



2012

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

– Grunddaten –



ISD
Institut für interdisziplinäre
Sucht- und Drogenforschung

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

Landesauswertung der
Computergestützten Basisdokumentation
der ambulanten Suchthilfe in Hessen (*COMBASS*)
– Grunddaten 2012 –

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

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

Frankfurt a. M., November 2013

Inhalt

Einführung	7
Zusammenfassung	9
Zielsetzung und Datengrundlage	14
Klientinnen und Klienten	18
Betreuungen	28
Einmalkontakte	36
Regionale Aspekte	39
Trends 2005 bis 2012	43
Literatur	56
Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen	57

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 über 100 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe (auch einige Einrichtungen aus den Bereichen „Betreutes Wohnen“ und „Arbeits- und Beschäftigungsprojekte“). 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 die ICD-10?

Der Substanzkonsum der Klientinnen und Klienten wird in der ambulanten Suchthilfe Hessen vorrangig mit der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten“ (ICD-10) erfasst. Die 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 Klientinnen und Klienten 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, 2010, 2011
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 4.2 erhoben.

Einführung

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

Vor Ihnen liegt der 10. Grunddatenbericht der Computerbasierten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS). Auf dieses kleine Jubiläum möchte ich gleich zu Beginn meines Vorwortes aufmerksam machen.

Seit 10 Jahren liegt für Hessen jährlich eine qualitativ hochwertige landesweite Grunddatenauswertung vor. Durch die Beteiligung fast aller hessischen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen über diesen langen Zeitraum können inzwischen unterschiedliche Aspekte der Suchthilfe in Hessen beleuchtet und dadurch wertvolle Informationen für die Praxis geliefert werden.

Ein derart anspruchsvolles Ergebnis kann nur gelingen, wenn die daran beteiligten Personen und Institutionen kontinuierlich konstruktiv und effektiv zusammenarbeiten.

Hier fällt der COMBASS-Steuerungsgruppe bei der HLS eine sehr wichtige Rolle zu. In ihr werden die Interessen aller am Projekt Beteiligten seit Jahren erfolgreich zusammengeführt. In der Steuerungsgruppe sind vertreten: Suchthilfeträger, das Hessische Sozialministerium, die Softwarefirma NTConsult, das auswertende Institut ISD Hamburg, die Stadt Frankfurt und die HLS. An dieser Stelle sei den Mitgliedern für ihre konstruktive und engagierte Mitarbeit auf das herzlichste gedankt.

Im Einzelnen haben folgende Institutionen zum Erfolg der Berichte beigetragen:

- das Hessische Sozialministerium durch die Finanzierung des Projektes,
- die beteiligten Träger und Einrichtungen 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.

Für ihr Engagement und ihre Ausdauer möchte ich mich an dieser Stelle auf das Herzlichste bedanken.

Der vorliegende COMBASS-Jahresbericht 2012 basiert auf den Daten von 104 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe, die von ca. 19.500 Klientinnen und Klienten und fast 1.200 Angehörigen in Anspruch genommen wurden.

In dem Bericht 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, indem nach den verschiedenen Hauptdiagnosegruppen getrennt ausgewertet wird. Anhand dieser Vorgehensweise können klientelbezogene Besonderheiten deutlich gemacht werden, die für die praktische Arbeit von Bedeutung sein können.

Neben der schwerpunktmäßigen Beschreibung der Klientinnen und Klienten mit einer eigenständigen Suchtproblematik wird in diesem Berichtsteil auch die Gruppe der hilfeschenden Angehörigen und andere Bezugspersonen kurz charakterisiert.

In einem gesonderten Kapitel werden die wichtigsten Trends in den Grunddaten der hessischen Suchthilfestatistik dargestellt. Beginnend mit dem Jahr 2005 werden Veränderungen bzw. Kontinuitäten bis 2012 berichtet. Die Basis dieser Auswertungen stellen 82 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum an der COMBASS-Dokumentation beteiligt haben.

Zusätzlich werden im COMBASS-Jahresbericht für 2012 in einer Regionalanalyse ausgewählte Ergebnisse der Landkreise, Großstädte sowie der Metropole Frankfurt vergleichend gegenübergestellt. Neu ist in diesem Jahr die erstmalige Auswertung der Einmalkontakte. Hier hat uns besonders interessiert, inwieweit es Abweichungen gibt zwischen den Personen, die nur einmal eine Einrichtung aufsuchen und solchen, die den Kontakt länger aufrechterhalten.

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Auswertungsergebnisse bieten die nächsten Seiten. Ich wünsche Ihnen beim Lesen viel Vergnügen.

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht für das Jahr 2012 enthält eine ausführliche Beschreibung der Klientel der ambulanten Suchthilfe in Hessen sowie Daten zu den in Anspruch genommenen Betreuungen. Darüber hinaus werden eine regionalspezifische Auswertung und eine Trendbetrachtung für die Jahre 2005 bis 2012 vorgenommen. Ferner sind erstmalig Einmalkontakte ausgewertet worden.

Im Jahr 2012 haben sich insgesamt 104 Einrichtungen an der Auswertung beteiligt. Werden die Auswertungsjahre seit 2003 betrachtet, kann insgesamt von einer relativ stabilen Datenbasis gesprochen werden (Teilnahme: zwischen 99 und 109 Einrichtungen). Von diesen Einrichtungen wurden für das Jahr 2012 Hilfe- und Beratungsleistungen für insgesamt 19.547 verschiedene Klientinnen und Klienten dokumentiert. Hinzu kommen 3.504 unterschiedliche Personen, die im Auswertungsjahr ausschließlich Einmalkontakte in Anspruch nahmen sowie 1.161 Personen aus dem sozialen Umfeld.

Statusbericht 2012

Geschlecht, Alter, Nationalität

Fast drei Viertel der Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe sind männlich (73%). Die Klientinnen und Klienten sind im Durchschnitt 39,1 Jahre alt. 87% von ihnen besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit; 31% haben einen Migrationshintergrund.

Hauptdiagnosen

Bei 42 % der gesamten Klientel liegt die Hauptdiagnose Alkohol vor; es folgt die Gruppe der Opiatabhängigen (27 %). Die Hauptdiagnose Cannabis wurde bei 14 % aller Klientinnen und Klienten gestellt. Bei 7 % handelt es sich um pathologisch Glücksspielende und bei 3 % ist die Hauptproblemsubstanz ein Amphetaminderivat (bzw. MDMA, Halluzinogen). Noch seltener werden die Hauptdiagnosen Crack, Sedativa/ Hypnotika oder Kokain vergeben (0,4 % bis 2 %).

Auswertungen nach Hauptdiagnosengruppen

Nicht nur innerhalb der Gesamtklientel, sondern auch in (fast) allen Hauptdiagnosengruppen überwiegt der Anteil der männlichen Klienten deutlich. Eine besonders starke Überrepräsentanz von Männern ist in der Gruppe der pathologisch Glücksspielenden (90 %) zu beobachten, gefolgt von der Cannabis- (84 %) sowie der Kokainklientel (82 %).

Bei einer Betrachtung der Altersverteilung innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen wird deutlich, dass die Cannabisklientinnen und -klienten mit einem Durchschnittsalter von 25,8 Jahren weiterhin die jüngste Gruppe innerhalb der hessischen Suchthilfeklientel darstellen. Auch die Gruppe der Amphetaminkonsumierenden (bzw. MDMA, Halluzinogen) liegt mit 31,5 Jahren noch weit unter dem Durchschnittsalter der Gesamtklientel (39,1 Jahre). Demgegenüber sind weit über die Hälfte der Alkoholclientinnen und -klienten (58 %) über 45 Jahre alt; mit durchschnittlich 45,3 Jahren sind sie nach wie vor die deutlich älteste Gruppe.

Beim Familienstand stellt sich die Situation wie folgt dar: Die höchsten Anteile derer, die mit einer/m Partnerin/Partner (und ggf. Kindern) zusammenleben, sind bei den pathologisch Glücksspielenden zu finden (37 %). Den höchsten Anteil von Alleinlebenden gibt es unter der – sehr kleinen – Crackklientel (44 %).

15 % der opiatabhängigen Personen leben in einer prekären Wohnsituation (provisorische Unterkunft, Obdachlosigkeit, Justizvollzugsanstalt). Am niedrigsten sind die entsprechenden Anteile mit jeweils 3 % bei der Alkoholklientel und den pathologisch Glücksspielenden. Diese Klientengruppen wohnen überdurchschnittlich häufig selbstständig (82 % bzw. 72 %). Der höchste Wert für das Wohnen bei den Eltern bzw. anderen Angehörigen liegt mit 46 % bei den Cannabisklientinnen und -klienten vor.

Bei der Opiatklientel sind 71 % ohne Arbeit. Auch die Personen der Diagnosegruppen „Crack“ (53 %) und „Kokain“ (45 %) haben häufig keine Arbeit, wohingegen dieser Wert bei den pathologisch Glücksspielenden mit 19 % vergleichsweise niedrig ausfällt. Festzuhalten ist allerdings, dass die Arbeitslosigkeit in sämtlichen Hauptdiagnosegruppen diejenige der Allgemeinbevölkerung jeweils um ein Vielfaches übersteigt.

Am häufigsten sind mit insgesamt 68 % die pathologischen Glücksspielerinnen und -spieler verschuldet; hier finden sich auch die höchsten Werte für hohe Schulden (20 % mit mehr als 25.000 Euro). Eher selten mit Schulden belastet sind Cannabiskonsumierende (26 %) und Alkoholklientinnen/ -klienten (33 %).

Betreuungen

42 % der Betreuungen kommen ohne Vermittlung zustande. Ebenfalls relativ häufig (36 %) werden Klientinnen und Klienten über professionelle Hilfen (andere Suchthilfeeinrichtungen, Ärzte etc.) in die Angebote der ambulanten Suchthilfe vermittelt. Eine von zehn Betreuungen erfolgt nach Vermittlung durch Justiz, JVA oder Ämter, 6 % durch das soziale Umfeld und jeweils 3 % über Arbeitgeber, Betrieb oder Schule bzw. Arbeitsagenturen, Jobcenter oder Arbeitsgemeinschaften.

Die Beratung ist mit einem Anteil von 43 % die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Die Medikamentengestützte Behandlung ist mit 17 % die zweithäufigste Betreuungsform, gefolgt von der Ambulanten Rehabilitation mit 12 %. Bei jeweils 7 % der Betreuungen handelt es sich um Vorbereitungen auf stationäre Behandlungen oder um Allgemeine Psychosoziale Betreuungen. Andere Betreuungsformen machen 13 % aus.

Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller im Jahr 2012 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 224 Tage. Frauen werden dabei mit durchschnittlich 251 Tagen länger betreut als Männer (214 Tage). Die Opiatklientel wird von allen größeren Hauptdiagnosegruppen mit 355 Tagen im Mittel mit Abstand am längsten betreut.

60 % der Betreuungen werden regulär abgeschlossen: Dabei handelt es sich entweder um eine planmäßige Beendigung (46 %) oder um eine planmäßige Weitervermittlung in ein anderes Angebot (14 %). 32 % der Betreuungen werden dagegen durch die Klientin (bzw. den Klienten) und 4 % durch die Einrichtung abgebrochen; bei weiteren 4 % wird die Betreuung durch einen außerplanmäßigen Wechsel oder eine Verlegung beendet.

Betrachtet man die Suchtproblematik zum Betreuungsende, so zeigt sich, dass bei einem erheblichen Teil der Betreuungen (62 %) mindestens eine Verbesserung erreicht werden konnte (erfolg-

reich und verbessert zusammengenommen). Gut ein Viertel der Betreuungen wurde erfolgreich abgeschlossen (27 %), und bei etwas mehr als einem Drittel wurde eine Verbesserung der Problematik dokumentiert (35 %). 34 % der Klientinnen und Klienten weisen am Ende ihrer Betreuung eine unveränderte Suchtproblematik auf, und bei 4 % hat sich diese verschlechtert.

Regionale Aspekte

In einer vergleichenden Perspektive wurden die Daten bezogen auf drei regionale Kategorien ausgewertet: Landkreise (21), Großstädte (4) und Frankfurt am Main.

Der höchste Anteil weiblicher Klienten findet sich mit 30 % in Frankfurt. In den Landkreisen und kreisfreien Städten liegt dieser Anteil bei gut einem Viertel. Im Hinblick auf das Alter zeigen sich kaum regionalspezifische Unterschiede. Überall beträgt das Durchschnittsalter der Gesamtklientel gut 39 Jahre.

Der Anteil von Klientinnen und Klienten mit ausländischer Staatsbürgerschaft und/oder einem Migrationshintergrund ist in der Metropole Frankfurt am höchsten (24 % bzw. 37 %); in den Landkreisen am geringsten (11 % bzw. 27 %).

Bei der Analyse der Erwerbssituation fällt auf, dass in den Landkreisen und Großstädten der Anteil derjenigen, die über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz verfügen, wesentlich größer ist als in der Metropole Frankfurt (48 % bzw. 45 % zu 33 %). Korrespondierend damit ist in Frankfurt der Anteil der ALG II-Empfänger am höchsten (45 %).

Auch bei der Hauptdiagnose existieren deutliche regionalspezifische Unterschiede: Bei der Hälfte der 2012 in den Frankfurter Einrichtungen betreuten Klientinnen und Klienten handelt es sich um Opiatabhängige (50 %), während bei einem Viertel eine Alkoholdiagnose vorliegt (25 %). In den Landkreisen und Großstädten stellt sich dieses Verhältnis gänzlich anderes dar: Der Anteil der Alkoholklientel liegt hier bei 48 % bzw. 45 %, während derjenige der Opiatklientel 25 % und weniger beträgt. Auffällig ist ferner der vergleichsweise hohe Anteil von pathologisch Glücksspielenden in den Großstädten (10 %).

Einmalkontakte

Für einen COMBASS-Bericht wurden das erste Mal die so genannten Einmalkontakte ausgewertet. Dies sind Kurzbetreuungen, bei denen eine Klientin bzw. ein Klient geplant oder auch ungeplant nur einmal die ambulante Suchthilfeeinrichtung aufgesucht hat.

Einmalkontakte werden im Vergleich zu den Mehrfachkontakten überdurchschnittlich häufig von Angehörigen wahrgenommen: ihr Anteil beträgt 27 %.

Die Angehörigen mit Einmalkontakten sind im Durchschnitt 46,0 Jahre alt. Darunter sind etwa drei Viertel Frauen (74 %). In der Mehrheit kommen Angehörige als Eltern(teile) (52 %), an zweiter Stelle als Partnerin bzw. Partner (24 %).

Zu 38 % geben die Angehörigen Cannabis als die Droge an, die für die betroffene Person („Indexklientin/-klient“) das hauptsächliche (Sucht)Problem darstellt. Es folgt Alkohol mit einem Anteil von 31 %, dann das Glücksspiel (15 %).

Bei den Klientinnen und Klienten stellt sich im Vergleich zu den Angehörigen das Geschlechterverhältnis genau anders herum dar. Hier sind es zu 74 % Männer, die Einmalkontakte wahrnehmen. Das Durchschnittsalter beträgt 34,1 Jahre.

Bei einem Viertel dieser Klientel wurde eine alkoholbezogene Hauptdiagnose angegeben (25 %). Opiate und Cannabis kommen jeweils auf einen Diagnoseanteil von 12 %. Bei 30 % wurde – aufgrund der Kürze des Kontakts – keine Diagnose gestellt.

Trends 2005 bis 2012

Die Basis der Trendanalyse bilden 82 Einrichtungen, die sich über den gesamten Zeitraum an der COMBASS-Dokumentation beteiligt haben. Die folgenden Ergebnisse stellen die wichtigsten Veränderungen zwischen 2005 und 2012 dar.

Der prozentuale Anteil der Angehörigen an allen betreuten Personen ist seit dem Jahr 2007 kontinuierlich angestiegen: von 5 % auf 9 % im Jahr 2012. Ebenso hat auch die absolute Anzahl von betreuten Angehörigen in diesem Zeitraum deutlich zugenommen (von 962 auf 1.742 Personen).

Die Anzahl betreuter Klientinnen und Klienten ist kontinuierlich angestiegen: von 16.104 im Jahr 2005 auf 17.799 im Jahr 2012.

Das Durchschnittsalter der Klientinnen und Klienten hat sich zwischen 2005 und 2012 von 37,3 Jahren um mehr als zwei Jahre auf 39,6 Jahre erhöht (+2,3). Dabei zeigt sich, dass der Altersanstieg bei den Frauen (von 38,2 auf 41,5) größer ist als bei den Männern (von 37,0 auf 38,8). Das durchschnittliche Alter der (jährlichen) Neuaufnahmen schwankt dagegen zwischen 36 und 38 Jahren; über die gesamte Betrachtungsphase ist es nur um wenige Monate gestiegen.

Wird eine solche Auswertung, bei der ausschließlich die Neuaufnahmen betrachtet werden, differenziert nach den drei Hauptdiagnosegruppen Alkohol, Opiate und Cannabis vorgenommen, ergibt sich bei der Alkohol Klientel eine Altersabnahme von 43,7 auf 42,7 Jahre. Bei der Gruppe der Opiatabhängigen ist dagegen eine kontinuierliche Zunahme des Alters auszumachen: von 34,1 Jahren (2005) auf 37,7 Jahre (2012). Bei den Cannabisklienten ist das Altersniveau zwischen 2005 und 2007 angestiegen, seitdem ist es jedoch vergleichsweise stabil: Es beträgt etwa 24 Jahre.

Betrachtet man die Personen, für die eine ICD-10 Hauptdiagnose in Form von „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeitssyndrom“ dokumentiert worden ist, zeigt sich, dass der Anteil der Klientinnen und Klienten mit einer Alkoholproblematik seit dem Jahr 2005 auf einem sehr stabilen Niveau bei 41 % bzw. 42 % liegt. Der relative Anteil der Opiatklientel ist dagegen kontinuierlich gefallen: von 34 % im Jahr 2005 auf 28 % im aktuellen Berichtsjahr. Der Anteil der pathologischen Glücksspielerinnen und -spieler liegt bis 2007 bei 1 % bzw. 2 % und ist dann in den letzten Jahren auf 5 % bzw. 6 % angewachsen.

Bei den neu aufgenommenen Personen mit Alkoholproblemen ist ein vergleichsweise stabiler Anteil um die 50 % festzustellen, auch wenn dieser seit 2005 immer mal wieder nach oben oder unten mit Werten zwischen 47 % und 51 % schwankt. Demgegenüber reduziert sich der Anteil der Neuaufnahmen mit einer opiatbezogenen Hauptdiagnose drastisch: von 21 % in 2005 über 13 % in 2009 auf nur noch 10 % im aktuellen Beobachtungsjahr. Bei der Gruppe der pathologisch Glücksspielenden ist es dagegen im Dokumentationszeitraum zu einer sehr deutlichen Steigerung ihres prozentualen Anteils gekommen: seit 2005 ist dieser von 2 % auf 10 % im Jahr 2012 angestiegen.

