



2008

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 Wickert, Eike Neumann, Hamburg

Druck

typographics GmbH, Darmstadt

November 2009
Band 1
ISSN 1614-8991

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

Landesauswertung der
Computergestützten Basisdokumentation
der ambulanten Suchthilfe in Hessen (*COMBASS*)
– Grunddaten 2008 –

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

Bernd Wersé
(Centre for Drug Research, Frankfurt)

Frankfurt a. M., November 2009

Inhalt

Kurzbeschreibung des Projektes <i>COMBASS</i>	4
Einführung	7
Zusammenfassung	9
Klientinnen und Klienten	18
Betreuungen	30
Trends 2003 bis 2008	39
Literatur	44
Anhang: Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen	45

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 Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit, die Softwarefirma und das auswertende Institut vertreten sind. *COMBASS* wird vom Hessischen Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit 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 einige Spezialanalysen 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. 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 60 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 Manual. Eine Telefonhotline steht bei Fragen zur Verfügung. Darüber hinaus werden von der Projektleitung regelmäßig Workshops angeboten, die der Verbesserung der Datenqualität dienen.

Welche *COMBASS*-Berichte sind bisher erschienen?

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

1. Grunddaten-Berichte 2003, 2004, 2005, 2006, 2007
2. Spezialanalysen: Regionale Aspekte, Cannabis, Inanspruchnahmeverhalten, Ambulante Rehabilitation

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 Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit 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 den Programmversionen HORIZONT 2.2 und 4.0 erhoben.

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

In Hessen liegen inzwischen für einen längeren Zeitraum die jährlichen *COMBASS*-Grunddatenberichte vor. Dies ermöglicht uns in dieser Ausgabe – neben einer ausführlichen Auswertung nach der Hauptdiagnosengruppe – Trends in verschiedenen Bereichen aufzuzeigen. Die Zahlenreihen von 2003 bis 2008 bieten z.B die Möglichkeit, Veränderungen und Kontinuitäten beim Anteil der Angehörigen in den Beratungsstellen, dem Durchschnittsalter und der Hauptdiagnose der Klienten/-innen zu untersuchen.

Beim Anteil der Angehörigen wird der zusätzliche Gewinn solcher Zeitreihenuntersuchungen sichtbar: einzelne „Ausreißer“ der letzten Jahre nach oben oder unten erscheinen bei der Betrachtung der generellen Entwicklung in einem anderen Licht.

Im Bereich der Grunddatenauswertung gibt es wie auch in den letzten Jahren wenig gravierende Veränderungen zum Vorjahr. So sind beispielsweise die Werte der Geschlechterverteilung weiter unverändert. Andere Werte entwickeln sich in kontinuierlicher Richtung: so ist z. B. das Durchschnittsalter der Klientel auch 2008 wieder leicht gestiegen.

Eine Ausnahme bildet die erhebliche Zunahme von Klienten/-innen mit der Diagnose „Pathologisches Glücksspiel“. Diese Steigerung dürfte durch die Implementierung zusätzlicher Hilfeangebote im Rahmen des Glücksspielstaatsvertrages und des Hessischen Glücksspielgesetzes zu erklären sein.

Interessant ist die Tatsache, dass bei den neu aufgenommenen Klienten die Hauptdiagnosengruppen „Crack“, „Cannabis“ und „Opiate“ in 2008 die gleichen Werte wie 2007 aufweisen, nachdem in 2006 eine deutliche Absenkung dieser Werte feststellbar war.

Die Hauptdiagnosengruppe „Alkohol“ wurde bei 50% aller neu aufgenommenen Klienten gestellt. Während dies eine minimale Veränderung bedeutet (2007: 51%) ist im Messreihenüberblick feststellbar, dass dieser Wert in den letzten Jahren stetig gestiegen ist. Die Weiterentwicklung dieser Aspekte in den kommenden Jahren wird mit Spannung zu betrachten, die Ergebnisse in der Fachöffentlichkeit zu interpretieren und zu diskutieren sein.

Eine qualitativ hochwertige landesweite Grunddatenauswertung über einen längeren Zeitraum kann nur gelingen, wenn die daran beteiligten Personen und Institutionen über mehrere Jahre konstruktiv und effektiv zusammenarbeiten. Dies war im Berichtszeitraum besonders notwendig, weil durch eine umfassende Revision des Dokumentationsprogrammes „Horizont“ komplexe Datenmigrationshürden zu überwinden waren.

An der konstruktiven Bewältigung dieser Hürden hatte die *COMBASS*-Steuerungsgruppe bei der HLS einen erheblichen Anteil. In der *COMBASS*-Steuerungsgruppe werden die Interessen aller am Projekt Beteiligten seit Jahren erfolgreich zusammengeführt. In der Steuerungsgruppe sind vertreten: die Träger, das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit, die Softwarefirma, das auswertende Institut und die HLS. An dieser Stelle sei den Mitgliedern für ihre konstruktive und engagierte Mitarbeit auf das herzlichste gedankt.

Im Einzelnen haben zum Erfolg des Grunddatenberichtes 2008 folgende Institutionen beigetragen:

- das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit durch die Finanzierung des Projektes,
- die beteiligten Träger und Einrichtungen (siehe Anhang) sowie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die hohe Dokumentationsqualität und die 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.

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Auswertungsergebnisse bieten die nächsten Seiten.

Zusammenfassung

- Das Schwerpunktthema des sechsten Grunddaten-Berichtes ist eine Auswertung nach den verschiedenen Hauptdiagnosegruppen. Dabei werden die soziale und die Betreuungssituation von sieben verschiedenen Gruppen dargestellt: der Opiat-, Alkohol-, Cannabis-, Kokain-, Crack- und Amphetamin-Klientel sowie der pathologischen Glücksspieler¹.
- Ferner enthält der Bericht eine Trendbetrachtung der Jahre 2003 bis 2008. Es werden hierbei diejenigen Trends fortgeschrieben, die in der COMBASS-Steuerungsgruppe in den letzten Jahren zu besonderen Reflektionen und Diskussionen geführt haben. Dabei handelt es sich um den Anteil der Angehörigen, das Durchschnittsalter und die Hauptdiagnose der Klientinnen und Klienten sowie die Betreuungsform und die durchschnittliche Betreuungsdauer.
- Im Jahr 2008 haben insgesamt 107 Einrichtungen an der Auswertung teilgenommen. Werden die Auswertungsjahre seit 2003 betrachtet, kann insgesamt von einer relativ stabilen Datenbasis gesprochen werden (zwischen 99 und 109 Einrichtungen haben sich beteiligt).
- In der ambulanten Suchthilfe des Landes Hessens wurde für das Jahr 2008 dokumentiert, dass für insgesamt 19.357 verschiedene Klientinnen und Klienten Hilfe- und Beratungsleistungen erbracht worden sind. Das ist ein Höchstwert seit 2003. Hinzu kommen 1.419 Angehörige (Anteil an Gesamtklientel: 7%) und 5.243 anonyme Kontakte.
- Die sechste Jahresstatistik für die ambulante Suchthilfe in Hessen macht erneut deutlich, dass sich die Datenqualität und -vollständigkeit auf einem hohen Niveau bewegt und sich ein stabiles Suchthilfe-Monitoring des Landes Hessen entwickelt hat. Gleichzeitig sei betont, dass es im Jahr 2008 eine inhaltliche und technische Umstellung auf einen modifizierten Datensatz (HKDS) gegeben hat, die in einigen Bereichen die Fortschreibung der Daten beeinträchtigen kann.

Auswertung nach den Hauptdiagnosegruppen

Geschlecht, Alter, Nationalität

- Beim Blick auf die Geschlechterverteilung innerhalb der Hauptdiagnosen fällt auf, dass der Anteil männlicher Klienten in allen betrachteten Diagnosegruppen überwiegt. Besonders deutlich ist die Dominanz von Männern in der Gruppe der pathologischen Glücksspieler (93%), gefolgt von den Cannabis- (87%) sowie den Crack- und Kokainklienten (je 83%).

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

- Betrachtet man die Altersverteilung innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen, so wird deutlich, dass die Cannabisklienten mit einem Durchschnittsalter von 25,9 Jahren die jüngste Gruppe darstellen. Vergleichbar jung ist sonst nur die Gruppe der Amphetamin-Klienten mit einem Durchschnittsalter von 28,8 Jahren. Die Alkoholklientel ist dagegen mit durchschnittlich 45,3 Jahren die mit Abstand älteste Gruppe innerhalb der ambulanten Suchthilfe in Hessen.
- Bei drei Hauptdiagnosengruppen ist der Anteil von nicht-deutschen Klientinnen und Klienten besonders groß: bei der Crack-, Kokain- und Glücksspiel-Klientel beträgt er beinahe 30%.

Soziale Situation

- Beim Familienstand zeigt sich, dass der höchste Anteil lediger Personen – aufgrund des geringen Alters – bei den Cannabis- und Amphetamin-Klienten zu finden ist (91% und 83%). Auffallend ist ferner der hohe Anteil geschiedener Personen bei den Alkoholklienten (22%). Unabhängig vom formalen Status weist die Gruppe der Pathologischen Glücksspieler den höchsten Anteil von Personen auf, die in einer festen Beziehung leben (58%).
- Besonders stark betroffen von einer prekären Wohnsituation (u. a. provisorische Unterkunft, obdachlos) sind die Konsumenten illegaler Drogen, allen voran von Crack (16%), Opiaten (13%) und Kokain (10%). Alkoholklienten und pathologische Glücksspieler hingegen verfügen überdurchschnittlich häufig über eine gesicherte Wohnsituation (84% bzw. 78%). Besonders häufig bei den Eltern wohnen (noch) die Klienten mit einer Cannabis- oder einer Amphetamin-Problematik (44% bzw. 32%).
- Unter den Crack-, Opiat- und Kokainklienten ist der Anteil derjenigen, die ohne Abschluss die Schule verlassen, am höchsten (Crack: 17%; Opiate: 15%; Kokain: 14%). Die höchste Schulbildung können die pathologischen Spieler aufweisen; sie haben noch häufiger als die Alkoholklienten ein (Fach-)Abitur (21%) und ebenso häufig wie diese einen Realschulabschluss (je 27%). Wie die Altersverteilung innerhalb der Cannabisgruppe erwarten lässt, sind sie es, die mit Abstand am häufigsten noch zur Schule gehen (13%).
- Die Opiatklientel ist besonders stark von Arbeitslosigkeit betroffen (73%). Bei den Crackklienten trifft dies auf mehr als jeden Zweiten zu (54%). Bei der Kokain-, Amphetamin- und Alkoholklientel liegen die entsprechenden Anteile zwischen 46% und 42%. Die etwas geringere Zahl bei den Cannabiskonsumenten (38%) ist wohl auch auf die vergleichsweise hohe Zahl von Schülern zurückzuführen – immerhin 52% haben in dieser Gruppe einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz. Am stabilsten stellt sich die Erwerbssituation bei den pathologischen Glücksspielern dar: Sie sind mit einem Anteil von einem Viertel am seltensten erwerbslos und haben zu zwei Dritteln einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz.

- Die Arbeitslosigkeit bildet sich bei den staatlichen Transferleistungen ab: Weit über die Hälfte der Opiatklienten sind ALG II-Empfänger (59%), unter den Crackklienten trifft dies fast auf jeden Zweiten zu (46%). Bei allen übrigen Substanzen liegt der Anteil der Personen, der ALG II bezieht bei etwa einem Drittel. Die pathologischen Glücksspieler stellen mit einem weitaus geringeren ALG II-Anteil (14%) und dafür einem etwas höheren Prozentsatz an ALG I-Empfängern (10%) die Ausnahme dar. ALG I erhalten sonst jeweils etwa 6% bis 8% der übrigen Klientengruppen. Eine Hilfe nach SGB XII empfängt nur etwa jeder 20. Opiatklient, unter den anderen Diagnosegruppen sind die entsprechenden Anteile noch etwas geringer (0,5% bis 2%).
- Für die Hälfte der Opiat- und Crackklienten wurde mindestens eine Hafterfahrung dokumentiert (Opiate: 51%; Crack: 50%), bei den Kokainklienten ist dies bei weit über einem Drittel der Fall (37%). Die geringsten Anteile von schon einmal inhaftierten Klienten vereinigen die Gruppen mit einem legalem Suchtverhalten auf (Alkohol: 9%; Pathologisches Glücksspielen: 6%).

Betreuungen

- Opiatklienten werden überdurchschnittlich häufig durch professionelle Hilfen vermittelt (50%). Demgegenüber spielt diese Vermittlungsart bei den Cannabisklienten mit einem Wert von 27% eine geringere Rolle als bei den übrigen Klienten. Diese werden hingegen vergleichsweise häufig über die Justiz oder Ämter vermittelt (27%). Crack- und Kokainklienten suchen relativ oft ohne Vermittlung eine Suchthilfeeinrichtung auf (43% bzw. 42%). Auch Pathologische Glücksspieler kommen überdurchschnittlich oft ohne Vermittlung in die Einrichtung (49%) und werden eher selten über professionelle Hilfen, Justiz oder Ämter vermittelt.
- Unter allen Hauptdiagnosegruppen werden die Crack- und Opiatklienten mit 363 Tagen bzw. 337 Tagen im Mittel am längsten betreut. Eine mittlere Betreuungsdauer weisen die Amphetamin- (236 Tage) und Kokainklienten (234 Tage) auf, gefolgt von der Alkoholklientel mit 213 Tagen. Eine eher kurze durchschnittliche Betreuungsdauer liegt bei den Cannabisklienten (197 Tage) und pathologischen Glücksspielern (184 Tage) vor.
- Zwischen den Hauptdiagnosegruppen zeigen sich zum Teil erhebliche Unterschiede bei den in Anspruch genommenen Betreuungsformen: So ist bei den Opiatklienten die Medikamentengestützte Behandlung mit 42% die insgesamt am häufigsten genutzte Betreuungsform. Die Ambulante Rehabilitation ist bei der Alkoholklientel vergleichsweise stark vertreten (16%), während sie bei den Opiatklienten eher selten vorkommt (2%). Die Beratung wird von den Cannabisklienten (70%) und pathologischen Glücksspielern (73%) überdurchschnittlich häufig in Anspruch genommen, während sie bei Opiatklienten eine weniger herausragende Stellung einnimmt (23%).
- Auch beim Beendigungsgrund zeigen sich teilweise erhebliche Differenzen zwischen den Hauptdiagnosegruppen: Bei Alkoholklienten wird die Betreuung insgesamt etwas seltener abgebrochen (29%), während ein vorzeitiger Abbruch der Betreuung – insbesondere durch den Klienten selbst – bei Opiatkonsumenten im Vergleich zu den übrigen Hauptdiagnosegruppen überdurchschnittlich häufig der Fall ist (50%). Cannabiskonsumenten brechen zu 36% ihre Betreuung selbst ab und werden vergleichsweise selten in ein anderes Angebot weiter vermittelt.

