

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 (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

Christian Schütze, Eike Neumann, Hamburg

Druck

typographics GmbH, Darmstadt

November 2006
Band 1
ISSN 1614-8991

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

Landesauswertung der
Computergestützten Basisdokumentation
der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS)
– Grunddaten 2005 –

Martin Kloss, Jens Kalke, Harald Oechsler, Peter Raschke
(Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Hamburg)

Bernd Wersé
(Centre for Drug Research, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main)

Frankfurt a. M., November 2006

Inhalt

| | |
|--|----|
| Kurzbeschreibung des Projektes <i>COMBASS</i> | 6 |
| Einführung | 9 |
| Zusammenfassung der Grunddaten | 11 |
| Zielsetzung und Datengrundlage | 15 |
| Klientinnen und Klienten | 22 |
| Soziale Situation | 27 |
| Vergleich von Erwerbslosen-Gruppen: Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II und Grundsicherung nach SGB XII | 32 |
| Die Betreuungen | 37 |
| Angehörige | 48 |
| Regionale Aspekte | 50 |
| Literatur | 59 |
| Anhang: Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen | 60 |

Kurzbeschreibung des Projektes *COMBASS*

Was ist *COMBASS*?

COMBASS steht für **Computergestützte Basisdokumentation** der Suchthilfe in Hessen. Die Aufgabe dieses Projektes (seit 2000) ist die Förderung einer einheitlichen und praxisnahen Dokumentation in der ambulanten Suchthilfe. Mit *COMBASS* werden auch die ambulanten Suchthilfestatistiken erstellt (siehe *COMBASS*-Berichte, weiter unten). Ferner fließen die statistischen Daten aus den ambulanten Einrichtungen in die Deutsche Suchthilfestatistik mit ein. Das im Rahmen der Kommunalisierung entwickelte Berichtswesen der kommunalen Gebietskörperschaften bedient sich ab dem Jahr 2006 ebenfalls der mit *COMBASS* erhobenen Daten.

Die Federführung des Projektes liegt bei der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS). Bei ihr ist auch eine Steuerungsgruppe angesiedelt, in der die Einrichtungsträger, das Hessische Sozialministerium, die Softwarefirma und das auswertende Institut vertreten sind. *COMBASS* wird vom Hessischen Sozialministerium finanziert.

Welche Daten werden erhoben?

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

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

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

Was ist der HKDS?

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

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

Was ist der ICD-10?

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

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

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

Was ist eine Betreuung?

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

Wie wird der Datenschutz bei der Landesauswertung gewährleistet?

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

Wie wird die Dokumentationsqualität sichergestellt?

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

Welche *COMBASS*-Berichte sind bisher erschienen?

Im Rahmen des *COMBASS*-Projektes wird beginnend mit dem Jahr 2003 eine Suchthilfestatistik für den ambulanten Bereich erstellt. Jedes Jahr erscheinen ein Grunddaten-Bericht sowie eine Spezialanalyse. Die vorliegende Grunddatenauswertung 2005 ist der fünfte *COMBASS*-Bericht. Davor sind erschienen:

1. Grunddaten-Bericht 2003
2. Spezialanalyse: Regionale Aspekte
3. Grunddaten-Bericht 2004
4. Spezialanalyse: Cannabis

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

Was ist HORIZONT?

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

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

Seit 2003 wird in Hessen mit Mitteln des Hessischen Sozialministeriums und unter der Federführung der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS) eine jährliche Suchthilfestatistik für den ambulanten Bereich erstellt. Mit dieser computergestützten Basisdokumentation der hessischen Suchthilfe (*COMBASS*), die eine Klienten- und Leistungsdokumentation umfasst, ist ein nachhaltiger Fortschritt im Bemühen um qualitativ hochwertige Sozialarbeit im Suchthilfebereich erreicht worden. Mit der Einführung dieses Systems und den hier präsentierten Ergebnissen hat die ambulante Suchthilfe im Bereich der sozialen Arbeit in Hessen eine Vorreiterrolle übernommen, die inzwischen zudem positive „Nebeneffekte“ erzielt: Die mit dem Projekt *COMBASS* erhobenen Daten werden bereits ab 2006 die Grundlage für die Berichterstattung der kommunalen Gebietskörperschaften gegenüber dem Land im Rahmen der Kommunalisierung bilden.

Der vorliegende Grunddatenbericht mit den Zahlen aus dem Jahr 2005 beschreibt zum dritten Mal in Folge die biografische und soziale Situation der Klientinnen und Klienten sowie die von diesen in Anspruch genommenen Betreuungen. Diese Kontinuität erlaubt eine vergleichende Perspektive mit den erhobenen Daten aus den Vorjahren und bildet einen Schwerpunkt des Berichts. Bewährt und deshalb auch in dieser Ausgabe fortgeführt, hat sich die Analyse einzelner Aspekte innerhalb eines regionalspezifischen Rasters. Die z.T. erheblichen Unterschiede in den Regionalkategorien werden am Ende des Berichts dargestellt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Grundausswertung 2005, vor allem der Vergleich mit den beiden Vorjahren, wurden ausführlich in der *COMBASS*-Steuerungsgruppe (siehe unten) vorgestellt und diskutiert. Dabei stellten sich auch folgende Fragen:

- Womit kann im Einzelnen der Rückgang bei den betreuten Angehörigen erklärt werden? (siehe S.48)
- Warum geht der Anteil nicht-deutscher Klienten und Klientinnen zurück? (siehe S.23)
- Warum steigt das Durchschnittsalter der Klientel nicht an? (siehe S.22)
- Wie erklären sich die zunehmende Kontaktintensität und Betreuungsdauer bei der Betreuungsform „Allgemeine Psychosoziale Betreuung“? (siehe S.41)

Gesicherte Antworten auf diese Fragen können mit Hilfe eines Basisdatensatzes leider nicht geliefert werden. Ohne die Basisdatenerhebung *COMBASS* würden solche Fragen aber gar nicht erst gestellt werden. Und: Es werden durch die Auswertung wertvolle Anhaltspunkte geliefert, die in der alltäglichen praktischen Arbeit möglicherweise nicht sichtbar werden. Erst dadurch wird es ermöglicht, durch gezieltes Nachfragen, vertiefende Erhebungen, Fortschreiben des Datensatzes oder sogar spezielleren Forschungsprojekten solchen Fragen „empirisch auf den Grund zu gehen“ und somit wertvolle Erkenntnisse für die Praxis und die Ausgestaltung des ambulanten Suchthilfesystems zu liefern. Was speziell die vorgenannten Fragen betrifft, wird die Steuerungsgruppe prüfen, mit welchen weiteren konkreten Schritten hier Antworten zu finden wären.

Eine Erweiterung aus aktuellem Anlass erfährt die Datenerhebung bei den speziellen Angaben zum Arbeitslosenstatus der Klientinnen und Klienten.

Dieser Punkt zeigt, dass der der Auswertung zugrunde liegende Hessische Kerndatensatz keine statische Angelegenheit sein darf, sondern auf veränderte Rahmenbedingungen flexibel reagieren muss. Nachdem 2006 auf Bundesebene der Deutsche Kerndatensatz verändert wurde, dürfte dies auch in Hessen ab dem Jahr 2007 zu Veränderungen führen. Solche permanenten Korrekturen an der Datensatzstruktur können nur gelingen, wenn die daran beteiligten Personen und Institutionen konstruktiv und effektiv zusammenarbeiten. Die Interessen aller Beteiligten werden in der *COMBASS*-Steuerungsgruppe bei der HLS erfolgreich zusammengeführt, in der die Träger, das Hessische Sozialministerium, die Softwarefirma und das auswertende Institut vertreten sind. An dieser Stelle sei 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 Grunddatenberichts 2005 folgende Institutionen 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 (Herstellerin der Software HORIZONT) durch den engen Kontakt zur Praxis und zur Steuerungsgruppe.

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Auswertungsergebnisse bieten die nächsten Seiten. Unter der Rubrik „Vergleich mit den Vorjahren“ werden Entwicklungen der letzten drei Jahre (Kontinuitäten und Veränderungen) hervorgehoben.

Zusammenfassung der Grunddaten

1. Die dritte Jahresstatistik für die ambulante Suchthilfe in Hessen zeigt, dass sich die Datenqualität nach wie vor auf einem hohen Niveau bewegt und die Datenvollständigkeit noch 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.
2. Im Vergleich zum Jahr 2004 hat die Zahl der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen in 2005 wieder leicht zugenommen. Dementsprechend ist auch die Zahl der Klienten und Klientinnen leicht angestiegen. Über die letzten drei Jahre betrachtet kann man in diesen Bereichen von einer relativ stabilen Datenbasis ausgehen, so dass Jahresvergleiche angestellt werden können.
3. In der ambulanten Suchthilfe des Landes Hessen wurden im Jahr 2005 mit 18.703 verschiedenen Personen Termine für Hilfe- und Beratungsleistungen vereinbart. Zu diesen Klientinnen und Klienten samt Angehörigen – letztere besitzen einen Anteil von 6% – kamen weitere 3.601 anonyme Kontakte hinzu.
4. Für 6% der Klientinnen und Klienten wurden Betreuungen in zwei oder mehr Einrichtungen dokumentiert (z.B. ergänzende Betreuungen oder Weitervermittlung im Netzwerk der Suchthilfe).
5. 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: 38,2 Jahre; m: 37,0 Jahre).
6. Bei 40% aller Hilfesuchenden wurde als Hauptdiagnose Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol dokumentiert. Es folgen – als zweitgrößte Gruppe – die Opiatkonsumenten/innen mit einem Anteil von 35%. Bei etwa jeder/m zehnten Klienten/in stand die Cannabisproblematik im Vordergrund (12%). Klientinnen und Klienten mit primärer Kokain- und Crackabhängigkeit bilden zusammen einen Anteil von 4%.

Vergleich mit den Vorjahren: Der Vergleich mit den Jahren 2003 und 2004 zeigt, dass es bei Geschlecht und Alter keine bedeutsamen Veränderungen bei der betreuten Klientel gegeben hat. Dagegen wird bei den Hauptdiagnosen ein leichter Trend dahingehend sichtbar, dass der Anteil der Alkoholklienten/innen seit 2003 um vier Prozentpunkte gesunken ist und gleichzeitig der Anteil der Opiatklienten/innen in gleichem Umfang gestiegen ist.

7. 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.
8. Die Klientinnen und Klienten des Suchthilfesystems Hessens sind in der Mehrzahl ledig (59%); etwa jede/r Fünfte lebt mit dem Ehepartner bzw. der -partnerin zusammen. 18% aller Klientinnen und Klienten wohnen mit ihren Kindern zusammen.

9. 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/innen illegaler Drogen als die Alkoholabhängigen.
10. 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.
11. Fast die Hälfte der Klientinnen und Klienten ist arbeits- bzw. erwerbslos (49%). 39% gehen einer beruflichen Tätigkeit nach bzw. befinden sich in der Ausbildung.
12. Am stärksten von Arbeitslosigkeit betroffen ist die Gruppe der Opiatkonsumenten/innen (70%). Die Cannabisklientel weist hingegen aufgrund ihres Alters den geringsten Anteil von Arbeitslosen auf (30%).
13. Die höhere schulische Qualifikation der weiblichen Klienten schlägt sich nicht in einer besseren Erwerbssituation nieder: Der Anteil der Personen, die einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz haben, ist unter den weiblichen Klienten sogar etwas geringer als bei den Männern (w: 37% / m: 40%).
14. Jeder Zehnte der Klienten und Klientinnen erhält Arbeitslosengeld I. Mehr als ein Drittel der Klientel bezieht Arbeitslosengeld II (39%), während 5% Grundsicherung nach SGB XII (früher Sozialhilfe) bekommen. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich in der Form, dass weibliche Klienten anteilig seltener ALG I und II beziehen als Männer, während sie häufiger Grundsicherung nach SGB XII empfangen.
15. Ein Vergleich zwischen diesen drei Gruppen zeigt, dass es den SGB XII-Empfänger/innen in sozialer Hinsicht am schlechtesten geht, gefolgt von den ALG II- und den ALG I-Empfängern/innen.

Vergleich mit den Vorjahren: Bei der Wohnsituation und dem Schulabschluss der Klientinnen und Klienten hat es zwischen 2003 und 2005 keine Veränderungen gegeben. Dagegen hat sich die Erwerbssituation in dem betrachteten Zeitraum kontinuierlich verschlechtert: Die Arbeitslosen-/Erwerbslosenquote ist von 45% über 47% auf 49% angestiegen.

16. Die Betreuung der Opiatabhängigen sowie der Kokain-/Crackklientel dauert im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen am längsten: Sie umfasst durchschnittlich 267 bzw. 254 Tage, also etwa ein $\frac{3}{4}$ Jahr. Am kürzesten ist die Betreuungsdauer bei dem Personenkreis, der wegen Cannabiskonsum eine Einrichtung aufsucht: 183 Tage. Die weiblichen Klienten werden – mit Ausnahme der Hauptdiagnosegruppe Cannabis – durchschnittlich länger betreut als die Männer.
17. Die Beratung steht von allen Betreuungsformen mit einem Anteil von 51% an erster Stelle. Es folgt mit weitem Abstand die Medikamentengestützte Behandlung mit einem Wert von 13%. Jede zehnte Betreuung ist eine Allgemeine Psychosoziale Betreuung (10%). Die Ambulante Rehabilitation kommt auf einen Anteil von 7%, die Ambulante Behandlung auf 3%. Der Rest (16%) verteilt sich auf diverse andere Betreuungsformen, z.B. die poststationäre Betreuung und Integrationshilfen.

Vergleich mit den Vorjahren: In den letzten 3 Jahren haben sich bei den relativen Anteilen der Betreuungsformen einige interessante Veränderungen ergeben: Die Anteile der Beratung und der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung sind in diesem Zeitraum um 6 bzw. 5 Prozentpunkte gesunken, während gleichzeitig der Anteil bei der Medikamentengestützten Behandlung zugenommen hat. Die letzt genannte Entwicklung findet ihre Entsprechung in einer leichten Zunahme des Anteils der Hauptdiagnosegruppe Opiate (siehe oben).

18. Die Allgemeine Psychosoziale Behandlung weist mit einem Wert von 314 Tagen die längste durchschnittliche Betreuungsdauer auf. In diesem Zeitraum kommt es zu durchschnittlich 42 Kontakten, d.h. es findet durchschnittlich alle 7 Tage (jede Woche) ein Kontakt zwischen Klient/in und Betreuer/in statt.
19. Nur die Ambulante Rehabilitation hat eine ähnliche hohe Kontaktdichte: Hier kommt es alle 8 Tage zu einem Kontakt bei einer durchschnittlichen Betreuungsdauer von 214 Tagen. Die Ambulante Behandlung und vor allem die Beratung sind dagegen nicht so kontaktintensiv: Sie kommen auf Durchschnittswerte von 13 bzw. 16 Tagen. Die Beratung weist überdies mit 145 Tagen die kürzeste Betreuungsdauer auf.
20. Die Medikamentengestützte Behandlung liegt mit ihren Durchschnittswerten im „Mittelfeld“: Die Betreuungsdauer beträgt 263 Tage bei einer Kontaktintensität von „alle 10 Tage“.

Vergleich mit den Vorjahren: Gegenüber dem Jahr 2004 hat die Kontaktintensivität bei vier von fünf Betreuungsformen (leicht bis stark) zugenommen. Nur bei der Medikamentengestützten Behandlung ist sie gleich geblieben. Dagegen sind bei der Betreuungsdauer – mit Ausnahme der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung – die Werte im Großen und Ganzen stabil. Die größten Veränderungen hat es insgesamt bei der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung gegeben: Bei ihr hat sowohl die Kontaktintensität (von 12 auf alle 7 Tage) als auch die Betreuungsdauer (von 253 auf 314 Tage) deutlich zugenommen.

21. 40% 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. Knapp ein Drittel der Betreuungen haben die Klientinnen und Klienten von sich aus abgebrochen (32%).
22. 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 den Vorjahren: Das Beendungsverhalten der betreuten Personen ist stabil. Beim Konsumstatus am Ende der Betreuung hat es seit 2003 eine leichte Verbesserung gegeben.

23. Bei den Angehörigen sieht das Geschlechterverhältnis deutlich anders aus als bei den Klientinnen und Klienten. Denn bei beinahe 70% der betreuten Angehörigen handelt es sich um weibliche Personen.
24. Das Durchschnittsalter der Angehörigen beträgt 43,2 Jahre. Dabei sind die männlichen Angehörigen im Durchschnitt fast fünf Jahre jünger als die Frauen (w: 44,6 Jahre; m: 39,9 Jahre).

25. Die meisten Angehörigen suchen wegen des Cannabis- oder Alkoholkonsums eines Bekannten (Kind, Partner etc.) eine ambulante Suchthilfeeinrichtung auf. Bei 43% ist der Cannabiskonsum des so genannten „Index-Klienten“ der Anlass, bei 32% der Alkoholkonsum. Bei etwa jeder neunten Person spielt der Opiatkonsum des Betroffenen eine Rolle. Es gibt nur ganz selten Angehörige, die wegen des Konsums von Ecstasy oder einer anderen „Partydroge“ eines Bekannten in eine ambulante Einrichtung kommen (1%).

Vergleich mit den Vorjahren: Der Anteil der Angehörigen an der Gesamtklientel ist seit 2003 kontinuierlich zurückgegangen: von 9% über 7% auf 6%. Diese Entwicklung ist eine der auffälligsten Veränderungen im bisherigen Beobachtungszeitraum von 3 Jahren. Ferner hat sich die Verteilung der Hauptsubstanz der „Index-Klienten“ im Vergleich zum Vorjahr verschoben: Der Anteil von Cannabis als Hauptsubstanz hat um 4 Prozentpunkte zugenommen, Alkohol ist um 5 Prozentpunkte gesunken.

26. Die regionalspezifische Analyse entlang des Rasters a.) Landkreise, b.) Großstädte (Darmstadt, Kassel, Offenbach, Wiesbaden), c.) Metropole Frankfurt a. M. zeigt einige Ähnlichkeiten, aber auch Unterschiede zwischen den jeweiligen Klientelgruppen. Beispielsweise ist die Geschlechterverteilung in allen drei regionalen Kategorien ähnlich, während es bei der Hauptdiagnose und der damit zusammenhängenden Altersverteilung stärkere Abweichungen zwischen Stadt und Land gibt (in Frankfurt höhere Anteile von Abhängigen harter Drogen).

27. Ferner stellt sich für die betreute Klientel die Wohnsituation in Frankfurt schlechter dar als in den Großstädten und Landkreisen. Der Anteil von arbeitslosen Klienten und Klientinnen liegt zwischen 45% (Landkreise) und 56% (Frankfurt).

Vergleich mit den Vorjahren: Beim regionalen Vergleich gibt es sowohl bei der demografischen als auch bei der sozialen Situation der Klientele gegenüber dem Jahr 2004 keine besonderen regionalspezifischen Auffälligkeiten. Es spiegeln sich die beschriebenen Kontinuitäten und Veränderungen auf der Gesamtebene wider.

28. Die Klienten und Klientinnen, die von Einrichtungen in den Landkreisen betreut werden, haben nahezu alle dort auch ihren Wohnsitz (97%). Dagegen wohnen bei den Einrichtungen in den Großstädten nur zwei Drittel der betreuten Klientel auch wirklich dort. Der überwiegende Teil der übrigen Betreuten hat seinen Wohnsitz in einem Landkreis. In den Frankfurter Einrichtungen stellen Klienten und Klientinnen aus Frankfurt rund 80% der Betreuten. Auch hier wohnt der überwiegende Teil der übrigen Klientel in einem Landkreis, während ein vergleichsweise geringer Anteil seinen Wohnsitz in einer anderen Großstadt hat.