Der Anteil von erwerbstätigen Personen unter der Alkohol Klientel ist seit dem Jahr 2005 um 9 Prozentpunkte von 39 % auf 48 % angewachsen. Gleichzeitig hat sich der Anteil der ALG I-Empfängerinnen und -Empfänger mehr als halbiert (2005: 13 %, 2012: 6 %). Ebenso geht der entsprechende

Wert für ALG II seit 2007 langsam zurück (von 34 % auf 29 %). Auch bei der Opiatklientel ist der Anteil der erwerbstätigen Personen seit 2005 leicht angestiegen (von 17 % auf 22 %) und derjenige der ALG I-Empfängerinnen und -empfänger zurückgegangen (von 9 % auf 5 %). Gleichzeitig ist bei dieser Hauptdiagnosegruppe aber der Anteil für den ALG II-Bezieherkreis auf einem etwa gleich hohen Niveau geblieben (zwischen 56 % und 60 %).

Die Beratung ist seit 2005 die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform in der ambulanten Suchthilfe Hessens. Ihr relativer Anteil hat jedoch im Beobachtungszeitraum von 50 % (2005) um 8 Prozentpunkte auf 42 % kontinuierlich abgenommen. Zweithäufigste Betreuungsform ist mit einem Anteil von inzwischen 16 % die Medikamentengestützte Behandlung, d. h. vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter. Bei der Betreuungsform Ambulante Rehabilitation ist ebenfalls ein langsames, aber stetiges Anwachsen ihres prozentualen Anteils – von 8 % auf 12 % – zu beobachten.

Die Analyse der Betreuungsdauer der einzelnen Hauptdiagnosegruppen zeigt im betrachteten Zeitraum einen deutlichen Trend: Die Betreuung der Opiatklientel weist im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen für das Jahr 2012 den mit Abstand höchsten Durchschnittswert auf, der darüber hinaus seit 2005 von 267 auf 364 Tage kontinuierlich angewachsen ist. Bei der Cannabis- und Alkoholklientel gibt es dagegen keine einheitliche Entwicklung bei der Betreuungsdauer. Beide kommen auf schwankende Jahreswerte, die zwischen 180 und 210 Tagen liegen.

Bei der Art der Beendigung der Betreuung ergeben sich bei den Hauptdiagnosegruppen unterschiedliche Trends. Werden die beiden positiven Kategorien „regulär“ und „planmäßiger Wechsel“ zusammengefasst, ergibt sich für die Alkoholklientel im gesamten Beobachtungszeitraum ein (fast) gleichbleibender Anteil von 66 % bzw. 67%. Das Gleiche gilt für die Cannabisklientel: auch hier zeigt sich mit (zusammengefassten) Werten von 61 % bzw. 59 % ein stabiles Beendungsverhalten. Bei der Opiatklientel ist dagegen eine Abnahme regulärer Beendigungen (inkl. planmäßiger Wechsel) zu registrieren. Zwischen 2005 und 2011 ist der entsprechende Anteil von 52 % auf 44 % gefallen, um ein Jahr später nur leicht wieder anzusteigen.

Zielsetzung und Datengrundlage

Im vorliegenden Jahresbericht 2012 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, indem 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 Glücksspielerinnen und Glücksspieler. Anhand dieser Vorgehensweise können klientelbezogene Besonderheiten deutlich gemacht werden, die für die praktische Arbeit von Bedeutung sein können. Neben der schwerpunktmäßigen Beschreibung der Klientinnen und Klienten mit einer eigenständigen Suchtproblematik wird in diesem Berichtsteil auch die Gruppe der hilfeschuchenden Angehörigen und anderen Bezugspersonen kurz charakterisiert.

Darüber hinaus enthält der Bericht eine regionalspezifische Auswertung, eine Betrachtung der Einmalkontakte sowie eine Trendanalyse über die Jahre 2005 bis 2012. In der Regionalanalyse werden ausgewählte Ergebnisse der Landkreise, Großstädte sowie der Metropole Frankfurt vergleichend gegenübergestellt. In dem Abschnitt zu den Einmalkontakten werden erstmalig die Klientinnen und Klienten gesondert betrachtet, deren Betreuung nicht länger als einen Tag dauerte. Die Trendanalyse schreibt vor allem diejenigen Trends fort, 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 und Neuaufnahmen, das Durchschnittsalter, die Hauptdiagnose und die Erwerbs- und Wohnsituation der Klientinnen und Klienten sowie die Betreuungsform, durchschnittliche Betreuungsdauer und Art der Beendigung der Betreuung.

Datengrundlage

Der vorliegende Bericht basiert auf den Daten von 104 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe. Die überwiegende Zahl dieser Einrichtungen wird durch Landesmittel gefördert. Zusätzlich sind die Daten einiger ausschließlich kommunal und/oder kirchlich finanzierter Einrichtungen im Bericht enthalten.

Alle beteiligten Einrichtungen erfassen ihre Daten mit dem computergestützten Dokumentationssystem HORIZONT. Ein Teil dieser Daten, der so genannte Hessische Kerndatensatz (HKDS), wird von der jeweiligen 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.

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 die jeweilige „Klientendefinition“ zu achten ist. So wird beispielsweise in der deutschen Suchthilfestatistik eine andere Zählweise benutzt.¹ Diese stellt keine Auswertung über Einzelpersonen, sondern über Betreuungsvorgänge des jeweiligen Berichtsjahres dar. Dies kann, im Gegensatz zur vorliegenden Auswertung, 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.

Im Folgenden werden Personen als Klientinnen und Klienten sowie Angehörige bzw. sonstige Bezugspersonen bezeichnet, die der Einrichtung namentlich bekannt sind und im Jahr 2012 eine Betreuung mit mindestens einem Termin bzw. mindestens einer Leistung in Anspruch genommen haben. Anonyme Kontakte werden hierbei nicht berücksichtigt.

Die übermittelten Daten wurden auch in diesem Jahr wieder umfangreichen Plausibilitätsüberprüfungen und Fehlerbereinigungen unterzogen. Innerhalb der ausgewerteten Datensätze finden sich sämtliche Personen selbstverständlich zu jeder Zeit ohne Namen und Adressen, diese sind nur den Einrichtungen bekannt. In den Datenexporten sind die Klientinnen und Klienten sowie die Angehörigen 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.²

Vorkommen identischer HIV-Codes in unterschiedlichen Einrichtungen

Um festzustellen, ob eine Person in mehreren Einrichtungen in Betreuung war, ist es möglich, die HIV-Codes zwischen allen 104 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 Klientel besucht nur eine Einrichtung (siehe Tabelle 1). Nur etwa jede zwanzigste betreute Person wurde in mehr als einer Einrichtung erfasst. Diese Ergebnisse sind identisch mit denen der vergangenen Jahre.

¹ Stepan, M., Pfeiffer-Gerschel, T. & Künzel, J. (2012). Jahresbericht 2011 der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS).

² Der HIV-Code ist ein anerkannter Pseudonymisierungsschlüssel. Er wird aus Vor- und Nachnamen, dem Geschlecht sowie dem Geburtsdatum der jeweiligen Person gebildet. Dabei besteht eine nur geringe Wahrscheinlichkeit, dass zwei Personen denselben HIV-Code zugewiesen bekommen. Dieses Verfahren erlaubt keine Re-Identifizierung der Klientinnen und Klienten und ist datenschutzrechtlich abgesichert.

Tabelle 1: Vorkommen identischer HIV-Codes in unterschiedlichen Einrichtungen, Klientinnen und Klienten

	2003	2005	2007	2009	2011	2012
HIV-Code in einer Einrichtung	95 %	94 %	94 %	94 %	94 %	94 %
HIV-Code in zwei Einrichtungen	4 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
HIV-Code in drei Einrichtungen	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
HIV-Code in mehr als drei Einrichtungen	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,04 %
Personen landesweit (N)	17.515	17.562	18.467	21.116	18.793	19.547

Kennt man diese Zahlen, lässt sich daraus ermitteln, wie viele tatsächlich unterschiedliche Personen von den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen der hessischen Suchthilfe betreut wurden. Die so ermittelte Personenzahl stellt die Grundlage aller folgenden Berechnungen dar: Im Jahr 2012 handelt es sich dabei um 19.547 unterschiedliche Klientinnen und Klienten. Auf die gleiche Art und Weise lässt sich eine Zahl von 1.161 Angehörigen für das Jahr 2012 berechnen. Für beide Gruppen zusammen wurden insgesamt 24.772 Betreuungen dokumentiert. Zusätzlich enthalten die Daten insgesamt 274 Leistungen und Termine für anonyme Kontakte.³

Seit 2010 besteht in Hessen die Möglichkeit, auch Kurzbetreuungen mit lediglich einem Kontakt, so genannte Einmalkontakte, betreuungsbezogen zu dokumentieren. Einmalkontakte entstehen beispielsweise, wenn im Erstkontakt festgestellt wurde, dass ein einmaliges Betreuungsgespräch ausreichend ist und/oder bei einer anderen Einrichtung ein adäquates Hilfeangebot besteht. Insgesamt lassen sich 3.504 unterschiedliche Personen für das Jahr 2012 finden, die ausschließlich solche Einmalkontakte in Anspruch nahmen. Da jedoch eine gemeinsame Auswertung von Einmalkontakten mit den längeren Betreuungen mit mehreren Kontakten als nicht sinnvoll erachtet wird, werden die dokumentierten Einmalkontakte aus den weiteren Analysen ausgeschlossen und in einem gesonderten Abschnitt dargestellt.

Mit 104 Einrichtungen zeigt sich auch im aktuellen Berichtsjahr eine ausgesprochen gute Beteiligung auf Seiten der dokumentierenden Einrichtungen (siehe Tabelle 2). Sowohl die Zahl der Einrichtungen als auch die Anzahl der dokumentierten Klientinnen und Klienten und der Betreuungen liegt etwas über dem Niveau des Vorjahres. Ebenso wie bei den Klientinnen und Klienten ergibt sich auch eine etwas höhere Zahl an dokumentierten Angehörigen und anderen Bezugspersonen als im Vorjahr (N= 1.161). Insgesamt zeigt sich über die Jahre eine stabile Datenbasis.

³ Die Leistungen können nicht auf Einzelpersonen bezogen werden, so dass kein Rückschluss auf die tatsächliche Zahl von anonymen Klientinnen und Klienten sowie Angehörigen möglich ist. Es existieren auch keine weiteren Angaben wie etwa soziodemographische Daten. Dieser Sachverhalt ergibt sich aus dem Prinzip anonymer Dokumentation.

Tabelle 2: Datengrundlage

	Einrichtungen	Summe der unterschiedlichen Klienten	Summe der unterschiedlichen Angehörigen	Betreuungen
2012	104	19.547 (20.503)*	1.161 (1.227)	24.772
2011	101	18.793 (19.898)*	1.088 (1.146)	23.801
2010	107	21.419	1.473	25.123
2009	108	21.116	1.510	25.189
2008	107	19.357	1.419	23.467
2007	107	18.467	1.087	21.773
2006	101	17.591	943	20.485
2005	103	17.562	1.141	20.897
2004	99	17.023	1.236	20.131
2003	109	17.515	1.654	20.125

* Ab 2010 kommt eine ergänzte Klientendefinition zur Anwendung, die neben einer Leistung bzw. einem Termin auch eine dokumentierte Betreuung zur Bedingung macht. Zur besseren Vergleichbarkeit mit den Werten der Vorjahre wird daher in Klammern die Anzahl der unterschiedlichen Klientinnen und Klienten bzw. Angehörigen basierend auf der bis 2010 geltenden Definition ausgewiesen.

Klientinnen und Klienten

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit jenen 19.547 Klientinnen und Klienten (ohne Angehörige), die im Jahr 2012 von der ambulanten Suchthilfe in Hessen erreicht werden konnten und für die neben einer Betreuung mindestens ein Termin bzw. eine Leistung dokumentiert worden ist. Der nachstehende Überblick bezieht sich auf grundlegende soziodemografische Merkmale wie Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Erwerbssituation. Dabei werden die einzelnen Hauptdiagnosegruppen – also beispielsweise Klientinnen und Klienten mit Alkohol- oder Opiatproblemen – tiefer gehend bezüglich biografischer Daten und ihrer aktuellen sozialen Situation betrachtet.

Geschlecht • Alter • Nationalität

Wie in den Vorjahren sind fast drei Viertel der Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe männlich (73 %) (siehe Tabelle 3). Zu Beginn der Betreuung in der Suchtberatungsstelle sind die Klientinnen und Klienten im Durchschnitt 39,1 Jahre alt, wobei die Frauen (41,2) durchschnittlich fast drei Jahre älter sind als die Männer (38,4).

87 % der Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchthilfe besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit; 12 % sind entweder Bürgerinnen und Bürger eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Union (4 %) oder eines Staates außerhalb der EU (8 %). 31 % der Klientel haben einen Migrationshintergrund, Männer (35 %) deutlich häufiger als Frauen (21 %).⁴

⁴ Das Verhältnis von Menschen mit deutschem Pass zu jenen ohne deutschen Pass entspricht ungefähr der Verteilung innerhalb der hessischen Gesamtbevölkerung (2012: 12,8 %) (<http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bevoelkerung-gebiet/landesdaten/auslaendische-bevoelkerung-in-hessen/auslaendische-bevoelkerung-hessen/index.html>). Demgegenüber liegt der Anteil der Suchthilfeklientinnen und -klienten mit einem Migrationshintergrund etwas höher als der entsprechende Anteil in der Gesamtbevölkerung: 2011 hatten 25,3 % der hessischen Bürgerinnen und Bürger einen Migrationshintergrund (<http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/migrationshintergrund>).

Tabelle 3: Geschlechterverteilung, Alter, Nationalität und Migrationshintergrund

	männlich	weiblich	Gesamt
Geschlechterverteilung			
Klienten	73%	27%	100%
N	14.312	5.235	19.547
Durchschnittliches Alter			
Klienten (in Jahren)	38,4	41,2	39,1
N	14.284	5.215	19.499
Nationalität			
Deutschland	86%	91%	87%
EU	4%	5%	4%
außerhalb EU	10%	4%	8%
staatenlos	0,1%	0,1%	0,1%
Gesamt N	13.595	4.979	18.574
Migrationshintergrund*			
Kind von Migranten	19%	11%	17%
selbst migriert	21%	13%	19%
kein Migrationshintergrund	65%	79%	69%
Gesamt N	8.536	3.174	11.710

* Mehrfachnennungen möglich

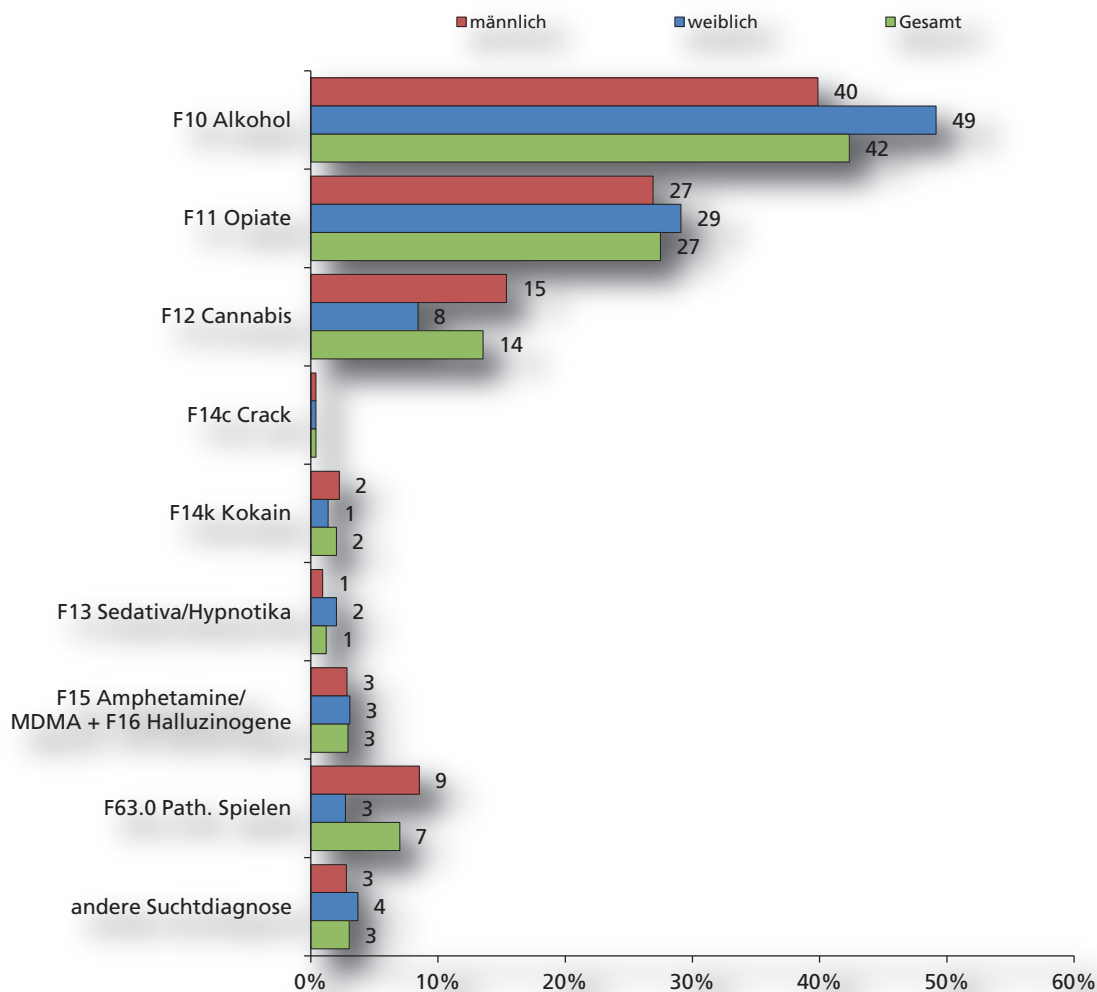
Ziel- und Diagnosegruppen

Wie in den Vorjahren werden die jeweiligen Hauptprobleme der Klientinnen und Klienten auf zweierlei Weise dargestellt: Zum einen können sie 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 Personen ein Hauptproblem zu bestimmen, für die im Zuge der Beratung bzw. Behandlung weder ein schädlicher Gebrauch noch eine Abhängigkeit im Sinne der ICD-10 festgestellt werden konnte.

Wird die „Zielgruppe“ als Ordnungskriterium genommen, so ist die Kategorie „Illegale Drogen“ mit knapp der Hälfte der hessischen Klientinnen und Klienten (48 %) nach wie vor am stärksten vertreten.

Die Verteilung nach den Hauptdiagnosen bietet ein differenzierteres Bild hinsichtlich der Suchtproblematiken: Danach suchen 42 % der Klientinnen und Klienten aufgrund eines Alkoholproblems die ambulante Suchthilfe auf. Für 27 % ist die Opiatabhängigkeit der hauptsächliche Grund für den Besuch einer Beratungs- oder Behandlungsstelle (siehe Abbildung 1). Die Hauptdiagnose Cannabis wird bei 14 % der Gesamtklientel vergeben, und für 7 % steht das pathologische Glücksspiel im Vordergrund der Beratung bzw. Behandlung. Bei 3 % sind die Hauptproblemsubstanzen entweder Amphetaminderivate (inklusive MDMA) oder Halluzinogene, 2 % kommen aufgrund ihres Kokainkonsums zur hessischen Suchthilfe, noch seltener wird mit 1 % die Hauptdiagnose Sedativa/Hypnotika vergeben, und nur sehr vereinzelt, bei weniger als 1 %, lautet die Diagnose Crack. Bei insgesamt 3 % liegt eine andere Suchtdiagnose vor.