Trends 2003 bis 2008

- Die Basis der Trendanalyse stellen 76 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum an der COMBASS-Dokumentation beteiligt haben. Die folgenden Auswertungen stellen die wichtigsten Veränderungen zwischen 2003 und 2008 dar.
- Eine der auffälligsten Entwicklungen seit 2003 findet sich bei den Angehörigen: Ihr prozentualer Anteil an allen betreuten Personen fällt von 8% auf 5% im Jahr 2005 und verharrt dann zwei weitere Jahre auf diesem Niveau. Im Jahr 2008 kommt es dann wieder zu einer Zunahme auf 7%. Aber nicht nur der prozentuale Anteil fällt über mehrere Jahre, sondern auch die absolute Anzahl von betreuten Angehörigen sinkt zwischen 2003 und 2006 deutlich: 1.295 betreute Angehörige im Jahr 2003 stehen einer Zahl von 752 im Jahr 2006 gegenüber. Im Jahr 2008 erhöht sich die Anzahl beratener Angehörigen wieder auf 1.210.
- Das Durchschnittsalter der Klienten hat sich zwischen 2003 und 2008 von 37,1 Jahren um mehr als ein Jahr auf 38,3 Jahre erhöht. Dabei zeigt sich, dass in diesem Zeitraum die Alterssteigerung bei den Frauen (von 37,5 auf 40,0 Jahre) wesentlich größer ist als bei den Männern (von 37,0 auf 37,7 Jahre). Dagegen liegt das durchschnittliche Alter den (jährlichen) Neuaufnahmen über die gesamte Betrachtungsphase relativ stabil bei um die 36 Jahre.
- Betrachtet man die Personen, für die eine ICD-10 Hauptdiagnose in Form von „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeitssyndrom“ dokumentiert worden ist, zeigt sich zunächst, dass der Anteil der Klienten mit einer Alkoholproblematik von 44% im Jahr 2003 kontinuierlich auf 40% im Jahr 2006 gesunken ist. Danach steigt er wieder leicht an; im Jahr 2008 beträgt der Wert 42%. Die Entwicklung bei der Opiatklientel lässt sich wie folgt beschreiben: Bis ins Jahr 2005 nimmt ihr prozentualer Anteil von 32% auf 34% leicht zu, um in den folgenden drei Jahren wieder auf 31% zu fallen. Der Anteil von Cannabiskonsumenten zeigt im betrachteten Zeitraum eine steigende Tendenz: von 11% in 2003 auf 14% in 2008. Der Anteil der pathologischen Glücksspieler liegt in den ersten vier Jahren stabil bei 1%, in den letzten beiden Jahren ist er dann um 2 Prozentpunkte auf 3% angestiegen.
- Werden nur die Neuaufnahmen, d. h. diejenigen Klienten mit einem Erstkontakt zur dokumentierten Einrichtung betrachtet, stellen sich die Trends anders oder deutlicher dar: So ist ein Anstieg der Personen mit Alkoholproblemen unter den Neuaufnahmen zu beobachten (2003: 42%; 2005: 47%; 2008: 50%). Demgegenüber halbiert sich der Anteil der Neuaufnahmen mit einer opiatbezogenen Hauptdiagnose von 30% in 2003 über 21% in 2005 auf 15% im Jahr 2008. Der Anteil der Cannabiskonsumenten – seit 2006 die zweitgrößte Gruppe der Neuaufnahmen – hat dagegen im Zeitraum 2003 bis 2006 von 14% auf 21% deutlich zugenommen; für die Jahre 2007 und 2008 lautet der leicht rückläufige Wert 19%. Bei der Gruppe der pathologischen Glücksspieler ist es zu einer relevanten Veränderung im Dokumentationszeitraum gekommen: seit 2005 ist ihr Anteil von 1% auf 5% im Jahr 2008 angestiegen.

- Die Beratung ist seit 2003 die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Ihr relativer Anteil hat jedoch im Beobachtungszeitraum von 57% (2003) um 12 Prozentpunkte auf 45% abgenommen. Zweithäufigste Betreuungsform ist mit 14% mittlerweile die Medikamentengestützte Behandlung, d. h. die psychosoziale Betreuung Substituierter. Ihr Anteil ist seit dem Ausgangsjahr um vier Prozentpunkte angestiegen. Auch bei der Betreuungsform Ambulante Rehabilitation ist ein stetiges Anwachsen des prozentualen Anteils von 6% auf 9% zu verzeichnen. Dagegen verläuft die Entwicklung bei der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung uneinheitlich: Ihr Ausgangswert von 15% hat sich bis 2007 um ein Drittel auf 10% reduziert, ist in 2008 aber wieder auf 12% angestiegen.
- Bei der Analyse der Betreuungsdauer der einzelnen Hauptdiagnosegruppen zeigen sich im betrachteten Zeitraum einige Veränderungen: Die Betreuung der Opiat- sowie der Crackklientel weist im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen die höchsten Durchschnittswerte auf, die darüber hinaus im Zeitverlauf (2003 bis 2008) stetig angewachsen sind: bei den Opiatklienten von 227 auf 333 Tage, bei den Crackklienten von 265 auf 351 Tage. Auch bei den Alkohol- und Cannabisklienten ist die durchschnittliche Betreuungsdauer über die Jahre angestiegen, wenn auch nicht so stark wie bei den beiden vorgenannten Gruppen (von 171 auf 210 Tage bzw. 163 auf 195 Tage).

Zielsetzung und Datengrundlage

Das Schwerpunktthema des vorliegenden Grunddaten-Berichtes ist eine Auswertung nach den verschiedenen Hauptdiagnosegruppen. Dabei werden die soziale und die Betreuungssituation von sieben verschiedenen Gruppen dargestellt: der Opiat-, Alkohol-, Cannabis-, Kokain-, Crack- und Amphetamin-Klientel sowie der pathologischen Glücksspieler. Durch diese vergleichende Perspektive werden klientelbezogene Besonderheiten deutlich, die für die praktische Arbeit von Bedeutung sein können.

Ferner enthält der Bericht eine Trendbetrachtung der Jahre 2003 bis 2008. Es werden hierbei diejenigen Trends fortgeschrieben, die in der *COMBASS*-Steuerungsgruppe in den letzten Jahren zu besonderen Reflektionen und Diskussionen geführt haben. Dabei handelt es sich um den Anteil der Angehörigen, das Durchschnittsalter und die Hauptdiagnose der Klientinnen und Klienten sowie die Betreuungsform und die durchschnittliche Betreuungsdauer.

Der Grunddaten-Bericht 2008 zeigt erneut, dass sich in Hessen in den letzten Jahren ein stabiles Suchthilfe-Monitoring entwickelt hat.

Datengrundlage

Der vorliegende Bericht basiert auf den Daten von 107 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe. Die überwiegende Zahl der beteiligten Einrichtungen wird auch 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. Der HKDS basiert zu großen Teilen auf dem Deutschen Kerndatensatz (KDS), welcher vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) verabschiedet wurde. Die Einführung einer überarbeiteten Fassung des KDS in 2007 machte eine Anpassung des HKDS und dessen Umsetzung im eingesetzten Dokumentationssystem erforderlich. Zum einen wurden neue Erfassungsbereiche aufgenommen (z. B. Migrationsstatus, medizinische Daten) und zum anderen einige Fragestellungen hinsichtlich der zu erhebenden Kategorien verändert (z. B. stärkere Differenzierung oder geänderte Antwortkategorien). Die technische Umsetzung des geänderten HKDS auf Seiten des Herstellers fand im Zuge einer tiefgreifenden Überarbeitung der Software statt. Die Umstellung auf die neue Version von HORIZONT und damit auf den aktuellen HKDS erfolgte im Verlauf der zweiten Jahreshälfte 2008.

Bezüglich der neuen Fragestellungen weisen die übermittelten Daten einen extrem hohen Anteil an fehlenden Daten auf. Da zwischen der Systemumstellung und dem Datenexport bei vielen Einrichtungen nur wenige Wochen lagen, ist dieser Sachverhalt jedoch nicht verwunderlich. Eine Auswertung der neuen Fragestellungen wird deshalb zum jetzigen Zeitpunkt als nicht sinnvoll erachtet.

Des Weiteren sollte die diesjährige Auswertung grundsätzlich mit Vorsicht interpretiert werden, da die inhaltliche und technische Umstellung auf den modifizierten HKDS und die gleichzeitige Umstellung auf ein stark verändertes Dokumentationssystem eine valide Fortschreibung der Daten zumindest beeinträchtigen kann.

Im Folgenden werden Personen als Klienten und Angehörige bezeichnet, die der Einrichtung namentlich bekannt sind und für die im Jahr 2008 mindestens ein Termin oder mindestens eine Leistung² dokumentiert wurde. Weder Einmalkontakte noch anonyme Kontakte werden hierbei berücksichtigt.³

Diese Definition entspricht nahezu derjenigen, die auch in den Berichten der Jahre 2003 bis 2007 zur Anwendung kam. Auf diese Weise wird die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit denen der bisherigen Auswertungsjahre bestmöglich erhalten. Bisher gibt es für diese Art der Klienten-Definition bundesweit keine einheitlichen Standards. In Hessen wurde in Absprache mit der Projektsteuerungsgruppe *COMBASS* jedoch eine eher strenge Definition gewählt, mit der eine undifferenzierte Zählung von Klienten vermieden werden soll.

Erläuterung

Es sei hier ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei einem Vergleich der Zahlen des vorliegenden Berichts mit anderen Suchthilfestatistiken (von Bund und Ländern) grundsätzlich auf diese Art der „Klientendefinition“ zu achten ist. So wird zum beispielsweise in der deutschen Suchthilfestatistik eine andere Zählweise benutzt (Sonntag 2007). Diese stellt keine Auswertung über Einzelpersonen, sondern über Betreuungsvorgänge des jeweiligen Berichtsjahres dar. Dies kann im Vergleich zu Hessen dazu führen, dass Klienten mehrfach gezählt werden, wenn sie mehr als eine Betreuung im Berichtsjahr haben. Vergleiche sind hier 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 übermittelten Daten der Klientinnen und Klienten der 107 Einrichtungen zusammen, kommt man für das Jahr 2008 auf eine Gesamtzahl von 20.972 Personen. Darüber hinaus finden sich Daten zu 1.450 Angehörigen (siehe Tabelle 1). Für beide Gruppen zusammen wurden insgesamt 23.467 Betreuungen dokumentiert. Zusätzlich wurden 5.243 Leistungen für anonyme Klienten oder Angehörigen dokumentiert.⁴

Seit 2004 besteht in Hessen die Möglichkeit, Einmalkontakte zu dokumentieren. In der Praxis zeigt sich wie schon in den Vorjahren, dass nicht alle Einrichtungen davon Gebrauch machen. Aus diesem Grund werden die dokumentierten Einmalkontakte aus den weiteren Analysen ausgeschlossen.

² In der aktuellen HORIZONT-Version können ab 2008 auch Leistungen erfasst werden, ohne dass Termine vergeben werden. Dies macht eine Erweiterung der Klientendefinition im Vergleich zu den Vorjahren dahingehend notwendig, dass sowohl Termine als auch Leistungen betrachtet werden müssen.

³ 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.

⁴ Die Leistungen 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 1: Datengrundlage

	Einrichtungen	Summe der Klienten aller Einrichtungen	Summe der Angehörigen aller Einrichtungen	Betreuungen
2008	107	20.972	1.450	23.467
2007	107	19.678	1.089	21.773
2006	101	18.760	946	20.485
2005	103	18.874	1.142	20.897
2004	99	18.381	1.253	20.131
2003	109	18.518	1.672	20.125

Der im Jahr 2007 erreichte hohe Stand an beteiligten Einrichtungen konnte mit 107 Einrichtungen im aktuellen Jahr gehalten werden. Lediglich das Ausgangsjahr der Betrachtung lag mit einem Wert von 109 Einrichtungen noch darüber. Trotz gleicher Anzahl beteiligter Einrichtungen liegt die Anzahl der dokumentierten Klienten und der Betreuungen leicht über dem Niveau des Vorjahres. Insgesamt kann bezüglich der dokumentierten Klienten und Betreuungen von einer stabilen Datenbasis gesprochen werden. Nachdem die Zahl der dokumentierten Angehörigen in den Jahren 2003 bis 2006 kontinuierlich abgenommen hatte, kam es in 2007 erstmals wieder zu einem leichten Anstieg. In 2008 liegt die Anzahl von dokumentierten Angehörigen mit 1.450 deutlich über dem Wert des Vorjahres (siehe Tabelle 1).

Die Daten wurden auch in diesem Jahr wieder umfangreichen Plausibilitätsüberprüfungen und Fehlerbereinigungen unterzogen.

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.⁵

Um festzustellen, ob eine Person in mehreren Einrichtungen in Betreuung war, ist es möglich, die HIV-Codes zwischen allen 107 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.

Der überwiegende Teil der Klienten besucht nur eine Einrichtung (siehe Tabelle 2). Nur etwa jeder zwanzigste Klient wurde in mehr als einer Einrichtung erfasst. Diese Ergebnisse sind quasi identisch mit denen der vergangenen drei Jahre. Kennt man diese Zahlen, lässt sich daraus ermitteln, wie viele tatsächlich unterschiedliche Personen von den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen der hessischen Suchthilfe betreut wurden. Im Jahr 2008 handelt es sich dabei um 19.357 Klienten. Auf die gleiche Art und Weise lässt sich für die Angehörigen eine Zahl von 1.419 für das Jahr 2008 berechnen.

⁵ 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.

Tabelle 2: Vorkommen identischer HIV-Codes in unterschiedlichen Einrichtungen, Klientinnen und Klienten⁶

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
HIV-Code in einer Einrichtung	95%	94%	94%	94%	94%	93%
HIV-Code in zwei Einrichtungen	4%	5%	5%	5%	5%	6%
HIV-Code in drei Einrichtungen	1%	1%	1%	1%	1%	1%
HIV-Code in mehr als drei Einrichtungen	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%
Klienten landesweit (N)	17.515	17.023	17.562	17.591	18.467	19.357

Um keine Person mehrfach zu berücksichtigen und einen Vergleich der diesjährigen Ergebnisse mit denen der Jahre 2003 bis 2007 zu ermöglichen, liegen den folgenden Berechnungen diese 19.357 Klientinnen und Klienten und 1.419 Angehörige zugrunde.

⁶ In dieser wie auch den folgenden Tabellen und Abbildungen ergibt die Summe der Prozentwerte aller einzelnen Unterkategorien nicht immer exakt 100%. Dies ist auf Auf- und Abrundungen der Prozentwerte zurückzuführen.

Klientinnen und Klienten

Im Zentrum des folgenden Kapitels stehen jene 19.375 Personen, die im Jahr 2008 von der ambulanten Suchthilfe in Hessen erreicht werden konnten und für die somit mindestens ein Termin bzw. eine Leistung dokumentiert wurde. Darüber hinaus wurden 1.419 Personen dokumentiert, die aufgrund von Suchtproblemen im Verwandten- oder Bekanntenkreis Hilfe in den hessischen Suchtberatungsstellen gesucht haben. Auf die Angehörigen wird im Folgenden jedoch nur am Rande eingegangen.

In dem nachstehenden Überblick liegt der Fokus zunächst auf der Gesamtklientel, deren Verteilung hinsichtlich grundlegender soziodemografischer Merkmale wie Geschlecht, Alter und Nationalität sowie der Hauptdiagnose bzw. Zielgruppe dargestellt wird. In einem zweiten Schritt werden die einzelnen Diagnosegruppen – also beispielsweise Klienten mit Opiat- oder Glücksspielproblem – tiefer gehend bezüglich ihrer Biografie und aktuellen sozialen Situation betrachtet.

Gesamtklientel – Grunddaten

Geschlecht • Alter • Nationalität

Die Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe besteht zu knapp drei Vierteln aus männlichen Hilfesuchenden (74%) (siehe Tabelle 3). Betrachtet man hingegen die Angehörigen, kehrt sich dieses Geschlechterverhältnis fast ins genaue Gegenteil: Hier sind etwa drei von vier Ratsuchenden weiblichen Geschlechts (76%).

Zu Beginn der Betreuung in der Suchtberatungsstelle sind die Klienten im Durchschnitt 38,3 Jahre alt – die Frauen (39,8) im Mittel zwei Jahre älter als die Männer (37,7). Die Angehörigen wiederum sind älter als die meisten Klienten und im Schnitt 45,6 Jahre alt.

Mit 88% sind die Klienten der ambulanten Suchthilfe zum weit überwiegenden Teil deutsche Staatsangehörige, 12 % sind entweder Bürger eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Union (4%) oder eines Staates außerhalb der EU (8%).⁷

⁷ Das Verhältnis von Menschen mit deutschem Pass zu jenen ohne deutschen Pass entspricht somit auch der Verteilung innerhalb der hessischen Gesamtbevölkerung.
(<http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bevoelkerung-gebiet/landesdaten/auslaendische-bevoelkerung-in-hessen/auslaendische-bevoelkerung-hessen/index.html>).

