

2006

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

– Grunddaten –



Herausgeberin

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

Text und Redaktion

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

Layout, Satz

Martin Tapp, Eike Neumann, Hamburg

Druck

typographics GmbH, Darmstadt

November 2007

Band 1

ISSN 1614-8991

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

Landesauswertung der
Computergestützten Basisdokumentation
der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS)
– Grunddaten 2006 –

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

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

Frankfurt a. M., November 2007

Inhalt

Einführung	9
Zusammenfassung	11
Zielsetzung und Datengrundlage	15
Trends 2003 bis 2006	21
Regionale Aspekte (Trends)	42
Erstmalige Auswertungen für das Jahr 2006	51
Literatur	56
Anhang: 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 eine Cannabis-Spezialanalyse wurden ferner auch Leistungsdaten ausgewertet.

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

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

Was ist der HKDS?

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

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

Was ist der ICD-10?

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

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

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

Was ist eine Betreuung?

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

Wie wird der Datenschutz bei der Landesauswertung gewährleistet?

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

Wie wird die Dokumentationsqualität sichergestellt?

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

Welche *COMBASS*-Berichte sind bisher erschienen?

Im Rahmen des *COMBASS*-Projektes wird beginnend mit dem Jahr 2003 eine Suchthilfestatistik für den ambulanten Bereich erstellt. Jedes Jahr erscheinen ein Grunddaten-Bericht sowie eine Spezialanalyse. Die vorliegende Grunddatenauswertung 2006 ist der siebte *COMBASS*-Bericht. Davor sind erschienen:

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

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

Was ist HORIZONT?

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

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

Der vorliegende Bericht zeigt, dass sich in Hessen in den letzten Jahren ein stabiles Suchthilfe-Monitoring entwickelt hat. Die Grundlage hierfür bildet die mit Mitteln des Hessischen Sozialministeriums und unter der Federführung der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS) erstellte jährliche Suchthilfestatistik für den ambulanten Bereich, die seit dem Jahr 2003 jährlich herausgegeben wird.

Im Zentrum des Grunddatenberichtes 2006 steht die Entwicklung der Klientel und der in Anspruch genommenen Betreuungen in den Jahren 2003 bis 2006. Mit einer solchen „Trend-Analyse“ kann dargestellt werden, zu welchen Veränderungen und Kontinuitäten es innerhalb dieser 4 Jahre in Hessen gekommen ist. Dadurch können mögliche Handlungsbedarfe erkannt und Fehlentwicklungen sichtbar gemacht werden.

In dem vorliegenden Bericht werden außerdem – aufgrund von Anregungen aus der Praxis – einige Auswertungen erstmals vorgenommen: So wird die Situation der Klientinnen und Klienten in den Bereichen Partnerbeziehungen, Kinder, Haftverfahren und Schulden beschrieben.

Es kann – nach inzwischen langjährigen Erfahrungen – festgestellt werden, dass mit der computer-gestützten Basisdokumentation der hessischen Suchthilfe (*COMBASS*) ein nachhaltiger Fortschritt im Bemühen um qualitativ hochwertige Sozialarbeit im Suchthilfebereich erreicht worden ist. Mit dem regelmäßigen Sucht-Monitoring hat die ambulante Suchthilfe im Bereich der sozialen Arbeit in Hessen eine Vorreiterrolle übernommen. Gerade für den in Hessen eingeleiteten Prozess der Kommunalisierung sind die in dieser Breite vorhandenen empirischen Daten von unschätzbarem Wert, da sie Diskussionen über mögliche Handlungsbedarfe in der ambulanten Suchthilfe versachlichen.

Die Aussagen dieses Berichtes beziehen sich ausschließlich auf diejenigen Personen, die den Weg in das ambulante Hilfesystem bereits gefunden haben. Aussagen, wie viele Menschen in Hessen von einer Suchtproblematik betroffen sind, können daraus nicht abgeleitet werden. Mit Hilfe von repräsentativen Bevölkerungsumfragen, bei denen das Gesundheits- und Konsumverhalten abgefragt wird, können hier (annäherungsweise) verlässige Zahlen ermittelt werden. Eine solche Erhebung wurde nun erstmals im Auftrag und mit Mitteln des Hessischen Sozialministeriums von der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS) organisiert. Das Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) hat im Herbst 2007 die Untersuchung in Zusammenarbeit mit Infratest Dimap (Berlin) durchgeführt.

Eine landesweite Grunddatenauswertung über einen längeren Zeitraum kann nur gelingen, wenn die daran beteiligten Personen und Institutionen über mehrere Jahre konstruktiv und effektiv zusammenarbeiten. Die Interessen aller Beteiligten werden in der *COMBASS*-Steuerungsgruppe bei der HLS erfolgreich zusammengeführt, in der die Träger, das Hessische Sozialministerium, die Softwarefirma und das auswertende Institut vertreten sind. An dieser Stelle sei den Mitgliedern für ihre konstruktive und engagierte Mitarbeit auf das herzlichste gedankt.

Im Einzelnen haben zum Erfolg des Grunddatenberichts 2006 folgende Institutionen beigetragen:

- das Hessische Sozialministerium durch die Finanzierung des Projektes,
- die beteiligten Träger und Einrichtungen (siehe Anhang) sowie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die gute Dokumentationsqualität und die Verbesserungsanregungen,
- das Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung in Hamburg (ISD), das als Auswertungsinstitut durch seine praxisnahe und konkrete Hilfestellung sowohl die Einrichtungen als auch die Steuerungsgruppe nachhaltig unterstützt hat.

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Auswertungsergebnisse bieten die nächsten Seiten.

Zusammenfassung

- Die vierte Jahresstatistik für die ambulante Suchthilfe in Hessen zeigt, dass sich die Datenqualität und -vollständigkeit unverändert auf einem hohen Niveau bewegt. Sie macht ferner deutlich, dass sich ein stabiles Suchthilfe-Monitoring des Landes Hessen entwickelt hat, durch das eine empirische Grundlage für Diskussionen über mögliche Handlungsbedarfe der ambulanten Suchthilfe in Hessen geschaffen worden ist.
- Das Herzstück des vorliegenden Berichtes stellt die Gegenüberstellung der Daten aus den Jahren 2003 bis 2006 dar.
- In der ambulanten Suchthilfe des Landes Hessens wurden im Jahr 2006 mit 18.534 verschiedenen Personen Termine für Hilfe- und Beratungsleistungen vereinbart. Zu diesen Klientinnen und Klienten samt Angehörigen – letztere besitzen einen Anteil von 5% – kamen weitere 5.052 anonyme Kontakte hinzu.
- Im Vergleich zum Jahr 2005 ist die Zahl der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen in 2006 nahezu stabil geblieben (101). Dementsprechend bewegt sich die Anzahl der dokumentierten Klientinnen und Klienten sowie der Betreuungen auf einem ähnlichen Niveau. Werden die letzten vier Jahre betrachtet, kann insgesamt von einer relativ stabilen Datenbasis gesprochen werden.

Trends 2003 bis 2006

- Vier Jahre (2003 bis 2006) sind ein hinreichend langer Zeitraum, um Aussagen über mögliche Veränderungen, aber auch Kontinuitäten bei der Klientel und den Betreuungen treffen zu können.

Hauptsubstanz

- Auf der Grundlage derjenigen Einrichtungen, die sich in jedem der vier Jahre an *COMBASS* beteiligt haben (N=84), stellt sich die Entwicklung bei der Hauptsubstanz der Klientel folgendermaßen dar: Der relative Anteil von Alkoholdiagnosen ist in den Jahren 2003 bis 2006 von 45% auf 42% gefallen. Gleichzeitig ist ein Anstieg bei den Opiat- und Cannabisdiagnosen festzustellen: von 31% auf 33% bzw. von 11% auf 13%.
- Bei der Cannabisklientel zeigt sich, wenn nach verschiedenen Altersgruppen ausgewertet wird, ein unerwarteter Trend: Der Anteil der Minderjährigen hat in den letzten vier Jahren stark abgenommen; er hat sich von 25% auf 15% reduziert. Auch der Anteil der jungen Erwachsenen (18 bis 26 Jahre) ist kaum angestiegen. Dagegen ist in der Altersgruppe der 27- bis 59-Jährigen ein stetiges Anwachsen ihres Anteils zu beobachten: von 16% im Jahr 2003 auf 26% im Jahr 2006.
- Solche Auffälligkeiten bestehen bei der Alkohol- und Opiatclientel nicht: Hier ergeben sich für die letzten vier Jahre nur kleinere Veränderungen, wenn differenziert nach dem Alter ausgewertet wird.

- *Werden nur die Neuaufnahmen*, d.h. diejenigen Klientinnen und Klienten mit einem Erstkontakt zur dokumentierten Einrichtung betrachtet, stellen sich die Trends bei vier der fünf betrachteten Substanzen von der Tendenz her in ähnlicher Weise dar: So ist der Anteil der Cannabisdiagnosen in diesem Zeitraum kontinuierlich von 14% auf 21% angestiegen. Der Anteil der Alkoholklientel ist seit 2004 rückläufig, und von 49% auf 46% gefallen (2003: 43%). Ein starke Abweichung zeigt sich dagegen bei den Opiatdiagnosen: Ihr Anteil ist von 29% (2003) auf 19% (2006) zurückgegangen.
- *Bei den Neuaufnahmen* ist in fast allen Hauptdiagnosengruppen die absolute Anzahl der Klienten in den Jahren 2003 bis 2006 zurückgegangen: Bei den Opiat- und Crackklienten hat sie sich sogar halbiert. Bei der Alkohol- und Kokainklientel ist sie um etwa ein Fünftel zurückgegangen. Nur bei den Cannabisklienten hat es zwischen 2003 und 2004 eine Zunahme um ca. 100 Personen gegeben, seitdem ist ihre Zahl auf dem gleichen Niveau geblieben.

Soziodemografische Situation

- Das Geschlechterverhältnis stellt sich absolut stabil dar: Es hat über die vier Jahre unverändert 26% Frauen zu 74% Männer betragen.
- Dagegen ist beim Alter ein deutlicher Trend zu konstatieren: Die betreute Klientel wird immer älter. Hat der Altersdurchschnitt im Jahr 2003 noch bei 37,1 Jahren gelegen, ist er stetig auf 37,5 Jahre im Jahr 2006 angewachsen. Dabei ist der entsprechende Anstieg bei den Frauen mit 0,9 Jahren (von 37,7 auf 38,6 Jahre) stärker als bei den Männern (von 36,9 auf 37,2 Jahre). Dieser Trend ist vor allem durch die länger betreuten Klientinnen und Klienten verursacht. Denn werden nur die Neuaufnahmen eines jeden Jahres betrachtet, liegt das Durchschnittsalter seit vier Jahren relativ stabil bei 36 Jahren.
- Die Wohnsituation der hessischen Klientel ist über die letzten vier Jahre sehr stabil geblieben: Der weit überwiegende Teil der Klientinnen und Klienten wohnt selbstständig, d.h. er oder sie besitzt eine eigene Wohnung/Haus oder wohnt zur Miete (63% bis 65%). Etwa jede(r) Fünfte wohnt bei Angehörigen, 7% befinden sich in einer prekären Wohnsituation und 5% leben im „Betreuten Wohnen“.
- Die Erwerbssituation der Klientinnen und Klienten hat sich in den letzten vier Jahren kontinuierlich verschlechtert: Die Arbeitslosen-/Erwerbslosenquote (inklusive SGB XII) ist um insgesamt fünf Prozentpunkte von 45% auf 50% angestiegen. Dementsprechend ist der Anteil derjenigen, die über einen Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz verfügen, von 42% auf 38% gesunken.

Betreuungen

- Die Beratung war in allen vier Jahren die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform mit Anteilen zwischen 51% und 57%. Die Medikamentengestützte Behandlung, d.h. die psychosoziale Betreuung Substituierter, und die Allgemeine Psychosoziale Betreuung kommen auf Werte um die 10%. An vierter Stelle liegt die Ambulante Rehabilitation (7% bis 8%).

- Die Entwicklung bei der Medikamentengestützten Behandlung – eine Zunahme von 9% auf 12% – findet ihre Entsprechung in einer leichten Zunahme des Anteils der Hauptdiagnosegruppe Opiate (siehe oben). Die Ambulante Rehabilitation weist dagegen stabile Anteile auf.
- Beim Konsumstatus am Ende der Betreuung sind kleinere Veränderungen zu konstatieren: Etwa jede/r dritte Klient/in lebt am Ende der Betreuung abstinent – hier hat es im Beobachtungszeitraum eine Zunahme von 32% auf 35% gegeben. Ferner hat sich bei knapp einem Viertel aller Klientinnen und Klienten eine Verbesserung ihres Konsumverhaltens während der Betreuung eingestellt (stabile Werte von 23% bzw. 24%). Bei etwa einem Drittel der Hilfesuchenden stellt sich dieses jedoch unverändert dar – hier schwanken die Werte zwischen 31% und 34%. In jedem Jahr wird bei etwa 5% über eine Verschlechterung des Konsumstatus berichtet.

Angehörige

- Die Entwicklung bei der Beratung von Angehörigen ist eine der auffälligsten Veränderungen im bisherigen Beobachtungszeitraum von 4 Jahren: Der Anteil der Angehörigen an der Gesamtklientel der ambulanten Suchthilfe beträgt 5% für das Jahr 2006. Im Jahr zuvor waren es 6%, davor 7% und im Jahr 2003 sogar 9%. Absolut ist die Anzahl betreuter Angehöriger von 1.645 (2003) auf 943 (2006) gesunken. Das ist ein Rückgang von mehr als 40%.

Regionale Aspekte (Trends)

- Der folgende Vergleich zwischen Klientinnen und Klienten in unterschiedlichen regionalen Bezugsräumen bezieht sich auf die drei Kategorien a.) Landkreise, b.) Großstädte (Kassel, Wiesbaden, Darmstadt, Offenbach), c.) Frankfurt am Main. Was die Trendbetrachtung anbetrifft, kann hier auf die Ergebnisse von drei aufeinander folgenden Jahren (2004-2006) zurückgegriffen werden.
- In den Landkreisen sind 76% und in den Großstädten 75% der Klientel männlich, während dieser Anteil in der Metropole mit 70% etwas niedriger liegt. Ein solches Verhältnis existiert beinahe unverändert seit drei Jahren.
- Eine Zunahme des Durchschnittalters im Jahr 2006 zeigt sich in allen drei Bezugsräumen. Daher liegt dieser Wert wie in beiden Vorjahren bei der Klientel, die durch Einrichtungen in Frankfurt betreut wird (2006: 36,3 Jahre), etwas niedriger als in den Landkreisen (2006: 37,3 Jahre) und deutlich niedriger als in den Großstädten (2006: 39,4 Jahre).
- Nur geringe Änderungen sind im Jahr 2006 im Hinblick auf die Verteilung der Hauptdiagnosegruppen festzustellen. Daher sind wie in den Vorjahren die deutlichsten regionalspezifischen Unterschiede bei der Opiat- und Alkoholklientel zu beobachten: Während mehr als die Hälfte der von Frankfurter Einrichtungen betreuten Personen zur Hauptdiagnosegruppe Opiate gehören (52%) und weniger als ein Viertel der Frankfurter Klientel (23%) eine Alkoholdiagnose zugewiesen bekam, stellen die Alkoholklientinnen und -klienten in den Landkreisen und Großstädten jeweils den größten Anteil der Klientel.

- Es sind hinsichtlich der Wohnsituation kleinere positive Änderungen im Beobachtungszeitraum zu verzeichnen. Am auffälligsten ist dabei der Anstieg des Anteils von Personen mit eigener Wohnung in den Großstädten; aber auch in den anderen beiden regionalen Bezugsräumen hat es hier eine leichte Verbesserung gegeben.
- In der Trendbetrachtung sind auch einige Veränderungen bei der Erwerbssituation in den drei Bezugsräumen zu beobachten. Auffällig ist die kontinuierliche Zunahme der Arbeitslosigkeit bei den Klientinnen und Klienten, die in Frankfurt (von 55% auf 58%) und den vier Großstädten (von 51% auf 55%) betreut werden, wogegen diese Quote in den Landkreisen eher konstant ist.
- Der Anteil wie auch die absolute Zahl der in den Landkreisen betreuten Angehörigen ist im Jahr 2006 deutlich zurückgegangen. Dennoch nimmt die Angehörigenbetreuung dort einen deutlich höheren Stellenwert ein als in den Städten. Die Anzahl der in den Großstädten betreuten Angehörigen ist leicht rückläufig, wogegen die Zahl der in Frankfurt betreuten Angehörigen nach dem Rückgang im Vorjahr wieder geringfügig angestiegen ist.

Erstmalige Auswertungen 2006

- Zum ersten Mal werden im Rahmen eines *COMBASS*-Berichtes die Angaben über die Klientinnen und Klienten zu ihren Partnerbeziehungen, Kindern, Hafterfahrungen und Schulden analysiert.
- Partnerbeziehung: Eine Minderheit der Klientinnen und Klienten (42%) lebt in einer festen Beziehung. Ein etwas höherer Anteil (48%) gibt dagegen an, alleinstehend zu sein und 9% berichten über wechselnde Beziehungen.
- Kinder: 42% der betreuten Klientel haben mindestens ein eigenes Kind. Dies trifft weitaus häufiger auf weibliche (55%) als auf männliche Personen (38%) zu.
- Hafterfahrungen: 27% aller Klientinnen und Klienten haben bereits mindestens einmal eine Zeit in Haft verbracht. Auch hier zeigt sich ein vergleichsweise deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern: Fast jeder dritte Mann verfügt über Hafterfahrungen (30%). Diesen steht lediglich ein Anteil von 17% der weiblichen Klientel gegenüber.
- Schulden: Insgesamt 40% der Klientinnen und Klienten haben Schulden. Die Männer berichten mit 41% etwas häufiger über Schulden als die Frauen (36%).

Zielsetzung und Datengrundlage

Das Herzstück dieses vierten Grunddaten-Berichtes stellt die Gegenüberstellung der Daten aus den Jahren 2003 bis 2006 dar. Es wird der Frage nachgegangen, zu welchen Veränderungen und Kontinuitäten es innerhalb dieser vier Jahre in Hessen gekommen ist. Dieses ist ein hinreichend langer Zeitraum, um gesicherte Aussagen zur Entwicklung der soziodemografischen Situation der Klientel der ambulanten Suchthilfe und der von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen zu treffen. In gleicher Weise werden auch Auswertungen zu regionalen Aspekten anhand des Untersuchungsrasters „Landkreise – kreisfreie Städte – Metropole Frankfurt“ vorgenommen.

Damit hat sich mit dem vorliegenden Bericht ein stabiles Suchthilfe-Monitoring des Landes Hessen entwickelt, durch das eine empirische Grundlage für Diskussionen über mögliche Handlungsbedarfe der ambulanten Suchthilfe in Hessen geschaffen worden ist.

