



2009

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.: 040/7410-54221
www.isd-hamburg.de

Layout, Satz

Eike Neumann, Hamburg

Druck

typographics GmbH, Darmstadt

November 2010

ISSN 1614-8991

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

Landesauswertung der
Computergestützten Basisdokumentation
der ambulanten Suchthilfe in Hessen (*COMBASS*)
– Grunddaten 2009 –

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

Dr. Jens Kalke, Eike Neumann
(Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Hamburg)

mit einem Kommentar von Prof. Dr. Martin Schmid
(Katholische Fachhochschule Mainz)

Frankfurt a. M., November 2010

Inhalt

Einführung	7
Zusammenfassung	9
Zielsetzung und Datengrundlage	15
Klientinnen und Klienten	18
Betreuungen	30
Trends 2003 bis 2009	40
Kommentar: Die Bedeutung der <i>COMBASS</i> -Daten für die Suchthilfe in Hessen	49
Literatur	56
Tabellenanhang	58
Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen	60

Kurzbeschreibung des Projektes *COMBASS*

Was ist *COMBASS*?

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

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

Welche Daten werden erhoben?

Die Dokumentation gliedert sich in eine Klienten- und Leistungsdokumentation. Sie ist so angelegt, dass trägerintern beide Bereiche ausgewertet werden. Auf Landesebene wurde bislang die Klientendokumentation (Biografie- und Betreuungsdaten = Hessischer Kerndatensatz [HKDS], siehe unten) ausgewertet. Für 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. Es gibt Grunddaten-Berichte sowie Spezialanalysen. Folgende Berichte sind bisher erschienen:

1. Grunddaten-Berichte 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009
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 Sozialministerium finanziert.

Was ist HORIZONT?

HORIZONT ist eine Software für die ambulante Suchthilfe. Sie wird von der Firma NTConsult Informationssysteme GmbH vertrieben und seit dem Jahr 2000 fast flächendeckend von den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hessen eingesetzt. Das Programm HORIZONT ist als chronologische Dokumentation konzipiert. Damit können Veränderungen vor und während der Betreuung dokumentiert werden. Die Daten der vorliegenden Auswertung wurden mit der Programmversion HORIZONT 4.1 erhoben.

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

Vor Ihnen liegt die siebte Ausgabe einer hessischen Landesauswertung. Das Besondere an dem Grunddaten-Bericht 2009 ist eine Kommentierung der Ergebnisse durch einen externen Experten. Herr Prof. Dr. Martin Schmid von der Katholischen Fachhochschule Mainz hat dankenswerterweise diese Aufgabe übernommen. Mit dieser Neuerung möchten wir Anstöße für eine zielgerichtete Diskussion geben und die Praxisrelevanz der *COMBASS*-Daten weiter erhöhen. Die Grundlage für die Interpretationen von Prof. Schmid stellen eine Status-Auswertung für das Jahr 2009 (Klientel, Betreuungen) sowie eine Trendbetrachtung der Jahre 2003 bis 2009 dar.

Bei einer HLS-Veranstaltung im Sommer 2010 hat Prof. Schmid folgende vier Hauptresultate und damit zusammenhängende Fragen den Vertretern und Vertreterinnen aus Kommunen, Landkreisen und Einrichtungen der Suchthilfe vorgestellt:

1. Drei Viertel der Klientinnen und Klienten sind Männer. Was bedeutet das für die Suchthilfe in Hessen?
2. Die Analyse der Hauptdiagnosen zeichnet ein verzerrtes Bild der Klientinnen und Klienten. Wie ändert sich dieses Bild, wenn man die Einzeldiagnosen berücksichtigt?
3. Ein zentraler Indikator für die soziale Exklusion Suchtkranker ist die hohe Arbeitslosigkeit. Wie kann die Suchthilfe die Integration Suchtkranker in das Erwerbsleben fördern?
4. Wie lässt sich der Anstieg der Betreuungsdauer interpretieren und welche Schlussfolgerungen lassen sich daraus ziehen?

In der anschließenden Diskussion wurde deutlich, dass die EDV-gestützte Dokumentation neben den Möglichkeiten zur einrichtungsinternen Qualitätssicherung sehr hilfreich ist, um generelle Fragen zu Konzepten und Strukturen der Suchthilfe zu thematisieren bzw. dort Anregungen geben kann, wo Weiterentwicklungen notwendig sind.

Im Bereich der Grunddatenauswertung sind die ausgewerteten Daten der Personen mit der Diagnose „Pathologisches Glücksspiel“ interessant. So ist hier beispielsweise der Anteil von nicht-deutschen Klientinnen und Klienten mit 28 % besonders groß.

Unter der Überschrift „Soziale Situation“ ist zu konstatieren, dass sich die vorhandene Arbeitslosigkeit bei den staatlichen Transferleistungen abbildet: Weit über die Hälfte der Opiatklienten sind ALG II-Empfänger (60 %), unter den Crackklienten trifft dies fast auf jeden Zweiten zu (46 %). Die pathologischen Glücksspieler weisen mit 20 % den geringsten Anteil von ALG II-Empfängern auf. ALG I erhalten jeweils 5 % bis 9 % der verschiedenen Klientengruppen. Eine Hilfe nach SGB XII empfangt etwa jeder 20. Opiatklient, unter den anderen Diagnosegruppen sind die entsprechenden Anteile geringer (1 % bis 3 %).

Auch in diesem Bericht gibt es wieder ein Kapitel zu Trends in den letzten Jahren. Die Aussagefähigkeit dieser Trends gründet sich auf die seit Jahren hohe Datenqualität und -vollständigkeit der hessischen Dokumentationszahlen. Lassen Sie mich nur zwei Beispiele an dieser Stelle erwähnen:

- Eine interessante Entwicklung findet seit dem Jahr 2003 bei den Angehörigen statt: Ihr prozentualer Anteil an allen betreuten Personen fällt deutlich von 9 % auf 5 % in 2007 und ist seitdem nur leicht angestiegen. Aber nicht nur der prozentuale Anteil reduziert sich über mehrere Jahre, sondern auch die absolute Anzahl von betreuten Angehörigen sinkt zwischen 2003 und 2007 deutlich: 1.378 betreute Angehörige im Jahr 2003 stehen einer Zahl von 903 im Jahr 2007 gegenüber. In den Jahren 2008 und 2009 erhöht sich die Anzahl beratener Angehörigen wieder – auf etwa 1.200 Personen.
- Auch bei dem Durchschnittsalter der Klienten zeigt sich eine bemerkenswerte Entwicklung: es hat sich zwischen 2003 und 2009 von 36,9 Jahren um mehr als ein Jahr auf 38,1 Jahre erhöht. Das Durchschnittsalter ist während dieses Zeitraumes von Jahr zu Jahr angestiegen; erst in 2009 scheint sich dieser Trend nicht weiter fortzusetzen. Dabei zeigt sich, dass der Altersanstieg bei den Frauen (von 37,3 auf 39,7) wesentlich größer ist als bei den Männern.

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.

Hierbei spielt die *COMBASS*-Steuerungsgruppe bei der HLS eine sehr wichtige Rolle. In ihr werden die Interessen aller am Projekt Beteiligten seit Jahren erfolgreich zusammengeführt. In der Steuerungsgruppe sind vertreten: die Träger, das Hessische Sozialministerium, die Softwarefirma NTConsult, das auswertende Institut ISD Hamburg 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 2009 folgende Institutionen beigetragen:

- das Hessische Sozialministerium durch die Finanzierung des Projektes,
- die beteiligten Träger und Einrichtungen (siehe Anhang) sowie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die hohe Dokumentationsqualität und die Verbesserungsanregungen,
- die Firma NTConsult, durch die sehr engagierte Weiterentwicklung des Programms HORIZONT
- 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 Besondere an dem Grunddaten-Bericht 2009 ist eine Kommentierung der Ergebnisse durch einen externen Experten (Prof. Dr. Martin Schmid). Damit sollen Anstöße für eine zielgerichtete Diskussion gegeben und die Praxisrelevanz der COMBASS-Daten weiter erhöht werden. Die Grundlage für seine Interpretationen stellen eine Status-Auswertung für das Jahr 2009 (Klientel, Betreuungen) sowie eine Trendbetrachtung der Jahre 2003 bis 2009 dar.
- Im Statusteil befinden sich erstmals differenzierte Auswertungen für die Einzeldiagnosen und für das „Betreute Wohnen“; in der Trendbetrachtung ist die Entwicklung der Erwerbssituation hinzugekommen.
- Im Jahr 2009 haben insgesamt 108 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 Hessen wurden für das Jahr 2009 Hilfe- und Beratungsleistungen für insgesamt 21.116 verschiedene Klientinnen und Klienten dokumentiert. Das ist ein Höchstwert seit 2003. Hinzu kommen 1.510 Angehörige (Anteil an Gesamtklientel: 7 %).
- Die siebte 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, das immer für speziellere Fragestellungen genutzt werden kann.
- Gleichzeitig sei betont, dass es im Jahr 2008 eine inhaltliche und technische Umstellung auf einen modifizierten Datensatz (HKDS) gegeben hat, die zum einen in einigen Bereichen die Fortschreibung der Daten beeinträchtigen kann. Zum anderen werden neue Erfassungskategorien (wie beispielsweise „Migrationshintergrund“) noch nicht in einem ausreichenden Maße bedient, so dass hier Auswertungen erst in den Folgejahren möglich werden.

Statusbericht 2009: Auswertung nach den Hauptdiagnosegruppen

Diagnosen

- Hauptdiagnosen: Bei 42 % der gesamten Klientel liegt die Hauptdiagnose Alkohol vor; es folgt die Gruppe der Opiatabhängigen (30 %). Die Hauptdiagnose Cannabis wurde bei 14 % der Klientinnen und Klienten gestellt. Bei 5 % handelt es sich um pathologische Glücksspieler und bei 3 % ist die Hauptproblemsubstanz ein Amphetaminderivat (bzw. MDMA, Halluzinogen). Noch seltener werden die Hauptdiagnosen Kokain (2 %), Crack (1 %) oder Sedativa/Hypnotika (1 %) vergeben.

- Einzeldiagnosen: Bei den Klienten¹ mit der Hauptdiagnose Opiate werden häufig zusätzliche Diagnosen gestellt. Innerhalb dieser Gruppe liegt die Einzeldiagnose Cannabis mit 38 % auf dem ersten Rangplatz, gefolgt von Kokain (30 %), Sedativa/Hypnotika bzw. Amphetamine/MDMA/Halluzinogene mit jeweils 24 % und Crack (19 %). Dagegen liegen bei den Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol insgesamt nur selten weitere Einzeldiagnosen vor, am häufigsten werden noch Cannabis (6 %), Opiate (4 %) und Amphetamine/MDMA/Halluzinogene (3 %) genannt.

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 (92 %), gefolgt von den Cannabis- (85 %) sowie den Kokainklienten (82 %).
- Betrachtet man die Altersverteilung innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen, so wird deutlich, dass die Cannabisklienten mit einem Durchschnittsalter von 25,8 Jahren die jüngste Gruppe darstellen. Danach folgt die Gruppe der Amphetamin-Klienten mit einem Durchschnittsalter von 30,4 Jahren. Die Alkoholklientel ist mit durchschnittlich 45,5 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 liegt er zwischen 25 % und 28 %.

Soziale Situation

- Die höchsten Anteile derer, die mit Partner und/oder Kindern zusammenleben, sind bei den pathologischen Glücksspielern (46 %) und Alkoholklienten (41 %) zu beobachten.
- Besonders stark betroffen von einer prekären Wohnsituation (u. a. provisorische Unterkunft, obdachlos) sind die Konsumenten illegaler Drogen, allen voran von Crack (14 %) und Opiaten (12 %). Alkoholklienten und pathologische Glücksspieler hingegen verfügen überdurchschnittlich häufig über eine gesicherte Wohnsituation (85 % bzw. 79 %). Besonders häufig bei den Eltern wohnen (noch) die Klienten mit einer Cannabis-Problematik (46 %).
- Unter den Crackklienten ist der Anteil derjenigen, die ohne Abschluss die Schule verlassen, am höchsten (20 %). Die höchste Schulbildung können die pathologischen Spieler aufweisen; sie haben noch häufiger als die Alkoholklienten ein (Fach-)Abitur (19 %, Alkohol: 17 %). Wie es die Altersverteilung innerhalb der Cannabisgruppe erwarten lässt, sind sie es, die mit Abstand am häufigsten noch zur Schule gehen (19 %).

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 Ausdrucksweise gewählt. Diese schließt natürlich immer auch die weiblichen Personen mit ein.

- Die Opiatklientel ist besonders stark von Arbeitslosigkeit betroffen (74 %). Bei den Crackklienten trifft dies auf mehr als jeden Zweiten zu (57 %). Bei der Kokain-, Amphetamin- und Alkoholklientel liegen die entsprechenden Anteile zwischen 48 % und 42 %. Die etwas geringere Zahl bei den Cannabiskonsumenten (37 %) ist wohl auch auf die vergleichsweise hohe Zahl von Schülern zurückzuführen – immerhin 57 % haben in dieser Gruppe einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz. Am stabilsten stellt sich die Erwerbssituation bei den pathologischen Glücksspielern dar: 62 % von ihnen verfügen über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz.
- Die Arbeitslosigkeit bildet sich bei den staatlichen Transferleistungen ab: Weit über die Hälfte der Opiatklienten sind ALG II-Empfänger (60 %), unter den Crackklienten trifft dies fast auf jeden Zweiten zu (46 %). Die pathologischen Glücksspieler weisen mit 20 % den geringsten Anteil von ALG II-Empfängern auf. ALG I erhalten jeweils 5 % bis 9 % der verschiedenen Klientengruppen. Eine Hilfe nach SGB XII empfängt etwa jeder 20. Opiatklient, unter den anderen Diagnosegruppen sind die entsprechenden Anteile geringer (1 % bis 3 %).

Betreuungen

- Opiatklienten werden überdurchschnittlich häufig durch professionelle Hilfen vermittelt (47 %). Demgegenüber spielt diese Vermittlungsart bei den Cannabisklienten mit einem Wert von 20 % eine geringere Rolle als bei den übrigen Klienten. Diese werden hingegen vergleichsweise häufig über die Justiz oder Ämter vermittelt (25 %). Crackklienten suchen relativ oft ohne Vermittlung eine Suchthilfeeinrichtung auf (51 %). Auch Pathologische Glücksspieler kommen überdurchschnittlich oft ohne Vermittlung in die Einrichtung (51 %) und werden eher selten über professionelle Hilfen, Justiz oder Ämter vermittelt (4 %).
- Zwischen den Hauptdiagnosegruppen zeigen sich zum Teil erhebliche Unterschiede bei den in Anspruch genommenen Betreuungsformen: So ist bei den Opiatklienten die Medikamentengestützte Behandlung mit 48 % die insgesamt am häufigsten genutzte Betreuungsform. Die Ambulante Rehabilitation ist bei der Alkoholklientel vergleichsweise stark vertreten (20 %), während sie bei den Opiatklienten eher selten vorkommt (2 %). Die Beratung wird von den Cannabisklienten (63 %) und pathologischen Glücksspielern (66 %) überdurchschnittlich häufig in Anspruch genommen, während sie bei Opiatklienten eine weniger herausragende Stellung einnimmt (18 %).
- Unter allen Hauptdiagnosegruppen werden die Crack- und Opiatklienten mit 343 Tagen bzw. 324 Tagen im Mittel am längsten betreut. Auch bei Kokainkonsumenten liegt dieser Wert vergleichsweise hoch (292 Tage), während Amphetaminklienten (215 Tage) sich kaum vom Durchschnitt unterscheiden. Unterdurchschnittlich lange werden Cannabisklienten betreut (195 Tage), gefolgt von den Alkoholklienten mit 177 Tagen. Die kürzeste durchschnittliche Betreuungsdauer weisen mit 157 Tagen die pathologischen Spieler auf.
- Die höchsten Anteile von längeren Betreuungen (über 12 Monate) finden sich bei den Crack-, Kokain- und Opiatkonsumenten (25 %-28 %), die höchsten Anteile kurzer Betreuungsphasen (weniger als 3 Monate) bei den pathologischen Spielern, Alkohol- und Cannabisklienten (39 %-45 %).

- Wird die durchschnittliche Betreuungsdauer nach den verschiedenen Betreuungsformen differenziert, zeigt sich, dass die Medikamentengestützte Behandlung mit einem Durchschnittswert von 358 Tagen auf den höchsten Wert aller Betreuungsformen kommt. Es folgen mit etwa 100 Tagen weniger die Allgemeine Psychosoziale Betreuung und die Ambulante Rehabilitation (260 bzw. 253 Tage). Die Betreuungsformen Beratung und Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung kommen – erwartungsgemäß – auf die geringsten Werte: 163 bzw. 130 Tage durchschnittliche Betreuungsdauer.
- Auch beim Beendigungsgrund zeigen sich zum Teil deutliche Differenzen zwischen den Hauptdiagnosegruppen: Bei Alkohol Klienten wird die Betreuung insgesamt etwas seltener abgebrochen (insgesamt 31 %); vergleichsweise viele Abbrüche (insbesondere durch die den Klienten selbst) gibt es bei den pathologischen Spielern (50 %), Crack- (51 %) und Opiatkonsumenten (47 %). Darüber hinaus wird bei der Opiat- und Crackklientel vergleichsweise häufig außerplanmäßig in eine andere Einrichtung gewechselt (8 % bzw. 6 %), so dass sich in diesen Gruppen insgesamt vergleichsweise niedrige Werte für planmäßige Beendigungen – regulär und planmäßige Weitervermittlung zusammengenommen – ergeben (45 % bzw. 43 %). Ein überdurchschnittlicher Wert für reguläre Beendigungen zeigt sich bei der Alkohol Klientel (66 %).
- Betreutes Wohnen: Im Bereich des Betreuten Wohnens ist die Betreuungsdauer mit durchschnittlich 458 Tagen – aufgrund der zumeist längerfristig angelegten Betreuungen ein nicht überraschender Sachverhalt – mehr als doppelt so lang wie bei den übrigen hessischen Suchthilfeklienten. Entsprechend dauert mit 39 % auch ein Großteil der abgeschlossenen Betreuungen länger als 12 Monate. Mit insgesamt 25 % wird ein relativ hoher Anteil der Klienten planmäßig an andere Einrichtungen weitervermittelt. Ferner werden häufiger Betreuungen von der Einrichtung vorzeitig beendet (13 %).

Trends 2003 bis 2009

- Die Basis der Trendanalyse stellen 79 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum an der COMBASS-Dokumentation beteiligt haben. Die folgenden Auswertungen stellen die wichtigsten Veränderungen zwischen 2003 und 2009 dar.
- Eine interessante Entwicklung findet seit dem Jahr 2003 bei den Angehörigen statt: Ihr prozentualer Anteil an allen betreuten Personen fällt deutlich von 9 % auf 5 % in 2007 und ist seitdem nur leicht angestiegen. Aber nicht nur der prozentuale Anteil reduziert sich über mehrere Jahre, sondern auch die absolute Anzahl von betreuten Angehörigen sinkt zwischen 2003 und 2007 deutlich: 1.378 betreute Angehörige im Jahr 2003 stehen einer Zahl von 903 im Jahr 2007 gegenüber. In den Jahren 2008 und 2009 erhöht sich die Anzahl beratener Angehöriger wieder – auf etwa 1.200 Personen.
- Das Durchschnittsalter der Klienten hat sich zwischen 2003 und 2009 von 36,9 Jahren um mehr als ein Jahr auf 38,1 Jahre erhöht. Das Durchschnittsalter ist während dieses Zeitraumes von Jahr zu Jahr angestiegen; erst in 2009 scheint sich dieser Trend nicht weiter fortzusetzen. Dabei zeigt sich, dass der Altersanstieg bei den Frauen (von 37,3 auf 39,7) wesentlich größer ist als bei den Männern (von 36,8 auf 37,6). Dagegen liegt das durchschnittliche Alter der (jährlichen) Neuaufnahmen über die gesamte Betrachtungsphase relativ stabil bei 36 Jahren ($\pm 0,6$).