29. Klienten und Klientinnen, die in einem anderen Bundesland gemeldet sind, spielen in keinem der drei Bezugsräume quantitativ eine nennenswerte Rolle (Anteile zwischen 1% und 3%).

Zielsetzung und Datengrundlage

In dem vorliegenden Jahresbericht 2005 werden die soziodemografische Situation der Klientel der ambulanten hessischen Suchthilfe und die von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen beschrieben.¹ Damit wird das Suchthilfe-Monitoring des Landes Hessen jetzt schon im dritten Jahr fortgeschrieben. Mit seiner Hilfe können Trends erkannt und empirische Grundlagen für Diskussionen über mögliche Handlungsbedarfe der ambulanten Suchthilfe in Hessen geschaffen werden. Den „roten Faden“ dieses dritten Grunddaten-Berichtes stellt die Gegenüberstellung der Daten aus den Jahren 2003 bis 2005 dar. Es wird der Frage nachgegangen, zu welchen Veränderungen und Kontinuitäten es innerhalb dieses Zeitraumes von 3 Jahren gekommen ist.

Darüber hinaus werden in der vorliegenden Suchthilfestatistik – wie schon in den Vorjahren – statistische Analysen nach Geschlecht, Alter und Hauptsubstanz vorgenommen. Interessante Ergebnisse zu diesen Auswertungsschritten werden in den jeweiligen Kapiteln dargestellt. Gegenüber dem Vorjahr neu hinzugekommen ist – vor dem Hintergrund von „HARTZ IV“ und seinen Auswirkungen auf die Suchtberatung – eine spezielle Auswertung über arbeitssuchende und hilfebedürftige Klienten und Klientinnen. Es werden folgende drei Gruppen miteinander verglichen:

- „Arbeitslosengeld I-Empfänger“ (SGB I),²
- „Arbeitslosengeld II-Empfänger“ (SGB II),
- „Sozialhilfe-Empfänger“ (SGB XII).

Ferner befindet sich am Ende des Berichtes erneut eine Auswertung zu regionalen Aspekten: Anhand des Untersuchungsrahmens „Landkreise – kreisfreie Städte – Metropole Frankfurt“ werden hier regionale Unterschiede beschrieben.

ERLÄUTERUNG:

Es sei ausdrücklich betont, dass sich die Aussagen dieses Berichtes 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.³

Erfreulich ist, dass sich die Datenqualität nach wie vor auf einem hohen Niveau bewegt und die Datenvollständigkeit gegenüber dem Vorjahr sogar weiter zugenommen hat. Das zeigt die Tabelle 1. Aus ihr ist zu erkennen, dass der Anteil „fehlender Werte“ in den letzten drei Jahren bei

¹ Zur ambulanten hessischen Suchthilfe im Sinne des Berichtes zählen neben den Beratungsstellen auch Einrichtungen aus den Bereichen „Betreutes Wohnen“ und „Arbeits- und Beschäftigungsprojekte“.

² 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.

³ Die wenigen Aussagen, die in dem Bericht zur Angebotsstruktur gemacht werden, basieren auf Informationen aus der COMBASS-Steuerungsgruppe.

den Biografie- und Betreuungsangaben gesunken ist. Beispielsweise fehlt für das Jahr 2005 nur bei 15% aller Klienten eine Angabe zum Familienstand (2003 war dies noch bei 26% der Fall). Auch über die Wohnsituation liegt nur von 11% der Klienten keine Information vor, über die Erwerbstätigkeit von 15%. Das sind außergewöhnlich niedrige Werte, wenn berücksichtigt wird, dass einige Betreuungen nur wenige Kontakte umfassen und deshalb nicht alle Daten bekannt sein können.⁴ 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.

Tabelle 1: Fehlende Werte bei ausgewählten Biografie- und Betreuungsangaben 2003 bis 2005

| | 2003 | 2004 | 2005 |
|----------------------------|------|------|------|
| | % | % | % |
| Staatsangehörigkeit | 6 | 5 | 5 |
| Wohnsituation | 18 | 11 | 11 |
| Familienstand | 26 | 15 | 15 |
| Partnerbeziehung | 23 | 12 | 12 |
| Lebenssituation | 31 | 20 | 21 |
| Erwerbstätigkeit | 22 | 16 | 15 |
| Schulabschluss | 34 | 18 | 16 |
| Vermittlung durch... | 31 | 27 | 26 |
| Grundlage der Betreuung... | 30 | 27 | 26 |

⁴ Es gibt nur zwei inhaltliche Kategorien, „Kostenträger der Betreuung“ und „Einrichtungstyp“, bei denen noch nicht ausreichend dokumentiert wird. Auf diese beiden Schwachpunkte wurde vom ISD im Rahmen eines Workshops hingewiesen.

ERLÄUTERUNG:

Die Auswertungen für den Jahresbericht 2005 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, Suchthilfeträger und Politik als nationalen Datensatz geeinigt haben. Zusätzlich beinhaltet er einige zusätzliche, von den hessischen Trägern gewünschte praxisrelevante Informationen. Im Jahr 2004 wurde der HKDS um einige neue Kategorien erweitert, die bei den Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes berücksichtigt worden sind, z.B. die Hauptsubstanz des Personenkreises, wegen der Angehörige eine Suchthilfeeinrichtung aufsuchen.

Ab dem Jahr 2007 gibt es eine überarbeitete Fassung des Deutschen Kerndatensatzes. Darin sind neue Erfassungskategorien wie „Migrationshintergrund des Klienten“, einige gesundheitliche Kriterien und die Möglichkeit, in differenzierter Weise den Substanzkonsum zu dokumentieren (z.B. auch einen „riskanten Konsum“), enthalten. Diese Veränderungen sollten in den HKDS übernommen werden. Daraus würde sich die Möglichkeit ergeben, die Klientel der ambulanten Suchthilfe in Hessen und ihr Inanspruchnahmeverhalten noch besser beschreiben zu können.

Datengrundlage

Der vorliegende Bericht basiert auf den Daten von 103 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe. Die beteiligten Einrichtungen werden größtenteils durch Landesmittel gefördert. Zusätzlich sind die Daten einiger ausschließlich kommunal und/oder kirchlich finanzierter Einrichtungen im Bericht enthalten.

Sämtliche beteiligten Einrichtungen erfassen ihre Daten mit dem computergestützten Dokumentationssystem HORIZONT. Ein Teil dieser Daten, der so genannte Hessische Kerndatensatz (HKDS), wird von jeder Einrichtung an das auswertende Institut übergeben.

Im Folgenden werden Personen als Klienten und Angehörige bezeichnet, die der Einrichtung namentlich bekannt sind und für die im Jahr 2005 mindestens ein Termin dokumentiert wurde. Weder Einmalkontakte noch anonyme Kontakte werden hierbei berücksichtigt.⁵ Diese Definition entspricht derjenigen, die auch in den Berichten der Jahre 2003 und 2004 zur Anwendung kam. Auf diese Weise wird die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der bisherigen Auswertungsjahre (2003 bis 2005) sichergestellt, die ein zentraler Bestandteil des diesjährigen Berichts ist. Bislang gibt es für diese Art der Klientendefinition bundesweit keine einheitlichen Standards. In Hessen wurde in Absprache mit der Steuerungsgruppe COMBASS jedoch diese eher strenge Definition gewählt, mit der eine undifferenzierte Zählung von Klienten vermieden werden soll.

⁵ 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. Anonyme Kontakte werden an zwei Stellen im Bericht gesondert erwähnt (Seite 18 und Seite 48).

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 2005 eine andere Zählweise angewendet (Sächsische Landesstelle 2005). Hierbei wird in der 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 19% 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 (Sonntag 2005). 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.

Die beschriebene Schwierigkeit des direkten Vergleichs zweier Statistiken erstreckt sich jedoch nicht auf die Datenerfassung im Ganzen, sondern lediglich auf die für den vorliegenden Bericht gewählte Form der Auswertung. 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.

Zählt man die Klientinnen und Klienten der 103 Einrichtungen zusammen, kommt man auf eine Zahl von 18.874 Personen. Dementsprechend finden sich Daten zu 1.142 Angehörigen (siehe Tabelle 2). Für beide Gruppen zusammen wurden insgesamt 20.897 Betreuungen dokumentiert. Zusätzlich wurden 3.601 anonyme Kontakte mit Klienten oder Angehörigen dokumentiert.⁶ Seit 2004 besteht in Hessen die Möglichkeit, Einmalkontakte zu dokumentieren. In der Praxis zeigt sich wie schon im Vorjahr, dass nicht alle Einrichtungen davon Gebrauch machen. Zudem fehlt bei vielen Einmalkontakten eine korrekte Datumsangabe, so dass eine Zuordnung zu einem Berichtsjahr nicht möglich ist. Aus diesen Gründen werden die dokumentierten Einmalkontakte aus den weiteren Analysen ausgeschlossen.

⁶ 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 soziodemografische Daten. Dieser Sachverhalt ergibt sich aus dem Prinzip anonymer Dokumentation.

Tabelle 2: Datengrundlage

| | Einrichtungen | Summe der Klienten aller Einrichtungen | Summe der Angehörigen aller Einrichtungen | Betreuungen |
|------|---------------|--|---|-------------|
| 2005 | 103 | 18.874 | 1.142 | 20.897 |
| 2004 | 99 | 18.381 | 1.253 | 20.131 |
| 2003 | 109 | 18.518 | 1.672 | 20.125 |

Im Vergleich zum Jahr 2004 hat die Zahl der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen in 2005 wieder leicht zugenommen. Dementsprechend ist auch die Zahl der Klienten und der Betreuungen leicht angestiegen. Über die letzten drei Jahre betrachtet kann man in diesen Bereichen von einer relativ stabilen Datenbasis ausgehen. Demgegenüber hat die Zahl der dokumentierten Angehörigen in den vergangenen drei Jahren kontinuierlich abgenommen (siehe Tabelle 2). Die Daten wurden auch in diesem Jahr wieder umfangreichen Plausibilitätsüberprüfungen und Fehlerbereinigungen unterzogen.

Insgesamt zeigen die vorliegenden Auswertungen des Berichts, dass es nur in wenigen Bereichen Veränderungen zu den beiden Vorjahren gibt, obwohl seit dem Jahr 2005 sozialrechtliche Reformen („HARTZ IV“) in Kraft sind, die auch für die (potenzielle) Klientel der ambulanten Suchthilfe von erheblicher Bedeutung sind.

Diese Stabilität der Auswertungsergebnisse spricht für die Validität der Daten, da keine grundlegenden Veränderungen der Klientel zu erwarten waren. Auch von den Praktikern in der COM-BASS-Steuerungsgruppe wurden keine nennenswerten Veränderungen bei der betreuten Klientel im Jahr 2005 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.⁷ Um festzustellen, ob eine Person in mehreren Einrichtungen in Betreuung war, ist es möglich, die HIV-Codes zwischen allen 103 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 fälschlicherweise als Überversorgung interpretiert werden.

⁷ Der HIV-Code ist ein anerkannter Pseudonymisierungsschlüssel. 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 Klientinnen und Klienten und ist datenschutzrechtlich abgesichert.

Der überwiegende Teil der Klientinnen und Klienten besucht nur eine Einrichtung (siehe Tabelle 3). Nur etwa jeder 20. Klient wurde in mehr als einer Einrichtung erfasst. Diese Ergebnisse sind völlig identisch mit denen aus dem Jahr 2004 und auch in 2003 gab es nur marginale Abweichungen davon. Kennt man diese Zahlen, lässt sich daraus ermitteln, wie viele tatsächlich unterschiedliche Personen von der hessischen Suchthilfe betreut wurden. Im Jahr 2005 handelt es sich dabei um 17.562 Klientinnen und Klienten. Auf die gleiche Art und Weise lässt sich für die Angehörigen eine Zahl von 1.141 errechnen.

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

| | 2005 | 2004 | 2003 |
|---|--------|--------|--------|
| | % | % | % |
| HIV-Code in einer Einrichtung | 94 | 94 | 95 |
| HIV-Code in zwei Einrichtungen | 5 | 5 | 4 |
| HIV-Code in drei Einrichtungen | 1 | 1 | 1 |
| HIV-Code in mehr als drei Einrichtungen | 0,2 | 0,2 | 0,1 |
| Klienten landesweit | 17.562 | 17.023 | 17.515 |

Um keine Person mehrfach zu berücksichtigen und einen Vergleich der Ergebnisse von 2003 bis 2005 zu ermöglichen, liegen den folgenden Berechnungen diese 17.562 Klientinnen und Klienten und 1.141 Angehörige zugrunde. Davon ausgenommen sind lediglich die regionalspezifischen Auswertungen (siehe unten).

Datengrundlage der regionalspezifischen Auswertung

Wie in den Berichten über die Jahre 2003 und 2004 orientieren sich sämtliche regionalspezifischen Auswertungen an den drei Kategorien „Landkreise“ (21), „Großstädte“ (4)⁸ und „Metropole Frankfurt“. Zu diesen Kategorien werden die Personen anhand der Postleitzahl der betreuenden Einrichtung zugeordnet, welche seit 2004 Bestandteil des weiterentwickelten HKDS ist. Sämtliche Daten der 103 Einrichtungen konnten in die Analyse mit einbezogen werden (2004: 92 Einrichtungen, 2003: 80 Einrichtungen).

Die Anzahl von Klienten, Angehörigen und Betreuungen sowie die Einwohnerzahl lässt sich der Tabelle 4 entnehmen.

⁸ Darmstadt, Kassel, Offenbach, Wiesbaden.

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

| | Einwohner* N | Einrichtungen N | Klientinnen/ Klienten N | Angehörige N | Behandlungen N |
|---------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------|-----------------|-------------------|
| Landkreise | 4.705.000 | 60 | 10.120 | 880 | 11.546 |
| Großstädte | 729.000 | 16 | 3.660 | 205 | 4.112 |
| Metropole Frankfurt a. M. | 646.000 | 27 | 4.001 | 57 | 5.157 |

* Stand März 2006

Analog zur Analyse im Vorjahresbericht kann jede Person theoretisch in jeder Kategorie einmal vertreten sein, wenn sie sowohl auf dem Land, in einer Großstadt wie auch in Frankfurt a. M. betreut wurde.⁹ Veränderungen der Datengrundlage wirken sich in den drei Regionalkategorien potentiell deutlich stärker aus, als dies landesweit der Fall ist, etwa wenn sich in einer Kategorie die Angebotsstruktur der Einrichtungen stark ändert. Da der Einrichtungstyp bei einem Großteil der Einrichtungen nicht dokumentiert worden ist, wurde die Klientel der Jahre 2004 und 2005 in den jeweiligen Kategorien hinsichtlich entscheidender Variablen wie beispielsweise Geschlechterverhältnis, Altersstruktur oder Hauptdiagnose verglichen. Dabei zeigen sich nur Veränderungen, die auch landesweit beobachtbar sind, was für eine stabile und vergleichbare Datenbasis spricht. Gleichzeitig ist auch die Verteilung von Klienten und Einrichtungen auf die drei Regionalkategorien trotz der höheren Zahl der einbezogenen Einrichtungen beinahe völlig gleich geblieben.

⁹ Es kann hier nur ein direkter Vergleich mit den Analysen aus dem Vorjahresbericht (2004) gezogen werden. Für das Jahr 2003 wurde nach einer anderen Auswertungslogik verfahren: Hier wurde jeder Klient ausschließlich der regionalen Kategorie zugeordnet, in der seine letzte Betreuung stattgefunden hat (in 2004 und 2005 können es auch mehrere Regionen sein).

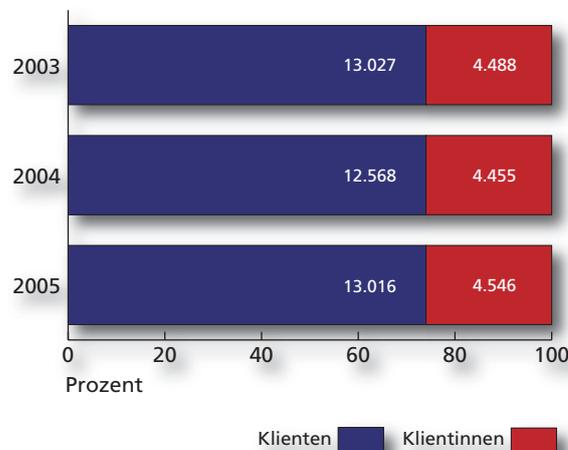
Klientinnen und Klienten

Im Jahr 2005 wurden in den Einrichtungen des ambulanten Suchthilfesystems des Landes Hessen mit 17.562 namentlich erfassten Klientinnen und Klienten Termine für Hilfe- und Beratungsleistungen vereinbart. Außerdem wurden im gleichen Jahr 2.847 anonyme Kontakte dokumentiert. Damit ist trotz einer größeren Zahl teilnehmender Einrichtungen die Zahl der anonymen Kontakte im Gegensatz zu den Vorjahren deutlich gesunken (2004: 3.418 Kontakte; 2003: 3.414 Kontakte). Nach Einschätzungen aus der Praxis könnte dies auf eine veränderte Dokumentationsweise in den Einrichtungen oder auch darauf zurückzuführen sein, dass es im Zuge notwendig gewordener Einsparungen zu einer Einschränkung spezifischer Angebote für anonyme Beratungen gekommen ist.

Geschlecht · Alter · Nationalität

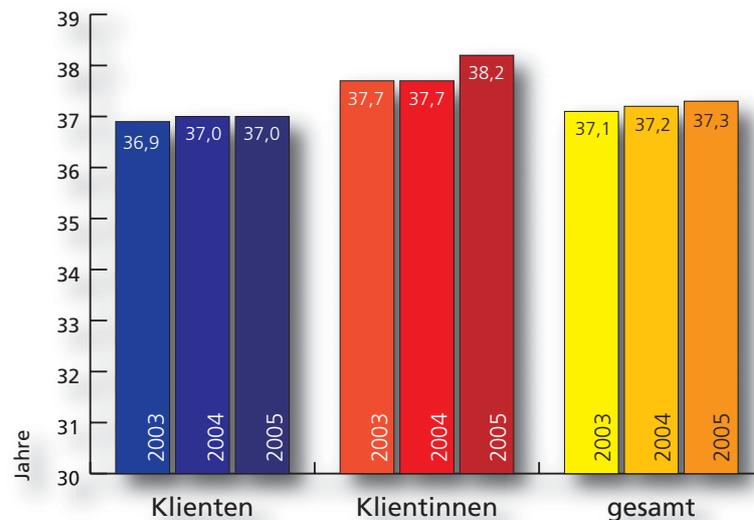
Das Geschlechterverhältnis zeigt sich gegenüber den Vorjahren gänzlich unverändert. Beinahe drei Viertel der Klientinnen und Klienten sind männlichen Geschlechts (siehe Abbildung 1). Der Anteil der weiblichen Klienten beträgt 26%.

Abbildung 1: Geschlechterverteilung nach Erhebungsjahr ($N_{2005}=17.562$, $N_{2004}=17.023$, $N_{2003}=17.515$)



Auch das mittlere Alter der Klientel hat sich im Vergleich zu den Vorjahren nicht nennenswert verändert: Der Altersdurchschnitt liegt wie auch in den Jahren 2003 und 2004 bei rund 37 Jahren. Nach wie vor sind die männlichen Klienten im Mittel etwas jünger als die weiblichen Klienten (siehe Abbildung 2). Die Frauen sind im Durchschnitt 38,2 Jahre alt, die Männer 37,0 Jahre.

