



2011

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

– Grunddaten –



Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

Landesauswertung der
Computergestützten Basisdokumentation
der ambulanten Suchthilfe in Hessen (*COMBASS*)
– Grunddaten 2011 –

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

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

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

Frankfurt a. M., Dezember 2012



Inhalt

Einführung	7
Zusammenfassung	9
Zielsetzung und Datengrundlage	13
Klientinnen und Klienten	17
Betreuungen	27
Angehörige und andere Bezugspersonen	35
Regionale Aspekte	36
Trends 2003 bis 2011	39
The Same Procedure as Every Year?	52
Literatur	63
Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen	65

Kurzbeschreibung des Projektes *COMBASS*

Was ist *COMBASS*?

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

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

Welche Daten werden erhoben?

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

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

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

Was ist der HKDS?

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

Der HKDS ist als chronologische Dokumentation angelegt; dadurch können Aussagen zu möglichen Effekten der Suchthilfe während und am Ende der Betreuungen getroffen werden. Es ist auch möglich, mit speziellen Auswertungsverfahren die längerfristigen Wirkungen der Suchthilfe zu untersuchen. Insgesamt umfasst der HKDS etwa 60 unterschiedliche Fragestellungen. Der HKDS wird laufend fortgeschrieben, um auf aktuelle Veränderungen reagieren zu können (z. B. Veränderungen im SGB II).

Was ist der ICD-10?

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

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

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

Was ist eine Betreuung?

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

Wie wird der Datenschutz bei der Landesauswertung gewährleistet?

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

Wie wird die Dokumentationsqualität sichergestellt?

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

Welche *COMBASS*-Berichte sind bisher erschienen?

Im Rahmen des *COMBASS*-Projektes wird beginnend mit dem Jahr 2003 eine Suchthilfestatistik für den ambulanten Bereich erstellt. Es gibt Grunddaten-Berichte sowie Spezialanalysen. Folgende Berichte sind bisher erschienen:

1. Grunddaten-Berichte 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010
2. Spezialanalysen: Regionale Aspekte, Cannabis, Inanspruchnahmeverhalten, Ambulante Rehabilitation

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

Was ist HORIZONT?

HORIZONT ist eine Software für die ambulante Suchthilfe. Sie wird von der Firma NTConsult Informationssysteme GmbH vertrieben und seit dem Jahr 2000 fast flächendeckend von den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hessen eingesetzt. Das Programm HORIZONT ist als chronologische Dokumentation konzipiert. Damit können Veränderungen vor und während der Betreuung dokumentiert werden. Die Daten der vorliegenden Auswertung wurden mit der Programmversion HORIZONT 4.2 erhoben.

Einführung

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

In dem vorliegenden *COMBASS*-Jahresbericht werden die soziodemografische Situation der Klientel der ambulanten hessischen Suchthilfe und die von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen beschrieben. Hierbei wird eine vergleichende Perspektive eingenommen, indem nach den verschiedenen Hauptdiagnosegruppen getrennt ausgewertet wird. Es werden die soziale und die Betreuungssituation von sieben verschiedenen Gruppen dargestellt: der Opiat-, Alkohol-, Cannabis-, Kokain-, Crack- und Amphetamin-Klientel sowie der pathologischen Glücksspieler. Anhand dieser Vorgehensweise können klientelbezogene Besonderheiten deutlich gemacht werden, die für die praktische Arbeit von Bedeutung sein können.

Neben der schwerpunktmäßigen Beschreibung der Klienten mit einer eigenständigen Suchtproblematik wird in diesem Berichtsteil auch die Gruppe der hilfeschekenden Angehörigen und anderer Bezugspersonen kurz charakterisiert. Ferner werden die wichtigsten Trends in den Grunddaten der hessischen Suchthilfestatistik dargestellt.

Der Bericht 2011 basiert auf den Daten von 101 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe, die von ca. 19.000 Klientinnen und Klienten und über 1.000 Angehörigen in Anspruch genommen wurden.

Zusätzlich werden im *COMBASS*-Jahresbericht für 2011 in einer Regionalanalyse ausgewählte Ergebnisse der Landkreise, Großstädte sowie der Metropole Frankfurt vergleichend gegenübergestellt.

Abermals werden in dem Grunddatenbericht Resultate einer *COMBASS*-Erhebung auch kommentiert. In einem separaten Textteil am Ende des Auswertungsberichtes äußert sich Prof. Dr. Martin Schmid von der Katholischen Fachhochschule Mainz zu einzelnen Befunden aus der Landesauswertung.