- Vor allem bei der Gruppe der Opiatabhängigen ist eine sehr deutliche und kontinuierliche Zunahme des Alters auszumachen. Im Jahr 2003 lag dieses bei 33,6 (alle) bzw. 33,2 Jahren (Neuaufnahmen) – sechs Jahre später sind diese Werte auf 38,0 bzw. 36,2 Jahre angewachsen.
- Betrachtet man die Personen, für die eine ICD-10 Hauptdiagnose in Form von „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeitssyndrom“ dokumentiert worden ist, zeigt sich, dass sich der Anteil der Klienten mit einer Alkoholproblematik seit dem Jahr 2005 auf einem stabilen Niveau von 41 % bzw. 42 % bewegt. Die Entwicklung bei der Opiatklientel sieht dergestalt aus, dass sich ihr Anteil seit 2005 kontinuierlich von 34 % auf 30 % reduziert hat. Der Anteil von Cannabiskonsumenten, die das ambulante Suchthilfesystem in Hessen aufsuchen, ist im betrachteten Zeitraum stetig von 11 % auf 15 % angestiegen. 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 4 % angestiegen.
- Bei den neu aufgenommenen Personen mit Alkoholproblemen ist bis 2007 eine deutliche prozentuale Zunahme ihres Anteils zu beobachten: dieser steigt auf 52 % an. In den kommenden beiden Jahren fällt er dann wieder leicht auf 48 % zurück. Demgegenüber reduziert sich der Anteil der Neuaufnahmen mit einer opiatbezogenen Hauptdiagnose um mehr als das Doppelte: von 30 % in 2003 über 21 % in 2005 auf bis zu 13 % im Jahr 2009. Der Anteil der Cannabiskonsumenten hat dagegen im Zeitraum 2003 bis 2009 von 14 % auf 21 % deutlich zugenommen. Auch bei der Gruppe der pathologischen Glücksspieler ist es im Dokumentationszeitraum zu einer deutlichen Steigerung ihres prozentualen Anteils gekommen: seit 2003 ist dieser von 1 % auf 8 % im Jahr 2009 angestiegen.
- Der Anteil von Erwerbstätigen unter der Alkoholclientel stellt sich relativ konstant dar; er liegt in dem betrachteten Zeitraum zwischen 38 % und 41 %. Auffällig ist, dass der Anteil der ALG I-Empfänger seit dem Jahr 2005 stark zurückgegangen ist (von 17 % auf 7 %). Im Gegenzug hat bei den ALG II-Empfängern eine deutliche Zunahme stattgefunden (von 25 % auf 33 %). Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei der Opiatklientel festzustellen, wenn auch auf einem deutlich anderen Niveau: Auch hier ist der Anteil von Erwerbstätigen relativ konstant (14 % bis 18 %), derjenige der ALG I- Empfänger seit 2005 zurückgegangen (von 14 % auf 5 %) und derjenigen der ALG II-Empfänger angestiegen (von 57 % auf 67 %).
- Bei den in Anspruch genommenen Betreuungsformen zeigen sich weitere spezifische Entwicklungen: Zum einen hat die Bedeutung der Ambulanten Rehabilitation bei der Alkoholclientel stetig zugenommen. Ihr relativer Anteil ist zwischen 2003 und 2009 von 14 % auf 21 % angewachsen. Bei den Opiatklienten ist es die Entwicklung bei der Medikamentengestützten Behandlung, die auffällig ist. Ihr Anteil stieg im Beobachtungszeitraum von 34 % auf 47 %. Die Ergebnisse bei der Cannabisklientel zeichnen sich dadurch aus, dass die Bedeutung der Betreuungsformen MPU-Beratung, Frühintervention und „Sonstige“ über die Jahre zugenommen hat. Bei allen drei Hauptdiagnose-Gruppen ist im Auswertungszeitraum der relative Anteil der Beratung stark zurückgegangen – und zwar um bis zu 22 Prozentpunkte (Opiat- und Cannabisklientel).

- 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 2009) deutlich angewachsen sind: bei den Opiatklienten von 229 auf 328 Tage, bei den Crackklienten von 271 auf 333 Tage. Auch bei der Cannabis- und Kokainklientel ist die durchschnittliche Betreuungsdauer über die Jahre angestiegen, wenn auch nicht so stark wie bei den beiden vorgenannten Gruppen (von 165 auf 202 Tage bzw. 262 auf 294). Die Entwicklung bei den pathologischen Glücksspielern ist über die Zeit uneinheitlich, weist aber eher in eine abnehmende Richtung (von 157 auf 133 Tage).

Zielsetzung und Datengrundlage

Im vorliegenden Jahresbericht 2009 werden die soziodemografische Situation der Klientel der ambulanten hessischen Suchthilfe und die von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen beschrieben. Hierbei wird eine vergleichende Perspektive eingenommen, in dem nach den verschiedenen Hauptdiagnosegruppen getrennt ausgewertet wird. Es werden die soziale und die Betreuungssituation von sieben verschiedenen Gruppen dargestellt: der Opiat-, Alkohol-, Cannabis-, Kokain-, Crack- und Amphetamin-Klientel sowie der pathologischen Glücksspieler. Anhand dieser Vorgehensweise können klientelbezogene Besonderheiten deutlich gemacht werden, die für die praktische Arbeit von Bedeutung sein können. In diesem Berichtsteil werden einige neue Auswertungen (Einzeldiagnosen, Lebenssituation) sowie erstmalig eine gesonderte Beschreibung der Betreuungen im Bereich des Betreuten Wohnens vorgenommen.

Darüber hinaus enthält der Bericht eine Trendbetrachtung über die Jahre 2003 bis 2009. Es werden hierbei vor allem 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, die Hauptdiagnose und die Erwerbssituation der Klientinnen und Klienten sowie die Betreuungsform und die durchschnittliche Betreuungsdauer.

Der Grunddaten-Bericht 2009 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 108 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.

Im Folgenden werden Personen als Klienten und Angehörige bezeichnet, die der Einrichtung namentlich bekannt sind und für die im Jahr 2009 mindestens ein Termin oder mindestens eine Leistung dokumentiert wurde. Weder Einmalkontakte noch anonyme Kontakte werden hierbei berücksichtigt.²

Diese Definition entspricht derjenigen des Vorjahres und 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. Bislang gibt es für diese Art der Klientendefinition bundesweit keine einheitlichen Standards. In Hessen wurde in Absprache mit der Projektsteuerungsgruppe *COMBASS* jedoch diese eher strenge Definition gewählt, mit der eine undifferenzierte Zählung von Klienten vermieden werden soll.

² 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.

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 (Bauer et al. 2009). 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 108 Einrichtungen zusammen, kommt man für das Jahr 2009 auf eine Gesamtzahl von 22.497 Personen. Darüber hinaus finden sich Daten zu 1.517 Angehörigen (siehe Tabelle 1). Für beide Gruppen zusammen wurden insgesamt 25.189 Betreuungen dokumentiert. Zusätzlich wurden insgesamt 4.653 Leistungen und Termine für anonyme Klienten oder Angehörigen dokumentiert.³

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.

Tabelle 1: Datengrundlage

	Einrichtungen	Summe der Klienten aller Einrichtungen	Summe der Angehörigen aller Einrichtungen	Betreuungen
2009	108	22.497	1.517	25.189
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 108 Einrichtungen auch im aktuellen Jahr gehalten werden. Lediglich das Ausgangsjahr der Betrachtung lag mit einem Wert von 109 Einrichtungen noch darüber. Trotz vergleichbarer Anzahl beteiligter Einrichtungen liegt die Anzahl der dokumentierten Klienten und der Betreuungen über dem Niveau des

³ 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.

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 zunächst kontinuierlich abgenommen hatte, kam es in 2007 erstmals wieder zu einem leichten Anstieg. Seitdem ist ein jährlicher Zuwachs an dokumentierten Angehörigen zu verzeichnen. Auch in 2009 liegt die Anzahl von dokumentierten Angehörigen mit 1.517 wieder leicht 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, sondern auch über die Einrichtungen hinweg.⁴

Um festzustellen, ob eine Person in mehreren Einrichtungen in Betreuung war, ist es möglich, die HIV-Codes zwischen allen 108 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 vier 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 2009 handelt es sich dabei um 21.116 Klienten. Auf die gleiche Art und Weise lässt sich für die Angehörigen eine Zahl von 1.510 für das Jahr 2009 berechnen.

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

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
in einer Einrichtung	95 %	94 %	94 %	94 %	94 %	93 %	94 %
in zwei Einrichtungen	4 %	5 %	5 %	5 %	5 %	6 %	5 %
in drei Einrichtungen	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
in mehr als drei Einrichtungen	0,1 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Klienten landesweit (N)	17.515	17.023	17.562	17.591	18.467	19.357	21.116

Um keine Person mehrfach zu berücksichtigen und einen Vergleich der diesjährigen Ergebnisse mit denen der Jahre 2003 bis 2008 zu ermöglichen, liegen den folgenden Berechnungen diese 21.116 Klientinnen und Klienten und 1.510 Angehörige zugrunde.

⁴ 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.

Klientinnen und Klienten

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit jenen 21.116 Personen, die im Jahr 2009 von der ambulanten Suchthilfe in Hessen erreicht werden konnten und für die somit mindestens ein Termin bzw. eine Leistung dokumentiert worden ist. Darüber hinaus wurden 1.510 Personen erfasst, die aufgrund von Suchtproblemen im Verwandten- oder Bekanntenkreis Hilfe in den hessischen Suchtberatungsstellen gesucht haben.

Der nachstehende Überblick bezieht sich auf die Gesamtklientel, deren Verteilung hinsichtlich grundlegender soziodemografischer Merkmale wie beispielsweise Geschlecht, Alter, Nationalität und Erwerbssituation dargestellt wird. Dabei 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

Wie im Vorjahr sind nahezu drei Viertel der Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe männlich (74 %) (siehe Tabelle 3). Bei den Angehörigen lässt sich hingegen eine nahezu exakt gegenteilige Geschlechterverteilung beobachten: Rund drei von vier Ratsuchenden sind weiblichen Geschlechts (76 %).

Zu Beginn der Betreuung in der Suchtberatungsstelle sind die Klientinnen und Klienten im Durchschnitt 38,6 Jahre alt, wobei die Frauen (40,1) durchschnittlich rund zwei Jahre älter als die Männer (38,0) sind. Die Angehörigen wiederum sind älter als die meisten Klienten und im Schnitt 46,3 Jahre alt.

87 % der Klienten der ambulanten Suchthilfe besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit; insgesamt 13 % sind entweder Bürger eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Union (4 %) oder eines Staates außerhalb der EU (9 %).⁵

⁵ Das Verhältnis von Menschen mit deutschem Pass zu jenen ohne deutschen Pass entspricht somit ungefähr der Verteilung innerhalb der hessischen Gesamtbevölkerung (2009: 11,9 %). (<http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bevoelkerung-gebiet/landesdaten/auslaendische-bevoelkerung-in-hessen/auslaendische-bevoelkerung-hessen/index.html>)

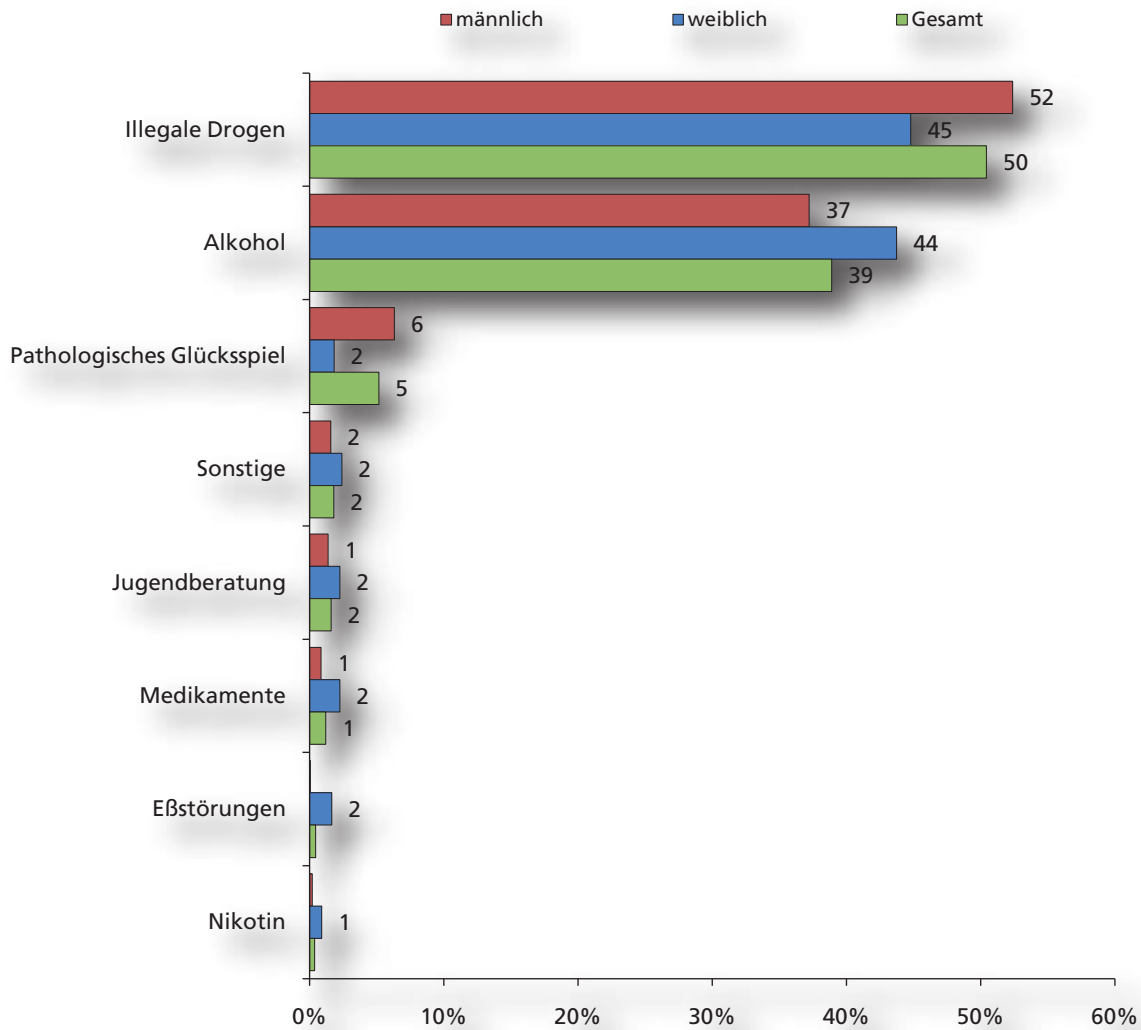
Tabelle 3: Geschlechterverteilung, durchschnittliches Alter und Nationalität der Klienten

	männlich	weiblich	Gesamt
Geschlechterverteilung			
Klienten	74 %	26 %	100 %
N	15.682	5.434	21.116
Angehörige	24 %	76 %	1.154
N	356	1.154	1.510
Durchschnittliches Alter			
Klienten (in Jahren)	38,0	40,1	38,6
N	15.612	5.401	21.013
Angehörige (in Jahren)	46,7	46,1	46,3
N	347	1.117	1.464
Nationalität			
Deutschland	86 %	91 %	87 %
EU	4 %	4 %	4 %
außerhalb EU	10 %	5 %	9 %
staatenlos	0,2 %	0,1 %	0,1 %
Gesamt N	14.527	4.983	19.510

Ziel- und Diagnosegruppen

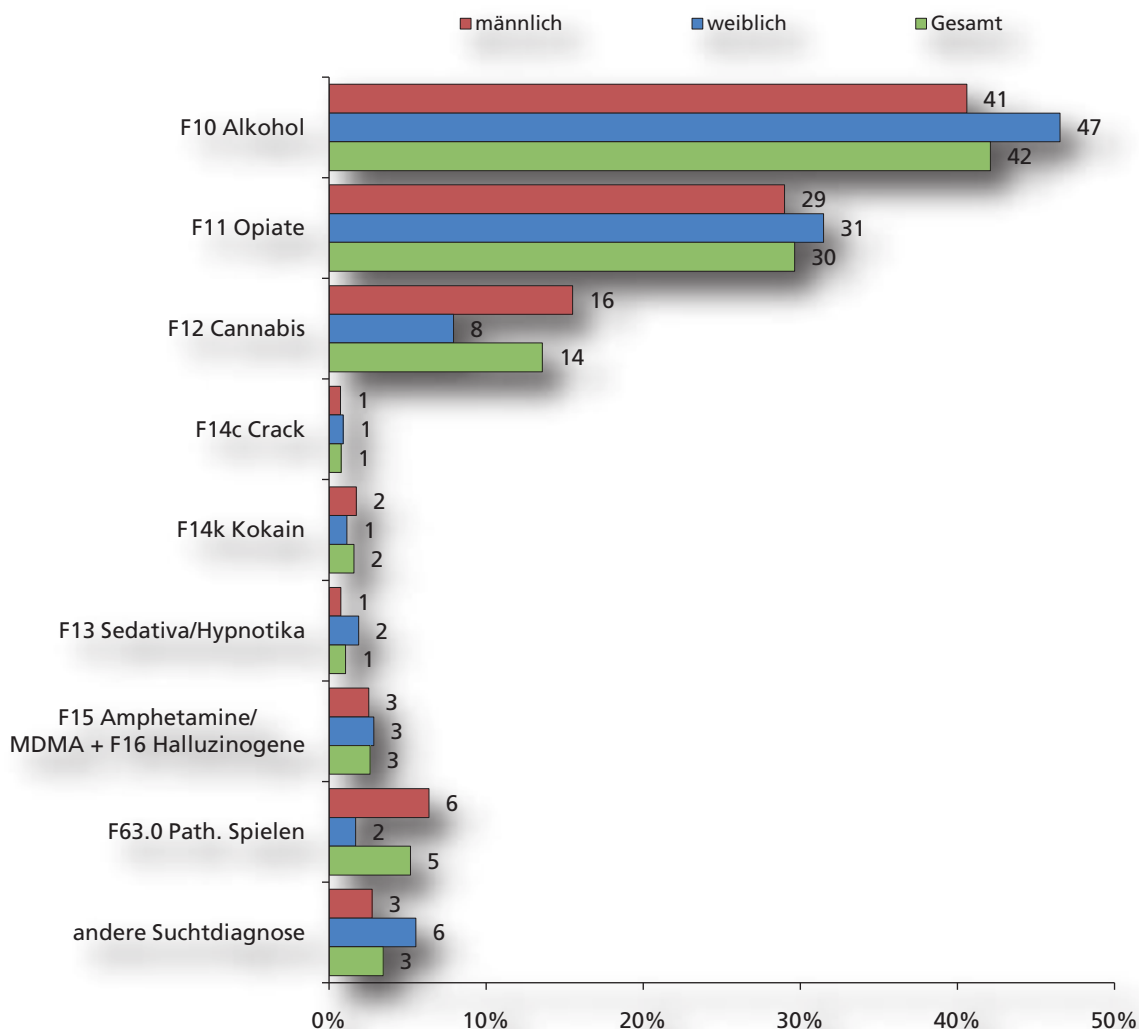
Wie in den Vorjahren werden die jeweiligen Hauptprobleme der Suchthilfeklienten in zweierlei Weise dargestellt: Zum einen können die Klientinnen und Klienten auf Grundlage einer Hauptdiagnose nach ICD-10 in verschiedene Diagnosegruppen eingeteilt werden, zum anderen können sie aber auch so genannten 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 rund der Hälfte der hessischen Klienten am stärksten vertreten (50 %) (siehe Abbildung 1); an zweiter Stelle folgt die Zielgruppe „Alkohol“ (39 %). Die übrigen Typen sind dagegen zahlenmäßig weit schwächer vertreten – so kommt „Pathologisches Glücksspiel“ auf einen Anteil von 5 %, „Jugendberatung“ auf 2 %, „Medikamente“ auf 1 % und „Essstörungen“ sowie „Nikotin“ jeweils auf weniger als ein halbes Prozent der gesamten Klientel.

Abbildung 1: Zielgruppe, differenziert nach Geschlecht (N= 19.277)



Ein differenziertes Bild ergibt sich beim Blick auf die Verteilung nach den Hauptdiagnosen (siehe Abbildung 2): 42 % der Klienten suchen aufgrund eines Alkoholproblems die ambulanten Suchthilfestellen auf und für drei von zehn ist der Opiatkonsum der hauptsächliche Grund für den Besuch der Beratungs- oder Behandlungsstelle (30 %). Die Hauptdiagnose Cannabis wird von den Mitarbeitern der Suchthilfe bei 14 % der Klienten gestellt, und für 5 % steht das Pathologische Glücksspiel im Vordergrund der Beratung bzw. Behandlung. Bei 3 % der Klienten ist die Hauptproblemsubstanz entweder ein Amphetaminderivat, MDMA oder Halluzinogene. Noch seltener werden die Hauptdiagnosen Kokain (2 %), Crack (1 %) oder Sedativa/Hypnotika (1 %) vergeben.