Abbildung 2: Durchschnittliches Alter nach Erhebungsjahr (N₂₀₀₅=17.435, N₂₀₀₄=16.921, N₂₀₀₃=17.364)



Mit 88% stellen Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft den weit überwiegenden Teil der behandelten Klientel. Der Anteil ausländischer Klientinnen und Klienten hat im Vergleich zum Vorjahr etwas abgenommen. Waren in 2004 noch 16% der Klientel im Besitz eines ausländischen Passes (3% andere EU-Staaten, 13% alle übrigen Staaten), sind dies in 2005 nur noch 12% (4% andere EU-Staaten, 8% alle übrigen Staaten).¹⁰

Hauptsubstanz

40% der im Jahr 2005 betreuten Personen suchen Hilfeangebote wegen einer Alkoholproblematik auf (siehe Tabelle 5).¹¹ Diese Personen können, genau wie auch die anderen Konsumentengruppen, zusätzlich weitere Suchtprobleme haben und sowohl bereits abhängig, als auch lediglich gefährdete Personen sein.¹² Die zweitgrößte Klientengruppe stellen die Opiatkonsumenten dar (35%). 12% der Klienten sind Cannabisgebraucher. Während insgesamt 4% der betreuten Klienten Kokain- oder Crackkonsumenten sind, machen 9% die übrige Klientel aus, die Suchthilfeeinrichtungen wegen Problemen mit anderen Substanzen oder nicht substanzbezogenen Störungen (z.B. Essstörungen, pathologisches Glücksspiel) aufsuchen.

Nur bei wenigen Klienten wurde ein „multipler Substanzgebrauch“ dokumentiert. 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 wer-

¹⁰ Gemeint ist hier die EU nach der Erweiterung im Mai 2004.

¹¹ Die Zuordnung zu der Hauptsubstanz erfolgt über die ICD-10-Diagnose. Aus Gründen der sprachlichen Vielfalt 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.

¹² 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.

den, der am häufigsten missbraucht wird.¹³ Für die Zwecke der Suchthilfestatistik reicht die Angabe der Hauptsubstanz.

Betrachtet man weibliche und männliche Klienten getrennt, so fallen zunächst die aus den beiden Vorjahresberichten bekannten Unterschiede auf: Der Anteil der Hauptdiagnosegruppe Cannabis ist bei Männern mit 14% deutlich höher als bei Frauen (6%). Erwartungsgemäß sind Essstörungen bei Klientinnen weitaus häufiger anzutreffen als bei Klienten (w: 3%; m: 0,1%). Ebenso ist der Anteil der Hauptdiagnose Opiate mit 38% bei den Frauen größer als bei den Männern (34%). Bei den Hauptsubstanzen Alkohol, Crack und Kokain zeigen sich keine nennenswerten geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Tabelle 5: Hauptsubstanz nach Geschlecht (N=13.427)

| | m | w | gesamt |
|---|---------------|--------------|---------------|
| | % | % | % |
| Alkohol (F10) | 40 | 42 | 40 |
| Opiate (F11) | 34 | 38 | 35 |
| Cannabis (F12) | 14 | 6 | 12 |
| Crack (F14) | 2 | 2 | 2 |
| Kokain (F14) | 2 | 1 | 2 |
| Benzodiazepine/Barbiturate (F13) | 1 | 2 | 1 |
| Amphetamine/Ecstasy/Halluzinogene (F15, F16) | 2 | 2 | 2 |
| Andere (Sucht-)Diagnose* | 5 | 7 | 6 |
| Personen (N) | 10.117 | 3.310 | 13.427 |

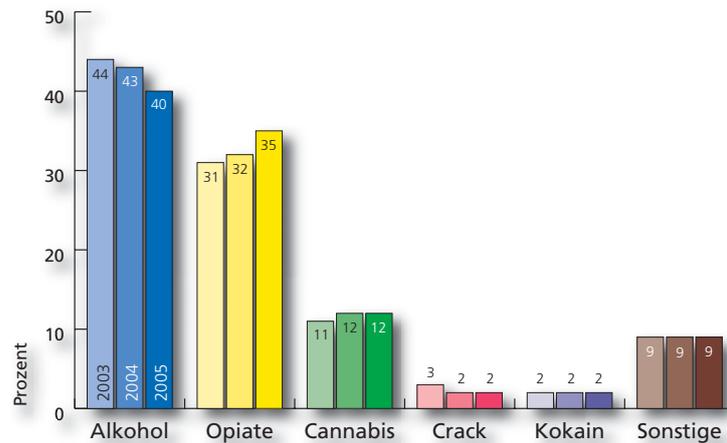
* Essstörung, pathologisches Glücksspiel, mutipl. Substanzgebrauch, Tabak

Betrachtet man die Verteilung der Hauptsubstanz über die Jahre 2003, 2004 und 2005, fällt auf, dass sich Veränderungen über alle drei Jahre nur in den Bereichen Alkohol und Opiate zeigen (siehe Abbildung 3). Während sich der Anteil der Alkohol Klienten von 2003 auf 2004 um nur einen Prozentpunkt von 44% (2003) auf 43% (2004) veränderte, nahm er 2005 um weitere drei Prozent ab (40%). Demgegenüber ist der Anteil der Opiat Klienten in vergleichbarer Weise gestiegen. Nach einer sehr geringen Zunahme zwischen den Jahren 2003 (31%) und 2004 (32%) stieg der Anteil zum Jahr 2005 auf 35%.¹⁴ Dieser Trend, den es in den kommenden Jahren zu verifizieren gilt, geht einher mit einer Zunahme der Medikamentengestützten Behandlungen in der hessischen Suchthilfe, womit in erster Linie Substitutionsangebote gemeint sind (siehe Kapitel Betreuungen).

¹³ 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 M.H. (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). 5. durchgesehene und ergänzte Auflage. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.

¹⁴ Da es zwischen den Jahren Veränderungen bei den an der Auswertung teilnehmenden Einrichtungen gab, wurde die Rechnung noch einmal mit den Daten der 84 Einrichtungen nachvollzogen, die in allen drei Jahren Daten für die Landesauswertung bereitgestellt hatten. Die Ergebnisse entsprechen der Rechnung mit sämtlichen Einrichtungen aller Jahre.

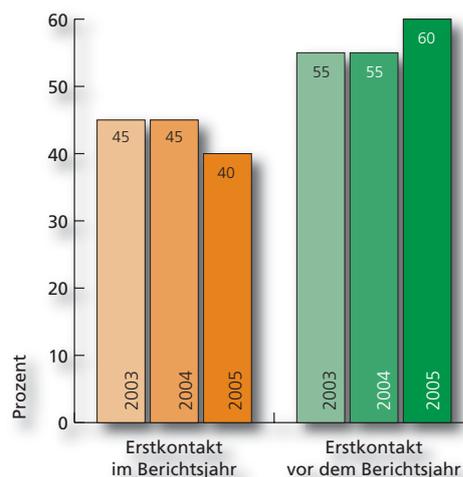
Abbildung 3: Hauptsubstanz nach Erhebungsjahr ($N_{2005}=13.427$, $N_{2004}=12.760$, $N_{2003}=11.632$)



Erstkontakt · Kontaktempfehlung

Mit 40% wurde der geringere Teil der Klientinnen und Klienten zum ersten Mal im Jahr 2005 in der (dokumentierenden) ambulanten Suchthilfeeinrichtung betreut (siehe Abbildung 4). Die Mehrzahl der Klienten (60%) hatte bereits im Jahr 2004 oder davor Kontakt zu einer der teilnehmenden Einrichtungen aufgenommen. In den Vorjahren 2003 und 2004 war diese Differenz weniger stark ausgeprägt (jeweils 45% mit Erstkontakt im Berichtsjahr, 55% aus den Vorjahren).

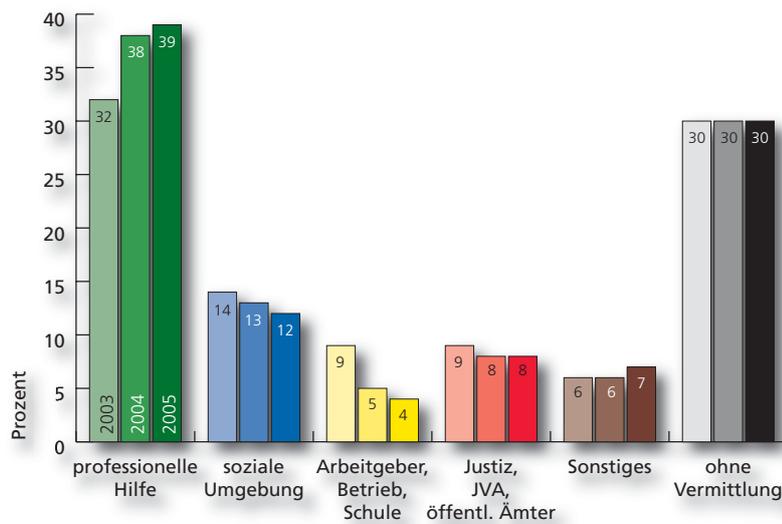
Abbildung 4: Jahr des Erstkontaktes nach Erhebungsjahr ($N_{2005}=16.157$, $N_{2004}=15.636$, $N_{2003}=17.515$)



Die Abbildung 5 zeigt, auf welche Art und Weise die Betreuungen der Klientinnen und Klienten im Jahr 2005 zustande kamen. Im Vergleich zum Jahr 2004 gab es dabei nur sehr geringe Veränderungen im Bereich eines Prozentpunktes. Im Verlauf der Jahre 2003 bis 2005 ist der Anteil der Betreuungen, die durch professionelle Angebote (z.B. andere Einrichtungen der Suchthilfe oder ärztlich-medizinische Institutionen) vermittelt worden sind, von 32% auf 39% deutlich angestiegen, wobei der Großteil der Veränderung schon zum Jahr 2004 hin stattgefunden hat. Ein vergleich-

barer Verlauf findet sich bei der Abnahme der Betreuungen, die durch Arbeitgeber, den Betrieb oder die Schule eingeleitet wurden. Der Anteil hat sich in den drei Jahren von 9% auf 4% verringert, jedoch schon auf 5% im Jahr 2004. Kontinuierlich leicht abgenommen hat der Anteil an Betreuungen, der durch die Familie oder Freunde (soziale Umgebung) des Klienten zustande kam. Er sank zwischen 2003 und 2005 von 14% auf 12%. In allen drei Jahren haben beinahe ein Drittel aller Betreuungen ohne jede Vermittlung, also aus eigener Motivation des Klienten begonnen (30%).

Abbildung 5: Vermittlung in die betreuende Einrichtung nach Erhebungsjahr (N₂₀₀₅=15.442, N₂₀₀₄=14.470, N₂₀₀₃=13.556)



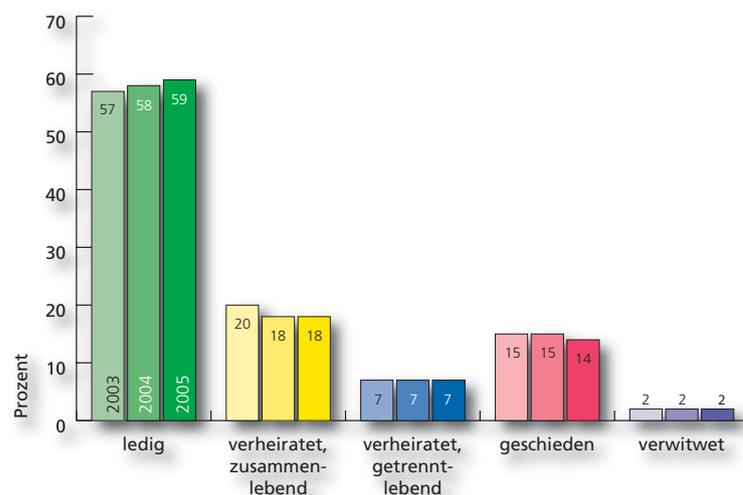
Soziale Situation

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit Fragen der Integration, Qualifikation und der finanziellen Lage der Klientinnen und Klienten. Anhand von Angaben zum Familienstand, der Wohn- und Lebenssituation, dem Schulabschluss und der Erwerbssituation kann so ein Bild der sozialen Situation der Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe gezeichnet werden. Differenziert wird diese Darstellung durch eine getrennte Auswertung nach Geschlecht, nach Hauptdiagnosegruppe und, soweit erforderlich, nach dem Alter der Klienten. Zudem können über einen Dreijahreszeitraum hinweg mögliche Veränderungen, Trends oder auch eine Stabilisierung der sozialen Situation dargestellt werden.

Familienstand • Lebenssituation

Der Großteil der Klienten in Hessen ist ledig (59%, siehe Abbildung 6). Der Anteil der ledigen Personen ist damit in den letzten drei Jahren leicht, aber stetig um jeweils einen Prozentpunkt angestiegen. Diese Entwicklung kann nicht auf eine veränderte Altersstruktur der Klientel zurückgeführt werden, da diese in den letzten drei Jahren eher älter als jünger geworden ist. Angesichts der nur geringeren Veränderungen kann hier allerdings noch nicht von einem echten Trend gesprochen werden. Vielmehr ist diese Entwicklung in den kommenden Jahren weiter zu verfolgen. Weiterhin sind die Männer (62%) in der Gruppe der Ledigen häufiger anzutreffen als die Frauen (49%). Ein ähnliches Geschlechterverhältnis findet sich auch in der hessischen Gesamtbevölkerung wieder, insgesamt ist dort jedoch die Zahl der ledigen Personen geringer (m: 35% / w: 27%).¹⁵

Abbildung 6: Familienstand nach Erhebungsjahr ($N_{2005}=14.997$, $N_{2004}=14.374$, $N_{2003}=12.947$)



¹⁵ Hessische Bevölkerung im Alter von über 15 Jahren in 2005, nach eigenen Berechnungen. Vgl. Hessisches Statistisches Landesamt, Wiesbaden, 2006: Bevölkerung in Hessen nach Altersgruppen, Familienstand und Geschlecht 1980, 1990, 2000 und 2005. (<http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bevoelkerung-gebiet/landesdaten/bevoelkerung/familienstand-geschlecht/index.html>)

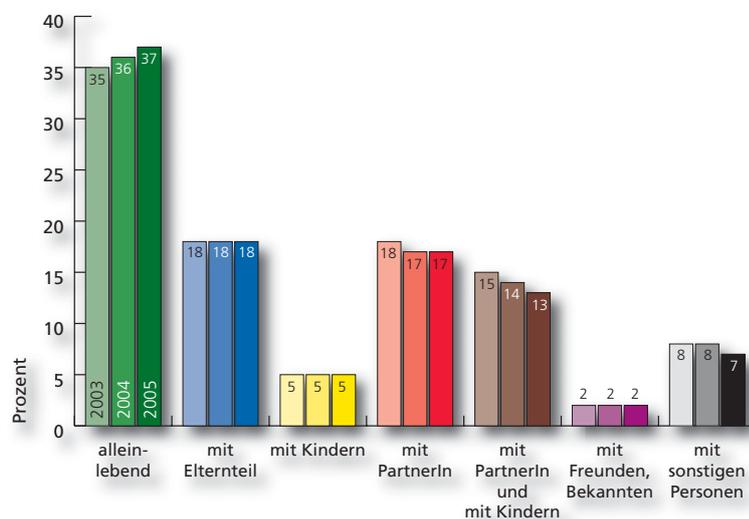
Die Klienten der Diagnosegruppe Alkohol sind seltener ledig als die der übrigen Gruppen (36%), weisen aber auch gleichzeitig das höchste Durchschnittsalter auf (44,8 Jahre). In der Gruppe der Cannabiskonsumenten macht sich hingegen das eher geringe Alter bemerkbar (24,1 Jahre): Sie besteht mit einem Prozentsatz von 92% fast vollständig aus ledigen Personen.

Wie die folgende Auswertung zeigt, spiegelt der formale Familienstand nicht unbedingt die tatsächliche Lebenssituation wider, denn trotz des hohen Anteils lediger Personen lebt „nur“ knapp über ein Drittel wirklich allein (37%, siehe Abbildung 7). Allerdings hat parallel zur Entwicklung der ledigen Klienten auch die Gruppe der Alleinlebenden in den letzten drei Jahren eine leichte, aber konstante Zunahme erfahren. Gleichzeitig ist der Anteil der Klienten, die mit Partner/in und Kind zusammen leben, leicht zurückgegangen. Auch hier ist es aber noch zu früh, um angesichts der geringen prozentualen Veränderungen von einem Trend zu sprechen.

Ein Blick auf die Geschlechterverteilung zeigt Folgendes: Fast jede zweite Frau lebt mit Kind und/oder Partner zusammen (48%), bei den männlichen Klienten trifft dies nur auf knapp jeden Dritten zu (31%). Außerdem leben Frauen seltener bei den Eltern (w: 12% / m: 21%) und sind zudem weit häufiger allein erziehend (w: 13% / m: 2%). Betrachtet man die Lebenssituation der verschiedenen Hauptdiagnosegruppen, so fallen vor allem die Cannabiskonsumenten aus der Reihe: Sie wohnen aufgrund ihres geringeren Alters weit häufiger bei den Eltern als die übrigen Klienten (51%).

Wird abschließend der Frage nachgegangen, welche der Hauptdiagnosegruppen den höchsten Anteil derjenigen aufweist, die mit den Kindern in einem Haushalt zusammenleben, zeigt sich, dass dies die Alkohol Klienten mit einem Anteil von 24% sind (Opiate: 16%, Cannabis: 6%).

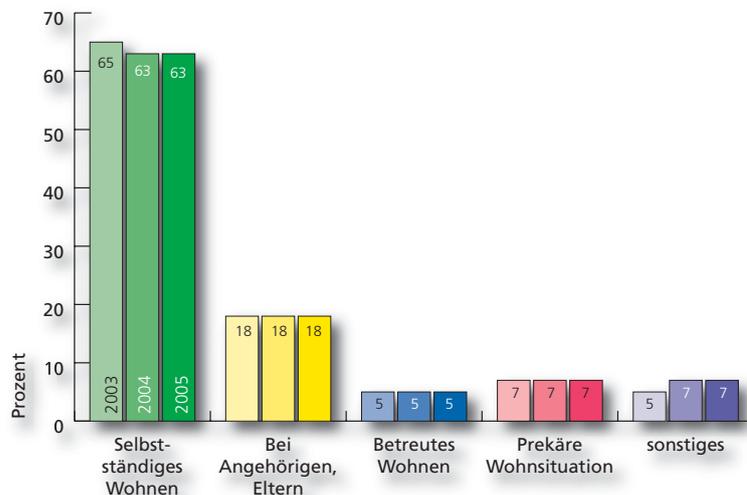
Abbildung 7: Lebenssituation nach Erhebungsjahr (N₂₀₀₅=13.929, N₂₀₀₄=13.492, N₂₀₀₃=12.159)



Wohnsituation

Der weit überwiegende Teil der Klienten wohnt selbstständig, d.h. er oder sie besitzt eine eigene Wohnung/Haus oder wohnt zur Miete (63%, siehe Abbildung 8). Etwa jeder Fünfte wohnt bei Angehörigen, 7% befinden sich in einer prekären Wohnsituation¹⁶ und 5% leben im „Betreuten Wohnen“. Die Wohnsituation der hessischen Klientel ist damit über die letzten drei Jahre stabil geblieben. Ebenso bestehen hier weiterhin geschlechts- und substanzspezifische Unterschiede. So wohnen die weiblichen Klienten häufiger selbstständig und seltener bei den Eltern oder in einer prekären Situation. Von den verschiedenen Diagnosegruppen wohnen die Alkohol Klienten am selbstständigsten (80%) und ebenso wie die Cannabisklienten nur selten unter prekären Bedingungen (je 3%). Dagegen befinden sich 17% der Crackkonsumenten, 11% der Opiatkonsumenten und 8% der Kokainkonsumenten in einer prekären Wohnsituation.