Die HLS sieht in dieser Ergänzung einen weiteren Schritt, mit den Ergebnissen der erhobenen Daten im Sinne einer Angebotsoptimierung zu arbeiten. Herrn Prof. Dr. Schmid sei an dieser Stelle herzlich für seine sachkundigen Anmerkungen gedankt.

Eine qualitativ hochwertige landesweite Grunddatenauswertung über einen längeren Zeitraum kann nur gelingen, wenn die daran beteiligten Personen und Institutionen über mehrere Jahre konstruktiv und effektiv zusammenarbeiten.

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

Im Einzelnen haben zum Erfolg des Berichtes 2011 folgende Institutionen beigetragen:

- das Hessische Sozialministerium durch die Finanzierung des Projektes,
- die beteiligten Träger und Einrichtungen sowie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die hohe Dokumentationsqualität und die Verbesserungsanregungen,
- die Firma NTConsult, durch die sehr engagierte Weiterentwicklung des Programms HORIZONT,
- das Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung in Hamburg (ISD), das als Auswertungsinstitut durch seine praxisnahe und konkrete Hilfestellung sowohl die Einrichtungen als auch die Steuerungsgruppe nachhaltig unterstützt hat.

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Auswertungsergebnisse bieten die nächsten Seiten.

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht für das Jahr 2011 enthält eine ausführliche Beschreibung der Klientel der ambulanten Suchthilfe in Hessen sowie Daten zu den in Anspruch genommenen Betreuungen. Darüber hinaus werden eine regionalspezifische Auswertung und eine Trendbetrachtung für die Jahre 2003 bis 2011 vorgenommen.

Im Jahr 2011 haben sich insgesamt 101 Einrichtungen an der Auswertung beteiligt. Werden die Auswertungsjahre seit 2003 betrachtet, kann insgesamt von einer relativ stabilen Datenbasis gesprochen werden (Teilnahme: zwischen 99 und 109 Einrichtungen). Von diesen Einrichtungen wurden für das Jahr 2011 Hilfe- und Beratungsleistungen für insgesamt 18.793 verschiedene Klientinnen und Klienten dokumentiert. Hinzu kommen 1.088 Angehörige.

Der vorliegende Grunddaten-Bericht ist erneut mit einer umfassenden Kommentierung der Ergebnisse durch einen externen Experten (Prof. Dr. Martin Schmid) versehen. Damit sollen Anstöße für eine zielgerichtete Diskussion gegeben und die Praxisrelevanz der *COMBASS*-Daten weiter erhöht werden. Die Grundlage für seine Interpretationen stellt eine Trendbetrachtung der Jahre 2003 bis 2011 dar.

Statusbericht 2011

Geschlecht, Alter, Nationalität

Fast drei Viertel der Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe sind männlich (73%). Die Klientinnen und Klienten sind im Durchschnitt 39,1 Jahre alt. 87% von ihnen besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit; 30% haben einen Migrationshintergrund.

Hauptdiagnosen

Bei 43 % der gesamten Klientel liegt die Hauptdiagnose Alkohol vor; es folgt die Gruppe der Opiatabhängigen (29 %). Die Hauptdiagnose Cannabis wurde bei 14 % der Klienten¹ gestellt. Bei 6 % handelt es sich um pathologische Glücksspieler und bei 3 % ist die Hauptproblemsubstanz ein Amphetaminderivat (bzw. MDMA, Halluzinogen). Noch seltener werden mit jeweils 1 % die Hauptdiagnosen Kokain, Crack oder Sedativa/ Hypnotika vergeben.

Auswertungen nach Hauptdiagnosengruppen

Nicht nur innerhalb der Gesamtklientel, sondern auch in (fast) allen Hauptdiagnosengruppen überwiegt der Anteil der männlichen Klienten deutlich. Eine besonders starke Überrepräsentanz von Männern ist in der Gruppe der pathologischen Glücksspieler (88 %) zu beobachten, gefolgt von den Cannabisklienten (84 %) sowie den Kokainkonsumenten (82 %).

Bei einer Betrachtung der Altersverteilung innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen wird deutlich, dass die Cannabisklienten mit einem Durchschnittsalter von 25,9 Jahren weiterhin die jüngste Gruppe innerhalb der hessischen Suchthilfeklientel darstellen. Auch Kokain- und Crackkonsumenten

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

ten sind mit 34 bzw. 34,7 Jahren noch unter dem Durchschnittsalter der Gesamtklientel. Demgegenüber sind weit über die Hälfte der Alkoholklienten (58%) über 45 Jahre alt; mit durchschnittlich 45,5 Jahren sind sie nach wie vor die deutlich älteste Gruppe.