Abbildung 2: Hauptdiagnose, differenziert nach Geschlecht (N= 18.204)



Neben der Hauptdiagnose können den Klienten zusätzliche Einzeldiagnosen bezüglich des abhängigen oder schädlichen Gebrauchs anderer Substanzen gestellt werden.⁶ Die Tabelle 4 zeigt die entsprechende Verteilung der Einzeldiagnosen innerhalb der drei häufigsten Hauptdiagnosegruppen Alkohol, Opiate und Cannabis. Bei den Klienten mit der Hauptdiagnose Opiate werden deutlich am häufigsten zusätzliche Diagnosen gestellt. Innerhalb dieser Gruppe liegt die Einzeldiagnose Cannabis mit 38 % auf dem ersten Rangplatz, gefolgt von Kokain (30 %), Sedativa/Hypnotika bzw. Amphetamine/MDMA/Halluzinogene mit jeweils 24 % und Crack (19 %). Bei der Cannabis Klientel wird in etwa gleichem Maße Amphetamine/MDMA/Halluzinogene (13 %) und Alkohol als zusätzliche Diagnose gestellt, während ein – mindestens schädlicher – Konsum von Opiaten und Kokain mit jeweils 5 % deutlich seltener diagnostiziert wird. Andere Einzeldiagnosen spielen mit maximal 1 % keine Rolle. Bei den Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol liegen insgesamt nur selten weitere Einzeldiagnosen vor, am häufigsten Cannabis (6 %), Opiate (4 %) und Amphetamine/MDMA/Halluzinogene (3 %).

⁶ Da die Möglichkeit zur Dokumentation weiterer Einzeldiagnosen nicht von allen Einrichtungen konsistent genutzt wird, sollten die vorliegenden Angaben zu den Einzeldiagnosen mit Vorsicht interpretiert werden.

Tabelle 4: Hauptdiagnose und Einzeldiagnosen der Klienten 2009

Einzeldiagnose	Hauptdiagnose		
	Alkohol	Opiate	Cannabis
Alkohol		27 %	12 %
Opiate	4 %		5 %
Cannabis	6 %	38 %	
Kokain	2 %	30 %	5 %
Crack	1 %	19 %	1 %
Sedativa/Hypnotika	2 %	24 %	1 %
Amphet./MDMA/Halluzinogene	3 %	24 %	13 %
Path. Spielen	0,1%	0,1%	0,2%
andere Suchtdiagnose	10 %	10 %	6 %
Gesamt N	7.663	5.393	2.474

Diagnosegruppen – soziodemografische Merkmale

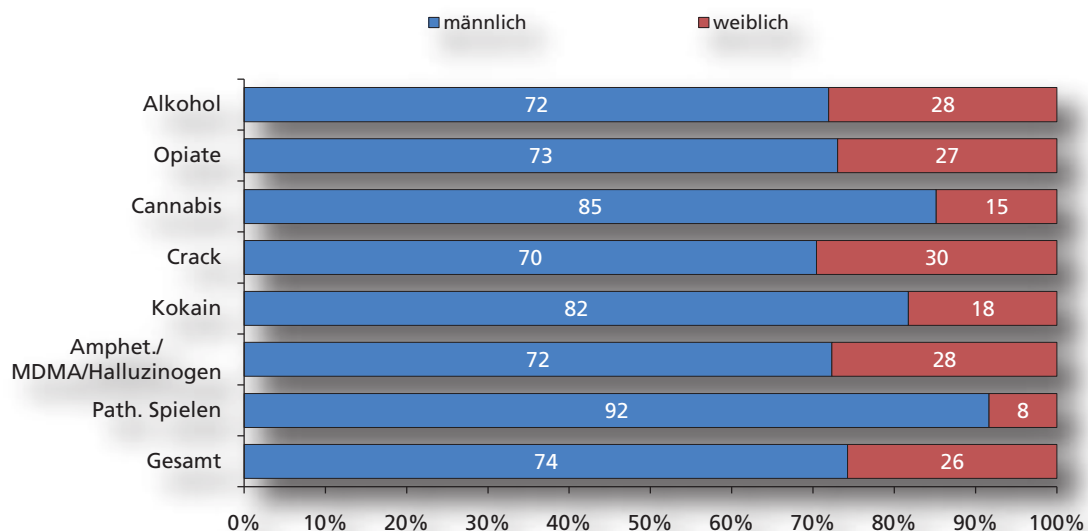
Wenn im Folgenden näher auf die soziodemografischen Merkmale der hessischen Klientel eingegangen wird, dann geschieht dies primär anhand von Vergleichen zwischen den oben vorgestellten Hauptdiagnosegruppen. Wo es sinnvoll erscheint, werden darüber hinaus auch grundlegende sozialstrukturelle Daten wie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

Geschlecht · Alter · Nationalität

Nicht nur innerhalb der Gesamtklientel, sondern auch in allen einzelnen Hauptdiagnosegruppen überwiegt der Anteil der männlichen Klienten deutlich (siehe Abbildung 3). Eine besonders starke Überrepräsentanz von Männern ist in der Gruppe der pathologischen Glücksspieler (92 %) zu beobachten, gefolgt von den Cannabisklienten (85 %) sowie den Kokainkonsumenten⁷ (82 %). Ein relativ betrachtet höherer Frauenanteil ist hingegen im Berichtsjahr bei den Crackkonsumenten (30 %) zu beobachten, gefolgt von den Alkohol- und Amphetamin/MDMA/Halluzinogenklienten (jeweils 28 %) und den Opiatabhängigen (27 %).

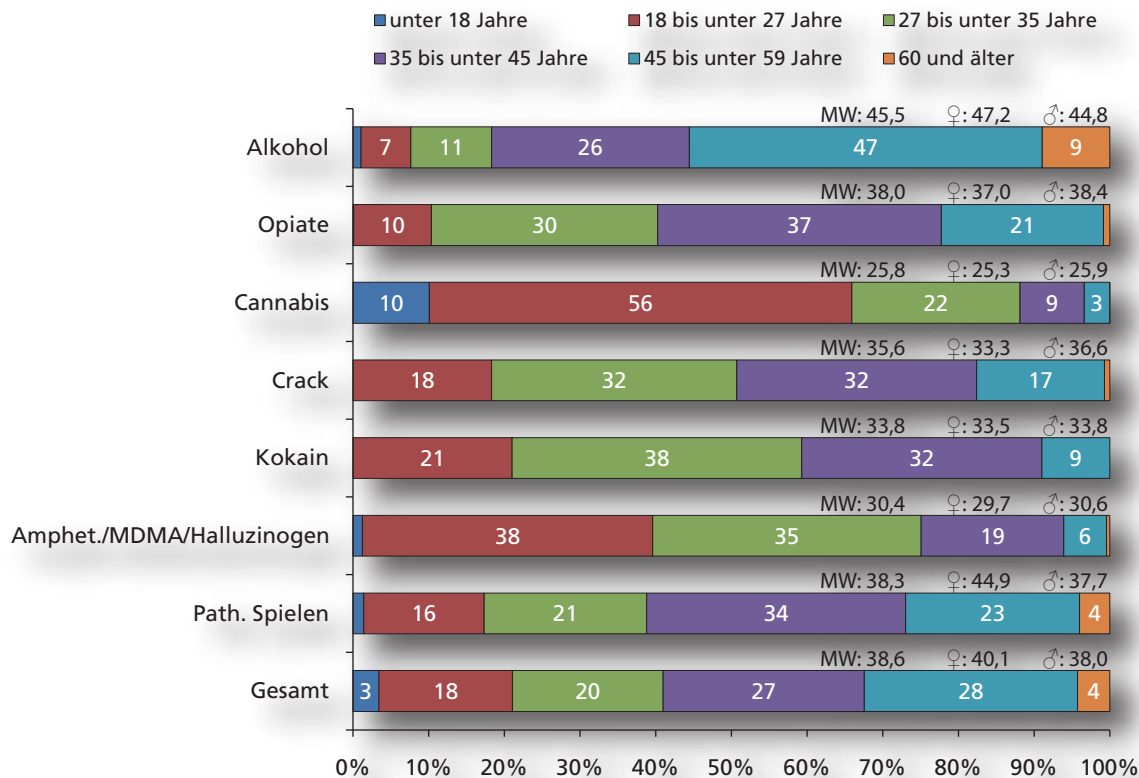
⁷ Aus Gründen der sprachlichen Vielfalt werden an einigen Stellen für die Klienten auch die Begriffe „Konsumenten“ oder „Abhängige“ benutzt. Gemeint ist immer der Personenkreis mit der jeweiligen Hauptdiagnose.

Abbildung 3: Geschlechterverteilung nach Hauptdiagnose (N= 15.976)



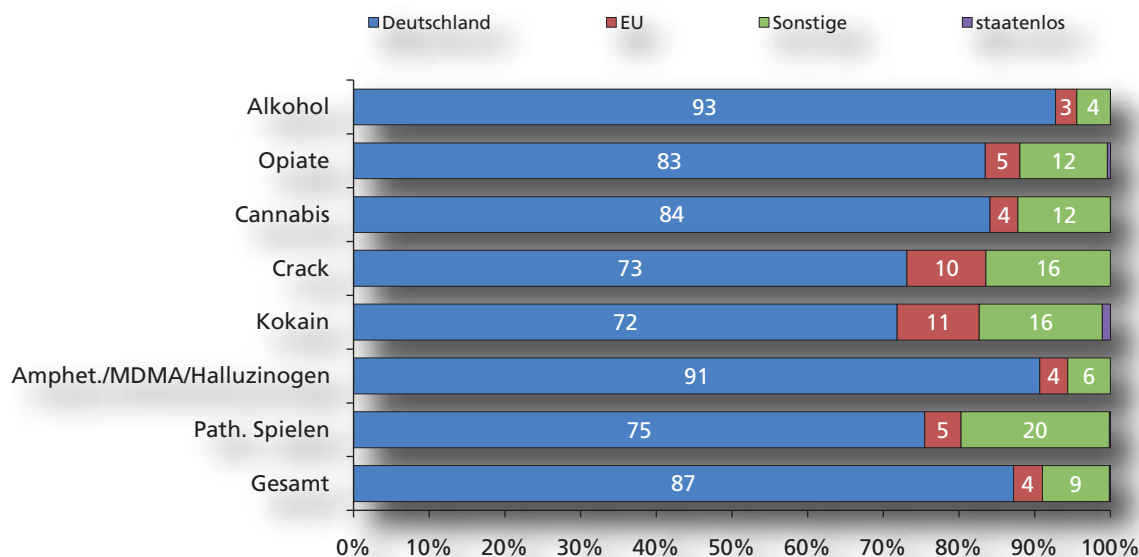
Bei Betrachtung der Altersverteilung innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen wird deutlich, dass die Cannabisklienten mit einem Durchschnittsalter von 25,8 Jahren die jüngste Gruppe innerhalb der hessischen Suchthilfeklientel darstellen (siehe Abbildung 4); zwei Drittel der Cannabiskonsumenten sind unter 27 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der zweitjüngsten Hauptdiagnosegruppe, der Amphetamin/MDMA/Halluzinogen-Klientel, liegt bereits fast fünf Jahre über dem der Cannabisklienten (30,4). Auch die Kokainklientel ist mit 33,8 Jahren noch vergleichsweise jung. Bei den Alkoholabhängigen sind demgegenüber über die Hälfte (56 %) über 45 Jahre alt; mit durchschnittlich 45,5 Jahren sind sie weiterhin die deutlich älteste Gruppe. Bei den übrigen Diagnosegruppen weicht das Durchschnittsalter nur geringfügig von demjenigen der Gesamtklientel ab.

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



Wie die Abbildung 5 zeigt, besitzen Kokain- und Crackklienten sowie pathologische Glücksspieler vergleichsweise häufig eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit (Kokain: 28 %; Crack: 27 %; Glücksspiel: 25 %). Bei Personen, bei denen Probleme mit Alkohol oder Amphetaminen/MDMA im Vordergrund stehen, handelt es sich hingegen besonders häufig um deutsche Staatsbürger (93 % bzw. 91 %).

Abbildung 5: Nationalität, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 19.510)



Familienstand · Lebenssituation

Bei der Betrachtung des formellen Familienstands erscheint es sinnvoll, die hessische Gesamtbevölkerung als Vergleichsgruppe heranzuziehen und mögliche Abweichungen zwischen ihr und den verschiedenen Diagnosegruppen darzustellen. In der hessischen Gesamtbevölkerung sind 42 % ledig, 43 % verheiratet, 8 % geschieden und 7 % verwitwet.⁸ Demgegenüber sind Klienten der ambulanten Suchthilfe mit 2 % deutlich seltener verwitwet und mit 15 % häufiger geschieden. Der Anteil der Verheirateten ist mit 23 % viel niedriger, während Ledige mit 59 % überrepräsentiert sind. Besonders hoch liegen die Anteile der (noch) Unverheirateten – ein nicht überraschender Sachverhalt – bei den vergleichsweise jungen Diagnosegruppen Cannabis (90 %) und Amphetamine/MDMA/Halluzinogene (81 %), und auch Konsumenten von Crack (71 %), Kokain (69 %) und Opiaten (67 %) sind relativ häufig ledig. Besonders niedrig (auch im Vergleich zur Gesamtbevölkerung) ist dieser Anteil hingegen mit 39 % bei den Alkoholklienten, wobei sich in dieser Gruppe auch der deutlich höchste Anteil geschiedener Personen findet (22 %). Bei den pathologischen Glücksspielern ähnelt die Verteilung mit 46 % Ledigen und 40 % Verheirateten am ehesten den Vergleichswerten der Gesamtbevölkerung – aber auch in dieser Gruppe ist der Anteil Geschiedener mit 14 % relativ hoch.

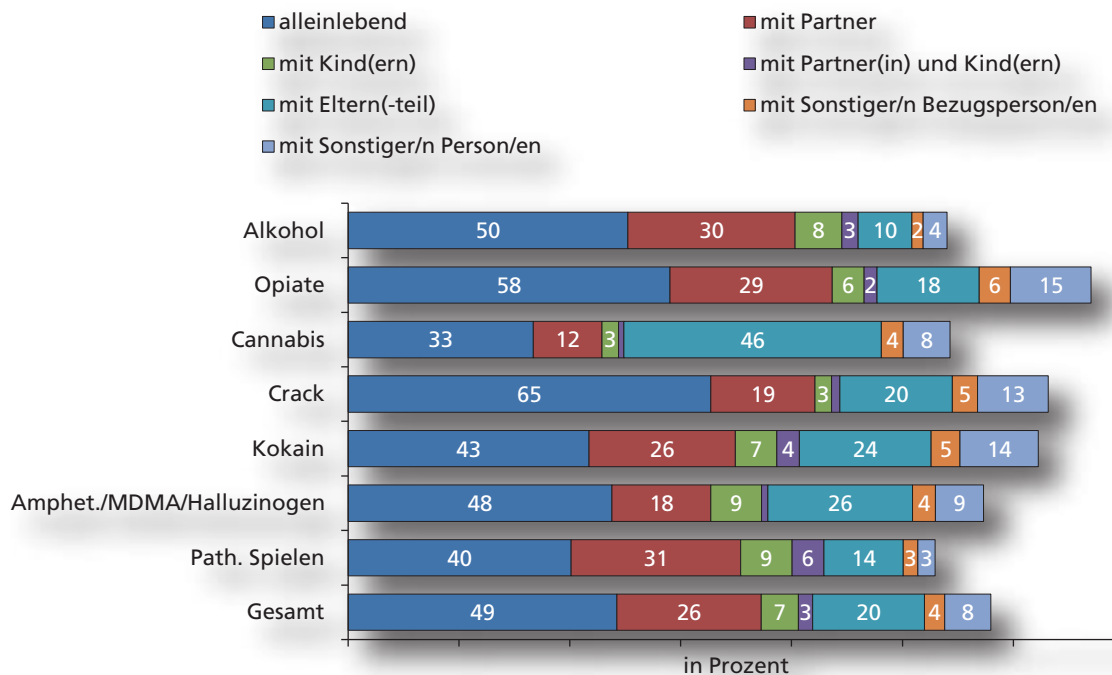
Zusätzlich zum Familienstand wird auch die konkrete Lebenssituation der Suchthilfeklienten erfasst. Die Abbildung 6 zeigt die entsprechende Verteilung, wobei zu beachten ist, dass bei dieser Frage Mehrfachantworten möglich sind, da die Klienten mit mehreren unterschiedlichen Personen zusammen wohnen können. Unter den Crack- und Opiatkonsumenten finden sich die höchsten Anteile an Alleinlebenden (65 % bzw. 58 %). Am niedrigsten ist dieser Wert bei der Cannabisklientel (33 %) – wohl insbesondere deshalb, weil in dieser besonders jungen Gruppe im Unterschied zu den übrigen Suchthilfeklienten ein wesentlicher Teil (46 %) noch bei den Eltern lebt. Die höchsten Anteile derer, die mit Partner (und ggf. Kindern) zusammenleben, sind bei den pathologischen Glücksspielern (insgesamt 37 %) und Alkoholklienten (33 %) zu beobachten. Die relativ hohen Anteile der Opiat- (15 %), Kokain- (14 %) und Crackkonsumenten (13 %), die mit „sonstigen Personen“ zusammenleben, dürften zu einem nicht unwesentlichen Teil auf Personen im Betreuten Wohnen oder in prekären Wohnsituationen zurückzuführen sein (siehe folgendes Kapitel).

⁸ <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 mit 43 Jahren im Durchschnitt rund 4 Jahre älter als die Suchthilfeklientel (Stand 2008).

(<http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bevoelkerung-gebiet/landesdaten/12-regionalisierte-bevoelkerungsvor-ausberechnung/bevoelkerung-in-hessen-2006-und-2025-nach-verwaltungsbezirken-und-altersgruppen-in/index.html>)

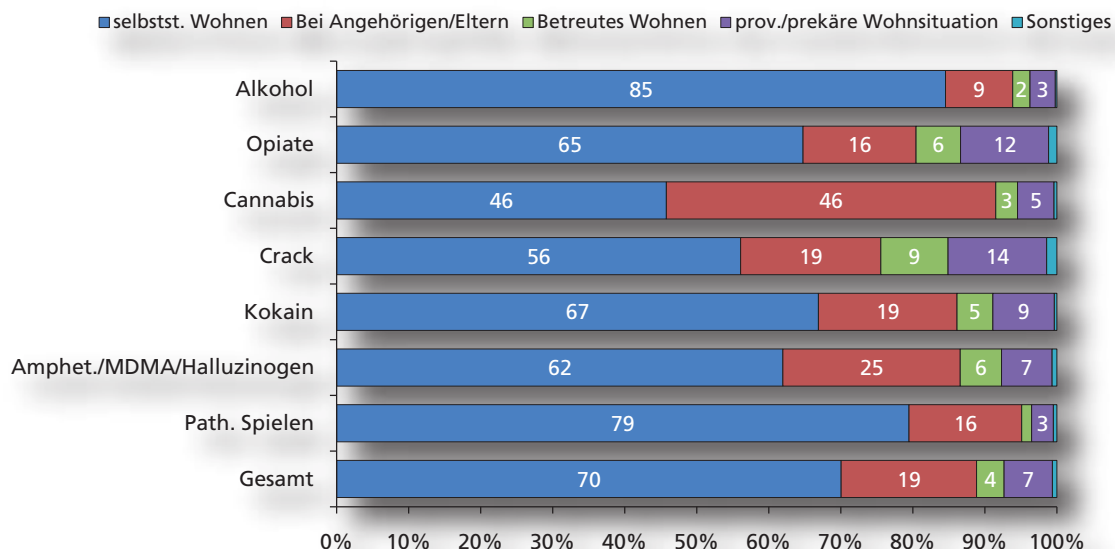
Abbildung 6: Lebenssituation (Mehrfachantwort), differenziert nach Hauptdiagnose (N= 17.902)



Wohnsituation

Die Betrachtung der Wohnsituation liefert weitere Hinweise bezüglich der Lebensverhältnisse der hessischen Suchthilfeklienten. Bei einem überwiegenden Teil der Gesamtklientel liegen demnach stabile Bedingungen vor – 70 % wohnen selbstständig (siehe Abbildung 7), knapp ein Fünftel wohnt bei Eltern oder Angehörigen (19 %) und 4 % leben im Betreuten Wohnen. Immerhin 7 % wohnen jedoch in der Justizvollzugsanstalt, in provisorischen Unterkünften oder sind obdachlos. Derartige prekäre Wohnsituationen finden sich am häufigsten unter den Konsumenten von Crack (14 %) und Opiaten (12 %). Bei Alkoholklienten und pathologischen Glücksspielern ist hingegen mit jeweils 3 % ein vergleichsweise niedriger Anteil festzustellen; sie wohnen überdurchschnittlich häufig selbstständig (Alkohol: 85 %; pathologisches Spielen: 79 %). Auch die Cannabiskonsumenten weisen mit 5 % einen leicht unterdurchschnittlichen Wert für prekäre Wohnsituationen auf – bei ihnen liegt (wie bereits bei der Lebenssituation erkennbar) mit 46 % der deutlich höchste Wert für das Wohnen bei den Eltern bzw. anderen Angehörigen vor, was wiederum im Zusammenhang mit dem im Verhältnis zur restlichen Klientel geringen Durchschnittsalter zu betrachten ist.