Abbildung 8: Wohnsituation nach Erhebungsjahr (N₂₀₀₅=15.624, N₂₀₀₄=15.172, N₂₀₀₃=14.292)



Schulabschluss • Erwerbssituation

Jeder zweite Klient hat in Hessen die Schule nach dem Hauptschulabschluss verlassen (siehe Abbildung 9), etwa jeder Vierte hat einen Realschulabschluss gemacht und etwa jeder zehnte Hilfesuchende ist ohne jeglichen Abschluss von der Schule abgegangen.¹⁷ Deutlich in der Minderzahl sind dagegen die Abiturienten (8%) sowie die Hochschulabsolventen (3%). Damit besteht gegenüber den Vorjahren fast unverändert eine klare Unterqualifikation der Suchthilfeklienten im Vergleich zur hessischen Gesamtbevölkerung.¹⁸ Betroffen sind hiervon vor allem die Konsumenten illegaler Drogen (Cannabis, Kokain/Crack, Opiate): Sie verlassen die Schule zu jeweils 14% ohne Schulabschluss und haben insgesamt seltener das Abitur oder einen höherwertigen Abschluss als die Kli-

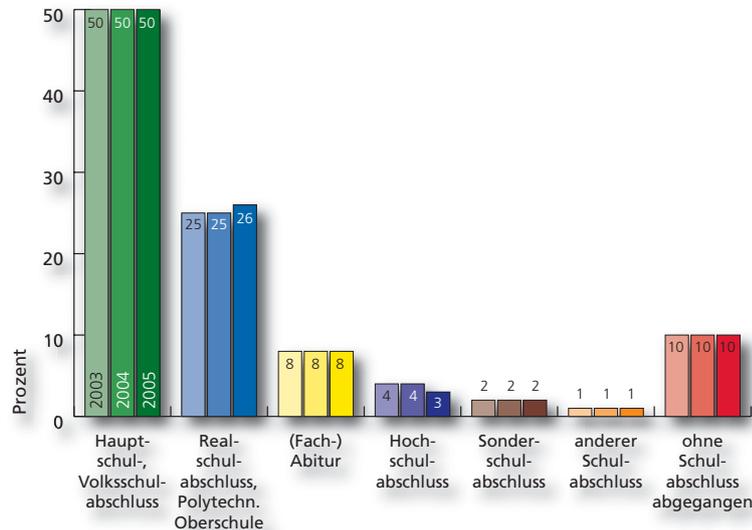
¹⁶ In einer prekären Wohnsituation leben Klientinnen und Klienten z.B. in der JVA, provisorischen Unterkünften oder der Obdachlosigkeit.

¹⁷ In die Auswertung der Schulbildung wurden nur Klientinnen und Klienten eingeschlossen, die älter als 17 Jahre waren. Personen die sich in schulischer Ausbildung befanden, wurden ebenfalls nicht mit einbezogen.

¹⁸ Hessisches Statistisches Landesamt, Wiesbaden, 2006: Schulentlassene aus allgemein bildenden Schulen am Ende des Schuljahres 2004/2005: Abitur 25%, Realschulabschluss 42%, Hauptschulabschluss 25%, Sonderschulabschluss 3%, ohne Schulabschluss abgegangen 5% (nach eigenen Berechnungen) (<http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bildung-kultur-rechtspflege/landesdaten/bildung/allg-bild-schulen/schulentlassene/index.html>).

enten mit Alkoholproblemen. In der Regel sind außerdem die Frauen höher qualifiziert als die Männer. Sie können häufiger auf einen Realschulabschluss oder ein Abitur verweisen und haben gleichzeitig seltener einen Hauptschulabschluss.

Abbildung 9: Schulabschluss nach Erhebungsjahr (N₂₀₀₅=13.483, N₂₀₀₄=12.975, N₂₀₀₃=11.426)

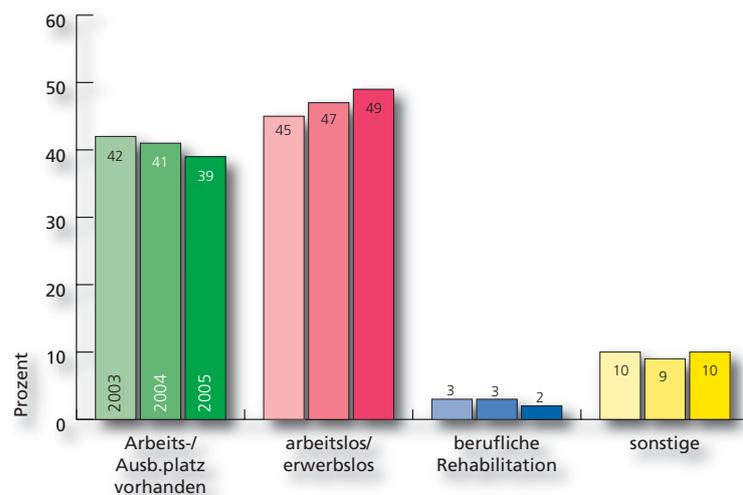


Der eher niedrige Bildungsstandard der Hilfesuchenden wirkt sich auch auf ihre Erwerbssituation aus: Die Hälfte der Klienten ist arbeits- bzw. erwerbslos (49%, siehe Abbildung 10), nur 39% verfügen über einen Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz, 2% befinden sich in beruflicher Rehabilitation und 10% fallen unter die Kategorie „Sonstiges“¹⁹. Damit hat sich die Erwerbssituation der Klienten in den letzten Jahren kontinuierlich verschlechtert: Die Arbeitslosen-/Erwerbslosenquote ist von 45% über 47% auf 49% gestiegen. Auch der Arbeitslosenanteil in der Gesamtbevölkerung hat in diesem Zeitraum zugenommen.²⁰ Am stärksten von Arbeitslosigkeit betroffen ist die Gruppe der Opiatkonsumenten (70%). Die Cannabiskonsumenten hingegen weisen aufgrund ihres Alters den geringsten Anteil an Arbeitslosen auf (30%). Die höhere schulische Qualifikation der weiblichen Klienten schlägt sich nicht in einer besseren Erwerbssituation nieder: Der Anteil der Personen, die einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz haben, ist unter den weiblichen Klienten sogar etwas geringer als bei den Männern (w: 37% / m: 40%). Dies dürfte auch damit zusammenhängen, dass weibliche Klienten aufgrund von Kindern im Haushalt häufiger zuhause bleiben und nicht arbeiten als die männlichen Klienten. So üben 51% aller Männer, die Kinder im Haushalt haben, eine Beschäftigung aus. Bei der entsprechenden Gruppe der Frauen beträgt dieser Anteil nur 33%.

¹⁹ Unter die Kategorie „Sonstiges“ fallen beispielsweise mithelfende Familienangehörige, Rentner sowie Hausfrauen/-männer.

²⁰ Hessisches Statistisches Landesamt, Wiesbaden, 2006: Arbeitslose im Jahresdurchschnitt in Hessen (Arbeitslose in % der abhängigen zivilen Erwerbspersonen): 2003: 8,8; 2004: 9,1; 2005: 10,9 (<http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/erwerbstaetigkeit/landesdaten/arbeitsmarkt/arbeitslose-im-jahresdurchschnitt/index.html>). Es sei ergänzend angemerkt, dass die beiden Arbeitslosenquoten nicht ganz miteinander vergleichbar sind, weil in derjenigen der Suchthilfestatistik der Anteil der Sozialhilfeempfänger (SGB XII) mit enthalten ist.

Abbildung 10: Erwerbssituation nach Erhebungsjahr ($N_{2005}=14.870$, $N_{2004}=14.134$, $N_{2003}=13.666$)



Vergleich von Erwerbslosen-Gruppen: Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II und Grundsicherung nach SGB XII

Mit Umsetzung der im Januar 2005 in Kraft getretenen „Hartz IV“-Gesetze haben sich auch für die Arbeit in der ambulanten Suchthilfe Änderungen ergeben. Nach den neuen Regelungen des Sozialgesetzbuches (SGB II) ist erwerbsfähig, wer mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig sein kann (§ 8) (Marburger 2005). Um die Arbeitsfähigkeit (wieder)herzustellen und die Eingliederung des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in das Erwerbsleben zu ermöglichen, kann auch eine Suchtberatung erforderlich sein (§ 16). Die Agenturen für Arbeit bzw. die optierenden Landkreise/Kommunen (Anteil in Hessen: ca. 50%) können in solchen Fällen Arbeitsuchende an eine externe Beratungsstelle vermitteln.

Aufgrund dieser rechtlichen Veränderungen wurde der differenzierte Itemkatalog des HKDS für die Dokumentation des Erwerbsstatus der Klienten entsprechend angepasst.²¹ Im Folgenden werden die Klienten, die im Jahr 2005 entweder Arbeitslosengeld I (im Folgenden „ALG I-Empfänger“ genannt), Arbeitslosengeld II („ALG II-Empfänger“) oder Grundsicherung nach SGB XII („SGB XII-Empfänger“) erhielten, einer vergleichenden Betrachtung unterzogen, um zu prüfen, ob es zwischen diesen drei Gruppen Unterschiede gibt, die wiederum auf unterschiedliche Handlungsbedarfe hinweisen.

Diese Analyse musste kurz gehalten werden, da noch nicht viele Erfahrungen mit der ALG II-Klientel vorliegen und die Datenlage entsprechend gering ist. Sie beschreibt deshalb eher eine Ausgangslage für vertiefende Auswertungen, die in den nächsten Jahren zu dieser Thematik vorgenommen werden könnten.

Es werden dabei nur Personen berücksichtigt, deren letzter Eintrag zur Erwerbstätigkeit aus dem Jahr 2005 stammt, da es vorher die entsprechenden Kategorien ALG I, ALG II und SGB XII in dieser Form nicht gegeben hat. Dies erklärt die deutlich geringeren Fallzahlen in den folgenden Analysen.

Jeder Zehnte der Klienten erhielt im Jahr 2005 Arbeitslosengeld I (siehe Tabelle 6). Mehr als ein Drittel der Klientel bezog Arbeitslosengeld II (39%), während 5% Grundsicherung nach SGB XII bekamen.²² Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich in der Form, dass weibliche Klienten anteilig weniger oft ALG I und II beziehen als Männer, während sie häufiger Grundsicherung nach SGB XII empfangen.

²¹ Die vier Kategorien der Erwerbstätigkeit aus dem Kapitel Soziale Situation sind eine Bündelung aus 15 sehr differenzierten Kategorien des HKDS. In diesen sind auch Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II und Sozialhilfe nach SGB XII enthalten.

²² Der aus den drei Kategorien ALG I, ALG II und SGB XII hervorgehende Anteil von 54% an der Gesamtklientel übersteigt den im Kapitel Soziale Situation ausgewiesenen Anteil von arbeits- oder erwerbslosen Klienten. Dies ist auf die Stichprobe von Klienten mit aktuellen Einträgen aus dem Jahr 2005 zurückzuführen. Für eine weniger differenzierte Auswertung nach vier Kategorien ist die Gesamtstichprobe im Kapitel Soziale Situation gut geeignet.

Tabelle 6: Anteil von ALG I-, ALG II- und SGB XII-Empfängern an der Gesamtklientel, differenziert nach Geschlecht

| Erwerbssituation | m % | w % | gesamt % |
|--------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|
| ALG I-Empfänger | 11 | 8 | 10 |
| ALG II-Empfänger | 41 | 34 | 39 |
| SGB XII-Empfänger | 4 | 7 | 5 |
| Gesamt N* (100 %) | 5.101 | 1.734 | 6.835 |

* Das Gesamt N bezieht sich auf alle Klienten mit einer dokumentierten Erwerbssituation aus dem Jahr 2005, also auch auf die erwerbstätigen Klienten.

Die Empfänger von ALG I sind mit einem Durchschnittsalter von 35,6 Jahren im Mittel rund zwei Jahre jünger als Klienten, die ALG II (37,6 Jahre) oder Sozialhilfe erhalten (37,5 Jahre).

Betrachtet man die Verteilung der Hauptdiagnosen innerhalb der drei Klientengruppen, fallen deutliche Unterschiede bei den Anteilen von Alkohol- und Opiatkonsumenten auf. Während beinahe die Hälfte aller ALG I-Empfänger wegen eines Alkoholproblems betreut werden (46%), machen diese Klienten in der Gruppe der ALG II-Empfänger nur 27% aus (siehe Tabelle 7). Noch kleiner ist ihr Anteil bei den SGB XII-Empfängern: 14%. Ein umgekehrtes Bild zeigt sich bei den Opiatkonsumenten. Bei den SGB XII-Empfängern stellen bei rund zwei Dritteln Opiate die Hauptsubstanz dar (67%). In der Gruppe der ALG II-Empfänger ist dies bei jedem zweiten Klienten der Fall, bei den ALG I-Empfängern bei jedem dritten. Bei den anderen Hauptdiagnosen zeigen sich keine auffälligen Unterschiede.

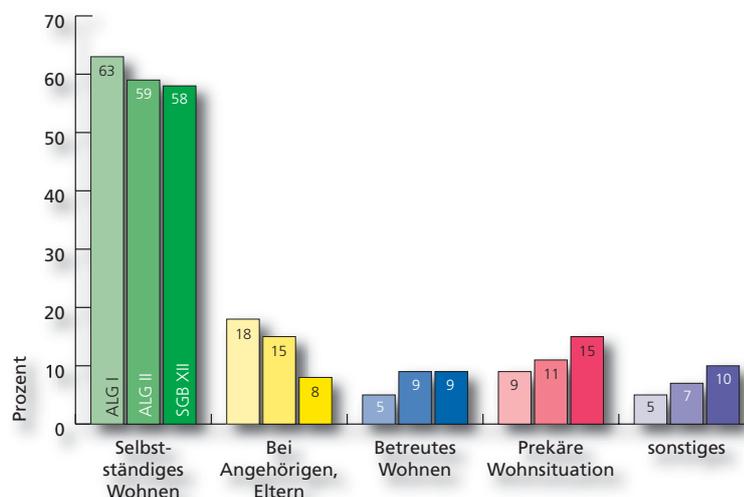
Tabelle 7: Arbeits-/Erwerbslose Klienten nach ICD Hauptdiagnose

| ICD Hauptdiagnose | ALG I | ALG II | SGB XII |
|--|-------|--------|---------|
| | % | % | % |
| Alkohol (F10) | 46 | 27 | 14 |
| Opiate (F11) | 32 | 50 | 67 |
| Cannabis (F12) | 9 | 9 | 8 |
| Crack (F14) | 2 | 3 | 2 |
| Kokain (F14) | 2 | 2 | 2 |
| Benzodiazepine/Barbiturate (F13) | 1 | 1 | 1 |
| Amphetamine/Ecstasy/Halluzinogene (F15, F16) | 2 | 2 | 2 |
| Andere (Sucht-)Diagnose* | 7 | 6 | 5 |
| Personen (N) | 614 | 2.377 | 278 |

* Essstörung, pathologisches Glücksspiel, mutipl. Substanzgebrauch, Tabak

Auch die Wohnsituation der drei Klientengruppen ist unterschiedlich: Der Anteil von Klienten, die selbstständig oder bei Angehörigen bzw. Eltern wohnen, ist in der Gruppe der ALG I-Empfänger am höchsten (81%), gefolgt von den ALG II-Empfängern (74%) und den SGB XII-Empfängern (66%). Erwartungsgemäß lebt die letztgenannte Gruppe mit 15% häufiger in einer prekären Wohnsituation als dies ALG II-Empfänger (11%) oder ALG I-Empfänger tun (9%).

Abbildung 11: Arbeits-/Erwerbslose Klienten nach Wohnsituation und Erwerbssituation (N=3.655)



Im Bereich des Familienstandes lassen sich ebenfalls Unterschiede ausmachen: 56% der ALG I-Empfänger sind ledig, wogegen dieser Anteil in den Gruppen der ALG II- und SGB XII-Empfänger deutlich höher ausfällt (65% bzw. 63%). Entsprechend sind 17% der ALG I-Empfänger verheiratet und leben mit dem Partner/der Partnerin zusammen, was 9% der ALG II-Empfänger und 8% der SGB XII-Empfänger tun.

Kommt man zur tatsächlichen Lebenssituation der erwerbslosen Klientel, zeigt sich, dass ALG I-Empfänger zu 30% mit einem Partner zusammenleben (mit oder ohne Kinder), wogegen dies bei den ALG II-Empfängern zu 23% und bei den SGB XII-Empfängern zu 24% der Fall ist. Der Anteil allein erziehender Klienten ist bei der letztgenannten Gruppe mit 9% deutlich höher als bei den ALG I- oder ALG II-Empfängern (4%). Deutliche Unterschiede der drei Klientengruppen zeigen sich auch in der schulischen Ausbildung. Jeder dritte ALG I-Empfänger konnte entweder einen Real-schulabschluss oder das Abitur erreichen. In der Gruppe der ALG II-Empfänger hat nur jeder vierte Klient einen solchen Abschluss während dies in der SGB XII-Gruppe nur auf jeden fünften Klienten zutrifft.

Werden alle Informationen zusammengenommen, ergibt sich ein Bild, nach dem es der Gruppe der SGB XII-Empfänger in sozialer Hinsicht am schlechtesten geht, gefolgt von den ALG II- und den ALG I-Empfängern.

Im Zuge von Hartz IV ist es – wie oben schon erwähnt – zur Aufgabe der Agenturen für Arbeit bzw. der optierenden Landkreise/Kommunen geworden, ALG II-Empfänger bei Bedarf in die Suchthilfe zu vermitteln, um eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Es sollen nun - abschließend - die im Jahr 2005 begonnenen Betreuungsvorgänge von erstmals in Betreuung befindlichen Klienten betrachtet werden, um festzustellen, ob sich die dadurch zu erwartenden erhöhten Vermittlungsraten aus dem öffentlichen Bereich tatsächlich zeigen. Dies müsste sich in einem größeren Anteil der Betreuungen niederschlagen, die in der Kategorie „Justiz/JVA/ öffentliche Ämter“ erfasst wurden.²³ Tatsächlich scheint es keinen Hinweis auf eine Sonderstellung der ALG II-Empfänger in dieser Kategorie zu geben. Mit 12% liegt ihr Anteil nur unwesentlich höher als bei allen Betreuungen zusammen genommen (10%) oder den Betreuungsvorgängen der ALG II-Empfänger (9%). Für die SGB XII-Empfänger liegt der Anteil mit 15% sogar höher. Dies deckt sich mit Berichten aus der Praxis, dass eine verstärkte Vermittlung aus den Agenturen für Arbeit im Jahr 2005 (noch) nicht stattgefunden hat.

²³ Der HKDS erlaubt bisher keine Erfassung der Vermittlungen, die über die Agentur für Arbeit zustande gekommen sind.