In dem Grunddaten-Bericht 2006 befinden sich ferner einige neue Auswertungen: Erstmals werden die Angaben zu den Partnerbeziehungen, Kindern, Haftverfahren und Schulden der Klientinnen und Klienten analysiert.

ERLÄUTERUNG:

Es sei ausdrücklich betont, dass sich die Aussagen dieses Berichtes ausschließlich auf diejenigen Personen beziehen, die den Weg in das ambulante Hilfesystem (Beratungs- und Behandlungsstellen) bereits gefunden haben.¹ Hochrechnungen auf die Anzahl von Personen, die von einer Suchtproblematik betroffen sind, können nicht vorgenommen werden. Hierfür wären ergänzend repräsentative Bevölkerungsumfragen erforderlich. Eine solche wird im Herbst 2007 vom ISD in Zusammenarbeit mit Infratest Dimap (Berlin) durchgeführt. Dabei werden insgesamt 6.600 Personen in Hessen über ihr Gesundheits- und Konsumverhalten befragt.

Ferner sei darauf aufmerksam gemacht, dass die in den Auswertungen festgestellten Unterschiede zwischen den verschiedenen Klientengruppen immer auch mit der Angebotsstruktur zusammenhängen können. Da der Einrichtungstyp bislang nicht flächendeckend erhoben worden ist, können hierzu keine genaueren Aussagen getroffen werden.²

Die Datenvollständigkeit bewegt sich auf einem hohen Niveau. Das zeigt die Tabelle 1. Aus ihr ist zu erkennen, dass der Anteil „fehlender Werte“ bei den Biografie- und Betreuungsangaben seit 2003 deutlich gesunken ist; die größte Bewegung fand hier zwischen 2003 und 2004 statt. Beispielsweise fehlte im Jahr 2003 noch für 26% aller Klienten³ eine Angabe zum Familienstand, seit 2004 liegt dieser Wert bei 14% bzw. 15%. Auch beim Schulabschluss hat sich der Anteil von 34% (2003) auf 17% (2006) reduziert. Das sind außergewöhnlich niedrige Werte, wenn berücksichtigt wird, dass einige Betreuungen nur wenige Kontakte umfassen und deshalb nicht alle Daten bekannt sein können.⁴ Diese niedrigen „Missing-Data“-Anteile zeugen von einer guten Akzeptanz

¹ Es ist darauf hinzuweisen, dass ein Teil der niedrighschwelligten Einrichtungen, zielgruppenspezifischen Sonderprojekte und Gesundheitsämter nicht an COMBASS teilnimmt.

² Die wenigen Aussagen, die in dem Bericht zur Angebotsstruktur gemacht werden, basieren auf Informationen aus der COMBASS-Steuerungsgruppe.

³ Bei allem Bemühen um eine Sprache, die beide Geschlechter gleichermaßen berücksichtigt, wurde an einigen Stellen in diesem Bericht aus redaktionellen Gründen nur die männliche Ausdrucksweise gewählt. Diese schließt natürlich immer auch die weiblichen Personen mit ein.

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

der EDV-gestützten Dokumentation bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen und sind Ausdruck eines ausgezeichneten Projektmanagements.

Tabelle 1: Fehlende Werte bei ausgewählten Biografie- und Betreuungsangaben, 2003 bis 2006

	2003	2004	2005	2006
	%	%	%	%
Staatsangehörigkeit	6	5	5	6
Wohnsituation	18	11	11	11
Familienstand	26	15	14	15
Partnerbeziehung	23	12	12	12
Lebenssituation	31	20	20	15
Erwerbstätigkeit	22	16	14	15
Schulabschluss	34	18	16	17
Vermittlung durch...	31	27	26	27
Grundlage der Betreuung...	30	27	26	26

ERLÄUTERUNG:

Die Auswertungen für den Jahresbericht 2006 erfolgen auf der Basis des Hessischen Kerndatensatzes Suchthilfe (HKDS), der aus soziodemografischen Angaben über die Klienten und Klientinnen und Betreuungsdaten besteht. Er umfasst den Deutschen Kerndatensatz, auf den sich Kostenträger, Wohlfahrtsverbände, Suchthilfeträger und Politik als nationalen Datensatz geeinigt haben. Zusätzlich beinhaltet er einige zusätzliche, von den Hessischen Trägern gewünschte praxisrelevante Informationen. Im Jahr 2004 wurde der HKDS um einige neue Kategorien erweitert, die bei den Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes berücksichtigt worden sind, z.B. die Hauptsubstanz des Personenkreises, wegen dem Angehörige eine Suchthilfeeinrichtung aufsuchen.

In der ambulanten Suchthilfe Hessens wird zurzeit ein neuer Datensatz eingeführt, der sich an dem erweiterten Deutschen Kerndatensatz (KDS) orientiert. Darin sind neue Erfassungskategorien enthalten, wie beispielsweise „Migrationshintergrund des Klienten“, einige gesundheitliche Kriterien und die Möglichkeit, in differenzierter Weise den Substanzkonsum zu dokumentieren (z.B. auch einen „riskanten Konsum“). Daraus ergibt sich die Möglichkeit, die Klientel der ambulanten Suchthilfe in Hessen und ihr Inanspruchnahmeverhalten noch besser beschreiben zu können.

Datengrundlage

Der vorliegende Bericht basiert auf den Daten von 101 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe. Die beteiligten Einrichtungen werden größtenteils durch Landesmittel gefördert. Zusätzlich sind die Daten einiger ausschließlich kommunal und/oder kirchlich finanzierter Einrichtungen im Bericht enthalten.

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

Im Folgenden werden Personen als Klienten und Angehörige bezeichnet, die der Einrichtung namentlich bekannt sind und für die im Jahr 2006 mindestens ein Termin dokumentiert wurde. Weder Einmalkontakte noch anonyme Kontakte werden hierbei berücksichtigt.⁵ Diese Definition entspricht derjenigen, die auch in den Berichten der Jahre 2003 bis 2005 zur Anwendung kam. Auf diese Weise wird die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit denen der bisherigen Auswertungsjahre (2003 bis 2005) sichergestellt. Bislang gibt es für diese Art der Klientendefinition bundesweit keine einheitlichen Standards. In Hessen wurde in Absprache mit der Projektsteuerungsgruppe COM-BASS jedoch diese eher strenge Definition gewählt, mit der eine undifferenzierte Zählung von Klienten vermieden werden soll.

ERLÄUTERUNG:

Es sei hier ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei einem Vergleich der Zahlen des vorliegenden Berichts mit anderen Suchthilfestatistiken (von Bund und Ländern) grundsätzlich auf diese Art der „Klientendefinition“ zu achten ist. So wird beispielsweise in der ambulanten Suchthilfestatistik für das Land Sachsen eine andere Zählweise verwendet. Hierbei wird in der Nennung der Gesamtklientenzahl erstens nicht zwischen Angehörigen und Klienten unterschieden und zweitens finden sich auch Einmalkontakte sowie anonyme Klienten in der Gesamtklientenzahl wieder. Eine wiederum andere Herangehensweise wird in der deutschen Suchthilfestatistik benutzt (Sonntag 2006). Diese stellt keine Auswertung über Einzelpersonen, sondern über Betreuungsvorgänge des jeweiligen Berichtsjahres dar. Dies kann im Vergleich zu Hessen dazu führen, dass Klienten mehrfach gezählt werden, wenn sie mehr als eine Betreuung im Berichtsjahr haben. Auch hier sind Vergleiche also nur bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Auswertungsstrategien möglich.

Die beschriebene Schwierigkeit des direkten Vergleichs zweier Statistiken erstreckt sich jedoch nicht auf die Datenerfassung im Ganzen, sondern lediglich auf die für den vorliegenden Bericht gewählte Form der Auswertung. So ist beispielsweise eine Auswertung des Hessischen Kerndatensatzes nach den Kriterien der deutschen Suchthilfestatistik problemlos möglich. Deshalb fließen die Daten aus Hessen auch mit in diese nationale Statistik ein.

Zählt man die Klientinnen und Klienten der 101 Einrichtungen zusammen, kommt man auf eine Zahl von 18.760 Personen. Darüber hinaus finden sich Daten zu 946 Angehörigen (siehe Tabelle 2). Für beide Gruppen zusammen wurden insgesamt 20.485 Betreuungen dokumentiert. Zusätzlich wurden 5.052 anonyme Kontakte mit Klienten oder Angehörigen dokumentiert.⁶ Seit 2004 besteht in Hessen die Möglichkeit, Einmalkontakte zu dokumentieren. In der Praxis zeigt sich wie schon in den Vorjahren, dass nicht alle Einrichtungen davon Gebrauch machen. Zudem fehlt bei vielen Einmalkontakten eine korrekte Datumsangabe, so dass eine Zuordnung zu einem Berichtsjahr nicht möglich ist. Aus diesen Gründen werden die dokumentierten Einmalkontakte aus den weiteren Analysen ausgeschlossen.

⁵ Nicht alle Einrichtungen dokumentieren ihre Einmalkontakte mit HORIZONT. Die Auswertung enthält deshalb ausschließlich Klientinnen und Klienten, die zusätzlich zum Erstkontakt weitere Leistungen in Anspruch genommen haben. Anonyme Kontakte werden an zwei Stellen im Bericht gesondert erwähnt.

⁶ Diese Kontakte können nicht auf Einzelpersonen bezogen werden, so dass kein Rückschluss auf die tatsächliche Zahl von anonymen Klienten und Angehörigen möglich ist. Es existieren auch keine weiteren Angaben wie etwa soziodemografische Daten. Dieser Sachverhalt ergibt sich aus dem Prinzip anonymer Dokumentation.

Tabelle 2: Datengrundlage

	Einrichtungen	Summe der Klienten aller Einrichtungen	Summe der Angehörigen aller Einrichtungen	Betreuungen
2006	101	18.760	946	20.485
2005	103	18.874	1.142	20.897
2004	99	18.381	1.253	20.131
2003	109	18.518	1.672	20.125

Im Vergleich zum Jahr 2005 ist die Zahl der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen in 2006 nahezu stabil geblieben. Dementsprechend bewegt sich die Anzahl der dokumentierten Klienten und der Betreuungen auf einem ähnlichen Niveau. Werden die letzten vier Jahre betrachtet, kann insgesamt von einer relativ stabilen Datenbasis gesprochen werden. Demgegenüber hat die Zahl der dokumentierten Angehörigen in diesem Zeitraum kontinuierlich abgenommen (siehe Tabelle 2).

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

Innerhalb der ausgewerteten Datensätze finden sich sämtliche Personen selbstverständlich ohne Namen und Adressen. Diese sind nur den Einrichtungen bekannt. In den Datenexporten sind Klienten und Angehörige jedoch mit einem (nochmals verschlüsselten) HIV-Code gekennzeichnet, welcher es ermöglicht, nicht nur innerhalb einer Einrichtung Daten einer Person zuzuordnen.⁷

Um festzustellen, ob eine Person in mehreren Einrichtungen in Betreuung war, ist es möglich, die HIV-Codes zwischen allen 101 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 Klientinnen und Klienten besucht nur eine Einrichtung (siehe Tabelle 3). Nur etwa jeder zwanzigste Klient wurde in mehr als einer Einrichtung erfasst. Diese Ergebnisse sind völlig identisch mit denen der vergangenen zwei Jahre und auch in 2003 gab es nur marginale Abweichungen davon. Kennt man diese Zahlen, lässt sich daraus ermitteln, wie viele tatsächlich unterschiedliche Personen von den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen der hes-

⁷ Der HIV-Code ist ein anerkannter Anonymisierungsschlüssel. Er wird aus Vor- und Nachnamen, dem Geschlecht sowie dem Geburtsdatum der jeweiligen Person gebildet. Dabei besteht eine nur geringe Wahrscheinlichkeit, dass zwei Personen denselben HIV-Code zugewiesen bekommen. Dieses Verfahren erlaubt keine Re-Identifizierung der Klientinnen und Klienten und ist datenschutzrechtlich abgesichert.

sischen Suchthilfe betreut wurden. Im Jahr 2006 handelt es sich dabei um 17.591 Klientinnen und Klienten. Auch in den Jahren 2003 bis 2005 waren es immer mehr als 17.000 verschiedene Personen.

Auf die gleiche Art und Weise lässt sich für die Angehörigen eine Zahl von 943 für das Jahr 2006 errechnen.

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

	2003	2004	2005	2006
	%	%	%	%
HIV-Code in einer Einrichtung	95	94	94	94
HIV-Code in zwei Einrichtungen	4	5	5	5
HIV-Code in drei Einrichtungen	1	1	1	1
HIV-Code in mehr als drei Einrichtungen	0,1	0,2	0,2	0,2
Klienten landesweit	17.515	17.023	17.562	17.591

Um keine Person mehrfach zu berücksichtigen und einen Vergleich der diesjährigen Ergebnisse mit denen der Jahre 2003 bis 2005 zu ermöglichen, liegen den folgenden Berechnungen diese 17.591 Klientinnen und Klienten und 943 Angehörige zugrunde. Davon ausgenommen sind lediglich die regionalspezifischen Auswertungen (siehe unten).

Datengrundlage der regionalspezifischen Auswertung

Wie in den Berichten über die Jahre 2003 bis 2005 orientieren sich sämtliche regionalspezifischen Auswertungen an den drei Kategorien „Landkreise“ (21), „Großstädte“⁸ (4) und „Metropole Frankfurt“. Zu diesen Kategorien werden die Personen anhand der Postleitzahl der betreuenden Einrichtung zugeordnet, welche seit 2004 Bestandteil des weiterentwickelten HKDS ist. Sämtliche Daten der 101 Einrichtungen konnten in die Analyse mit einbezogen werden (2005: 102 Einrichtungen, 2004: 92 Einrichtungen, 2003: 80 Einrichtungen). Die Anzahl von Klienten, Angehörigen und Betreuungen lässt sich der Tabelle 4 entnehmen.

⁸ Darmstadt, Kassel, Offenbach, Wiesbaden.

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

	N Einwohner*	N Einrichtungen	Klientinnen/ Klienten N	N Angehörige	N Betreuungen
Landkreise	4.690.411	59	9.592	692	10.981
Großstädte	728.432	15	3.770	187	4.297
Metropole Frankfurt a. M.	653.088	27	4.229	64	5.207

* Stand März 2007

(Quelle: <http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bevoelkerung-gebiet/regionaldaten/gebiet-bevoelkerungsstand-und-vorgaenge/index.html>)

Analog zu den Analysen in den Vorjahresberichten (2004, 2005) kann jede Person theoretisch in jeder Kategorie einmal vertreten sein, wenn sie sowohl auf dem Land, in einer Großstadt wie auch in Frankfurt a. M. betreut wurde.⁹ Veränderungen der Datengrundlage wirken sich in den drei Regionalkategorien potentiell deutlich stärker aus, als dies landesweit der Fall ist. Deshalb wurde für diese Analyse die Klientel der Jahre 2004 bis 2006 noch einmal innerhalb der jeweiligen Regionalkategorie hinsichtlich wichtiger Variablen wie Geschlechterverhältnis, Altersstruktur oder Hauptdiagnose miteinander verglichen. Dabei zeigen sich nur Veränderungen, die auch landesweit beobachtbar sind, was für eine stabile und vergleichbare Datenbasis spricht. Gleichzeitig ist auch die Verteilung von Klienten und Einrichtungen auf die drei Regionalkategorien trotz der höheren Zahl der einbezogenen Einrichtungen beinahe völlig gleich geblieben.

⁹ Es kann hier nur ein direkter Vergleich mit den Analysen aus den Vorjahresberichten (2004, 2005) gezogen werden. Für das Jahr 2003 wurde nach einer anderen Auswertungslogik verfahren: Hier wurde jeder Klient ausschließlich der regionalen Kategorie zugeordnet, in der seine letzte Betreuung stattgefunden hat (in 2004 bis 2006 können es auch mehrere Regionen sein).

Trends 2003 bis 2006

In diesem Hauptkapitel des Grunddaten-Berichtes werden die Trends für die Jahre 2003 bis 2006 dargestellt. Vier Jahre sind ein hinreichend langer Zeitraum, um Aussagen über mögliche Veränderungen, aber auch Kontinuitäten bei der Klientel und den Betreuungen treffen zu können. Dementsprechend werden die wichtigsten Entwicklungen in den Bereichen Substanzkonsum und soziodemografische Situation der Klientel sowie der von Ihnen in Anspruch genommenen Betreuungen aufgezeigt sowie einige Daten zu den Angehörigen präsentiert.

Die folgenden Auswertungen umfassen nicht alle statistischen Analysen, die in den Vorjahren vorgenommen worden sind. Dies ist schon aus Platzgründen kaum möglich. Der wichtigere Grund für diese Vorgehensweise ist aber, dass die üblichen Analysen (vor allem nach Geschlecht, Alter und Hauptdiagnose) bei dieser Trendbetrachtung keinen neuen Erkenntnisgewinn erbracht hätten. Denn die wichtigsten geschlechts-, alters- und substanzspezifischen Zusammenhänge sind schon in den Grunddaten-Berichten 2003 bis 2005 dargestellt. Die Zahlen für 2006 führen hier zu keinen neuen Einsichten.

Abschließend sei angemerkt, dass für einige Trendanalysen vergleichbare Daten erst seit dem Jahr 2004 vorliegen.

Substanzkonsum der Klientel

In der ambulanten Suchthilfestatistik des Landes Hessen wird der Substanzkonsum der Klientinnen und Klienten neben der ICD-10-Diagnose mit der Kategorie „Zielgruppe“ erfasst. Damit soll gewährleistet werden, dass auch diejenigen Klienten mit dokumentiert werden können, bei denen die ICD-Diagnosearten „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeitssyndrom“ nicht zutreffen.¹⁰

Wenn nun die Entwicklung der Hauptkonsumgruppen anhand der Kategorie „Zielgruppe“ betrachtet wird, zeigt sich, dass der Anteil der Alkoholklienten zwischen 2003 und 2006 von 42% auf 39% abgenommen hat (siehe Tabelle 5). Gleichzeitig ist der Wert bei der Zielgruppe „illegale Drogen“ – harte und weiche Drogen werden bei der Erfassung nicht weiter unterschieden – um 2 Prozentpunkte angestiegen. Die Ergebnisse für Medikamente, die missbräuchlich eingenommen werden, und für die nichtstofflichen Süchte „Essstörungen“ und „Pathologisches Glücksspiel“ sind mit den geringen Anteilen von 1% bzw. 2% sehr konstant.

Die Zielgruppe „Jugendberatung“ – das sind Klienten, die die Einrichtung als Jugendberatung in Anspruch nehmen – weist ebenfalls einen gleich bleibenden Anteil von 3% bzw. 2% auf.