Tabelle 3: Geschlechterverteilung, durchschnittliches Alter und Nationalität

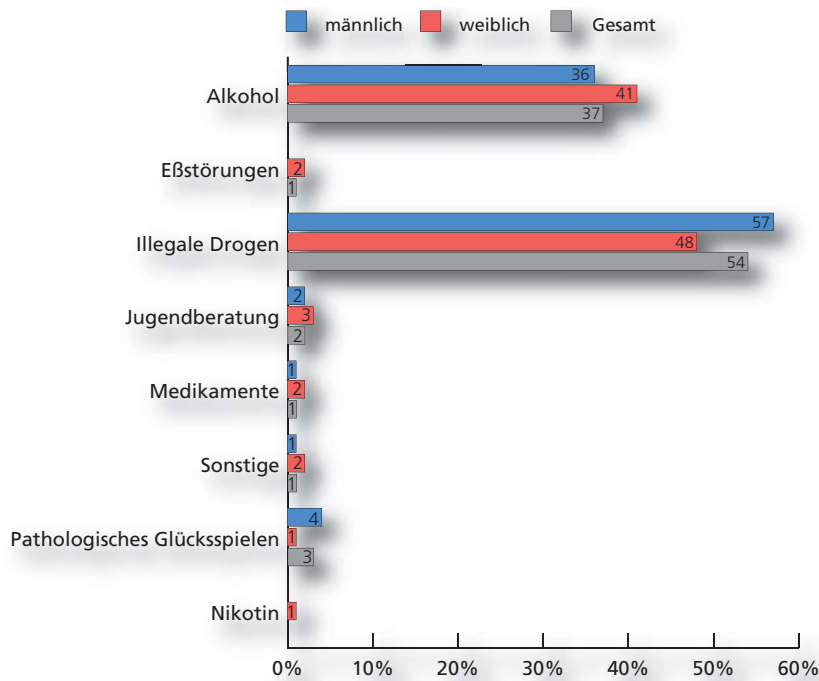
	männlich	weiblich	Gesamt
Geschlechterverteilung			
Klienten (in %)	74%	26%	100%
N	14.299	5.058	19.357
Angehörige (in %)	24%	76%	1.419
N	342	1.077	1.419
Durchschnittliches Alter			
Klienten (in Jahren)	37,7	39,8	38,2
N	14.253	5.050	19.303
Angehörige (in Jahren)	46,1	45,4	45,6
N	332	1.060	1.392
Nationalität (Klienten in %)			
Deutschland	86%	92%	88%
EU	4%	3%	4%
Außerhalb EU	10%	5%	8%
staatenlos	0,2%	0,1%	0,2%
Gesamt N	13.008	4.502	17.510

Ziel- und Diagnosegruppen

Die jeweiligen Hauptprobleme der Suchthilfeklienten können – wie auch schon in den Vorjahren – auf zweierlei Weise dargestellt werden: Zum einen können die Klienten auf Grundlage einer Hauptdiagnose nach ICD-10 in verschiedene Diagnosegruppen eingeteilt werden, zum anderen können sie aber auch so genannten Zielgruppen zugeordnet werden. Letzteres erlaubt es, auch für jene Klienten ein Hauptproblem zu bestimmen, für die im Zuge der Beratung bzw. Behandlung weder ein schädlicher Gebrauch noch eine Abhängigkeit im Sinne des ICD-10 festgestellt werden konnte.

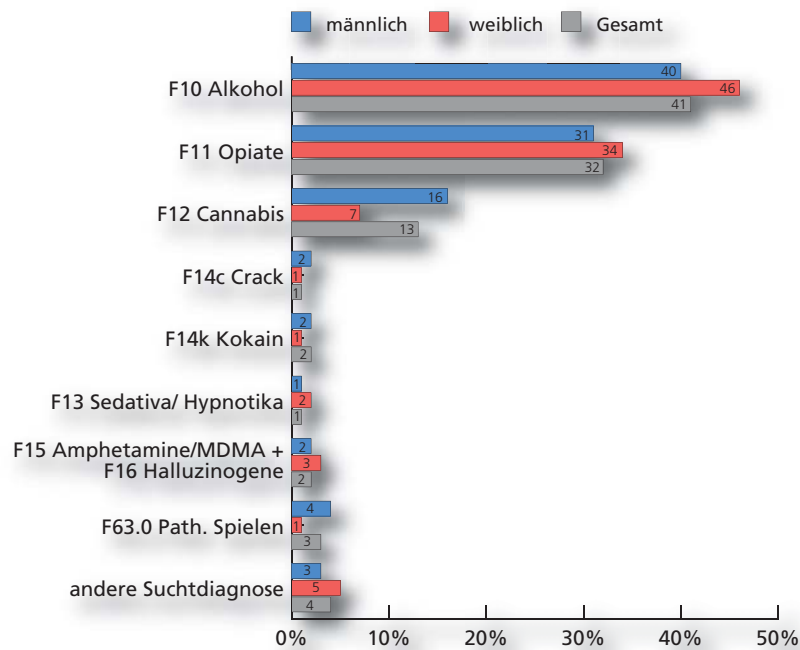
Nimmt man die Zielgruppe als Ordnungskriterium, so ist die Kategorie „Illegale Drogen“ mit über der Hälfte der hessischen Klienten am stärksten vertreten (54%) (siehe Abbildung 1); an zweiter Stelle folgt die Zielgruppe „Alkohol“ (37%). Die übrigen Typen sind dagegen zahlenmäßig weit schwächer vertreten – so kommt „Pathologisches Glücksspiel“ auf einen Anteil von 3%, „Jugendberatung“ auf 2% sowie „Medikamente“ und „Esstörungen“ auf je 1% der gesamten Klientel.

Abbildung 1: Zielgruppe, differenziert nach Geschlecht (N= 17.909)



Wird hingegen jene Hauptdiagnose zur Grundlage der Gruppenbildung herangezogen, welche die Mitarbeiter der Suchthilfe den Klienten gestellt haben, so zeigt sich folgendes Bild: Etwa vier von zehn Klienten suchen vorwiegend aufgrund eines Alkoholproblems die ambulanten Suchthilfestellen auf (41%) (siehe Abbildung 2) und für knapp ein Drittel ist ihr Opiatkonsum der ausschlaggebende Grund für den Besuch der Beratungs- oder Behandlungsstelle (32%). Cannabis wiederum wird von den Mitarbeitern der Suchthilfe bei 13% der Klienten als zentrale Problemsubstanz identifiziert. Für 3% steht das Pathologische Glücksspiel im Vordergrund der Beratung bzw. Behandlung und ebenso groß ist zusammen genommen der Anteil jener Klienten, deren Hauptproblemsubstanz Amphetamine, MDMA oder Halluzinogene sind. Noch seltener werden Hauptdiagnosen vergeben, die auf Kokain (2%), Crack (1%) oder Sedativa/Hypnotika (1%) lauten.

Abbildung 2: Hauptdiagnose, differenziert nach Geschlecht (N= 15.976)



Wenn nun im Folgenden näher auf die soziodemografischen Merkmale der hessischen Klientel eingegangen wird, dann geschieht dies primär anhand von Vergleichen zwischen den hier vorgestellten Diagnosegruppen. Wo es sinnvoll erscheint werden darüber hinaus auch grundlegende sozialstrukturelle Daten wie Alter und Geschlecht sowie Vergleiche mit der hessischen Gesamtbevölkerung in die Darstellung mit einbezogen.

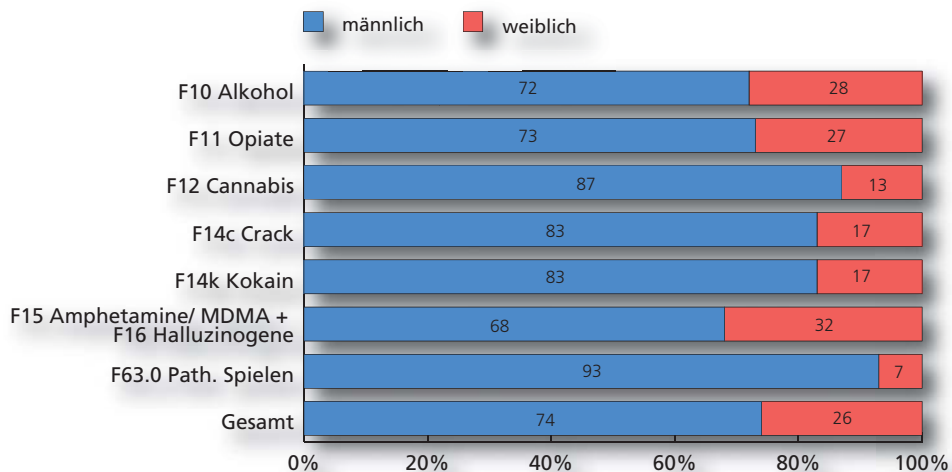
Diagnosegruppen – soziodemografische Merkmale

Geschlecht • Alter • Nationalität

Beim Blick auf die Geschlechterverteilung innerhalb der Hauptdiagnosen fällt auf, dass der Anteil männlicher Klienten, wie auch innerhalb der Gesamtklientel, in allen hier näher betrachteten Diagnosegruppen überwiegt (siehe Abbildung 3). Besonders deutlich ist die Dominanz von Männern in der Gruppe der Pathologischen Glücksspieler (93%), gefolgt von den Cannabisklienten (87%) sowie den Konsumenten⁸ von Crack und Kokain (je 83%). Mehr als jeder vierte Alkohol- oder Opiatklient ist dagegen weiblichen Geschlechts (Alkohol: 28%; Opiate: 27%), in der Amphetamin/MDMA/Halluzinogen-Gruppe ist dies fast jeder Dritte (32%).

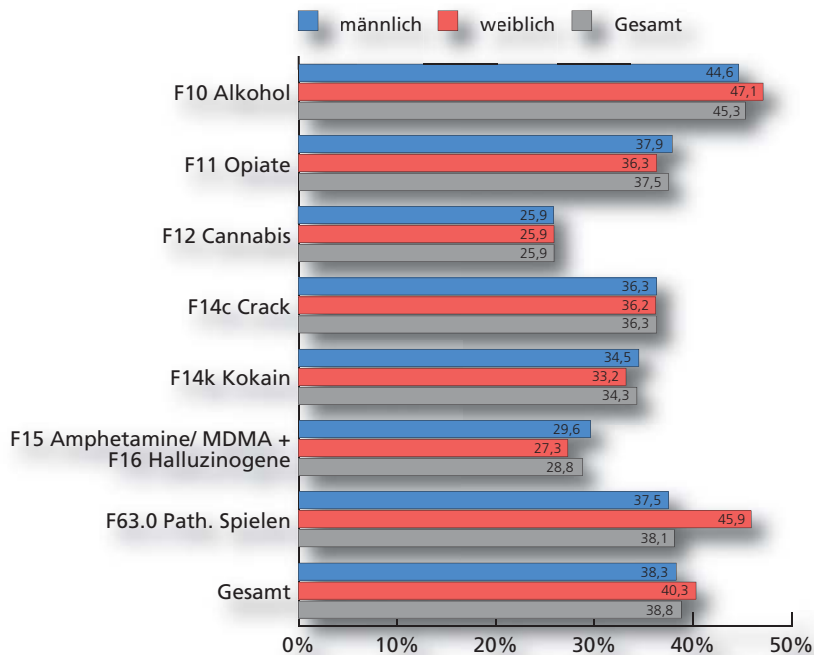
⁸ Aus Gründen der sprachlichen Vielfalt werden an einigen Stellen für die Klienten auch die Begriffe „Konsumenten“ oder „Abhängige“ benutzt. Gemeint ist immer der Personenkreis mit der jeweiligen Hauptdiagnose.

Abbildung 3: Geschlechterverteilung nach Hauptdiagnose (N= 15.976)



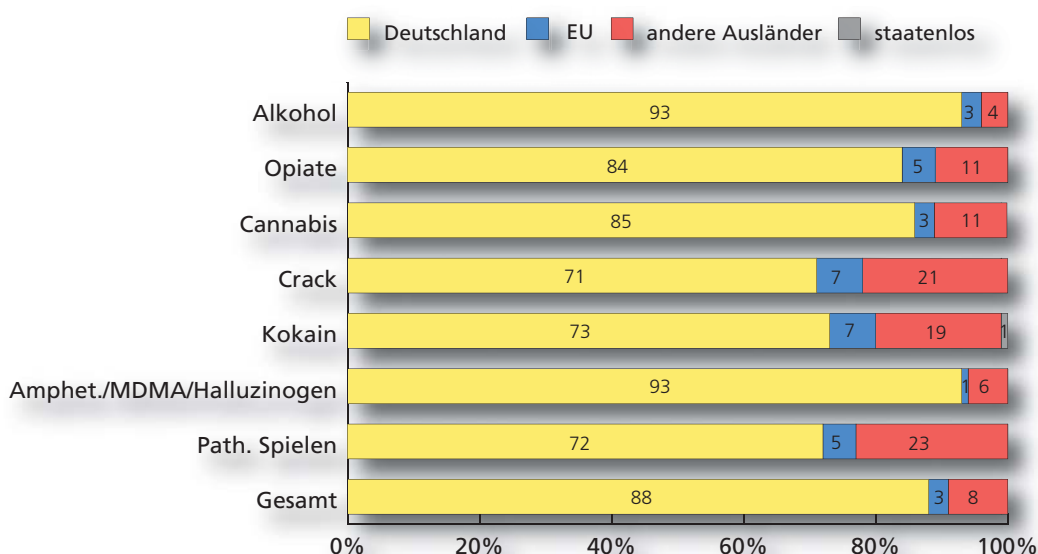
Betrachtet man nun die Altersverteilung innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen, so wird deutlich, dass die Cannabisklienten nicht nur häufig männlich sind, sondern mit einem Durchschnittsalter von 25,9 Jahren auch die jüngste Gruppe innerhalb der hessischen Suchthilfeklientel darstellen (siehe Abbildung 4) – zudem sind 78% der Cannabisklienten unter 30 Jahre alt. Vergleichbar jung ist sonst nur die Gruppe der Amphetamin/MDMA/Halluzinogen-Klienten mit einem Durchschnittsalter von 28,8 Jahren und knapp zwei Drittel unter 30 Jährigen (63%). Mit der Alkoholklientel verhält es sich gerade umgekehrt, sie ist zu 71% über 40 Jahre alt und mit durchschnittlich 45,3 Jahren die mit Abstand älteste Gruppe. Alle übrigen Diagnosegruppen befinden sich im Mittel in einem Alter von 34,3 (Kokain) bis 38,1 Jahren (Pathologisches Spielen).

Abbildung 4: Durchschnittliches Alter in Jahren, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 15.949)



Wie Abbildung 5 zeigt, ist die Staatsangehörigkeit bei Crack- und Kokainklienten sowie bei pathologischen Glücksspielern besonders häufig eine andere als die deutsche (Crack: 29%; Kokain: 27%; Glücksspiel: 28%). Ratsuchende, bei denen Probleme mit Alkohol oder Amphetaminen/MDMA im Vordergrund stehen, sind hingegen in der Regel deutsche Staatsbürger (je 93%). Unabhängig von der Nationalität wird seit Einführung des überarbeiteten hessischen Kerndatensatzes auch der tatsächliche Migrationsstatus des Klienten – also ob dieser selbst migriert ist oder als Kind von Migranten geboren wurde – dokumentiert. Eine sinnvolle Auswertung dieser Kategorie wird allerdings erst im nächsten Jahr möglich sein.

