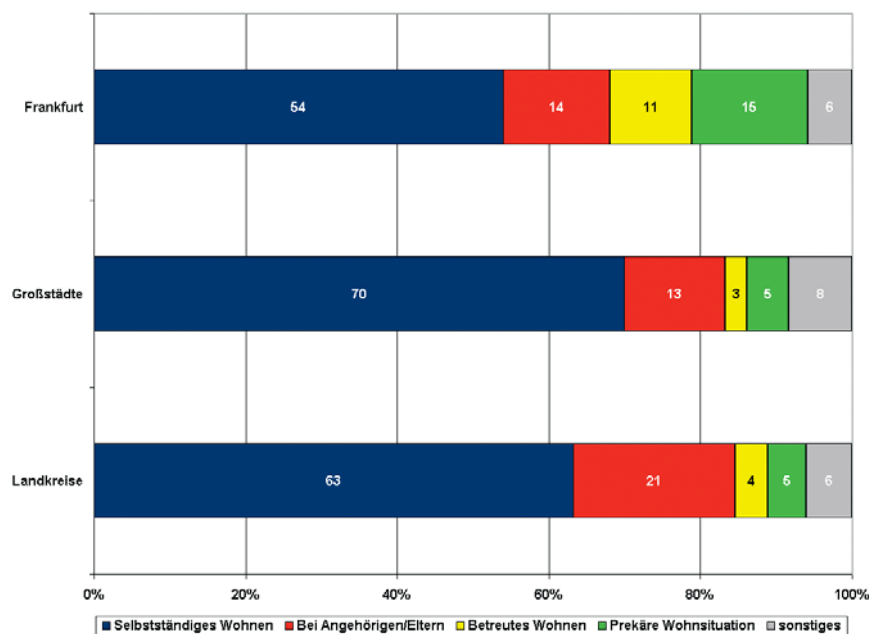
Die Abbildung 14 zeigt, dass in allen drei Bezugsräumen die Mehrheit der Klienten über eine eigene Wohnung verfügt. Diese Wohnform überwiegt dabei in Großstädten und Landkreisen in stärkerem Maße als in Frankfurt a. M.

³⁶ Das vergleichsweise hohe Durchschnittsalter der Frankfurter Opiatkonsumenten steht in Einklang mit Beobachtungen zu einer in Frankfurt a. M. langfristig alternden Drogenszene. Vergleiche hierzu Prinzleve et al. 2005.

kerem Maße als in Frankfurt a. M., wo sich die Wohnsituation der Klienten insgesamt deutlich schlechter darstellt als in anderen Gemeinden Hessens: 15% und damit ein, verglichen mit Großstädten und Landkreisen, dreimal so hoher Anteil der Klienten lebt in einer prekären Wohnsituation, d.h. sie sind entweder obdachlos oder halten sich in einer provisorischen Unterkunft auf. Auch der Anteil von Klienten in Einrichtungen des betreuten Wohnens übersteigt in Frankfurt a. M. deutlich denjenigen in den anderen regionalen Bezugsräumen.

Die in Frankfurt a. M. dokumentierten höheren Anteile von Klientel in prekären Wohnsituationen (obdachlos, provisorische Unterkünfte, Justizvollzugsanstalt) sowie Klientel im Betreuten Wohnen rekrutieren sich überwiegend aus Opiatabhängigen (prekäre Wohnsituation: 18%; Betreutes Wohnen: 14%). Die entsprechenden Werte betragen demgegenüber in den Landkreisen 9% und 8% (Großstädte: 10% und 3%). Bemerkenswerterweise liegt aber auch in anderen Hauptdiagnosegruppen die Anzahl derer, die in einer prekären Wohnsituation leben, in Frankfurt a. M. höher als in den anderen hessischen Gebieten: Beispielsweise sind dies bei der Alkoholklientel 7% gegenüber deutlich niedrigeren Anteilen in den Landkreisen (3%) und in den Großstädten (2%). Dagegen weicht die Wohnsituation der Klienten in den Landkreisen und Großstädten nicht so stark voneinander ab. Hier fällt vor allem der wesentlich größere Anteil von Personen in den Landkreisen auf, die bei Angehörigen wohnen (21% zu 13%). Dies ist in erster Linie auf das insgesamt niedrigere Durchschnittsalter und insbesondere den höheren Anteil der ohnehin deutlich jüngeren Cannabiskonsumenten in den Landkreisen zurückzuführen. Die Quote der Cannabis-klienten, die bei den Eltern oder anderen Angehörigen wohnen, ist in den Landkreisen mit einem Wert von 57% deutlich am höchsten (Großstädte: 38%, Frankfurt a. M.: 35%).