¹⁰ Der ICD-10 ist ein international anerkanntes Diagnoseschema zur Klassifikation somatischer und psychischer Störungen, für dessen Anwendung es spezielle Handbücher gibt. In der hessischen Suchthilfestatistik wird damit der Substanzkonsum derjenigen Klienten erfasst, bei denen entweder „Abhängigkeit“ oder „schädlicher Gebrauch“ diagnostiziert worden ist. So wird auch in der nationalen Suchthilfestatistik verfahren.

Tabelle 5: Zielgruppe, 2003 – 2006

	% 2003	% 2004	% 2005	% 2006
Alkohol	42	41	39	39
Illegale Drogen	51	51	53	53
Medikamente	1	1	1	1
Essstörungen	1	1	1	1
Pathologisches Glücksspiel	1	1	1	2
Jugendberatung	2	3	2	2
Anderes	2	2	3	2
Gesamt (N)	13.656	16.127	17.304	17.459

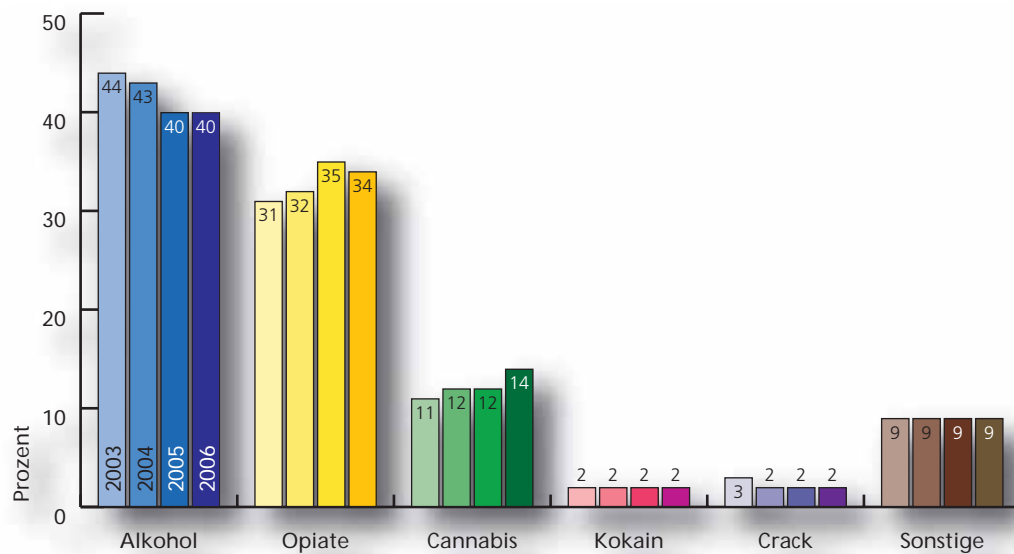
Betrachtet man im nächsten Schritt die Verteilung der Hauptdiagnosen (ICD-10), also nur diejenigen, bei denen ein „schädlicher Gebrauch“ oder ein „Abhängigkeitssyndrom“ vorliegt, bestätigen sich in der Tendenz die Ergebnisse der eben vorgenommenen Auswertung. Auch hier ist der Anteil der Alkohol Klientel zwischen 2003 und 2006 zurückgegangen, und zwar um vier Prozentpunkte von 44% auf 40% (siehe Abbildung 1). Demgegenüber ist der Anteil der Opiatklientel in vergleichbarer Weise angestiegen (von 31% auf 34%). Dieser Trend geht einher mit einer Zunahme der medikamentengestützten Behandlungen in der hessischen Suchthilfe, womit in erster Linie psychosoziale Betreuungen für Substituierte gemeint sind (siehe Abschnitt Betreuungen).¹¹ Ferner fällt auf, dass sich der Anteil der Cannabisdiagnosen kontinuierlich erhöht hat: von 11% im ersten Jahr auf 14% im letzten Jahr des Betrachtungszeitraums. Ein solcher Trend besteht auch auf der Bundesebene (Sonntag 2006).

Die Zahlen bei den Hauptdiagnosen Kokain und Crack sowie „Sonstige“¹² sind in den betrachteten vier Jahren sehr stabil (2%, 2% bis 3%, 9%).

¹¹ In dem gültigen Hessischen Kerndatensatz wird die psychosoziale Betreuung Substituierter unter dem Begriff „medikamentengestützte Behandlung“ erfasst. Mit dem neuen Hessischen Kerndatensatz, der ab 2008 gilt, wird diese Bezeichnung geändert.

¹² Andere Substanzen (z.B. Amphetamine, Benzodiazepine, Ecstasy), multipler Substanzgebrauch oder nicht substanzbezogene Störungen (z.B. Essstörungen, pathologisches Glücksspiel). Die Dokumentation eines multiplen Substanzgebrauchs als ICD-F19-Diagnose soll nach dem Hessischen Kerndatensatz möglichst vermieden werden, sondern es sollen immer eine Hauptdiagnose und gegebenenfalls Einzeldiagnosen dokumentiert werden.

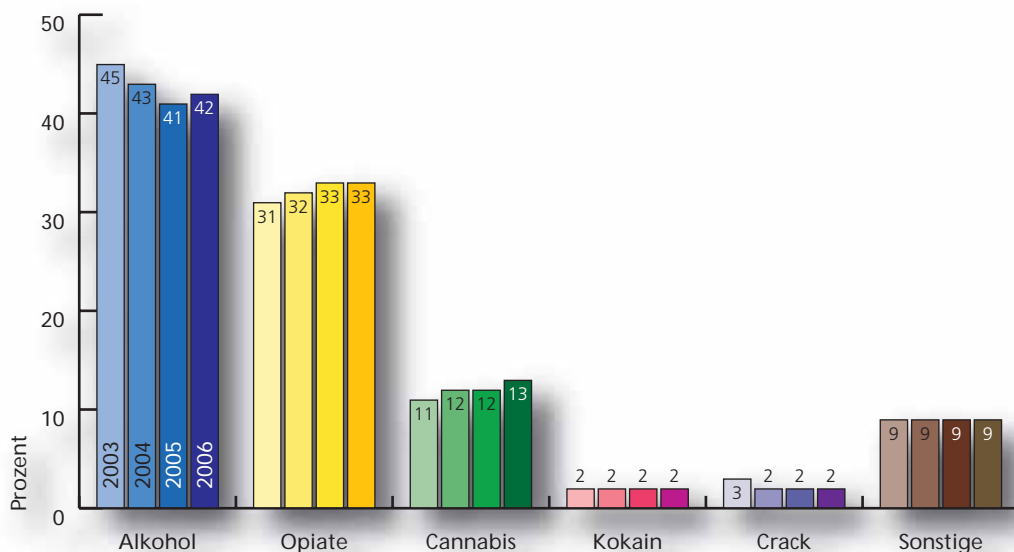
Abbildung 1: Hauptdiagnose, alle Einrichtungen, 2003 – 2006
 ($N_{2003}=11.632$, $N_{2004}=12.760$, $N_{2005}=13.427$, $N_{2006}=13.291$)



Es könnte sein, dass die dargestellten Entwicklungen verzerrt werden, weil es in den einzelnen Auswertungsjahren eine leicht unterschiedliche Anzahl von teilnehmenden Einrichtungen gegeben hat. Deshalb wurden die Berechnungen noch einmal auf der Grundlage der 84 Einrichtungen vorgenommen, die in jedem der vier Jahre Daten für die Landesauswertung bereitgestellt haben. Wird in dieser Weise verfahren, bestätigen sich von der Tendenz her die Ergebnisse der eben durchgeführten Analyse über alle Einrichtungen.

Auch hier zeigt sich ein Rückgang des relativen Anteils von Alkoholdiagnosen, der in den Jahren 2003 bis 2006 von 45% auf 42% fällt (siehe Abbildung 2). Gleichzeitig ist ein Anstieg bei den Opiat- und Cannabisd Diagnosen festzustellen: von 31% auf 33% bzw. von 11% auf 13%. Die Hauptdiagnose-Gruppen Kokain, Crack und „Sonstige“ weisen hier für die einzelnen Jahre exakt die konstanten Werte auf, die auch schon die Analyse über alle Einrichtungen ergeben hat.

Abbildung 2: Hauptdiagnose, gleiche Einrichtungen, N=84, 2003 – 2006
 (N₂₀₀₃=10.791, N₂₀₀₄=12.230, N₂₀₀₅=12.589, N₂₀₀₆=12.885)



Werden nur die *Neuaufnahmen* (gleiche Einrichtungen) in den jeweiligen Jahren betrachtet, stellen sich die Trends bei vier der fünf betrachteten Substanzen von der Tendenz her in ähnlicher Weise dar: So ist der Anteil der Cannabisdiagnosen in diesem Zeitraum kontinuierlich von 14% auf 21% angestiegen (siehe Tabelle 6). Der Anteil der Alkohol Klientel ist seit 2004 rückläufig und von 49% auf 46% gefallen (2003: 43%). Auch die Werte für Kokain und Crack entsprechen den Ergebnissen für alle Klienten (2% bzw. 3%). Eine starke Abweichung zeigt sich dagegen bei den Opiatdiagnosen: Ihr Anteil ist von 29% (2003) auf 19% (2006) zurückgegangen.¹³

Es fällt auf, dass in fast allen Hauptdiagnosengruppen die absolute Anzahl der Klienten in den Jahren 2003 bis 2006 zurückgegangen ist. Bei den Opiat- und Crack Klienten hat sie sich sogar halbiert (siehe Tabelle 6). Bei der Alkohol- und Kokain Klientel ist sie um etwa ein Fünftel zurückgegangen. Nur bei den Cannabis Klienten hat es zwischen 2003 und 2004 eine Zunahme um ca. 100 Personen gegeben, seitdem ist ihre Zahl auf einem gleichen Niveau geblieben.

Womit dieser insgesamt starke Rückgang von Neuaufnahmen zusammenhängt, kann im Einzelnen nicht geklärt werden. Mögliche Gründe hierfür könnten Kapazitätsengpässe in den Einrichtungen, veränderte Vermittlungsstrukturen oder ein anderes Nachfrageverhalten der (potentiell) Betroffenen sein.

¹³ Wird diese Auswertung auf der Basis *aller* Einrichtungen vorgenommen, zeigen sich weitgehend die gleichen Trends. Das gilt auch für die Entwicklung bei der absoluten Anzahl von Klienten.

Tabelle 6: Hauptdiagnose neuer Klienten, 2003 - 2006, gleiche Einrichtungen (N=84)

	2003		2004		2005		2006	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Alkohol	43	2.166	49	2.237	47	1.983	46	1.770
Opiate	29	1.485	21	960	21	872	19	735
Cannabis	14	697	17	803	18	770	21	803
Kokain	2	118	2	99	2	91	3	98
Crack	2	123	2	76	2	75	2	58
Sonstige	10	492	9	404	10	426	10	371

Auf der Basis der Angaben der gleichen Einrichtungen (N=84) sollen weitere Betrachtungen angestellt werden. Zeigen sich auffällige Trends, wenn nach verschiedenen Altersgruppen differenziert wird? Wird dieser Fragestellung bei der Alkoholklientel nachgegangen, zeigen sich für den Betrachtungszeitraum kleinere Veränderungen: Beim Gros dieser Diagnosegruppe, der Altersgruppe der 27- bis 59-Jährigen, ist es im Betrachtungszeitraum zu einem Rückgang von insgesamt 5 Prozentpunkten gekommen. Ihr Anteil hat sich von 86% auf 81% reduziert (siehe Tabelle 7). Dagegen ist der Prozentanteil der jungen Erwachsenen (18 bis 26 Jahre) von 7% auf 10% angewachsen.

Die über 59-Jährigen weisen einen konstanten prozentualen Anteil auf (7% bis 8%), genauso wie die minderjährigen Alkoholklienten, die eine absolute Ausnahme darstellen (Anteil um 1%).

Tabelle 7: Hauptdiagnose Alkohol: Altersgruppen neuer Klienten, 2003 – 2006, gleiche Einrichtungen (N=84)

	% 2003	% 2004	% 2005	% 2006
unter 18 Jahre	0*	1	1	1
18 bis 26 Jahre	7	8	9	10
27 bis 59 Jahre	86	85	84	81
60 Jahre und älter	7	7	7	8
Gesamt (N)	2.147	2.225	1.978	1.759

* 0% = Anteil <0,5%

Bei dem Personenkreis mit einer Hauptdiagnose Opiate bestehen noch weniger Auffälligkeiten innerhalb der vier betrachteten Jahre. Einen erkennbaren Trend gibt es hier nicht, weder bei den minderjährigen Klienten, deren Größenordnung genauso unbedeutsam ist wie bei der Alkoholklientel, noch bei den jungen Erwachsenen oder den 27- bis 59-Jährigen, die etwa drei Viertel die-

ser Diagnosegruppe stellen (siehe Tabelle 8). Personen, die 60 Jahre oder älter sind, spielen bei der betreuten Opiatklientel in dem ausgewerteten Zeitraum überhaupt keine Rolle.

Tabelle 8: Hauptdiagnose Opiate: Altersgruppen neuer Klienten, 2003 – 2006, gleiche Einrichtungen (N=84)

	2003 %	2004 %	2005 %	2006 %
unter 18 Jahre	1	1	0	1
18 bis 26 Jahre	25	29	25	24
27 bis 59 Jahre	74	70	74	75
60 Jahre und älter	0*	0	0	0
Gesamt (N)	1.480	956	866	732

* 0% = Anteil <0,5%

Bei der Altersdifferenzierung der Cannabisklienten zeigt sich ein unerwarteter Trend: Der Anteil der Minderjährigen hat in den letzten vier Jahren stark abgenommen; er hat sich von 25% auf 15% reduziert (siehe Tabelle 9). In Anbetracht der öffentlichen Diskussion über eine Zunahme des Cannabiskonsums unter Jugendlichen wäre eigentlich eine gegenteilige Entwicklung zu erwarten gewesen, dass nämlich vermehrt junge Menschen die ambulante Suchthilfe wegen eines Cannabisproblems aufsuchen. Auch der Anteil der jungen Erwachsenen (18 bis 26 Jahre) – die größte Gruppe der Cannabisklienten – ist kaum angestiegen. Dagegen wächst der Anteil der Altersgruppe der 27- bis 59-Jährigen stetig an: von 16% im Jahr 2003 auf 26% im Jahr 2006. Ältere Cannabisklienten (>59 Jahre), die eine Suchtberatungsstelle aufgesucht haben, gab es dagegen in den vier Jahren so gut wie nicht.

Tabelle 9: Hauptdiagnose Cannabis: Altersgruppen neuer Klienten, 2003 – 2006, gleiche Einrichtungen (N=84)

	2003 %	2004 %	2005 %	2006 %
unter 18 Jahre	25	23	21	15
18 bis 26 Jahre	59	58	60	60
27 bis 59 Jahre	16	18	19	26
60 Jahre und älter	0*	0	0	0
Gesamt (N)	695	802	766	799

* 0% = Anteil <0,5%

Abschließend soll, um weitere differenzierte Erkenntnisse zu erhalten, die gleiche Altersanalyse für diejenigen Einrichtungen vorgenommen werden, die überwiegend Alkoholklienten (>70%) oder überwiegend Konsumenten harter Drogen (>70%) betreuen. Bei den Einrichtungen für alkoholabhängige oder -gefährdete Personen zeigen sich dabei im Zeitverlauf keine nennenswerten Veränderungen. Bei den Einrichtungen mit einem hohen Anteil von Konsumenten harter Drogen fällt dagegen auf, dass sich der Anteil der jungen Erwachsenen (18 bis 26 Jahre) in den Jahren 2003 bis 2006 von 32% auf 39% erhöht hat. Offensichtlich gibt es also in denjenigen Einrichtungen, die sich speziell an die Konsumenten von harten Drogen richten, eine vergleichsweise junge Klientel.

Soziodemografische Situation der Klientel

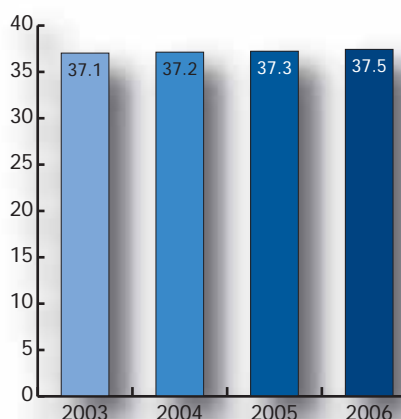
Bei der soziodemografischen Situation der Klientel der ambulanten Suchthilfe in Hessen hat es im Zeitraum 2003 bis 2006 nur wenige Veränderungen gegeben. Das zeigen die folgenden Auswertungen.

Das Geschlechterverhältnis stellt sich absolut stabil dar: Es hat über die vier Jahre unverändert 26% Frauen zu 74% Männer betragen. Auch die Staatsangehörigkeit der Klientinnen und Klienten hat sich kaum geändert. Nach den Zahlen für das Jahr 2006 besitzen 88% einen deutschen Pass, 3% den eines anderen EU-Staates und 8% verfügen über die Staatsangehörigkeit eines Landes, das außerhalb der EU liegt. In den drei Vorjahren bestanden hierzu nur minimale Abweichungen.

Dagegen ist beim Alter ein deutlicher Trend zu konstatieren: Die betreute Klientel wird immer älter. Hat der Altersdurchschnitt im Jahr 2003 noch bei 37,1 Jahren gelegen, ist er stetig auf 37,5 Jahre im Jahr 2006 angewachsen (siehe Abbildung 3). Dabei ist der entsprechende Anstieg bei den Frauen mit 0,9 Jahren (von 37,7 auf 38,6 Jahre) stärker als bei den Männern (von 36,9 auf 37,2 Jahre).

Dieser Trend ist vor allem durch die länger betreuten Klienten verursacht. Denn werden nur die Neuaufnahmen eines jeden Jahres betrachtet, liegt das Durchschnittsalter seit vier Jahren relativ stabil bei 36 Jahren.