Abbildung 1: Hauptdiagnose (N= 17.975)



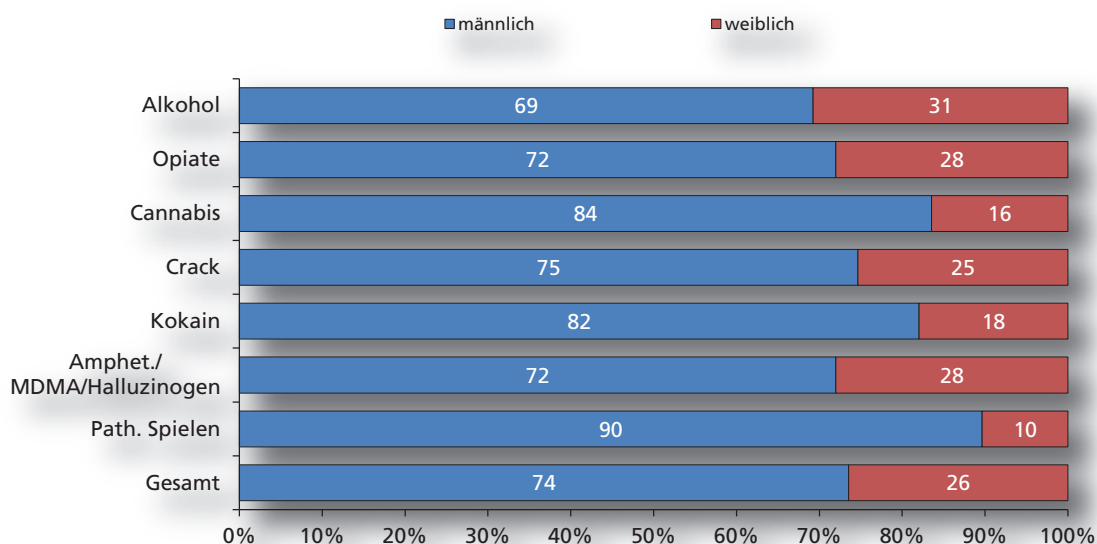
Diagnosegruppen – soziodemografische Merkmale

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 Vergleiche mit der hessischen Gesamtbevölkerung in die Darstellung mit einbezogen.

Geschlecht · Alter · Nationalität

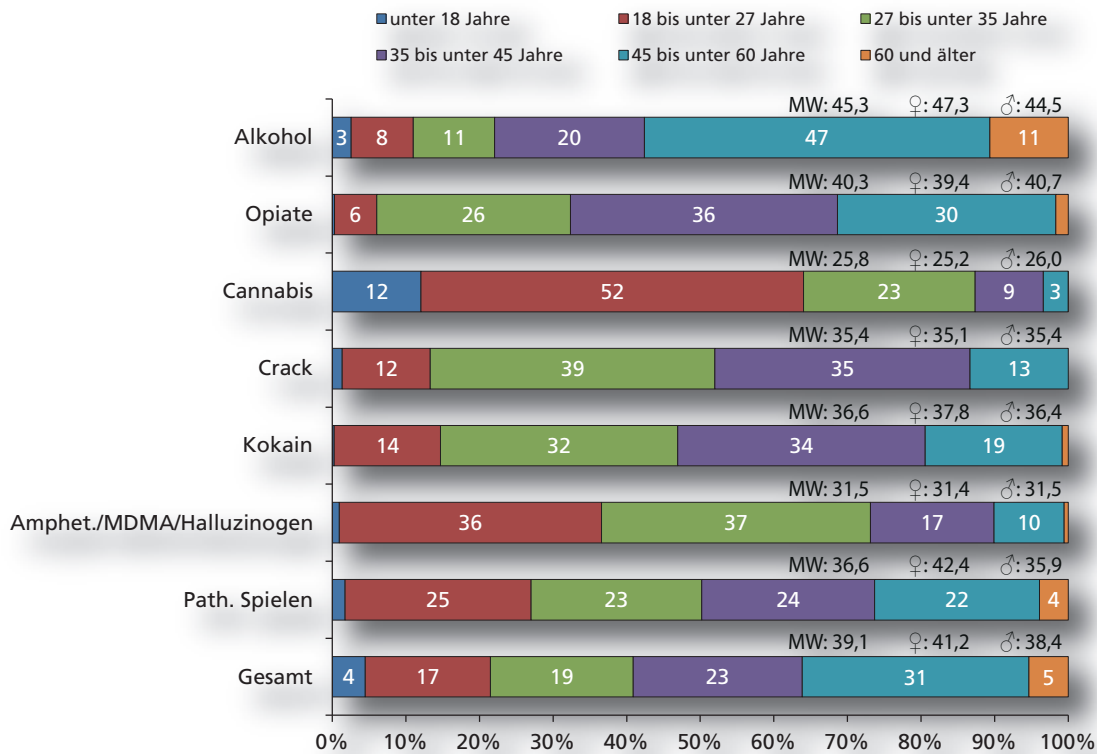
Nicht nur innerhalb der Gesamtklientel, sondern auch in allen einzelnen Hauptdiagnosegruppen überwiegt der Anteil der männlichen Klienten deutlich (siehe Abbildung 2). Eine besonders starke Überrepräsentanz von Männern ist in der Gruppe der pathologisch Glücksspielenden (90 %) zu beobachten, gefolgt von den Cannabis- (84 %) und den Kokainklienten (82 %). Am geringsten fällt die Überrepräsentation männlicher Klienten bei der Hauptdiagnose Alkohol aus (69 %).

Abbildung 2: Geschlechterverteilung nach Hauptdiagnose (N= 19.547)



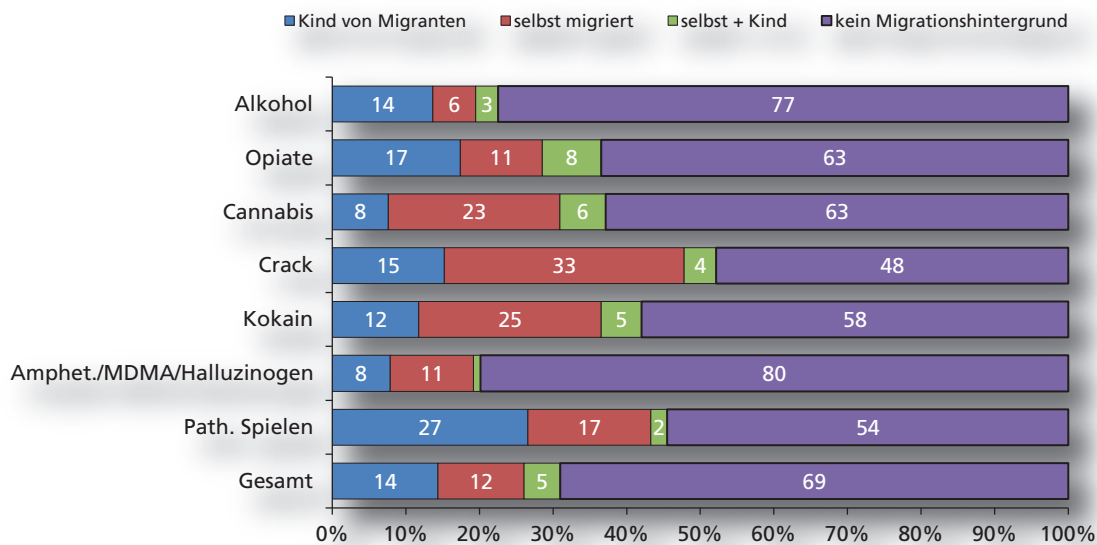
Bei einer Betrachtung der Altersverteilung innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen wird deutlich, dass weiterhin die Cannabisklientinnen und -klienten mit einem Durchschnittsalter von 25,8 Jahren die mit Abstand jüngste Gruppe innerhalb der hessischen Suchthilfeklientel darstellen (siehe Abbildung 3); nahezu zwei Drittel sind maximal 27 Jahre alt. Die Klientinnen und Klienten aus der zweitjüngsten Hauptdiagnosegruppe, der Amphetamin/MDMA/Halluzinogen-Klientel, sind mit durchschnittlich 31,5 Jahren bereits fünfeinhalb Jahre älter. Auch das Durchschnittsalter der Kokainklientel und der pathologisch Glücksspielenden (jeweils 36,6) sowie der Crackklientel (35,4) liegt jeweils noch unter dem Durchschnittsalter der Gesamtklientel. Demgegenüber sind weit über die Hälfte der Alkoholklientinnen und -klienten (58 %) mindestens 45 Jahre alt (Abbildung 3); mit durchschnittlich 45,3 Jahren sind sie nach wie vor die deutlich älteste Gruppe. Auch bei den Opiatklientinnen und -klienten liegt das Durchschnittsalter mit 40,3 Jahren mittlerweile – wenn auch nur rund ein Jahr – über dem der gesamten Klientel. Mehr als zwei Drittel aus dieser Gruppe (68 %) sind mindestens 35 Jahre alt, und der Anteil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter 27 Jahren ist mit 6 % so niedrig wie in keiner anderen Diagnosegruppe.

Abbildung 3: Durchschnittliches Alter in Jahren, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 19.499)



Der Anteil der Personen mit einem Migrationshintergrund ist in der sehr kleinen Gruppe der Crackkonsumierenden mit insgesamt 52 % am höchsten (Abbildung 4). Auch unter den pathologisch Glücksspielenden ist dieser Anteil mit 46 % besonders hoch, ähnlich wie bei der Kokainklientel (42 %). Opiat- und Cannabiskonsumierende liegen hier mit jeweils 37 % nur leicht über dem Durchschnitt, während Personen, bei denen Probleme mit Amphetaminen/MDMA/Halluzinogenen (20 %) oder Alkohol (23 %) im Vordergrund stehen, deutlich seltener einen Migrationshintergrund haben.

Abbildung 4: Migrationshintergrund, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 11.710)

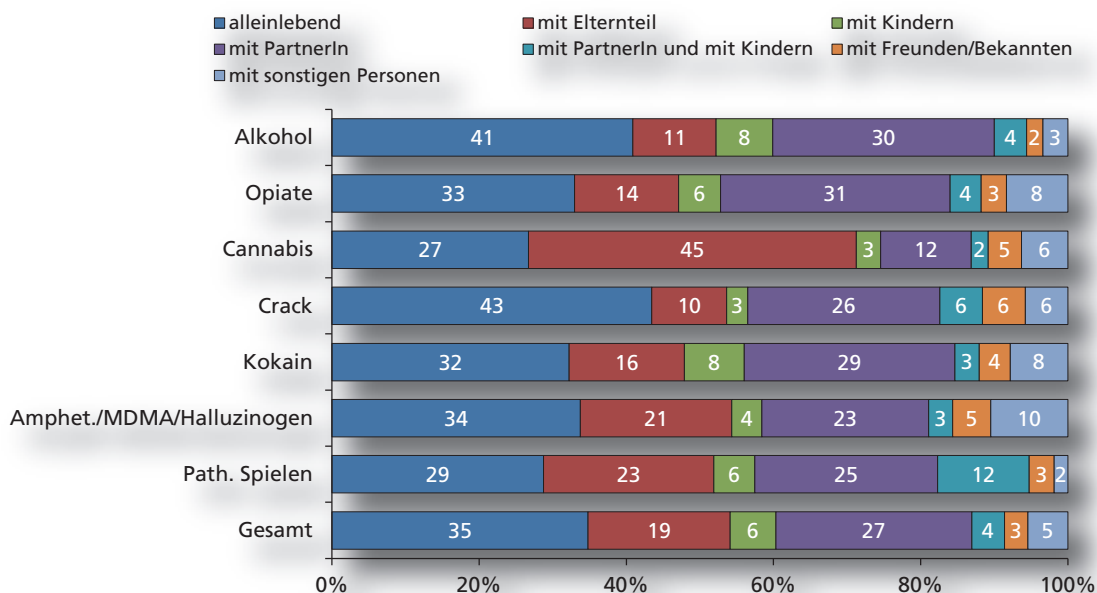


Familienstand · Lebenssituation

Was den formellen Familienstand betrifft, so sind mit 60 % deutlich mehr als die Hälfte der Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchthilfe in Hessen ledig. Insgesamt 23 % sind verheiratet, 15 % geschieden und 2 % verwitwet. Damit gibt es im Vergleich zur hessischen Gesamtbevölkerung weniger Verheiratete und Verwitwete; die entsprechenden Anteile in der Allgemeinbevölkerung betragen 42 % (verheiratet) und 7 % (verwitwet). Umgekehrt liegen die Anteile für Ledige (43 %) und Geschiedene (8 %) in der Gesamtbevölkerung niedriger als bei der Suchthilfeklientel.⁵ Besonders hoch sind die Anteile der (noch) Unverheirateten bei den vergleichsweise jungen Diagnosegruppen Cannabis (90 %) und Amphetamine/MDMA/Halluzinogene (80 %). Auch in der Crack- (69 %), Kokain- und Opiatklientel (jeweils 65 %) sind relativ häufig ledige Personen anzutreffen. Besonders niedrig, und damit etwa auf dem Niveau der Gesamtbevölkerung, ist dieser Anteil hingegen mit 43 % bei der Alkoholklientel. In dieser Gruppe findet sich, gemeinsam mit den pathologisch Glücksspielenden, der höchste Anteil an Verheirateten (jeweils 32 %). Gleichzeitig ist hier der Anteil der Geschiedenen mit 22 % überdurchschnittlich hoch.

Zusätzlich zum Familienstand wird auch die konkrete Lebenssituation der Klientinnen und Klienten erfasst (siehe Abbildung 5). Die höchsten Anteile von Alleinlebenden finden sich in der kleinen Gruppe der Crackkonsumierenden (43 %), gefolgt von der Alkoholklientel (41 %). Am niedrigsten ist dieser Wert bei Personen, die wegen Cannabis (27 %) oder pathologischem Glücksspiel (29 %) die Suchthilfe aufsuchen. Während allerdings die vergleichsweise jungen Cannabisklientinnen und -klienten mit Abstand am häufigsten noch bei den Eltern leben (45 %), zeigt sich bei den Glücksspielenden der höchste Anteil für Personen, die mit der Partnerin bzw. dem Partner und/oder Kindern zusammen leben (insgesamt 43 %). 12 % der Alkoholabhängigen leben mit Kindern zusammen; bei den Opiatabhängigen beträgt der entsprechende Anteil 10 %.

Abbildung 5: Lebenssituation, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 17.873)

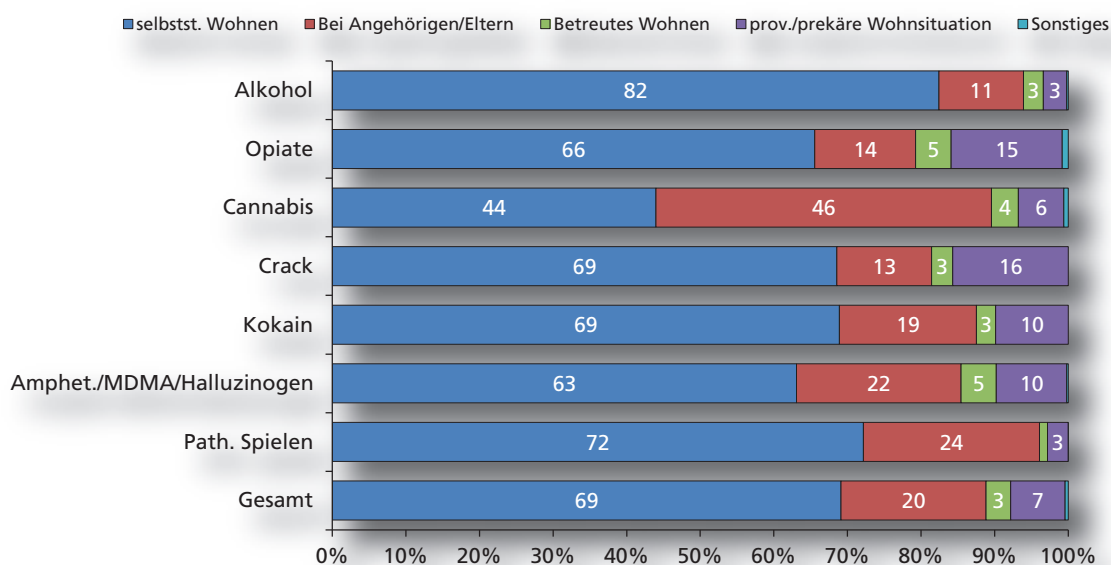


⁵ Zahlen von Ende 2011; <http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bevoelkerung-gebiet/landesdaten/bevoelkerung-allgemein/familienstand/index.html>. Bei einem solchen Vergleich ist zu berücksichtigen, dass die Zahlen für die hessische Gesamtbevölkerung im Unterschied zu den Daten der Suchthilfe auch minderjährige Personen beinhalten. Zugleich ist die hessische Bevölkerung mit 43,6 Jahren (2011) im Durchschnitt 4 ½ Jahre älter als die Suchthilfeklientel. (<http://www.fr-online.de/rhein-main/bevoelkerung-hessen-statistik-die-hessen-werden-immer-aelter,1472796,16648414.html>)

Wohnsituation

Die aktuelle Wohnsituation der hessischen Suchthilfeklientel zeigt, dass mit 69 % der überwiegende Teil selbstständig wohnt. Ein Fünftel wohnt bei Eltern oder Angehörigen, 3 % im Betreuten Wohnen und 7 % in prekären Wohnsituationen: Justizvollzugsanstalt, provisorische Unterkunft oder Obdachlosigkeit (siehe Abbildung 6). Diese Personen finden sich am häufigsten unter den Konsumierenden von Crack (16 %), Opiaten (15 %), Amphetaminderivaten/ Halluzinogenen und Kokain (jeweils 10 %). Am niedrigsten sind die entsprechenden Anteile mit jeweils 3 % bei der Alkoholklientel und den pathologisch Glücksspielenden. Diese beiden Klientele wohnen überdurchschnittlich häufig selbstständig (Alkohol: 82 %; Glücksspiel: 72 %). Der höchste Wert für das Wohnen bei den Eltern bzw. anderen Angehörigen liegt, wie bereits bei der Lebenssituation erkennbar, mit 46 % bei der Cannabisklientel vor.