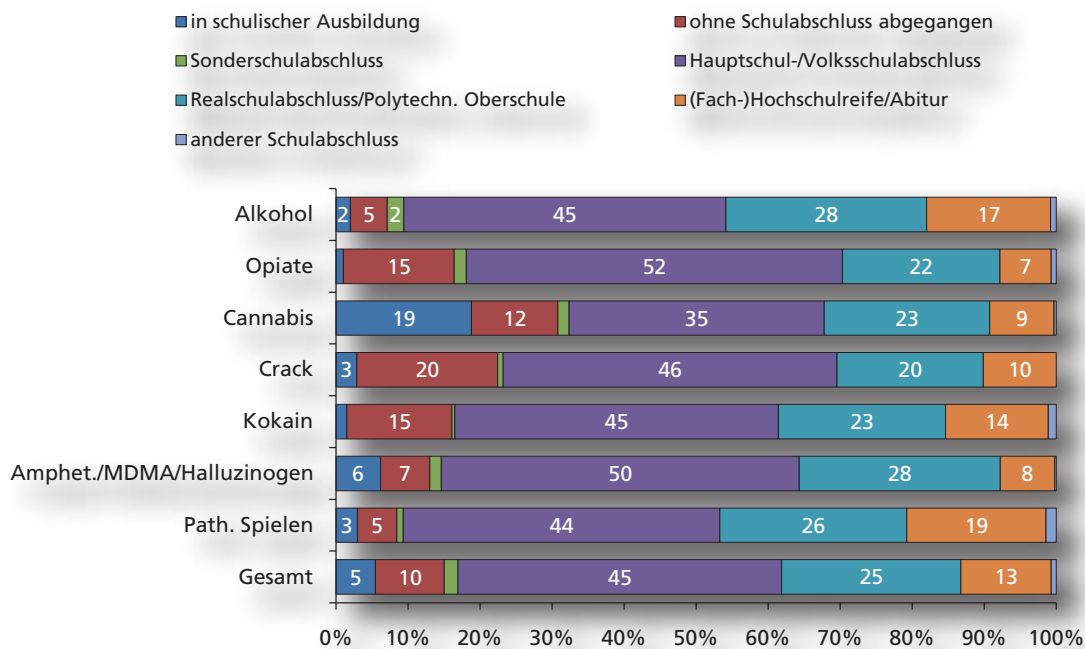
Abbildung 7: Wohnsituation, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 19.152)



Schulabschluss

Ähnlich wie bei der Lebens- und Wohnsituation spiegeln sich auch in der Schulbildung schwierige soziale Umstände am ehesten bei den Konsumenten „harder“ illegaler Drogen wider. So ist der höchste Anteil derer, die die Schule ohne jeglichen Abschluss verlassen haben, bei den Crackkonsumenten zu finden (20 %), gefolgt von den Opiat- und Kokainklienten (jeweils 15 %) (siehe Abbildung 8). Die Anteile derer, die mit dem gesellschaftlich vergleichsweise gering bewerteten Hauptschulabschluss abgehen, sind bei den Opiatabhängigen am höchsten (52 %), gefolgt von den Amphetamin/MDMA/Halluzinogenklienten (50 %). Gleichzeitig ist in diesen Diagnosegruppen wie auch bei Crack- und Cannabisklienten der Anteil der Abiturienten vergleichsweise niedrig (Opiate: 7 %, Amphetamine/MDMA/Halluzinogene: 8 %, Cannabis: 9 %, Crack: 10 %). Für die Cannabiskonsumenten ist dabei zu beachten, dass die Anteile für alle drei gängigen Bildungsabschlüsse unter dem Durchschnitt liegen, vermutlich, da in dieser Gruppe mit 19 % ein relativ großer Anteil noch zur Schule geht. Bei den Personen der übrigen Diagnosegruppen befinden sich lediglich maximal 6 % noch in schulischer Ausbildung. Bei den Kokainklienten fällt auf, dass dem vergleichsweise hohen Anteil an Schulabbrechern mit 14 % ein ebenfalls relativ hoher Anteil Abiturienten gegenübersteht. Die höchste Schulbildung weisen die pathologischen Spieler auf, von denen mit 19 % knapp jeder Fünfte (Fach-)Abitur hat und lediglich 5 % ohne Schulabschluss abgegangen sind. Ein ähnliches Bildungsniveau weisen die Alkoholklienten auf, bei denen 17 % Abiturienten ebenfalls 5 % Personen ohne Abschluss gegenüberstehen.

Abbildung 8: Schulabschluss, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 17.803)



Erwerbssituation

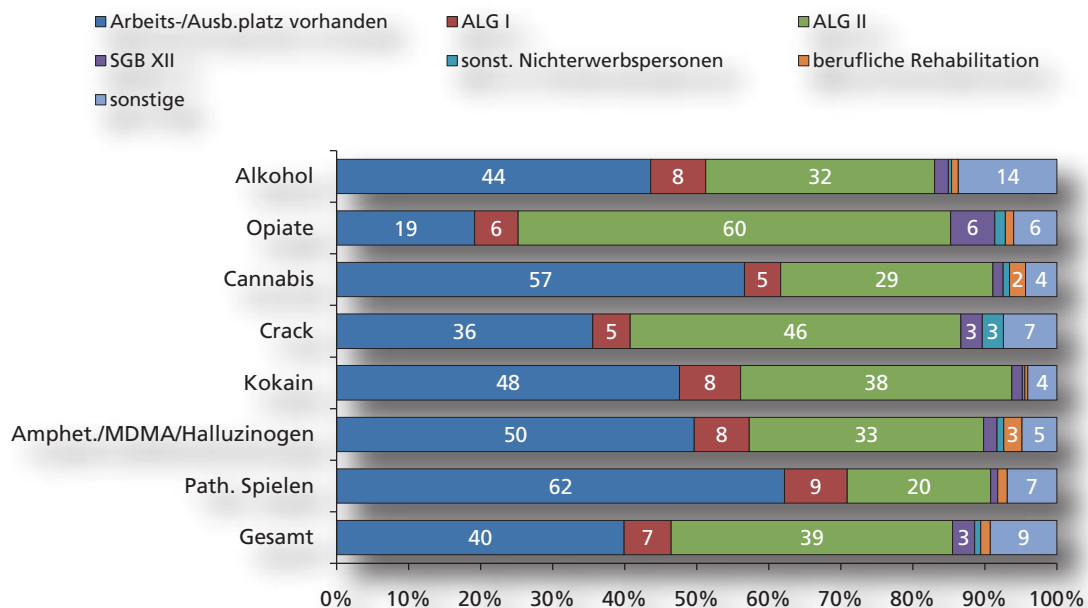
Um die soziale Situation der Suchthilfeklientel im Vergleich mit der hessischen Gesamtbevölkerung zu betrachten, erscheint ein Abgleich der Erwerbssituation der Suchthilfeklienten mit der allgemeinen Arbeitslosenquote sinnvoll. Diese Quote lag in Hessen im Jahr 2008 bei durchschnittlich 6,8 %;⁹ unter den Klienten der Suchthilfe war hingegen jeder Zweite arbeits- oder erwerbslos (ALG I, ALG II, SGB XII und sonstige Nichterwerbspersonen: 50 %) (siehe Abbildung 9). Bei Betrachtung der Hauptdiagnosegruppen fallen vor allem die Opiatklienten auf – insgesamt sind nahezu drei Viertel von ihnen ohne Arbeit (74 %). Vermutlich wirkt sich bei diesen Personen unter anderem die oben beschriebene geringe Schulbildung aus. Auch bei den Crackkonsumenten, die ebenfalls eine vergleichsweise niedrige Schulbildung aufweisen, ist die Arbeits-/Erwerbslosigkeit mit insgesamt 57 % überrepräsentiert. Ebenfalls hohe, im Vergleich zu den übrigen Suchthilfeklienten aber mittlere Anteile von Arbeits-/Erwerbslosen weisen Kokain- (48 %), Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogen- (43 %), und Alkoholklienten (42 %) auf. Eine etwas niedrigere Arbeits-/Erwerbslosenquote liegt bei der Cannabisklientel vor (37 %), wobei vermutlich die vergleichsweise hohe Zahl von Schülern eine Rolle spielt. Am günstigsten stellt sich die Erwerbssituation noch bei den pathologischen Glücksspielern dar, von denen 30 % keine Arbeit bzw. umgekehrt mehr als drei von fünf (62 %) einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz haben.

Insgesamt lässt sich also festhalten, dass mit 40 % nur eine Minderheit der hessischen Suchthilfeklienten ihren Lebensunterhalt mit bezahlter Arbeit bestreitet. Staatliche Transferleistungen spielen hier eine wichtigere Rolle, vor allem das Arbeitslosengeld II (ALG II). Bei den Opiat- und Crackklienten, die ohnehin am häufigsten erwerbslos sind, beziehen 60 % bzw. 46 % ALG II, während

⁹ <http://www.arbeitsagentur.de/Dienststellen/RD-H/RD-H/A01-Allgem-Info-Seiten-Press-Statistik/Publikationen-Press-PDF/pdf-2009/Arbeitsmarktbericht-Hessen-2009-12.pdf>. 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.

die entsprechenden Werte für die übrigen Diagnosegruppen zwischen 20 % und 38 % liegen. Die höchsten Werte für ALG I (also in der Regel weniger als ein Jahr arbeitslose Personen) finden sich wiederum unter den pathologischen Spielern (9 %) sowie unter Alkohol-, Kokain- und Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogenkonsumenten (jeweils 8 %). Auch der Anteil derer, die Sozialhilfe nach SGB XII beziehen, ist unter den Opiatkonsumenten mit 6 % am höchsten, während sich dieser Wert bei den übrigen Klienten auf maximal 3 % beläuft. Abschließend ist zu erwähnen, dass unter den insgesamt 9 % mit „sonstiger“ Erwerbssituation die Rentner/Pensionäre (5 %) die größte Gruppe stellen, gefolgt von Hausfrauen/-männern und Erwerbsunfähigen (je 2 %).

Abbildung 9: Erwerbssituation, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 18.275)



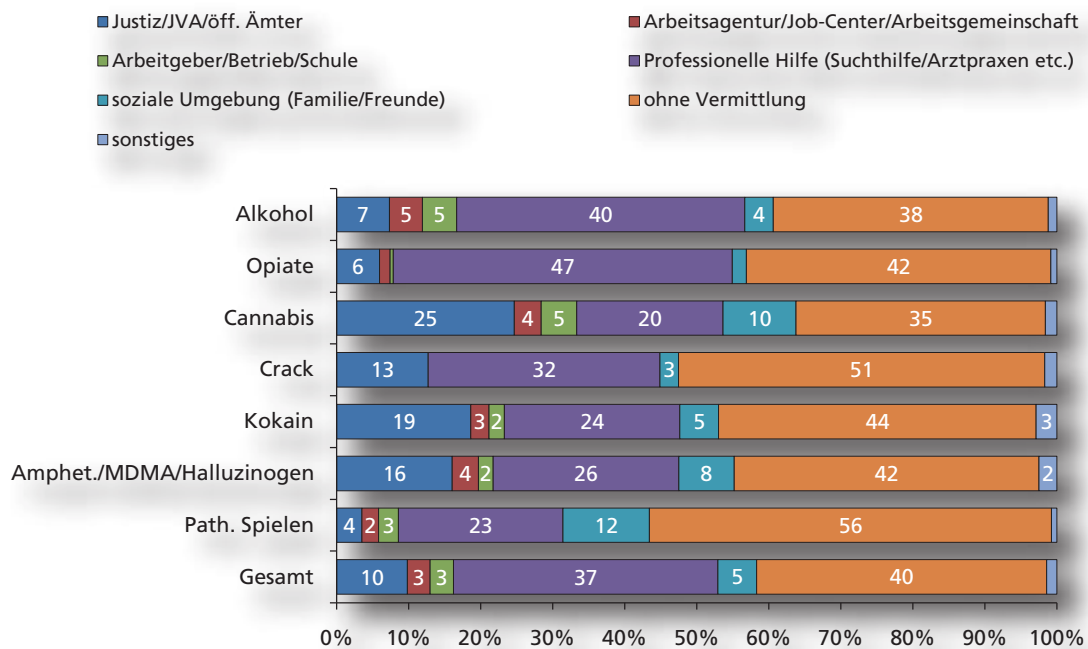
Betreuungen

Im Projekt *COMBASS* werden drei generelle Hilfebereiche unterschieden: „Ambulante Beratung“, „Betreutes Wohnen“ und „Arbeitsprojekte“. Den mit Abstand größten Anteil von 92 % aller Betreuungen nimmt, ähnlich wie in den Vorjahren, die Kategorie „Ambulante Beratung“ ein. 7 % der Betreuungen werden im „Betreuten Wohnen“ und 1 % im Rahmen von Arbeitsprojekten durchgeführt. Aufgrund der geringen Fallzahl werden die Arbeitsprojekte im folgenden Hauptteil gemeinsam mit den Betreuungen im Rahmen der ambulanten Beratung dargestellt. Das Betreute Wohnen wird in diesem Grunddatenbericht erstmals einer gesonderten Betrachtung unterzogen; diese folgt am Ende dieses Abschnittes.

40 % der Betreuungen kommen ohne Vermittlung zustande (siehe Abbildung 10). Nahezu ebenso häufig (37 %) werden Klientinnen und Klienten über professionelle Hilfen (andere Suchthilfeeinrichtungen, Ärzte etc.) in Angebote der ambulanten Suchthilfe vermittelt. Ein Zehntel der Betreuungen erfolgen nach Vermittlung durch Justiz, JVA oder Ämter, 5 % durch das soziale Umfeld und jeweils 3 % über Arbeitgeber, Betrieb oder Schule bzw. Arbeitsagenturen, Job-Center oder Arbeitsgemeinschaften.

Während sich bei den Alkohol Klienten nur graduelle Abweichungen zum Wert für die Gesamtklientel zeigen, werden Opiatklienten mit 47 % überdurchschnittlich häufig durch professionelle Hilfen vermittelt. Demgegenüber sind Vermittlungen über öffentliche Stellen, Arbeitgeber, Schule oder soziale Umgebung in dieser Gruppe unterrepräsentiert. Cannabisklienten werden mit 25 % hingegen vergleichsweise häufig über die Justiz oder Ämter vermittelt; vermutlich zumeist aufgrund betäubungsmittel- bzw. straßenverkehrsrechtlicher Auffälligkeiten. Auch Vermittlungen durch Familie oder Freunde sind in dieser Hauptdiagnosegruppe überrepräsentiert (10 %), während professionelle Hilfen mit 20 % eine deutlich geringere Rolle spielen als bei den übrigen Klienten. Crackkonsumenten suchen relativ oft aus Eigeninitiative eine Drogenhilfeeinrichtung auf (51 %). Bei den Kokain- und Amphetamin-/Halluzinogen Klienten ist wiederum die Vermittlung über Justiz oder Ämter über-, die Vermittlung über professionelle Hilfen unterrepräsentiert. Pathologische Glücksspieler schließlich kommen überdurchschnittlich oft ohne Vermittlung oder über die soziale Umgebung in die Einrichtung und werden eher selten über professionelle Hilfen, Justiz oder Ämter vermittelt.

Abbildung 10: Vermittlung in die Betreuung, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 19.455)



Betreuungsformen

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

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.

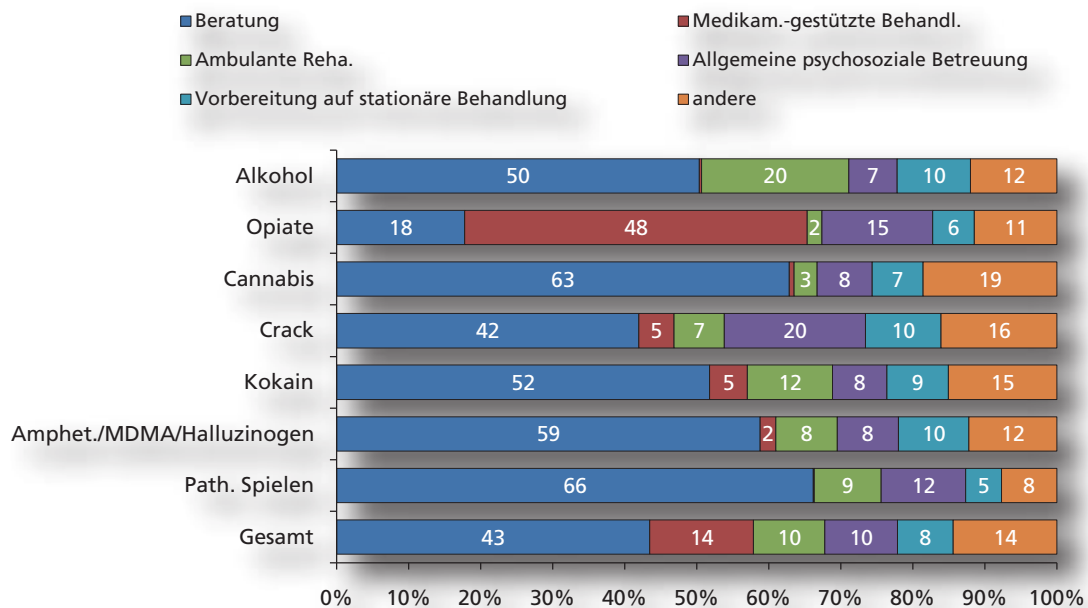
Medikamentengestützte Behandlung: Dabei handelt es sich um eine strukturierte, interdisziplinär angelegte ambulante Behandlung mit einem Substitutionsmittel (Methadon, Polamidon, Buprenorphin, Codein). In der Regel ist damit in diesem Bericht die Psychosoziale Betreuung Substituierter gemeint. Auch die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

Vorbereitung auf stationäre Behandlung: Hierbei handelt es sich um Beratungs- oder Betreuungstätigkeiten, die auf eine stationäre Therapie/Rehabilitation vorbereiten.

Wie Abbildung 11 zeigt, stellt die Beratung mit einem Anteil von 43 % die am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform dar. Die Medikamentengestützte Behandlung ist mit 14 % die zweithäufigste Betreuungsform, gefolgt von der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung und der Ambulanten Rehabilitation mit jeweils 10 %. Bei 8 % der Betreuungen handelt es sich um Vorbereitungen auf stationäre Behandlungen. Andere Betreuungsformen machen 14 % aus.

Im Hinblick auf Unterschiede zwischen den Hauptdiagnosegruppen fällt zunächst die Gruppe der Opiatklienten auf: Fast die Hälfte der Betreuungen in dieser Gruppe sind Medikamentengestützte Behandlungen (48 %) – somit entfallen umgekehrt mehr als neun von zehn Medikamentengestützten Behandlungen auf Opiatkonsumenten. Allgemeine Beratung (18 %) sowie Ambulante Rehabilitation (2 %) werden in dieser Gruppe hingegen vergleichsweise selten durchgeführt. Demgegenüber kommt bei der Alkoholklientel die Ambulante Rehabilitation mit einem Anteil von 20 % vergleichsweise häufig vor. Relativ hohe Anteile für die Allgemeine Beratung und entsprechend niedrigere Werte für die meisten spezifischeren Betreuungsformen liegen bei Cannabiskonsumenten und pathologischen Glücksspielern vor. Bei den Crackklienten liegt die Allgemeine Psychosoziale Betreuung mit 20 % relativ deutlich über dem Durchschnittswert.

Abbildung 11: Betreuungsform, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 20.908)

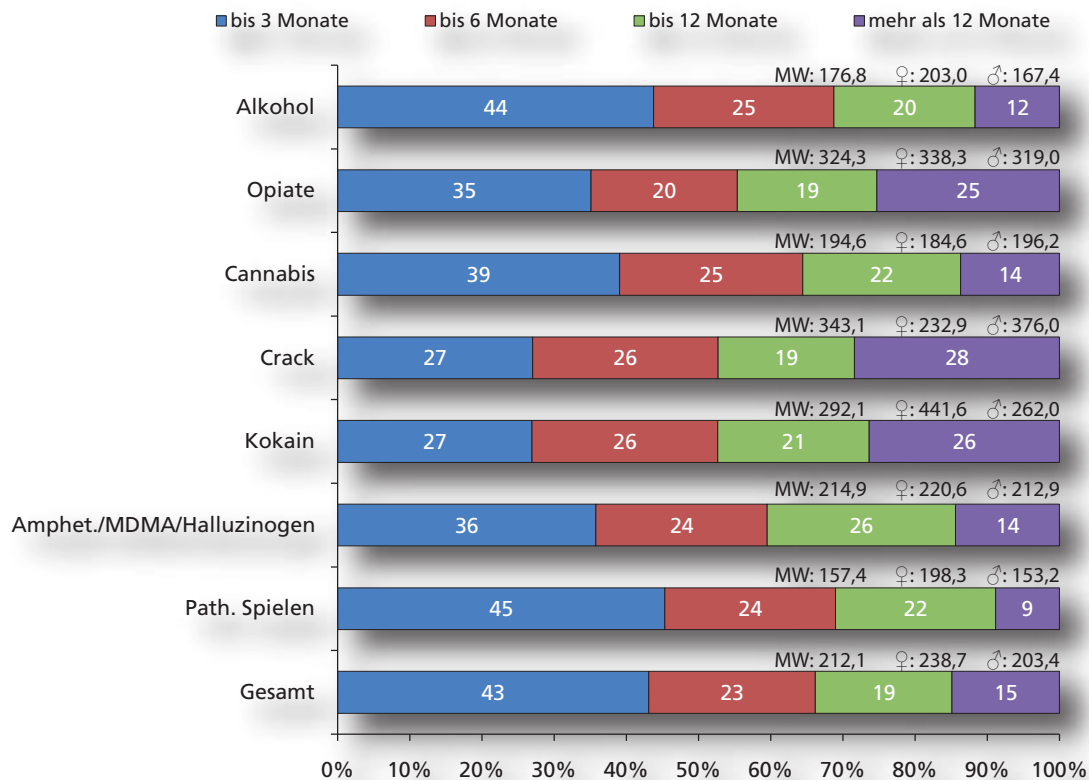


Betreuungsdauer

Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller im Jahr 2009 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 212 Tage (siehe Abbildung 12). Frauen werden dabei mit durchschnittlich 239 Tagen etwas länger betreut als Männer (203 Tage). Die Betrachtung der einzelnen Hauptdiagnosegruppen zeigt, dass wiederum Crack- und Opiatklienten mit 343 Tagen bzw. 324 Tagen im Mittel am längsten betreut werden. Auch bei Kokainkonsumenten liegt dieser Wert vergleichsweise hoch (292 Tage), während Amphetamin-/Halluzinogenklienten (215 Tage) sich kaum vom Durchschnitt unterscheiden. Unterdurchschnittlich lange werden Cannabisklienten betreut (195 Tage), gefolgt von den Alkoholklienten mit 177 Tagen. Die kürzeste durchschnittliche Betreuungsdauer weisen mit 157 Tagen die pathologischen Spieler auf.