Abbildung 14: Wohnsituation nach Region (N = Frankfurt a. M.: 3.403, Großstädte: 3.244, Landkreise: 8.489)



³⁷ Durchschnittswert für das Jahr 2004; Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt (<http://www.hsl.de/themenauswahl/erwerbstaetigkeit/landesdaten/arbeitsmarkt/arbeitslose-im-jahresdurchschnitt/index.html>, 24.6.05)

Geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen den regionalen Untersuchungsgebieten zeigen sich insofern, als in den Landkreisen der jeweilige Anteil der selbstständig wohnenden Klientinnen deutlich höher ist als der entsprechende Teil der Klienten (72% vs. 60%), während in den Städten dieser „Vorsprung“ geringer ist (Frankfurt a. M.: 57% vs. 52%; Großstädte: 74% vs. 68%). Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass in Frankfurt a. M. Frauen und Männer in etwa gleichem Maße in prekären Wohnsituationen leben (16% vs. 15%), während in den anderen regionalen Bezugsräumen deutlich mehr Männer als Frauen in einer Wohnsituation leben, die als prekär bezeichnet werden kann (Landkreise: 6% vs. 2%, Großstädte: 6% vs. 3%).

Bei der Betrachtung der aktuellen Erwerbssituation fällt zunächst auf, dass die Arbeits-/ Erwerbslosenquote in allen regionalen Untersuchungsgebieten, verglichen mit der allgemeinen hessischen Arbeitslosenquote von 9,1%,³⁷ jeweils um ein Vielfaches höher liegt: die entsprechenden Werte liegen zwischen 43% (Landkreise) und 55% (Frankfurt a. M.) (siehe Tabelle 14). Es zeigt sich ein Zusammenhang, nach dem mit der Urbanisierung auch der Anteil der Klienten steigt, die ohne Erwerbstätigkeit sind. Ein umgekehrter Zusammenhang zeigt sich bei der Kategorie „Sonstige“, die Personen umfasst, die keiner Erwerbsarbeit nachgehen, aber auch nicht als arbeitslos eingestuft werden können (z.B. Hausfrauen/-männer oder Rentner).

Auffällig ist, dass in den Landkreisen und Großstädten eine deutlich niedrigere Arbeitslosenquote bei den weiblichen als bei den männlichen Klienten zu beobachten ist (34% versus 47% bzw. 45% versus 53%). Dagegen ist in Frankfurt a. M. die Arbeitslosenquote bei beiden Geschlechtern mit 55% identisch.

Erwartungsgemäß ist eine besonders hohe Arbeitslosigkeit unter der Opiatklientel vorhanden, wobei diese in den Großstädten (72%) und Frankfurt a. M. (69%) etwas höher liegt als in den Landkreisen (63%). Angesichts dessen, dass die regionalspezifischen Unterschiede in den anderen Hauptdiagnosegruppen eher geringfügig ausfallen, kann die vergleichsweise hohe Arbeitslosenquote in Frankfurt a. M. (und mit Abstrichen auch in den anderen Großstädten) weitgehend auf den höheren Anteil der besonders von Erwerbslosigkeit betroffenen Opiatklienten zurückgeführt werden. Bei den Cannabisklienten, die insgesamt eine vergleichsweise hohe Erwerbsquote aufweisen, ist ein Unterschied dahingehend festzustellen, dass in Frankfurt a. M. die meisten dieser Personen einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz vorweisen (65% gegenüber 25% Erwerbslose), während dieser Anteil in den Großstädten am geringsten ist (58% gegenüber 35% Erwerbslose).

Tabelle 14: Erwerbssituation nach Region

	Landkreis	Großstädte	Frankfurt a. M.
	%	%	%
Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden	43	38	34
arbeitslos/erwerbslos	43	51	55
berufliche Rehabilitation	2	3	5

Betreuungen

Es sei einleitend zu diesem Abschnitt noch einmal darauf hingewiesen, dass die im Folgenden dargestellten Unterschiede auch mit der Angebotsstruktur zusammenhängen können. Es gibt in Hessen Betreuungsformen, die nicht überall in gleichem Umfang angeboten werden (wie z. B. die ambulante Rehabilitation oder die psychosoziale Betreuung Substituierter). Exaktere Analysen sind hier erst möglich, wenn der Einrichtungstyp mit erhoben und ausgewertet wird (ab 2005). Die Beratung stellt nach wie vor in allen drei Untersuchungsgebieten den häufigsten Betreuungstyp dar (siehe Abbildung 15). Es zeigt sich hierbei jedoch eine deutliche Abstufung zwischen den Landkreisen, wo fast zwei Drittel der Betreuungen in Form von Beratungen durchgeführt werden, den Großstädten (knapp die Hälfte) und Frankfurt a. M., wo lediglich gut ein Drittel der Betreuungen auf die Beratung entfällt. Wesentlich höher als in den Landkreisen und Großstädten ist in Frankfurt a. M. der Anteil der medikamentengestützten Behandlungen (20% versus 6% bzw. 9%), der wiederum mit der größeren Bedeutung der Opiatklienten in der Metropole zusammenhängt. Der deutlich höhere Wert in Frankfurt a. M. für die „anderen“ Betreuungen ist dabei zu einem Teil auf die Integrationshilfen zurückzuführen, die hier 8% aller Betreuungen ausmachen, während in den anderen regionalen Bezugsräumen fast keine Klienten mittels solcher Angebote betreut werden. Weiterhin fällt auf, dass eine allgemeine psychosoziale Betreuung häufiger in den Großstädten als in den Landkreisen durchgeführt wird (18% versus 10%).