Abbildung 3: Durchschnittsalter in Jahren, 2003 – 2006
($N_{2003}=17.364$, $N_{2004}=16.921$, $N_{2005}=17.435$, $N_{2006}=16.905$)

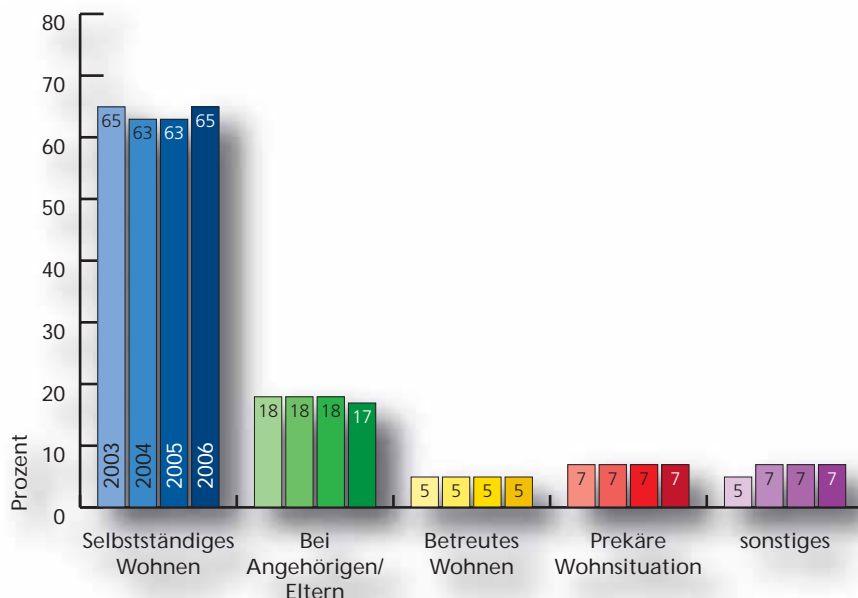


Die Wohnsituation der hessischen Klientel ist über die letzten vier Jahre sehr stabil geblieben. Der weit überwiegende Teil der Klienten wohnt selbstständig, d.h. er oder sie besitzt eine eigene Wohnung/Haus oder wohnt zur Miete (63% bis 65%) (siehe Abbildung 4). Etwa jeder Fünfte

wohnt bei Angehörigen, 7% befinden sich in einer prekären Wohnsituation¹⁴ und 5% leben im „Betreuten Wohnen“.

Abbildung 4: Wohnsituation, 2003 – 2006

(N₂₀₀₃=14.292, N₂₀₀₄=15.172, N₂₀₀₅=15.624, N₂₀₀₆=15.712)



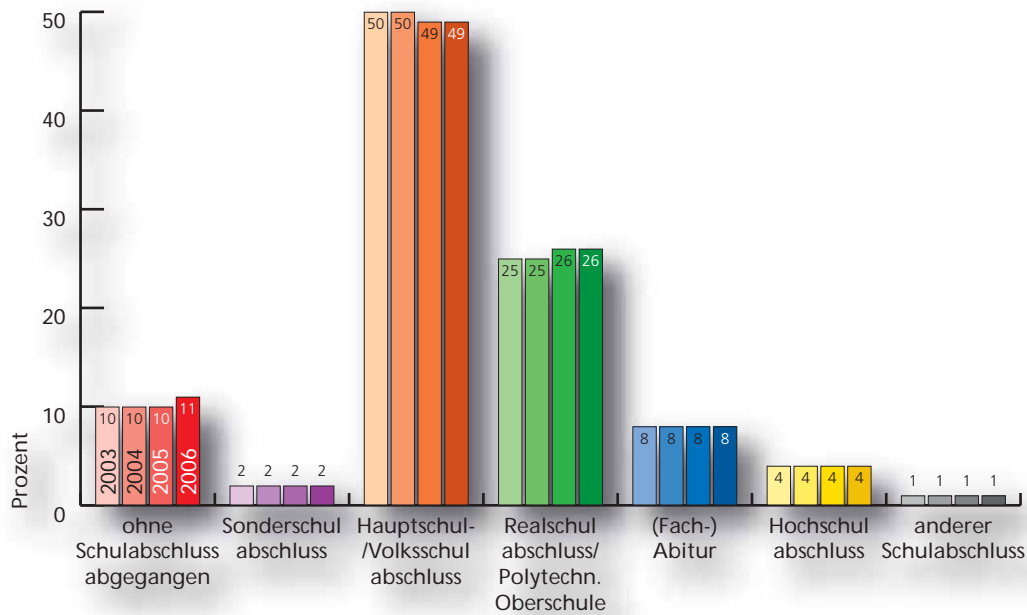
Auch die Situation beim Schulabschluss stellt sich im Beobachtungszeitraum weitgehend unverändert dar: Etwa jeder zweite Klient hat in Hessen die Schule nach dem Hauptschulabschluss verlassen, etwa jeder Vierte hat einen Realschulabschluss gemacht und etwa jeder zehnte Hilfesuchende ist ohne jeglichen Abschluss von der Schule abgegangen (siehe Abbildung 5). Deutlich in der Minderzahl sind dagegen die Abiturienten (8%) sowie die Hochschulabsolventen (4%). Damit bestand über alle vier Jahre insgesamt eine klare Unterqualifikation der Suchthilfeklienten im Vergleich zur hessischen Gesamtbevölkerung.¹⁵

¹⁴ In einer prekären Wohnsituation leben Klientinnen und Klienten z.B. in der JVA, provisorischen Unterkünften oder der Obdachlosigkeit.

¹⁵ Beispielhaft hier die Zahlen des Hessischen Statistischen Landesamtes für die Schulentlassenen aus allgemein bildenden Schulen am Ende des Schuljahres 2005/2006: Abitur 25%, Realschulabschluss 43%, Hauptschulabschluss 24%, Sonderschulabschluss 3%, ohne Schulabschluss abgegangen 4% (nach eigenen Berechnungen). (<http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bildung-kultur-rechtspflege/landesdaten/bildung/allg-bild-schulen/schulentlassene-allgemein-bildende-schulen/index.html>)

Abbildung 5: Schulabschluss, 2003 – 2006

($N_{2003}=11.577$, $N_{2004}=13.097$, $N_{2005}=13.572$, $N_{2006}=13.469$)



Die Erwerbssituation der Klienten hat sich in den letzten vier Jahren kontinuierlich verschlechtert: Die Arbeitslosen-/Erwerbslosenquote (inklusive SGB XII) ist um insgesamt fünf Prozentpunkte von 45% auf 50% angestiegen (siehe Abbildung 6).¹⁶ Dementsprechend ist der Anteil derjenigen, die über einen Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz verfügen, von 42% auf 38% gesunken. Berücksichtigt werden muss dabei, dass in diesem Zeitraum auch der Arbeitslosenanteil in der Gesamtbevölkerung zugenommen hat.¹⁷

Die Werte für die „berufliche Rehabilitation“ (2% bis 3%) und die Kategorie „Sonstiges“ (9% bis 10%) sind dagegen in den vier Jahren weitgehend konstant geblieben.¹⁸

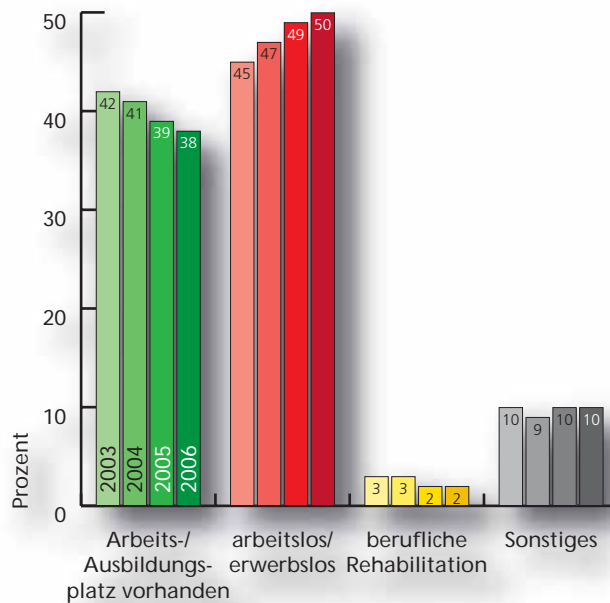
¹⁶ Es sei angemerkt, dass auch arbeitslose Personen im Rahmen von Wiedereingliederungsmaßnahmen tätig sein können.

¹⁷ Hessisches Statistisches Landesamt, Wiesbaden, 2006: Arbeitslose im Jahresdurchschnitt in Hessen (Arbeitslose in % der abhängigen zivilen Erwerbspersonen): 2003: 8,8%, 2004: 9,1%, 2005: 10,9%, 2006: 10,4% (<http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/erwerbstaetigkeit/landesdaten/arbeitsmarkt-und-sozialversicherungspflichtig-beschaefigtge/arbeitslose-im-jahresdurchschnitt/index.html>). Es sei ergänzend angemerkt, dass die beiden Arbeitslosenquoten nicht ganz miteinander vergleichbar sind, weil in derjenigen der Suchthilfe Statistik der Anteil der Sozialhilfeempfänger (SGB XII) mit enthalten ist.

¹⁸ Unter die Kategorie „Sonstiges“ fallen beispielsweise mithelfende Familienangehörige, Rentner sowie Hausfrauen/-männer.

Abbildung 6: Erwerbssituation, 2003 – 2006

($N_{2003}=13.666$, $N_{2004}=14.134$, $N_{2005}=14.870$, $N_{2006}=14.777$)



In Anspruch genommene Betreuungen

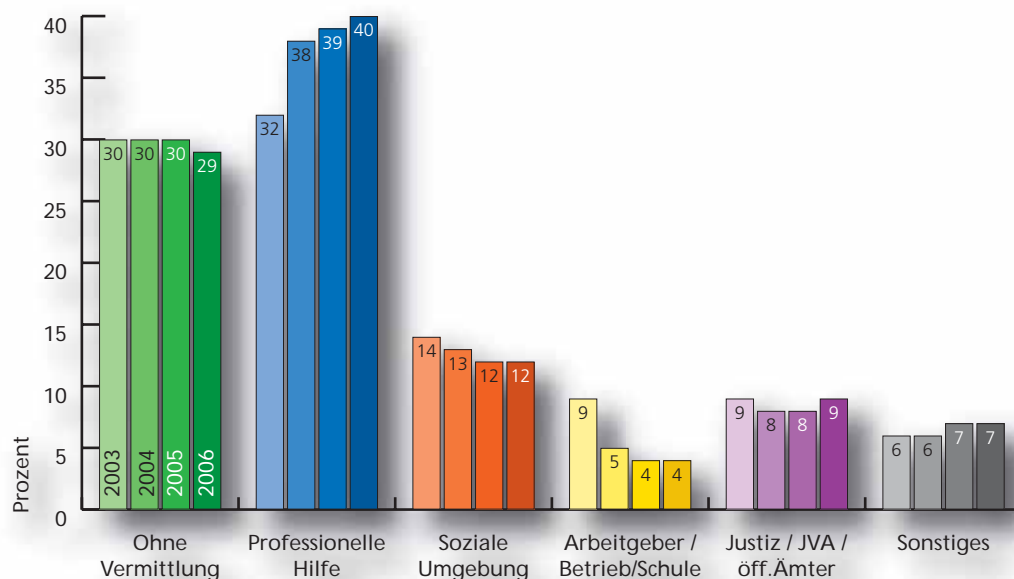
Im Projekt *COMBASS* werden drei Hilfebereiche unterschieden: „Ambulante Beratung“, „Betreutes Wohnen“ und „Arbeitsprojekte“. Die allermeisten Betreuungen wurden im Jahr 2006 mit einem Anteil von 94% im Hilfesegment Ambulante Beratung durchgeführt. Der Bereich Betreutes Wohnen kommt auf einen Wert von 5% und der Bereich Arbeitsprojekte auf 1%. Die entsprechenden Anteile für diese Hilfebereiche in den drei Vorjahren (2003 bis 2005) sind fast identisch: Ambulante Beratung jeweils 93%, Betreutes Wohnen jeweils 6% und Arbeitsprojekte jeweils 1%.

Da der Anteil der Betreuungen aus den Bereichen Betreutes Wohnen und Arbeitsprojekte klein ist, wird im Folgenden nicht weiter zwischen diesen drei Hilfesegmenten differenziert.

Die Abbildung 7 zeigt, auf welche Art und Weise die Betreuungen der Klientinnen und Klienten in den letzten vier Jahren zustande kamen. Insgesamt sind dabei einige (kleinere) Veränderungen festzustellen. So ist im Verlauf der Jahre 2003 bis 2006 der Anteil derjenigen Betreuungen, die durch professionelle Angebote (z.B. andere Einrichtungen der Suchthilfe oder ärztlich-medizinische Institutionen) vermittelt worden sind, von 32% auf 40% deutlich angestiegen, wobei jedoch der Großteil der Veränderung schon zum Jahr 2004 hin stattgefunden hat. Ein vergleichbarer Verlauf findet sich bei der Abnahme der Betreuungen, die durch Arbeitgeber, den Betrieb oder die Schule eingeleitet wurden. Der Anteil hat sich in den vier Jahren von 9% auf 4% verringert, jedoch schon auf 5% im Jahr 2004. Dagegen gibt es bei den anderen Kategorien konstante Zahlen: Der Anteil an Betreuungen, die durch die Familie oder Freunde (soziale Umgebung) des Klienten zustande kamen, liegt im betrachteten Zeitraum zwischen 14% und 12%. Und in allen vier Jahren wurden etwa 30% aller Betreuungen ohne jede Vermittlung, also aus eigener Motivation des Klienten begonnen.

Abbildung 7: Vermittlung in die betreuende Einrichtung, 2003 – 2006

(N₂₀₀₃=13.556, N₂₀₀₄=14.470, N₂₀₀₅=15.442, N₂₀₀₆=14.945)

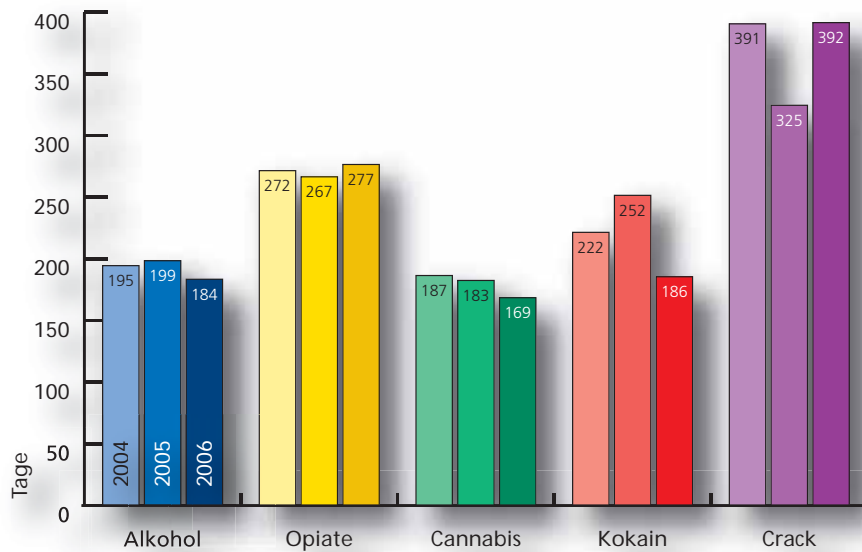


Wird nun analysiert, wie lange die Klienten in einer Betreuung bleiben, zeigen sich hier im Großen und Ganzen relativ konstante Werte für die wichtigsten Hauptdiagnosegruppen.¹⁹ Die Betreuung der Opiat- sowie der Crack-/Kokainklientel dauert im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen am längsten: Die Ergebnisse für die Jahre 2004 bis 2006 weisen für die Opiatklientel Durchschnittswerte um die 270 Tage aus (siehe Abbildung 8). Bei den Crackklienten sind diese wesentlich höher, bei den Kokainklienten niedriger. Bei diesen beiden Substanzen ist jedoch ihre geringe Fallzahl zu beachten, die eine repräsentative Aussage nur eingeschränkt zulässt.²⁰ Bei den Alkoholiklienten beträgt der Durchschnittswert 180 bis 200 Tage. Am kürzesten ist mit einem Wert von 170 bis 190 Tagen die Betreuungslänge bei dem Personenkreis, der wegen Cannabiskonsum eine Einrichtung aufsucht. Insgesamt betrachtet unterliegen die ermittelten Werte für die jeweilige Hauptdiagnosegruppe also keinen allzu großen Schwankungen, so dass die Aussage getroffen werden kann, dass sich das Inanspruchnahmeverhalten der Klienten – wenn es an der durchschnittlichen Betreuungsdauer gemessen wird – als stabil erweist.

¹⁹ Das Jahr 2003 wurde nicht in diese Trendbetrachtung mit einbezogen, weil es hier möglicherweise noch eine geringfügige Verzerrung durch den unterschiedlichen Beginn der Dokumentation in den Einrichtungen geben kann.

²⁰ In jedem Auswertungsjahr N<50.

Abbildung 8: Durchschnittliche Betreuungsdauer in Tagen nach Hauptdiagnose (ICD-10), abgeschlossene Betreuungen, 2004 – 2006, ($N_{2004}=7.158$, $N_{2005}=7.536$, $N_{2006}=7.292$)



Zentrale Betreuungsformen

Im nächsten Auswertungsschritt wird die Entwicklung bei den zentralen Betreuungsformen der ambulanten Suchthilfe in Hessen betrachtet. Hierbei handelt es sich um die folgenden Betreuungstypen, die kurz erläutert werden sollen.²¹

ERLÄUTERUNG:

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

²¹ Quelle: Manual zum Biografie- und Leistungskatalog der ambulanten Suchthilfe in Hessen (Version 4.2).

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 suchtmittelabstinente Lebensführung, ein stabilisierendes soziales Umfeld und eine zuverlässige Mitarbeit in der Therapie voraus. Darüber hinaus muss die Ausprägung der Störungen auf seelischem, körperlichem und sozialem Gebiet eine ambulante Behandlung zulassen. Leistungsträger sind die Rentenversicherungen und Krankenkassen. Die Ambulante Rehabilitation sollte nach maximal 18 Monaten (bzw. bei poststationärer AR nach 12 Monaten) abgeschlossen sein.

Beratung: Eine professionell durchgeführte Beratung ist eine fundierte konkrete Entwicklungs- und Lebenshilfe. Dabei kann es sich sowohl um eine kurzfristige informationsorientierte Beratung als auch um eine mittel- bis längerfristig angelegte problemorientierte Beratung handeln. Die Beratungstätigkeit erfordert eine flexible, an dem individuellen Bedarf der Klientin/des Klienten orientierte Vorgehensweise.