Tabelle 8: Vermittlung in das Hilfesystem der in 2005 begonnenen Erstbetreuungen, differenziert für arbeits-/erwerbslose Klientinnen und Klienten

| Vermittlung in das Hilfesystem | ALG I | ALG II | SGB XII | Betreuungen gesamt |
|---------------------------------------|--------------|---------------|----------------|-------------------------------|
| | % | % | % | % |
| Ohne Vermittlung | 22 | 25 | 24 | 24 |
| Professionelle Hilfe | 49 | 45 | 49 | 36 |
| Soziale Umgebung | 12 | 10 | 5 | 16 |
| Arbeitgeber/Betrieb/Schule | 2 | 2 | 1 | 6 |
| Justiz/JVA/öff.Ämter | 9 | 12 | 15 | 10 |
| sonstiges | 6 | 6 | 5 | 7 |
| Gesamt (N) | 505 | 1.457 | 79 | 6.512 |

Die Spalte **Betreuungen gesamt** zeigt als Referenz die Verteilung aller in 2005 neu begonnenen Betreuungen, unabhängig von der Einkommenssituation

Die Betreuungen

Im Berichtszeitraum 2005 wurden in Hessen insgesamt 19.843 Betreuungen für die Klienten und Klientinnen dokumentiert (siehe zu den einzelnen Betreuungsformen die Erläuterung auf der Seite 38f).²⁴ Die Hälfte davon wurde im Jahr 2005 beendet, die andere Hälfte lief über den Jahreswechsel hinaus. Dieses Verhältnis bestand im Großen und Ganzen auch schon in den beiden Vorjahren.

Im Projekt *COMBASS* werden drei Hilfebereiche unterschieden: „Ambulante Beratung“, „Betreutes Wohnen“ und „Arbeitsprojekte“. Die allermeisten Betreuungen werden im Hilfesegment Ambulante Beratung durchgeführt (93%). Der Bereich Betreutes Wohnen kommt auf einen Anteil von 6% und der Bereich Arbeitsprojekte auf 1%. In den beiden zuletzt genannten Hilfesegmenten wird ein überdurchschnittlich großer Anteil von Opiatabhängigen betreut (49% bzw. 68%). Dagegen stellen bei der Ambulanten Beratung Alkohol Klienten die größte Hauptdiagnosegruppe (39%). Da der Anteil der Betreuungen aus den Bereichen Betreutes Wohnen und Arbeitsprojekte klein ist, wird im Folgenden nicht weiter zwischen diesen drei Hilfesegmenten differenziert.

Betreuungsdauer und -intensität

Der Großteil der Betreuungen kommt freiwillig zustande, d.h. die Klienten kommen ohne justiziellen Druck (85%), die Frauen noch etwas häufiger als die Männer. Etwa jede siebte Betreuung beruht dagegen auf straf- oder zivilrechtlichen Grundlagen (15%). Im Bereich der illegalen Drogen hat dabei das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) eine wesentliche Bedeutung: 14% aller Betreuungen bei den Kokain Klienten finden in diesem Rahmen statt (Opiate: 7%, Crack: 8%, Cannabis: 11%).

Im Vergleich zu den Vorjahren gibt es hier insgesamt keine größeren Veränderungen.

Die Betreuung der Opiat- und der Kokain-/Crack Klientel dauert im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen am längsten: Sie umfasst durchschnittlich 267 bzw. 254 Tage, also etwa ein $\frac{3}{4}$ Jahr.²⁵ Das weist die folgende Tabelle 9 aus, die auf den Angaben aller im Jahr 2005 abgeschlossenen Betreuungen basiert. Bei den Alkohol Klienten beträgt der Durchschnittswert 199 Tage. Am kürzesten ist mit einem Wert von 183 Tagen die Betreuungslänge bei dem Personenkreis, der wegen Cannabiskonsum eine Einrichtung aufsucht.

Diese Werte für die durchschnittliche Betreuungsdauer entsprechen weitgehend den ermittelten Zahlen für das Vorjahr.²⁶ Die größte Abweichung besteht hier noch bei der Kokain-/Crack Klientel, die im Jahr 2004 im Durchschnitt 21 Tage länger betreut worden ist. Bei den anderen drei Hauptdiagnosegruppen sind die Unterschiede nur sehr gering (< +/- 5 Tage). Damit erweist sich das Inanspruchnahmeverhalten der Klienten – wenn es an der durchschnittlichen Betreuungsdauer gemessen wird – als stabil.²⁷

²⁴ 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.

²⁵ Als Ausgangspunkt der Berechnungen wurden immer der Beginn der Betreuung und das Jahr des ersten dokumentierten Termins genommen.

²⁶ Bei der Betreuungsdauer beschränkt sich der Vergleich auf das Vorjahr (2004) weil es hier im Jahr 2003 möglicherweise noch eine geringfügige Verzerrung durch den unterschiedlichen Beginn der Dokumentation in den Einrichtungen gab.

²⁷ Aufgrund des längeren Dokumentationszeitraumes können hier inzwischen mögliche Verzerrungen durch einen unterschiedlichen Beginn der EDV-Dokumentation in den Einrichtungen nahezu ausgeschlossen 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: 290 Tage (Frauen) zu 244 Tage (Männer). Bei den Opiaten ist diese Differenz nur unwesentlich kleiner (40 Tage). Die weiblichen Klienten haben offensichtlich ein erhöhtes Beratungs- und Betreuungsbedürfnis. Das zeigten auch schon die Ergebnisse dieser Analysen aus den letzten beiden Jahren.

Tabelle 9: Durchschnittliche Betreuungsdauer nach Hauptdiagnose (ICD-10) und Geschlecht – abgeschlossene Betreuungen in 2005²⁸

| | Klientinnen | Klienten | Gesamt | Anzahl |
|----------------|-------------|----------|--------|--------|
| | Tage | Tage | Tage | N |
| Alkohol | 219 | 193 | 199 | 3.447 |
| Opiate | 296 | 256 | 267 | 2.668 |
| Cannabis | 178 | 184 | 183 | 1.063 |
| Kokain / Crack | 290 | 244 | 254 | 358 |

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.²⁹

ERLÄUTERUNG:

Allgemeine Psychosoziale Betreuung: Diese umfasst komplexe Angebote für chronisch einträchtigte 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.

²⁸ Die Betreuungen können auch vor 2005 begonnen haben.

²⁹ Quelle: Manual zum Biografie- und Leistungskatalog der ambulanten Suchthilfe in Hessen (Version 4.2).

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.

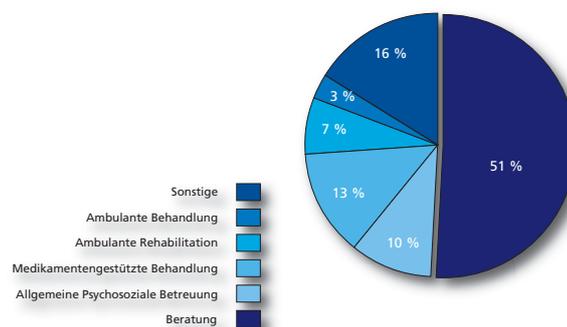
Beratung: Eine professionell durchgeführte Beratung ist eine fundierte konkrete Entwicklungs- und Lebenshilfe. Dabei kann es sich sowohl um eine kurzfristige informationsorientierte Beratung als auch um eine mittel- bis längerfristig angelegte problemorientierte Beratung handeln. Die Beratungstätigkeit 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.

Die Beratung steht von allen Betreuungsformen mit einem Anteil von 51% an erster Stelle (siehe Abbildung 12). Es folgt mit weitem Abstand die Medikamentengestützte Behandlung mit einem Wert von 13%. Jede zehnte Betreuung ist eine Allgemeine Psychosoziale Betreuung (10%). Die Ambulante Rehabilitation kommt auf einen Anteil von 7%, die Ambulante Behandlung auf 3%. Der Rest (16%) verteilt sich auf diverse andere Betreuungsformen, z.B. die poststationäre Betreuung und Integrationshilfen.

Diese Verteilung der Betreuungsformen ist bei den weiblichen und männlichen Klienten im Großen und Ganzen gleich.

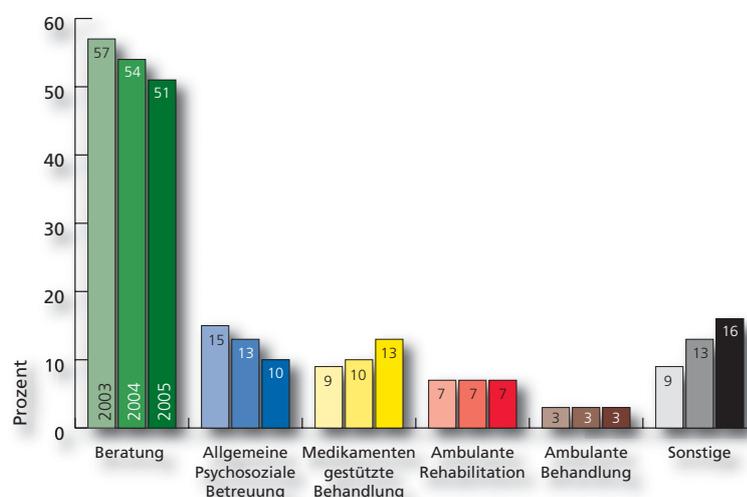
Abbildung 12: Anteile der verschiedenen Betreuungsformen 2005 (N=19.843)



In den letzten 3 Jahren haben sich bei den relativen Anteilen der Betreuungsformen einige interessante Veränderungen ergeben: Die Anteile der Beratung und der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung sind in diesem Zeitraum um 6 bzw. 5 Prozentpunkte gesunken, während gleichzeitig die Anteile bei der Medikamentengestützten Behandlung und bei den sonstigen Betreuungsformen zugenommen haben (siehe Abbildung 13).

Die Entwicklung bei der Medikamentengestützten Behandlung findet ihre Entsprechung in einer leichten Zunahme des Anteils der Hauptdiagnosegruppe Opiate (siehe vorne). Seit dem Jahr 2005 wird die Notwendigkeit von psychosozialen Betreuungsmaßnahmen für Substituierte ausschließlich von den ambulanten Hilfeeinrichtungen festgestellt, und nicht mehr von substituierenden Ärzten. Dies könnte zu einer Zunahme dieser Betreuungsform geführt haben. Ferner hat insgesamt die Zahl der Substituierten in Hessen leicht zugenommen (2004: 9.838, 2005: 10.055).³⁰ Der Bedeutungsgewinn der Kategorie „Sonstige“ – hier werden verschiedene andere Betreuungsarten, z.B. Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung, schulische und berufliche Integrationshilfen oder Raucherentwöhnung, zusammengefasst – könnte mit einer zunehmenden Ausdifferenzierung der Betreuungsangebote zusammenhängen.

Abbildung 13: Entwicklung der Betreuungsformen 2003 bis 2005 (N₂₀₀₅=19.843, N₂₀₀₃=18.542, N₂₀₀₄=18.354)



Bei den Betreuungsformen zeigt sich, wie schon in den beiden Vorjahren, eine sehr unterschiedliche Inanspruchnahme, wenn sie nach den Hauptdiagnosegruppen aufgeschlüsselt wird: Während die Medikamentengestützte Behandlung – erwartungsgemäß – aufgrund der Bedeutung der Substitution fast ausschließlich bei Opiatabhängigen vorkommt (96%), befinden sich in der Ambulanten Rehabilitation und Ambulanten Behandlung überwiegend alkoholabhängige Personen (86% bzw. 69%). Auch in der Beratung stellt die Hauptdiagnose „Alkohol“ die größten Gruppe, hier aber nicht so deutlich: 52%. Immerhin 18% aller Beratungen betreffen auch die Cannabis-klienten. Bei der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung dominieren die Opiatkonsumenten mit einem Anteil von 58%.

Werden nun im nächsten Schritt – auf der Grundlage der in 2005 beendeten Betreuungen – die Betreuungsdauer und Kontaktintensität bei den fünf wichtigsten Betreuungsformen betrachtet, ergeben sich starke Unterschiede:

Die Allgemeine Psychosoziale Behandlung weist mit einem Wert von 314 Tagen die längste durchschnittliche Betreuungsdauer auf (siehe Tabelle 10). In diesem Zeitraum kommt es zu durchschnittlich 42 Kontakten, d.h. es findet durchschnittlich alle 7 Tage (jede Woche) ein Kontakt (Termin) zwischen dem Klienten und dem Betreuer statt. Damit ist die Allgemeine Psychosoziale Betreuung

³⁰ Diese Angaben stammen aus dem Substitutionsregister für das Land Hessen.

die kontaktintensivste und am längsten dauernde Betreuungsform. Das entspricht der Konzeption dieses Betreuungstyps, die auf eine längerfristige Betreuung des Klienten angelegt ist.

Nur die Ambulante Rehabilitation hat eine ähnliche hohe Kontaktdichte wie die Allgemeine Psychosoziale Betreuung: Hier kommt es alle 8 Tage zu einem Kontakt. Das entspricht in etwa dem Behandlungssetting dieser Therapieform, das wöchentliche Einzel- und/oder Gruppengespräche vorsieht. Ihre durchschnittliche Betreuungsdauer beträgt 214 Tage.

Die Ambulante Behandlung und vor allem die Beratung sind dagegen nicht so kontaktintensiv: Sie kommen auf Durchschnittswerte von 13 bzw. 16 Tagen. Die Beratung weist überdies mit 145 Tagen die kürzeste Betreuungsdauer auf. Dies hängt damit zusammen, dass es auch kurzfristige, informationsorientierte Beratungsleistungen gibt.

Die Medikamentengestützte Behandlung liegt mit ihren Durchschnittswerten im „Mittelfeld“: Die Betreuungsdauer beträgt 263 Tage bei einer Kontaktintensität von „alle 10 Tage“.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass sich in diesen Durchschnittswerten – die empirische Hinweise auf das Inanspruchnahmeverhalten geben – auch die unterschiedlichen Konzeptionen der verschiedenen Betreuungsarten widerspiegeln.

Gegenüber dem Jahr 2004 ergibt sich das folgende Bild:

- Insgesamt hat die Kontaktintensivität bei vier von fünf Betreuungsformen (leicht bis stark) zugenommen. Nur bei der Medikamentengestützten Behandlung ist sie gleich geblieben.
- Dagegen sind bei der Betreuungsdauer – mit Ausnahme der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung – die Werte im Großen und Ganzen stabil.
- Die größten Veränderungen hat es insgesamt bei der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung gegeben: Bei ihr hat sowohl die Kontaktintensität (von 12 auf alle 7 Tage) auch als die Betreuungsdauer (von 253 zu 314 Tage) deutlich zugenommen. Womit diese Veränderung im Einzelnen zusammenhängt – z.B. mit einer modifizierten Anwendung des Betreuungskonzeptes und/oder einer besseren Compliance der Klienten – kann im Rahmen dieser Basisanalyse nicht geklärt werden.

Tabelle 10: Durchschnittliche Betreuungsdauer, Kontaktanzahl und Kontaktintensität nach Betreuungsform – abgeschlossene Betreuungen in 2005

| | Betreuungsdauer Tage | Kontakte Anzahl | Kontaktintensität* Tage | Anzahl Betreuungen N |
|------------------------------------|-------------------------|--------------------|----------------------------|-------------------------|
| Allgemeine Psychosoziale Betreuung | 314 | 42 | 7 | 839 |
| Ambulante Behandlung | 222 | 17 | 13 | 257 |
| Ambulante Rehabilitation | 214 | 28 | 8 | 775 |
| Beratung | 145 | 9 | 16 | 6.027 |
| Medikamentengestützte Behandlung | 263 | 26 | 10 | 1.229 |

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

Wird die jeweilige Betreuungsdauer differenzierter betrachtet, fällt auf, dass bei der Beratung der Anteil der „Kurzzeit-Betreuten“ besonders hoch ist. Hier ist mehr als jeder zweite Klient bis zu 3 Monate in Betreuung (52%) (siehe Tabelle 11). Dagegen wird nur ein vergleichsweise geringer Anteil über ein Jahr lang beraten (9%). Bei der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung ist dies dagegen bei fast 30% der Fall. Auch die Medikamentengestützte Behandlung weist noch einen vergleichsweise hohen Anteil von Personen auf, die länger als ein Jahr betreut werden (müssen) (21%).

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 11: Betreuungsdauer (Klassen) nach Betreuungsform – abgeschlossene Betreuungen in 2005

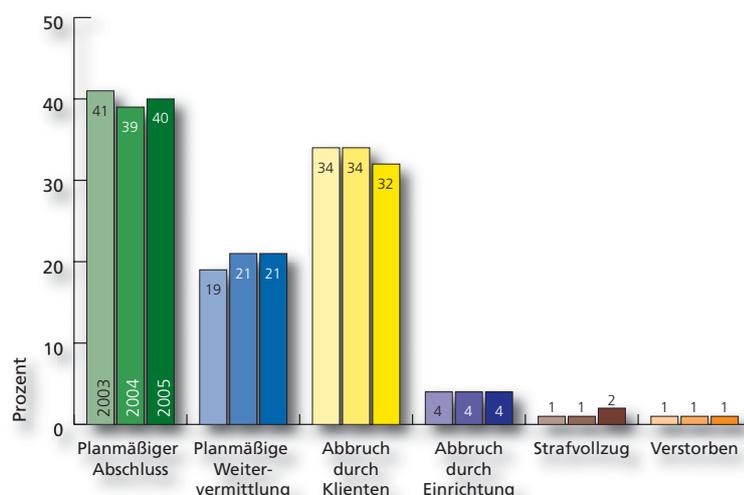
| | Allgemeine Psychoziale Betreuung | Ambulante Behandlung | Ambulante Rehabilitation | Beratung | Medikamentengestützte Behandlung |
|--------------------|--|-------------------------|-----------------------------|----------|-------------------------------------|
| | % | % | % | % | % |
| Bis 3 Monate | 33 | 38 | 27 | 52 | 36 |
| 4 bis 6 Monate | 16 | 23 | 25 | 22 | 21 |
| 7 bis 12 Monate | 22 | 21 | 31 | 17 | 22 |
| über 12 Monate | 29 | 18 | 17 | 9 | 21 |
| Anzahl Betreuungen | 839 | 257 | 775 | 6.027 | 1.229 |

Betreuungsende

Im Jahr 2005 sind 40% aller Betreuungen planmäßig abgeschlossen worden (siehe Abbildung 14). Hinzu 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 über 60% regulär beendeter Betreuungen. Dagegen wurde in jedem dritten Fall ein Betreuungsverhältnis durch den Klienten abgebrochen (32%). Ein Abbruch durch die Einrichtung kommt dagegen eher selten vor (4%). 1% der betreuten Klienten ist verstorben.

Mit diesen Zahlen hat sich gegenüber den beiden Vorjahren das Beendungsverhalten der Klienten so gut wie nicht verändert. Das zeigt die Abbildung 14.

Abbildung 14: Beendigungsgrund der Betreuungen nach Erhebungsjahr ($N_{2005}=9.653$, $N_{2004}=9.517$, $N_{2003}=8.024$)



Bei der Art der Beendigung der Betreuung bestehen deutliche Unterschiede, wenn eine Aufgliederung nach der Hauptdiagnose-Gruppe vorgenommen wird: Während 69% aller Alkoholkonsumenten eine Betreuung planmäßig beenden oder weitervermittelt werden, liegt dieser Anteil bei den Hilfesuchenden mit der Hauptdiagnose „Opiate“ bei 51%. Umgekehrt ist das Verhältnis bei den Personen, bei denen die Betreuung vorzeitig abgebrochen wird (vom Klienten oder der Einrichtung): Die „Abbrecherquoten“ sind bei allen illegalen Drogen höher (37% bis 43%) als bei dem legalen Suchtmittel Alkohol (30%).