Abbildung 6: Wohnsituation, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 18.300)



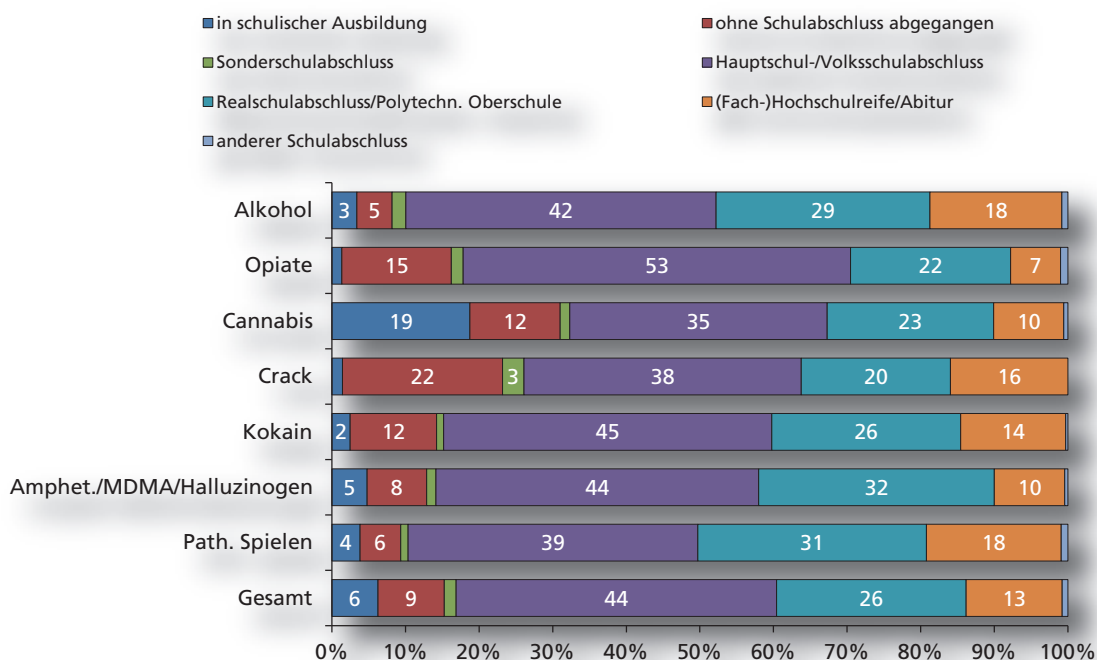
Schulabschluss

Die Klientel der ambulanten Suchthilfe weist im Durchschnitt ein niedrigeres Niveau an Schulbildung auf als dies in der Allgemeinbevölkerung Hessens der Fall ist: 9 % haben keinen Schulabschluss, 44 % den Hauptschulabschluss, 26 % die Mittlere Reife und lediglich 13 % Abitur (siehe Abbildung 7).⁶ Ein besonders niedriger Bildungsstand liegt bei den Crack- und Opiatkonsumierenden vor, die mit 22 % bzw. 15 % die höchsten Anteile von Personen ohne Abschluss aufweisen. Bei der Opiatklientel zeigt sich darüber hinaus auch mit 53 % der höchste Anteil von Hauptschulabgängerinnen bzw. -abgängern und mit 7 % der niedrigste Anteil von Abiturientinnen und Abiturienten. Auch Cannabis- und Kokainkonsumierende sind mit jeweils 12 % leicht überdurchschnittlich häufig ohne Abschluss von der Schule abgegangen. Die Cannabisklientel weist indes mit 19 % auch den höchsten Anteil an Personen auf, die noch zur Schule gehen und mit 35 % den niedrigsten Anteil von Klientinnen und Klienten, die mit dem gesellschaftlich vergleichsweise gering

⁶ In der hessischen Allgemeinbevölkerung hatten im Jahr 2011 32% Abitur, 28% Mittlere Reife, 34% Hauptschulabschluss und 7% keinen Abschluss; (Tabellenberechnungen in: <https://ergebnisse.zensus2011.de/>). Im Unterschied zu den Zahlen der ambulanten Suchthilfe sind hier keine Personen berücksichtigt, die noch in schulischer Ausbildung sind.

bewerteten Hauptschulabschluss die Schule verlassen haben. Eine relativ hohe Schulbildung weisen die Alkohol- und Glücksspielklientele auf: Hier sind lediglich 5 % bzw. 6 % ohne Schulabschluss abgegangen; gleichzeitig haben mit jeweils 18 % relativ viele Personen das (Fach-)Abitur gemacht.

Abbildung 7: Schulabschluss, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 17.148)



Erwerbssituation

Um die soziale Situation der Suchthilfeklientel zu bewerten, erscheint zunächst ein Abgleich mit der Arbeitslosenquote der Allgemeinbevölkerung sinnvoll. Diese Quote lag in Hessen⁷ Mitte 2012 bei 5,7 %. Von den Klientinnen und Klienten der Suchthilfe bezieht hingegen nahezu jede zweite Person Arbeitslosengeld (ALG I oder ALG II: 41 %); hinzu kommen 4 % mit Sozialhilfe nach SGB XII (siehe Abbildung 8).

Nach wie vor sind die Opiatklientinnen und -klienten am häufigsten ohne Arbeit: Insgesamt sind 71 % in dieser Gruppe arbeits- bzw. erwerbslos. Bei der Crackklientel sind mit insgesamt 53 % mehr als die Hälfte ohne Arbeit. Auch die Klientinnen und Klienten der Diagnosegruppen Kokain (45 %) und Amphetamin/MDMA/Halluzinogene (41 %) haben vergleichsweise häufig keine Arbeit, wohingegen dieser Wert bei den Glücksspielenden mit 19 % am niedrigsten ausfällt. Festzuhalten ist allerdings weiterhin, dass die Arbeitslosigkeit in sämtlichen Hauptdiagnosegruppen diejenige der Allgemeinbevölkerung jeweils um ein Vielfaches übersteigt.

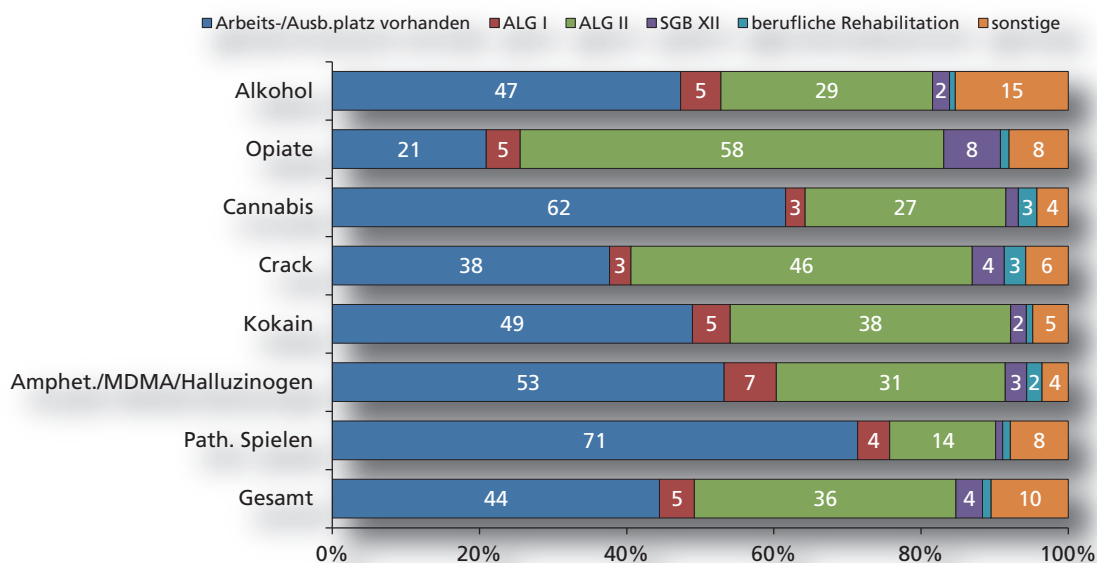
Insgesamt bestreitet weniger als die Hälfte der hessischen Suchthilfeklientel ihren Lebensunterhalt mit bezahlter Arbeit (44 %). Staatliche Transferleistungen spielen dagegen eine sehr wichtige Rolle, vor allem das Arbeitslosengeld II (ALG II). Am höchsten liegt der Anteil der ALG II-Empfängerinnen und -empfängern mit 58 % bei der Opiatklientel. Ansonsten liegen lediglich die Crack-

⁷ http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur/Hessen-Nav.html?year_month=201208

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.

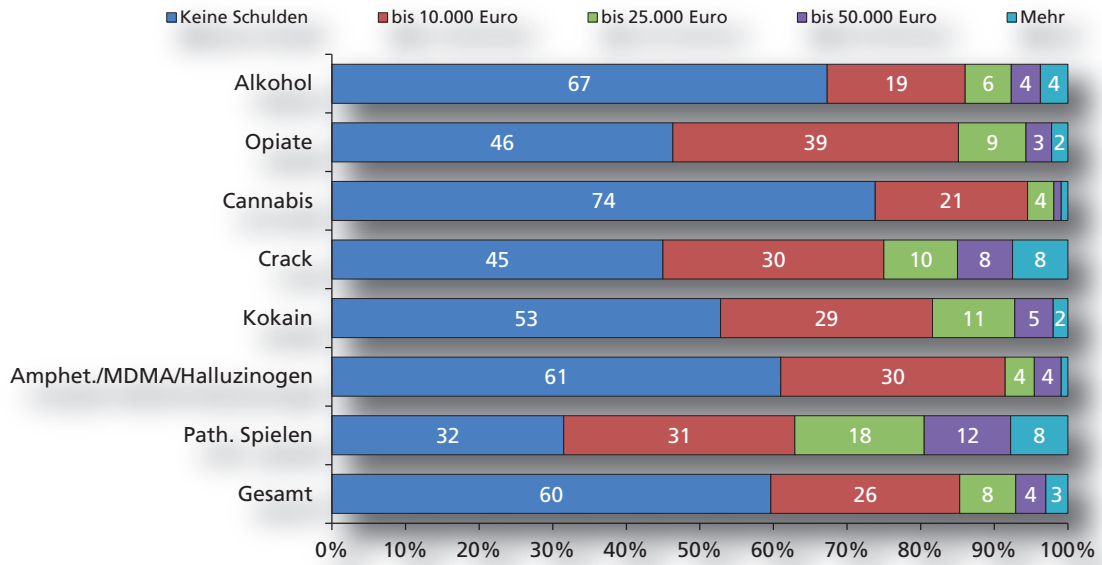
konsumierenden mit 46 % merklich über dem Durchschnittswert. Auch der Anteil derer, die Sozialhilfe nach SGB XII beziehen, ist unter den Opiatabhängigen mit 8 % am höchsten, während sich dieser Wert bei den anderen Klientelen auf maximal 4 % beläuft. Keine auffälligen Unterschiede zwischen den Hauptdiagnosegruppen finden sich hingegen bei den Werten für ALG I. Abschließend ist zu erwähnen, dass unter den insgesamt 10 % mit „sonstiger“ Erwerbssituation die Rentnerinnen/Rentner (6 %) die größte Gruppe stellen, gefolgt von Hausfrauen/-männern und Erwerbsunfähigen (je 2 %) und mithelfenden Familienangehörigen (1 %). Der Anteil für „sonstige“ Erwerbssituationen ist bei der Alkoholklientel am höchsten, da sich in dieser ohnehin ältesten Diagnosegruppe auch die meisten Rentnerinnen/Rentner befinden.

Abbildung 8: Erwerbssituation, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 17.483)



Zwei von fünf Klientinnen und Klienten haben aktuell Schulden. In den meisten Fällen (26 % der gesamten Suchthilfeklientel) handelt es sich dabei um vergleichsweise moderate Geldbeträge von maximal 10.000 Euro. 8 % haben zwischen 10.000 und 25.000 Euro, 4 % zwischen 25.000 und 50.000 Euro und 3 % sogar mehr als 50.000 Euro Schulden. Am häufigsten sind mit insgesamt 68 % pathologische Glücksspielerinnen und -spieler verschuldet; hier finden sich auch die höchsten Werte für hohe Schulden (z.B. insgesamt 20 % mit mehr als 25.000 Euro). Ebenfalls relativ hohe Anteile von Schuldnerinnen und Schuldner zeigen sich bei der Crack- und Opiatklientel mit 55 % bzw. 54 %, wobei vor allem bei Opiatabhängigen eine starke Häufung bei Schuldenbeträgen von maximal 10.000 Euro zu beobachten ist, während hohe Schulden nicht häufiger vorkommen als im Durchschnitt. Eher selten mit Schulden belastet sind Cannabiskonsumierende (26 %) und Alkoholklientinnen/ -klienten (33 %).

Abbildung 9: Schuldensituation, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 11.980)



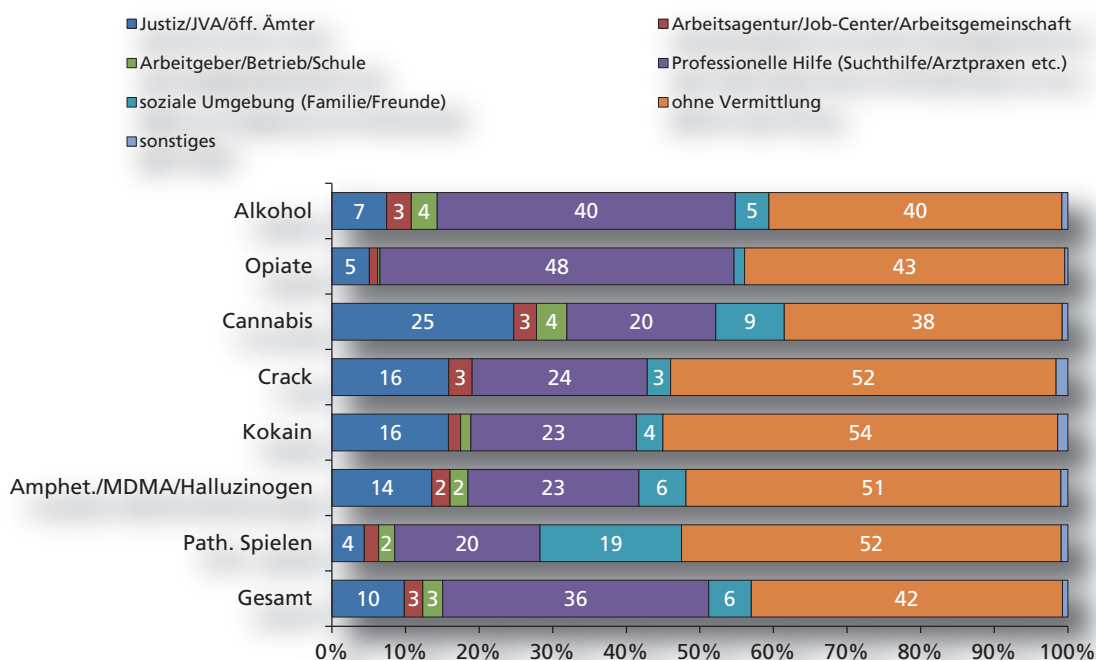
Betreuungen

In diesem Abschnitt werden Auswertungen zu den Betreuungen vorgestellt: zu in Anspruch genommenen Betreuungsformen, zur Betreuungsdauer und zur Beendigung der Betreuung.⁸ Begonnen wird jedoch mit Informationen darüber, über welche Vermittlungswege die Klientinnen und Klienten in eine Einrichtung gelangen. Dabei kann zunächst festgestellt werden, dass 42 % aller Betreuungen ohne eine Vermittlung zustande kommen (siehe Abbildung 10). Ebenfalls häufig – mit einem Wert von 36 % – werden Klientinnen und Klienten über professionelle Hilfen (andere Suchthilfeeinrichtungen, Ärzte etc.) in die Angebote der ambulanten Suchthilfe vermittelt. Ein Zehntel der Betreuungen erfolgt nach Vermittlung durch Justiz, JVA oder Ämter, 6 % durch das soziale Umfeld und jeweils 3 % über Arbeitgeber, Betrieb oder Schule bzw. Arbeitsagenturen, Jobcenter oder Arbeitsgemeinschaften.

Dabei zeigen die Alkoholklientinnen und -klienten nur relativ geringe Abweichungen zum durchschnittlichen Wert der Gesamtklientel, wogegen die Opiatabhängigen mit 48 % überdurchschnittlich häufig durch professionelle Hilfen und eher selten über Justiz/JVA/Ämter oder die soziale Umgebung vermittelt werden. Bei der Cannabisklientel ist hingegen die Vermittlung über Justiz oder Ämter mit 25 % deutlich überrepräsentiert. Professionelle Hilfen spielen hier hingegen mit 20 % eine geringere Rolle als bei anderen Klientelen. Letzteres trifft auch auf die Hauptdiagnosegruppen Pathologisches Spielen (20 %), Amphetamine/Halluzinogene, Kokain (jeweils 23 %) und Crack (24 %) zu. In diesen vier Gruppen ist die Inanspruchnahme einer Beratung durch Eigeninitiative mit Werten zwischen 51 % und 54 % jeweils überrepräsentiert. Während die Crack-, Kokain- (jeweils 16 %) und Amphetamin-/Halluzinogenklientele (14 %) indes überdurchschnittliche Werte bei der Vermittlung durch Justiz bzw. Ämter aufweisen, ist dies bei den Glücksspielenden mit 4 % besonders selten der Fall; sie kommen stattdessen mit Abstand am häufigsten über die soziale Umgebung in die Einrichtung (19 %).

⁸ Im Projekt COMBASS werden drei generelle Hilfebereiche unterschieden: „Ambulante Beratung“, „Betreutes Wohnen“ und „Arbeitsprojekte“. Den mit Abstand größten Anteil von 93 % aller Betreuungen nimmt, ähnlich wie in den Vorjahren, die Kategorie „Ambulante Beratung“ ein. Knapp 7 % der Betreuungen werden im „Betreuten Wohnen“ und weniger als 1 % im Rahmen der Arbeitsprojekte durchgeführt. Die folgenden Betrachtungen beziehen sich auf Ambulante Beratung sowie die Arbeitsprojekte, die gemeinsam dargestellt werden, weil zwischen diesen beiden Klientelen keine wesentlichen Unterschiede bestehen. Eine detaillierte Darstellung der Betreuungen im Rahmen von Wohnprojekten ist im Bericht 2009 nachzulesen. Aufgrund von gerundeten Einzelwerten liegt die Gesamtsumme bei über 100 %.

Abbildung 10: Vermittlung in die Betreuung, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 19.406)



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 Klientinnen und 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 werden nicht in dieser Kategorie, sondern unter „Medikamentengestützte 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 suchtmittelabstinenten 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 psychosoziale Betreuung im Rahmen einer Behandlung mit einer Anti-Craving-Substanz – das sind Medikamente, die das Suchtverlangen unterdrücken sollen – fällt darunter.

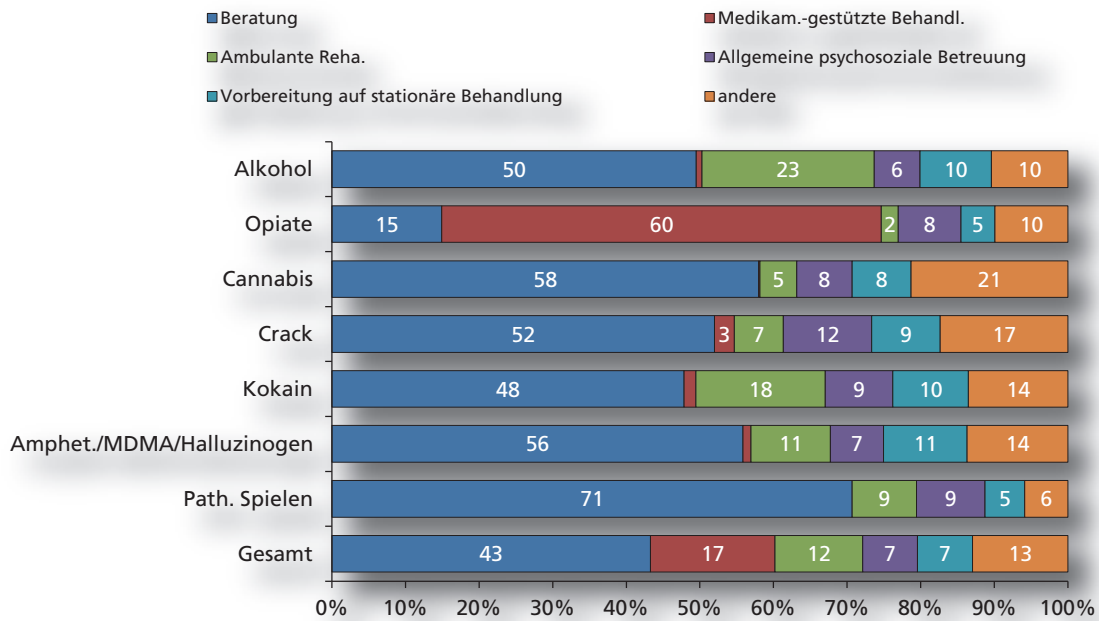
Vorbereitung auf stationäre Behandlung: Hierbei handelt es sich um Beratungs- oder Betreuungstätigkeiten, die auf eine stationäre Therapie/Rehabilitation vorbereiten.