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

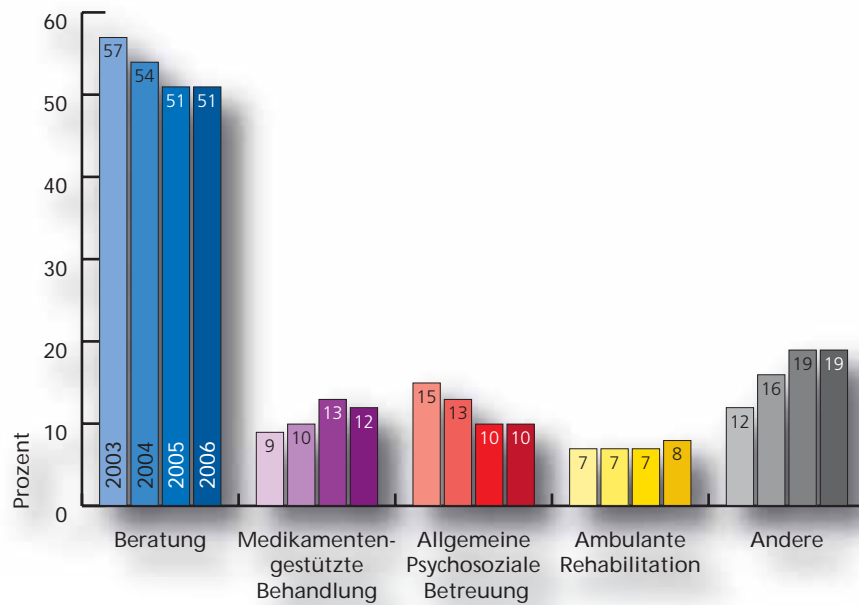
Die Beratung war in allen vier Jahren die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform mit Anteilen zwischen 51% und 57% (siehe Abbildung 9). Die Medikamentengestützte Behandlung und die Allgemeine Psychosoziale Betreuung kommen auf Werte um die 10%. An vierter Stelle liegt die Ambulante Rehabilitation (7% bis 8%).

Wird die Entwicklung im Einzelnen betrachtet, zeigen sich einige interessante Veränderungen: Die Anteile der Beratung und der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung sind in diesem Zeitraum um 6 bzw. 5 Prozentpunkte gesunken, während gleichzeitig die Anteile bei der Medikamentengestützten Behandlung und bei den sonstigen Betreuungsformen zugenommen haben. Die Entwicklung bei der Medikamentengestützten Behandlung (Psychosoziale Betreuung Substituierter) – eine Zunahme von 9% auf 12% – findet ihre Entsprechung in einer leichten Zunahme des Anteils der Hauptdiagnosegruppe Opiate (siehe vorne). Ferner korrespondiert dieser Trend mit den Angaben aus dem bundesweiten Substitutionsregister, nach dem die Anzahl substituierter Klienten zwischen 2003 und 2006 in Hessen kontinuierlich von 5.400 auf 6.200 angestiegen ist (Stichtagsbetrachtung).

Die Ambulante Rehabilitation weist dagegen stabile Anteile auf.

Der Bedeutungsgewinn der Kategorie „Andere“ – hier werden verschiedene andere Betreuungsarten, z.B. Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung, schulische und berufliche Integrationshilfen oder Raucherentwöhnung, zusammengefasst – dürfte mit einer zunehmenden Ausdifferenzierung der Betreuungsangebote zusammenhängen.

Abbildung 9: Wichtigste Betreuungsformen, 2003 – 2006
 (N₂₀₀₃=15.097, N₂₀₀₄=19.513, N₂₀₀₅=19.843, N₂₀₀₆=19.757)



Im Folgenden soll bei drei Betreuungsformen – Beratung, Allgemeine Psychosoziale Betreuung, Medikamentengestützte Behandlung – ein differenzierterer Blick auf die Betreuungsdauer geworfen werden. Das geschieht hier auf der Grundlage abgeschlossener Betreuungen in den letzten drei Jahren.²² Es zeigen sich dann bei der Beratung sehr ähnliche Werte für den betrachteten Zeitraum. Bei etwa der Hälfte handelt es sich um „Kurzzeit-Beratungen“, die bis zu 3 Monate dauern (siehe Tabelle 10). Der Anteil für Beratungen der Kategorie „4 bis zu 6 Monate“ liegt jeweils bei über 20%. Auf einen etwas geringeren Wert kommen die Beratungen, die 7 bis 12 Monate dauern. Langfristige Beratungen (>12 Monate) sind dagegen eher selten: Sie machen nur einen Anteil von 7% bis 9% aus.

²² Auch hier wurde das Jahr 2003 aus dem schon genannten Grund nicht in die Trendbetrachtung mit einbezogen.

Tabelle 10: Beratung: Betreuungsdauer abgeschlossener Betreuungen, 2004 – 2006, gleiche Einrichtungen (N=84)

	2004 %	2005 %	2006 %
Bis 3 Monate	50	52	52
4 bis 6 Monate	22	22	24
7 bis 12 Monate	19	17	17
mehr als 12 Monate	8	9	7
Gesamt (N)	6.310	6.027	5.944

Auch die Allgemeine Psychosoziale Betreuung weist – wie die folgende Tabelle zeigt – im Großen und Ganzen stabile Werte für die Jahre 2004 bis 2006 auf, auch wenn bei ihr das Muster der Inanspruchnahme anders aussieht. Denn bei dieser Betreuungsform gibt es im Vergleich zur Beratung einen hohen Anteil von Personen, die länger als ein Jahr betreut werden müssen: 25% bis 29% (siehe Tabelle 11). Der Anteil der „Kurzzeit-Betreuten“ beträgt hier ungefähr ein Drittel.

Tabelle 11: Allgemeine Psychosoziale Betreuung: Betreuungsdauer abgeschlossener Betreuungen, 2004 – 2006, gleiche Einrichtungen (N=84)

	2004 %	2005 %	2006 %
Bis 3 Monate	33	33	34
4 bis 6 Monate	21	16	19
7 bis 12 Monate	21	22	19
mehr als 12 Monate	25	29	28
Gesamt (N)	1.129	839	771

Die Betreuungsdauer stellt sich bei der Medikamentengestützten Behandlung ähnlich dar wie bei der vorgenannten Betreuungsform: ca. ein Viertel aller Substitutionsbehandlungen dauert länger als ein Jahr, etwa ein Drittel bis zu 3 Monaten (siehe Tabelle 12). Die beiden dazwischen liegenden Kategorien umfassen jeweils etwa 20%. Auch hier zeigen sich keine großen Schwankungen, wenn der Trend der letzten 3 Jahre betrachtet wird.

Tabelle 12: Medikamentengestützte Behandlung: Betreuungsdauer abgeschlossener Betreuungen, 2004 – 2006, gleiche Einrichtungen (N=84)

	2004	2005	2006
	%	%	%
Bis 3 Monate	32	36	34
4 bis 6 Monate	21	21	18
7 bis 12 Monate	22	22	22
mehr als 12 Monate	24	22	26
Gesamt (N)	696	1.229	1.036

In diesen Zahlen zur Betreuungsdauer dürften sich die unterschiedlichen Konzepte der Betreuungsformen ausdrücken, je nachdem, ob sie kurz- bis mittelfristig (Beratung) oder eher langfristig (Allgemeine Psychosoziale Betreuung, Medikamentengestützte Behandlung) angelegt sind.

Formen Medikamentengestützter Behandlung

Im Hessischen Kerndatensatz wird zwischen drei verschiedenen Formen der Medikamentengestützten Behandlung (Psychosoziale Betreuung Substituierter) unterschieden:²³

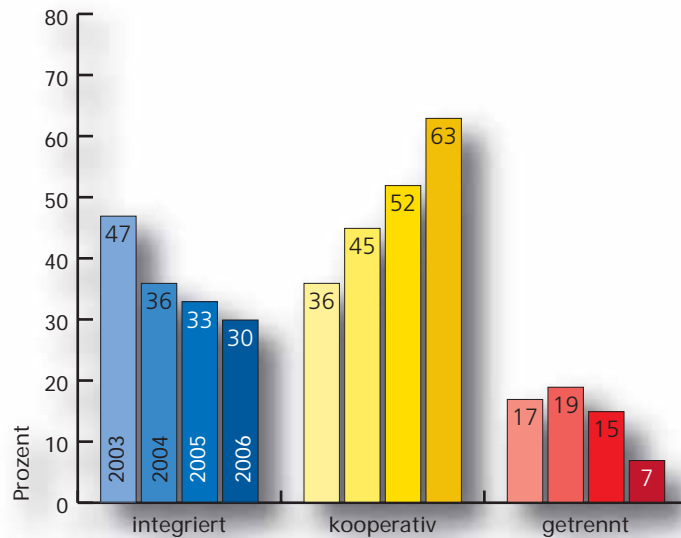
- **Getrennt** – Es besteht keine Kooperation zwischen Ärzten und psychosozialen Fachkräften.
- **Integriert** – Hier arbeiten Ärzte und psychosoziale Fachkräfte gemeinsam in interdisziplinären Teams in einer Ambulanz oder sonstigen Hilfeeinrichtung.
- **Kooperativ** – Ärzte und psychosoziale Fachkräfte arbeiten in unterschiedlichen Institutionen, haben aber eine enge Kooperation, die zu einer fallbezogenen Zusammenarbeit führt.

Wird eine Auswertung über diese drei Untertypen vorgenommen, zeigt sich, dass der relative Anteil der kooperativen Form seit 2003 stetig angewachsen ist: von 36% im Jahr 2003 auf 63% im Jahr 2006 (siehe Abbildung 10). Gleichzeitig ist in diesem Zeitraum die Bedeutung der beiden anderen Typen zurückgegangen. 2006 kommt die getrennte Form auf einen Anteil von 7%; die integrierte auf 30%. Insgesamt weisen diese Zahlen auf eine positive Entwicklung hinsichtlich der Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen bei der Medikamentengestützten Behandlung hin.²⁴

²³ Quelle: Manual zum Biografie- und Leistungskatalog der ambulanten Suchthilfe in Hessen (Version 4.2).

²⁴ Es sei ergänzend angeführt, dass noch weitere, vertiefende Analysen zu den drei verschiedenen Formen der Medikamentengestützten Behandlung vorgenommen werden. Es ist geplant, die Ergebnisse in einem Supplement zu dem vorliegenden Bericht zu veröffentlichen.

Abbildung 10: Formen der Medikamentengestützten Behandlung, abgeschlossene Betreuungen, 2003 – 2006, gleiche Einrichtungen (N=84),
 (N₂₀₀₃=1.067, N₂₀₀₄=1.586, N₂₀₀₅=2.062, N₂₀₀₆=1.778)

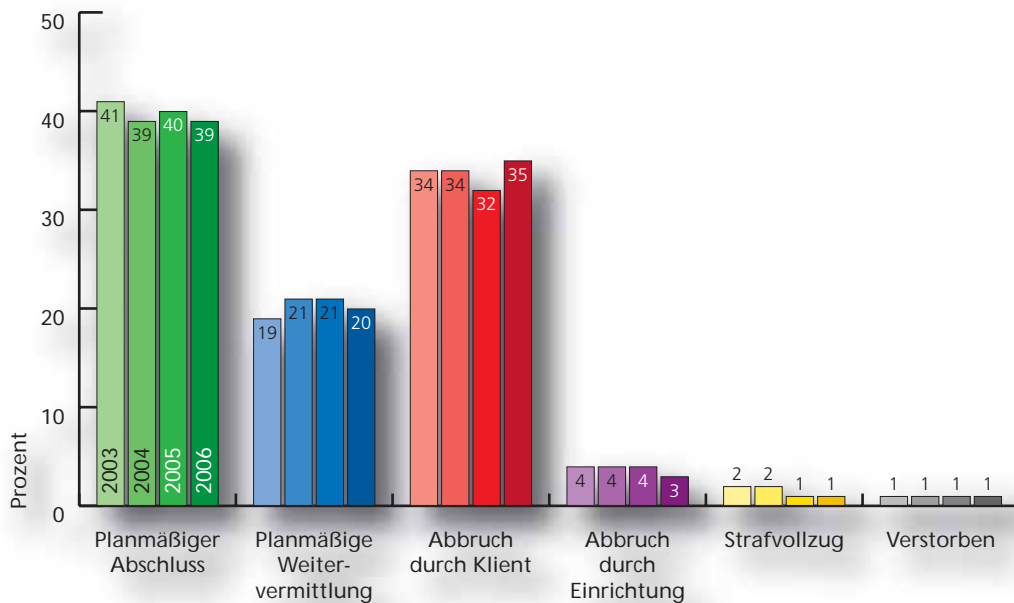


Betreuungsende

Abschließend werden einige Trenddaten zum Betreuungsende präsentiert. Dabei wird deutlich, dass sich das Beendungsverhalten der Klienten im Verlaufe der vier Jahre so gut wie nicht verändert hat: Etwa 40% aller Betreuungen sind planmäßig abgeschlossen worden (siehe Abbildung 11). Hinzu gezählt werden muss ein Anteil von ca. 20% der Betreuungen, bei denen die Klienten – wie geplant – in andere Einrichtungen weitervermittelt worden sind. Das ergibt zusammen – je Jahr – einen Anteil von ca. 60% regulär beendeten Betreuungen. Dagegen wurde in jedem dritten Fall ein Betreuungsverhältnis durch den Klienten abgebrochen (32% bis 35%). Ein Abbruch durch die Einrichtung kommt dagegen eher selten vor (3% bis 4%).

Abbildung 11: Beendigungsgrund der Betreuungen, 2003 – 2006

($N_{2003}=8.024$, $N_{2004}=9.517$, $N_{2005}=9.653$, $N_{2006}=9.470$)

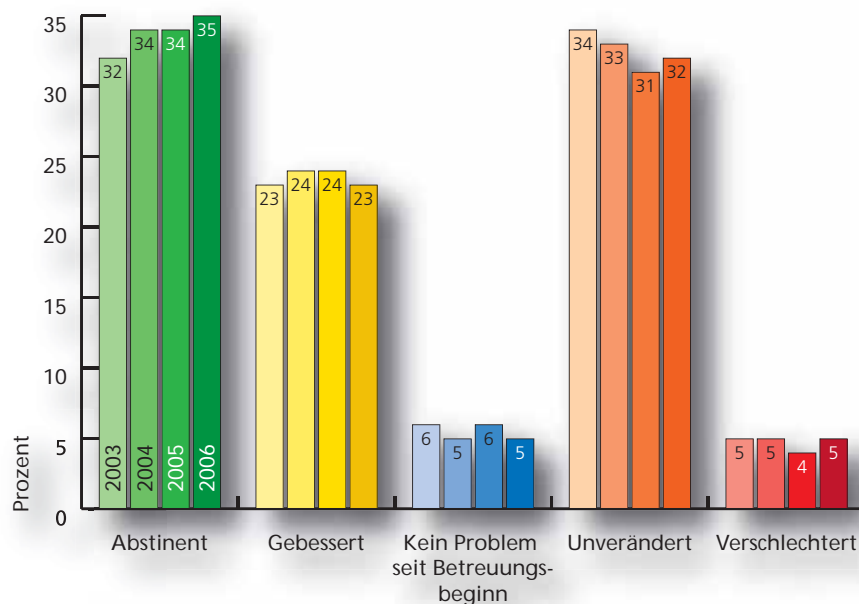


Beim Konsumstatus am Ende der Betreuung sind kleinere Veränderungen zu konstatieren. Etwa jeder dritte Klient lebt am Ende der Betreuung abstinent – hier hat es im Beobachtungszeitraum eine Zunahme von 32% auf 35% gegeben (siehe Abbildung 12).²⁵ Ferner hat sich bei knapp einem Viertel aller Klienten eine Verbesserung ihres Konsumverhaltens während der Betreuung eingestellt (stabile Werte von 23% bzw. 24%). Bei etwa einem Drittel der Hilfesuchenden stellt sich dieses jedoch unverändert dar – hier schwanken die Werte zwischen 31% und 34%. In jedem Jahr wird bei um die 5% der Klienten über eine Verschlechterung des Konsumstatus berichtet. So etwas kann beispielsweise vorkommen, wenn Klienten aus einer Justizvollzugsanstalt entlassen werden oder wenn sie aus einer poststationären Behandlung (erneut) in eine Beratung kommen.

²⁵ Die an der deutschen Suchthilfestatistik orientierte grobe Zuordnung des Konsumstatus bei Betreuungsende eignet sich nur eingeschränkt als Indikator für die Leistungsfähigkeit der Suchthilfe. Um Aussagen über die Wirkung der Hilfemaßnahmen treffen zu können, wäre eine Präzisierung der Dokumentationsvorschriften sowie eine Differenzierung nach der Ausgangssituation und den Betreuungszielen der Klientel erforderlich. Die nachstehende Auswertung steht insofern unter dem Vorbehalt, dass sie allenfalls Hinweise auf den Abstinenzstatus, nicht jedoch auf das Erreichen differenzierter Behandlungsziele (z.B. Beikonsumfreiheit bei Substitutionsbehandlungen) gibt.

Abbildung 12: Konsumstatus am Ende der Betreuung, 2003 – 2006

($N_{2003}=7.704$, $N_{2004}=8.613$, $N_{2005}=8.793$, $N_{2006}=8.583$)



Angehörige

Der Anteil der Angehörigen an der Gesamtklientel der ambulanten Suchthilfe beträgt 5% für das Jahr 2006 (siehe Tabelle 13). Im Jahr zuvor waren es 6%, davor 7% und im Jahr 2003 sogar 9%. Absolut ist die Anzahl betreuter Angehöriger von 1.645 (2003) auf 943 (2006) gesunken. Das ist ein Rückgang von mehr als 40%.

Auch die Anzahl dokumentierter anonymer Kontakte mit Angehörigen ist in den Jahren 2003 bis 2006 (leicht) gesunken: von 1.006 im ersten Betrachtungsjahr auf 754 im Jahr 2005, um dann in 2006 wieder auf 902 anzusteigen.

Diese Entwicklung bei der Beratung von Angehörigen ist eine der auffälligsten Veränderungen im bisherigen Beobachtungszeitraum von 4 Jahren. Sie dürfte darauf zurückzuführen sein, dass es im Land Hessen im Zuge von Einsparungen zu einer Einschränkung spezifischer Angebote für Angehörige gekommen ist.²⁶

²⁶ Auf dem Workshop der HLS zur COMBASS-Landesauswertung 2006 wurde in einer Arbeitsgruppe über diese Entwicklung bei den Angehörigenzahlen diskutiert. Dabei wurden „Einsparungen“ von den meisten Teilnehmern als Hauptursache genannt. In diesem Zusammenhang berichteten einige Teilnehmer, dass sie aus Kostengründen weniger Einzelberatungen für Angehörige durchführen und stattdessen Angehörigengruppen gegründet haben, deren Arbeit aber nicht mit Horizont dokumentiert wird.

Tabelle 13: Angehörige und ihr Anteil an der Gesamtklientel, anonyme Kontakte mit Angehörigen, 2003 – 2006

	2003	2004	2005	2006
Anteil Angehöriger (%)	9	7	6	5
Anzahl Angehörige	1.645	1.236	1.141	943
Anonyme Kontakte	1.006	938	754	902

Auf der Bundesebene ist ein solcher Trend nicht zu konstatieren; dort sind die Zahlen eher konstant: Nach den Angaben der Deutschen Suchthilfestatistik betrug der deutschlandweite Anteil von Angehörigen 7% in den Jahren 2005 und 2004 und 6% im Jahr 2003 (Sonntag 2006, Sonntag 2005) – Zahlen für 2006 sind noch nicht veröffentlicht.²⁷

Das Geschlechterverhältnis bei den Angehörigen in Hessen ist deutlich anders als bei den Klienten und Klientinnen. Bei etwa 70% der betreuten Angehörigen handelt es sich um weibliche Personen. Auch wenn es hier leichte Schwankungen in den vier Jahren gegeben hat, bewegt sich diese Quote im gleichen Rahmen: Sie liegt zwischen 68% und 74%.