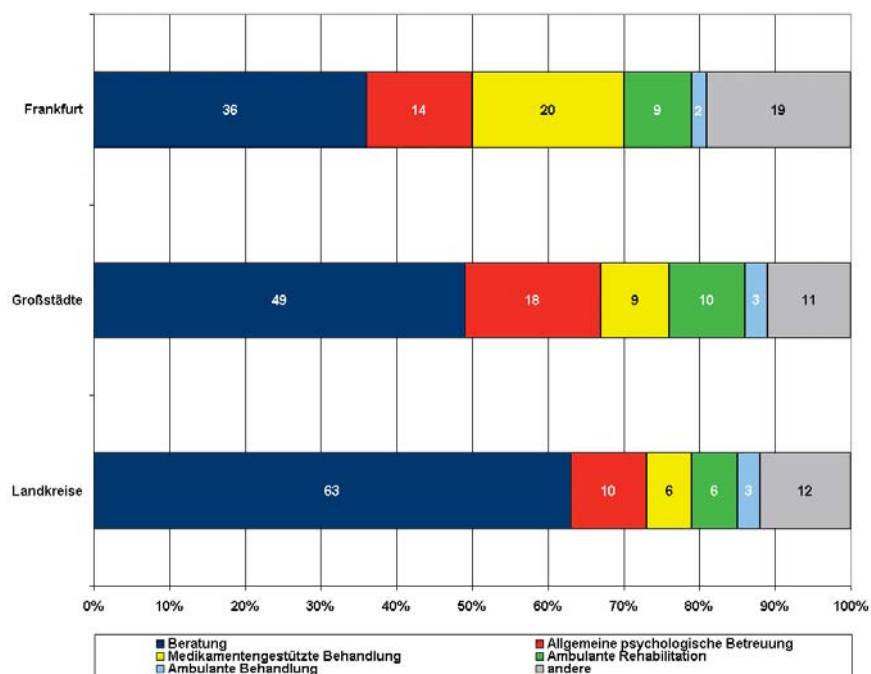
Hier ist auch der einzige (kleinere) geschlechtsspezifische Unterschied festzustellen: Während in den Großstädten und Landkreisen Männer und Frauen in etwa gleichem Maße die psychosoziale Betreuung nutzen (Großstädte: Männer 18%, Frauen 17%; Landkreise: Männer 10%, Frauen 9%), liegt in Frankfurt a. M. der Frauenanteil etwas höher (17% vs. 13%).

Bei Betrachtung der nach Hauptdiagnosegruppen differenzierten Verteilung der Betreuungsarten fällt auf, dass sich der regionalspezifische Unterschied bei der Beratung in gleichem Maße über die drei häufigsten Diagnosen Alkohol, Opiate und Cannabis erstreckt: Nicht nur Opiatklienten nehmen demnach in Frankfurt a. M. seltener dieses Angebot in Anspruch (21% versus 29% in den Großstädten und 45% in den Landkreisen), sondern auch Alkoholklienten (47% versus 56% bzw. 66%) und Cannabiskonsumern (53% versus 61% bzw. 82%). Möglicherweise hängt dies mit dem ausdifferenzierteren Hilfesystem in Frankfurt a. M. zusammen. Diese Beobachtung könnte aber auch ein Hinweis dafür sein, dass in kleineren Orten – wegen der geringeren Anonymität – Personen, die Probleme mit legalen oder illegalen Drogen aufweisen, frühzeitiger eine Beratung aufsuchen.

Es fällt weiter auf, dass Frankfurter Alkoholklienten häufiger die ambulante Rehabilitation nutzen (29% versus 19% in den Großstädten und 11% in den Landkreisen). Ebenso wird die medikamentengestützte Behandlung vergleichsweise häufig in Frankfurt a. M. durchgeführt (43% versus 32% in den Großstädten und 27% in den Landkreisen).

Abschließend sei erwähnt, dass sich der Anteil der fast ausschließlich in Frankfurt a. M. durchgeführten Integrationshilfen dort über alle Gruppen von Konsumenten illegaler Drogen verteilt (seltener bei Alkoholklienten), und dass der hohe Anteil der allgemeinen psychosozialen Betreuung in den Großstädten ebenfalls vor allem auf erhöhte Anteile unter Opiat-, Cannabis- und Kokain-/Crackklienten zurückzuführen ist.

Abbildung 15: Betreuungsformen nach Region (N = Frankfurt a. M.: 4.284, Großstädte: 4.078, Landkreise: 9.766)





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

*Kompetent durch Erfahrung
Innovativ durch Flexibilität*