Wie die Abbildung 11 zeigt, ist die Beratung mit einem Anteil von 43 % die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Die Medikamentengestützte Behandlung ist mit 17 % die zweithäufigste Betreuungsform, gefolgt von der Ambulanten Rehabilitation mit 12 %. Bei jeweils 7 % der Betreuungen handelt es sich um Vorbereitungen auf stationäre Behandlungen oder Allgemeine Psychosoziale Beratungen. Andere Betreuungsformen machen 13 % der Fälle aus (u. a.: 3 % Frühintervention, 3 % ambulante Behandlung).

Im Hinblick auf Unterschiede zwischen den Hauptdiagnosegruppen fällt vor allem die Opiatklientel auf: Mittlerweile entfallen drei von fünf Betreuungen in dieser Gruppe auf die Medikamentengestützte Behandlung (60 %), die in allen anderen Diagnosegruppen praktisch keine Rolle spielt. Die Beratung (15 %) sowie die Ambulante Rehabilitation (2 %) spielen bei den Opiatabhängigen hingegen eine untergeordnete Rolle. Demgegenüber kommt bei der Alkoholclientel die Ambulante Rehabilitation mit einem Anteil von 23 % vergleichsweise häufig vor. Relativ hohe Anteile für die Beratung liegen bei den pathologisch Glücksspielenden sowie bei der Cannabis- und Amphetamin-/Halluzinogen-Klientel vor.

Die für die Auswertung zusammengefasste Kategorie „andere“ erreicht teilweise relativ hohe Anteile: in der Hauptdiagnosegruppe Cannabis gilt dies für jede fünfte Betreuung. Eine differenziertere Betrachtung zeigt, dass sich im Falle der Cannabisklientel die Betreuungsformen Frühintervention (9%) sowie Ambulante Behandlung (4%) dahinter verbergen.

Abbildung 11: Betreuungsform, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 20.407)

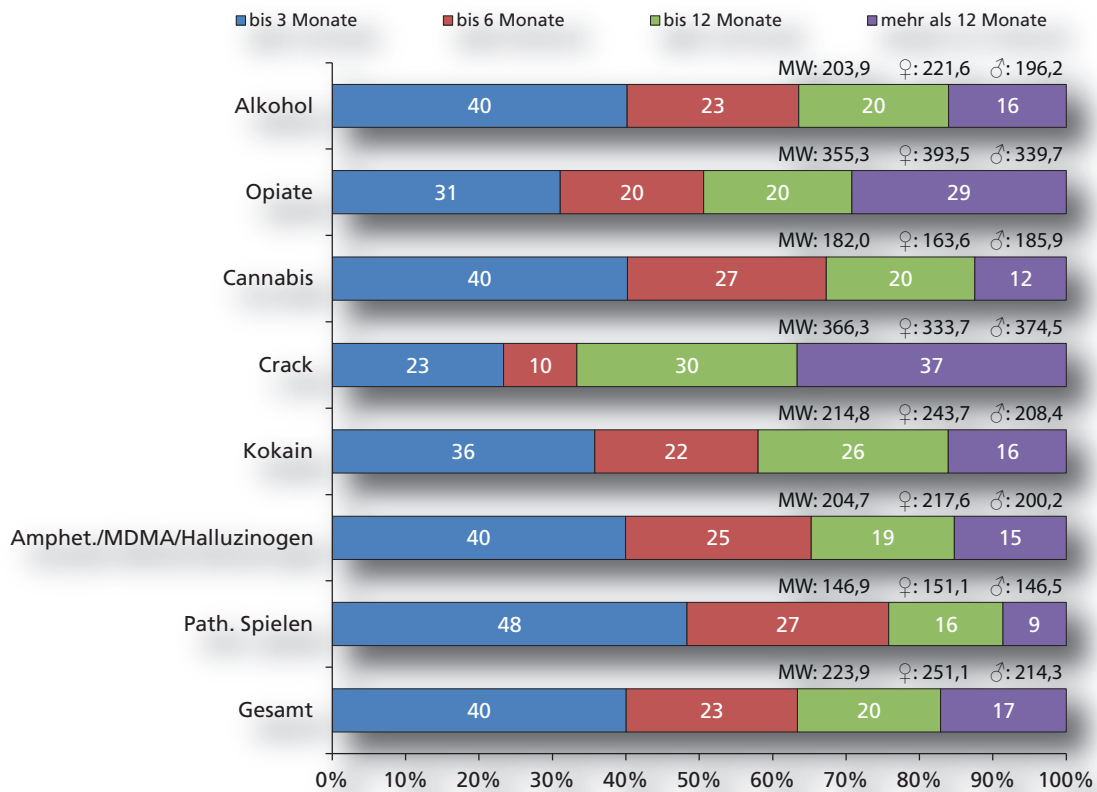


Betreuungsdauer

Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller im Jahr 2012 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 224 Tage (siehe Abbildung 12). Frauen werden dabei mit durchschnittlich 251 Tagen länger betreut als Männer (214 Tage). Die Crackklientel wird unter allen Hauptdiagnosegruppen mit 366 Tagen im Mittel am längsten betreut, wobei hier einschränkend die sehr kleine Fallzahl der abgeschlossenen Betreuungen (N=30) zu berücksichtigen ist. Ansonsten weist die Opiatklientel mit 355 Tagen den deutlich höchsten Wert auf. Alle anderen Hauptdiagnosegruppen liegen unter dem Durchschnitt; die niedrigste durchschnittliche Betreuungsdauer ist bei den Glücksspielenden (147 Tage) und den Cannabiskonsumierenden (182 Tage) vorhanden.

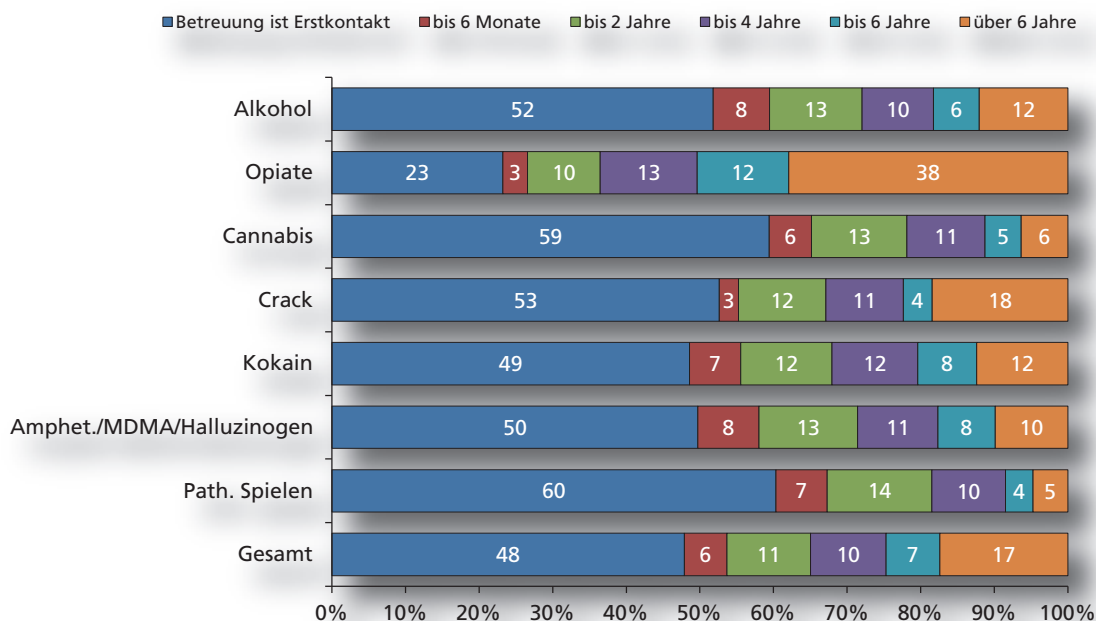
Wie die Abbildung 12 zeigt, dauern insgesamt fast zwei Drittel der im Jahr 2012 abgeschlossenen Betreuungen nicht länger als ein halbes Jahr – 40 % sind maximal 3 Monate lang, 23 % zwischen 3 und 6 Monate. Ein weiteres Fünftel liegt zwischen 6 und 12 Monaten und 17 % dauern länger als ein Jahr. In der Betrachtung der Hauptdiagnosegruppen weisen die Crack- und Opiatklientele den größten Anteil längerer Betreuungen (über 12 Monate) auf. Der höchste Anteil kurzer Betreuungsphasen (weniger als 3 Monate) zeigt sich bei den Glücksspielenden (48 %).

Abbildung 12: Durchschnittliche Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in Tagen, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 11.082)



Bei der Betrachtung der aktuellen Betreuungsdauer ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese immer nur als eine Momentaufnahme gelten kann. Für den überwiegenden Teil der dokumentierten Betreuungen gilt, dass diese nicht die erste Betreuung innerhalb des an COMBASS beteiligten Suchthilfesystems ist (52 %, siehe Abbildung 13). Am deutlichsten wird dies an der Gruppe der Opiatklientinnen und -klienten: Bei weniger als einem Viertel der Betreuungen handelt es sich um so genannte Erstkontakte. Bei 38 % der aktuellen Betreuungen liegt der früheste Betreuungsbeginn bei irgendeiner der COMBASS-Einrichtungen bereits länger als 8 Jahre zurück.

Abbildung 13: Zeitlicher Abstand zum ersten dokumentierten Betreuungsbeginn (N= 21.153)



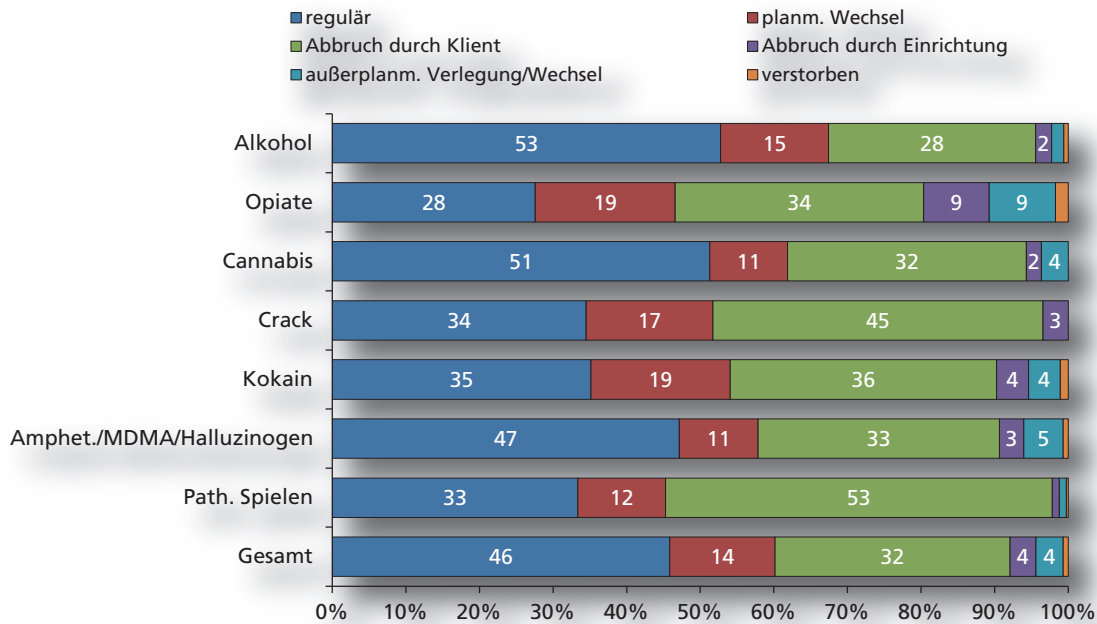
Betreuungsende

Mit 52 % wurde etwas mehr als die Hälfte der dokumentierten Betreuungen von den Klientinnen und Klienten im Berichtsjahr abgeschlossen, 48 % dauerten zum Ende des Jahres noch an. Eine Auswertung nach der Hauptdiagnosegruppe zeigt vor allem bei der Opiat- und Crackklientel eine Überrepräsentanz der noch laufenden Betreuungen (61 %). Demgegenüber wurden bei den pathologisch Glücksspielenden (61 %), der Alkoholklientel (jeweils 59 %) sowie den Cannabiskonsumierenden (57 %) vergleichsweise häufig die Betreuungen im laufenden Jahr abgeschlossen.

Insgesamt 60 % der Betreuungen werden regulär abgeschlossen: dabei handelt es sich entweder um eine planmäßige Beendigung (46 %) oder um eine planmäßige Weitervermittlung in ein anderes Angebot (14 %; siehe Abbildung 14). 32 % der Betreuungen werden hingegen durch die Klientin bzw. den Klienten und 4 % durch die Einrichtung abgebrochen; bei weiteren 4 % wird die Betreuung durch einen außerplanmäßigen Wechsel oder eine Verlegung beendet.

Zwischen den Hauptdiagnosegruppen zeigen sich erhebliche Differenzen hinsichtlich des Beendigungsgrundes: So brechen pathologisch Glücksspielende vergleichsweise häufig selbst ihre Betreuung ab (53 %), während hier die Alkoholklientel mit einem Wert von 28 % unter dem Durchschnitt liegt. Bei den Opiatabhängigen führt vergleichsweise häufig ein außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Betreuungsform oder ein Abbruch der Betreuung durch die Einrichtung zum Betreuungsende (jeweils 9 %), und auch planmäßige Wechsel sind mit 19 % in dieser Gruppe relativ häufig vertreten. Diese Gruppe weist gleichzeitig die geringste Zahl an regulären Beendigungen auf (28 %), gefolgt von den pathologisch Glücksspielenden (33 %). Vergleichsweise häufig werden Betreuungen bei der Alkohol- (53 %) und der Cannabisklientel (51 %) regulär beendet.

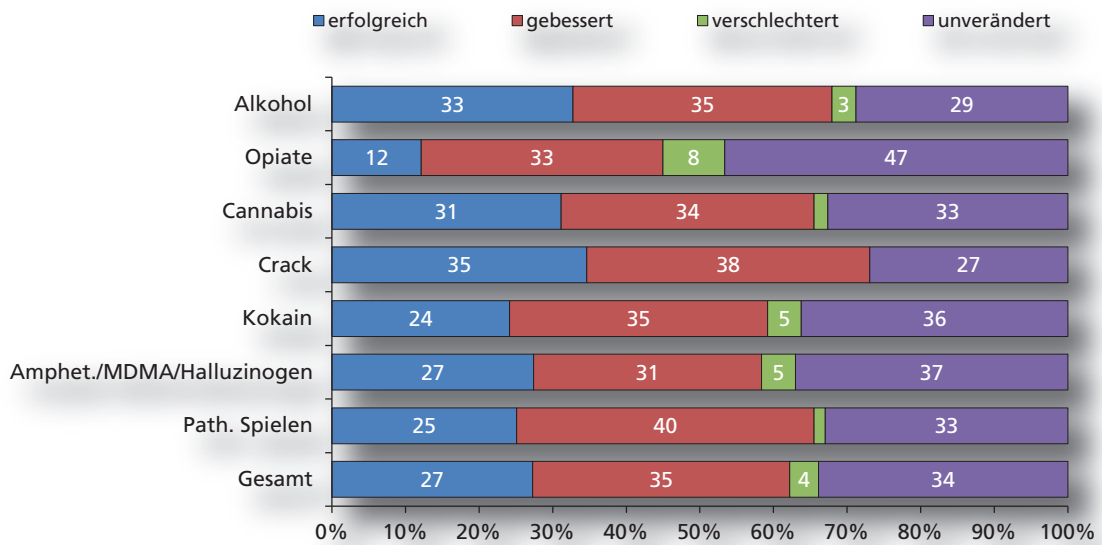
Abbildung 14: Beendigungsgrund, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 10.595)



Betrachtet man die Suchtproblematik zum Betreuungsende, so zeigt sich, dass bei einem erheblichen Teil der Betreuungen (62 %) mindestens eine Verbesserung erreicht werden konnte (erfolgreich und verbessert zusammengenommen; siehe Abbildung 15). 27 % der Betreuungen wurden erfolgreich abgeschlossen, und bei etwas mehr als einem Drittel wurde eine Verbesserung der Problematik dokumentiert (35 %). 34 % der Klientinnen und Klienten weisen am Ende ihrer Betreuung eine unveränderte Suchtproblematik auf und bei 4 % hat sich diese verschlechtert. Die Opiatklientel unterscheidet sich hinsichtlich der Problematik am Betreuungsende mit Abstand am deutlichsten von den übrigen Hauptdiagnosegruppen: Hier konnte bei 45 % mindestens eine Verbesserung der Situation erreicht werden. Demgegenüber weisen Opiatabhängige die jeweils höchsten Werte für eine verschlechterte (8 %) bzw. unveränderte (47 %) Situation auf.⁹ Der höchste Anteil von Betreuungen mit mindestens gebesserter Problematik ist aktuell in der kleinen Gruppe der Crackkonsumierenden zu beobachten (73 %), gefolgt von der Alkoholklientel (68 %). Auch der Anteil der im engeren Sinne erfolgreich abgeschlossenen Betreuungen liegt bei der Crack- (35 %) und der Alkoholgruppe (33 %) am höchsten, gefolgt von der Cannabisklientel (31 %).

⁹ Insbesondere das letztgenannte Ergebnis kann 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= 10.025)



Einmalkontakte

In diesem Abschnitt werden das erste Mal im Rahmen eines COMBASS-Berichtes die so genannten Einmalkontakte ausgewertet. Diese sind Kurzbetreuungen, bei denen eine Klientin bzw. ein Klient geplant oder auch ungeplant nur einmal die ambulante Suchthilfeeinrichtung aufgesucht hat. Einmalkontakte entstehen beispielsweise, wenn im Erstkontakt festgestellt wurde, dass ein einmaliges Betreuungsgespräch ausreichend ist und/oder bei einer anderen Einrichtung ein adäquates Hilfeangebot besteht. Bei Einmalkontakten sollen nur einige zentrale Grundinformationen dokumentiert werden, um den Aufwand in einem angemessenen Rahmen zu halten.

Bei den folgenden Auswertungen – die auf der Basis dokumentierter Betreuungen durchgeführt worden ist (siehe vorne) – ist zu berücksichtigen, dass nicht alle der an COMBASS beteiligten Einrichtungen Einmalkontakte erfasst haben, weil dieses keine verpflichtende Vorgabe des Hessischen Kerndatensatzes ist. Im Jahr 2012 wurden insgesamt 4.147 Einmalkontakte dokumentiert. Das stellt eine ausreichende Datengrundlage dar, um empirisch gestützte Aussagen über mögliche Besonderheiten von Einmalkontakten treffen zu können.

Dabei fällt zunächst einmal auf, dass Einmalkontakte überdurchschnittlich häufig von Angehörigen wahrgenommen werden. Ihr Anteil an allen Einmalkontakten beträgt 27 %. Bei den Mehrfachkontakten sind es nur 5 %.