Abbildung 5: Nationalität, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 17.510)



Familienstand

Bei der Betrachtung des formellen Familienstands erscheint es sinnvoll, die hessische Gesamtbevölkerung als Vergleichsgegenstand heranzuziehen und mögliche Abweichungen zwischen ihr und den verschiedenen Diagnosegruppen darzustellen. Der hessischen Gesamtbevölkerung mit 42% ledigen, 43% verheirateten, 8% geschiedenen und 7% verwitweten Personen ähnelt demnach am ehesten die Gruppe der pathologischen Spieler – auch wenn hier der Anteil der geschiedenen Personen ungleich höher (14%) (siehe Abbildung 6) und jener der verwitweten weit geringer ist (2%).⁹ Ob eine Suchtproblematik eher zu Scheidungen bzw. zu Ledigkeit führt, oder ob umgekehrt ein lediger bzw. geschiedener Familienstand eine Suchtentwicklung begünstigt, vermögen die vorliegenden Zahlen nicht zu verraten. Auffallend ist jedoch der hohe Anteil geschiedener

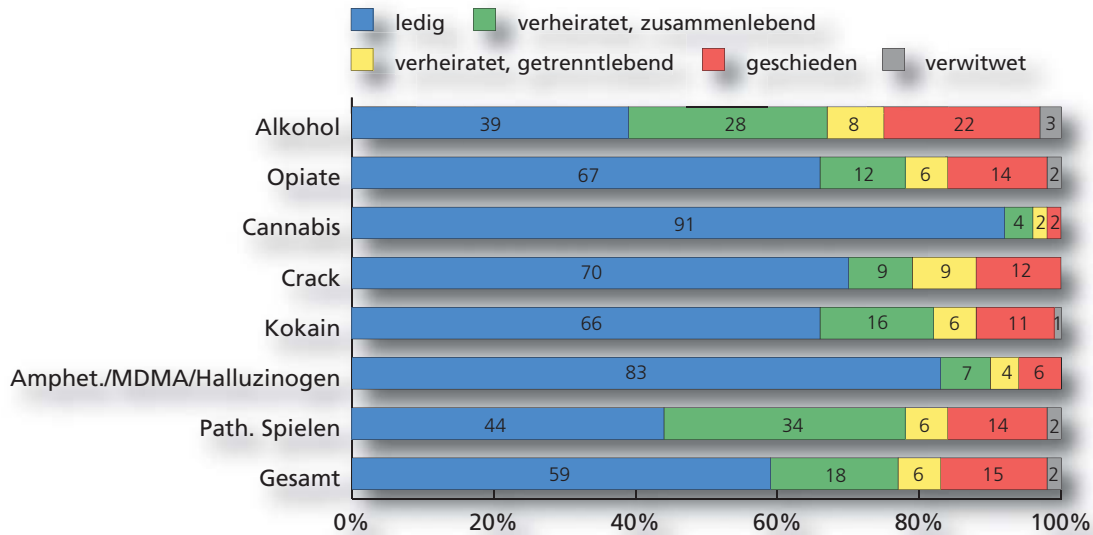
⁹ <http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bevoelkerung-gebiet/landesdaten/bevoelkerung-allgemein/familienstand/index.html>

Bei einem solchen Vergleich ist zu berücksichtigen, dass die Zahlen für die hessische Gesamtbevölkerung im Gegensatz zu den Daten der Suchthilfe auch minderjährige Personen beinhalten. Zugleich ist die hessische Bevölkerung aber auch mit 42,5 Jahren im Schnitt rund 4 Jahre älter als die Suchthilfeklientel (Stand 2006).

(<http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bevoelkerung-gebiet/landesdaten/11-regionalisierte-bevoelkerungsvorausberechnung/bevoelkerung-in-hessen-2006-und-2025-nach-verwaltungsbezirken-und-altersgruppen-in/index.html>).

Personen insbesondere unter den Alkohol Klienten (22%), den Opiatabhängigen (14%) sowie den Crack- (12%) und Kokainkonsumenten (11%). Der höchste Anteil lediger Personen ist – aufgrund des geringen Alters (siehe oben) – bei den Cannabis- und Amphetamin/MDMA/Halluzinogen-Klienten zu finden (91% und 83%), aber auch Konsumenten von Crack (70%), Opiaten (67%) und Kokain (66%) sind auffallend häufiger ledig als die hessische Gesamtbevölkerung.

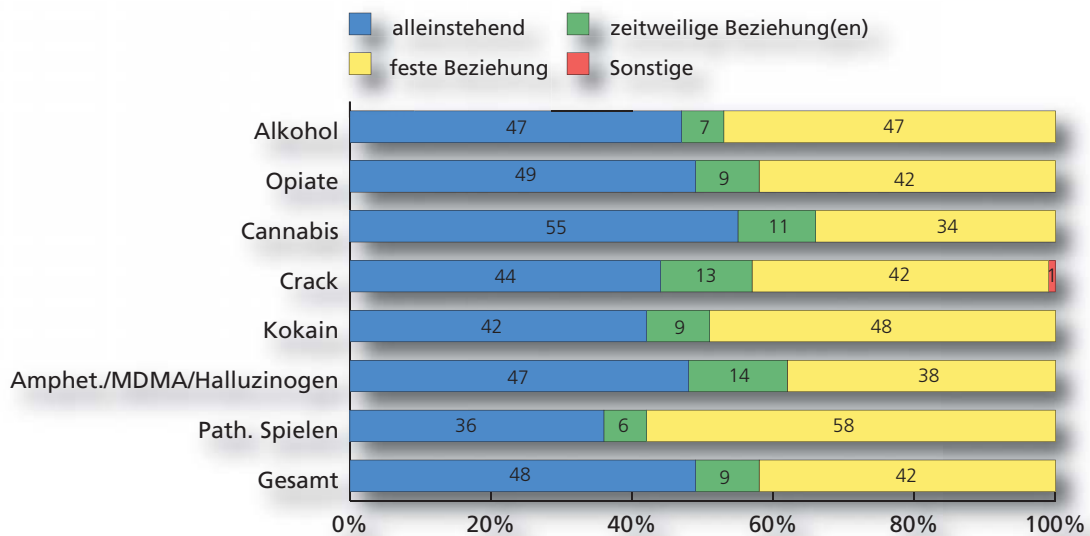
Abbildung 6: Familienstand, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 17.198)



Partnersituation

Neben dem formellen Familienstand wird im Rahmen der computergestützten Dokumentation auch die tatsächliche Partnersituation unabhängig von ihrer standesamtlichen Registrierung erhoben. Hier zeigt sich, dass trotz eines hohen Anteils von ledigen Personen (59%) weniger als die Hälfte der Klienten tatsächlich alleinstehend sind (48%) (siehe Abbildung 7). Am häufigsten trifft dies – wie aufgrund des geringen Alters nicht anders zu erwarten – auf die Cannabis Klienten zu (55%), gefolgt von den Opiat- (49%) sowie den Amphetamin/MDMA/Halluzinogen- und Alkohol Klienten (je 47%). Pathologische Spieler befinden sich überdurchschnittlich häufig in einer festen Beziehung (58%). Das trifft in abgeschwächter Form auch auf die Kokain- und Alkohol Klienten zu (48% bzw. 46%). Die höchsten Anteile an zeitweiligen Beziehungen weisen hingegen Konsumenten von Amphetaminen, MDMA bzw. Halluzinogenen (14%), Crack (13%) und Cannabis (11%) auf.

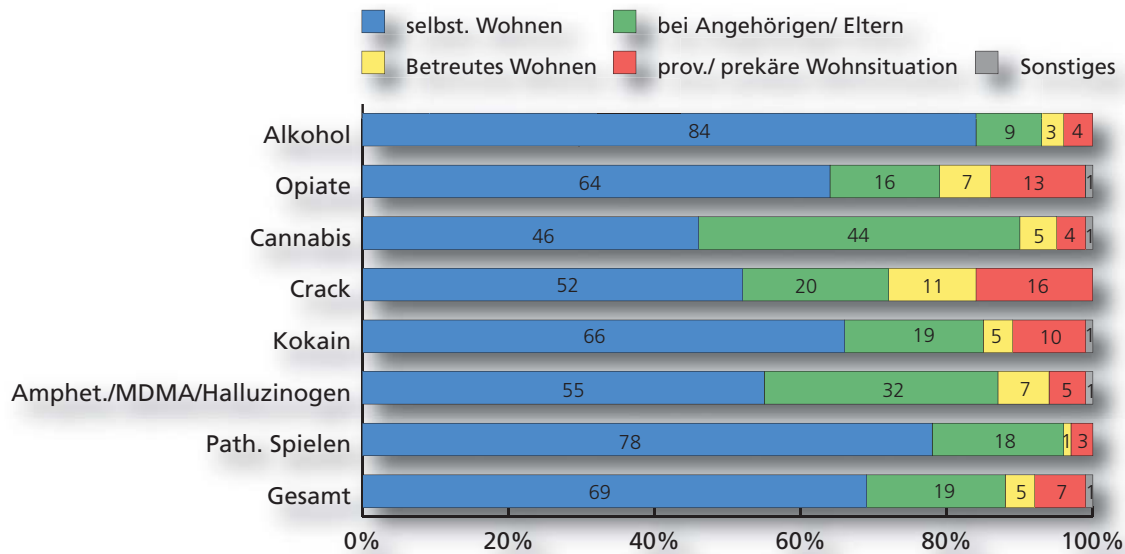
Abbildung 7: Partnersituation, differenziert nach Hauptdiagnose (16.951)



Wohnsituation

Die Wohnsituation der hessischen Suchthilfeklienten kann Aufschluss über die Stabilität ihrer Lebensverhältnisse geben. Für die Gesamtklientel stellen sich diese überwiegend stabil dar – über zwei Drittel wohnen selbstständig (69%) (siehe Abbildung 8), knapp ein Fünftel wohnt bei Eltern oder Angehörigen (19%) und 5% leben im Betreuten Wohnen. Immerhin 7% leben jedoch beispielsweise in der Justizvollzugsanstalt, in provisorischen Unterkünften oder in Obdachlosigkeit und befinden sich somit in einer prekären Wohnsituation. Besonders stark betroffen hiervon sind die Konsumenten illegaler Drogen, allen voran von Crack (16%), Opiaten (13%) und Kokain (10%). Alkoholiklienten und pathologische Spieler hingegen sind nicht nur besonders häufig verheiratet bzw. haben eine feste Beziehung, sondern sie wohnen auch überdurchschnittlich häufig selbstständig (Alkohol: 84%; Pathologisches Spielen: 78%). Bei den Eltern wohnen besonders häufig die Klienten mit einer Cannabis- (44%) oder einer Amphetamin/MDMA/Halluzinogen-Problematik (32%) – auch hier scheint sich wiederum das im Verhältnis zur restlichen Klientel geringe Durchschnittsalter dieser beiden Gruppen auszuwirken.

Abbildung 8: Wohnsituation, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 17.359)

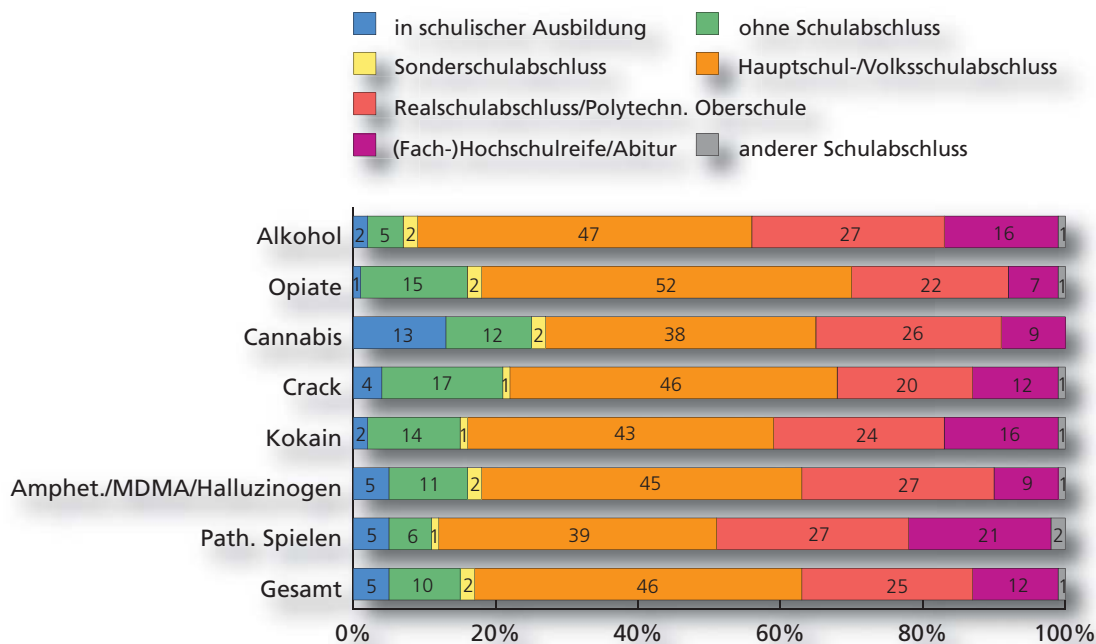


Schulabschluss

Die soziale Benachteiligung von Konsumenten illegaler Drogen spiegelt sich neben den Wohnumständen teilweise auch in der genossenen Schulbildung wider. Wiederum sind es die Crack-, Opiat- und Kokainkunden, die die Schule besonders häufig ohne jeglichen Abschluss verlassen (Crack: 17%; Opiate: 15%; Kokain: 14%) (siehe Abbildung 9). Die Anteile der Klienten, die mit dem gesellschaftlich vergleichsweise gering bewerteten Hauptschulabschluss abgehen, sind bei den Opiatabhängigen am höchsten (52%). Den Crack- und Kokainkunden kommt hier eine besondere Rolle zu: Zum einen liegt ihr Anteil an Hauptschulabgängern in etwa auf dem Niveau der Alkoholkunden bzw. sogar leicht darunter (Kokain: 43%; Crack: 46%; Alkohol: 47%). Zum anderen haben die Klienten mit problematischem Kokainkonsum ebenso häufig eine (Fach-) Hochschulreife erlangt wie jene mit Alkoholproblemen (Kokain: 16%, Alkohol: 16%). Unter den Crackkunden wiederum ist der Anteil von (Fach-)Abiturienten (12%) höher als bei den Opiat- (7%) Amphetamin/MDMA/Halluzinogen- und Cannabiskunden (je 9%) – wobei sich insbesondere bei der letzten Gruppe der große Anteil von Personen bemerkbar macht, die aktuell noch zur Schule gehen (Cannabis: 13%). Nichtsdestotrotz findet sich aber im Ergebnis unter den Kokain- und Crackkunden – für erstere gilt dies in stärkerem Maße – neben einer eher schwach qualifizierten Mehrheit ein nicht unerheblicher Anteil von Personen mit vergleichsweise hoher Schulbildung.

Die höchste Schulbildung können jedoch die pathologischen Spieler aufweisen, sie haben noch häufiger als die Alkoholkunden ein (Fach-)Abitur (21%) und ebenso häufig wie diese einen Real- schulabschluss (je 27%). Wie die Altersverteilung innerhalb der Cannabisgruppe bereits erwarten lässt, sind sie es, die mit Abstand am häufigsten noch zur Schule gehen (13%).