Insgesamt zwei Drittel der im Jahr 2009 laufenden Betreuungen dauern nicht länger als ein halbes Jahr – 43 % sind dabei maximal 3 Monate lang, 23 % zwischen 3 und 6 Monate. Weitere 19 % der Betreuungslängen liegen zwischen 6 und 12 Monaten und lediglich 15 % dauern länger als ein Jahr. In der Betrachtung der Hauptdiagnosegruppen spiegelt sich weitgehend die in Bezug auf die Durchschnittsdauer ermittelte Reihenfolge wider: Die höchsten Anteile von längeren Betreuungen (über 12 Monate) finden sich bei Crack-, Kokain- und Opiatkonsumenten, die höchsten Anteile kurzer Betreuungsphasen (weniger als 3 Monate) bei pathologischen Spielern, Alkohol- und Cannabisklienten.

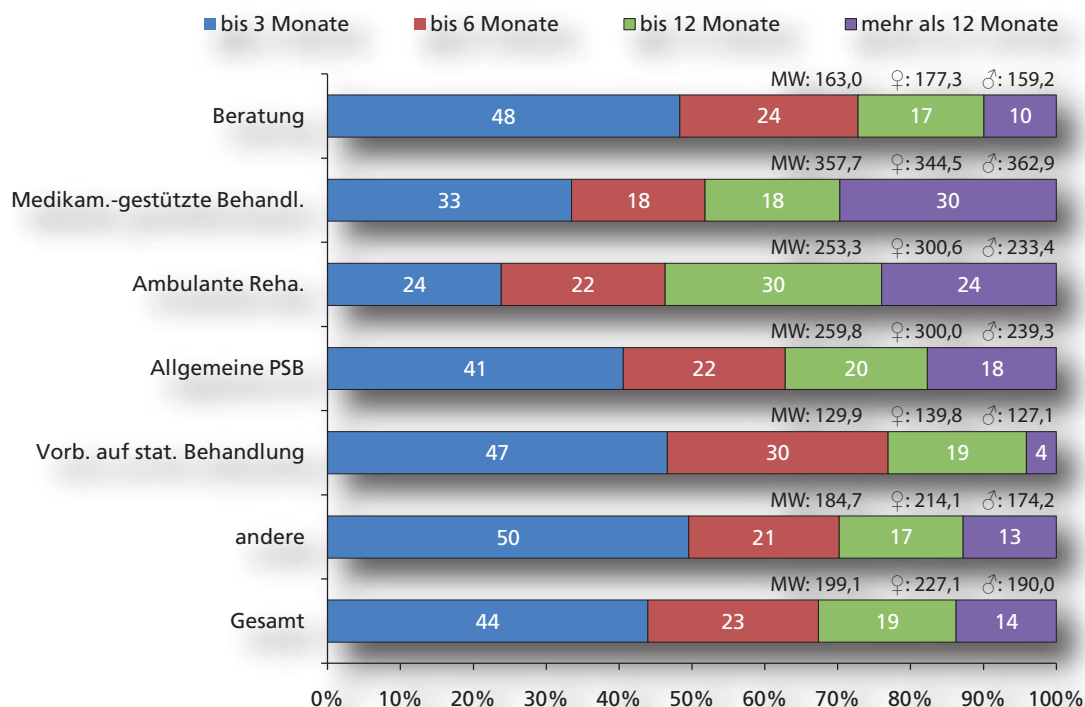
Abbildung 12: Durchschnittliche Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in Tagen, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 11.452)



Wird die durchschnittliche Betreuungsdauer nach den verschiedenen Betreuungsformen differenziert, zeigt sich, dass die Medikamentengestützte Behandlung mit einem Durchschnittswert von 358 Tagen auf den höchsten Wert aller Betreuungsformen kommt (siehe Abbildung 13). Es folgen mit etwa 100 Tage weniger die Allgemeine Psychosoziale Betreuung und die Ambulante Rehabilitation (260 bzw. 253 Tage). Die Betreuungsformen Beratung und Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung kommen – erwartungsgemäß – auf die geringsten Werte: 163 bzw. 130 Tage durchschnittliche Betreuungsdauer.

In einer weiter differenzierenden Betrachtungsweise wird deutlich, dass es bei der Beratung einen vergleichsweise hohen Anteil von „Kurzzeit-Betreuten“ (bis 3 Monate) gibt; auf beinahe die Hälfte ihrer Klienten trifft dies zu (48 %). Die Medikamentengestützte Behandlung weist dagegen den höchsten Anteil von Klienten aus, die länger als ein Jahr in der Betreuung sind: 30 %. Auch die Ambulante Rehabilitation kommt hier auf einen vergleichsweise hohen Wert von ungefähr einem Viertel der in dieser Therapieform betreuten Klienten (24 %).

Abbildung 13: Durchschnittliche Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in Tagen, differenziert nach Betreuungsform (N= 10.827)



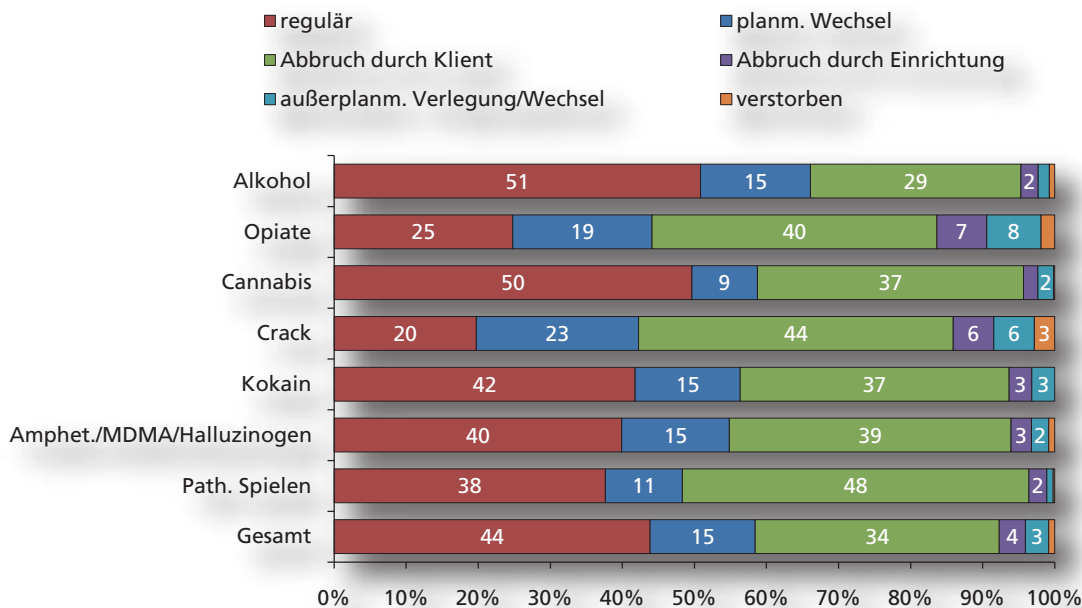
Betreuungsende

52 % der dokumentierten Betreuungen von Klienten wurden im Berichtsjahr abgeschlossen, 48 % liefen zum Ende des Jahres noch. Bei den Betreuungen von Angehörigen wurden mit 65 % etwas mehr Betreuungen im aktuellen Jahr abgeschlossen. Die Betrachtung der Hauptdiagnosegruppen zeigt eher geringe Abweichungen: hier ist lediglich bei der Alkoholklientel mit 57 % ein leicht überdurchschnittlicher Wert für abgeschlossene Betreuungen und bei den Opiatklienten eine Überrepräsentanz der noch laufenden Betreuungen (58 %) festzustellen.

Wie Abbildung 14 zeigt, werden 59 % der Betreuungen regulär abgeschlossen: Dabei handelt es sich entweder um eine planmäßige Beendigung (44 %) oder um eine planmäßige Weitervermittlung in ein anderes Angebot (15 %). 34 % der Betreuungen werden dagegen durch den Klienten und 4 % durch die Einrichtung abgebrochen; bei weiteren 3 % wird der Klient außerplanmäßig weitervermittelt.

Auch beim Beendigungsgrund zeigen sich zum Teil deutliche Differenzen zwischen den Hauptdiagnosegruppen: Bei Alkoholklienten wird die Betreuung insgesamt etwas seltener abgebrochen (insgesamt 31 %); vergleichsweise viele Abbrüche (insbesondere durch den Klienten selbst) gibt es bei den pathologischen Spielern (50 %), Crack- (51 %) und Opiatkonsumenten (47 %). Darüber hinaus wird bei der Opiat- und Crackklientel vergleichsweise häufig außerplanmäßig in eine andere Einrichtung gewechselt (8 % bzw. 6 %), so dass sich in diesen Gruppen auf der anderen Seite vergleichsweise niedrige Werte für planmäßige Beendigungen – reguläre Beendigungen und planmäßige Weitervermittlung zusammengenommen – ergeben (44 % bzw. 43 %). Ein überdurchschnittlicher Wert für reguläre Beendigungen zeigt sich bei der Alkoholklientel (66 %).

Abbildung 14: Beendigungsgrund, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 10.806)

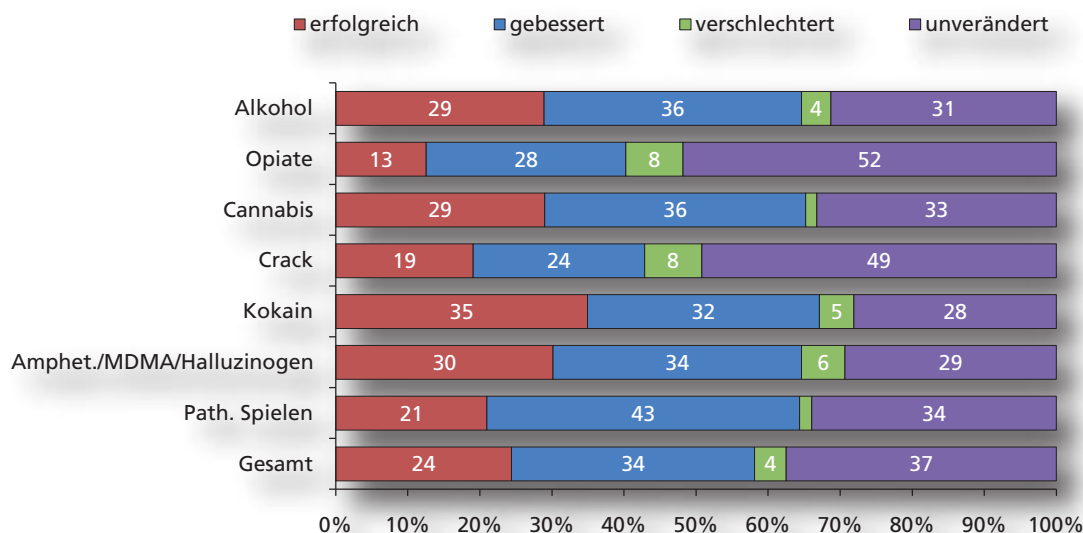


Betrachtet man die Suchtproblematik zum Betreuungsende, so zeigt sich, dass bei etwas mehr als der Hälfte der Betreuungen (58 %) zumindest eine Verbesserung erreicht werden konnte (erfolgreich und verbessert zusammengenommen; siehe Abbildung 15). Knapp ein Viertel der Betreuungen wurde erfolgreich abgeschlossen (24 %), und bei rund einem Drittel wurde eine Verbesserung der Problematik dokumentiert (34 %). Bei 37 % der Klienten hat sich an dieser nichts geändert, bei 4 % sogar verschlechtert.

Opiat- und Crackklienten unterscheiden sich diesbezüglich am ehesten von den übrigen Hauptdiagnosegruppen. Bei lediglich 41 % der Opiat- bzw. 43 % der Crackklientel konnte eine Verbesserung der Suchtproblematik erreicht werden. Demgegenüber liegen in beiden Gruppen die jeweils höchsten Werte für eine verschlechterte (jeweils 8 %) bzw. unveränderte Situation vor (Opiate: 52 %, Crack: 49 %).¹⁰ Der höchste Anteil von Betreuungen mit mindestens gebesserter Problematik (67 %) ist bei den Kokainkonsumenten zu beobachten. Allerdings liegen sämtliche anderen Diagnosegruppen außer Crack und Heroin nur unwesentlich unter diesem Wert der Kokainkonsumenten. Auch die pathologischen Spieler weisen hier einen überdurchschnittlichen Wert auf (64 %), allerdings ist in dieser Gruppe der Anteil der erfolgreich abgeschlossenen Betreuungen mit 21 % relativ niedrig.

¹⁰ Diese Ergebnisse können insbesondere bei den Opiatklienten 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 15: Problematik am Betreuungsende, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 10.017)



Betreutes Wohnen

Im Folgenden werden erstmals einige der wesentlichen Daten zu den insgesamt 1.685 Betreuungen der Klientinnen und Klienten im Betreuten Wohnen gesondert dargestellt. Den Ergebnissen zu den Betreuungen seien zunächst einige grundsätzliche Merkmale der in diesem Bereich betreuten Klienten vorangestellt. Mit 35 % ist der Anteil weiblicher Klienten im Betreuten Wohnen höher als bei der ambulanten Beratung bzw. Arbeitsprojekten (insgesamt 26 %). Die Alkoholklientel stellt auch in dieser Betreuungsform mit 39 % die größte Hauptdiagnosegruppe, gefolgt von den Opiat- (33 %) und Cannabisklienten (6 %) (siehe Tabelle 5).

Im Unterschied zu den Betreuungen in ambulanter Beratung bzw. Arbeitsprojekten wird mit 61 % der größte Teil der Betreuungen im Betreuten Wohnen über professionelle Hilfen vermittelt. 27 % erhalten ohne vorherige Vermittlung einen Platz im Betreuten Wohnen und 6 % werden über Justiz, JVA oder Ämter vermittelt. Arbeitgeber/Schulen, Arbeitsagenturen/Job-Center, die soziale Umgebung oder andere vermittelnde Instanzen spielen quantitativ keine große Rolle.

Mit 68 % dauert der überwiegende Teil der Betreuungen im Betreuten Wohnen zum Jahresende noch an. Bei den abgeschlossenen Betreuungen (32 %) ist die Betreuungsdauer mit durchschnittlich 458 Tagen – aufgrund der zumeist längerfristig angelegten Betreuungen ein nicht überraschender Sachverhalt – mehr als doppelt so lang wie bei den übrigen hessischen Suchthilfeklienten. Entsprechend dauert mit 39 % auch ein Großteil der abgeschlossenen Betreuungen länger als 12 Monate. Auf der anderen Seite erstreckt sich immerhin ein Viertel der Betreuungen über maximal drei Monate. 36 % der Betreuungsdauern bewegen sich zwischen drei und 12 Monaten. Opiatklienten im Betreuten Wohnen weisen mit durchschnittlich 500 Tagen eine längere Betreuungsdauer auf als Alkoholklienten (438 Tage).¹¹

Die Verteilung der Beendigungsart der Betreuungen im betreuten Wohnen unterscheidet sich von den Klienten in ambulanter Beratung bzw. Arbeitsprojekten: Mit insgesamt 25 % wird ein relativ

¹¹ Aufgrund der relativ geringen Fallzahlen bei den abgeschlossenen Betreuungen werden die übrigen Hauptdiagnosegruppen an dieser Stelle nicht gesondert dargestellt.

hoher Anteil der Klienten planmäßig an andere Einrichtungen weitervermittelt. Ferner werden häufiger Betreuungen von der Einrichtung vorzeitig beendet (13 %).

Auch die Suchtproblematik am Betreuungsende weicht bei den Klienten des Betreuten Wohnens von der der übrigen hessischen Suchthilfeklienten ab: 19 % schließen diesbezüglich ihre Betreuung erfolgreich ab und bei 32 % ist eine Verbesserung der Problematik festzustellen. Vergleichsweise hoch fällt jedoch mit 16 % der Anteil derjenigen aus, bei denen sich die Situation verschlechtert hat. Bei einem Drittel der Klienten (33 %) liegt zum Betreuungsende eine unveränderte Problematik vor.

Tabelle 5: Klientel und Betreuungen im Bereich des Betreuten Wohnens

	männlich	weiblich	gesamt
Hauptdiagnose			
Alkohol	40 %	36 %	39 %
Opiate	31 %	37 %	33 %
Cannabis	7 %	4 %	6 %
Gesamt N	1.098	587	1.685
Vermittlung in die Betreuung			
Justiz/JVA/öff. Ämter	5 %	6 %	6 %
Arbeitsagentur/Job-Center/ Arbeitsgemeinschaft	1 %	0 %	1 %
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	1 %	0 %	1 %
professionelle Hilfe	61 %	60 %	61 %
soziale Umgebung	1 %	2 %	1 %
ohne Vermittlung	27 %	27 %	27 %
sonstiges	4 %	4 %	4 %
Gesamt	889	491	1.380
Betreuungsdauer in Tagen			
Alkohol (MW)	435,4	442,6	437,7
Opiate (MW)	514,1	477,3	499,9
Gesamt (MW)	466,7	440,8	458,2
Betreuungsdauer in Kategorien			
bis 3 Monate	25 %	26 %	25 %
bis 6 Monate	16 %	13 %	15 %
bis 12 Monate	21 %	21 %	21 %
mehr als 12 Monate	38 %	40 %	39 %
Gesamt N	362	178	540
Beendigungsgrund			
regulär	34 %	23 %	30 %
planm. Wechsel	22 %	34 %	25 %
Abbruch durch Klient	25 %	27 %	26 %
Abbruch durch Einrichtung	14 %	10 %	13 %
außerplanm. Verlegung/Wechsel	5 %	6 %	6 %
Gesamt N	334	154	488
Problematik am Betreuungsende			
erfolgreich	23 %	11 %	19 %
gebessert	34 %	26 %	32 %
verschlechtert	12 %	25 %	16 %
unverändert	30 %	37 %	33 %
Gesamt N	325	155	480

Trends 2003 bis 2009

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 2009 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 geführt haben und schwerpunktmäßig auf den Jahres-Workshops thematisiert worden sind. Es handelt sich dabei um den Anteil der Angehörigen, das Durchschnittsalter, die Hauptdiagnose und die Erwerbssituation der Klientinnen und Klienten sowie die Betreuungsform und die durchschnittliche Betreuungsdauer. Die entsprechenden Ergebnisse werden jeweils getrennt für drei Hauptdiagnosegruppen – Alkohol, Opiate, Cannabis – berichtet.

Die Basis der folgenden Auswertungen stellen 79 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.

Angehörige

Eine interessante Entwicklung findet seit dem Jahr 2003 bei den Angehörigen statt: Ihr prozentualer Anteil an allen betreuten Personen fällt deutlich von 9 % auf 5 % in 2007 und ist seitdem nur leicht angestiegen (siehe Tabelle 6). Aber nicht nur der prozentuale Anteil reduziert sich über mehrere Jahre, sondern auch die absolute Anzahl von betreuten Angehörigen sinkt zwischen 2003 und 2007 deutlich: 1.378 betreute Angehörige im Jahr 2003 stehen einer Zahl von 903 im Jahr 2007 gegenüber. In den Jahren 2008 und 2009 erhöht sich die Anzahl beratener Angehörigen wieder auf etwa 1.200 Personen.