Werden im nächsten Schritt einige charakteristische Merkmale der Angehörigengruppe betrachtet, zeigt sich, dass es in der Mehrheit Eltern(teile) sind, die Kontakt zur Suchthilfeeinrichtung aufnehmen (52 %, siehe Tabelle 4). Es folgen die Partnerin bzw. der Partner mit einem Anteil von 24 %. Kinder und Geschwister von Betroffenen kommen eher selten (6 % bzw. 5 %). Zwischen den Einmal- und Mehrfachkontakten bestehen hier insgesamt keine sehr großen Unterschiede. Die Angehörigen mit Einmalkontakten sind im Durchschnitt 46,0 Jahre alt. Die Frauen sind jünger als die Männer (45,1 zu 48,7 Jahre). 9 % der Angehörigen sind jünger als 27 Jahre, 12 % älter als 60 Jahre.

Beim Blick auf die Angaben der Angehörigen bezüglich des vorrangigen Suchtproblems der betroffenen Person („Indexklientin/-klient“) ergibt sich das folgende Bild: An erster Stelle wird hier mit 38 % Cannabis als die Droge genannt, die für die Indexklientinnen/-klienten das hauptsächlichste (Sucht)Problem darstellt. Es folgt Alkohol mit einem Anteil von 31 %, dann das Glücksspiel (15 %). Bei den Mehrfachkontakten hingegen wird am häufigsten Alkohol (36 %) genannt, gefolgt von Cannabis (28 %). Abschließend sei auf das Geschlechterverhältnis bei den Angehörigen hingewiesen: Es sind etwa drei Viertel Frauen, die als Angehörige kommen – sowohl bei den Einmal- als auch bei den Mehrfachkontakten (74 % bzw. 78 %).

Tabelle 4: Betreuungen von Angehörigen (Einmal- und Mehrfachkontakte)

	Einmalkontakte	Mehrfachkontakte
Angehörige		
männlich	26 %	22 %
weiblich	74 %	78 %
Gesamt N	1.121	1.182
Angehöriger kommt als...		
Eltern(teil)	52 %	54 %
Partner/in	24 %	32 %
Kind	6 %	5 %
Geschwister	5%	3 %
anderes	13%	5 %
Gesamt N	862	940
Alter in Kategorien		
bis 18 Jahre	1%	2%
18 bis unter 27 Jahre	8%	5%
27 bis unter 35 Jahre	11%	10%
35 bis unter 45 Jahre	22%	20%
45 bis unter 59 Jahre	47%	50%
60 und älter	12%	13%
Lebensalter in Jahren (Mittelwert)		
männlich	48,7	48,1
weiblich	45,1	46,8
Gesamt	46,0	47,1
Gesamt N	1.104	1.163
Problem aus Sicht der Bezugsperson		
Alkohol	31%	36%
Opiate	6%	6%
Cannabis	38%	28%
Glücksspiel	15%	20%
anderes	10%	10%
Gesamt N	766	805

Bei den Klientinnen und Klienten stellt sich im Vergleich zu den Angehörigen das Geschlechterverhältnis genau anders herum dar. Hier sind es zu 74 % Männer, die Einmalkontakte wahrnehmen (siehe Tabelle 5). Das Durchschnittsalter dieser Gruppe beträgt 34,1 Jahre, zwischen den Geschlechtern besteht kein großer Unterschied (Männer: 33,9 Jahre, Frauen: 34,8 Jahre). Auffällig ist jedoch, dass die Klientel der Einmalkontakte deutlich jünger ist als diejenige, die mehrere Kontakte in Anspruch nimmt (34,1 Jahre zu 38,8 Jahre). Insbesondere der Anteil der unter 27-Jährigen ist mit 38 % vergleichsweise hoch (Mehrfachkontakte: 21 %).

Werden die Klienten und Klientinnen mit Einmalkontakten nach ihrer Staatsangehörigkeit differenziert, ergibt sich, dass – genauso bei den Mehrfachkontakten – die allermeisten die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen (87 %). Die Anteile für Bürger und Bürgerinnen aus Ländern der EU und aus anderen Ländern betragen 4 % bzw. 9 %.

Bei einem Viertel wurde eine alkoholbezogene Hauptdiagnose angegeben (25%). Opiate und Cannabis kommen jeweils auf einen Diagnoseanteil von 12 %. Aufgrund des hohen Anteils von

Personen, bei denen aufgrund der Kürze des Kontakts keine Diagnose gestellt werden konnte (30 %), sind diese Angaben nur schwerlich mit der Diagnoseverteilung bei den Mehrfachkontakten zu vergleichen.

Tabelle 5: Betreuungen von Klientinnen und Klienten (Einmal- und Mehrfachkontakte)

	Einmalkontakte	Mehrfachkontakte
Klientinnen und Klienten		
männlich	74 %	73 %
weiblich	26 %	27 %
Gesamt N	3.026	21.153
Alter in Kategorien		
bis 18 Jahre	12%	4%
18 bis unter 27 Jahre	26%	17%
27 bis unter 35 Jahre	18%	20%
35 bis unter 45 Jahre	20%	23%
45 bis unter 59 Jahre	20%	30%
60 und älter	4%	5%
Lebensalter in Jahren (Mittelwert)		
männlich	33,9	38,0
weiblich	34,8	40,8
Gesamt	34,1	38,8
Gesamt N	2.987	21.104
Lebensalter nach Hauptdiagnose		
Alkohol	41,7	45,0
Opiate	39,1	39,8
Cannabis	24,0	25,8
Path. Spielen	34,1	36,7
Nationalität		
Deutschland	87 %	87 %
EU	4 %	5 %
andere Ausländer	9 %	9 %
staatenlos	0 %	0,1%
Gesamt N	2.694	20.145
Hauptdiagnose		
Alkohol	25 %	38 %
Opiate	12 %	27 %
Cannabis	12 %	12 %
Path. Spielen	9 %	7 %
Jugendberatung	3 %	1 %
andere Diagnose	9 %	9 %
keine Diagnose	30 %	6 %
Gesamt N	3.026	21.153

Regionale Aspekte

An dieser Stelle erfolgt eine kurze regionalspezifische Auswertung mit ausgewählten Ergebnissen. In einer vergleichenden Perspektive werden dabei die Daten über die Klientel und die in Anspruch genommenen Betreuungen aus folgenden drei regionalen Kategorien genutzt:

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

Der höchste Anteil weiblicher Personen unter der Suchthilfeklientel findet sich mit 30 % in Frankfurt (siehe Tabelle 6). In den Landkreisen (26 %) und kreisfreien Städten (27 %) liegt dieser Anteil jeweils etwas niedriger. Im Hinblick auf das Alter zeigen sich kaum regionalspezifische Unterschiede. Überall liegt das Durchschnittsalter der Gesamtklientel knapp über 39 Jahren, wobei das Durchschnittsalter der Klientinnen in den Landkreisen, das der Klienten hingegen in Frankfurt am höchsten ausfällt. Bei einer nach Hauptdiagnosegruppen differenzierten Betrachtung fällt zunächst auf, dass das Durchschnittsalter in allen Gruppen in Frankfurt jeweils am höchsten liegt. Dass sich dieses nicht im gesamten Durchschnittsalter widerspiegelt, hängt mit der unterschiedlichen Verteilung der Problemgruppen zusammen (siehe unten). So ist die Frankfurter Cannabisklientel durchschnittlich ein Jahr älter als in den Großstädten und 1,4 Jahre älter als in den Landkreisen; noch größer fallen die Differenzen bei den pathologisch Glücksspielenden aus (2,2 bzw. 1,8 Jahre). Opiatkonsumierende sind hingegen sowohl in den vier kreisfreien Städten als auch in Frankfurt gleichermaßen rund zwei Jahre älter als in den Landkreisen.

Der Anteil von Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft liegt in der Metropole Frankfurt mit 24 % am höchsten, in den Landkreisen mit 11 % am niedrigsten. Ein Migrationshintergrund ist mit jeweils 37 % in Frankfurt und den vier anderen Großstädten gleichermaßen häufig, während der Anteil in den Landkreisen mit 27 % deutlich niedriger ausfällt.

Bei der Betrachtung der Erwerbssituation zeigt sich, dass in den Landkreisen und Großstädten der Anteil derjenigen, die über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz verfügen, wesentlich größer ist als in der Metropole Frankfurt (48 % bzw. 45 % zu 33 %). Korrespondierend damit ist in Frankfurt der Anteil der ALG II Beziehenden am höchsten (45 %).

Auch die letztgenannte Differenz ist im Wesentlichen auf die unterschiedliche Verteilung der Hauptdiagnosen zurückzuführen: Bei der Hälfte der 2012 in den Frankfurter Einrichtungen betreuten Klientinnen und Klienten handelt es sich um Opiatabhängige (50 %), während bei einem Viertel eine Alkoholdiagnose vorliegt. In den Landkreisen und Großstädten stellt sich dieses Verhältnis gänzlich anders dar: Die Anteile der Alkoholklientel liegen hier bei 48 % bzw. 45 %, während sich diejenigen der Opiatklientel lediglich auf 21 % bzw. 25 % belaufen. Der einzige weitere bemerkenswerte Unterschied ist beim Anteil pathologisch Glücksspielender zu beobachten, der in den vier Großstädten mit 10% am höchsten liegt, in Frankfurt mit 4% am niedrigsten ist.

Bei der Betrachtung einiger ausgewählter Daten zur Betreuung zeigen sich zwischen den drei regionalen Kategorien weitere Unterschiede: So ist zu erwähnen, dass die Medikamentengestützte Behandlung (d. h. vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter) in Frankfurt auf einen Anteil von 34 % aller Betreuungen kommt. Dies steht im Zusammenhang mit dem hohen Anteil von Opiatabhängigen in der Mainmetropole (siehe oben). In den Landkreisen und kreisfreien Städten spielt sie dagegen mit 12 % bzw. 13 % eine geringere Rolle; in diesen regionalen Bezugsräumen ist jeweils die Beratung mit Anteilen von 49 % bzw. 40 % die mit Abstand häufigste Betreuungsform.

Bei der durchschnittlichen Dauer abgeschlossener Betreuungen fällt zunächst auf, dass Betreuungen in Frankfurt im Schnitt mit 271 Tagen am längsten dauern und Betreuungen in den vier übrigen Großstädten mit 193 Tagen die geringste Dauer aufweisen. Aufgeschlüsselt nach Hauptdiagnosegruppen ergibt sich dann ein heterogenes Bild: So werden pathologisch Spielende in den Landkreisen (162 Tage) länger betreut als in den vier Großstädten (132 Tage) oder Frankfurt (120 Tage). Cannabisklientinnen und -klienten sind hingegen in der Mainmetropole mit 237 Tagen deutlich länger in Betreuung als in Landkreisen (180 Tage) oder anderen Großstädten (150 Tage). Ein ähnliches Bild, wenn auch mit geringeren Abständen, zeigt sich bei Opiatkonsumierenden, wogegen die Werte bei der Alkoholklientel relativ dicht beieinander liegen (siehe Tabelle 6).

Auch beim Beendigungsgrund unterscheidet sich Frankfurt von den beiden anderen regionalen Kategorien: Der Anteil für ein reguläres Betreuungsende liegt hier mit 35 % niedriger als in Großstädten und Landkreisen, wo dies jeweils knapp die Hälfte der Betreuungen betrifft. Werden allerdings die regulären Beendigungen und planmäßigen Wechsel in eine andere Einrichtung als positive Abschlüsse zusammengerechnet, liegen die entsprechenden Werte mit 54 % (Frankfurt), 58 % (Großstädte) und 63 % (Landkreise) nicht so weit auseinander.

Tabelle 6: Klientel und Betreuungen im regionalen Vergleich

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Klienten			
männlich	74%	73%	70%
weiblich	26%	27%	30%
Gesamt N	11.442	4.094	4.011
Altersgruppe des Klienten			
bis 18 Jahre	5%	6%	3%
18 bis 27 Jahre	19%	15%	14%
27 bis 35 Jahre	19%	18%	23%
35 bis unter 45 Jahre	21%	24%	26%
45 bis unter 59 Jahre	31%	31%	30%
60 und älter	6%	5%	4%
Lebensalter in Jahren (Mittelwert)			
männlich	38,1	38,7	38,8
weiblich	41,7	40,8	40,2
Gesamt	39,1	39,3	39,2
Gesamt N	11.416	4.084	3.999
Lebensalter nach Hauptdiagnose			
Alkohol	45,6	44,4	45,8
Opiate	39,2	41,1	41,2
Cannabis	25,5	25,9	26,9
Path. Spielen	36,2	36,6	38,4
Nationalität			
Deutschland	89%	87%	76%
EU	3%	4%	7%
andere Ausländer	6%	8%	13%
staatenlos	0%	0%	0%
keine Angabe	1%	1%	3%
Gesamt N	11.142	3.971	3.770
Migrationshintergrund (Mehrfachantworten möglich)			
selbst migriert	17%	25%	21%
Kind von Migranten	14%	20%	22%
kein Migrationshintergrund	73%	63%	63%
Gesamt N	7.016	2.037	2.657
Erwerbssituation Betreuungsbeginn			
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	48%	45%	33%
ALG I	5%	5%	4%
ALG II	32%	37%	45%
SGB XII	3%	3%	7%
berufliche Rehabilitation	1%	1%	1%
Sonstige	11%	10%	9%
Gesamt N	10.115	3.724	3.644

Fortsetzung Tabelle 6: Klientel und Betreuungen im regionalen Vergleich

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Hauptdiagnose			
Alkohol	48%	45%	25%
Opiate	21%	25%	50%
Cannabis	14%	12%	12%
Crack	0%	0%	1%
Kokain	2%	1%	4%
Amphet./MDMA/Halluzinogen	3%	3%	2%
Path. Spielen	7%	10%	4%
andere Suchtdiagnose	5%	4%	3%
Gesamt N	10.442	3.844	3.684
zeitl. überwiegender Abschnittstyp der Betreuung			
Beratung	49%	40%	31%
Medikam.-gestützte Behandl.	12%	13%	34%
Ambulante Reha.	11%	17%	9%
Allg. psychosoz. Betreuung	8%	6%	8%
Vorb. auf stat. Behandlung	9%	7%	4%
Andere	11%	17%	14%
Gesamt N	11.302	4.368	4.450
Beendigungsgrund (beendete Betreuungen)			
Regulär	49%	47%	35%
planm. Wechsel	14%	11%	19%
Abbruch durch Klient	31%	32%	34%
Abbruch durch Einrichtung	2%	5%	6%
außerplanm. Verlegung/Wechsel	3%	4%	6%
verstorben	1%	0%	1%
Gesamt N	6.105	2.488	2.062
Durchschnittliche Dauer in Tagen (beendete Betreuungen)			
Alkohol	219,9	180,0	193,3
Opiate	355,0	321,7	370,0
Cannabis	179,7	150,3	236,6
Path. Spielen	161,8	131,9	120,2
Gesamt	221,8	192,9	270,8

Trends 2005 bis 2012

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Trends in den Grunddaten der hessischen Suchthilfe-statistik dargestellt. Beginnend mit dem Jahr 2005 werden Veränderungen bzw. Kontinuitäten bis 2012 berichtet.¹⁰ Inhaltlich ist hierbei zwischen der Klienten- und der Betreuungsebene zu unterscheiden.

Es werden diejenigen Trends betrachtet, die in der COMBASS-Steuerungsgruppe in den letzten Jahren zu besonderen inhaltlichen Reflektionen und Diskussionen geführt haben. Es handelt sich dabei um die Anteile der Angehörigen¹¹ und Neuaufnahmen, das Durchschnittsalter, die Hauptdiagnose, die Erwerbssituation und die Wohnsituation der Klientinnen und Klienten sowie die Betreuungsform, die durchschnittliche Betreuungsdauer und die Art der Beendigung der Betreuung. Die entsprechenden Ergebnisse werden jeweils getrennt für die drei größten Hauptdiagnosegruppen – Alkohol, Opiate, Cannabis – berichtet.

Die Basis der folgenden Auswertungen stellen 82 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum an der COMBASS-Dokumentation beteiligt haben. Wurden Klientinnen und Klienten oder Angehörige in dem jeweiligen Auswertungsjahr von mehreren der 82 Einrichtungen betreut, so wurden diese Personen nur einmal gezählt. Mit dieser Vorgehensweise wird eine Verzerrung der Ergebnisse durch eine unterschiedliche (jährliche) Datengrundlage ausgeschlossen.

Angehörige, Klientinnen und Klienten

Der prozentuale Anteil der Angehörigen an allen betreuten Personen ist seit dem Jahr 2007 kontinuierlich angestiegen: von 5 % auf 9 % im Jahr 2012 (siehe Tabelle 7). Ebenso hat auch die absolute Anzahl von betreuten Angehörigen zwischen 2007 und 2012 deutlich zugenommen: 962 betreute Angehörige im Jahr 2007 stehen einer fast doppelt so hohen Zahl von 1.742 Personen im Jahr 2012 gegenüber.

Die Anzahl betreuter Klientinnen und Klienten ist kontinuierlich angestiegen: von 16.104 im Jahr 2005 auf 17.799 im Jahr 2012. Dabei zeigt sich aber, dass der Anteil der Neuaufnahmen – d. h. der Erstkontakt zur ambulanten Suchthilfe in Hessen findet im jeweiligen Jahr statt – zwischen den Jahren 2005 und 2012 von 37 % auf 32 % zurückgegangen ist; in absoluten Zahlen ist dagegen dieser Rückgang weniger deutlich.

Werden die Entwicklungen bei den Angehörigen sowie bei den Klientinnen und Klienten geschlechtsspezifisch betrachtet, zeigt sich, dass sich in den letzten Jahren bei den Angehörigen der stark dominierende Anteil der Frauen bei etwa 75% eingependelt hat (siehe Tabelle 7). Bei den Klientinnen und Klienten liegt der Anteil der weiblichen Personen konstant bei gut einem Viertel (25 % bis 27 %).

¹⁰ Die bisherigen Trendberichte begannen mit dem Jahr 2003. Da es hier aufgrund der Umstellung auf das Dokumentationssystem HORIZONT noch zu einigen Dokumentationslücken gekommen sein könnte, wurde als neues Startjahr der Trendbetrachtung das Jahr 2005 ausgewählt.

¹¹ Obwohl neben den Angehörigen auch andere hilfeschuchende Bezugspersonen von Menschen mit einer Suchtproblematik dokumentiert werden (z. B. Arbeitgeber oder Lehrkräfte), werden aus Gründen der Lesbarkeit alle Personen aus dem sozialen Umfeld zusammenfassend als „Angehörige“ bezeichnet.

Tabelle 7: Anteil Angehörige, Klientinnen und Klienten, 2005 bis 2012 (gleiche Einrichtungen, N=82)

	2005	2007	2009	2011	2012
Angehörige	6%	5%	7%	8%	9%
davon Anteil Frauen	70%	67%	76%	76%	75%
Gesamt N	971	962	1.319	1.646	1.742
Klientinnen und Klienten	94%	95%	93%	92%	91%
davon Anteil Frauen	26%	25%	26%	27%	27%
Gesamt N	16.104	16.972	16.398	17.818	17.799
Anteil Neuaufnahmen	37%	35%	34%	32%	32%
Gesamt N	5.999	5.912	5.620	5.776	5.765

Alter der Klientinnen und Klienten

Wie der Tabelle 8 zu entnehmen ist, hat sich das Durchschnittsalter der Klientinnen und Klienten zwischen 2005 und 2012 von 37,3 Jahren um mehr als zwei Jahre auf 39,6 Jahre erhöht (+2,3). Das Durchschnittsalter ist während dieses Zeitraumes von Jahr zu Jahr angestiegen. Dabei zeigt sich, dass der Altersanstieg bei den Frauen (von 38,2 auf 41,5) größer ist als bei den Männern (von 37,0 auf 38,8). Das durchschnittliche Alter der (jährlichen) Neuaufnahmen schwankt dagegen zwischen 36 und 38 Jahren; über die gesamte Betrachtungsphase ist es nur um wenige Monate angewachsen.