Abbildung 9: Schulabschluss, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 16.305)



Erwerbssituation

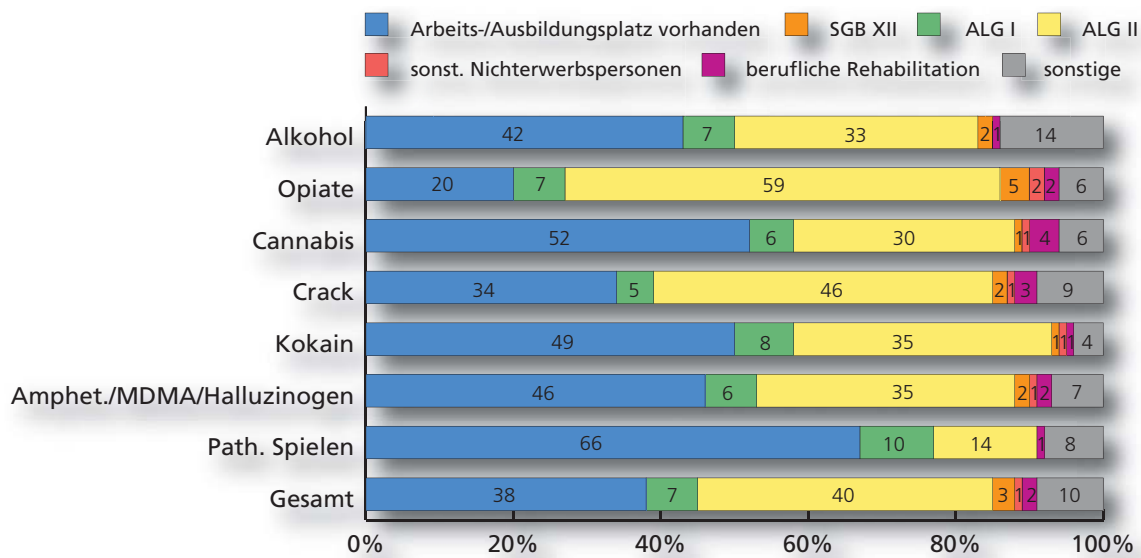
Auch bei der Betrachtung der Erwerbssituation erscheint ein Vergleich mit der hessischen Gesamtbevölkerung sinnvoll, um die soziale Situation der Suchthilfeklientel besser einordnen zu können. Die Arbeitslosenquote lag in Hessen im Jahr 2008 bei durchschnittlich 7%,¹⁰ von Klienten der Suchthilfe war hingegen jeder Zweite arbeits- oder erwerbslos (ALG I, ALG II, SGB XII und sonstige Nichterwerbspersonen: 51%) (siehe Abbildung 10). Besonders stark ist die Belastung durch Erwerbslosigkeit wiederum bei den Konsumenten illegaler Drogen – hier scheint sich auch die oben beschriebene geringe Schulbildung auszuwirken. So leben fast drei Viertel der Opiatabhängigen in Erwerbs- bzw. Arbeitslosigkeit (73%), von den Crackklienten ist davon mehr als jeder Zweite betroffen (54%). Bei den Konsumenten von Kokain bzw. Amphetaminen, MDMA oder Halluzinogenen ist jeweils etwas weniger als die Hälfte arbeits- oder erwerbslos (46% und 45%), aber auch bei den Alkoholiklienten stellt sich die Situation mit einem Erwerbs- bzw. Arbeitslosenanteil von 42% nicht bedeutend besser dar. Die etwas geringere Zahl bei den Cannabiskonsumenten (38%) ist wohl auch auf die vergleichsweise hohe Zahl von Schülern zurückzuführen – immerhin 52% haben in dieser Gruppe einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz.

Am stabilsten stellt sich wiederum die Erwerbssituation bei den pathologischen Spielern dar: Sie sind mit einem Anteil von einem Viertel am seltensten arbeits- oder erwerbslos und haben zu zwei Dritteln einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz.

¹⁰ http://www.arbeitsagentur.de/nn_29266/Dienststellen/RD-H/RD-H/A13-Strukturdaten/Allgemein/Strukturdaten.html. Dieser Prozentsatz bezieht sich nur auf alle zivilen Erwerbspersonen in Hessen (abhängig Beschäftigte, Selbständige und mithelfende Familienangehörige), während sich der Anteil der Arbeits- bzw. Erwerbslosen in der hessischen ambulanten Suchthilfe auf die gesamte Klientel bezieht – also auch Schüler, Auszubildende, Personen in beruflicher Rehabilitation etc.

Angesichts der äußerst hohen Anteile von Erwerbs- und Arbeitslosen innerhalb der Suchthilfeklientel liegt die Frage nahe, wie diese ihren Lebensunterhalt bestreiten. Wie die Auswertung zeigt, spielen hier staatliche Transferleistungen, insbesondere das Arbeitslosengeld II (ALG II) eine bedeutende Rolle. Weit über die Hälfte der Opiatkonsumenten sind ALG II-Empfänger (59%), unter den Crackklienten trifft dies fast auf jeden Zweiten zu (46%). Bei allen übrigen Substanzen liegt der Anteil der Personen, der ALG II bezieht bei etwa einem Drittel. Die pathologischen Spieler bilden mit einem weitaus geringeren ALG II-Anteil (14%) und dafür einem etwas höheren Prozentsatz an ALG I-Empfängern (10%) wieder einmal die Ausnahme. ALG I erhalten sonst jeweils etwa 6-8% der übrigen Klientengruppen. Eine Hilfe nach SGB XII empfängt nur etwa jeder 20. Opiatklient, unter den anderen Diagnosegruppen sind die entsprechenden Anteile noch etwas geringer (0,5-2%).

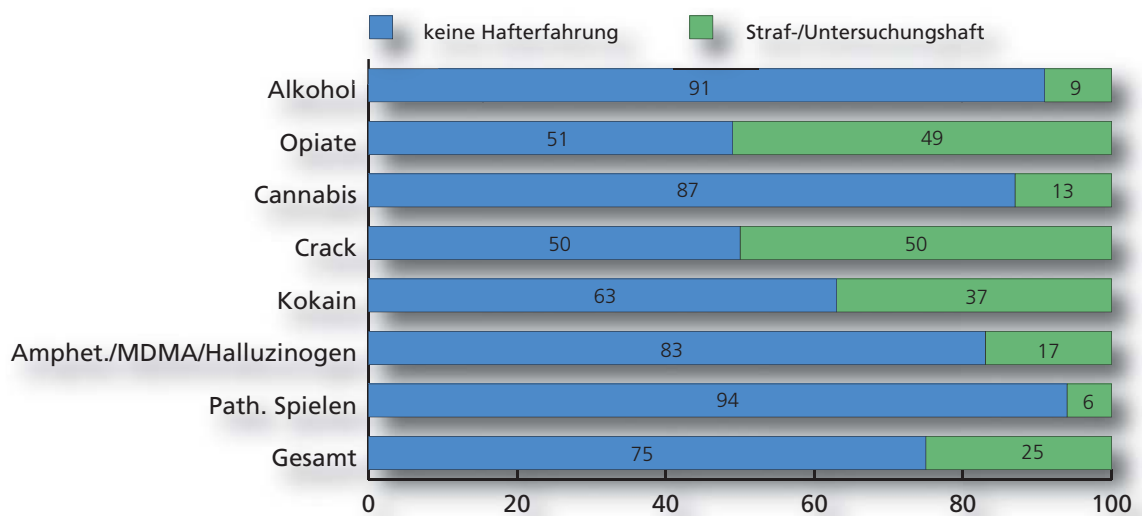
Abbildung 10: Erwerbssituation, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 16.449)



Hafterfahrung

Wer im Jahr 2008 die hessische ambulante Suchthilfe aufgrund eines Problems mit illegalen harten Drogen aufgesucht hat, war mit weit größerer Wahrscheinlichkeit als die übrigen Diagnosegruppen bereits mindestens einmal in Untersuchungs- oder Strafhaft: Für die Hälfte der Crack- und Opiatklienten wurde mindestens eine Hafterfahrung dokumentiert (Crack: 50%; Opiate 49%) (siehe Abbildung 11), bei den Kokainklienten ist dies bei weit über einem Drittel der Fall (37%). Konsumenten von Cannabis (13%) und Amphetaminen/MDMA/Halluzinogenen (17%) weisen zwar in geringerem Maße Erfahrungen mit Untersuchungs- oder Strafhaft auf, die geringsten Anteile vereinigen jedoch die Klienten mit legalem Suchtverhalten auf sich (Alkohol: 9%; Pathologisches Spielen: 6%).

Abbildung 11: Hafterfahrung, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 13.445)

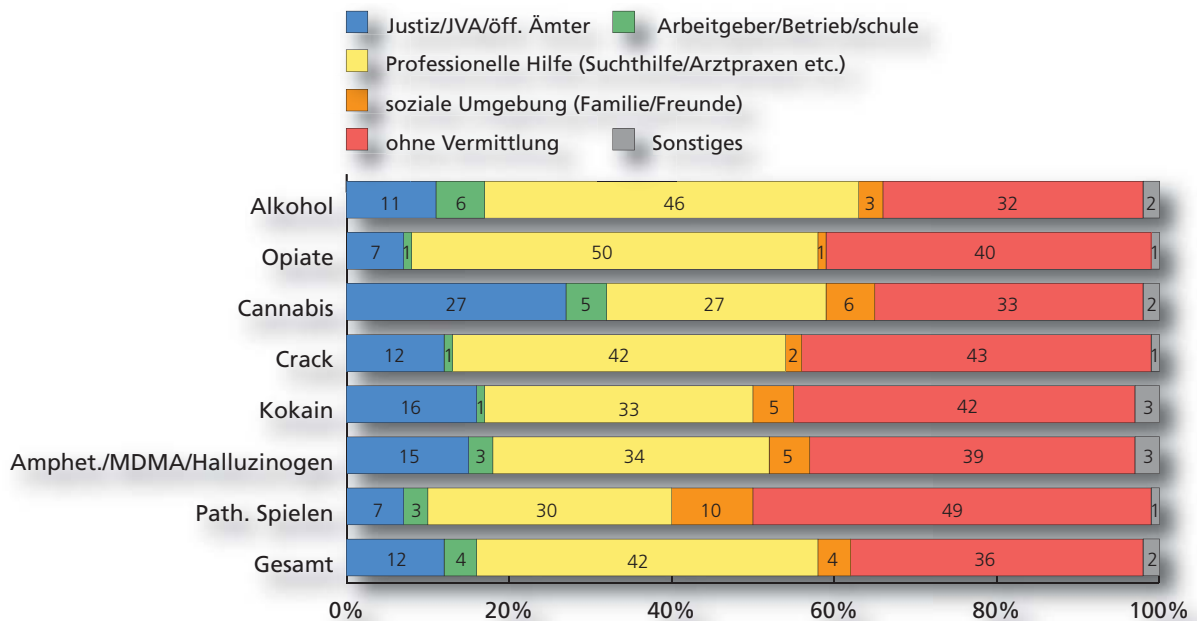


Betreuungen

Von den im Projekt *COMBASS* unterschiedenen drei generellen Hilfebereichen nimmt die Kategorie „Ambulante Beratung“ ähnlich wie in den Vorjahren mit 94% den größten Anteil aller Betreuungen ein; 6% der Betreuungen werden im „Betreuten Wohnen“ und 1% im Rahmen von Arbeitsprojekten durchgeführt. Aufgrund der relativ geringen Fallzahlen für die beiden letztgenannten Kategorien wird in den folgenden vergleichenden Analysen nicht weiter zwischen diesen drei Kategorien unterschieden.

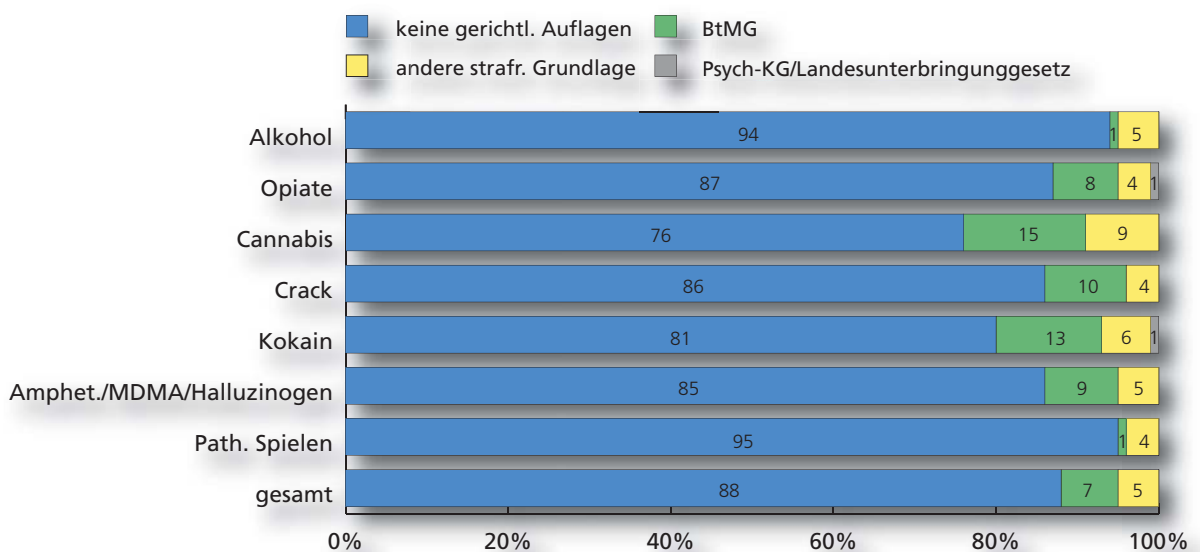
Am häufigsten werden Klienten über professionelle Hilfen (andere Suchthilfeeinrichtungen, Ärzte etc.; 42%) in Angebote der ambulanten Suchthilfe vermittelt (siehe Abbildung 12). Über ein Drittel sucht eine Einrichtung ohne Vermittlung auf (36%), 12% über Justiz, JVA oder Ämter und jeweils 4% werden durch das soziale Umfeld bzw. Arbeitgeber, Betrieb oder Schule vermittelt (siehe Abbildung 12). Einige Unterschiede sind bei Betrachtung der Hauptdiagnosegruppen zu beobachten: Während sich bei der Alkoholklientel nur graduelle Abweichungen zum Wert für die Gesamtklientel zeigen, werden Opiatklienten mit 50% überdurchschnittlich häufig durch professionelle Hilfen vermittelt, während die Vermittlung über Arbeitgeber oder Schule und öffentliche Stellen in dieser Gruppe unterrepräsentiert ist. Mit 27% werden hingegen Cannabisklienten vergleichsweise häufig über die Justiz oder Ämter vermittelt. Demgegenüber spielen professionelle Hilfen bei dieser Klientel mit ebenfalls 27% eine geringere Rolle als bei den übrigen Klienten. Einen im Vergleich zur Gesamtklientel leicht erhöhten Anteil machen Cannabisklienten aus, die über das soziale Umfeld vermittelt werden. Crack- und Kokainklienten suchen relativ oft ohne Vermittlung eine Suchthilfeeinrichtung auf (43% bzw. 42%), auch eine Vermittlung über Arbeitgeber oder Schule ist bei beiden Gruppen eine eher selten zu beobachten. Kokainklienten sind bei der Vermittlung über professionelle Hilfen vergleichsweise unter- und bei der Vermittlung über Justiz und Ämter überrepräsentiert. Letzteres gilt auch für Amphetamin- und Halluzinogenklienten. Pathologische Glücksspieler schließlich kommen überdurchschnittlich oft ohne Vermittlung in die Einrichtung und werden eher selten über professionelle Hilfen, Justiz oder Ämter vermittelt.

Abbildung 12: Vermittlung in die Betreuung, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 17.151)



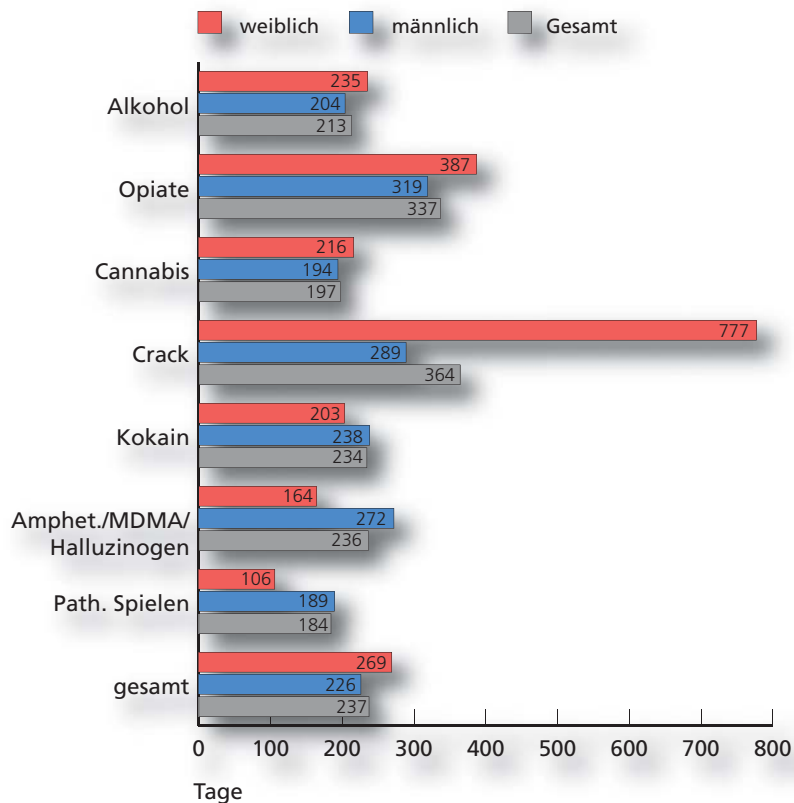
Insgesamt 12% der Klienten werden auf Basis gerichtlicher Auflagen in die Betreuung übernommen, 7% aufgrund von Verstößen gegen das BtMG und 5% wegen anderer strafrechtlicher Vergehen (siehe Abbildung 13). Von allen Hauptdiagnosengruppen sind Cannabisklienten mit insgesamt 24% am häufigsten aufgrund gerichtlicher Auflagen in Betreuung, gefolgt von Kokainklienten (insgesamt 20%), Amphetamin-/Halluzinogenkonsumenten (14%), Crack- (14%) und Opiatklienten (13%). Die Alkoholklienten und pathologischen Glücksspieler sind mit 6% bzw. 5% eher selten auf Basis gerichtlicher Auflagen in Betreuung, wobei betäubungsmittelrechtliche Auflagen mit jeweils unter 1% in diesen Gruppen besonders selten vorkommen.