Wenn soziale Kriterien mit in die Betrachtung einbezogen werden, zeigt sich, dass die sozial schlechter gestellten Personen eine höhere „Abbrecherquote“ aufweisen als diejenigen in einer besseren sozialen Situation: So beträgt diese bei den Klienten in einer prekären Wohnungssituation 43% gegenüber 36% derjenigen, die in einer gesicherten Wohnform leben. Die entsprechenden Werte bei der Erwerbstätigkeit lauten: 40% (erwerbslos) zu 30% (erwerbstätig).

Erwähnenswerte geschlechtsspezifische Unterschiede existieren bei den Gründen der Beendigung nicht. Bei der Auswertung nach dem Alter fällt auf, dass die verstorbenen Klienten im Durchschnitt (erst) 42 Jahre alt sind. Das weist auf die fortgeschrittene Verelendung und die Schwere der Abhängigkeitserkrankung eines Teils der Klienten hin.

Den höchsten Anteil einer planmäßigen Beendigung (inklusive Weitervermittlung) weist die ambulante Rehabilitation mit einem Anteil von 65% auf, den niedrigsten die Medikamentengestützte Behandlung mit 43%.

Werden ausschließlich die Weitervermittlungen nach dem Betreuungsende betrachtet, zeigt sich, dass von dieser Klientengruppe über ein Drittel in die stationäre Entwöhnungsbehandlung vermittelt wird (35%).³¹ Bei der Differenzierung nach der Hauptdroge zeigt sich ein großer Unterschied dahingehend, dass mehr als jeder zweite vermittelte Alkoholklient in eine stationäre Einrichtung überwiesen wird (52%), bei den Opiatabhängigen ist dies nur etwa jeder fünfte (22%). Am zweithäufigsten wird in die ambulante Beratung/Behandlung vermittelt (12%). Auch hier ergeben sich

³¹ Die 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 (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.

erneut starke Abweichungen, wenn nach der Hauptdroge differenziert wird: Der Anteil vermittelter Opiatklienten ist doppelt so hoch wie derjenige der Alkoholklienten (15% zu 7%).

Bei den anderen Vermittlungstypen bestehen Anteile zwischen 3% und 10%. In eine Substitutionsbehandlung werden – erwartungsgemäß – ausschließlich Opiatklienten vermittelt (21%). Auch das Ergebnis für die Ambulante Rehabilitation überrascht nicht: Es werden – wie überall in Deutschland – mehr Alkoholklienten in diese Form der ambulanten Abstinenztherapie geschickt als Opiatabhängige (4% zu 2%).

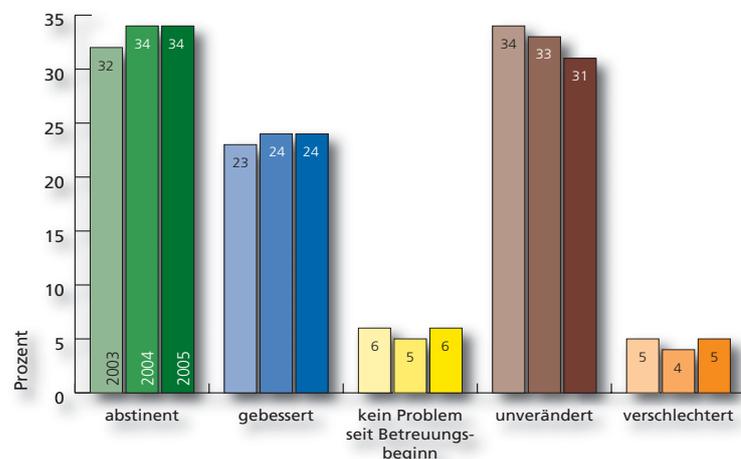
Werden die verschiedenen Weitervermittlungsarten nach dem Alter ausdifferenziert, zeigt sich, dass die Klienten, die zur ambulanten Rehabilitation vermittelt worden sind, die ältesten sind: Ihr Durchschnittsalter beträgt 42 Jahre. Am jüngsten ist die Klientengruppe, die an eine ambulante Beratung/Behandlung weitergeleitet wird (Durchschnittsalter: 34 Jahre).

Bei den Weitervermittlungen bestehen insgesamt betrachtet keine größeren Abweichungen gegenüber dem Vorjahr (2004).³²

Konsumstatus am Ende der Betreuung

Jeder dritte Klient lebt am Ende der Betreuung abstinent (34%, siehe Abbildung 15).³³ Ferner hat sich bei 24% aller Klienten eine Verbesserung ihres Konsumverhaltens während der Betreuung eingestellt. Bei 31% der Hilfesuchenden stellt sich dieses jedoch unverändert dar. Bei 5% wird sogar über eine Verschlechterung berichtet. Hier hat es insgesamt – wie in der Abbildung 15 ausgewiesen – seit 2003 eine ganz leichte Verbesserung gegeben.

Abbildung 15: Konsumstatus am Ende der Betreuung nach Erhebungsjahr (N₂₀₀₅=8.793, N₂₀₀₄=8.613, N₂₀₀₃=7.704)



³² Im Jahresbericht 2003 wurden Auswertungen zu den Weitervermittlungen noch nicht vorgenommen.

³³ 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 Hilfsmaßnahmen 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.

Es ergeben sich stark abweichende Abstinenzraten, wenn die verschiedenen Hauptdiagnosegruppen bezüglich ihres Konsumstatus betrachtet werden: Bei den Alkoholkonsumenten beträgt die Abstinenzrate 48%, bei den Kokain-/Crackklienten 39% und bei den Opiatgebrauchern 20% (siehe Tabelle 12). Entsprechend weist auch die Kategorie „unverändert“ eine große Spannweite zwischen 23% (Alkohol) und 43% (Opiate) auf. An diesen Zahlen wird deutlich, dass es bei den opiatabhängigen Personen besonders schwierig ist, im Beratungs- oder therapeutischen Prozess Abstinenz zu erreichen. Deshalb stehen bei einem Teil der Klienten (zunächst) auch andere kurz- und mittelfristige Ziele, wie die gesundheitliche und soziale Stabilisierung im Vordergrund – wie dies bei der Substitutionsbehandlung der Fall ist.

Tabelle 12: Konsumstatus am Ende der Betreuung nach Hauptdiagnosegruppe (N= 6.882)

| | Alkohol | Opiate | Cannabis | Kokain / Crack |
|------------------------------------|---------|--------|----------|----------------|
| | % | % | % | % |
| abstinent | 48 | 20 | 36 | 39 |
| gebessert | 21 | 26 | 29 | 20 |
| kein Problem seit Betreuungsbeginn | 4 | 3 | 3 | 5 |
| unverändert | 23 | 43 | 29 | 27 |
| verschlechtert | 4 | 8 | 3 | 9 |
| Personen (N) | 3.215 | 2.369 | 978 | 320 |

Abschließend sollen der Beendigungsgrund und der Konsumstatus zusammengebracht betrachtet werden. Zeigen sich hier – erwartungsgemäß – Zusammenhänge?

Bei über drei Viertel derjenigen Klienten, die die Betreuung regulär beendet haben, hat sich das Konsumverhalten während der Betreuung verbessert (77%). Ein Großteil von ihnen ist abstinent geworden (siehe Tabelle 13). Auch bei den meisten (planmäßig) weitervermittelten Klienten ist zum Betreuungsende ein positiver Konsumstatus zu registrieren (64%). Bei den Abbrechern ist dies dagegen nur bei einer Minderheit der Fall: So weisen nur 13% 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 in den vorangegangenen Berichtsjahren wurde dieser Zusammenhang dargestellt.

Tabelle 13: Beendigungsgrund nach Konsumstatus

| | abstinent | gebessert | Anzahl |
|---------------------------------------|------------------|------------------|---------------|
| | % | % | N* |
| planmäßiger Abschluss | 54 | 23 | 3.594 |
| (planmäßige) Weitervermittlung | 34 | 30 | 1.942 |
| Abbruch durch Klient | 13 | 21 | 2.683 |

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

Angehörige

Der Anteil der Angehörigen an der Gesamtklientel der ambulanten Suchthilfe beträgt 6% für das Jahr 2005 (siehe Tabelle 14). Im Jahr zuvor waren es 7%, davor sogar 9%. In absoluten Zahlen ist ein Rückgang um 30% von 1.645 Angehörigen (2003) auf 1.141 (2005) zu konstatieren. Auch die Anzahl dokumentierter anonymer Kontakte mit Angehörigen ist in den Jahren 2003 bis 2005 gesunken: von 1.006 (2003) über 938 (2004) auf 754 (2005).

Diese Entwicklung bei der Beratung von Angehörigen ist eine der auffälligsten Veränderungen im bisherigen Beobachtungszeitraum von 3 Jahren. Sie könnte möglicherweise darauf zurückzuführen sein – so Vermutungen aus der Praxis –, dass es im Zuge der Einsparungen durch die öffentliche Hand zu einer Einschränkung spezifischer Angebote für Angehörige gekommen ist.

Tabelle 14: Anteil der Angehörigen

| | Angehörige | | Klienten/innen | |
|-------------|------------|-------|----------------|--------|
| | % | N | % | N |
| Hessen 2005 | 6 | 1.141 | 94 | 17.562 |
| Hessen 2004 | 7 | 1.236 | 93 | 17.023 |
| Hessen 2003 | 9 | 1.645 | 91 | 17.515 |

Insgesamt liegt jedoch Hessen trotz des Rückgangs bei den betreuten Angehörigen im Bundesdurchschnitt. Nach den Angaben der Deutschen Suchthilfestatistik betrug der deutschlandweite Anteil 7% im Jahr 2004 und 6% im Jahr 2003 (Sonntag 2005) – Zahlen für 2005 sind noch nicht veröffentlicht.

Das Geschlechterverhältnis bei den Angehörigen in Hessen ist deutlich anders als bei den Klienten und Klientinnen. Bei 69% der betreuten Angehörigen handelt es sich um weibliche Personen (2004: 74%, 2003: 68%). Vor allem wenn es um Alkoholprobleme geht, sind es weibliche Angehörige, die sich beraten lassen (82%). Eine solche Dominanz von Frauen bei den Angehörigen ist auch aus anderen Suchthilfestatistiken bekannt.

Das Durchschnittsalter der Angehörigen beträgt 43,2 Jahre (2004: 44,7 Jahre, 2003: 43,1 Jahre). Dabei sind die männlichen Angehörigen im Durchschnitt fast fünf Jahre jünger als die Frauen (w: 44,6 Jahre; m: 39,9 Jahre). Einen solchen Altersunterschied gab es in den beiden Vorjahren nicht.

Die meisten Angehörigen suchen wegen des Cannabis- oder Alkoholkonsums eines Familienangehörigen oder Bekannten (Kind, Partner etc.) eine ambulante Suchthilfeeinrichtung auf. Bei 43% ist der Cannabiskonsum des so genannten „Index-Klienten“ der Anlass, bei 32% der Alkoholkonsum (siehe Tabelle 15). Bei etwa jeder neunten Person spielt der Opiatkonsum des Betroffenen eine Rolle. Es gibt nur ganz selten Angehörige, die wegen des Konsums von Ecstasy oder einer anderen „Partydroge“ eines Bekannten in eine ambulante Einrichtung kommen (1,3%). Diese Verteilung der Hauptsubstanz der „Index-Klienten“ hat sich im Vergleich zum Vorjahr etwas verschoben: Der Anteil von Cannabis als Hauptsubstanz hat um 4 Prozentpunkte zugenommen, Alkohol

ist um 5 Prozentpunkte gesunken.³⁴ In dem steigenden Anteil von Cannabis könnten die zunehmenden Sorgen und Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum dieser Substanz unter jungen Menschen zum Ausdruck kommen.

Tabelle 15: Hauptsubstanz der „Index-Klienten“* (N₂₀₀₅= 740, N₂₀₀₄=726)

| | 2005 % | 2004 % |
|----------------------------|-----------|-----------|
| Cannabis | 43 | 39 |
| Alkohol | 32 | 37 |
| Opiate | 12 | 10 |
| Kokain/Crack | 4 | 4 |
| Esstörungen | 1 | 1 |
| Ecstasy/Partydrogen | 1,3 | 0,4 |
| Anderes | 7 | 9 |

* Person, wegen der ein/e Angehörige/r eine Hilfe-einrichtung aufsucht.

Sechs von zehn Angehörigen hatten im Jahr 2005 ihren ersten Kontakt zu der dokumentierenden Einrichtung. Bei 40% bestand das Betreuungsverhältnis schon im Vorjahr. Diese Relation ist über die drei bisherigen Auswertungsjahre sehr stabil.

Die durchschnittliche Betreuungsdauer bei der Beratung von Angehörigen beträgt 143 Tage. Dabei sind über die Hälfte der Angehörigen bis zu 3 Monate (56%) und jede/r Zehnte über ein Jahr lang in Betreuung (10%). Dieser Wert liegt – erwartungsgemäß – unter demjenigen der Klienten: 216 Tage. Dieser Sachverhalt dürfte damit zusammenhängen, dass viele Angehörige mit einem konkreten Anliegen kommen, das in kürzerer Zeit potenziell lösbar ist. Dafür spricht auch, dass es in drei von vier Fällen nicht zu mehr als 5 Kontakten kommt.

³⁴ Hier ist nur ein Vergleich mit den Ergebnissen aus dem Jahr 2004 möglich, weil diese Information erst seitdem erfasst wird.

Regionale Aspekte

Wie im Vorjahr folgt an dieser Stelle eine Analyse regionalspezifischer Unterschiede. Die Vergleiche beziehen sich dabei auf drei Kategorien:

- Landkreise (Einrichtungen in Städten und Gemeinden, die in den 21 hessischen Landkreisen beheimatet sind, Einwohnerzahl zusammen: 4.705.000),
- Großstädte (Einrichtungen aus den kreisfreien Städten Kassel, Wiesbaden, Darmstadt und Offenbach; Einwohnerzahl zusammen: 729.000),
- Frankfurt am Main (obwohl es sich ebenfalls um eine kreisfreie Stadt handelt, werden Einrichtungen aus Frankfurt wegen des speziellen Charakters als Metropole mit 646.000 Einwohnern gesondert betrachtet).

Im Unterschied zum Vorjahr sind in dieser Spezialauswertung auch jahresbezogene Vergleiche (2004 und 2005) enthalten. Dies wird dadurch ermöglicht, dass sich die Verteilung von Klienten und Einrichtungen auf die drei Regionalkategorien trotz der höheren Zahl der einbezogenen Einrichtungen (und der dadurch angestiegenen Zahl der in die Auswertung einbezogenen Klienten) als nahezu identisch präsentiert (siehe Kapitel Datengrundlage).

Die Anzahl der in die Regionalauswertung einbezogenen Einrichtungen hat sich mit 103 gegenüber dem Vorjahr (92 Einrichtungen; 2003: 80) nochmals gesteigert. Mehr als die Hälfte dieser Einrichtungen (60) liegen in Landkreisen (2004: 54), 16 in den vier Großstädten (2004: 15) und 27 in Frankfurt (2004: 23). Auch mehr als die Hälfte der Klienten und Klientinnen wird in den Landkreisen betreut. Der Anteil dieser Personen an der Gesamtstichprobe ist – bei einem leichten Anstieg der absoluten Zahl der Klienten – mit 57% im Vergleich zum Vorjahr (56%) nahezu identisch (N=10.120; 2004: 9.499). Ebenso haben sich die jeweiligen Anteile der in Frankfurt und in den Großstädten Betreuten quasi nicht verändert (Frankfurt: 23% / 4.001 Personen, 2004: 22% / 3.793 Personen; Großstädte: 21% / 3.660 Personen, 2004: 22% / 3.750 Personen). Die Gesamtzahl der in die Regionalauswertung einbezogenen Klienten ist durch die neu hinzugekommenen Einrichtungen um 4% von 17.042 auf 17.781 angestiegen.

Der Anteil der Angehörigen, die in den Landkreisen betreut werden, liegt mit 78% (880 Personen) wiederum höher als der Anteil der in den Landkreisen betreuten Klienten. Dieser Anteil hat sich, obwohl die absolute Zahl der betreuten Angehörigen nahezu identisch ist, im Vergleich zum Vorjahr (73% / 876 Personen) leicht erhöht, da die Anzahl der in den Großstädten und Frankfurt betreuten Angehörigen leicht rückläufig ist. Insbesondere in Frankfurt nimmt die Angehörigenbetreuung einen deutlich geringeren Stellenwert ein als 2004: Lediglich 4% aller Angehörigen (N=47; 2004: 8% / N=101) stammen aus Frankfurter Einrichtungen (Großstädte: 18% / N=205; 2004: 19% / N=230).

In einer anderen Lesart stellt sich die Entwicklung bei den Angehörigen wie folgt dar: In den Landkreisen ist ihr Anteil zwischen 2004 und 2005 von 8,4% auf 8,0% leicht gefallen genauso wie in den Großstädten von 5,8% auf 5,3%. Dagegen hat sich der Anteil von Angehörigen in Frankfurt in diesen beiden Jahren deutlich von 2,6% auf 1,2% reduziert.

Alter, Geschlecht und Wohnort

An der Geschlechterverteilung hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur wenig geändert, so dass der bekannte starke Überhang der männlichen Klientel nach wie vor in allen drei regionalen Bezugsräumen zu beobachten ist, in Frankfurt allerdings in etwas schwächerer Ausprägung: Wie bereits 2004 sind in den Landkreisen 75% und in den Großstädten 76% der Klientel männlich, während dieser Anteil in der Metropole mit aktuell 69% (2004: 68%) etwas niedriger liegt.

Auch die im Vorjahr beobachteten, schwach ausgeprägten regionalspezifischen Unterschiede im Hinblick auf das Alter sind im Jahr 2005 nahezu unverändert geblieben: wiederum sind Klienten, die durch Einrichtungen in Frankfurt betreut werden, durchschnittlich etwas jünger (2004: 35,9 Jahre; 2005: 35,8 Jahre) als in den anderen regionalen Bezugsräumen. In den Landkreisen liegt das Durchschnittsalter weiterhin rund ein Jahr höher (2004: 37,0; 2005: 37,1). Lediglich in den Großstädten zeigt sich eine leichte Steigerung des Durchschnittsalters, so dass die Klientel dort nunmehr rund zwei Jahre älter ist als in den Landkreisen (2004: 38,5; 2005: 39,1). Diese Differenzen sind in erster Linie auf Unterschiede bezüglich der Hauptdiagnosegruppen zurückzuführen: In Frankfurt ist der Anteil der (durchschnittlich älteren) Alkoholkonsumenten wesentlich geringer als in den anderen Bezugsräumen, während das im Vergleich zu den Großstädten niedrigere Durchschnittsalter in den Landkreisen dem höheren Anteil der (jüngeren) Cannabiskonsumenten zuzuschreiben ist.