Beim Familienstand stellt sich die Situation wie folgt dar: Die höchsten Anteile derer, die mit einem Partner (und ggf. Kindern) zusammenleben, sind bei den pathologischen Glücksspielern, Alkoholklienten (insgesamt jeweils 36%) und Opiatkonsumenten (35%) zu finden. Den höchsten Anteil von Alleinlebenden gibt es unter den Crackkonsumenten (43%).

14% der Opiatabhängigen leben in einer prekären Wohnsituation (provisorische Unterkunft, Obdachlosigkeit, Justizvollzugsanstalt). Am niedrigsten sind die entsprechenden Anteile mit jeweils 3% bei den Alkoholklienten und pathologischen Glücksspielern. Diese Klientengruppen wohnen überdurchschnittlich häufig selbstständig (83% bzw. 72%). Der höchste Wert für das Wohnen bei den Eltern bzw. anderen Angehörigen liegt mit 45% bei den Cannabisklienten vor.

Bei der Opiatklientel sind 72% ohne Arbeit. Auch bei den Crackkonsumenten sind mit insgesamt 55% mehr als die Hälfte erwerbslos. Auch die Klienten der Diagnosegruppen „Kokain“ (48%) und „Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogen“ (45%) haben häufig keine Arbeit, wohingegen dieser Wert bei den pathologischen Glücksspielern mit 26% vergleichsweise niedrig ausfällt. Festzuhalten ist allerdings, dass die Arbeitslosigkeit in sämtlichen Hauptdiagnosegruppen diejenige der Allgemeinbevölkerung jeweils um ein Vielfaches übersteigt.

Betreuungen

41% der Betreuungen kommen ohne Vermittlung zustande. Nahezu ebenso häufig (37%) werden Klientinnen und Klienten über professionelle Hilfen (andere Suchthilfeeinrichtungen, Ärzte etc.) in die Angebote der ambulanten Suchthilfe vermittelt. Eine von zehn Betreuungen erfolgt nach Vermittlung durch Justiz, JVA oder Ämter, 6% durch das soziale Umfeld und jeweils 3% über Arbeitgeber, Betrieb oder Schule bzw. Arbeitsagenturen, Jobcenter oder Arbeitsgemeinschaften.

Die Beratung ist mit einem Anteil von 42% die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Die Medikamentengestützte Behandlung ist mit 18% die zweithäufigste Betreuungsform, gefolgt von der Ambulanten Rehabilitation mit 12%. Bei 8% der Betreuungen handelt es sich um Vorbereitungen auf stationäre Behandlungen und bei 7% um Allgemeine Psychosoziale Beratungen. Andere Betreuungsformen machen 14% aus.

Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller im Jahr 2011 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 218 Tage. Frauen werden dabei mit durchschnittlich 236 Tagen etwas länger betreut als Männer (211 Tage). Die Opiatklienten werden unter allen Hauptdiagnosegruppen mit 351 Tagen im Mittel mit Abstand am längsten betreut.

58% der Betreuungen werden regulär abgeschlossen: Dabei handelt es sich entweder um eine planmäßige Beendigung (43%) oder um eine planmäßige Weitervermittlung in ein anderes Angebot (15%). 34% der Betreuungen werden dagegen durch den Klienten und 3% durch die Einrichtung abgebrochen; bei weiteren 4% wird die Betreuung durch einen außerplanmäßigen Wechsel oder eine Verlegung beendet.

Betrachtet man die Suchtproblematik zum Betreuungsende, so zeigt sich, dass bei einem erheblichen Teil der Betreuungen (61%) mindestens eine Verbesserung erreicht werden konnte (erfolgreich und verbessert zusammengenommen). Gut ein Viertel der Betreuungen wurde erfolgreich

abgeschlossen (26%), und bei etwas mehr als einem Drittel wurde eine Verbesserung der Problematik dokumentiert (35%). 34% der Klienten weisen am Ende ihrer Betreuung eine unveränderte Suchtproblematik auf, und bei 4% hat sich diese verschlechtert.

Regionale Aspekte

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

Der höchste Anteil weiblicher Klienten findet sich mit 30% in Frankfurt. In den Landkreisen und kreisfreien Städten liegt dieser Anteil bei gut einem Viertel. Im Hinblick auf das Alter zeigen sich kaum regionalspezifische Unterschiede. Überall liegt das Durchschnittsalter der Gesamtklientel zwischen 38 und 39 Jahren.

Der Anteil von Klienten mit ausländischer Staatsbürgerschaft und/oder mit einem Migrationshintergrund ist in der Metropole Frankfurt am höchsten (19% bzw. 36%); in den Landkreisen am geringsten (10% bzw. 27%).