Die Anzahl betreuter Klienten ist dagegen über den gesamten Beobachtungszeitraum kontinuierlich angestiegen: von 14.788 im Jahr 2003 auf 17.630 im Jahr 2009. Dabei zeigt sich gleichzeitig, dass der Anteil der Neuaufnahmen – d. h. der Erstkontakt zur ambulanten Suchthilfe in Hessen findet im jeweiligen Jahr statt – zwischen den Jahren 2003 und 2009 von 49 % auf 37 % zurückgegangen ist.

Tabelle 6: Anteil Angehörige und Klienten, 2003 bis 2009 (gleiche Einrichtungen, N=79)

	2003	2005	2007	2008	2009
Angehörige	9 %	6 %	5 %	7 %	6 %
N	1.378	907	903	1.201	1.194
Klienten	91 %	94 %	95 %	93 %	94 %
N	14.788	15.140	15.764	16.583	17.630
davon Anteil Neuaufnahmen	49 %	37 %	34 %	38 %	37 %

Durchschnittsalter

Wie der Tabelle 7 zu entnehmen ist, hat sich das Durchschnittsalter der Klienten zwischen 2003 und 2009 von 36,9 Jahren um mehr als ein Jahr auf 38,1 Jahre erhöht. Das Durchschnittsalter ist während dieses Zeitraumes von Jahr zu Jahr angestiegen; erst in 2009 scheint sich dieser Trend nicht fortzusetzen. Dabei zeigt sich, dass der Altersanstieg bei den Frauen (von 37,3 auf 39,7) wesentlich größer ist als bei den Männern (von 36,8 auf 37,6). Dagegen liegt das durchschnittliche Alter der (jährlichen) Neuaufnahmen über die gesamte Betrachtungsphase relativ stabil bei 36 Jahren ($\pm 0,6$).

Zusammen genommen können diese beiden Entwicklungen derart interpretiert werden, dass Klienten immer länger an das Suchthilfesystem gebunden werden können (Haltequote erhöht), während die ambulante Suchthilfe seit Jahren bei den Neuaufnahmen die gleichen Altersgruppen erreicht.

Tabelle 7: Durchschnittsalter nach Geschlecht, 2003 bis 2009 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=79)

	2003	2005	2007	2008	2009
Frauen	37,3	38	39,2	39,9	39,7
Männer	36,8	36,7	37,4	37,6	37,6
Insgesamt	36,9	37,1	37,8	38,2	38,1
Neuaufnahmen	36,2	36,1	36,5	36,5	35,9
N	14.658	15.060	15.698	16.537	17.556

Wird die vorangegangene Auswertung differenziert nach den drei Hauptdiagnosengruppen – Alkohol, Opiate, Cannabis – vorgenommen, zeigt sich bei der Alkoholklientel eine geringfügige Erhöhung des Durchschnittsalters über die Jahre: bei allen Klienten von 44,6 (2003) auf 45,3 Jahre (2009), bei den Neuaufnahmen von 43,8 auf 44,1 Jahre (siehe Tabelle 8.). Bei der Gruppe der Opiatabhängigen ist dagegen eine sehr deutliche und kontinuierliche Zunahme des Alters auszumachen. Im Jahr 2003 lag dieses bei 33,6 (alle) bzw. 33,2 Jahren (Neuaufnahmen) – sechs Jahre später sind diese Werte auf 38,0 bzw. 36,2 Jahre angewachsen.

Bei den Cannabisklienten ist das Altersniveau seit 2007 stabil: Es beträgt knapp 26 Jahre (alle) bzw. knapp 25 Jahre (Neuaufnahmen).

Tabelle 8: Durchschnittsalter nach Hauptdiagnosegruppe (Alkohol, Opiate, Cannabis), 2003 bis 2009 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=79)

	2003	2005	2007	2008	2009
Alle Klienten					
Alkohol	44,6	44,8	45	45,2	45,3
Opiate	33,6	35,2	36,4	37,5	38
Cannabis	23,4	24,1	25,7	25,9	25,9
Neuaufnahmen					
Alkohol	43,8	43,7	43,7	44	44,1
Opiate	33,2	33,9	34	35,4	36,2
Cannabis	22,4	23	24,7	24,7	24,4
N	14.658	15.060	15.698	16.537	17.556

Wenn in einem dritten Schritt das Alter der neu aufgenommenen Klienten getrennt nach verschiedenen Alterskategorien betrachtet wird, ergibt sich zum einen, dass bei den Opiatabhängigen der Anteil der über 45jährigen Personen seit 2003 stetig angewachsen ist: von 9 % (2003) über 12 % (2007) auf 19 % (2009) (siehe Tabelle 20 im Anhang). Gleichzeitig hat sich der Anteil der jüngeren Opiatklienten verringert. Waren im Jahr 2003 noch 26 % der Klienten jünger als 27 Jahre, beträgt der entsprechende Anteil im Jahr 2009 nur noch 18 %.

Zum anderen zeigt sich, dass bei der Alkoholklientel ebenfalls der Anteil älterer Klienten (>45 Jahre) im Beobachtungszeitraum 2003-2009 zugenommen hat, von 45 % auf 51 %. Dies geht jedoch nicht mit einer Abnahme des Anteils von jüngeren Klienten einher, sondern bei dieser Hauptdiagnosegruppe hat sich vor allem der relative Anteil der Altersgruppe der 35- bis 45-Jährigen reduziert, und zwar von 35 % auf 27 %.

Bei der Cannabisklientel ergeben sich hingegen keine eindeutigen Trends in den verschiedenen Alterskategorien. Bemerkenswert ist jedoch, dass die Gruppe der minderjährigen Cannabisklienten zwischen 2003 und 2007 von 25 % auf 12 % gefallen ist, um dann wieder auf 16 % (2009) anzusteigen.

(Entsprechende Ergebnisse zu den anderen Hauptdiagnosen-Gruppen sind im Anhang dargestellt.)

Hauptdiagnose

Betrachtet man die Personen, für die eine ICD-10 Hauptdiagnose in Form von „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeitssyndrom“ dokumentiert worden ist, zeigt sich, dass sich der Anteil der Klienten mit einer Alkoholproblematik seit dem Jahr 2005 auf einem stabilen Niveau von 41 % bzw. 42 % bewegt (siehe Tabelle 9). Die Entwicklung bei der Opiatklientel sieht dergestalt aus, dass sich ihr Anteil seit 2005 kontinuierlich von 34 % auf 30 % reduziert hat. Der Anteil der Cannabiskonsumenten, die das ambulante Suchthilfesystem in Hessen aufsuchen, ist im betrachteten Zeitraum stetig von 11 % auf 15 % angestiegen. 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 4 % angestiegen. Sehr stabil zeigen sich die Anteile für die Kokainklienten (2003-2009: 2 %) sowie für die Personen mit anderen Suchtdiagnosen (2003-2009: 5 %).

Bei der Interpretation dieser Zahlen ist prinzipiell zu berücksichtigen, dass über den gesamten Zeitraum die Anzahl der dokumentierten Hauptdiagnosen angestiegen ist – von 10.331 auf 15.308 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.

Tabelle 9: Hauptdiagnose der Klienten, 2003 bis 2009 (gleiche Einrichtungen, N=79)¹²

	2003	2005	2007	2008	2009
Alkohol	44 %	41 %	41 %	42 %	41 %
Opiate	32 %	34 %	33 %	31 %	30 %
Cannabis	11 %	13 %	13 %	14 %	15 %
Crack	3 %	2 %	2 %	1 %	1 %
Kokain	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
Amphetamine	2 %	2 %	2 %	3 %	3 %
Glücksspiel	1 %	1 %	1 %	2 %	4 %
Andere	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
N	10.331	12.084	12.783	13.876	15.308

Bei den bisher berichteten Zahlen zur Hauptdiagnose wurde nicht zwischen den Personen unterschieden, die bereits in den Jahren zuvor in den Suchthilfeeinrichtungen betreut wurden und denen, die die Angebote im jeweiligen Auswertungsjahr das erste Mal in Anspruch genommen haben. Diese Differenzierung soll im nun Folgenden vorgenommen werden, da sich dadurch die Entwicklung des Inanspruchnahmeverhaltens nach den verschiedenen Hauptdiagnosegruppen noch einmal etwas anders darstellt. Bei den neu aufgenommenen Personen mit Alkoholproblemen ist bis 2007 eine deutliche prozentuale Zunahme ihres Anteils zu beobachten: dieser steigt auf 52 % an (siehe Tabelle 10). In den kommenden beiden Jahren fällt er dann wieder leicht auf 48 % ab. Demgegenüber reduziert sich der Anteil der Neuaufnahmen mit einer opiatbezogenen Hauptdiagnose um mehr als das Doppelte: von 30 % in 2003 über 21 % in 2005 auf bis zu 13 % im Jahr 2009. Auffällig ist auch der Rückgang bei den Crackkonsumenten. Ihr Anteil beträgt im Jahr 2009 nur noch 0,4 %. Dahinter verbergen sich in absoluten Zahlen 24 Personen.

Der Anteil der Cannabiskonsumenten – seit 2007 die zweitgrößte Gruppe der Neuaufnahmen – hat dagegen im Zeitraum 2003 bis 2009 von 14 % auf 21 % deutlich zugenommen. Auch bei der Gruppe der pathologischen Glücksspieler ist es im Dokumentationszeitraum zu einer deutlichen Steigerung ihres prozentualen Anteils gekommen: seit 2003 ist dieser von 1 % auf 8 % im Jahr 2009 angestiegen. Hier dürfte sich vermutlich die verstärkte Ausrichtung der hessischen Suchthilfe auf die Betreuung pathologischer Glücksspieler in den letzten Jahren widerspiegeln.

Die Anteile der neu aufgenommenen Klienten mit den Hauptdiagnosen Kokain, Amphetamine und anderen Suchtdiagnosen entsprechen weitgehend den Werten, die für alle Klienten ermittelt worden sind (siehe oben).

¹² In dieser und weiteren Tabellen kann es vorkommen, dass die Summe für einige Jahre nicht exakt 100 % ergibt. Dies ist auf Auf- bzw. Abrundungen der Prozentwerte zurückzuführen.

Tabelle 10: Hauptdiagnose der neu aufgenommenen Klienten, 2003 bis 2009 (gleiche Einrichtungen, N=79)

	2003	2005	2007	2008	2009
Alkohol	42 %	48 %	52 %	51 %	48 %
Opiate	30 %	21 %	15 %	15 %	13 %
Cannabis	14 %	18 %	19 %	19 %	21 %
Crack	3 %	2 %	1 %	1 %	0,4 %
Kokain	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
Amphetamine	2 %	2 %	3 %	3 %	3 %
Glücksspiel	1 %	1 %	2 %	5 %	8 %
Andere	6 %	6 %	5 %	5 %	5 %
N	4.835	4.046	3.806	4.969	5.258

Erwerbssituation

Der Anteil von Erwerbstätigen unter der Alkoholklientel stellt sich relativ konstant dar; er liegt in dem betrachteten Zeitraum zwischen 38 % und 41 % (siehe Tabelle 11). Auffällig ist, dass der Anteil der ALG I-Empfänger seit dem Jahr 2005 stark zurückgegangen ist (von 17 % auf 7 %). Im Gegenzug hat bei den ALG II-Empfängern eine deutliche Zunahme stattgefunden (von 25 % auf 33 %). Bei allen anderen Kategorien (Rente/Pension, Angehörige, sonstige) liegen die Werte im Großen und Ganzen auf einem gleichbleibenden Niveau.

Tabelle 11: Erwerbssituation der Alkoholklienten, 2003 bis 2009 (gleiche Einrichtungen, N=79)

	2003	2005	2007	2008	2009
Erwerbstätige	41 %	40 %	38 %	38 %	39 %
ALG/-hilfe	28 %	--	--	--	--
ALG I	--	17 %	10 %	7 %	7 %
ALG II	--	25 %	32 %	35 %	33 %
Sozialhilfe	12 %	1 %	2 %	2 %	2 %
Rente, Pension	9 %	9 %	8 %	9 %	9 %
Angehörige	6 %	6 %	8 %	7 %	6 %
Sonstige	3 %	2 %	2 %	3 %	4 %
N	2.576	4.609	4.931	4.924	5.479

Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei der Opiatklientel festzustellen, wenn auch auf einem deutlich anderen Niveau: Auch hier ist der Anteil von Erwerbstätigen relativ konstant (14 % bis 18 %), derjenige der ALG I-Empfänger seit 2005 zurückgegangen (von 14 % auf 5 %) und derjenigen der ALG II-Empfänger angestiegen (von 57 % auf 67 %) (siehe Tabelle 12.). Diese anhaltend schlechten Werte verdeutlichen noch einmal den besonderen Hilfebedarf der Opiatklientel hinsichtlich ihrer beruflichen Situation.

Tabelle 12: Erwerbssituation der Opiatklienten, 2003 bis 2009 (gleiche Einrichtungen, N=79)

	2003	2005	2007	2008	2009
Erwerbstätige	18 %	14 %	14 %	16 %	16 %
ALG/-hilfe	25 %	--	--	--	--
ALG I	--	14 %	10 %	6 %	5 %
ALG II	--	57 %	61 %	66 %	67 %
Sozialhilfe	46 %	6 %	6 %	4 %	5 %
Rente, Pension	2 %	2 %	2 %	3 %	3 %
Angehörige	5 %	3 %	3 %	3 %	2 %
Sonstige	5 %	4 %	3 %	2 %	2 %
N	1.800	3.869	4.036	3.388	3.810

Bei der Cannabisklientel liegt der Anteil der Erwerbstätigen – mit leichten Schwankungen nach oben und unten – bei etwa einem Viertel, ohne dass hier ein klarer Trend in die eine oder andere Richtung zu beobachten ist (siehe Tabelle 13). Bei den ALG I- und ALG II-Empfängern wiederholen sich die schon bei der Alkohol- und Opiatklientel beschriebenen Entwicklungen, wenn auch auf einem anderen prozentualen Niveau. Als Besonderheit bei den Cannabisklienten ist hervorzuheben, dass der vergleichsweise hohe Anteil in der Kategorie „Angehörige“ (Eltern etc.) über die Jahre von 31 % auf 23 % gesunken ist, was mit dem zunehmenden Durchschnittsalter dieser Klientel zusammenhängen dürfte (siehe oben).

Tabelle 13: Erwerbssituation der Cannabisklienten, 2003 bis 2009 (gleiche Einrichtungen, N=79)

	2003	2005	2007	2008	2009
Erwerbstätige	24 %	25 %	27 %	29 %	26 %
ALG/-hilfe	13 %	--	--	--	--
ALG I	--	7 %	5 %	4 %	4 %
ALG II	--	24 %	33 %	32 %	32 %
Sozialhilfe	17 %	2 %	2 %	2 %	3 %
Rente, Pension	11 %	8 %	7 %	11 %	11 %
Angehörige	31 %	31 %	25 %	22 %	23 %
Sonstige	3 %	2 %	1 %	2 %	2 %
N	625	1.406	1.621	1.640	1.989

Betreuungsform

Die Beratung ist seit 2003 die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform in der ambulanten Suchthilfe Hessens. Ihr relativer Anteil hat jedoch im Beobachtungszeitraum von 57 % (2003) um 16 Prozentpunkte auf 41 % kontinuierlich abgenommen (siehe Tabelle 14). Zweithäufigste Betreuungsform ist mit einem seit Jahren konstanten Anteil von 14 % die Medikamentengestützte Behandlung, d.h. die psychosoziale Betreuung Substituierter. Bei der Betreuungsform Ambulante Rehabilitation ist ein langsames, aber stetiges Anwachsen ihres prozentualen Anteils – von 7 % auf 10 % – zu beobachten. 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 dann aber wieder bis ins Jahr 2009 auf 13 % angestiegen. In der Kategorie „Sonstige“, die im Jahr 2009 auf ein etwa Fünftel aller Betreuungen kommt (21 %), 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 einem ähnlichen Niveau.

Auch bei den genannten Zahlen zur Betreuung ist zu beachten, dass die dokumentierten Betreuungen zwischen 2003 und 2009 kontinuierlich von 13.936 auf 19.946 zugenommen haben.

Tabelle 14: Betreuungsform der Klienten, 2003 bis 2009 (gleiche Einrichtungen, N=79)

	2003	2005	2007	2008	2009
Beratung	57 %	50 %	49 %	46 %	41 %
Medikam.-gestützte Behandl.	10 %	14 %	14 %	14 %	14 %
Ambulante Rehabilitation	7 %	7 %	8 %	9 %	10 %
Allg. Psychosoziale Betreuung	15 %	10 %	10 %	12 %	13 %
Sonstige	12 %	19 %	19 %	20 %	21 %
N-Betreuungen	13.936	17.218	18.141	18.525	19.946

Wird auch hier ein differenzierter Blick auf die drei Hauptdiagnosegruppen geworfen, ergeben sich weitere Erkenntnisse. Zum einen zeigt sich die zunehmende Bedeutung der Ambulanten Rehabilitation bei der Alkoholklientel. Ihr relativer Anteil ist zwischen 2003 und 2009 von 14 % auf 21 % angewachsen (siehe Tabelle 15). Bei den Opiatklienten ist die Entwicklung bei der Medikamentengestützten Behandlung auffällig. Ihr Anteil stieg im Beobachtungszeitraum von 34 % auf 47 % (siehe Tabelle 16). Die Ergebnisse bei der Cannabisklientel zeichnen sich dadurch aus, dass die Bedeutung der Betreuungsformen MPU-Beratung, Frühintervention und „Sonstige“ über die Jahre zugenommen hat (siehe Tabelle 17).

Bei allen drei Hauptdiagnosegruppen ist im Auswertungszeitraum der relative Anteil der Beratung stark zurückgegangen – und zwar um bis zu 22 Prozentpunkte (Opiat- und Cannabisklientel).

Tabelle 15: Betreuungsform der Alkoholklienten, 2003 bis 2009 (gleiche Einrichtungen, N=79)

	2003	2005	2007	2008	2009
Beratung	62 %	55 %	56 %	49 %	45 %
Ambulante Rehabilitation	14 %	16 %	16 %	18 %	21 %
MPU-Beratung	6 %	6 %	4 %	4 %	4 %
Vorb. auf stat. Behandlung	--	8 %	8 %	9 %	11 %
Allg. Psychosoziale Betreuung	6 %	3 %	2 %	4 %	6 %
Sonstige	13 %	13 %	14 %	15 %	13 %
N-Betreuungen	4.218	5.526	5.641	5.742	6.231

Tabelle 16: Betreuungsform der Opiatklienten, 2003 bis 2009 (gleiche Einrichtungen, N=79)

	2003	2005	2007	2008	2009
Beratung	39 %	31 %	29 %	24 %	17 %
Medikam.-gestützte Behandl.	34 %	40 %	41 %	44 %	47 %
Ambulante Rehabilitation	2 %	1 %	2 %	2 %	2 %
Allg. Psychosoziale Betreuung	15 %	11 %	12 %	15 %	14 %
Sonstige	11 %	16 %	16 %	15 %	19 %
N-Betreuungen	3.060	4.850	4.974	5.062	5.514

Tabelle 17: Betreuungsform der Cannabisklienten, 2003 bis 2009 (gleiche Einrichtungen, N=79)

	2003	2005	2007	2008	2009
Beratung	72 %	66 %	62 %	60 %	50 %
Allg. Psychosoziale Betreuung	10 %	6 %	2 %	5 %	7 %
MPU-Beratung	8 %	11 %	12 %	12 %	12 %
Vorb. auf stat. Behandlung	--	4 %	5 %	4 %	6 %
Frühintervention	--	0,2 %	2 %	4 %	6 %
Ambulante Behandlung	4 %	2 %	2 %	2 %	4 %
Sonstige	7 %	11 %	14 %	14 %	15 %
N-Betreuungen	1.013	1.609	1.855	2.012	2.314

Betreuungsdauer

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 2009) deutlich angewachsen sind: bei den Opiatklienten von 229 auf 328 Tage, bei den Crackklienten von 271 auf 333 Tage (siehe Tabelle 18). Auch bei der Cannabis- und Kokainklientel ist die durchschnittliche Betreuungsdauer über die Jahre angestiegen, wenn auch nicht so stark wie bei den beiden vorgenannten Gruppen (von 165 auf 202 Tage bzw. 262 auf 294). Die Werte für die Alkohol- und Amphetaminklientele bewegen sich dagegen im Großen und Ganzen auf einem etwa gleichbleibenden Niveau. Die Entwicklung bei den pathologischen Glücksspielern ist über die Zeit uneinheitlich, weist aber eher in eine abnehmende Richtung (von 157 auf 133 Tage). Bei dieser Gruppe liegt die niedrigste durchschnittliche Betreuungsdauer vor.