Tabelle 8: Durchschnittsalter nach Geschlecht, 2005 bis 2012 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=82)

	2005	2007	2009	2011	2012
Männer	37,0	37,6	38,5	38,8	38,8
Frauen	38,2	39,5	40,6	41,3	41,5
Gesamt	37,3	38,1	39,0	39,5	39,6
Gesamt N	14.953	15.229	16.001	15.966	16.235
Neuaufnahmen	36,2	36,8	37,5	36,8	36,4
Neuaufnahmen N	5.955	5.776	5.583	5.741	5.739

Zusammen genommen könnten diese beiden Entwicklungen derart interpretiert werden, dass die Haltekraft der ambulanten Suchthilfe bei ihrer Klientel erhöht werden konnte, während bei den Neuaufnahmen seit Jahren die gleichen Altersgruppen erreicht werden. Ein differenzierter Blick auf die verschiedenen Hauptdiagnosegruppen zeigt jedoch, dass es hier unterschiedliche Entwicklungen gibt.

Wird eine solche Auswertung differenziert nach den drei Hauptdiagnosegruppen Alkohol, Opiate und Cannabis vorgenommen, ergibt sich bei der Alkohol Klientel eine vergleichsweise geringe Erhöhung des Durchschnittsalters über die Jahre: bei allen Klientinnen und Klienten von 44,8 (2005) auf 45,2 Jahre (2012), bei den Neuaufnahmen sogar eine Abnahme von 43,7 auf 42,7 Jahre (siehe Tabelle 9). Bei der Gruppe der Opiatabhängigen ist dagegen eine sehr deutliche und konti-

nuierliche Zunahme des Alters auszumachen. Im Jahr 2005 lag dieses bei 35,3 (alle) bzw. 34,1 Jahren (Neuaufnahmen) – sieben Jahre später sind diese Werte auf 40,5 bzw. 37,7 Jahre angewachsen. Bei der Cannabisklientel ist das Altersniveau zwischen 2005 und 2007 angestiegen, seitdem ist es jedoch vergleichsweise stabil: Es beträgt knapp 26 Jahre bei allen Klientinnen und Klienten und etwa 24 Jahre bei den Neuaufnahmen.

Tabelle 9: Durchschnittsalter nach Hauptdiagnosegruppe (Alkohol, Opiate, Cannabis), 2005 bis 2012 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=82)

	2005	2007	2009	2011	2012
Alle Klienten					
Alkohol	44,8	45,1	45,3	45,3	45,2
Opiate	35,3	36,5	38,2	39,6	40,5
Cannabis	24,1	25,7	25,8	25,9	25,7
Neuaufnahmen					
Alkohol	43,7	43,7	44,1	43,0	42,7
Opiate	34,1	34,3	36,4	36,6	37,7
Cannabis	23,1	24,8	24,3	24,2	23,6

Wenn in einem dritten Schritt das Alter der neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten getrennt nach verschiedenen Alterskategorien betrachtet wird, ergibt sich zum einen, dass bei den Opiatabhängigen der Anteil der 45- bis 59-jährigen Personen seit 2005 stetig angewachsen ist: von 11 % (2005) über 18 % (2009) auf aktuelle 23 % (2012) (siehe Tabelle 10). Gleichzeitig hat sich der Anteil der jüngeren Opiatklientinnen und -klienten verringert. Waren im Jahr 2005 noch 24 % der Klientinnen und Klienten jünger als 27 Jahre, beträgt der entsprechende Anteil im Jahr 2012 nur noch 13 %. Bei der Alkoholklientel hat dagegen der Anteil jüngerer Personen (< 27 Jahre) im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2012 zugenommen: Er ist von 10 % auf 18 % angewachsen, was mit dem HALT-Projekt zusammenhängen dürfte, das insbesondere auf jüngere Menschen abzielt (Kurzintervention bei alkoholintoxikierten Personen). Auffällig ist, dass im Jahr 2012 immerhin 6 % der Alkoholklientel minderjährige Personen sind.

Bei der Cannabisklientel ist bemerkenswert, dass die Gruppe der minderjährigen Personen seit 2007 kontinuierlich stärker wird und inzwischen einen Wert von 23 % erreicht hat.

Tabelle 10: Alterskategorien nach Hauptdiagnosegruppe (Alkohol, Opiate, Cannabis), 2005 bis 2012 (Neuaufnahmen, gleiche Einrichtungen, N=82)

	2005	2007	2009	2011	2012
Alkohol					
bis 18 Jahre	1%	1%	2%	5%	6%
18 bis unter 27 Jahre	9%	8%	8%	12%	12%
27 bis unter 35 Jahre	12%	13%	11%	11%	11%
35 bis unter 45 Jahre	31%	30%	27%	20%	21%
45 bis unter 59 Jahre	41%	40%	43%	43%	40%
60 und älter	7%	7%	8%	8%	9%
Gesamt	1.988	2.023	2.699	2.944	2.802
Opiate					
bis 18 Jahre	0,1%	0,4%	1%	2%	1%
18 bis unter 27 Jahre	24%	23%	17%	13%	12%
27 bis unter 35 Jahre	31%	31%	32%	35%	30%
35 bis unter 45 Jahre	33%	33%	32%	30%	33%
45 bis unter 59 Jahre	11%	12%	18%	19%	23%
60 und älter	0,2%	0,3%	1%	2%	1%
Gesamt	905	683	739	586	563
Cannabis					
bis 18 Jahre	20%	11%	16%	19%	23%
18 bis 27 Jahre	61%	62%	57%	53%	51%
27 bis 35 Jahre	11%	17%	19%	19%	17%
35 bis unter 45 Jahre	7%	8%	7%	7%	7%
45 bis unter 59 Jahre	1%	2%	2%	2%	2%
60 und älter	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Gesamt	761	715	1.135	1.123	1.171

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 Klientinnen und Klienten mit einer Alkoholproblematik seit dem Jahr 2005 auf einem sehr stabilen Niveau bei 41 % bzw. 42 % bewegt (siehe Tabelle 11). Bei der Opiatklientel wird dagegen der Trend eines abnehmenden relativen Anteils sichtbar: Der Wert für 2012 beträgt 28 %, sieben Jahre zuvor waren es noch 34 %. Der Anteil der Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten, die das ambulante Suchthilfesystem in Hessen aufsuchen, ist im betrachteten Zeitraum leicht von 12 % auf 14 % angestiegen. Der Anteil der pathologisch Glücksspielenden liegt in den ersten Jahren stabil bei 1 % bis 2 % und ist dann bis ins Jahr 2012 auf 6 % angewachsen. Sehr stabil zeigen sich die Anteile für die Kokainklientel (2005-2012: 2 %) sowie für die Personen mit anderen Suchtdiagnosen (2005-2012: 4 % bis 5 %).

Bei der Interpretation dieser Zahlen ist prinzipiell zu berücksichtigen, dass über den gesamten Zeitraum die Anzahl der dokumentierten Hauptdiagnosen angestiegen ist – von 12.541 auf 17.794 Fälle. Das bedeutet, dass in vielen Fällen auch bei einem abnehmenden Prozentanteil gegenüber

dem Vorjahr die absolute Zahl der Klientinnen und Klienten in der jeweiligen Gruppe nicht gefallen ist bzw. sogar zugenommen hat.

Tabelle 11: Hauptdiagnose der Klienten, 2005 bis 2012 (gleiche Einrichtungen, N=82)¹²

	2005	2007	2009	2011	2012
Alkohol	41%	41%	41%	42%	42%
Opiate	34%	33%	31%	29%	28%
Cannabis	12%	13%	14%	14%	14%
Crack	2%	2%	1%	1%	0,4%
Kokain	2%	2%	2%	2%	2%
Amphet./MDMA/Halluzinogen	2%	2%	3%	3%	3%
Path. Spielen	1%	2%	5%	5%	6%
Andere	5%	5%	4%	4%	4%
Gesamt	12.541	13.389	16.398	17.818	17.794

Bei den bisher berichteten Zahlen zur Hauptdiagnose wurde nicht zwischen den Personen unterschieden, die bereits in den Jahren zuvor in den beteiligten Suchthilfeeinrichtungen betreut wurden und denen, die die Beratungs- und Behandlungsangebote im jeweiligen Auswertungsjahr das erste Mal in Anspruch genommen haben. Diese Differenzierung soll nun im 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 ein vergleichsweise stabiler Anteil um die 50 % festzustellen, auch wenn dieser seit 2005 immer mal wieder nach oben oder unten mit Werten zwischen 47 % und 51 % schwankt (siehe Tabelle 12). Demgegenüber reduziert sich der Anteil der Neuaufnahmen mit einer opiatbezogenen Hauptdiagnose drastisch: von 21 % in 2005 über 13 % in 2009 auf nur noch 10 % im Jahr 2012. In absoluten Zahlen bedeutet dies eine Abnahme von 910 auf 566 Neuaufnahmen (damit ist sie aktuell nur noch die viertgrößte Hauptdiagnosegruppe).

Die Cannabisklientel stellt seit 2007 mit einem Anteil von etwa 20 % die zweitgrößte Gruppe der Neuaufnahmen dar. Bei der Gruppe der pathologisch Glücksspielenden ist es im Dokumentationszeitraum zu einer sehr deutlichen Steigerung ihres prozentualen Anteils gekommen: seit 2005 ist dieser von 2 % auf 10 % im Jahr 2012 angestiegen (in absoluten Zahlen: von 65 auf 593 Neuaufnahmen). Hier dürfte sich die verstärkte Ausrichtung der hessischen Suchthilfe auf die Betreuung dieser Klientel in den letzten Jahren widerspiegeln.

Die Anteile der neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten mit den Hauptdiagnosen Kokain, Crack und anderen Suchtdiagnosen entsprechen weitgehend den Werten, die für die Gesamtklientel ermittelt worden sind (siehe oben). Sie sind über die Jahre relativ stabil geblieben. Bei den Amphetaminen zeichnet sich bei den Neuaufnahmen eine leichte Zunahme ab (von 2 % auf 4 %). Hier sollte die weitere Entwicklung beobachtet werden.

¹²In 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 12: Hauptdiagnose der neu aufgenommenen Klienten, 2005 bis 2012
(gleiche Einrichtungen, N=82)**

	2005	2007	2009	2011	2012
Alkohol	47%	50%	48%	51%	49%
Opiate	21%	18%	13%	10%	10%
Cannabis	18%	19%	20%	20%	20%
Crack	2%	1%	0,4%	1%	0,3%
Kokain	2%	2%	2%	2%	2%
Amphet./MDMA/Halluzinogen	2%	3%	3%	3%	4%
Path. Spielen	2%	3%	9%	9%	10%
andere	6%	5%	5%	5%	4%
Gesamt	4.236	4.070	5.620	5.776	5.765

Erwerbssituation

Der Anteil von erwerbstätigen Personen¹³ unter der Alkoholklientel ist seit dem Jahr 2005 um 9 Prozentpunkte von 39 % auf 48 % angewachsen (siehe Tabelle 13). Gleichzeitig hat sich der Anteil der ALG I-Empfängerinnen und -empfänger mehr als halbiert (2005: 13 %, 2012: 6 %). Auch der entsprechende Wert für ALG II geht seit 2007 langsam zurück (von 34 % auf 29 %).

Tabelle 13: Erwerbssituation der Alkoholklienten, 2005 bis 2012 (gleiche Einrichtungen, N=82)

	2005	2007	2009	2011	2012
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	39%	39%	44%	47%	48%
ALG I	13%	10%	8%	6%	6%
ALG II	31%	34%	32%	30%	29%
SGB XII	3%	4%	2%	2%	2%
berufliche Rehabilitation	1%	1%	1%	1%	1%
sonstige	12%	12%	14%	15%	15%
Gesamt	2.090	3.627	6.172	6.851	6.692

Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei der Opiatklientel festzustellen, wenn auch auf einem niedrigeren Niveau: Der Anteil der erwerbstätigen Personen ist seit 2005 leicht angestiegen (von 17 % auf 22 %) und derjenige der ALG I-Empfängerinnen und -Empfänger zurückgegangen (von 9 % auf 5 %). Gleichzeitig ist bei dieser Hauptdiagnosegruppe aber der Anteil für den ALG II-Bezieherkreis auf einem etwa gleich hohen Niveau geblieben (zwischen 56 % auf 60 %) (siehe Tabelle 14). Diese insgesamt negative Situation verdeutlicht noch einmal den besonderen Hilfebedarf der Opiatklientel hinsichtlich ihrer beruflichen Situation.

¹³ Da die Erfassung der Erwerbssituation in 2005 an die durch die Hartz-IV-Gesetze eingeführten Formen der Sozialleistungen angepasst werden musste, werden für die Auswertungen der Jahre 2005 und 2007 ausschließlich Biografieeinträge herangezogen, die ab 2005 gemacht wurden. Dies hat eine verminderte Fallzahl in den Auswertungen dieser Jahre zur Folge.

Tabelle 14: Erwerbssituation der Opiatklienten, 2005 bis 2012 (gleiche Einrichtungen, N=82)

	2005	2007	2009	2011	2012
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	17%	18%	19%	21%	22%
ALG I	9%	7%	6%	5%	5%
ALG II	56%	58%	60%	59%	57%
SGB XII	10%	8%	6%	7%	8%
berufliche Rehabilitation	1%	2%	1%	1%	1%
Sonstige	6%	6%	7%	7%	8%
Gesamt	2.101	3.238	4.694	4.866	4.737

Auch bei der Cannabisklientel hat der Anteil der erwerbstätigen Personen zwischen 2005 und 2012 zugenommen; er liegt aktuell bei 63 % (siehe Tabelle 15). Bei den ALG I-Berechtigten ist seit 2005 ein prozentualer Rückgang zu konstatieren (von 6 % auf 3 %); der Anteil der ALG II-Berechtigten liegt seit 2007 – mit leichten Schwankungen – auf einem ähnlichen Niveau wie bei der Alkoholklientel von (knapp) 30 %

Tabelle 15: Erwerbssituation der Cannabisklienten, 2005 bis 2012 (gleiche Einrichtungen, N=82)

	2005	2007	2009	2011	2012
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	57%	54%	57%	58%	63%
ALG I	6%	6%	5%	4%	3%
ALG II	25%	29%	29%	30%	27%
SGB XII	3%	2%	1%	2%	2%
berufliche Rehabilitation	1%	2%	2%	3%	1%
Sonstige	8%	7%	5%	4%	4%
Gesamt	826	1.492	2.053	2.174	2.213

Wohnsituation

Bei der Wohnsituation sind bei den drei betrachteten Klientelen (kleinere) Veränderungen über die Jahre festzustellen.

Bei der Alkoholklientel schwanken die Anteile für diejenigen, die selbstständig wohnen, zwischen 80 % und 84 % (siehe Tabelle 16). Zugenommen hat im Beobachtungszeitraum der Anteil derjenigen Personen, die bei Angehörigen oder den Eltern leben (von 7 % auf 12 %). Die Anteile für eine prekäre Wohnsituation liegen mit 3 % bzw. 4 % auf einem stabilen Niveau. Insgesamt existiert hier keine Entwicklung, die in eine bestimmte Richtung weist.

Tabelle 16: Wohnsituation der Alkohol Klienten, 2005 bis 2012 (gleiche Einrichtungen, N=82)

	2005	2007	2009	2011	2012
Selbstständiges Wohnen	80%	81%	84%	83%	82%
Bei Angehörigen/Eltern	7%	7%	10%	11%	12%
Betreutes Wohnen	3%	3%	2%	2%	2%
Prekäre Wohnsituation	3%	3%	4%	4%	3%
sonstiges	7%	7%	0,2%	0,2%	0,2%
Gesamt	5.131	5.424	6.374	7.134	6.963

Bei der Opiatklientel zeigt sich eine Entwicklung, nach der seit 2007 knapp zwei Drittel über eine stabile Wohnsituation verfügen, d. h. sie wohnen selbstständig (siehe Tabelle 17). Es findet sich aktuell ein – gegenüber dem Ausgangsjahr (2005) – um 6 Prozentpunkte verbesserter Wert. Gleichzeitig ist der Anteil derjenigen, die in einer prekären Wohnsituation leben, von 11 % auf 15 % angestiegen. Bei der Kategorie „Betreutes Wohnen“ deutet sich eine leichte Abnahme an (von 7 % auf 5 %).

Tabelle 17: Wohnsituation der Opiatklienten, 2005 bis 2012 (gleiche Einrichtungen, N=82)

	2005	2007	2009	2011	2012
Selbstständiges Wohnen	60%	65%	64%	66%	66%
Bei Angehörigen/Eltern	15%	13%	16%	14%	14%
Betreutes Wohnen	7%	7%	6%	5%	5%
Prekäre Wohnsituation	11%	10%	13%	14%	15%
sonstiges	6%	6%	1%	1%	1%
Gesamt	4.239	4.451	4.894	5.084	4.920

Bei der Cannabisklientel stellt sich die Situation seit 2007 so dar, dass sich um die 45 % (± 2 %) in einer selbstständigen Wohnsituation befinden (siehe Tabelle 18). Nur im Jahr 2005 fiel dieser Wert mit 37 % deutlich geringer aus. Darüber hinaus wohnen vergleichsweise viele Personen (noch) bei den Eltern oder Angehörigen. Der aktuelle Wert beträgt 47 %. Der Anteil derjenigen, die sich in einer prekären Wohnsituation befinden, hat sich im Beobachtungszeitraum von 3 % auf 6 % verdoppelt.

Tabelle 18: Wohnsituation der Cannabisklienten, 2005 bis 2012 (gleiche Einrichtungen, N=82)

	2005	2007	2009	2011	2012
Selbstständiges Wohnen	37%	45%	46%	45%	43%
Bei Angehörigen/Eltern	48%	40%	46%	45%	47%
Betreutes Wohnen	5%	6%	3%	4%	4%
Prekäre Wohnsituation	3%	3%	5%	6%	6%
sonstiges	8%	6%	0,4%	1%	1%
Gesamt	1.537	1.755	2.228	2.319	2.391

Betreuungsform

Die Beratung ist seit 2005 die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform in der ambulanten Suchthilfe Hessens. Ihr relativer Anteil hat jedoch im Beobachtungszeitraum von 50 % (2005) um 8 Prozentpunkte auf 42 % (2012) abgenommen (siehe Tabelle 19). Die zweithäufigste Betreuungsform ist mit einem Anteil von inzwischen 16 % die Medikamentengestützte Behandlung, d. h. vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter. Bei der Betreuungsform Ambulante Rehabilitation ist ebenfalls ein langsames, aber stetiges Anwachsen ihres prozentualen Anteils – von 8 % auf 12 % – zu beobachten. Dagegen verläuft die Entwicklung bei der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung uneinheitlich: Ihr Ausgangswert von 9 % hat sich bis 2009 um gut ein Drittel auf 13 % erhöht, ist dann aber wieder auf 10 % gefallen und verharrt auf diesem Niveau.