Erstmals erfasst wurden in der Erhebung 2005 die Wohnorte der Klienten. Dies erfolgte über die ersten drei Ziffern der Postleitzahl. In der folgenden Darstellung (siehe Tabelle 16) sind die Wohnorte mittels derselben Kategorien wie in der einrichtungsbezogenen Regionalauswertung (zuzüglich der Kategorie „außerhalb Hessens“) bezeichnet. Ausgenommen von dieser Auswertung sind neben den Klienten, bei denen die Postleitzahlenangabe fehlt (N=1.034), die relativ wenigen Fälle, in denen die Angaben nicht eindeutig einem Landkreis bzw. einer kreisfreien Stadt in Hessen oder einem anderen Bundesland zugeordnet werden konnten (N=193).

Tabelle 16: Wohnorte der in den drei regionalen Bezugsräumen betreuten Klienten und Angehörigen

| Wohnort | Klienten Einrichtungsort | | | Angehörige Einrichtungsort | | |
|-------------------|-----------------------------|------------|-----------|-------------------------------|------------|-----------|
| | Landkreise | Großstädte | Frankfurt | Landkreise | Großstädte | Frankfurt |
| | % | % | % | % | % | % |
| Landkreise | 97 | 31 | 14 | 98 | 53 | 15 |
| Großstädte | 1 | 66 | 3 | 1 | 46 | 5 |
| Frankfurt | 1 | 0,5 | 81 | 0,5 | 0 | 79 |
| außerhalb Hessens | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| Gesamt (N) | 9.356 | 3.550 | 3.649 | 800 | 191 | 39 |

Die Tabelle 16 zeigt, dass in den Einrichtungen, die in den Landkreisen liegen, nahezu alle Klienten und Angehörige ihren Wohnsitz ebenfalls in einem hessischen Landkreis haben (97% bzw. 98%). Dagegen sind es in den Großstädten nur zwei Drittel der Klienten und etwas weniger als die Hälfte der Angehörigen, die auch in einer hessischen Großstadt wohnen, während der überwiegende Teil der übrigen Betreuten (im Fall der Angehörigen mehr als die Hälfte) seinen Wohnsitz in einem Landkreis hat. In den Frankfurter Einrichtungen stellen Klienten und Angehörige aus Frankfurt jeweils rund 80% der Betreuten. Auch hier wohnt der überwiegende Teil der übrigen Klientel in einem Landkreis, während ein vergleichsweise geringer Anteil seinen Wohnsitz in einer anderen Großstadt hat. Klienten und Angehörige aus anderen Bundesländern spielen in keinem der drei Bezugsräume quantitativ eine nennenswerte Rolle (Anteile zwischen 1% und 3%). Insgesamt ist aufgrund dieser Ergebnisse eine relativ hohe Übereinstimmung von Wohn- und Einrichtungsort festzustellen, wenn diese auf der Ebene der drei regionalen Bezugsräume gemessen wird. Die Ausnahme stellen die Einrichtungen in den vier Großstädten dar, bei denen ein relativ hoher Anteil der Klientel in hessischen Landkreisen wohnt.

Substanzkonsum

Die im letzten Jahr ermittelten regionalspezifischen Unterschiede bei den Hauptdiagnosegruppen bestätigen sich für das Jahr 2005 weitgehend: So sind mehr als die Hälfte der 2005 in den Frankfurter Einrichtungen betreuten Klienten Opiatkonsumenten (54%), während weniger als ein Viertel der Frankfurter Klientel (23%) eine Alkoholdiagnose zugewiesen bekam (siehe Tabelle 17). Demgegenüber stellen die Alkoholkonsumenten in den Landkreisen und Großstädten jeweils den größten Anteil der Klientel, während sich vor allem in den Landkreisen deutlich niedrigere Anteile von Opiatkonsumenten finden. Der hohe Anteil der zuletzt genannten Gruppe sowie mit Abstrichen auch der der Kokain- bzw. Crackkonsumenten in Frankfurt dürfte im Wesentlichen auf die Drogenszene in der Stadt zurückzuführen sein, in der neben Heroin auch Kokainderivate verbreitet sind (Prinzleve et al. 2005). Zudem wird eine Cannabisdiagnose in den Landkreisen prozentual gesehen häufiger gestellt als in den Großstädten inklusive Frankfurt (15% vs. 10% bzw. 9%). Hier ist zu vermuten, dass dieser Unterschied in erster Linie mit den unterschiedlichen Angebotsstrukturen (z.B. Verzahnung von Drogen- und Jugendberatung in einigen Landkreisen) sowie mit den weniger anonymen Strukturen in ländlichen Gebieten zusammenhängen dürfte. Gerade vor dem Hintergrund des niedrigeren Durchschnittsalters ist anzunehmen, dass Cannabiskonsumenten in kleineren Gemeinden womöglich früher von Eltern, Lehrern oder anderen Bezugspersonen zur Beratung geschickt werden als dies in größeren Städten der Fall ist.

Tabelle 17: Hauptdiagnose der Klienten nach Region und Jahr der Erhebung

| | Landkreise | | Großstädte | | Frankfurt | |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 |
| | % | % | % | % | % | % |
| Alkohol | 49 | 48 | 47 | 44 | 25 | 23 |
| Opiate | 27 | 28 | 34 | 38 | 52 | 54 |
| Cannabis | 15 | 15 | 9 | 10 | 8 | 9 |
| Kokain & Crack | 3 | 3 | 3 | 3 | 9 | 9 |
| Benzodiazepine & Barbiturate | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 |
| MDMA, Amphetamine & Halluzinogene | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| Essstörungen & pathologisches Spielen | 3 | 3 | 3 | 3 | 0,5 | 0,5 |
| Gesamt (N) | 7.107 | 7.283 | 2.660 | 2.669 | 2.603 | 3.125 |

Im Hinblick auf Entwicklungen im Zeitverlauf zeigt sich die auffälligste Änderung zwischen 2004 und 2005 in den Großstädten: Hier haben sich die Anteile der Alkohol- und Opiatklientel deutlich angenähert, da der erstere um drei Prozentpunkte zurückgegangen und letzterer um vier Prozentpunkte angestiegen ist (siehe Tabelle 17). Auch in den beiden anderen Bezugsräumen sind eine tendenzielle Erhöhung des Anteils an Opiatklienten und ein Rückgang der Alkoholklientel zu beobachten. Ansonsten ist lediglich in den Großstädten inklusive Frankfurt ein minimaler Anstieg des Cannabisklienten-Anteils (um jeweils einen Prozentpunkt) festzustellen – hier ist abzuwarten, ob sich diese Tendenz in den kommenden Jahren bestätigen wird.

Bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung der Hauptdiagnosegruppen zeigt sich, dass wie im Vorjahr der Frauenanteil bei den Alkoholklienten in Frankfurt etwas stärker ausgeprägt ist als in den beiden anderen Untersuchungsgebieten: Während in der Metropole 34% der Alkoholklientel weiblich sind, beläuft sich dieser Anteil in den Landkreisen und in den Großstädten jeweils auf 24%. Wie in den meisten anderen Hauptdiagnosegruppen sind hier im Vergleich zu 2004 nur marginale Veränderungen festzustellen. Auch bei den anderen Substanzen zeigt sich in Frankfurt zu meist ein etwas höherer Frauenanteil: So ist die Opiatklientel in Frankfurt zu 30% weiblich (Großstädte: 28%, Landkreise: 24%) und unter den Cannabiskonsumenten sind in Frankfurt 17% Frauen (gegenüber 13% bzw. 14%).

Beim Durchschnittsalter in den einzelnen Hauptdiagnosegruppen zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr ein leicht verändertes Bild: so sind die Alkoholklienten in Frankfurt durchschnittlich nicht mehr älter, sondern etwas jünger als die in den anderen Bezugsräumen, da das Durchschnittsalter in dieser Gruppe in Frankfurt gesunken ist (44,5 vs. 46,2 Jahre im Jahr 2004), während die entsprechenden Werte in den Großstädten (45,4 vs. 44,7) und in den Landkreisen (44,7 vs. 44,3) jeweils leicht angestiegen sind. Bei der Opiatklientel ist 2005 nur noch ein marginaler Unterschied zwischen Frankfurt (36,2; 2004: 35,9) und den Großstädten (35,9; 2004: 34,8) zu beobachten, da dieser Wert in letzteren stärker angestiegen ist als in der Metropole. Auch in den Landkreisen ist es zu einem leichten Anstieg gekommen (34,1; 2004: 33,5). Nach wie vor sind in den Landkreisen die Klienten in den meisten Hauptdiagnosegruppen durchschnittlich jünger als in den anderen Bezugsräumen.

Soziale Situation

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

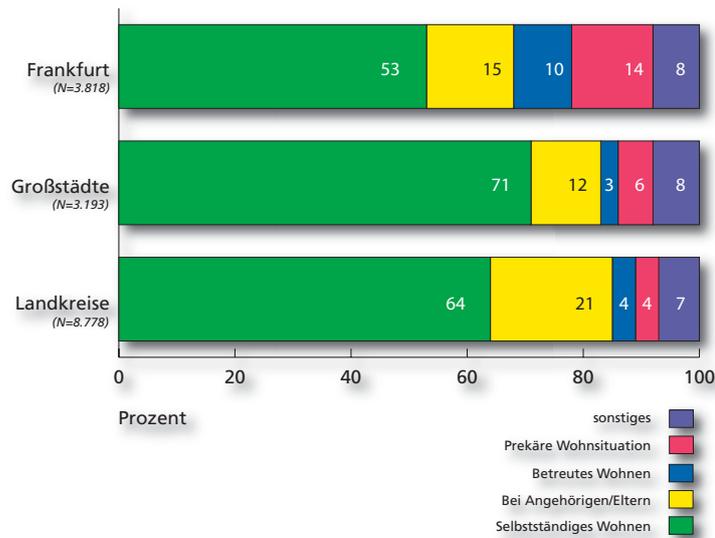
Der Überblick zur Wohnsituation in den drei Bezugsräumen (siehe Abbildung 16) kann sich auf die Situation im Jahr 2005 beschränken, da sich nur marginale Änderungen gegenüber dem Vorjahr zeigen: Keiner der einzelnen Werte für die Wohnsituation in den Landkreisen und den Großstädten (inklusive Frankfurt) hat sich um mehr als einen Prozentpunkt verschoben.

Weiterhin verfügt in allen drei Bezugsräumen die Mehrheit der Klienten über eine eigene Wohnung. Diese Wohnform überwiegt dabei in Großstädten (71%) und Landkreisen (64%) in stärkerem Maße als in Frankfurt (53%), wo sich die Wohnsituation der Klienten nach wie vor deutlich schlechter darstellt als in anderen Gemeinden Hessens. Der Anteil der Klienten in der Mainmetropole, die in einer prekären Wohnsituation (obdachlos, provisorische Unterkünfte, Justizvollzugsanstalt) leben, ist zwar leicht von 15% auf 14% zurückgegangen, liegt aber nach wie vor sehr deutlich über den Werten der Großstädte und Landkreise, wo lediglich 4% bzw. 6% (2004: jeweils 5%) entweder obdachlos sind oder in einer provisorischen Unterkunft bzw. JVA leben. Auch der Anteil von Klienten in Einrichtungen des betreuten Wohnens übersteigt in Frankfurt unverändert deutlich denjenigen der anderen regionalen Bezugsräume.

Die höheren Anteile von prekären Wohnsituationen sowie des betreuten Wohnens in Frankfurt sind in erster Linie darauf zurückzuführen, dass die Opiatklientel in der Metropole überrepräsentiert ist und sich zudem innerhalb derer mit Hauptdiagnosegruppe „Opiate“ in Frankfurt höhere Anteile für diese Wohnformen zeigen: Wie bereits 2004 leben 18% in einer prekären Wohnsituation; 12% (2004: 14%) sind in einer Einrichtung des betreuten Wohnens untergebracht. Demgegenüber sind die ohnehin wesentlich niedrigeren Anteile in den beiden anderen Bezugsräumen 2005 noch leicht gesunken: Dies betrifft sowohl das betreute Wohnen (6% / 2004: 8%) als auch prekäre Wohnsituationen (7% / 2004: 9%) bei Opiatklienten in den Landkreisen als auch beide Werte in den Großstädten (2% und 9%; 2004: 3% und 10%). Auch in anderen Hauptdiagnosegruppen liegt jedoch die Anzahl derer, die in einer betreuten oder prekären Wohnsituation leben, in Frankfurt nach wie vor höher als in den anderen hessischen Gebieten: bei der Alkoholclientel sind dies 11% in Frankfurt gegenüber 6% in den Landkreisen und 5% in den Großstädten; unter Cannabiskonsumenten 16% (Frankfurt) gegenüber 8% (Großstädte) bzw. 6% (Landkreise).

Dagegen weicht die Wohnsituation der Klienten in den Landkreisen und Großstädten weniger stark voneinander ab. Unverändert zeigt sich ein deutlich größerer Anteil von Personen in den Landkreisen, die bei Angehörigen wohnen (21% gegenüber 12% in den Großstädten). Dies ist in erster Linie auf das insgesamt niedrigere Durchschnittsalter und insbesondere den höheren Anteil der ohnehin deutlich jüngeren Cannabiskonsumenten in den Landkreisen zurückzuführen: Nach wie vor ist die Quote der Cannabisklienten, die bei den Eltern oder anderen Angehörigen wohnen, in den Landkreisen deutlich am höchsten. Dabei ist sowohl in den Landkreisen als auch in den Großstädten jeweils ein leichter Rückgang der in ihren Familien lebenden Cannabisklienten zu beobachten (Landkreise 2004: 57%, 2005: 54%; Großstädte 2004: 38%, 2005: 35%; Frankfurt 2004: 35%, 2005: 36%).

Abbildung 16: Wohnsituation nach Region



Wie im Vorjahr ist in den Landkreisen der Anteil der selbstständig wohnenden weiblichen Klientel deutlich höher als der entsprechende Teil der männlichen Klienten (74% vs. 61%; 2004: 72% vs. 60%). Dagegen ist dieser „Vorsprung“ in den Städten geringer, wenngleich die Differenz in Frankfurt 2005 leicht angewachsen ist (58% vs. 51%, 2004: 57% vs. 52%; Großstädte 2005: 76% vs. 70%, 2004: 74% vs. 68%). Zudem leben in Frankfurt und den anderen Großstädten (letzteres im Unterschied zum Vorjahr) Frauen und Männer zu nahezu gleichen Anteilen in prekären Wohnsituationen (Frankfurt: 15% vs. 13%, 2004: 16% vs. 15%; Großstädte: 6% vs. 5%, 2004: 6% vs. 3%). Dagegen sind in den Landkreisen mehr Männer als Frauen obdachlos bzw. leben in provisorischen Unterkünften oder JVA (5% vs. 2%, 2004: 6% vs. 2%).

Wie im Vorjahr liegt die Arbeits-/Erwerbslosenquote in allen regionalen Untersuchungsgebieten, verglichen mit der allgemeinen hessischen Arbeitslosenquote von 10,9%³⁵, jeweils um ein Vielfaches höher. Die entsprechenden Werte liegen zwischen 45% (Landkreise) und 56% (Frankfurt) (siehe Tabelle 18). Nach wie vor steigt mit dem Grad der Urbanisierung (bzw. aufgrund der besseren Verfügbarkeit von Drogen bestehenden „Anziehungskraft“ von Großstädten für schon desintegrierte Konsumenten) tendenziell also der Anteil der arbeitslosen Klienten.

Dabei ist im Vergleich zum Vorjahr – in etwas geringerem Maße als in Bezug auf die allgemeine Arbeitslosenquote (von 9,1% auf 10,9%) – in allen Bezugsräumen ein leichter Anstieg festzustellen, der bei den Großstädten am deutlichsten ausfällt, so dass diese vier Städte diesbezüglich nunmehr nahezu gleichauf mit Frankfurt liegen.

³⁵ Durchschnittswert für das Jahr 2005; Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt (<http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/erwerbstaetigkeit/landesdaten/arbeitsmarkt/arbeitslose-im-jahresdurchschnitt/index.html>, 5.9.06)

Tabelle 18: Erwerbssituation der Klienten nach Region und Jahr der Erhebung

| | Landkreise | | Großstädte | | Frankfurt | |
|--|------------|-------|------------|-------|-----------|-------|
| | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 |
| | % | % | % | % | % | % |
| Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden | 43 | 42 | 38 | 35 | 34 | 34 |
| arbeitslos/erwerbslos | 43 | 45 | 51 | 54 | 55 | 56 |
| Berufliche Rehabilitation | 2 | 2 | 3 | 2 | 5 | 3 |
| Sonstige | 11 | 11 | 8 | 9 | 6 | 7 |
| Gesamt (N) | 7.981 | 8.381 | 2.951 | 3.039 | 3.144 | 3.602 |

Trotz gewisser Verschiebungen der entsprechenden Werte ist in den Landkreisen und Großstädten weiterhin eine deutlich niedrigere Arbeitslosenquote bei den weiblichen als bei den männlichen Klienten zu beobachten (Landkreise: 37% vs. 48%, 2004: 34% vs. 47%; Großstädte: 48% vs. 56%, 2004: 45% vs. 53%). Dagegen fällt dieser Unterschied in Frankfurt merklich geringer aus (54% vs. 57%, 2004: 55% vs. 55%).

Die besonders hohe Arbeitslosigkeit unter der Opiatklientel ist im Jahr 2005 in den Großstädten und Landkreisen etwas deutlicher angestiegen als in Frankfurt, so dass sie in den Großstädten nunmehr bei über drei Vierteln liegt (76%, 2004: 72%) und sich der Wert für die Landkreise (67%, 2004: 63%) dem für Frankfurt (71%, 2004: 69%) etwas angenähert hat. Angesichts dessen, dass die regionalspezifischen Unterschiede in den anderen Hauptdiagnosegruppen nach wie vor überwiegend geringfügig ausfallen, kann die vergleichsweise hohe Arbeitslosenquote in Frankfurt (und mit Abstrichen auch in den anderen Großstädten) überwiegend auf den höheren Anteil der besonders von Erwerbslosigkeit betroffenen Opiatklienten zurückgeführt werden.

Betreuungen

Es sei darauf hingewiesen, dass die im Folgenden dargestellten regionalspezifischen Unterschiede u.a. auch mit der Angebotsstruktur zusammenhängen können. Dies betrifft insbesondere einige Betreuungsformen, die nicht in allen Bezugsräumen im gleichen Umfang angeboten werden. Da der Einrichtungstyp nur zum Teil dokumentiert wurde, konnten etwaige Zusammenhänge der in den einzelnen Bezugsräumen vorhandenen Betreuungsangebote mit dem Ausmaß der Inanspruchnahme unterschiedlicher Betreuungsformen nicht analysiert werden.

Wie die Tabelle 19 zeigt, ist 2005 in allen regionalen Bezugsräumen der Anteil der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung zurückgegangen, am stärksten dabei in den Großstädten, die dennoch nach wie vor den höchsten Anteil dieser Betreuungsform aufweisen. Dort zeigt sich im Unterschied zu den Landkreisen und Frankfurt auch ein deutlicher Rückgang des Anteils der Beratung an allen Betreuungen (von 49% auf 42%). Dies ändert jedoch grundsätzlich nichts an dem Bild, dass die Beratung in allen drei Untersuchungsgebieten den häufigsten Betreuungstypus darstellt, in den Landkreisen noch häufiger als in den Großstädten und in diesen wiederum häufiger als in Frankfurt. Zugenommen hat in allen Bezugsräumen der Anteil der Medikamentengestützten Behandlung; diese Zunahme fällt in den Großstädten inklusive Frankfurt weitaus deutlicher aus als in den Landkreisen. In Frankfurt repräsentiert sie nunmehr fast ein Viertel aller Betreuungen. Dieser höhere (und noch weiter angestiegene) Anteil hängt mit der größeren Bedeutung der Opi-

atklanten in der Metropole zusammen. Während der deutlich höhere Wert in Frankfurt für die „anderen“ Betreuungen weiterhin zu einem wesentlichen Teil auf die Integrationshilfen zurückzuführen ist, die hier 9% (2004: 8%) aller Betreuungen ausmachen (und in den anderen regionalen Bezugsräumen quantitativ keine Rolle spielen), bezieht sich der deutlich gestiegene Anteil der „anderen“ Betreuungen in den Großstädten auf nicht näher spezifizierte Betreuungsarten. Dass in Frankfurt insgesamt der Anteil der (allgemeinen) Beratung geringer ist, könnte möglicherweise mit dem ausdifferenzierteren Hilfesystem zusammenhängen. Eine ähnliche Entwicklungsrichtung könnte möglicherweise in den Großstädten vorliegen.