Tabelle 18: Durchschnittliche Betreuungsdauer der Klienten, 2003 bis 2009 (in Tagen, abgeschlossene Betreuungen, gleiche Einrichtungen, N=79)

	2003	2005	2007	2008	2009
Alkohol	173	194	189	205	188
Opiate	229	269	310	326	328
Cannabis	165	184	198	192	202
Crack	271	266	300	350	333
Kokain	262	242	278	232	294
Amphetamine	214	220	231	216	213
Glücksspiel	157	150	167	130	133
Insgesamt	182	212	228	226	220
N-Betreuungen	7.710	8.685	9.045	9.687	10.198

Die Bedeutung der COMBASS-Daten für die Suchthilfe in Hessen

Interpretationsansätze und Konsequenzen

Prof. Dr. Martin Schmid

Mit COMBASS und den jährlichen Auswertungsberichten verfügt die Suchthilfe in Hessen seit Jahren über ein vorbildliches EDV-gestütztes Dokumentations- und Auswertungsverfahren, das es ermöglicht, landesweit die Arbeit der Suchthilfe und die Situation der Klientel der Suchthilfe darzustellen und zu untersuchen. Mit den über mehrere Jahre erhobenen Daten sind auch langfristige Beobachtungen und Vergleiche möglich. Dabei zeigt sich bei vielen Fragen eine erstaunliche Stabilität der Daten, die von Jahr zu Jahr geringfügig schwanken, sich aber nicht in eine klare Richtung verändern. Was den Statistiker freut und ihm als Beleg für die Validität und Reliabilität der Datenerhebung gilt, führt aber bei manchen Suchtberatern, Einrichtungsleitern und politisch Verantwortlichen zu nachlassendem Interesse. Gelegentlich verstellen die vielen Tabellen und Grafiken geradezu den Blick auf interessante Befunde und manchmal auch verstörende Ergebnisse, mit denen sich die Suchthilfe beschäftigen sollte. Im Folgenden wird versucht, anhand der aktuellen COMBASS-Landesauswertung ausgewählte, für die Suchthilfe in Hessen bedeutsame Ergebnisse zu interpretieren und auf mögliche Konsequenzen hinzuweisen.

Sucht(hilfe) und Geschlecht

Drei Viertel der Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchthilfe in Hessen sind Männer. Am höchsten ist der Männeranteil bei der Hauptdiagnose Pathologisches Spielen mit 92 %, gefolgt von Cannabis (85 %), Kokain (82 %), Opiaten (73 %), Alkohol und Amphetaminen (jeweils 72 %) und Crack (70 %). Ganz gleich, ob die Droge legal oder illegal erworben werden kann, ob es sich um eine substanzbezogene oder eine substanzungebundene Störungen handelt: Sucht scheint vor allem ein Männerthema zu sein. Nur bei zwei Kategorien ergibt sich ein anderes Bild: Bei der Hauptdiagnosegruppe Schlaf- und Beruhigungsmittel ist das Geschlechtsverhältnis mit 54 % Männern und 46 % Frauen fast ausgeglichen, und bei der Zielgruppe „Essstörungen“ kommen auf 82 Klientinnen gerade einmal acht Klienten. Insgesamt sind 74 % der Klientel Männer. Genau umgekehrt dazu das Bild bei den Angehörigen: 76 % der Angehörigen sind Frauen – Frauen, die sich wohl größtenteils um ihre Männer oder Söhne sorgen.

Nun wissen natürlich alle Fachleute, dass die aktuellen COMBASS-Daten an dieser Stelle vor allem Befunde bestätigen, die auch aus anderen Studien und Erhebungen bekannt sind. So wissen wir aus der Repräsentativerhebung 2007 zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und zum Glücksspielverhalten in Hessen (Raschke et al. 2008), dass in Hessen 11,1 % der Männer und 4,6 % der Frauen zwischen 17 und 69 Jahren in riskantem Ausmaß Alkohol konsumieren. Die Jahresprävalenz für Cannabiskonsum liegt in Hessen in dieser Altersgruppe mit 2,8 % bei den Männern doppelt so hoch wie bei den Frauen mit 1,3 %. Was Zigaretten betrifft, haben die Frauen in Hessen aufgeholt, aber noch nicht aufgeholt zu den Männern: In den letzten 30 Tagen haben 29,4 % der Frauen und 37 % der Männer geraucht. Bei den Schlaf- und Beruhigungsmitteln liegen wiederum die Frauen vorn: 3,9 % der Männer und 7,9 % der Frauen haben im letzten Monat solche Medikamente eingenommen.

Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch, wenn man die Konsumgewohnheiten Jugendlicher betrachtet. So haben laut der letzten Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2,6 % der jungen Frauen und 4,8 % der jungen Männer zwischen 12 und 25 Jahren Cannabis geraucht. Ein Prozent der jungen Frauen, aber 3,5 % der jungen Männer rauchen regelmäßig Cannabis (BZgA 2010). Auch in Bezug auf Alkohol gilt. Junge Männer trinken öfter – und dann größere Mengen – Alkohol als junge Frauen (BZgA 2009a). Lediglich beim – insgesamt rückläufigen – Tabakkonsum lassen sich bei Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren schon seit einigen Jahren keine geschlechtsspezifischen Unterschiede mehr beobachten. Der Raucheranteil liegt gemäß der aktuellen BZgA-Erhebung bei 15 % für die männlichen und bei 16 % für die weiblichen Jugendlichen (BZgA 2009b).

84 % der Nutzer der Frankfurter Konsumräume sind Männer (Simmedinger/Vogt 2009, 41). Auch ein Blick in Polizeidaten bestätigt, dass Sucht primär ein Männerthema ist: Bei den sogenannten Erstkonsumenten harter Drogen lag der Männeranteil im Jahr 2009 bei 84 % (BKA 2010).

Interessant wird es, wenn man diese geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen in einen größeren Zusammenhang einordnet. So kommen etwa Lademann et al. (2005) im Rahmen der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes zu folgenden Ergebnissen: „Gesundheitsriskantes Verhalten ist Teil des Männlichkeitsstereotyps, und die empirischen Daten bestätigen die anhaltende Gültigkeit des Stereotyps: Mehr Männer als Frauen rauchen (hier nähern sich die Prävalenzraten allerdings an), sie ernähren sich ungesünder und nehmen seltener Früherkennungsuntersuchungen und Präventionsangebote in Anspruch. (...) Männer konsumieren zudem mehr und regelmäßiger Alkohol“ (Lademann et al. 2005, 38). Solches Verhalten bleibt nicht ohne Folgen: „Die alkoholische Lebererkrankung fällt nicht nur bei Männern, sondern auch bei Frauen ab dem 35. Lebensjahr unter die drei häufigsten Todesursachen, wobei Männer allerdings immer noch mehr als doppelt so häufig davon betroffen sind“ (Lademann et al. 2005, 17). 84 % der Drogentoten waren 2009 Männer (BKA 2010).

Sucht man in den COMBASS-Daten nach weiteren geschlechtsspezifischen Unterschieden, so fallen vor allem die Angaben zur Lebenssituation und zum Familienstand auf. Der Anteil der Ledigen ist bei der Hauptdiagnose Alkohol mit 44 % deutlich höher als bei den Frauen (26 %). Hingegen sind mehr Frauen als Männer geschieden und verwitwet. Bei der Hauptdiagnose Opiate liegt der Anteil mit 61 % bei den Frauen bereits sehr hoch, bei den Männern mit fast 70 % dann aber nochmals höher. Bei beiden Hauptdiagnosen leben mehr Männer als Frauen alleine. Während Frauen eher mit Partner und/oder Kindern zusammenleben, ist der Männeranteil bei denjenigen, die bei den Eltern leben, erhöht. Das verweist auf unterschiedliche Lebensläufe und unterschiedliche Bedeutungen, die Drogen an verschiedenen Stellen in den Lebensläufen von Männern und Frauen spielen.

Auf biographische Statuspassagen, kritische Lebenslagen und „spezifische situative Herausforderungen in Männerwelten“ verweist u. a. auch Klingemann (2009) bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen Sucht und Männlichkeit. Das gilt nicht nur für die noch vergleichsweise häufig diskutierte Statuspassage der Adoleszenz, sondern auch für Übergänge und kritische Situationen im Erwerbsleben, im Bereich der Sexualität, in der Partnerschaft und Familie, für Vaterschaft und Alter. Bei vielen dieser Stationen und Übergänge im Lebenslauf werden Konflikte zwischen Geschlechtsrollenerwartungen und dem Rollenselbstbild von Männern erkennbar. Drogenkonsum – und schließlich süchtiges Verhalten – scheinen sich als Bezugsrahmen für das Erlernen und die Inszenierung der Geschlechtsrolle geradezu anzubieten. Als weitere Gründe für unterschiedliche Suchtrisiken diskutiert Klingemann biologische Unterschiede, „erworbene Risiken“ z. B. durch gesundheitsrelevante Unterschiede im (Risiko-)Verhalten, in der Arbeitswelt, in der Freizeit und im sozialen Umfeld und unterschiedliche Formen der Krankheitsverarbeitung und der Inanspruchnahme von Hilfe.

Wenn Männer mit ihren Suchtproblemen dann – wie wir wissen, nicht immer freiwillig – in die Einrichtungen der Suchthilfe kommen, treffen sie in der Mehrzahl auf weibliche Beraterinnen und Therapeutinnen. Die Suchthilfe hat sich in den letzten 30 Jahren ja durchaus mit dem Gender-Thema beschäftigt, dabei allerdings vor allem den Fokus auf Frauen und frauenspezifische Angebote gerichtet. Dazu passt auch das Ergebnis einer Abfrage in der Adressdatenbank der hessischen Suchthilfe, die auf der Internetseite der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (www.hls-online.org) zur Verfügung steht. Dort fanden sich bei einer Recherche am 28.09.2010 immerhin landesweit 78 Einrichtungen mit einem speziellen Angebot für Frauen. Ein Ergebnis für Einrichtungen mit einem speziellen Angebot für Männer konnte nicht ermittelt werden, da diese Kategorie in der Suchmaske nicht vorhanden war.

Hauptdiagnosen, Einzeldiagnosen und Konsummuster

So hilfreich die Kategorie „Hauptdiagnose“ bei Analyse von z. B. geschlechtsspezifischen Unterschieden ist, so irritierend ist doch das Bild, das sich insgesamt aus dieser Kategorie ableitet. Alle Suchtberater kennen die Bedeutung polyvalenter Konsummuster. Solche polyvalenten Konsummuster bilden sich aber in der vorliegenden Auswertung nicht ab. Im Gegenteil: Die Analyse der Hauptdiagnosen zeichnet ein verzerrtes Bild der Klientinnen und Klienten. Die im hessischen Kerndatensatz vorhandene Diagnose „Polytoxikomanie“ ist auch nicht hilfreich, zumal im Manual zum hessischen Kerndatensatz, aber auch im Deutschen Kerndatensatz festgelegt ist, dass diese Kategorie nur verwendet werden soll, wenn keine andere ICD-10-Diagnose vorliegt.

Auch die Berücksichtigung der Einzeldiagnosen zusätzlich zu den Hauptdiagnosen korrigiert dieses verzerrte Bild nur bedingt. In der vorliegenden Landesauswertung sind in Tabelle 4 (Seite 22) die Haupt- und Einzeldiagnosen zusammengestellt. Betrachtet man zunächst die Spalte mit der Hauptdiagnose Alkohol, so fällt die Kategorie „andere Suchtdiagnosen“ mit 10 % auf. Dahinter verbirgt sich vor allem der Konsum von Tabak – wofür aber 10 % viel zu niedrig erscheint. Das gilt auch für die Spalte mit der Hauptdiagnose Opiate – auch hier sind 10 % andere Suchtdiagnosen (im wesentlichen Nikotin) ein wenig realistischer Wert. Auch die anderen Einzeldiagnosen bei der Hauptdiagnose Opiate (38 % Cannabis, 30 % Kokain, 27 % Alkohol, 24 % für Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie für Amphetamine) werfen Fragen auf: Entweder stimmen diese Ergebnisse nicht, oder das allgemein verbreitete Bild vom polyvalent konsumierenden Opiatabhängigen stimmt nicht.

Die Bedeutung der Substitution und das Thema Beikonsum entziehen sich jeder Analyse, da in der Kategorie „Opiate“ Substituierte und Nicht-Substituierte zusammengefasst werden. Das ist zwar in der Logik der ICD-10-Diagnosen durchaus korrekt, führt aber dazu, dass zum Substanzkonsum opiatabhängiger Klientinnen und Klienten in medikamentengestützter Behandlung keine Auswertungen möglich sind. Immerhin sind mit 48 % fast die Hälfte aller opiatabhängigen Klientinnen und Klienten in dieser Betreuungsform dokumentiert.

Auch in der Spalte mit der Hauptdiagnose Cannabis verwirren die Ergebnisse zu den Einzeldiagnosen. Schließlich handelt es sich hierbei nicht um gelegentliche Cannabiskonsumenten, sondern um Menschen, die wegen Cannabisproblemen eine ambulante Suchthilfeeinrichtung aufsuchen und für die dort eine Cannabisdiagnose dokumentiert wird. Auch hier sind in der Tabelle nur wenige Mehrfachdiagnosen erkennbar. Die Angaben zu den Einzeldiagnosen liegen auch jeweils unter den Angaben aus der Deutschen Suchthilfestatistik (Pfeiffer-Gerschel, Kippke, Steppan 2010).

Eine Lösung für diese widersprüchliche Situation könnte in den Angaben zu den Konsummustern liegen, die mit *COMBASS* ja auch erhoben werden sollen. Letztlich geht es ja auch eher um Konsummuster als um Diagnosen: Nicht jeder Konsum muss sich ja gleich in einer Diagnose niederschlagen. Leider liegen zu den entsprechenden Eingabemasken aber bisher so wenige Daten vor, dass in der Landesauswertung auf eine Auswertung verzichtet werden musste. Es liegt an der hessischen Suchthilfe, diese Widersprüche aufzuklären: Entweder sind diese Konsummuster nicht hin-

reichend dokumentiert, oder das immer wieder gezeichnete Bild von den polyvalent konsumierenden Klientinnen und Klienten stimmt nicht.

Sucht und Arbeitslosigkeit

Ein zentraler Indikator für die soziale Exklusion Suchtkranker ist die hohe Arbeitslosigkeit. Wie in der Landesauswertung dargelegt (vgl. Seite 44), betrug die Arbeitslosigkeit in Hessen nach über 10 % in 2005 und 2006 im Jahresdurchschnitt 2009 6,8 %, während von den Klientinnen und Klienten der hessischen Suchthilfe jeder zweite arbeits- oder erwerbslos war. Eine Reihe von Gründen hierfür wird in der Landesauswertung bereits angesprochen wie z. B. die vergleichsweise schlechte Schulbildung und der hohe Anteil von Klienten ohne Berufsausbildung. Offen bleibt die Frage, ob und in welchem Ausmaß es der Suchthilfe gelingt, die Integration Suchtkranker in das Erwerbsleben zu fördern.

Mit der Zusammenlegung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe im Zuge der unter dem Begriff Hartz IV subsumierten Arbeitsmarktreformen 2005 hat sich die sozialpolitische Landschaft für Arbeits- und Erwerbslose, die auf Transferleistungen angewiesen sind, grundlegend verändert. Dies traf in besonderem Maße auch auf Menschen mit Suchtproblemen zu, von denen vor der Hartz-IV-Reform ein großer Teil von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Sozialhilfe lebte. Bis 2004 sah das in vielen Fällen so aus: Wer wegen seiner Suchtprobleme arbeitslos wurde, bezog erst einmal Arbeitslosengeld. Wer keinen neuen Arbeitsplatz finden konnte oder wegen fortbestehender Sucht nicht in den Arbeitsmarkt reintegriert werden konnte, für den folgte nach einem Jahr der finanzielle Abstieg in die – niedrigere – Arbeitslosenhilfe, an die sich schließlich die Sozialhilfe anschloss. Abgesehen von vereinzelten kommunalen Programmen („Arbeit statt Sozialhilfe“) gab es im Rahmen der Sozialhilfe keine besonderen Integrationshilfen in den Arbeitsmarkt. Man kann das von zwei Seiten sehen: Weder gab es besondere Hilfen noch gab es besondere Anforderungen. Insbesondere langjährig arbeitslose Opiatabhängige hatten sich mit der Sozialhilfe arrangiert: Es war zwar wenig, aber sie kam regelmäßig, meist ohne besondere Auflagen, und schließlich gab es noch die Möglichkeit, in besonderen Lebenslagen einmalige (zusätzliche) Hilfe zu beantragen. Mit Hartz IV änderte sich alles: Unter dem Stichwort „Fordern und Fördern“ sollten jetzt auch alle Erwerbsfähigen mit Suchtproblemen, die bisher Arbeitslosenhilfe oder Sozialhilfe bezogen hatten, das neue Arbeitslosengeld II (Grundsicherung für Arbeitssuchende nach SGB II) erhalten, dafür aber zugleich mit zusätzlichen Anstrengungen in den Arbeitsmarkt vermittelt werden und – bei fehlender Mitwirkung an der Integration – mit Leistungskürzungen sanktioniert werden können. Sucht galt ab sofort als Vermittlungshindernis, das gezielt im Rahmen des „beschäftigungsorientierten Fallmanagements“ (Göckler 2009) durch die neu geschaffenen ARGEN (bzw. entsprechende kommunale Träger in den so genannten Optionskommunen) bearbeitet werden sollte.

Die *COMBASS*-Daten zur Erwerbssituation (vgl. Seite 44 des Auswertungsberichts) bieten die Möglichkeit, diesen grundlegenden Wechsel in der Sozialpolitik in Bezug auf Suchtkranke in Hessen zu reflektieren. Dabei zeigt sich, dass der Anteil der Erwerbstätigen zwischen 2003 und 2009 recht konstant geblieben ist. Zählt man für 2003 die Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe und ab 2005 die Bezieher der neuen Leistungsformen ALG I, ALG II und der Sozialhilfe zusammen, so zeigt sich, dass der Gesamtumfang für diese Leistungsarten ebenfalls nahezu konstant geblieben ist. Interessant hingegen sind die Verschiebungen zwischen den einzelnen Transferleistungen im Rahmen der Arbeitsmarktreform. Von 12,4 % Sozialhilfeempfängern vor der Reform sind gerade einmal ein bis zwei Prozent in der Sozialhilfe verblieben – Klientinnen und Klienten, die als nicht erwerbsfähig eingestuft wurden. Alle anderen wechselten in den ALG-II-Bezug. Bedeutsam sind auch die Verschiebungen zwischen ALG I und ALG II: Während der Anteil der ALG I – Bezieher zwischen 2005 und 2009 von 17,1 % auf 6,8 % zurückging, stieg der Anteil der ALG II – Bezieher von 24,5 % auf 33,4 % an. Der bei weitem größte Anteil der arbeits-

losen Klienten mit einer Alkoholdiagnose bezieht inzwischen also ALG II, und in der Analyse der Daten von 2003 – 2009 deutet wenig darauf hin, dass das versprochene „Fördern“ bei dieser Fallgruppe tatsächlich stattfindet.

Noch dramatischer sind die Zahlen für die Hauptdiagnose Opiate (vgl. Seite 45). Auch in dieser Gruppe ist der – hohe – Anteil der Sozialhilfeempfänger zurückgegangen (von 45,5 % auf rund 5 %), und auch hier ist der Anteil der ALG II – Empfänger seit 2005 kontinuierlich angestiegen. Zwei Drittel aller opiatabhängigen Klientinnen und Klienten leben von „Hartz IV“, gelten also einerseits als erwerbsfähig, wobei andererseits eine Vermittlung in den Arbeitsmarkt nicht gelingt, sondern am Vermittlungshemmnis Drogenabhängigkeit scheitert. Die Erholung am hessischen Arbeitsmarkt, die sich im Rückgang der Arbeitslosenquote von über 10 % 2006 auf 6,8 % 2009 zeigt, ging dabei an den Suchtkranken offensichtlich vorbei.

Auch bei der deutlich jüngeren Gruppe mit der Hauptdiagnose Cannabis deutet sich eine ähnliche Entwicklung an, obgleich hier Angehörige und Ausbildungsbeihilfen eine große Rolle spielen. Ein knappes Drittel aller Cannabis-Klienten bezieht Leistungen nach dem SGB II, und selbst bei der Gruppe mit der Hauptdiagnose Pathologisches Spielen liegt der Anteil der Hartz IV-Empfänger inzwischen bei über 20 %.

Der größte Teil der arbeits- und erwerbslosen Klientinnen und Klienten der hessischen Suchthilfe bezieht demnach Leistungen nach dem SGB II („Hartz IV“). Arbeitslosengeld nach SGB III („ALG I“) und Sozialhilfe nach SGB XII spielen demgegenüber nur eine untergeordnete Rolle. Entscheidend für die Reintegration von Arbeitslosen mit Suchtproblemen sind also die Bestimmungen und Verfahren im Rahmen des SGB II.