Auch beim Durchschnittsalter der Angehörigen sind für die Jahre 2003 bis 2006 Schwankungen zu konstatieren, ohne dass sich eine Tendenz in eine bestimmte Richtung abzeichnet. Es lag in diesem Zeitraum zwischen 43 und 46 Jahren (2003: 43,1; 2004: 44,7; 2005: 43,2; 2006: 46,0).

Die meisten Angehörigen suchen wegen des Cannabis- oder Alkoholkonsums eines Familienangehörigen oder Bekannten (Kind, Partner etc.) eine ambulante Suchthilfeeinrichtung auf. An erster Stelle liegt der Cannabiskonsum bei diesen so genannten „Index-Klienten“ mit nicht ganz einheitlichen Werten zwischen 39% und 43%; gefolgt vom Alkoholkonsum, der bei 32% bis 37% der Angehörigen Anlass war, den Kontakt zur Suchthilfe herzustellen (siehe Tabelle 14).²⁸ Bei den anderen Substanzen sind die Werte im betrachteten Zeitraum etwas stabiler: Bei etwa jeder neunten Person spielt der Opiatkonsum des Betroffenen eine Rolle (10% bis 12%). Es gibt nur ganz selten Angehörige, die wegen des Konsums von Ecstasy oder einer anderen „Partydroge“ eines Bekannten in eine ambulante Einrichtung kommen (0,4% bis 1%).

²⁷ Die Datengrundlage stellen hier die neu begonnenen Betreuungen dar.

²⁸ Im Jahr 2003 wurde die Hauptsubstanz des Index-Klienten noch nicht erhoben.

Tabelle 14: Hauptsubstanz der Index-Klienten/innen der Angehörigen, 2004 – 2006

	2004 %	2005 %	2006 %
Cannabis	39	43	39
Alkohol	37	32	33
Opiate	10	12	11
Kokain/Crack	4	4	4
Essstörungen	1	1	1
Ecstasy/Partydrogen	0,4	1	1
Anderes	9	7	10
Gesamt (N)	726	688	535

Regionale Aspekte (Trends)

Die im Folgenden dargestellten Vergleiche zwischen Klientinnen und Klienten in unterschiedlichen regionalen Bezugsräumen beziehen sich auf drei Kategorien:

- Landkreise (Einrichtungen in Gemeinden, die in den 21 hessischen Landkreisen beheimatet sind),
- Großstädte (Einrichtungen aus den kreisfreien Städten Kassel, Wiesbaden, Darmstadt und Offenbach; Einwohnerzahl 118.000 bis 276.000),
- Frankfurt am Main (obwohl es sich ebenfalls um eine kreisfreie Stadt handelt, werden Einrichtungen aus Frankfurt wegen des speziellen Charakters als Metropole mit 653.000 Einwohnern gesondert betrachtet).

Was die Trendbetrachtung anbetrifft, kann auf die Ergebnisse von drei aufeinander folgenden Jahren (2004-2006) zurückgegriffen werden. Da die Auswertungslogik geändert wurde, kann das Jahr 2003 nicht berücksichtigt werden.²⁹

Insgesamt wurden die Daten von 101 Einrichtungen in die Regionalauswertung einbezogen; dies entspricht nahezu dem Wert des Vorjahres (103 Einrichtungen; 2004: 92). Nach wie vor sind mehr als die Hälfte dieser Einrichtungen (59) in Landkreisen angesiedelt (2005: 60, 2004: 54). 15 Einrichtungen liegen in den vier Großstädten (2005: 16, 2004: 15) und 27 in Frankfurt (2005: 27, 2004: 23). Auch mehr als die Hälfte der Klienten wird in den Landkreisen betreut. Der Anteil dieser Personen an der Gesamtstichprobe ist, ebenso wie die absolute Anzahl, mit 55% im Vergleich zum Vorjahr (57%) geringfügig gesunken (N = 9.592; 2005: 10.120; 2004: 9.499). Demgegenüber ist der Anteil der in Frankfurt Betreuten seit 2004 leicht gestiegen (24%/ 4.229 Personen; 2005: 22%/ 4.001 Personen, 2004: 22%/ 3.793 Personen), während sich die Anzahl der in den Großstädten betreuten Klienten kaum verändert hat (2006: 21%/ 3.770 Personen, 2005: 21%/ 3.660 Personen, 2004: 22%/ 3.750 Personen).

²⁹ Für das Jahr 2003 wurde jeder Klient zu der regionalen Kategorie zugeordnet, in der seine letzte Betreuung stattgefunden hat.

Tabelle 15: Anteile von Klienten und Angehörigen in den einzelnen Regionen nach Jahr der Erhebung

	Klienten			Angehörige		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
	%	%	%	%	%	%
Landkreise	56	57	55	73	78	73
Großstädte	22	21	21	19	18	20
Frankfurt	22	22	24	8	4	7
Gesamt (N)	17.042	17.781	17.591	1.207	1.132	943

Der Anteil wie auch die absolute Zahl der in den Landkreisen betreuten Angehörigen ist im Jahr 2006 deutlich zurückgegangen (73%/ 692 Personen; 2005: 78%/ 880 Personen; 2004: 73%/ 876 Personen). Dennoch nimmt die Angehörigenbetreuung dort einen deutlich höheren Stellenwert ein als in den Städten. Die Anzahl der in den Großstädten betreuten Angehörigen ist leicht rückläufig (20%/ N = 187; 2005: 18%/ N = 205; 2004: 19%/ N = 230), wogegen die Zahl der in Frankfurt betreuten Angehörigen nach dem Rückgang im Vorjahr wieder geringfügig angestiegen ist (2006: 7%/ N = 64; 2005: 4%/ N = 47; 2004: 8%/ N = 101).

Alter • Geschlecht • Wohnort

Wie bereits in den Jahren 2004 und 2005 zeigen sich kaum Veränderungen in der Geschlechterverteilung: Auch 2006 ist der Überhang der männlichen Klientel in Frankfurt in etwas schwächerer Ausprägung als in den anderen regionalen Bezugsräumen zu beobachten. In den Landkreisen sind 76% (2004/ 2005: 75%) und in den Großstädten 75% (2004/ 2005: 76%) der Klientel männlich, während dieser Anteil in der Metropole mit 70% (2005: 69%, 2004: 68%) etwas niedriger liegt. Eine Zunahme des Durchschnittalters der Klienten im Jahr 2006 zeigt sich in allen drei Bezugsräumen. Daher liegt dieser Wert wie in beiden Vorjahren bei Klienten, die durch Einrichtungen in Frankfurt betreut werden (2006: 36,3 Jahre; 2005: 35,8 Jahre; 2004: 35,9 Jahre), etwas niedriger als in den Landkreisen (2006: 37,3; 2005: 37,1; 2004: 37,0) und deutlich niedriger als in den Großstädten (2006: 39,4; 2005: 39,1; 2004: 38,5). Die Differenzen zwischen den Bezugsräumen sind in erster Linie auf die abweichende Verteilung der Hauptdiagnosegruppen und das unterschiedliche Durchschnittsalter in diesen Gruppen (siehe unten) zurückzuführen.

Substanzkonsum

Nur geringe Änderungen sind im Jahr 2006 im Hinblick auf die Verteilung der Hauptdiagnosegruppen festzustellen. Daher sind wie in den Vorjahren die deutlichsten regionalspezifischen Unterschiede bei der Opiat- und Alkohol Klientel zu beobachten: Während mehr als die Hälfte der in den Frankfurter Einrichtungen betreuten Klienten Opiatkonsumenten (52%) sind und weniger als ein Viertel der Frankfurter Klientel (23%) eine Alkoholdiagnose³⁰ zugewiesen bekam (siehe

³⁰ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es in Frankfurt im Verhältnis zu den vorhandenen Drogenhilfeeinrichtungen vergleichsweise wenig Suchthilfeangebote für alkoholgefährdete und -abhängige Personen gibt. Zudem beteiligt sich ein Teil dieser Einrichtungen nicht an COMBASS.

Tabelle 16), stellen die Alkoholkonsumenten in den Landkreisen und Großstädten jeweils den größten Anteil der Klientel. Vor allem in den Landkreisen zeigt sich ein deutlich niedrigerer Anteil von Opiatkonsumenten. Der hohe Anteil der Opiat- sowie mit Abstrichen auch der Kokain- bzw. Crackkonsumenten in Frankfurt dürfte im Wesentlichen auf die spezifische Situation in der lokalen Szene problematischer Konsumenten harter Drogen zurückzuführen sein, in der neben Heroin auch Kokainderivate verbreitet sind (Müller et al. 2007). Dabei ist von einer großen Anziehungskraft des metropoliten Drogenmarktes auszugehen, die dazu führt, dass sich auch Personen mit einem auswärtigen Wohnsitz in Frankfurt mit Drogen versorgen und die Angebote der (insbesondere niedrigschwelligen) Drogenhilfe nutzen (Simmedinger & Vogt 2007).

Eine Cannabisdiagnose wird in den Landkreisen prozentual betrachtet häufiger gestellt als in den Großstädten und Frankfurt (17% zu 10% bzw. 12%). Die Werte für die Landkreise und für Frankfurt haben sich dabei im Jahr 2006 angenähert, da der Anteil der Cannabisklientel in der Metropole seit 2004 um vier Prozentpunkte angestiegen ist. Demgegenüber stellt sich der Anteil dieser Gruppe in den beiden anderen Bezugsräumen als nahezu unverändert dar. Der im letzten Jahr beobachtete Anstieg des Anteils an Opiatklienten und der Rückgang der Alkoholklientel in den vier Großstädten hat sich 2006 nicht fortgesetzt (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Hauptdiagnose der Klienten nach Region und Jahr der Erhebung

	Landkreise			Großstädte			Frankfurt		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Alkohol	49	48	47	47	44	44	25	23	23
Opiate	27	28	27	34	38	37	52	54	52
Cannabis	15	15	17	9	10	10	8	9	12
Kokain & Crack	3	3	3	3	3	2	9	9	9
Benzodiazepine & Barbiturate	1	1	1	1	1	1	3	2	2
MDMA, Amphetamine & Halluzinogene	2	2	3	2	1	1	2	2	2
Essstörungen & pathologisches Spielen	3	3	1	3	3	3	0,5	0,5	0
Gesamt (N)	7.107	7.283	7.149	2.660	2.669	2.659	2.603	3.125	3.040

Wie in den Jahren 2004 und 2005 ist in Frankfurt der Frauenanteil insbesondere bei den Alkoholklienten etwas stärker ausgeprägt als in den beiden anderen Untersuchungsgebieten: Während in der Metropole 33% der Alkoholklientel weiblich sind, beläuft sich dieser Anteil in den Landkreisen auf 25% und in den Großstädten auf 27% (siehe Tabelle 17). Frankfurt weist aber auch in den anderen Hauptdiagnosegruppen jeweils den höchsten Frauenanteil auf; lediglich bei Opiatkonsumenten liegt dieser Wert gleichauf mit den Großstädten (Großstädte und Frankfurt: jeweils 29%, Landkreise: 23%). Auch unter den Cannabisklienten, bei denen der Männerüberhang insgesamt besonders stark ausgeprägt ist, liegt in Frankfurt mit 16% ein etwas höherer Anteil von Frauen vor als in Großstädten (12%) und Landkreisen (11%).

Das Durchschnittsalter der Alkoholklientel in Frankfurt ist nach dem Rückgang im Vorjahr wieder auf 45,0 Jahre leicht angestiegen, so dass diese Gruppe in der Metropole nunmehr im Schnitt etwas jünger als in den Großstädten (45,5 Jahre) und etwas älter als in den Landkreisen (44,8 Jahre) ist (siehe Tabelle 17). Das Durchschnittsalter der Opiatklienten ist in allen drei Untersuchungsgebieten seit 2004 angestiegen. Somit ist diese Gruppe in Frankfurt mit 36,5 Jahren nach wie vor älter als in den Großstädten (36,2 Jahre) und in den Landkreisen (34,6 Jahre). Deutliche Abweichungen sind bei der Entwicklung des Durchschnittsalters der Cannabisklientel zu beobachten: Während dieser Wert in den Landkreisen und vor allem den Großstädten deutlich angestiegen ist, ist er in Frankfurt im Jahr 2006 leicht gesunken.

Tabelle 17: Durchschnittsalter und Frauenanteil in ausgewählten Hauptdiagnosegruppen nach Region und Jahr der Erhebung

	Landkreise			Großstädte			Frankfurt		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
<i>Alkohol</i>									
Durchschnittsalter	44,3	44,7	44,8	44,7	45,4	45,5	46,2	44,5	45,0
Anteil Frauen (%)	24	24	25	23	24	27	34	34	33
<i>Opiate</i>									
Durchschnittsalter	33,5	34,1	34,6	34,8	35,9	36,2	35,9	36,2	36,5
Anteil Frauen (%)	25	24	23	28	28	29	32	30	29
<i>Cannabis</i>									
Durchschnittsalter	22,9	23,4	23,9	25,6	25,9	27,3	25,3	25,3	25,0
Anteil Frauen (%)	14	14	11	14	13	12	17	17	16
<i>Gesamt</i>									
Durchschnittsalter	37,1	37,5	37,5	38,7	39,1	39,4	37,2	36,7	36,8
Anteil Frauen (%)	24	25	22	24	24	26	30	31	28

Soziale Situation

Die regionalspezifischen Auswertungen zur sozialen Situation sind auf wesentliche Kriterien beschränkt, die am ehesten Hinweise auf den Grad der sozialen Integration der Klienten geben: die Angaben zur Wohn- und Erwerbssituation.

Wie die Tabelle 18 zeigt, sind hinsichtlich der Wohnsituation kleinere positive Änderungen im Beobachtungszeitraum zu verzeichnen. Am auffälligsten ist dabei der Anstieg des Anteils von Klienten mit eigener Wohnung in den vier Großstädten, aber auch in den anderen beiden regionalen Bezugsräumen hat es hier eine leichte Verbesserung gegeben. Ferner ist ein kontinuierlicher, aber nur marginaler Rückgang bei den Frankfurter Klienten in prekärer Wohnsituation zu beobachten.

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

	Landkreise			Großstädte			Frankfurt		
	2004 %	2005 %	2006 %	2004 %	2005 %	2006 %	2004 %	2005 %	2006 %
Selbstständiges Wohnen	63	64	65	70	71	74	54	53	56
Bei Angehörigen / Eltern	21	21	20	13	12	11	14	15	13
Betreutes Wohnen	4	4	3	3	3	2	11	10	10
Prekäre Wohnsituation	5	4	4	5	6	5	15	14	13
Sonstiges	6	7	7	8	8	9	6	8	8
Gesamt (N)	8.489	8.778	8.533	3.244	3.193	3.273	3.403	3.818	3.906

Im Vergleich der drei Bezugsräume stellt sich die Wohnsituation in Frankfurt nach wie vor (2006) deutlich schlechter dar als in anderen Gemeinden Hessens. Weniger Klienten verfügen über eine eigene Wohnung (56% gegenüber 65% in den Landkreisen und 74% in den Großstädten) und deutlich mehr leben in prekären Wohnsituationen (obdachlos, provisorische Unterkünfte, Justizvollzugsanstalt; 13% zu 4% bzw. 5%) oder in Einrichtungen des Betreuten Wohnens (10% zu 3% bzw. 2%). Diese Differenzen sind in erster Linie darauf zurückzuführen, dass in Frankfurt die Opiat-klientel überrepräsentiert ist, bei der sich höhere Anteile für ungesicherte Wohnformen zeigen: Wie bereits in den Jahren 2004 und 2005 leben auch 2006 18% aus dieser Gruppe in einer prekären Wohnsituation und 10% (2005: 12%; 2004: 14%) sind in einer Einrichtung des betreuten Wohnens untergebracht. Bei den ohnehin niedrigeren Anteilen in den beiden anderen Bezugsräumen ist seit 2004 zudem noch eine abnehmende Tendenz zu beobachten: In den Landkreisen leben aktuell 12% (2005: 13%; 2004: 17%) der Opiatklienten in einer betreuten oder prekären Wohnsituation, in den Großstädten beträgt dieser Wert im Jahr 2006 9% (2005: 11%; 2004: 13%). Aber auch in anderen Hauptdiagnosegruppen liegen die Anteile derer, die in einer betreuten oder prekären Wohnsituation leben, in Frankfurt nach wie vor höher als in den anderen hessischen Gebieten. Dass – quasi unverändert – der Anteil der bei Angehörigen Wohnenden in den Landkreisen deutlich über den Werten in den Großstädten bzw. Frankfurt liegt (20% gegenüber 11% bzw. 13%), dürfte in erster Linie mit dem insgesamt niedrigeren Durchschnittsalter und insbesondere dem höheren Anteil der ohnehin deutlich jüngeren Cannabiskonsumenten in den Landkreisen zu erklären sein. Zudem ist nach wie vor die Quote der Cannabisklienten, die bei den Eltern oder anderen Angehörigen wohnen, in den Landkreisen deutlich am höchsten. Allerdings ist in den Landkreisen und in den Großstädten – parallel zum Anstieg des Durchschnittsalters in dieser Gruppe – im Unterschied zu Frankfurt jeweils ein nunmehr deutlicher Rückgang der in ihren Familien lebenden Cannabisklienten zu beobachten (Landkreise 2004 bis 2006: von 57% auf 49%; Großstädte 2004 bis 2006: von 38% auf 26%; Frankfurt 2004 bis 2006; von 35% auf 36%).

Wie in den beiden Vorjahren ist in den Landkreisen der Anteil der selbstständig wohnenden weiblichen Klientel deutlich höher als der entsprechende Teil der männlichen Klienten. Dieser Unterschied fällt in den Städten geringer aus, insbesondere in Frankfurt, wo sich die entsprechenden Werte im Unterschied zur Entwicklung des Vorjahres wieder angenähert haben. Nach wie vor

leben in Frankfurt Männer und Frauen zu nahezu gleichen Anteilen in prekären Wohnsituationen (13% zu 12%), während in den Großstädten (5% zu 3%) und in den Landkreisen mehr Männer als Frauen obdachlos sind bzw. in provisorischen Unterkünften oder der JVA leben (5% zu 2%). Im Hinblick auf die Frage, mit welchen Personen die Klienten zusammenwohnen, haben sich die jeweiligen Werte der einzelnen Antwortkategorien im dreijährigen Beobachtungszeitraum in den drei Untersuchungsgebieten kaum verändert. Im Jahr 2006 leben nach wie vor in Frankfurt mehr Klienten alleine (46%) als in Großstädten (41%) und Landkreisen (33%). In den Landkreisen ist der höchste Wert seitens derer zu beobachten, die mit ihren Eltern zusammenwohnen (22% zu 13% in Frankfurt und 11% in den Großstädten). In den Landkreisen (21%) und Großstädten (20%) gibt es relativ betrachtet mehr Personen, bei denen Kinder im eigenen Haushalt leben, als in Frankfurt (10%).