Abbildung 13: Gesetzliche Grundlage der Betreuung, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 16.721)



Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller in 2008 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 237 Tage (siehe Abbildung 14). Frauen werden dabei mit durchschnittlich 269 Tagen länger betreut als Männer (226 Tage). Unter allen Hauptdiagnosegruppen werden Crack- und Opiatklienten mit 363 Tagen bzw. 337 Tagen im Mittel am längsten betreut. Eine mittlere Betreuungsdauer weisen im Vergleich die Amphetamin-/Halluzinogenklienten (236 Tage) und Kokainkonsumenten (234 Tage) auf, gefolgt von den Alkoholiklienten mit 213 Tagen. Eine eher kurze durchschnittliche Betreuungsdauer liegt bei den Cannabisklienten (197 Tage) und pathologischen Spielern (184 Tage) vor.

Abbildung 14: Durchschnittliche Betreuungsdauer in Tagen, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 11.045)



Betreuungsformen

Im nächsten Auswertungsschritt werden die zentralen Betreuungsformen, nach Hauptdiagnosegruppen differenziert, betrachtet. Hierbei handelt es sich um die folgenden Betreuungstypen, die kurz erläutert werden sollen.

Erläuterung

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

Ambulante Rehabilitation (AR): Die AR nach der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ ist eine strukturierte Entwöhnungsbehandlung, die von anerkannten Behandlungsstätten entweder im Anschluss an oder alternativ zu einer stationären Entwöhnung durchgeführt wird. Die AR setzt Motivation und Fähigkeit zur suchtmittelabstinenter Lebensführung, ein stabilisierendes soziales Umfeld und eine zuverlässige Mitarbeit in der Therapie voraus. Darüber hinaus muss die Ausprägung der Störungen auf seelischem, körperlichem und sozialem Gebiet eine ambulante Behandlung zulassen. Leistungsträger sind die Rentenversicherungen und Krankenkassen. Die Ambulante Rehabilitation sollte nach maximal 18 Monaten (bzw. bei poststationärer AR nach 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.

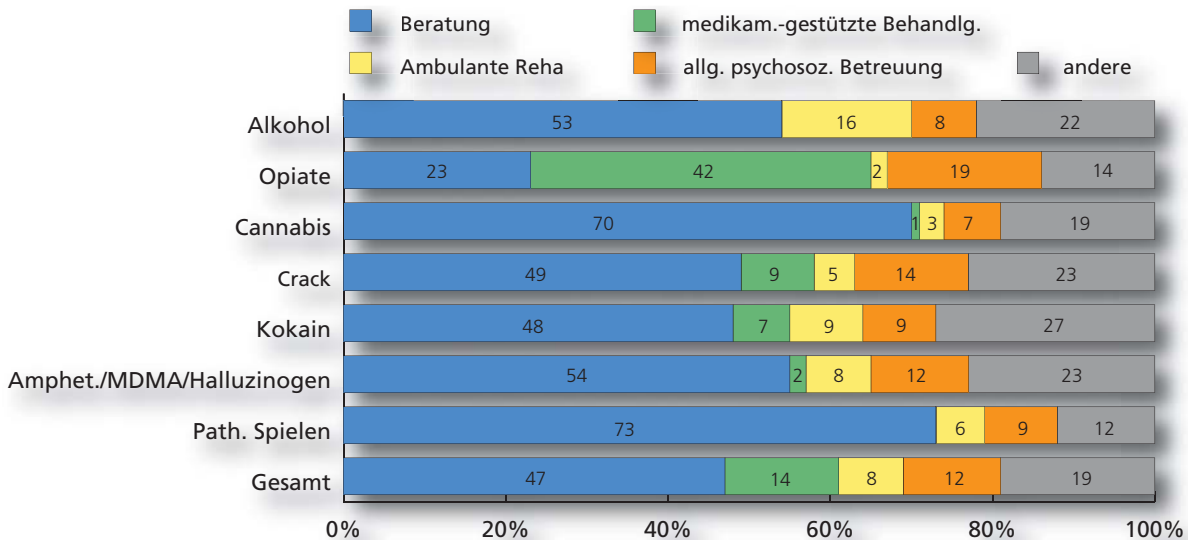
Medikamentengestützte Behandlung: Dabei handelt es sich um eine strukturierte, interdisziplinär angelegte ambulante Behandlung mit einem Substitutionsmittel (Methadon, Polamidon, Buprenorphin, Codein). In der Regel ist damit in diesem Bericht die Psychosoziale Betreuung Substituierter gemeint. Auch die Behandlung mit einer Anti-Craving-Substanz, das sind Medikamente, die das Suchtverlangen unterdrücken sollen, fällt darunter.

Knapp die Hälfte aller Klienten nimmt eine Beratung in Anspruch (47%) (siehe Abbildung 15). Zweithäufigste Betreuungsform ist mit 14% die Medikamentengestützte Behandlung, gefolgt von der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung mit 12% und der Ambulanten Rehabilitation mit 8%. Andere Angebote machen 19% aller Betreuungen aus.

Zwischen den Hauptdiagnosegruppen zeigen sich zum Teil erhebliche Unterschiede in der Verteilung der genutzten Angebote. So ist bei den Opiatklienten die Medikamentengestützte Behandlung mit 42% die insgesamt am häufigsten genutzte Betreuungsform. Die Ambulante Rehabilitation ist bei der Alkoholkielentel vergleichsweise stark vertreten (16%), während sie bei den Opiatklienten eher selten vorkommt (2%). Die Allgemeine Psychosoziale Betreuung wird wiederum von den Opiatkonsumenten vergleichsweise häufig, von Alkohol- und Cannabisklienten dage-

gen eher selten in Anspruch genommen. Die häufigste Betreuungsform, die Beratung, wird insbesondere von Cannabisklienten und pathologischen Glücksspielern häufig in Anspruch genommen, während sie bei Opiatklienten eine weniger herausragende Stellung einnimmt.

Abbildung 15: Zeitlich überwiegender Abschnittstyp, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 20.168)



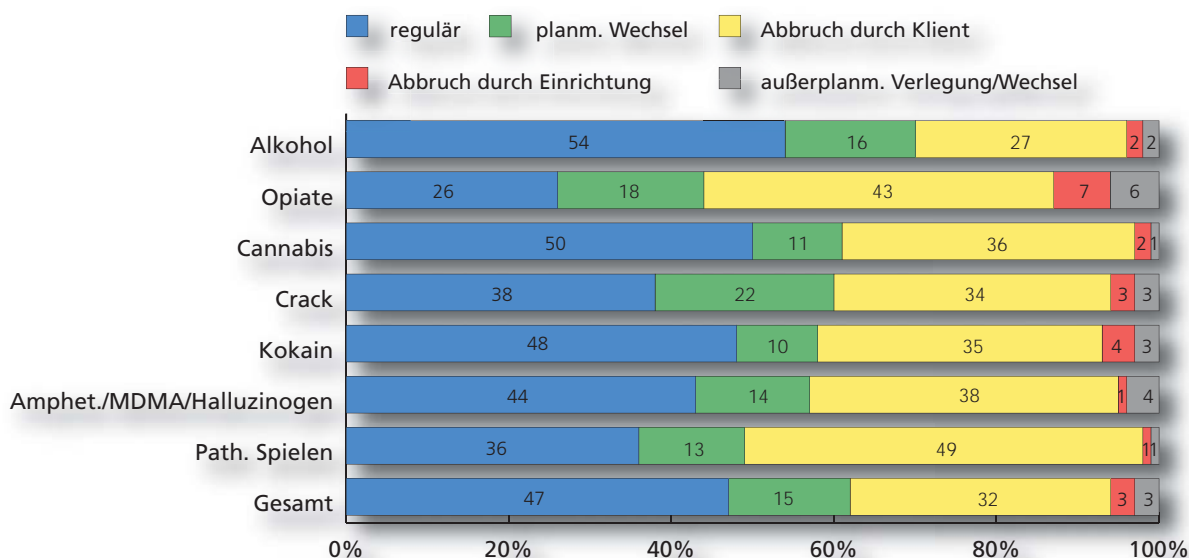
Betreuungsende

Jeweils 50% der dokumentierten Betreuungen von Klienten wurden im Berichtsjahr abgeschlossen bzw. liefen zum Ende des Jahres noch. Bei den Betreuungen von Angehörigen wurden mit 65% etwas mehr Betreuungen im aktuellen Jahr abgeschlossen.

Wie die Abbildung 16 zeigt, wurden mit 47% knapp die Hälfte der abgeschlossenen Betreuungen regulär beendet, 32% wurden durch den Klienten abgebrochen und weitere 15% planmäßig in ein anderes Angebot weitervermittelt. 3% der Betreuungen sind durch die Einrichtung abgebrochen worden, bei weiteren 3% wurde der Klient außerplanmäßig weitervermittelt.

Auch beim Beendigungsgrund zeigen sich teilweise erhebliche Differenzen zwischen den Hauptdiagnosegruppen: Bei Alkohol Klienten wird die Betreuung insgesamt etwas seltener abgebrochen, während ein vorzeitiger Abbruch der Betreuung – insbesondere durch den Klienten selbst (43%) – bei Opiatkonsumenten im Vergleich zu den übrigen Hauptdiagnosegruppen überdurchschnittlich häufig der Fall ist. Zugleich werden Betreuungen bei Opiatklienten mit 26% vergleichsweise selten regulär beendet. Cannabiskonsumenten brechen zu 36% ihre Betreuung selbst ab und werden vergleichsweise selten in ein anderes Angebot weiter vermittelt. Relativ geringfügige Abweichungen von den Anteilen der Gesamtklientel liegen bei den Kokain-, Crack- und Amphetamin-Klienten vor. Bei den pathologischen Spielern schließlich zeigt sich im Vergleich vor allem ein deutlich höherer Anteil von Betreuungen, die durch den Klienten abgebrochen werden (49%).

Abbildung 16: Beendigungsgrund¹¹, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 8.516)



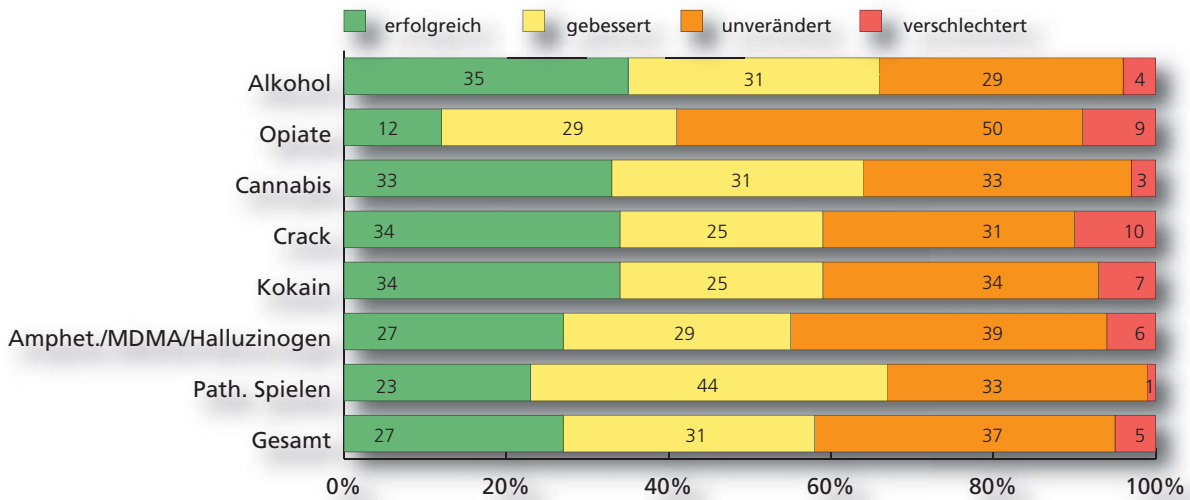
Wie der Abbildung 17 zu entnehmen ist, hat sich der jeweilige Konsumstatus der Klienten zum Betreuungsende mehrheitlich verbessert. Über ein Viertel der Betreuungen wurden erfolgreich abgeschlossen (27%), und bei einem knappen Drittel wurde eine Verbesserung der Problematik diagnostiziert (31%). Bei 37% der Klienten hat sich am Konsumverhalten nichts geändert, und bei 5% hat sich die Problematik sogar verschlechtert.

Unterschiede zwischen den Hauptdiagnosegruppen beschränken sich weitgehend auf Abweichungen zwischen den Opiatklienten und allen anderen Klienten. Bei insgesamt 41% der Opiatklientel hat sich der Konsumstatus verbessert (erfolgreich/gebessert zusammen) – im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosengruppen ist dies der niedrigste Wert. Demgegenüber wurden in dieser Gruppe mit 50% deutlich mehr Betreuungen mit unverändertem Konsumstatus beendet, und auch eine verschlechterte Problematik ist bei der Opiatklientel mit 9% etwas überrepräsentiert.¹² Bei den meisten anderen Hauptdiagnosegruppen ist der Anteil erfolgreich abgeschlossener Betreuungen etwas höher als beim Durchschnitt der Gesamtklientel, der Anteil unveränderter Problematiken jeweils etwas niedriger. Eine Ausnahme bilden die pathologischen Spieler, die ihre Betreuung mit 23% zwar etwas seltener erfolgreich abschließen als der Durchschnitt, bei denen aber mit 44% ein vergleichsweise hoher Anteil von Betreuungen vorliegt, zu deren Ende eine Verbesserung der Problematik dokumentiert wurde.

¹¹ Die Ergebnisse zum Beendigungsgrund sollten vorsichtig interpretiert werden, da diese auch durch die im Auswertungsjahr erfolgte Umstellung auf einen neuen Datensatz beeinflusst sein können.

¹² Diese Ergebnisse können zum Teil auch dadurch zustande gekommen sein, dass bei den Anwendern unterschiedliche Dokumentationspraktiken vorherrschen, mit denen eine anhaltende Einnahme eines Substitutionsmittels bei Betreuungsende erfasst wird.