In der Kategorie „andere“, die im Jahr 2012 etwa ein Fünftel aller Betreuungen ausmacht (19 %), werden verschiedene andere Betreuungsarten, z. B. Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung, schulische und berufliche Integrationshilfen oder Raucherentwöhnung zusammengefasst. Die Bedeutung dieser Kategorie ist in den letzten sieben Jahren bei leichten prozentualen Schwankungen in etwa gleich geblieben.

Auch bei den genannten Zahlen zur Betreuung ist zu beachten, dass die dokumentierten Betreuungen zwischen 2005 und 2012 kontinuierlich von 18.539 auf 22.730 zugenommen haben.

Tabelle 19: Betreuungsform der Klienten, 2005 bis 2012 (gleiche Einrichtungen, N=82)

	2005	2007	2009	2011	2012
Beratung	50%	50%	41%	41%	42%
Medikam.-gestützte Behandl.	14%	14%	15%	16%	16%
Ambulante Reha.	8%	8%	10%	11%	12%
Allg. psychosoziale Betreuung	9%	10%	13%	10%	10%
andere	19%	19%	22%	20%	19%
Gesamt	18.539	19.723	21.547	22.859	22.730

Wird auch hier ein differenzierter Blick auf die drei Hauptdiagnosegruppen geworfen, ergeben sich weitere Erkenntnisse. Es zeigt sich dann die stark zunehmende Bedeutung der Ambulanten Rehabilitation bei der Alkohol Klientel. Ihr relativer Anteil ist zwischen 2005 und 2012 von 17 % auf 24 % angewachsen (siehe Tabelle 20). Bei der Opiatklientel ist die Entwicklung bei der Medikamentengestützten Behandlung auffällig. Ihr Anteil stieg im Beobachtungszeitraum von 41 % auf 57 % (siehe Tabelle 21). Die Ergebnisse bei der Cannabisklientel zeichnen sich dadurch aus, dass die Bedeutung der Betreuungsformen „Vorbereitung auf stationäre Behandlung“ und „Frühintervention“ über die Jahre zugenommen hat (siehe Tabelle 22). Bei allen drei Hauptdiagnosegruppen ist im Gegenzug der relative Anteil der Beratung stark zurückgegangen – und zwar um 9 bis 16 Prozentpunkte.

Tabelle 20: Betreuungsform der Alkohol Klienten, 2005 bis 2012 (gleiche Einrichtungen, N=82)

	2005	2007	2009	2011	2012
Beratung	55%	55%	45%	44%	46%
Ambulante Reha.	17%	17%	21%	23%	24%
MPU-Beratung	6%	4%	4%	4%	3%
Vorb. auf stat. Behandlung	7%	8%	10%	10%	10%
Allg. psychosoziale Betreuung	3%	2%	6%	5%	5%
andere	13%	14%	14%	13%	12%
Gesamt	5.868	5.934	6.824	7.710	7.565

Tabelle 21: Betreuungsform der Opiatklienten, 2005 bis 2012 (gleiche Einrichtungen, N=82)

	2005	2007	2009	2011	2012
Beratung	30%	28%	16%	14%	14%
Medikam.-gest. Behandl.	41%	42%	47%	56%	57%
Ambulante Reha.	1%	2%	2%	2%	2%
Allg. psychosoziale Betreuung	10%	12%	15%	8%	8%
andere	18%	17%	20%	20%	19%
Gesamt	5.062	5.297	5.928	6.117	5.959

Tabelle 22: Betreuungsform der Cannabisklienten, 2005 bis 2012 (gleiche Einrichtungen, N=82)

	2005	2007	2009	2011	2012
Beratung	66%	63%	50%	50%	52%
Allg. psychosoziale Betreuung	6%	3%	8%	7%	7%
MPU-Beratung	11%	12%	11%	9%	6%
Vorb. auf stat. Behandlung	4%	6%	6%	7%	7%
Frühintervention	0,2%	2%	6%	5%	8%
Ambulante Behandlung	2%	1%	4%	5%	5%
Andere	11%	13%	14%	16%	15%
Gesamt	1.626	1.908	2.349	2.682	2.756

Betreuungsdauer

Bei der Analyse der Betreuungsdauer der einzelnen Hauptdiagnosegruppen zeigt sich im betrachteten Zeitraum ein deutlicher Trend: Die Betreuung der Opiatklientel weist im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen¹⁴ für das Jahr 2012 den mit Abstand höchsten Durchschnittswert auf, der darüber hinaus seit 2005 von 267 auf 364 Tage kontinuierlich angewachsen ist (siehe Tabelle 23). Bei der Cannabis- und Alkoholklientel gibt es dagegen keine einheitliche Entwicklung bei der Betreuungsdauer. Beide kommen auf schwankende Jahreswerte, die zwischen 182 und 208 Tagen liegen. Die Entwicklung bei den pathologisch Glücksspielenden über die Zeit ist ebenfalls uneinheitlich (Werte zwischen 142 und 198 Tagen). Bei dieser Gruppe liegt im Jahr 2012 mit 145 Tagen die niedrigste durchschnittliche Betreuungsdauer von allen Hauptdiagnosegruppen vor.

Tabelle 23: Durchschnittliche Betreuungsdauer der Klienten, 2005 bis 2012 (in Tagen, abgeschlossene Betreuungen, gleiche Einrichtungen, N=82)

	2005	2007	2009	2011	2012
Alkohol	198	193	187	186	208
Opiate	267	312	337	360	364
Cannabis	182	196	202	201	188
Crack	265	284	345	220	428
Kokain	240	269	279	243	215
Amphet./MDMA/Halluzinogen	216	227	215	243	225
Path. Spielen	198	182	142	176	145
Insgesamt	214	229	235	229	234
N Betreuungen	9.191	9.728	9.417	10.600	10.409

¹⁴ Bei der Crackklientel sind die geringen Fallzahlen (N₂₀₁₂=33) zu beachten, so dass einzelne Werte den Mittelwert leicht beeinflussen können. Vor diesem Hintergrund sollten die stark schwankenden Werte mit Vorsicht interpretiert werden.

Art der Beendigung der Betreuung

Bei der Art der Beendigung der Betreuung ergeben sich bei den drei betrachteten Hauptdiagnosegruppen unterschiedliche Trends.¹⁵ Werden die beiden positiven Kategorien „regulär“ und „planmäßiger Wechsel“ zusammengefasst, ergibt sich für die Alkoholklientel im gesamten Beobachtungszeitraum ein (fast) gleichbleibender Anteil von 66 % bzw. 69% (siehe Tabelle 24). Das Gleiche gilt für die Cannabisklientel: Auch hier zeigt sich mit (zusammengefassten) Werten von 61 % bzw. 59 % ein stabiles Beendungsverhalten (siehe Tabelle 26). Bei der Opiatklientel ist dagegen eine Abnahme regulärer Beendigungen (inkl. planmäßiger Wechsel) zu registrieren. Zwischen 2005 und 2011 ist der entsprechende Anteil von 52 % auf 44 % gefallen, um ein Jahr später nur leicht wieder anzusteigen (siehe Tabelle 25).

Tabelle 24: Art der Beendigung der Betreuung bei den Alkoholklienten (gleiche Einrichtungen, N=82)

	2005	2007	2009	2011	2012
regulär	47%	47%	50%	50%	50%
planmäßiger Wechsel	22%	22%	16%	16%	16%
vorzeitig auf ärztl./therap. Veranlassung	/*	/	1%	1%	1%
vorzeitig mit ärztl./therap. Einverständnis	/	/	3%	5%	5%
vorzeitig ohne ärztl./therap. Einverständnis	29%	29%	26%	25%	24%
disziplinarisch	2%	1%	1%	1%	1%
außerplanmäßige Verlegung/Wechsel	0,3%	0,2%	2%	2%	2%
verstorben	1%	1%	1%	1%	1%
Gesamt	3.321	3.505	4.073	4.430	4.261

* / = teilweise andere Erfassungssitem

¹⁵ Die beiden Kategorien „Vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung“ und „Vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischen Einverständnis“ sind erst im Rahmen der Überarbeitung des Deutschen Kerndatensatz eingeführt worden.

Tabelle 25: Art der Beendigung der Betreuung bei den Opiatklienten (gleiche Einrichtungen, N=82)

	2005	2007	2009	2011	2012
regulär	24%	22%	24%	24%	26%
planmäßiger Wechsel	28%	26%	20%	20%	20%
vorzeitig auf ärztl./therap. Veranlassung	/*	/	2%	3%	2%
vorzeitig mit ärztl./therap. Einverständnis	/	/	4%	5%	5%
vorzeitig ohne ärztl./therap. Einverständnis	36%	41%	35%	30%	29%
disziplinarisch	7%	5%	5%	7%	8%
außerplanmäßige Verlegung/Wechsel	5%	3%	8%	9%	9%
verstorben	1%	2%	2%	2%	2%
Gesamt	2.441	2.398	2.449	2.292	2.118

* / = teilweise andere Erfassungssitem

Tabelle 26: Art der Beendigung der Betreuung bei den Cannabisklienten (gleiche Einrichtungen, N=82)

	2005	2007	2009	2011	2012
regulär	48%	47%	50%	48%	51%
planmäßiger Wechsel	13%	14%	9%	11%	10%
vorzeitig auf ärztl./therap. Veranlassung	/*	/	1%	1%	1%
vorzeitig mit ärztl./therap. Einverständnis	/	/	4%	3%	4%
vorzeitig ohne ärztl./therap. Einverständnis	35%	36%	33%	33%	30%
disziplinarisch	3%	2%	2%	2%	1%
außerplanmäßige Verlegung/Wechsel	1%	2%	2%	2%	3%
verstorben	0%	0%	0%	0%	0%
Gesamt	1.005	1.087	1.222	1.354	1.373

* / = teilweise andere Erfassungssitem

Steppan, M., Pfeiffer-Gerschel, T. & Künzel, J. (2012). Jahresbericht 2011 der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)

Bundesagentur für Arbeit (2013). Statistik nach Regionen
http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur/Hessen-Nav.html?year_month=201208

Bundeszentrale für politische Bildung (2012). Soziale Situation in Deutschland - Bevölkerung mit Migrationshintergrund
<http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/migrationshintergrund-i>

Frankfurter Rundschau (2012). Die Hessen werden immer älter
<http://www.fr-online.de/rhein-main/bevoelkerung-hessen-statistik-die-hessen-werden-immer-aelter,1472796,16648414.html>

Hessisches Statistisches Landesamt (2013). Ausländische Bevölkerung in Hessen 1970 bis 2012
<http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bevoelkerung-gebiet/landesdaten/auslaendische-bevoelkerung-in-hessen/auslaendische-bevoelkerung-hessen/index.html>

Hessisches Statistisches Landesamt (2013). Bevölkerung Hessens nach dem Familienstand
<http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bevoelkerung-gebiet/landesdaten/bevoelkerung-allgemein/familienstand/index.html>

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2013). Zensus 2011 - Bevölkerung im regionalen Vergleich nach höchstem schulischen Abschluss
https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:06,BEV_2_4_2_5,,

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	PRISMA - Jugend- und Drogenberatungsstelle für den Kreis Bergstraße	Bensheim	AWO Bergstrasse Soziale Dienste gGmbH
7	Betreutes Wohnen	Bensheim	Wohngemeinschaft Bergstraße e.V.
8	Der Treff" - Beratungszentrum Biedenkopf	Biedenkopf	Bürgerinitiative Sozialpsychiatrie e.V.
9	Suchtkranken- und Angehörigenberatung	Biedenkopf	Diakonisches Werk in Hessen und Nassau, Frankfurt
10	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Wetteraukreis, Außenstelle Büdingen	Büdingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
11	Drogenberatung im Suchthilfezentrum Darmstadt	Darmstadt	Caritasverband Darmstadt e.V.
12	Suchthilfezentrum Darmstadt - Beratung und Behandlung	Darmstadt	Caritasverband Darmstadt e.V.
13	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Dieburg	Caritasverband Darmstadt e.V.
14	Drogenberatung für den Landkreis Darmstadt-Dieburg	Dieburg	Kreisverwaltung des Landkreises Darmstadt-Dieburg
15	Suchthilfezentrum Wildhof - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Dietzenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
16	Suchtberatung	Dillenburg	Diakonisches Werk Dillenburg
17	Betreutes Wohnen Bremthal - Therapeutische Einrichtung Eppstein	Eppstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
18	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Erbach	Caritasverband Darmstadt e.V.

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
37	Betreutes Wohnen für Menschen mit alkoholbedingten Folgeerkrankungen in Frankfurt	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
38	Bildungszentrum Hermann Hesse	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
39	Drogennotdienst	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
40	Jugendberatung und Suchthilfe Am Merianplatz	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
41	Jugendberatung und Suchthilfe Sachsenhausen	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
42	Suchthilfezentrum Bleichstraße	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
43	"drop in" - Fachstelle Nord für Suchtfragen	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
44	Jugend- und Drogenberatung Höchst	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
45	Kontaktladen "Café Fix"	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
46	Frauenberatungsstelle	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. und Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V.
47	Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke	Friedberg	Caritasverband Gießen e. V.
48	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Wetteraukreis	Friedberg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
49	Sucht- und Drogenberatungsstelle - Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke und Angehörige	Fulda	Caritasverband für Stadt und Landkreis Fulda
50	Fachstelle für Sucht	Fulda	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Fulda e.V.
51	Jugend- und Drogenberatungsstelle Gelnhausen / Schlüchtern	Gelnhausen	AWO Kreisverband Main-Kinzig e.V.
52	Fachambulanz für Suchtkranke	Gelnhausen	CV für den Main-Kinzig-Kreis e.V.
53	SuchthilfeZentrum Gießen - Schanzenstraße	Gießen	Arbeitsgemeinschaft Rauschmittelprobleme
54	Paritätische Nachsorge - Einrichtung für Suchtkranke Haus Gilsberg / Haus Haina-Battenhausen	Gilsberg	Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungname	Ort	Träger
55	Jugend- und Drogenberatung	Hanau	Diakonisches Werk Ev. Kirchenkreise HU-Stadt/Land
56	Suchtberatung für Erwachsene	Hanau	Diakonisches Werk Ev. Kirchenkreise HU-Stadt/Land
57	Suchtberatung für Erwachsene Hanau, Betreutes Einzelwohnen	Hanau	Diakonisches Werk Ev. Kirchenkreise HU-Stadt/Land
58	Betreute Wohngemeinschaft und Betreutes Einzelwohnen für Menschen mit einer Alkoholproblematik und weiteren schwerwiegenden Erkrankungen	Hattersheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e. V.
59	Aufsuchende Suchthilfe in der Stadt Hattersheim	Hattersheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
60	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Heppenheim	Caritasverband Darmstadt e.V.
61	Drogenberatung im Landkreis Kassel	Hofgeismar	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
62	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe im Main-Taunus-Kreis	Hofheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
63	Jugend- und Drogenberatung Schwalm-Eder Kreis	Homburg (Efze)	Kreisausschuß des Schwalm-Eder-Kreises
64	Suchthilfe und Suchtprävention für Karben	Karben	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
65	Psychoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Blaukreuz-Zentrum	Kassel	Blaukreuzverein Kassel e.V.
66	Beratungs- und Behandlungsstelle für alkohol- und medikamentenabhängige Erwachsene und Spieler	Kassel	Diakonisches Werk Kassel-Stadt, -Land und Kaufungen
67	Frühintervention für suchtmittelabhängige Schwangere	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
68	Jugend- und Suchtberatung - Ambulante Rehabilitation "JuS"	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
69	Substitutionsfachambulanz "SAM"	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
70	Substitutionsfachambulanz "SAM2"	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
71	Betreute Wohngemeinschaft "Carlotta" der Frauentherapie "Camille"	Königstein	Calla - Verein zur Förderung der Lebensqualität von Frauen mit Suchtproblemen

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
72	Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen	Korbach	Zweckverband des diakonischen Werkes Waldeck-Frankenberg
73	Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen - Betreutes Wohnen	Korbach	Zweckverband des diakonischen Werkes Waldeck-Frankenberg
74	Mobile Beratung in der Gemeinde Kriftel	Kriftel	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
75	PRISMA - Jugend- und Drogenberatungsstelle für den Kreis Bergstraße	Lampertheim	AWO Bergstrasse Soziale Dienste gGmbH
76	Suchtberatungsstelle	Limburg	Diakonisches Werk Limburg-Weilburg
77	Jugend- und Drogenberatungsstelle Limburg	Limburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
78	Kontaktladen "Komm'ia"	Limburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
79	Substitutionsambulanz Limburg	Limburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V. / PKH Hadamar (LWV)
80	Aufsuchende Suchtberatung Maintal	Maintal	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
81	Suchtberatungsstelle des Blauen Kreuzes	Marburg	Blaues Kreuz in Deutschland. Ortsverein Marburg
82	Sucht und Drogenberatung	Marburg	Diakonisches Werk Oberhessen
83	Betreutes Wohnen Teichwiese	Marburg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
84	Jugend-, Drogen- und Suchtberatung	Mörfelden-Walldorf	Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe e.V.
85	Suchtberatungsstelle im Rheingau-Taunus-Kreis	Oestrich-Winkel	Neue Hoffnung e.V.
86	Psychosoziale Beratung und Behandlung für Suchtkranke	Offenbach	Caritasverband Offenbach e.V.
87	Suchthilfezentrum Wildhof - Betreutes Wohnen	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
88	Suchthilfezentrum Wildhof - Kontaktladen "Bella Vista"	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
89	Suchthilfezentrum Wildhof - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
90	Fachambulanz für Suchtkranke	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungname	Ort	Träger
91	Jugend- und Drogenberatung	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.
92	Betreutes Wohnen	Rüsselsheim	Regionales Diakonisches Werk Groß-Gerau
93	Jugendberatung und Suchthilfe in den Städten Bad Soden, Eschborn, Schwalbach und der Gemeinde Sulzbach	Schwalbach	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
94	Jugend- und Suchtberatungsstelle	Schwalmsstadt	Hephata Hess. Diakoniezentrum e.V.
95	Sucht- und Drogenberatungsstelle	Stadtallendorf	Diakonisches Werk Oberhessen
96	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Rheingau-Taunus-Kreis	Taunusstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
97	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Rheingau-Taunus-Kreis - Betreutes Wohnen	Taunusstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
98	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis - Außenstelle für den Hintertaunus	Usingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
99	Jugend- und Drogenberatungsstelle	Weilburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
100	Integrierte Beratungsstelle Wetter	Wetter	Bürgerinitiative Sozialpsychiatrie e.V.
101	Suchthilfe Wetzlar e.V. - Betreutes Wohnen	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
102	Suchthilfe Wetzlar e.V. - Integrierte Jugend-, Drogen- und Suchtberatungsstelle	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
103	Fachambulanz für Suchtkranke	Wiesbaden	Caritasverband Wiesbaden e.V.
104	Suchthilfezentrum Wiesbaden	Wiesbaden	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.

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)
Lokstedter Weg 24
20251 Hamburg
Tel.: 040/876 066 68
www.isd-hamburg.de

Layout, Satz

Eike Neumann-Runde, Hamburg

Druck

typographics GmbH, Darmstadt

November 2013

ISSN 1614-8991



Hessische Landesstelle für
Suchtfragen e. V.

*Kompetent durch Erfahrung
Innovativ durch Flexibilität*