Tabelle 19: Betreuungsformen nach Region und Jahr der Erhebung

| | Landkreise | | Großstädte | | Frankfurt | |
|---|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 |
| | % | % | % | % | % | % |
| Beratung | 63 | 63 | 49 | 42 | 36 | 35 |
| Allgemeine Psychosoziale Betreuung | 10 | 7 | 18 | 14 | 14 | 11 |
| Medikamentengestützte Behandlung | 6 | 7 | 9 | 14 | 20 | 24 |
| Ambulante Rehabilitation | 6 | 6 | 10 | 10 | 9 | 7 |
| Ambulante Behandlung | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 |
| Andere | 12 | 14 | 11 | 17 | 19 | 21 |
| Gesamt (N) | 9.766 | 10.179 | 4.078 | 4.183 | 4.284 | 5.414 |

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich 2005 vor allem im Hinblick auf den Anteil der Beratung unter allen Betreuungen: Während die Beratung in den Landkreisen bei den männlichen Klienten einen höheren Anteil an allen Betreuungen einnimmt als bei den weiblichen (65% vs. 58%, 2004: 65% vs. 59%), sinkt dieser Männerüberhang mit zunehmender Urbanisierung (Großstädte: 43% vs. 39%, 2004: 50% vs. 48%; Frankfurt: 35% vs. 34%, 2004: 36% vs. 34%). Bei den anderen Betreuungsformen zeigen sich keine derartigen Zusammenhänge. So ist + der Anteil der Medikamentengestützten Behandlung bei den Betreuungen von Männern in den Großstädten niedriger als bei den Frauen (13% vs. 18%), wohingegen dieses Verhältnis in Frankfurt umgekehrt ist (25% vs. 22%) und sich in den Landkreisen ausgeglichen darstellt (je 7%). Ähnlich uneinheitlich präsentieren sich die Anteile bei der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung, die in den Landkreisen bei Männern (7%) und Frauen (8%) nahezu ausgeglichen sind, während in den Großstädten dieser Anteil bei männlichen Klienten überrepräsentiert ist (15% vs. 12%) und in Frankfurt bei den weiblichen (10% vs. 14%).

Bei den nach Hauptdiagnosegruppen differenzierten Verteilungen der Betreuungsarten hat sich die auffälligste Veränderung bei Opiatklienten in den Großstädten ergeben: In dieser Gruppe ist der Anteil der Beratung an allen Betreuungen relativ stark von 29% auf 17% gesunken, und auch der Anteil der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung hat sich verringert (von 27% auf 20%). Demgegenüber ist der Anteil Medikamentengestützter Behandlungen (von 32% auf 38%) und vor allem der der „sonstigen“ Betreuungsformen (von 9% auf 22%) angestiegen. Aufgrund dieser Veränderung hat sich die Beobachtung aus dem Vorjahr, dass sich der tendenziell mit zunehmender Bevölkerungszahl abnehmende Anteil der Beratung in gleichem Maße über die drei häu-

figsten Diagnosen erstreckt, nicht bestätigt: Für die Opiatklienten ist nunmehr in Frankfurt ein im Vergleich zu den Großstädten (17%) deutlich höherer Anteil der Beratung zu beobachten (24% / 2004: 21%; Landkreise: 42% / 2004: 45%). Auch bei den Cannabiskonsumenten hat sich eine entsprechende Änderung in der Rangfolge ergeben, da sich in dieser Gruppe in Frankfurt ein Anstieg (von 53% auf 60%) und in den Großstädten ein leichter Rückgang des Anteils der Beratung zeigt (von 61% auf 58%; Landkreise 2004: 82%, 2005: 86%). Lediglich bei den Alkohol Klienten liegt dieser Anteil in Frankfurt (43% / 2004: 47%) noch niedriger als in den Großstädten (54% / 2004: 56%) und deutlich niedriger als in den Landkreisen (65% / 2004: 66%). Dass die Beratung unverändert in den Landkreisen in allen Hauptdiagnosegruppen den höchsten Anteil der Betreuungsformen einnimmt, könnte möglicherweise darauf hinweisen, dass Personen, die Probleme mit legalen oder illegalen Drogen aufweisen, in kleineren Orten wegen der geringeren Anonymität frühzeitiger eine (allgemeine) Beratung aufsuchen.

Der „Vorsprung“ der Frankfurter Opiatklienten bei der Inanspruchnahme Medikamentengestützter Behandlungen (in aller Regel Substitution) ist dagegen durch den Anstieg dieser Behandlungsform in den Großstädten sowie einem leichten Anstieg in den Landkreisen kleiner geworden (2005: Frankfurt 42%, Großstädte: 38%, Landkreise: 30%; 2004: 43% vs. 32% vs. 27%). Möglicherweise zeichnet sich hier ein Trend zu mehr Substitutionsbehandlungen für Opiatklienten außerhalb von Frankfurt (wo dieser Betreuungstyp bei dieser Klientel bereits stark verbreitet ist) ab.

Marburger H. (2005):

SGB II. Umsetzung von HARTZ IV - Grundsicherung für Arbeitsuchende. Regensburg: Walhalla Fachverlag.

Prinzleve M., Müller O., Werse B. & Bernard C. (2005):

MoSyD Szenestudie. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2004. Frankfurt a.M.: Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Centre for Drug Research.

Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2006):

Jahresbericht der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Sachsen 2005, Dresden.

Sonntag D. (Hrsg.) (2005):

Deutsche Suchthilfestatistik 2004. In: SUCHT. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Sonderheft 2.

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

| Nr. | Einrichtungname | Ort | Träger |
|-----|---|----------------|--|
| 1 | Jugend- und Drogenberatung - Suchthilfe im Vogelsbergkreis | Alsfeld | „Zweckverband Ev. Dekanate JDB im Vogelsbergkreis“ |
| 2 | „Beratungs- und Behandlungszentrum für Abhängigkeitskrankungen“ | Bad Hersfeld | Zweckverb. für Diakonie in den Kirchenkr. Hersfeld u. Rotenburg |
| 3 | Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis | Bad Homburg | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 4 | Betreutes Wohnen im Wetteraukreis in Friedberg, Bad Nauheim und Ockstadt | Bad Nauheim | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 5 | Therapiedorf „Villa Lilly“ - Betreutes Wohnen Bleidenstadt | Bad Schwalbach | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 6 | PRISMA - Jugend- und Drogenberatungsstelle für den Kreis Bergstraße | Bensheim | AWO Bergstrasse Soziale Dienste gGmbH |
| 7 | Wohngemeinschaft Bergstraße - Übergangseinrichtung und Betreutes Wohnen | Bensheim | Wohngemeinschaft Bergstraße e.V. |
| 8 | „Der Treff“ - Beratungszentrum Biedenkopf | Biedenkopf | Bürgerinitiative Sozialpsychiatrie e.V. |
| 9 | Suchtkranken- und Angehörigenberatung | Biedenkopf | Diakonisches Werk in Hessen und Nassau, Frankfurt |
| 10 | Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Wetteraukreis, Außenstelle Büdingen | Büdingen | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 11 | Betreutes Wohnen im Torgebäude der Waldmühle | Darmstadt | Stiftung Waldmühle |
| 12 | Therapiezentrum Waldmühle | Darmstadt | Stiftung Waldmühle |
| 13 | Suchthilfezentrum Darmstadt - Beratung und Behandlung | Darmstadt | Caritasverband Darmstadt e.V. |
| 14 | Drogenberatung im Suchthilfezentrum Darmstadt | Darmstadt | Caritasverband Darmstadt e.V. |
| 15 | „scentral“ Drogenhilfe Darmstadt | Darmstadt | Zweckverband Jugend-, Drogenberatung und Drogenhilfe der Stadt Darmstadt und den Landkreis Darmstadt-Dieburg |
| 16 | Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung | Dieburg | Caritasverband Darmstadt e.V. |
| 17 | Drogenberatung für den Landkreis Darmstadt-Dieburg | Dieburg | Kreisverwaltung des Landkreises Darmstadt-Dieburg |
| 18 | Suchthilfezentrum Wildhof - Psychosoziale Beratung und Behandlung | Dietzenbach | Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V. |

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

| Nr. | Einrichtungsnamen | Ort | Träger |
|-----|---|-------------------|--|
| 19 | Suchtberatung Dillenburg Betreutes Wohnen Sucht | Dillenburg | DW Dillenburg-Herborn |
| 20 | Betreutes Wohnen Bremthal - Therapeutische Einrichtung Eppstein | Eppstein | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 21 | Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung | Erbach | Caritasverband Darmstadt e.V. |
| 22 | Suchtberatungsstelle im Suchthilfezentrum | Erbach | DRK Kreisverband Odenwaldkreis |
| 23 | Betreutes Wohnen im Suchthilfezentrum | Erbach | DRK Kreisverband Odenwaldkreis |
| 24 | Fachstelle für Suchthilfe und Prävention | Eschwege | Zweckverband Diakonisches Werk Eschwege/Witzenhausen |
| 25 | Frauenberatungsstelle | Frankfurt | Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. und Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V. |
| 26 | „drop in“ - Fachstelle Nord für Suchtfragen | Frankfurt am Main | Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. |
| 27 | Jugend- und Drogenberatung Höchst | Frankfurt am Main | Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. |
| 28 | Therapeutische Wohngemeinschaften für Drogenabhängige | Frankfurt am Main | Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. |
| 29 | Kontaktladen „Café Fix“ | Frankfurt am Main | Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. |
| 30 | Kontaktladen „La Strada“ - Drogenhilfe und Prävention | Frankfurt am Main | AIDS-Hilfe Frankfurt e.V. |
| 31 | Suchthilfezentrum Bleichstraße | Frankfurt am Main | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 32 | Drogennotdienst | Frankfurt am Main | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 33 | Jugendberatung und Suchthilfe Sachsenhausen | Frankfurt am Main | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 34 | Jugendberatung und Suchthilfe Am Merianplatz | Frankfurt am Main | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 35 | Bildungszentrum Hermann Hesse | Frankfurt am Main | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 36 | Betreutes Wohnen Musikantenweg | Frankfurt am Main | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 37 | Betreute Wohngemeinschaft Eschenbachhaus | Frankfurt am Main | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

| Nr. | Einrichtungname | Ort | Träger |
|-----|---|-------------------|---|
| 38 | Betreutes Wohnen für Menschen mit alkoholbedingten Folgeerkrankungen in Frankfurt | Frankfurt am Main | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 39 | Betreute Wohngemeinschaft Wittelsbacherallee einschl. Betreutes Einzelwohnen | Frankfurt am Main | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 40 | Drogennotruf e.V. | Frankfurt am Main | Drogennotruf „62 34 51“ e.V. |
| 41 | Projekt Ossip | Frankfurt am Main | Integrative Drogenhilfe e.V. |
| 42 | Lichtblick | Frankfurt am Main | Integrative Drogenhilfe e.V. |
| 43 | Eastside - Übernachtungs- und Tagesanlaufstelle | Frankfurt am Main | Integrative Drogenhilfe e.V. |
| 44 | Café FriedA - Kontaktcafé und Sozialdienst | Frankfurt am Main | Integrative Drogenhilfe e.V. |
| 45 | BWG Rotlintstraße 76 und Betreutes Einzelwohnen | Frankfurt am Main | Integrative Drogenhilfe e.V. |
| 46 | Stiftung Waldmühle - Wohnhaus Eschersheim | Frankfurt am Main | Stiftung Waldmühle |
| 47 | „Claire“ - Beratungsbüro für suchtmittelabhängige Frauen | Frankfurt am Main | Calla - Verein zur Förderung der Lebensqualität von Frauen mit Suchtproblemen |
| 48 | Fachstelle Sucht-Prävention und Therapie. Psychosoziale Beratungs- u. Behandlungsstelle | Frankfurt am Main | Frankfurter Therapieverbund Hessischer Guttempler-Einrichtungen gGmbH |
| 49 | Ambulanz für Ausstiegshilfen (AFA) - Stadtgesundheitsamt Frankfurt | Frankfurt am Main | Stadt Frankfurt am Main |
| 50 | Fachambulanz für Suchtkranke - Psychosoziale Beratung und Behandlung | Frankfurt am Main | Caritasverband Frankfurt e.V. |
| 51 | Sozialtherapeutisches Zentrum | Frankfurt am Main | Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V. |
| 52 | Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Wetteraukreis | Friedberg | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 53 | Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke | Friedberg | Caritasverband Gießen e. V. |
| 54 | Fachstelle für Sucht - Beratung und Behandlung | Fulda | Diakonisches Werk im Kirchenkreis Fulda e.V. |

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

| Nr. | Einrichtungsnamen | Ort | Träger |
|-----|---|----------------|--|
| 55 | Sucht- und Drogenberatungsstelle - Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke und Angehörige | Fulda | Caritasverband für Stadt und Landkreis Fulda e.V. |
| 56 | Fachambulanz für Suchtkranke | Gelnhausen | Caritasverband für den Main-Kinzig-Kreis e.V. |
| 57 | Das Giessener Suchtzentrum für Stadt und Kreis - Schanzenstraße | Gießen | Arbeitsgemeinschaft Rauschmittelprobleme e.V. |
| 58 | Das Giessener Suchtzentrum für Stadt und Kreis - Gartfeld | Giessen | Arbeitsgemeinschaft Rauschmittelprobleme e.V. |
| 59 | Paritätische Nachsorge - Einrichtung für Suchtkranke Haus Gilsberg | Gilsberg | Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Hessen |
| 60 | Jugend- und Drogenberatung | Hanau | Diakonisches Werk Ev. Kirchenkreise HU-Stadt/Land |
| 61 | Suchtberatung für Erwachsene | Hanau | Diakonisches Werk Ev. Kirchenkreise HU-Stadt/Land |
| 62 | Aufsuchende Suchthilfe in der Stadt Hattersheim | Hattersheim | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 63 | Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung | Heppenheim | Caritasverband Darmstadt e.V. |
| 64 | Drogenberatung im Landkreis Kassel | Hofgeismar | Drogenhilfe Nordhessen e.V. |
| 65 | Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe im Main-Taunus-Kreis | Hofheim | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 66 | Sucht & Integration Selbsthilfe im Taunus | Hofheim | Selbsthilfe im Taunus e.V. (SiT) |
| 67 | Jugend- und Drogenberatung des Schwalm-Eder Kreises | Homburg (Efze) | Kreisausschuss des Schwalm-Eder-Kreises |
| 68 | Suchthilfe und Suchtprävention für Karben | Karben | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 69 | Substitutionsfachambulanz „SAM2“ | Kassel | Drogenhilfe Nordhessen e.V. |
| 70 | Substitutionsfachambulanz „SAM“ | Kassel | Drogenhilfe Nordhessen e.V. |
| 71 | „W23“ - Jugend- und Drogenberatung | Kassel | Drogenhilfe Nordhessen e.V. |
| 72 | „KARO 5“ - Drogenberatung und Ambulante Rehabilitation | Kassel | Drogenhilfe Nordhessen e.V. |

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

| Nr. | Einrichtungname | Ort | Träger |
|-----|--|--------------------|---|
| 73 | Beratungs- und Behandlungsstelle für alkohol- und medikamentenabhängige Erwachsene und Spieler | Kassel | Diakonisches Werk Kassel-Stadt, -Land und Kaufungen |
| 74 | Psychoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Blaukreuz -Zentrum | Kassel | Blaukreuzverein Kassel e.V. |
| 75 | Betreute Wohngemeinschaft „Carlotta“ der Frauentherapie „Camille“ | Königstein | Calla - Verein zur Förderung der Lebensqualität von Frauen mit Suchtproblemen |
| 76 | Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen | Korbach | Zweckverband des diakonischen Werkes Waldeck-Frankenberg |
| 77 | Mobile Beratung in der Gemeinde Kriftel | Kriftel | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 78 | PRISMA - Jugend- und Drogenberatungsstelle | Lampertheim | AWO Bergstrasse Soziale Dienste gGmbH |
| 79 | Jugend- und Drogenberatungsstelle Limburg | Limburg | Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V. |
| 80 | Kontaktladen „Komm´ma“ | Limburg | Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V. |
| 81 | Substitutionsambulanz Limburg | Limburg | Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V. / PKH Hadamar (LWV) |
| 82 | Aufsuchende Suchtberatung Maintal | Maintal | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 83 | Sucht und Drogenberatung | Marburg | Diakonisches Werk Oberhessen |
| 84 | Betreutes Wohnen Teichwiese | Marburg | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 85 | Suchtberatungsstelle des Blauen Kreuzes | Marburg | Blaues Kreuz in Deutschland. Ortsverein Marburg |
| 86 | Jugend-, Drogen-, & Suchtberatung | Mörfelden-Walldorf | Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe e.V. |
| 87 | Suchtberatungsstelle im Rheingau-Taunus-Kreis | Oestrich-Winkel | Neue Hoffnung e.V. |
| 88 | Suchthilfezentrum Wildhof - Psychosoziale Beratung und Behandlung | Offenbach | Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V. |
| 89 | Suchthilfezentrum Wildhof - Betreutes Wohnen | Offenbach | Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V. |

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

| Nr. | Einrichtungsnamen | Ort | Träger |
|-----|--|----------------|---|
| 90 | Psychosoziale Beratung und Behandlung für Suchtkranke und Angehörige | Offenbach | Caritasverband Offenbach e.V. |
| 91 | Projekt Multiflex | Pfungstadt | Stiftung Waldmühle |
| 92 | Betreutes Wohnen Niedergasse | Pfungstadt | Stiftung Waldmühle |
| 93 | Jugend- und Drogenberatung | Rüsselsheim | Caritasverband Offenbach e.V. |
| 94 | Fachambulanz für Suchtkranke | Rüsselsheim | Caritasverband Offenbach e.V. |
| 95 | Jugendberatung und Suchthilfe in Schwalbach | Schwalbach | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 96 | Sucht- und Drogenberatungsstelle | Stadtallendorf | Diakonisches Werk Oberhessen |
| 97 | Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Rheingau-Taunus-Kreis | Taunusstein | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 98 | Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis - Außenstelle für den Hintertaunus | Usingen | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |
| 99 | Jugend- und Drogenberatungsstelle | Weilburg | Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V. |
| 100 | Psychosoziale Beratungsstelle Wetter | Wetter | Integrative gemeinnützige Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen (IGEA e.V.) |
| 101 | Suchthilfe Wetzlar e.V. | Wetzlar | Suchthilfe Wetzlar e.V. |
| 102 | Fachambulanz für Suchtkranke | Wiesbaden | Caritasverband Wiesbaden e.V. |
| 103 | Suchthilfezentrum Wiesbaden | Wiesbaden | Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. |



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

*Kompetent durch Erfahrung
Innovativ durch Flexibilität*