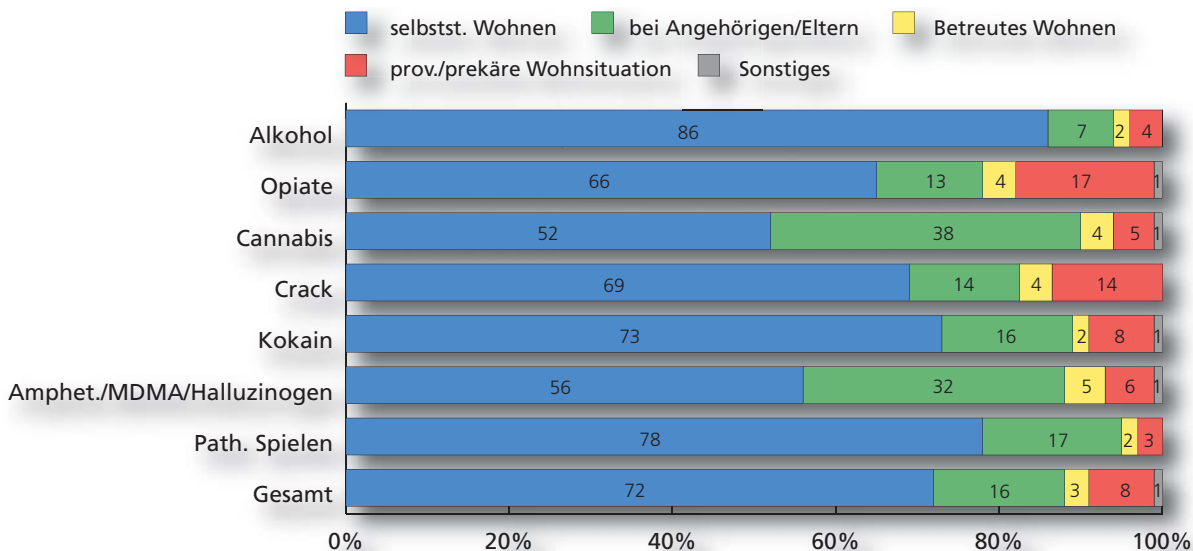
Abbildung 17: Problematik am Betreuungsende, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 9.177)



Bei 72% der abgeschlossenen Betreuungen wohnt der Klient zum Betreuungsende in einer eigenen Wohnung (siehe Abbildung 18). 16% leben bei Angehörigen (insbesondere Eltern), 8% in einer provisorischen oder prekären Wohnsituation und 3% sind in einer Betreuten Wohnform untergebracht.¹³ Innerhalb des Typs „provisorische/ prekäre Wohnsituation“ sind Notunterkünfte die häufigste Kategorie, gefolgt von Obdachlosigkeit, JVA/Maßregelvollzug/Sicherheitsverwahrung, anderen provisorischen Unterkünften, Wohnheimen und Kliniken bzw. Rehabilitationseinrichtungen. Alkoholklienten wohnen – zum Zeitpunkt der abgeschlossenen Betreuung – mit einem Anteil von 86% vergleichsweise häufig selbstständig, während das Wohnen bei Angehörigen und die provisorische/ prekäre Wohnsituation in dieser Gruppe seltener vertreten sind als bei der Gesamtklientel. Provisorische und prekäre Wohnsituationen finden sich hingegen bei Opiatklienten mit 17% etwa doppelt so häufig wie beim Durchschnitt der hessischen Suchthilfeklientel, über eine eigene Wohnung verfügen die Hilfesuchenden mit einer Opiatproblematik dagegen vergleichsweise selten (66%). Noch niedriger ist der Anteil selbstständig Wohnender bei den Cannabisklienten (52%). Im Vergleich zu den übrigen Klienten wohnt in dieser Gruppe aber mit 38% ein deutlich größerer Anteil bei Eltern oder anderen Angehörigen, was auf das relativ geringe Durchschnittsalter in dieser Gruppe zurückzuführen sein dürfte. Derselbe Zusammenhang ist bei den Amphetamin- bzw. Halluzinogenklienten zu beobachten. Vergleichsweise geringe Abweichungen vom Durchschnitt, die angesichts geringer Fallzahlen allerdings nicht überbewertet werden sollten, sind bei Kokain- und Crack-Klienten festzustellen. Pathologische Spieler weisen im Vergleich zur Gesamtklientel etwas höhere Anteile für selbstständiges Wohnen und etwas niedrigere Anteile prekärer Wohnsituationen auf.

¹³ Die dargestellten Werte zur Wohnsituation sind nicht mit der Wohnsituation über alle Klienten (siehe Abbildung 8) vergleichbar, da sie sich erstens auf die Anzahl der beendeten Betreuungen beziehen, und zweitens betreuungs- und nicht klientenbezogen erhoben worden sind.

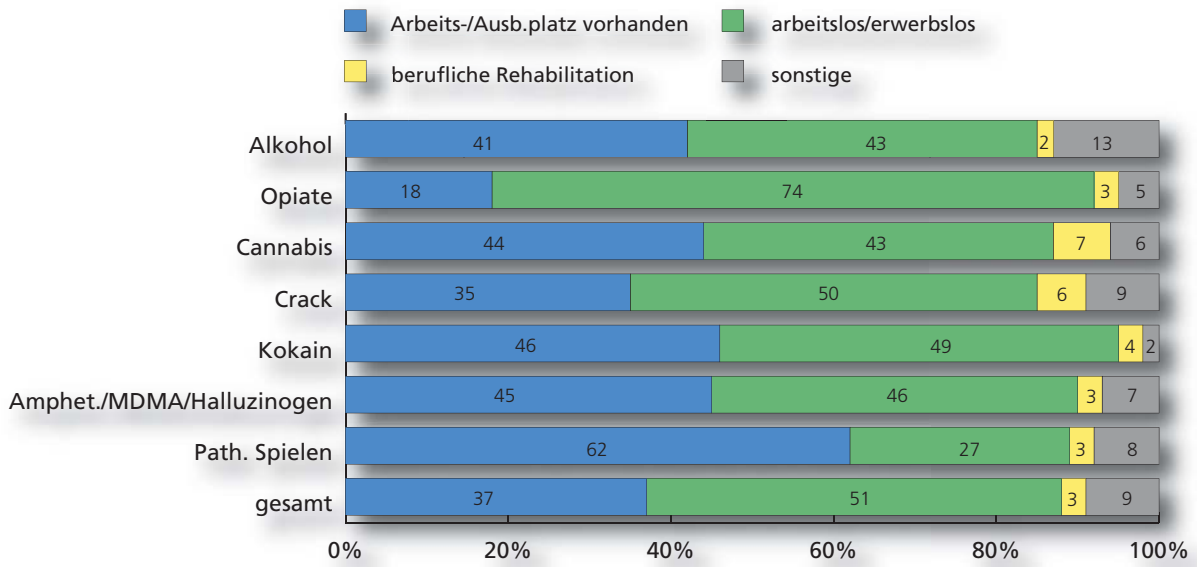
Abbildung 18: Wohnsituation zu Betreuungsende, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 10.077)



Mit 51% ist etwa jeder zweite Klient am Betreuungsende arbeits- bzw. erwerbslos (siehe Abbildung 19); die überwiegende Mehrheit (89%) dieser Personen erhält Sozialhilfe bzw. ALG II. 37% verfügen über einen Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz, 3% befinden sich in beruflicher Rehabilitation und 9% fallen unter die Kategorie „Sonstige“.¹⁴ Bei der Erwerbssituation zum Betreuungsende sind die deutlichsten Unterschiede wiederum zwischen den Opiatklienten und der übrigen Klientel zu beobachten: Mit einem Anteil von 18% haben die Opiatabhängigen am Betreuungsende deutlich seltener einen Arbeits-/ Ausbildungsplatz als dies in allen anderen Hauptdiagnosegruppen der Fall ist; umgekehrt sind Opiatkonsumenten mit 74% weitaus häufiger arbeits-/erwerbslos. Abgesehen von den Crackklienten (deren Erwerbssituation in etwa dem Durchschnitt entspricht) liegt der Anteil der Erwerbstätigen bei allen anderen Gruppen über dem Durchschnitt der Gesamtklientel, der Anteil der Arbeits-/Erwerbslosen darunter. Pathologische Spieler haben mit 62% vergleichsweise häufig eine Arbeitsstelle bzw. einen Ausbildungsplatz und sind mit 27% verhältnismäßig selten arbeitslos. Bei Alkoholklienten ist mit 13% vermutlich aufgrund des etwas höheren Rentneranteils ein leicht erhöhter Wert bei der Kategorie „Sonstige“ zu beobachten.

¹⁴ In der Kategorie „Sonstige“ werden beispielsweise mithelfende Familienangehörige, Hausfrauen bzw. Hausmänner sowie Rentner und Pensionäre zusammengefasst.

Abbildung 19: Erwerbssituation zu Betreuungsende, differenziert nach Hauptdiagnose
(N= 9.493)



Trends 2003 bis 2008

In diesem Kapitel werden – wie schon in den Vorjahren – die wichtigsten Trends in den Grunddaten der hessischen Suchthilfestatistik dargestellt. Beginnend mit dem Jahr 2003 werden Veränderungen bzw. Kontinuitäten bis 2008 berichtet. Inhaltlich ist hierbei zwischen der Klienten- und der Betreuungsebene zu unterscheiden.

Im Einzelnen werden in diesem Kapitel diejenigen Trends fortgeschrieben, die in der *COMBASS*-Steuerungsgruppe in den letzten Jahren zu besonderen Reflektionen und Diskussionen geführt haben. Es handelt sich dabei um den Anteil der Angehörigen, das Durchschnittsalter und die Hauptdiagnose der Klienten sowie die Betreuungsform und die durchschnittliche Betreuungsdauer.

Die Basis der folgenden Auswertungen stellen 76 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum an der *COMBASS*-Dokumentation beteiligt haben. Damit wird eine Verzerrung der Ergebnisse durch eine unterschiedliche (jährliche) Datengrundlage ausgeschlossen und führt zu abweichenden Klienten- und Betreuungszahlen gegenüber den Auswertungen des vorangestellten Berichtes.

Eine der auffälligsten Entwicklungen seit 2003 findet sich bei den Angehörigen: Ihr prozentualer Anteil an allen betreuten Personen fällt von 8% auf 5% im Jahr 2005 und verharrt dann zwei weitere Jahre auf diesem Niveau (siehe Tabelle 4). Im Jahr 2008 kommt es dann wieder zu einer Zunahme auf 7%. Aber nicht nur der prozentuale Anteil fällt über mehrere Jahre, sondern auch die absolute Anzahl von betreuten Angehörigen sinkt zwischen 2003 und 2006 deutlich: 1.295 betreute Angehörige im Jahr 2003 stehen einer Zahl von 752 im Jahr 2006 gegenüber. Im Jahr 2008 erhöht sich die Anzahl beratener Angehörigen wieder auf 1.210.

Die Anzahl betreuter Klienten ist dagegen über den gesamten Beobachtungszeitraum – mit Ausnahme des Jahres 2006 – kontinuierlich angestiegen: von 14.552 im Jahr 2003 auf 16.475 im Jahr 2008. Dabei zeigt sich gleichzeitig, dass der Anteil der Neuaufnahmen (Erstkontakt zur ambulanten Suchthilfe in Hessen im jeweiligen Jahr) zwischen den Jahren 2003 und 2007 von 55% auf 35% zurückgegangen ist; erst im Jahr 2008 steigt der entsprechende Wert wieder auf 41%.

Tabelle 4: Anteil Angehörige und Klienten, 2003 bis 2008 (gleiche Einrichtungen, N=76)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Angehörige	8%	7%	5%	5%	5%	7%
N	1.295	1.045	819	752	882	1.210
Klienten	92%	93%	95%	95%	95%	93%
N	14.552	14.959	15.027	14.962	15.671	16.475
davon Anteil Neuaufnahmen	55%	44%	40%	37%	35%	41%

Wie der Tabelle 5 zu entnehmen ist, hat sich das Durchschnittsalter der Klienten von 37,1 Jahren zwischen 2003 und 2008 um mehr als ein Jahr auf 38,3 Jahre erhöht. Dabei zeigt sich, dass in diesem Zeitraum die Alterssteigerung bei den Frauen (von 37,5 auf 40,0) wesentlich größer ist als bei den Männern (von 37,0 auf 37,7). Dagegen liegt das durchschnittliche Alter der (jährlichen) Neuaufnahmen über die gesamte Betrachtungsphase relativ stabil bei um die 36 Jahre.

Zusammen genommen können diese beiden Entwicklungen derart interpretiert werden, dass einerseits Klienten immer länger an das Suchthilfesystem gebunden werden können (Haltequote erhöht), gleichzeitig erreicht die ambulante Suchthilfe seit Jahren bei den Neuaufnahmen die gleichen Altersgruppen.¹⁵ Tatsächlich ist der Anteil derjenigen, die schon mindestens einmal in den Jahren zuvor Kontakt zum ambulanten Suchthilfesystem hatten, im Zeitraum 2003 bis 2008 von 45% auf 59% angewachsen (siehe oben).

Tabelle 5: Durchschnittsalter der weiblichen und männlichen Klienten, 2003 bis 2008 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=76)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Frauen	37,5	37,5	38,0	38,6	39,2	40,0
Männer	37,0	36,7	36,9	37,1	37,4	37,7
Insgesamt	37,1	36,9	37,2	37,5	37,9	38,3
Neuaufnahmen	36,1	35,8	36,1	35,9	36,5	36,5
N	14.425	14.867	14.947	14.878	15.604	16.428

Betrachtet man die Personen, für die eine ICD-10 Hauptdiagnose in Form von „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeitssyndrom“ dokumentiert worden ist, zeigt sich zunächst, dass der Anteil der Klienten mit einer Alkoholproblematik von 44% im Jahr 2003 kontinuierlich auf 40% im Jahr 2006 gesunken ist (siehe Tabelle 6). Danach steigt er wieder leicht an; im Jahr 2008 beträgt der Wert 42%. Die Entwicklung bei der Opiatklientel lässt sich wie folgt beschreiben: Bis ins Jahr 2005 nimmt ihr prozentualer Anteil von 32% auf 34% leicht zu, um in den folgenden drei Jahren wieder auf 31% zu fallen. Der Anteil von Cannabiskonsumenten, die das ambulante Suchthilfesystem in Hessen aufsuchen, zeigt im betrachteten Zeitraum eine steigende Tendenz: von 11% in 2003 auf 14% in 2008. Dagegen hat der Anteil von Crackklienten abgenommen: von 3% (2003) auf 1% (2008). Der Anteil der pathologischen Glücksspieler liegt in den ersten vier Jahren stabil bei 1%, in den letzten beiden Jahren ist er dann über 2% auf 3% angestiegen. Sehr stabil zeigen sich die Anteile für die Kokainklienten (2003-2008: 2%) sowie für die Personen mit anderen Suchtdiagnosen (2003-2008: 5%).

Bei der Interpretation dieser Zahlen ist prinzipiell zu berücksichtigen, dass über den gesamten Zeitraum die Anzahl der dokumentierten Hauptdiagnosen angestiegen ist – von 10.334 auf 13.839 Fälle – bzw. auch die gesamte Klientenanzahl zugenommen hat (siehe oben). Das bedeutet, dass in vielen Fällen auch bei einem abnehmenden Prozentanteil gegenüber dem Vorjahr die absolute Klientenzahl in der jeweiligen Gruppe nicht gefallen ist bzw. sogar zugenommen hat.

¹⁵ Das wird auch durch die differenzierten Altersanalysen im COMBASS-Grunddatenbericht 2007 bestätigt.