Verglichen mit der allgemeinen hessischen Arbeitslosenquote von 10,4%³¹ liegt die Arbeits-/Erwerbslosenquote im Jahr 2006 in allen drei regionalen Untersuchungsgebieten jeweils um ein Vielfaches höher: Die entsprechenden Werte liegen zwischen 44% (Landkreise) und 58% (Frankfurt) (siehe Tabelle 19). In der Trendbetrachtung sind einige Veränderungen im Hinblick auf die Erwerbssituation in den Bezugsräumen zu beobachten. Auffällig ist die kontinuierliche Zunahme der Arbeitslosigkeit bei den Klienten, die in Frankfurt (von 55% auf 58%) und den vier Großstädten (von 51% auf 55%) betreut werden, wogegen diese Quote in den Landkreisen eher konstant ist.

Tabelle 19: Erwerbssituation der Klienten nach Region und Jahr der Erhebung

	Landkreise			Großstädte			Frankfurt		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden	43	42	42	38	35	35	34	34	33
arbeitslos/erwerbslos	43	45	44	51	54	55	55	56	58
berufliche Rehabilitation	2	2	2	3	2	1	5	3	3
Sonstige	11	11	12	8	9	8	6	7	7
Gesamt (N)	7.981	8.381	7.709	2.951	3.039	3.024	3.144	3.602	3.669

Nur wenig Änderungen zeigen sich bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung der Arbeitslosenquoten in den drei Untersuchungsgebieten: Unverändert (2006) ist bei den weiblichen Klienten in den Landkreisen und Großstädten eine im Vergleich zu den Männern deutlich niedrigere Arbeitslosenquote zu beobachten (Landkreise: 38% zu 46%; Großstädte: 50% zu 57%). Dagegen fällt dieser Unterschied in Frankfurt merklich geringer aus (55% zu 59%).

³¹ Durchschnittswert für das Jahr 2006; Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt (<http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/erwerbstaetigkeit/landesdaten/arbeitsmarkt-und-sozialversicherungspflichtig-beschaeftigte/arbeitslose-im-jahresdurchschnitt/index.html>, 25.8.2007).

Dass die Arbeitslosigkeit unter den in Frankfurt und in den Großstädten betreuten Klienten höher ist als in den Landkreisen, ist zum Teil mit der Verteilung der Hauptdiagnosen zu erklären, da die in den Städten stärker vertretenen Opiatklienten generell häufiger arbeitslos sind als Klienten mit anderen Hauptdiagnosen. Darüber hinaus zeigt sich bei den in den Städten betreuten Opiatklienten auch zusätzlich eine höhere Arbeitslosenquote als bei in Landkreisen betreuten Opiatklienten. Während dieser Anteil in Frankfurt 2006 nochmals angestiegen ist (74%, 2005: 71%, 2004: 69%), ist er in den Großstädten nach dem Anstieg im Vorjahr wieder zurückgegangen (72%, 2005: 76%, 2004: 72%) und in den Landkreisen etwa gleich geblieben (66%, 2005: 67%, 2004: 63%). Nicht in allen Hauptdiagnosegruppen ist die oben beschriebene Überrepräsentation von arbeitslosen Klienten in den Städten in dieser Stärke zu beobachten. So liegt im Jahr 2006 die Arbeitslosenquote der Alkoholklienten in den Großstädten (46%) knapp über der der in Frankfurt Betreuten (43%); diese wiederum nur leicht über der der Alkoholklienten in den Landkreisen (40%). Eine vergleichsweise niedrige Arbeitslosigkeit ist unter den Cannabisklienten in Frankfurt zu beobachten (31% zu 33% in Landkreisen und 45% in Großstädten).

Betreuungen

Die im Folgenden dargestellten regionalspezifischen Unterschiede müssen nicht zwangsläufig auf die Behandlungsnachfrage der Klienten verweisen, sondern können u. a. auch mit der Angebotsstruktur zusammenhängen. Dies betrifft insbesondere einige Betreuungsformen, die nicht in allen Bezugsräumen im gleichen Umfang angeboten werden.

Die auffälligste Veränderung zeigt sich beim Anteil der Medikamentengestützten Behandlung in den Großstädten, der nach dem Anstieg im Vorjahr im Jahr 2006 von 14% auf 7% deutlich zurückgegangen ist. Demgegenüber sind die Schwankungen bei dieser Betreuungsform in den beiden anderen Untersuchungsgebieten nicht so groß, wenngleich in den Landkreisen von einem tendenziellen Anstieg gesprochen werden kann (siehe Tabelle 20). Der Rückgang dieser Betreuungsform in den Großstädten geht einher mit einem relativen Anstieg der Beratung von 42% (2005) auf 46% (2006); dies allerdings, nachdem der entsprechende Wert im Jahr 2004 mit 49% noch deutlich höher gelegen hatte. In den anderen Bezugsräumen ist der jeweilige Anteil der Beratung an allen Betreuungsformen nahezu konstant. Der Anteil der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung ist in den Großstädten ebenfalls leicht angestiegen, dies allerdings, nachdem dieser Wert im Vorjahr in allen drei Bezugsräumen zurückgegangen war (siehe Tabelle 20). Die Anteile aller anderen Betreuungsformen haben sich nur geringfügig verändert.

Insgesamt bleibt somit die Beratung der häufigste Betreuungstypus in allen Untersuchungsgebieten, wobei dieser in den Landkreisen deutlich häufiger vorkommt als in den Großstädten und in diesen wiederum häufiger als in Frankfurt. In Frankfurt ist der Anteil der Medikamentengestützten Behandlung deutlich überrepräsentiert, was in erster Linie mit dem höheren Anteil der Opiatklienten in der Metropole zu begründen ist. Dass in Frankfurt und mit Abstrichen auch in den Großstädten der Anteil der (allgemeinen) Beratung geringer ist, könnte möglicherweise mit dem ausdifferenzierteren Hilfesystem in den Städten zusammenhängen.

Tabelle 20: Betreuungsformen nach Region und Jahr der Erhebung

	Landkreise			Großstädte			Frankfurt		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Beratung	63	63	62	49	42	46	36	35	35
Allgemeine Psychosoziale Betreuung	10	7	7	18	14	16	14	11	12
Medikamenten- gestützte Behandlung	6	7	8	9	14	7	20	24	23
Ambulante Rehabilitation	6	6	7	10	10	10	9	7	8
Ambulante Behandlung	3	3	2	3	3	4	2	2	2
Andere	12	14	14	11	17	17	19	21	20
Gesamt (N)	9.766	10.179	9.902	4.078	4.183	4.413	4.284	5.414	5.442

Abweichungen zu den Vorjahren sind bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung der Betreuungsformen in den drei Untersuchungsgebieten zu beobachten: Während in den Vorjahren der „Männerüberhang“ beim Anteil der Beratungen mit zunehmender Urbanisierung abnahm, fällt im Jahr 2006 der vergleichsweise große Unterschied zwischen dem Frauen- und Männeranteil in den vier kreisfreien Städten auf (Landkreise: 63% zu 59%, 2005: 65% zu 58%, 2004: 65% zu 59%; Großstädte: 47% zu 40%, 2005: 43% zu 39%, 2004: 50% zu 48%; Frankfurt: 36% zu 33%, 2005: 35% zu 34%, 2004: 36% zu 34%). Im Hinblick auf die übrigen Betreuungsformen sind für 2006 wie schon in den Vorjahren ebenfalls Abweichungen festzustellen, die jedoch auf keine linearen Zusammenhänge der jeweiligen Anteile mit der Ortsgröße hindeuten. So ist z.B. der Anteil der Medikamentengestützten Behandlung bei den Betreuungen von Männern in den Großstädten niedriger als bei den Frauen (6% zu 10%), wohingegen dieses Verhältnis in Frankfurt umgekehrt ist (25% zu 20%) und sich in den Landkreisen ausgeglichen darstellt (je 8%).

Diverse Verschiebungen sind hinsichtlich der nach Hauptdiagnosegruppen differenzierten Verteilungen der Betreuungsarten zu beobachten. Bei den Opiatklienten in den Großstädten ist nach einem Anstieg im Vorjahr der Anteil Medikamentengestützter Behandlungen (in der Regel Substitution) sehr deutlich zurückgegangen (2006: 18%, 2005: 38%, 2004: 32%), gleichzeitig ist der Anteil Allgemeiner Psychosozialer Betreuungen merklich angestiegen (2006: 33%, 2005: 20%, 2004: 27%). In den Landkreisen ist dagegen seit 2004 ein nahezu kontinuierlicher Anstieg Medikamentengestützter Behandlungen zu beobachten (2006: 34%, 2005: 30%, 2004: 24%), während dieser Anteil in Frankfurt nach dem Vorjahresanstieg konstant geblieben ist (2005/2006: 42%, 2004: 36%). Die Allgemeine Psychosoziale Betreuung ist in Frankfurt (2005/2006: 13%, 2004: 15%) in etwa konstant und in den Landkreisen (2006: 11%, 2005: 12%, 2004: 14%) leicht rückläufig. Insgesamt ist diese Betreuungsform nunmehr bei Opiatklienten in den Großstädten deutlich am stärksten vertreten, während dort die Medikamentengestützte Behandlung sowohl im Vergleich zu den Landkreisen als auch verglichen mit Frankfurt, wo sie die häufigste Betreuungsform für diese Gruppe darstellt, eine untergeordnete Rolle spielt. Eine Beratung wird – nahezu unverändert – in den Landkreisen (2006: 40%, 2005: 42%; 2004: 41%) bei Opiatklienten häufiger durchge-

führt als in den Großstädten (2006: 21%, 2005: 17%, 2004: 29%) und Frankfurt (2006: 23%, 2005: 24%, 2004: 18%).

Seitens der Cannabiskonsumenten in den Großstädten hat sich im gesamten Erhebungszeitraum ein deutlicher Rückgang der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung vollzogen (2006: 11%, 2005: 25%, 2004: 31%), während die ohnehin niedrigen Werte in Frankfurt (2005/2006: 6%, 2004: 14%) und den Landkreisen (2005/2006: 3%, 2004: 7%) nach dem Rückgang im Vorjahr stabil geblieben sind. Darüber hinaus sind weder in dieser Hauptdiagnosegruppe noch bei den Alkoholklienten irgendwelche nennenswerten Änderungen im Jahr 2006 zu beobachten: Unverändert ist Frankfurt das einzige Untersuchungsgebiet, in dem Integrationshilfen für Cannabiskonsumenten eine nennenswerte Rolle spielen (2006: 14%, 2004/2005: 16%; Landkreise und Großstädte 2004-2006: jeweils unter 1%). Bei den Alkoholklienten spielt die ambulante Rehabilitation unverändert in Frankfurt (2004/2006: 28%, 2005: 26%) eine größere Rolle als in den Großstädten (2005/2006: 19%, 2004: 18%) und vor allem als in den Landkreisen (2005/2006: 12%, 2004: 10%). In allen Hauptdiagnosegruppen weist die Beratung in den Landkreisen den höchsten Anteil unter den verschiedenen Betreuungsformen auf – das gilt für den gesamten Beobachtungszeitraum –, was möglicherweise darin begründet sein kann, dass in kleineren Orten kein so spezialisiertes Hilfeangebot vorgehalten werden kann wie in den großen Städten.

Erstmalige Auswertungen für das Jahr 2006

Zum ersten Mal werden im Rahmen eines *COMBASS*-Berichtes die Angaben über die Klientinnen und Klienten zu ihren Partnerbeziehungen, Kindern, Hafterfahrungen und Schulden analysiert. Die Gründe, dass dies erstmals für das Jahr 2006 geschieht, sind vielfältig: schlechte Datengrundlage in den Vorjahren (Kinder), ausdrücklicher Auswertungswunsch der Anwender (Partnerbeziehung, Schulden) und Unklarheiten über den bisherigen Datensatz (Hafterfahrungen). Die Auswertungsroutine für diese vier Variablen folgt derjenigen der Jahre 2003 bis 2005: Sie werden unter Berücksichtigung des Geschlechts, des Alters und der Hauptdiagnose betrachtet.

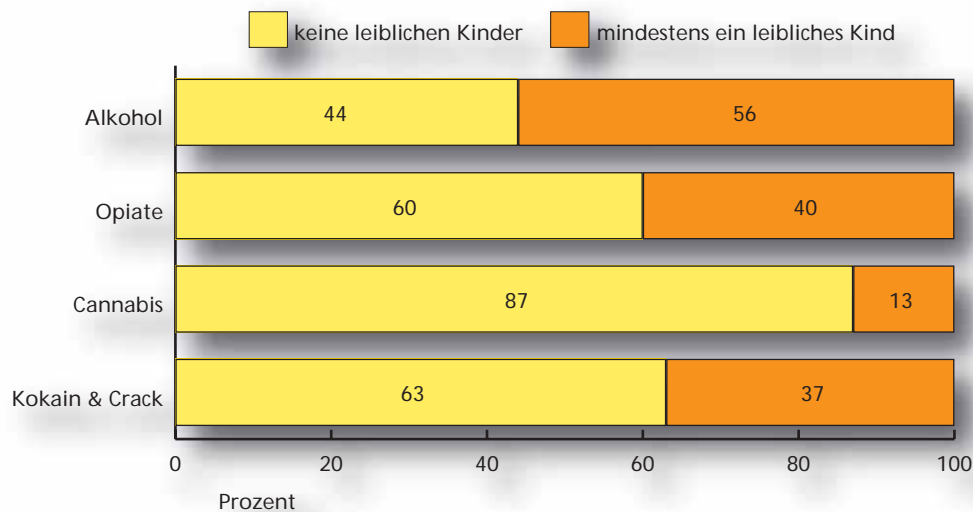
Partnerbeziehungen und Kinder

Eine Minderheit der Klienten (42%) lebt in einer festen Beziehung. Ein etwas höherer Anteil (48%) gibt dagegen an, alleinstehend zu sein und 9% berichten über wechselnde Beziehungen. Mehr weibliche als männliche Klienten leben im Jahr 2006 in einer festen Beziehung (49% gegenüber 40%), und auch wechselnde Beziehungen sind unter Frauen etwas stärker vertreten (12% zu 9%), während Männer häufiger alleinstehend sind (51% zu 39%). Klienten in einer festen Beziehung sind mit 39,7 Jahren im Durchschnitt drei Jahre älter als Alleinstehende (36,6 Jahre) und sogar deutlich älter als diejenigen in wechselnden Beziehungen (33,5 Jahre). Analog zu diesen Beobachtungen findet sich in der durchschnittlich ältesten Hauptdiagnosegruppe, den Alkoholklienten, auch der höchste Anteil derjenigen, die in einer festen Beziehung leben (49%), während dieser Anteil in der jüngsten Hauptdiagnosegruppe, den Cannabiskonsumenten, mit 31% am niedrigsten ist. Überdies ist der Anteil derjenigen, die in wechselnden Beziehungen leben, bei den Alkoholklienten am niedrigsten (7%) und bei Cannabisklienten am höchsten (13%). 42% der Opiatklienten und 41% der Kokain-/Crackklienten verfügen über eine feste Beziehung (zeitweilige Beziehungen: 10% bzw. 12%).

Mit 42% hat ein nicht unerheblicher Anteil der Klientel mindestens ein eigenes Kind. Dies trifft weitaus häufiger auf weibliche (55%) als auf männliche Klienten (38%) zu. 20% der Klienten haben ein leibliches Kind, 15% zwei, 4% drei und 2% vier oder mehr. Durchschnittlich hat jeder Klient 0,73 eigene Kinder. Während auf jede weibliche Klientin mit 0,97 statistisch betrachtet fast ein „ganzes“ eigenes Kind kommt, liegt auch dieser Wert bei den Männern mit 0,65 deutlich niedriger. Diejenigen, die mindestens ein leibliches Kind haben, sind – nicht überraschend – im Mittel deutlich älter (43,3) als Klienten ohne Kinder (33,1).

Die Abbildung 13 zeigt die Anteile derjenigen mit leiblichen Kindern innerhalb der einzelnen Hauptdiagnosegruppen. Dabei fällt einerseits auf, dass wiederum in der durchschnittlich ältesten Gruppe, der Alkoholklientel, mit Abstand der größte (56%) und in der jüngsten Gruppe, den Cannabisklienten, der deutlich niedrigste Anteil (13%) an Personen mit leiblichen Kindern vorhanden ist. Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass in der als besonders problematisch angesehenen Gruppe der Opiatklienten immerhin 40% mindestens ein eigenes Kind haben. Mit 37% ist ein ähnlich hoher Anteil an Personen mit Kindern in der Gruppe der Kokain-/ Crackkonsumenten zu finden.

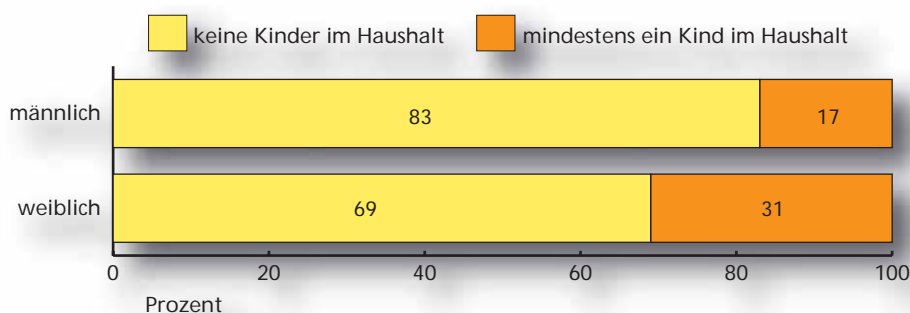
Abbildung 13: Klienten mit leiblichen Kindern, differenziert nach Hauptdiagnose



Was etwaige familiäre Problematiken bei Suchtkranken und deren Kindern betrifft, ist nicht nur die Frage nach leiblichen Kindern relevant, sondern insbesondere die Frage, ob aktuell Kinder im Haushalt der jeweiligen Klienten leben. Dies ist im Jahr 2006 bei 21% aller Klienten der Fall.