Vergleicht man bei den abgeschlossenen Fällen die Daten zur Erwerbssituation zu Betreuungsbeginn mit denen bei Betreuungsende, so zeigen sich kaum Veränderungen. Immerhin steigen die Zahlen für berufliche Rehabilitationsmaßnahmen an – bleiben aber in absoluten Zahlen sehr niedrig. Dazu muss angemerkt werden, dass viele ambulante Suchthilfeeinrichtungen und explizit die Arbeitsprojekte innerhalb der Suchthilfe eine Vielzahl von Angeboten zur Vermittlung in Beschäftigung wie z. B. AGH-MAE (Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung im Rahmen des SGB II) durchführen, die aber nicht mit COMBASS dokumentiert und ausgewertet werden. Eng mit den ARGEN kooperierende Projekte nutzen für die Dokumentation dieser Projekte die Software der Bundesanstalt für Arbeit. In der bereits erwähnten Datenbank der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen sind 15 Arbeitsprojekte für Suchtkranke in Hessen verzeichnet, und im Reitox-Bericht 2009 werden bundesweit 232 Arbeits- und Beschäftigungsprojekte mit über 3.300 Plätzen für Menschen mit Suchtproblemen erwähnt (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009).

Bereits im November 2007 hat sich der damalige Drogen- und Suchtrat, der die Drogenbeauftragte der Bundesregierung unterstützen und beraten soll, mit den schwierigen Perspektiven von Menschen mit Suchtproblemen am Arbeitsmarkt befasst und für den Leistungsbereich der Grundsicherung für Arbeitslose Empfehlungen verabschiedet. In diesen Empfehlungen wird u. a. die möglichst zielgerichtete Nutzung der Suchthilfe als flankierende Leistung hervorgehoben. Darüber hinaus wird die Bedeutung der fallbezogenen Kooperation zwischen den ARGEN und ambulanten und stationären Reha-Einrichtungen bereits während der Rehabilitation betont. Deutet sich an, dass eine Rehabilitation länger andauert und es somit zu einem Wechsel zwischen den Trägern des SGB II und des SGB XII kommt, soll rechtzeitig zwischen den Trägern kooperiert werden. Als zentral angesehen wurden die frühe Identifikation von Suchtproblemen in den Jobcentern, die Vermittlung in die Suchtberatung und schließlich effektive Eingliederungsmaßnahmen für Menschen mit Suchtproblemen. Zu diesen Themen wurde eine Studie in Auftrag gegeben, die die Arbeit der Grundsicherungsstellen (ARGEN und kommunale Träger in den Optionskommunen) und ihre Kooperation mit der Suchthilfe untersuchen und „Gute Praxis“ dokumentieren sollte (FIA/Henkel/ZOOM 2009).

Diese Studie konnte dann auch zeigen, dass solche „gute Praxis“ eher identifiziert werden konnte, wenn die Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und Suchtberatung klar geregelt war. Das ist aber längst nicht bei allen Grundsicherungsstellen der Fall.

Tabelle 19: Kooperation zwischen Grundsicherungsstelle und Suchtberatung

	Grundsicherungsstellen	
	N	Anteil
Kooperation ist nicht geregelt	140	44,9 %
Kooperationsvertrag	65	20,8 %
Vertrag nach § 17 SGB II	13	4,2 %
Kooperation anders geregelt	98	31,4 %
Gesamtzahl antwortender GSS	312	100,0 %
Keine Angaben	11	

Quelle: (FIA/Henkel/ZOOM 2009, 35)

Wie die Tabelle zeigt, hatte rund ein Viertel der befragten Grundsicherungsstellen einen Kooperationsvertrag mit einer Suchtberatung abgeschlossen. Dabei handelt es sich aber nur bei wenigen Stellen um einen Vertrag nach § 17 SGB II, der auch eine Abrechnung von Leistungen ermöglicht. Gut 30 % hatte die Kooperation ohne Vertrag „anders“ geregelt. Und rund 45 % der Grundsicherungsstellen gaben an, die Kooperation mit der Suchtberatung nicht geregelt zu haben. Entsprechend selten gelingt auch die fallbezogene Kooperation: „Suchtberatung und berufliche Eingliederung sollten miteinander verzahnte Prozesse sein. Um dies zu gewährleisten ist eine enge Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und Suchtberatung bei der Fallbearbeitung erforderlich. Bislang wird nur in jeder fünften Grundsicherungsstelle bei der Erstellung der Eingliederungs- und Hilfeplanung mit der Suchtberatungsstelle kooperiert (FIA/Henkel/ZOOM 2009, 158). Aber die Forderung nach einer Verbesserung der Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und Suchtberatung greift wahrscheinlich zu kurz. Ziel aller Integrationsmaßnahmen des SGB II ist der erste Arbeitsmarkt. So wünschenswert dieses Ziel ist: Die COMBASS-Daten legen die Vermutung nah, dass für einen Teil der Klientel der Suchthilfe in Hessen dieses Ziel in weiter Ferne liegt. Viele langjährig Abhängige mit geringer Schulbildung, fehlender Ausbildung und keiner Erfahrung mit Erwerbsarbeit sind zwar nicht erwerbsunfähig, können aber die Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes zumindest für einen längeren Zeitraum nicht erfüllen. So schlägt Sell ein dreistufiges Konzept vor: „1. Die Konstruktion von frühzeitig einsetzbaren und vernetzbaren Integrationskorridoren für die ‚Rückführbaren‘ (...) 2. Parallel brauchen wir einen deutlichen Ausbau von temporär angelegten Arbeits- und Beschäftigungsprojekten mit einem (arbeits)therapeutischen Schwerpunkt. (...). 3. Last but not least der schwierigste Punkt: Als notwendig erachtet wird hier der Auf- und Ausbau von dauerhaften Beschäftigungsmöglichkeiten in einem ‚geschützten Rahmen‘ außerhalb des normalen Arbeitsmarktes“ (Sell 2008, 15).

Der Anstieg der Betreuungsdauer

Ein letztes kompliziertes Thema soll hier noch zumindest angerissen werden. Wie lässt sich der Anstieg der Betreuungsdauer interpretieren und welche Schlussfolgerungen lassen sich daraus ziehen?

In der Landesauswertung wurde die Veränderung bei den Betreuungsformen bereits erläutert. Bei den Hauptdiagnosen Alkohol, Opiaten und Cannabis geht der Anteil der Beratungen zurück, während der Anteil der ambulanten Rehabilitation bei Alkoholklienten und der Anteil der Substitutionsbehandlung bei Opiatklienten ansteigt. Bei Cannabis zeigt sich insgesamt eine Diversifizierung der Betreuungsformen. Bei den Hauptdiagnosen Opiate, Crack, Cannabis und Kokain ist bei den abgeschlossenen Betreuungen ein deutlicher Anstieg der Betreuungsdauer zu erkennen, nicht aber bei Alkohol, Amphetamin und Glücksspiel. Betrachtet man die laufenden Betreuungen, so ist die Betreuungsdauer bei den meisten Hauptdiagnosen höher als bei den abgeschlossenen Betreuungen. Der Anstieg der Betreuungsdauer ist zudem noch größer als bei den abgeschlossenen Betreuungen. So lag im Jahr 2009 die durchschnittliche Betreuungsdauer bei den laufenden Betreuungen bei Alkohol bei 365 Tagen, bei Opiaten bei 666 Tagen und bei Kokain/Crack bei 532 Tagen.

Ein Zusammenhang zwischen der Betreuungsdauer und einem mehr- oder weniger erfolgreichen Abschluss der Betreuung ist nicht erkennbar: So gibt es vorzeitige Beendigungen (mit kurzer Betreuungsdauer), bei denen die Suchtproblematik am Betreuungsende als unverändert eingeschätzt wird, erfolgreiche Verläufe mit mittlerer Behandlungsdauer, aber es gibt auch Verläufe, bei denen nach einer langen Dauer die Suchtproblematik als verschlechtert beschrieben wird. Der folgende Interpretationsvorschlag stützt sich nur bedingt auf harte Daten und versteht sich eher als Diskussionsbeitrag.

Bei Klientinnen und Klienten mit höheren Ressourcen und moderaten Suchtproblemen werden zunehmend klar strukturierte Behandlungskonzepte mit überschaubarer Behandlungsdauer eingesetzt. Hingegen kommt es bei Klientinnen und Klienten mit niedrigen Ressourcen und chronifizierten Suchtproblemen zu lang andauernde Betreuung. Dabei stellt sich die Frage, mit welchen Konzepten in diesen Fällen gearbeitet wird. Ein Sonderfall ist die Substitution als auf Dauer angelegte Behandlungsform. In der gesamten Literatur zur Substitutionsbehandlung wird vor allem auf die frühen Phasen der Behandlung eingegangen, und für diese Phasen existieren auch Behandlungskonzepte (vgl. z. B. Gerlach/Stöver 2009). Was aber sind die Aufgaben der psychosozialen Begleitung im zweiten Jahr einer Substitutionsbehandlung, im dritten Jahr etc.? Welche Konzepte gibt es für lange andauernde Behandlungen?

Die COMBASS-Daten nutzen!

An vier Beispielen wurde exemplarisch versucht, die COMBASS-Daten zu interpretieren, weiterführende Fragestellungen daraus abzuleiten und Konsequenzen für die Suchthilfe zu diskutieren. Mit COMBASS liegen Querschnitt- und Längsschnittdaten zur Suchthilfe in Hessen vor, die sich für die Reflexion und konzeptionelle Weiterentwicklung der Suchthilfe und darüber hinaus der Gesundheits- und Sozialpolitik eignen (wie z. B. die Daten zum Lebensunterhalt und zur Erwerbssituation gezeigt haben). Es wäre zu wünschen, dass die Praktiker der Suchthilfe und die politischen Verantwortungsträger diese Daten auch nutzen.

Bundeskriminalamt (2010): Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2009 – Tabellenanhang. Wiesbaden.

BZgA 2009a: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Verbreitung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Köln.

BZgA 2009b: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Verbreitung des Tabakkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Köln.

BZgA 2010: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Verbreitung des Konsums illegale Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Köln.

FIA Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt/Dieter Henkel/ZOOM – Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e. V. (2009): Erhebungen von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II. Berlin

Gerlach, R./Stöver, H. (Hrsg.) (2009): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Göckler, R. (2009): Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement: Praxisorientierte Betreuung und Vermittlung in der Grundsicherung für Arbeitsuchende(SGB II). Eine Einführung. Regensburg: Walhalla-Fachverl.

Klingemann, H. (2009): Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit – ein neu entdecktes Thema. In: Jacob, J./Stöver, H. (Hrsg.): Männer im Rausch. Konstruktion und Krisen von Männlichkeit im Kontext von Rausch und Sucht. Bielefeld

Lademann, J. et al. (2005): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Pfeiffer-Gerschel, T. et al. (2009): Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Bericht 2009 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD. Drogensituation 2008/2009. München: DBDD.

Pfeiffer-Gerschel, T./Kipke, I./Steppan, M. (2010): Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: Alle Betreuungen ohne Einmalkontakte. München: IFT. Online unter www.suchthilfestatistik.de/ambulant.htm (28.09.2010)

Raschke, P. et al. (2008): Repräsentativerhebung 2007 zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und zum Glücksspiel in Hessen. Band I. Hamburg.

Sell, Stefan (2008): Vision sozialer Dienstleistungen und beschäftigungspolitischer Modelle für Suchtkranke im SGB II. Remager Beiträge zur aktuellen Sozialpolitik Nr. 02. Online unter www.stefan-sell.de/texte/sozialpolitik/Sozialpolitik_2008-02.pdf (28.09.2010)

Simmedinger, R./Vogt, I. (2009): Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2008. Frankfurt a. M.: ISFF.

Bauer C., Sonntag D., Hildebrand A., Bühringer G. & Kraus L. (2009). Studiendesign und Methodik der Deutschen Suchthilfestatistik 2007. Sucht, 55 (Sonderheft 1), 6-14.

Tabellenanhang

Tabelle 20: Alter in Kategorien der neu aufgenommenen Klienten nach Hauptdiagnosegruppe, 2003 bis 2009 (gleiche Einrichtungen, N=79)

	2003	2005	2007	2008	2009
Alkohol					
bis 18 Jahre	0 %	1 %	1 %	2 %	3 %
18 bis 27 Jahre	7 %	9 %	8 %	9 %	8 %
27 bis 35 Jahre	13 %	12 %	13 %	11 %	10 %
35 bis unter 45 Jahre	35 %	31 %	30 %	26 %	27 %
45 bis unter 59 Jahre	38 %	41 %	40 %	43 %	43 %
60 und älter	7 %	7 %	7 %	8 %	8 %
Gesamt	2.022	1.920	1.983	2.507	2.516
Opiate					
bis 18 Jahre	1 %	0 %	0 %	1 %	1 %
18 bis 27 Jahre	25 %	25 %	25 %	18 %	17 %
27 bis 35 Jahre	34 %	31 %	31 %	33 %	32 %
35 bis unter 45 Jahre	31 %	33 %	31 %	31 %	31 %
45 bis unter 59 Jahre	9 %	11 %	12 %	16 %	18 %
60 und älter	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %
Gesamt	1.441	847	568	734	675
Cannabis					
bis 18 Jahre	25 %	21 %	12 %	13 %	16 %
18 bis 27 Jahre	59 %	61 %	61 %	56 %	56 %
27 bis 35 Jahre	9 %	12 %	17 %	21 %	19 %
35 bis unter 45 Jahre	7 %	7 %	8 %	8 %	7 %
45 bis unter 59 Jahre	0 %	1 %	2 %	2 %	2 %
60 und älter	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Gesamt	673	739	721	963	1.105
Crack					
bis 18 Jahre	0 %	0 %	2 %	4 %	0 %
18 bis 27 Jahre	36 %	35 %	36 %	21 %	33 %
27 bis 35 Jahre	31 %	32 %	31 %	25 %	38 %
35 bis unter 45 Jahre	31 %	28 %	22 %	42 %	17 %
45 bis unter 59 Jahre	3 %	6 %	9 %	8 %	13 %
Gesamt	121	72	45	48	24
Kokain					
bis 18 Jahre	1 %	3 %	1 %	2 %	0 %
18 bis 27 Jahre	20 %	34 %	34 %	20 %	28 %
27 bis 35 Jahre	41 %	33 %	33 %	39 %	44 %
35 bis unter 45 Jahre	35 %	22 %	28 %	31 %	21 %
45 bis unter 59 Jahre	4 %	7 %	5 %	8 %	7 %
Gesamt	116	90	89	97	88

Tabelle 20 (Fortsetzung): Alter in Kategorien der neu aufgenommenen Klienten nach Hauptdiagnosegruppe, 2003 bis 2009 (gleiche Einrichtungen, N=79)

	2003	2005	2007	2008	2009
Amphet./ MDMA/ Halluzinogene					
bis 18 Jahre	4 %	4 %	3 %	7 %	3 %
18 bis 27 Jahre	66 %	62 %	51 %	51 %	42 %
27 bis 35 Jahre	18 %	20 %	37 %	25 %	36 %
35 bis unter 45 Jahre	10 %	12 %	8 %	12 %	13 %
45 bis unter 59 Jahre	2 %	2 %	1 %	5 %	6 %
60 und älter	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %
Gesamt	103	94	97	155	161
Path. Spielen					
bis 18 Jahre	0 %	0 %	2 %	3 %	2 %
18 bis 27 Jahre	7 %	19 %	15 %	17 %	19 %
27 bis 35 Jahre	26 %	21 %	31 %	23 %	23 %
35 bis unter 45 Jahre	44 %	28 %	25 %	36 %	34 %
45 bis unter 59 Jahre	19 %	28 %	20 %	19 %	20 %
60 und älter	5 %	4 %	7 %	2 %	4 %
Gesamt	43	47	94	223	401
andere Suchtdiagnose					
bis 18 Jahre	8 %	6 %	6 %	5 %	8 %
18 bis 27 Jahre	27 %	26 %	28 %	28 %	20 %
27 bis 35 Jahre	22 %	16 %	15 %	20 %	17 %
35 bis unter 45 Jahre	26 %	21 %	21 %	21 %	25 %
45 bis unter 59 Jahre	16 %	23 %	25 %	20 %	24 %
60 und älter	2 %	9 %	6 %	6 %	6 %
Gesamt	288	220	190	231	258
Gesamtklientel					
bis 18 Jahre	4 %	5 %	3 %	5 %	5 %
18 bis 27 Jahre	23 %	25 %	24 %	22 %	22 %
27 bis 35 Jahre	20 %	17 %	19 %	19 %	18 %
35 bis unter 45 Jahre	29 %	26 %	25 %	23 %	23 %
45 bis unter 59 Jahre	20 %	24 %	25 %	27 %	27 %
60 und älter	3 %	4 %	4 %	4 %	5 %
Gesamt	4.807	4.029	3.787	4.958	5.228

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungname	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.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
19	Suchtberatungsstelle im Suchtzentrum	Erbach	DRK Kreisverband Odenwaldkreis
20	Betreutes Wohnen im Suchtzentrum	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 - Kontaktkafé und Sozialdienst	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
36	BWG Rotlintstraße 76 und Betreutes Einzelwohnen	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungname	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 Suchthilfe Sachsenhausen	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
40	Jugendberatung und Suchthilfe 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	Kontaktladen "Café Fix"	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
49	Frauenberatungsstelle	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. und Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V.
50	Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke	Friedberg	Caritasverband Gießen e. V.
51	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Wetteraukreis	Friedberg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
52	Sucht- und Drogenberatungsstelle - Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke und Angehörige	Fulda	Caritasverband für Stadt und Landkreis Fulda
53	Fachstelle für Sucht	Fulda	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Fulda e.V.
54	Jugend- und Drogenberatungsstelle Gelnhausen / Schlüchtern	Gelnhausen	AWO Kreisverband Main-Kinzig e.V.

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
55	Fachambulanz für Suchtkranke	Gelnhausen	CV für den Main-Kinzig-Kreis e.V.
56	SuchtHilfeZentrum Gießen - Schanzenstraße	Gießen	Arbeitsgemeinschaft Rauschmittelprobleme
57	Paritätische Nachsorge - Einrichtung für Suchtkranke Haus Gilsberg / Haus Haina-Battenhausen	Gilsberg	Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband
58	Jugend- und Drogenberatung	Hanau	Diakonisches Werk Ev. Kirchenreise HU-Stadt/Land
59	Suchtberatung für Erwachsene	Hanau	Diakonisches Werk Ev. Kirchenreise HU-Stadt/Land
60	Suchtberatung für Erwachsene Hanau, Betreutes Einzelwohnen	Hanau	Diakonisches Werk Ev. Kirchenreise HU-Stadt/Land
61	Aufsuchende Suchthilfe in der Stadt Hattersheim	Hattersheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
62	Betreutes Wohnen	Hattersheim	Selbsthilfe im Taunus e.V. (SiT)
63	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Heppenheim	Caritasverband Darmstadt e.V.
64	Drogenberatung im Landkreis Kassel	Hofgeismar	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
65	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe im Main-Taunus-Kreis	Hofheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
66	Jugend- und Drogenberatung Schwalm-Eder Kreis	Homburg (Efze)	Kreisausschuß des Schwalm-Eder-Kreises
67	Suchthilfe und Suchtprävention für Karben	Karben	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
68	Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Blaukreuz -Zentrum	Kassel	Blaukreuzverein Kassel e.V.
69	Substitutionsfachambulanz "SAM2"	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
70	Substitutionsfachambulanz "SAM"	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
71	"W23" - Jugend- und Drogenberatung	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
72	"KARO 5" - Drogenberatung und Ambulante Rehabilitation	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
73	Frühintervention für suchtmittelabhängige Schwangere	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungname	Ort	Träger
74	Beratungs- und Behandlungsstelle für alkohol- und medikamentenabhängige Erwachsene und Spieler	Kassel	Diakonisches Werk Kassel-Stadt, -Land und Kaufungen
75	Betreute Wohngemeinschaft "Carlotta" der Frauentherapie "Camille"	Königstein	Calla - Verein zur Förderung der Lebensqualität von Frauen mit Suchtproblemen
76	Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen	Korbach	Zweckverband des diakonischen Werkes Waldeck-Frankenberg
77	Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen - Betreutes Wohnen	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'ima"	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.

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
92	Suchtthilfezentrum Wildhof - Betreutes Wohnen	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
93	Suchtthilfezentrum 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 Hochtaunuskreis - Außenstelle für den Hintertaunus	Usingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
103	Jugend- und Drogenberatungsstelle	Weilburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
104	Psychosoziale Beratungsstelle Wetter	Wetter	Integrative gemeinnützige Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen (IGEA e.V.)
105	Suchthilfe Wetzlar e.V. - Integrierte Jugend-, Drogen- und Suchtberatungsstelle	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
106	Suchthilfe Wetzlar e.V. - Betreutes Wohnen	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
107	Fachambulanz für Suchtkranke	Wiesbaden	Caritasverband Wiesbaden e.V.
108	Suchtthilfezentrum Wiesbaden	Wiesbaden	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.



Hessische Landesstelle für
Suchtfragen e.V.

*Kompetent durch Erfahrung
Innovativ durch Flexibilität*