Tabelle 6: Hauptdiagnose der Klienten, 2003 bis 2008 (in %, gleiche Einrichtungen, N=76)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Alkohol	44	43	41	40	41	42
Opiate	32	33	34	33	32	31
Cannabis	11	12	13	14	13	14
Crack	3	2	2	2	2	1
Kokain	2	2	2	2	2	2
Amphetamine	2	2	2	2	2	3
Glücksspiel	1	1	1	1	2	3
Anderer	5	5	5	5	5	5
N	10.334	11.695	12.093	11.815	12.847	13.839

Bei den bisher berichteten Zahlen zur Hauptdiagnose wurde nicht zwischen den Personen unterschieden, die mehrere Jahre in den Suchthilfeeinrichtungen betreut werden und denen, die die Angebote das erste Mal in Anspruch nehmen. Diese Differenzierung soll im nun Folgenden vorgenommen werden, da sich dadurch die Entwicklung des Inanspruchnahmeverhaltens nach den verschiedenen Hauptdiagnosegruppen noch einmal etwas anders darstellt. So ist ein Anstieg der Personen mit Alkoholproblemen unter den Neuaufnahmen zu beobachten (2003: 42%; 2005: 47%; 2008: 50%) (siehe Tabelle 7). Demgegenüber halbiert sich der Anteil der Neuaufnahmen mit einer opiatbezogenen Hauptdiagnose von 30% in 2003 über 21% in 2005 auf 15% im Jahr 2008. Der Anteil der Cannabiskonsumenten – seit 2006 die zweitgrößte Gruppe der Neuaufnahmen – hat dagegen im Zeitraum 2003 bis 2006 von 14% auf 21% deutlich zugenommen; für die Jahre 2007 und 2008 lautet der leicht rückläufige Wert 19%. Die Anteile der neu aufgenommenen Klienten mit den Hauptdiagnosen Crack, Kokain, Amphetamine und anderen Suchtdiagnosen entsprechen weitgehend den Werten, die für alle Klienten ermittelt worden sind (siehe oben). Dagegen ist es bei der Gruppe der pathologischen Glücksspieler zu einer relevanten Veränderung im Dokumentationszeitraum gekommen: seit 2005 ist ihr Anteil von 1% auf 5% im Jahr 2008 angestiegen. Hier spiegelt sich vermutlich die verstärkte Ausrichtung der hessischen Suchthilfe auf die Betreuung pathologischer Glücksspieler der letzten Jahre hinsichtlich der personellen Besetzung sowie neuer Beratungsangebote wider.

Tabelle 7: Hauptdiagnose der neu aufgenommenen Klienten, 2003 bis 2008 (in %, gleiche Einrichtungen, N=76)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Alkohol	42	48	47	46	51	50
Opiate	30	21	21	19	15	15
Cannabis	14	18	19	21	19	19
Crack	3	2	2	2	1	1
Kokain	2	2	2	3	2	2
Amphetamine	2	2	2	3	3	3
Glücksspiel	1	1	1	2	3	5
Andere	6	5	6	5	6	5
N	4.875	4.369	4.043	3.701	3.822	4.905

Die Beratung ist seit 2003 die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Ihr relativer Anteil hat jedoch im Beobachtungszeitraum von 57% (2003) um 12 Prozentpunkte auf 45% abgenommen (siehe Tabelle 8). Zweithäufigste Betreuungsform ist mit 14% mittlerweile die Medikamentengestützte Behandlung, d. h. die psychosoziale Betreuung Substituierter. Ihr Anteil ist seit dem Ausgangsjahr um vier Prozentpunkte angestiegen. Auch bei der Betreuungsform Ambulante Rehabilitation ist ein stetiges Anwachsen des prozentualen Anteils von 6% auf 9% zu verzeichnen. Dagegen verläuft die Entwicklung bei der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung uneinheitlich: Ihr Ausgangswert von 15% hat sich bis 2007 um ein Drittel auf 10% reduziert, ist in 2008 aber wieder auf 12% angestiegen.

In der Kategorie „Sonstige“, die im Jahr 2008 auf ein Fünftel aller Betreuungen kommt (20%), werden verschiedene andere Betreuungsarten, z. B. Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung, schulische und berufliche Integrationshilfen oder Raucherentwöhnung, zusammengefasst. Der Anteil der Kategorie „Sonstige“ stieg zunächst von 12% (2003) auf 19% (2005) und zeigt sich seitdem auf ähnlichem Niveau.

Auch bei den genannten Zahlen zur Betreuung ist zu beachten, dass die dokumentierten Betreuungen zwischen 2003 und 2008 (fast) kontinuierlich von 14.032 auf 18.504 zugenommen haben.

Tabelle 8: Betreuungsformen der Klienten, 2003 bis 2008 (in %, gleiche Einrichtungen, N=76)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Beratung	57	53	50	49	49	45
Medikamentengestützte Behandlung	10	11	14	13	14	14
Ambulante Rehabilitation	6	7	7	8	8	9
Allgemeine Psychosoziale Betreuung	15	13	10	11	10	12
Sonstige	12	16	19	19	19	20
N-Betreuungen	14.032	16.484	17.049	16.892	18.034	18.504

Bei der Analyse der Betreuungsdauer der einzelnen Hauptdiagnosegruppen zeigen sich im betrachteten Zeitraum diverse Veränderungen: Die Betreuung der Opiat- sowie der Crackklientel weist im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen die höchsten Durchschnittswerte auf, die darüber hinaus im Zeitverlauf (2003 bis 2008) stetig angewachsen sind: bei den Opiatklienten von 227 auf 333 Tage, bei den Crackklienten von 265 auf 351 Tage (siehe Tabelle 9). Auch bei den Alkohol- und Cannabisklienten ist die durchschnittliche Betreuungsdauer über die Jahre angestiegen, wenn auch nicht so stark wie bei den beiden vorgenannten Gruppen (von 171 auf 210 Tage bzw. 163 auf 195 Tage). Bei den Kokainkonsumenten ist dagegen ein (uneinheitlicher) Rückgang zu beobachten; die Amphetamin-Gruppe bewegt sich im Großen und Ganzen auf einem ähnlichen Niveau. Die Entwicklung bei den pathologischen Glücksspielern ist über die Zeit uneinheitlich. Bei dieser Gruppe liegt in der Gesamtbetrachtung die niedrigste durchschnittliche Betreuungsdauer vor.

Tabelle 9: Durchschnittliche Betreuungsdauer der Klienten, 2003 bis 2008 (in Tagen, abgeschlossene Betreuungen, gleiche Einrichtungen, N=76)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Alkohol	171	191	194	182	189	210
Opiate	227	267	268	280	310	333
Cannabis	163	187	186	171	197	195
Crack	265	301	266	275	291	351
Kokain	261	246	242	186	274	238
Amphetamine	214	203	220	216	231	222
Glücksspiel	149	211	175	184	187	178
Insgesamt	180	209	213	208	226	232
N-Betreuungen	7.706	8.694	8.678	8.466	8.998	9.748

Literatur

Sonntag D. (Hrsg.) (2007). Deutsche Suchthilfestatistik 2006. In: SUCHT. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Sonderheft 1.

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
1	Jugend- und Drogenberatung - Suchthilfe im Vogelsbergkreis	Alsfeld	Ev. kirchlicher Zweckverband Ev. Dekanate JDB im Vogelsbergkreis
2	Beratungs- und Behandlungszentrum für Abhängigkeitserkrankungen	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	ags - Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtgefährdete, Abhängige und Angehörige	Bad Soden a. Ts.	Arbeitsgemeinschaft gegen Suchtgefahren e.V.
6	Betreutes Wohnen	Bensheim	Wohngemeinschaft Bergstraße e.V.
7	Der Treff" - Beratungszentrum Biedenkopf	Biedenkopf	Bürgerinitiative Sozialpsychiatrie e.V.
8	Suchtkranken- und Angehörigenberatung	Biedenkopf	Diakonisches Werk in Hessen und Nassau, Frankfurt
9	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Wetteraukreis, Außenstelle Büdingen	Büdingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
10	Suchthilfezentrum Darmstadt - Beratung und Behandlung	Darmstadt	Caritasverband Darmstadt e.V.
11	Drogenberatung im Suchthilfezentrum Darmstadt	Darmstadt	Caritasverband Darmstadt e.V.
12	Substitutionsambulanz "scentral"	Darmstadt	Diakonisches Werk Darmstadt-Dieburg
13	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Dieburg	Caritasverband Darmstadt e.V.
14	Drogenberatung für den Landkreis Darmstadt-Dieburg	Dieburg	Kreisverwaltung des Landkreises Darmstadt-Dieburg
15	Suchthilfezentrum Wildhof - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Dietzenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
16	Suchtberatung	Dillenburg	Diakonisches Werk Dillenburg
17	Betreutes Wohnen Bremthal - Therapeutische Einrichtung Eppstein	Eppstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
18	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Erbach	Caritasverband Darmstadt e.V.

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungname	Ort	Träger
19	Suchtberatungsstelle im Suchthilfezentrum	Erbach	DRK Kreisverband Odenwaldkreis
20	Betreutes Wohnen im Suchthilfezentrum	Erbach	DRK Kreisverband Odenwaldkreis
21	Fachstelle für Suchthilfe und Prävention	Eschwege	Zweckverband Diakonisches Werk Eschwege/Witzenhausen
22	Mobile Beratung in der Stadt Flörsheim	Flörsheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
23	Kontaktladen "La Strada" - Drogenhilfe und Prävention	Frankfurt am Main	AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.
24	Drogennotruf	Frankfurt am Main	BASIS - Beratung, Arbeit, Jugend & Kultur e.V.
25	Substitutionsambulanz Grüne Straße	Frankfurt am Main	Bürgerhospital Frankfurt am Main
26	"Claire" - Beratungsstelle für suchtmittelabhängige Frauen	Frankfurt am Main	Calla - Verein zur Förderung der Lebensqualität von Frauen mit Suchtproblemen
27	Fachambulanz für Suchtkranke - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Frankfurt am Main	Caritasverband Frankfurt e.V.
28	Evangelische Suchtkrankenberatung	Frankfurt am Main	Ev. Regionalverband Frankfurt am Main
29	Fachstelle Sucht-Prävention und Therapie. Psychosoziale Beratungs- u. Behandlungsstelle	Frankfurt am Main	Frankfurter Therapieverbund Hessischer Guttempler-Einrichtungen gGmbH
30	Sozialtherapeutisches Zentrum - Beratung für Alkoholranke und -gefährdete	Frankfurt am Main	Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V.
31	Sozialtherapeutische Nachsorgeeinrichtung	Frankfurt am Main	Guttempler-Sozialwerk e.V
32	Projekt Ossip	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
33	Lichtblick	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
34	Eastside - Übernachtungs- und Tagesanlaufstelle	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
35	Café Frieda - Kontaktcafé und Sozialdienst	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
36	BWG Rotliltstraße 76 und Betreutes Einzelwohnen	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
37	Suchtilfezentrum Bleichstraße	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
38	Drogennotdienst	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
39	Jugendberatung und Suchtilfe Sachsenhausen	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
40	Jugendberatung und Suchtilfe Am Merianplatz	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
41	Bildungszentrum Hermann Hesse	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
42	Betreutes Wohnen Musikantenweg	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
43	Betreute Wohngemeinschaft Eschenbachhaus	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
44	Betreutes Wohnen für Menschen mit alkoholbedingten Folgeerkrankungen in Frankfurt	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
45	Betreute Wohngemeinschaft Wittelsbacherallee einschl. Betreutes Einzelwohnen	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
46	"drop in" - Fachstelle Nord für Suchtfragen	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
47	Jugend- und Drogenberatung Höchst	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
48	Therapeutische Wohngemeinschaften für Drogenabhängige	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
49	Kontaktladen "Café Fix"	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
50	Betreutes Wohnen Höchst	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
51	Frauenberatungsstelle	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. und Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V.
52	Psychoziale Beratungsstelle für Suchtkranke	Friedberg	Caritasverband Gießen e. V.
53	Zentrum für Jugendberatung und Suchtilfe für den Wetteraukreis	Friedberg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
54	Sucht- und Drogenberatungsstelle - Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke und Angehörige	Fulda	Caritasverband für Stadt und Landkreis Fulda

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
55	Fachstelle für Sucht	Fulda	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Fulda e.V.
56	Jugend- und Drogenberatungsstelle Gelnhausen / Schlüchtern	Gelnhausen	AWO Kreisverband Main-Kinzig e.V.
57	Fachambulanz für Suchtkranke	Gelnhausen	CV für den Main-Kinzig-Kreis e.V.
58	SuchtHilfeZentrum Gießen - Schanzenstraße	Gießen	Arbeitsgemeinschaft Rauschmittelprobleme
59	SuchtHilfeZentrum Gießen - Gartfeld	Giessen	Arbeitsgemeinschaft Rauschmittelprobleme
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	Suchtberatung für Erwachsene Hanau, Betreutes Einzelwohnen	Hanau	Diakonisches Werk Ev. Kirchenkreise HU-Stadt/Land
63	Aufsuchende Suchthilfe in der Stadt Hattersheim	Hattersheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
64	Betreutes Wohnen	Hattersheim	Selbsthilfe im Taunus e.V. (SiT)
65	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Heppenheim	Caritasverband Darmstadt e.V.
66	Drogenberatung im Landkreis Kassel	Hofgeismar	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
67	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe im Main-Taunus-Kreis	Hofheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
68	Jugend- und Drogenberatung Schwalm-Eder Kreis	Homburg (Efze)	Kreisausschuß des Schwalm-Eder-Kreises
69	Suchthilfe und Suchtprävention für Karben	Karben	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
70	Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Blaukreuz -Zentrum	Kassel	Blaukreuzverein Kassel e.V.
71	Substitutionsfachambulanz "SAM2"	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
72	Substitutionsfachambulanz "SAM"	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
73	"W23" - Jugend- und Drogenberatung	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungname	Ort	Träger
74	"KARO 5" - Drogenberatung und Ambulante Rehabilitation	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
75	Frühintervention für suchtmittelabhängige Schwangere	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
76	Betreute Wohngemeinschaft "Carlotta" der Frauentherapie "Camille"	Königstein	Calla - Verein zur Förderung der Lebensqualität von Frauen mit Suchtproblemen
77	Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen	Korbach	Zweckverband des diakonischen Werkes Waldeck-Frankenberg
78	Mobile Beratung in der Gemeinde Kriftel	Kriftel	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
79	PRISMA - Jugend- und Drogenberatungsstelle für den Kreis Bergstraße	Lampertheim	AWO Bergstrasse Soziale Dienste gGmbH
80	Suchtberatungsstelle	Limburg	Diakonisches Werk Limburg-Weilburg
81	Jugend- und Drogenberatungsstelle Limburg	Limburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
82	Kontaktladen "Komm' ma"	Limburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
83	Substitutionsambulanz Limburg	Limburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V. / PKH Hadamar (LWV)
84	Aufsuchende Suchtberatung Maintal	Maintal	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
85	Suchtberatungsstelle des Blauen Kreuzes	Marburg	Blaues Kreuz in Deutschland. Ortsverein Marburg
86	Sucht und Drogenberatung	Marburg	Diakonisches Werk Oberhessen
87	Betreutes Wohnen Teichwiese	Marburg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
88	Jugend-, Drogen-, & Suchtberatung	Mörfelden-Walldorf	Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe e.V.
89	Suchtberatungsstelle im Rheingau-Taunus-Kreis	Oestrich-Winkel	Neue Hoffnung e.V.
90	Psychosoziale Beratung und Behandlung für Suchtkranke	Offenbach	Caritasverband Offenbach e.V.
91	Suchthilfezentrum Wildhof - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
92	Suchthilfezentrum Wildhof - Betreutes Wohnen	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
93	Suchtilfezentrum Wildhof - Kontaktladen "Bella Vista"	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
94	Arbeitsprojekt Multiflex	Pfungstadt	Stiftung Waldmühle
95	Jugend- und Drogenberatung	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.
96	Fachambulanz für Suchtkranke	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.
97	Betreutes Wohnen	Rüsselsheim	Regionales Diakonisches Werk Groß-Gerau
98	Jugendberatung und Suchthilfe in den Städten Bad Soden, Eschborn, Schwalbach und der Gemeinde Sulzbach	Schwalbach	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
99	Jugend- und Suchtberatungsstelle	Schwalmsstadt	Hephata Hess. Diakoniezentrum e.V.
100	Sucht- und Drogenberatungsstelle	Stadtlendorf	Diakonisches Werk Oberhessen
101	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Rheingau-Taunus-Kreis	Taunusstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
102	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Rheingau-Taunus-Kreis - Betreutes Wohnen	Taunusstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
103	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis - Außenstelle für den Hintertaunus	Usingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
104	Jugend- und Drogenberatungsstelle	Weilburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
105	Suchthilfe Wetzlar e.V. - Integrierte Jugend-, Drogen- und Suchtberatungsstelle	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
106	Fachambulanz für Suchtkranke	Wiesbaden	Caritasverband Wiesbaden e.V.
107	Suchtilfezentrum Wiesbaden	Wiesbaden	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.



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

*Kompetent durch Erfahrung
Innovativ durch Flexibilität*