Die Abbildung 14 zeigt – wie bereits bei den leiblichen Kindern –, dass im Hinblick auf Kinder im eigenen Haushalt ein deutlicher Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Klienten besteht. Während bei nahezu einem Drittel der Klientinnen mindestens ein Kind im Haushalt lebt, ist dies nur bei rund einem Sechstel der männlichen Klienten der Fall. Diese Tendenz spiegelt sich auch bei der Frage nach der Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder wieder: Während der Durchschnittswert bei den Frauen 0,47 beträgt, leben bei männlichen Klienten statistisch betrachtet jeweils nur 0,29 Kinder im Haushalt (Gesamt: 0,34). Diejenigen, die mit mindestens einem Kind zusammenleben, sind im Schnitt 40,0 Jahre alt, diejenigen ohne Kinder im Haushalt 37,3 Jahre. Dass dieser Altersunterschied weitaus geringer ausfällt als beim Vergleich derer mit leiblichen Kindern, liegt vermutlich daran, dass bei vielen älteren Klienten diese bereits aus dem gemeinsamen Haushalt ausgezogen sind.

Abbildung 14: Klienten mit Kindern im Haushalt, differenziert nach Geschlecht



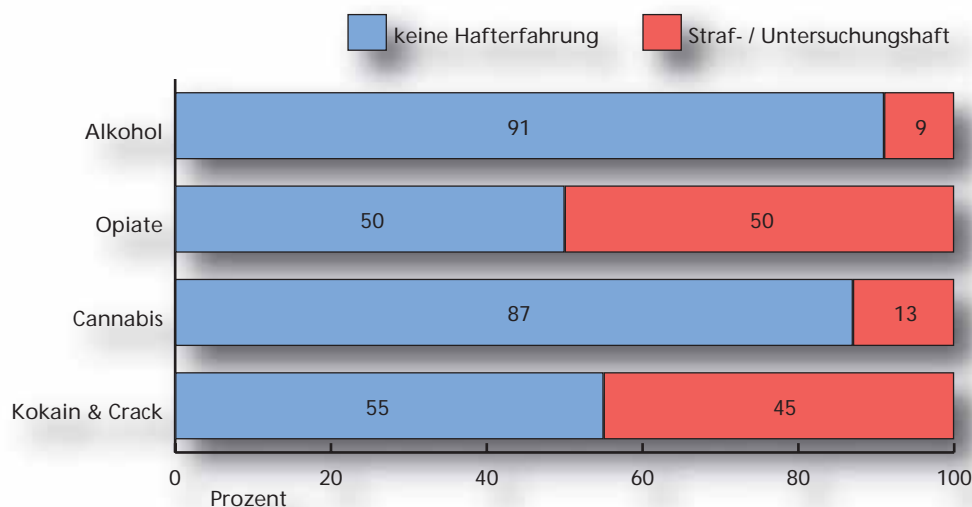
Dieses schlägt sich auch bei der Auswertung nach der Hauptdiagnosegruppe nieder. Denn lediglich 26% der Alkoholklienten (älteste Gruppe) berichten darüber, dass mindestens ein Kind im Haushalt lebt; bei der Opiatklientel beträgt dieser Wert 20% und bei den Kokain-/ Crackkonsumenten 18%. Mit 11% ist dieser Anteil bei den Cannabiskonsumenten fast so hoch wie der Anteil derer mit leiblichen Kindern. Nahezu alle Cannabisklienten mit eigenen Kindern haben also offenbar auch mindestens ein Kind im Haushalt; dies hängt wahrscheinlich mit dem vergleichsweise niedrigen Durchschnittsalter zusammen. Umgekehrt dürfte das höhere Durchschnittsalter der Alkoholklienten dafür verantwortlich sein, dass bei weniger als der Hälfte derer mit leiblichen Kindern auch mindestens ein Kind im Haushalt wohnt. Die genannten Zusammenhänge zeigen sich auch bei der durchschnittlichen Zahl der leiblichen und im Haushalt lebenden Kinder: Hier entfällt mit 1,0 der deutlich höchste Wert für leibliche Kinder auf die Alkoholklienten, bei denen im Schnitt aber nur 0,4 Kinder im eigenen Haushalt leben. Die Opiat- und Kokain-/ Crack-Klienten haben durchschnittlich 0,6 leibliche und 0,3 im Haushalt lebende Kinder, während sich bei den Cannabisklienten mit 0,2 der jeweils gleiche Durchschnittswert für eigene und im Haushalt lebende Kinder zeigt.

Hafterfahrung

27% aller Klienten haben bereits mindestens einmal eine Zeit in Haft verbracht. Auch hier zeigt sich ein vergleichsweise deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern: Fast jeder dritte Mann verfügt über Hafterfahrungen (30%). Diesen steht lediglich ein Anteil von 17% der weiblichen Klienten gegenüber. Ob ein Klient mindestens einmal in Straf- oder Untersuchungshaft gewesen ist, ist offenbar unabhängig vom Alter: Mit 36,5 und 36,8 Jahren sind Personen mit und ohne Hafterfahrungen im Durchschnitt nahezu gleich alt.

Sehr deutliche Zusammenhänge sind dagegen zwischen Hafterfahrungen und Hauptdiagnosegruppen zu erkennen (siehe Abbildung 15). Während Alkoholklienten nur zu 9% und Cannabis-Klienten zu 13% mindestens einmal inhaftiert waren, ist es bei den Opiatklienten die Hälfte und bei Kokain-/ Crack-Klienten sind es mit 45% nur geringfügig weniger. Diese Resultate spiegeln vermutlich die Umfeldbedingungen wider, denen ein Großteil der problematischen Konsumenten „harter Drogen“ ausgesetzt sind: Der Szenealltag ist zum einen geprägt von vielfältigen illegalen Drogengeschäften und beschaffungskriminellen Aktivitäten und spielt sich darüber hinaus oft im öffentlichen Raum ab (Müller et al. 2007). Das Risiko, dabei polizeilich auffällig zu werden, ist groß und ein Absehen von der Strafverfolgung findet im Gegensatz zu Cannabisdelikten eher selten statt.

Abbildung 15: Klienten mit Hafterfahrung, differenziert nach Hauptdiagnose



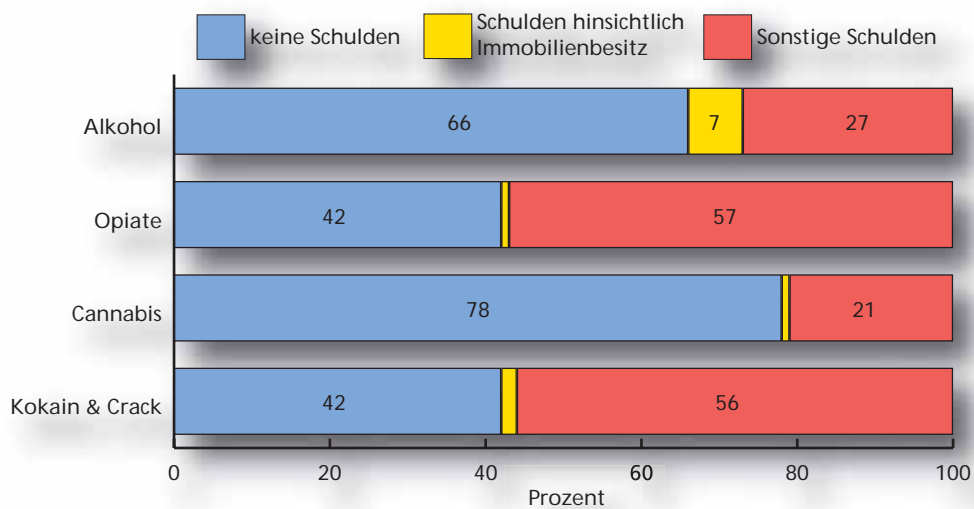
Schulden

Bei der Frage nach der Schuldsituation der Klienten wird differenziert zwischen Schulden aufgrund eines Immobilienbesitzes und „sonstigen Schulden“. 3% der Klienten geben Immobilienschulden an. Diese bleiben im Folgenden wegen ihrer geringen Bedeutung außer Betracht und werden in der nächsten Abbildung nur informationshalber angegeben.

Insgesamt 40% der Klienten haben Schulden. Männliche Klienten berichten mit 41% etwas häufiger über Schulden als ihre weiblichen Mitklienten (36%). Zwischen Klienten mit und ohne Schulden besteht kein nennenswerter Altersunterschied (37,3 zu 37,0 Jahre).

Auch was die Schulden anbetrifft, zeigt sich eine deutliche Differenz zwischen den Konsumenten „harter Drogen“ – Opiaten und Kokain/ Crack –, bei denen jeweils mehr als die Hälfte verschuldet ist (57% bzw. 56%), und den übrigen Klienten (siehe Abbildung 16). Insgesamt weisen die Cannabiskonsumenten mit 22% den geringsten Anteil an Schulden auf. Die höheren Werte für Opiat- und Kokain-/Crack-Klienten stehen vermutlich in einem Zusammenhang mit dem vergleichsweise hohen Preis dieser Substanzen. Zudem kann die bei diesen Substanzen gemeinhin als besonders stark eingeschätzte temporäre oder dauerhafte Suchtdynamik dazu führen, dass innerhalb relativ kurzer Zeit große Geldsummen ausgegeben werden, was bei einem Teil der Konsumenten die Aufnahme von Schulden zur Folge hat.

Abbildung 16: Klienten mit Schulden, differenziert nach Hauptdiagnose



Müller O., Bernard C. & Werse B. (2007):

MoSyD Szenestudie. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2006. Frankfurt a.M.: Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Centre for Drug Research.

Simmedinger R. & Vogt I. (2007):

Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2006. Dokumentationszeitraum 01.01. – 31.12.2006. Frankfurt a.M.: Fachhochschule/Institut für Suchtforschung.

Sonntag D. (Hrsg.) (2006):

Deutsche Suchthilfestatistik 2005. In: SUCHT. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Sonderheft 1.

Sonntag D. (Hrsg.) (2005):

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

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
1	Jugend- und Drogenberatung - Suchthilfe im Vogelsbergkreis	Alsfeld	Ev. kirchlicher Zweckverband Ev. Dekanate JDB im Vogelsbergkreis
2	Beratungs- und Behandlungszentrum für Abhängigkeitserkrankungen	Bad Hersfeld	Zweckverb. für Diakonie in den Kirchenkr. Hersfeld u. Rotenburg
3	Zentrum für Jugendberater und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis	Bad Homburg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
4	Betreutes Wohnen im Wetteraukreis in Friedberg, Bad Nauheim und Ockstadt	Bad Nauheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
5	Therapiedorf ‚Villa Lilly‘ - Betreutes Wohnen Bleidenstadt	Bad Schwalbach	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
6	ags - Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtgefährdete, Abhängige und Angehörige	Bad Soden a. Ts.	Arbeitsgemeinschaft gegen Suchtgefahren e.V.
7	PRISMA - Jugend- und Drogenberatungsstelle für den Kreis Bergstraße	Bensheim	AWO Bergstrasse Soziale Dienste gGmbH
8	Wohngemeinschaft Bergstraße - Übergangseinrichtung und Betreutes Wohnen	Bensheim	Wohngemeinschaft Bergstraße e.V.
9	‚Der Treff‘ - Beratungszentrum Biedenkopf	Biedenkopf	Bürgerinitiative Sozialpsychiatrie e.V.
10	Zentrum für Jugendberater und Suchthilfe für den Wetteraukreis, Außenstelle Büdingen	Büdingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
11	Betreutes Wohnen „Torbogen“	Darmstadt	Stiftung Waldmühle
12	Therapiezentrum Waldmühle	Darmstadt	Stiftung Waldmühle
13	Suchthilfezentrum Darmstadt - Berater und Behandlung	Darmstadt	Caritasverband Darmstadt e.V.
14	Drogenberatung im Suchthilfezentrum Darmstadt	Darmstadt	Caritasverband Darmstadt e.V.
15	Substitutionsambulanz ‚scentral‘	Darmstadt	Diakonisches Werk Darmstadt-Dieburg
16	Fachambulanz für Suchtkranke - Berater und Behandlung	Dieburg	Caritasverband Darmstadt e.V.
17	Drogenberatung für den Landkreis Darmstadt-Dieburg	Dieburg	Kreisverwaltung des Landkreises Darmstadt-Dieburg
18	Suchthilfezentrum Wildhof - Psychosoziale Berater und Behandlung	Dietzenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungname	Ort	Träger
38	Betreute Wohngemeinschaft Eschenbachhaus	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
39	Betreutes Wohnen für Menschen mit alkoholbedingten Folgeerkrankungen in Frankfurt	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
40	Betreute Wohngemeinschaft Wittelsbacherallee einschl. Betreutes Einzelwohnen	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
41	Drogennotruf	Frankfurt am Main	BASIS - Beratung, Arbeit, Jugend & Kultur e.V.
42	Projekt Ossip	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
43	Lichtblick	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
44	Eastside - Übernachtungs- und Tagesanlaufstelle	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
45	Café FriedA - Kontaktcafé und Sozialdienst	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
46	BWG Rotlintstraße 76 und Betreutes Einzelwohnen	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
47	'Claire' - Beratungsstelle für suchtmittelabhängige Frauen	Frankfurt am Main	Calla - Verein zur Förderung der Lebensqualität von Frauen mit Suchtproblemen
48	Fachstelle Sucht-Prävention und Therapie. Psychosoziale Beratungs- u. Behandlungsstelle	Frankfurt am Main	Frankfurter Therapieverbund Hessischer Guttempler-Einrichtungen gGmbH
49	Substitutionsambulanz Grüne Straße (bis 1.7.06 Ambulanz für Ausstiegshilfen - Stadtgesundheitsamt Frankfurt)	Frankfurt am Main	Bürgerhospital Frankfurt am Main
50	Fachambulanz für Suchtkranke - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Frankfurt am Main	Caritasverband Frankfurt e.V.
51	Sozialtherapeutisches Zentrum - Beratung für Alkoholranke und -gefährdete	Frankfurt am Main	Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V.
52	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Wetteraukreis	Friedberg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
53	Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke	Friedberg	Caritasverband Gießen e. V.
54	Fachstelle für Sucht - Beratung und Behandlung	Fulda	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Fulda e.V.

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungname	Ort	Träger
55	Sucht- und Drogenberatungsstelle - Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke und Angehörige	Fulda	Caritasverband für Stadt und Landkreis Fulda
56	Jugend- und Drogenberatungsstelle Gelnhausen / Schlichtern	Gelnhausen	AWO Kreisverband Main-Kinzig e.V.
57	SuchtHilfZentrum Gießen - Schanzenstraße	Gießen	Arbeitsgemeinschaft Rauschmittelprobleme
58	SuchtHilfZentrum Gießen - Gartfeld	Giessen	Arbeitsgemeinschaft Rauschmittelprobleme
59	Paritätische Nachsorge - Einrichtung für Suchtkranke Haus Gilserberg / Haus Haina-Battenhausen	Gilserberg	Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband
60	Jugend- und Drogenberatung	Hanau	Diakonisches Werk Ev. Kirchenkreise HU-Stadt/ HU-Land
61	Suchtberatung für Erwachsene	Hanau	Diakonisches Werk Ev. Kirchenkreise HU-Stadt/ HU-Land
62	Aufsuchende Suchthilfe in der Stadt Hattersheim	Hattersheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
63	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Heppenheim	Caritasverband Darmstadt e.V.
64	Drogenberatung im Landkreis Kassel	Hofgeismar	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
65	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe im Main-Taunus-Kreis	Hofheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
66	Suchthilfe und Suchtprävention für Karben	Karben	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
67	Substitutionsfachambulanz ‚SAM2‘	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
68	Substitutionsfachambulanz ‚SAM‘	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
69	‚W23‘ - Jugend- und Drogenberatung	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
70	‚KARO 5‘ - Drogenberatung und Ambulante Rehabilitation	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
71	Beratungs- und Behandlungsstelle für alkohol- und medikamentenabhängige Erwachsene und Spieler	Kassel	Diakonisches Werk Kassel-Stadt, -Land und Kaufungen
72	Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Blaukreuz -Zentrum	Kassel	Blaukreuzverein Kassel e.V.

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungname	Ort	Träger
73	Betreute Wohngemeinschaft ‚Carlotta‘ der Frauentherapie ‚Camille‘	Königstein	Calla - Verein zur Förderung der Lebensqualität von Frauen mit Suchtproblemen
74	Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen	Korbach	Zweckverband des diakonischen Werkes Waldeck-Frankenberg
75	Mobile Beratung in der Gemeinde Kriftel	Kriftel	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
76	PRISMA - Jugend- und Drogenberatungsstelle für den Kreis Bergstraße	Lampertheim	AWO Bergstrasse Soziale Dienste gGmbH
77	Jugend- und Drogenberatungsstelle Limburg	Limburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
78	Kontaktladen ‚Komm‘a‘	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	Sucht und Drogenberatung	Marburg	Diakonisches Werk Oberhessen
82	Betreutes Wohnen Teichwiese	Marburg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
83	Suchtberatungsstelle des Blauen Kreuzes	Marburg	Blaues Kreuz in Deutschland. Ortsverein Marburg
84	Jugend-, Drogen-, & Suchtberatung	Mörfelden-Walldorf	Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe e.V.
85	Suchtberatungsstelle im Rheingau-Taunus-Kreis	Oestrich-Winkel	Neue Hoffnung e.V.
86	Suchthilfezentrum Wildhof - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
87	Suchthilfezentrum Wildhof - Betreutes Wohnen	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
88	Psychosoziale Beratung und Behandlung für Suchtkranke	Offenbach	Caritasverband Offenbach e.V.
89	Arbeitsprojekt Multiflex	Pfungstadt	Stiftung Waldmühle
90	Jugend- und Drogenberatung	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.
91	Fachambulanz für Suchtkranke	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungname	Ort	Träger
92	Jugendberatung und Suchthilfe in den Städten Bad Soden, Eschborn, Schwalbach und der Gemeinde Sulzbach	Schwalbach	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
93	Jugend- und Suchtberatungsstelle	Schwalmsstadt	Hephata Hess. Diakoniezentrum e.V.
94	Sucht- und Drogenberatungsstelle	Stadtallendorf	Diakonisches Werk Oberhessen
95	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Rheingau-Taunus-Kreis	Taunusstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
96	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis - Außenstelle für den Hintertaunus	Usingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
97	Jugend- und Drogenberatungsstelle	Weilburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
98	Psychosoziale Beratungsstelle Wetter	Wetter	Integrative gemeinnützige Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen (IGEA e.V.)
99	Suchthilfe Wetzlar e.V. - Integrierte Jugend-, Drogen- und Suchtberatungsstelle	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
100	Fachambulanz für Suchtkranke	Wiesbaden	Caritasverband Wiesbaden e.V.
101	Suchthilfezentrum Wiesbaden	Wiesbaden	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.



Hessische Landesstelle für
Suchtfragen e. V.

*Kompetent durch Erfahrung
Innovativ durch Flexibilität*