Bei der Analyse der Erwerbssituation fällt auf, dass in den Landkreisen und Großstädten der Anteil derjenigen, die über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz verfügen, wesentlich größer ist als in der Metropole Frankfurt (47% bzw. 42% zu 30%). Korrespondierend damit ist in Frankfurt der Anteil der ALG II-Empfänger am höchsten (49%).

Auch bei der Hauptdiagnose existieren deutliche regionalspezifische Unterschiede: Bei der Hälfte der 2011 in den Frankfurter Einrichtungen betreuten Klienten handelt es sich um Opiatabhängige (50%), während bei etwa einem Viertel eine Alkoholdiagnose vorliegt (26%). In den Landkreisen und Großstädten stellt sich dieses Verhältnis gänzlich anderes dar: Der Anteil der Alkoholklientel liegt hier deutlich über 40%, während derjenige der Opiatklientel geringer als 30% ist.

Trends 2003 bis 2011

Die Basis der Trendanalyse stellen 77 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum an der COMBASS-Dokumentation beteiligt haben. Die folgenden Auswertungen stellen die wichtigsten Veränderungen zwischen 2003 und 2011 dar.

Eine interessante Entwicklung hat seit dem Jahr 2003 bei den Angehörigen stattgefunden: Ihr prozentualer Anteil an allen betreuten Personen fällt deutlich von 9% auf 5% in 2007 und ist seitdem wieder um 3 Prozentpunkte angestiegen.

Das Durchschnittsalter der Klientinnen und Klienten hat sich zwischen 2003 und 2011 von 37,2 Jahren um mehr als zwei Jahre auf 39,5 Jahre erhöht (+2,3). Dabei zeigt sich, dass der Altersanstieg bei den Frauen (von 37,7 auf 41,4) wesentlich größer ist als bei den Männern (von 37,1 auf 38,8). Das durchschnittliche Alter der Neuaufnahmen, das jährlich schwankend zwischen 36 bis 38 Jahren liegt, ist über die gesamte Betrachtungsphase dagegen nur um ein halbes Jahr angewachsen.

Wird eine solche Auswertung, bei der ausschließlich die Neuaufnahmen betrachtet werden, differenziert nach den drei Hauptdiagnosegruppen Alkohol, Opiate und Cannabis vorgenommen, ergibt sich bei der Alkoholklientel eine Abnahme von 43,9 auf 43,0 Jahre. Bei der Gruppe der Opiatabhängigen ist dagegen eine kontinuierliche Zunahme des Alters auszumachen: von 33,2 Jahre (2003) auf 36,5 Jahre (2011). Bei den Cannabisklienten ist das Altersniveau zwischen 2003 und 2007 deutlich angestiegen, seitdem ist es jedoch vergleichsweise stabil: Es beträgt etwa 24 Jahre.

Betrachtet man die Personen, für die eine ICD-10 Hauptdiagnose in Form von „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeitssyndrom“ dokumentiert worden ist, zeigt sich, dass sich der Anteil der Klientinnen und Klienten mit einer Alkoholproblematik seit dem Jahr 2003 in einem weitgehend stabilen Rahmen zwischen 43 % und 45 % bewegt. Bei der Opiatklientel deutet sich dagegen von der Tendenz her ein leicht abnehmender relativer Anteil an: der Wert für 2011 beträgt 28 %. Der Anteil der Cannabiskonsumenten ist dagegen im betrachteten Zeitraum von 11 % auf 14 % angestiegen. Der Anteil der pathologischen Glücksspieler liegt in den ersten drei betrachteten Jahren stabil bei 1 % bis 2 % und ist dann in den letzten beiden Jahren auf 5 % bzw. 6 % angewachsen. Bei den (jährlich) neu aufgenommenen Personen mit Alkoholproblemen ist bis 2011 eine deutliche prozentuale Zunahme ihres Anteils zu beobachten: Dieser ist seit 2003 von 43 % auf 53 % angestiegen. Demgegenüber reduziert sich der Anteil der Neuaufnahmen mit einer opiatbezogenen Hauptdiagnose drastisch: von 29 % in 2003 über 20 % in 2005 auf bis zu 10 % im letzten Beobachtungsjahr.

Der Anteil von Erwerbstätigen unter der Alkoholklientel ist seit dem Jahr 2005 um 7 Prozentpunkte von 40 % auf 47 % gestiegen. Gleichzeitig ist der Anteil der ALG I-Empfänger deutlich zurückgegangen (2005: 13 %, 2011: 5 %). Die Zahlen für die ALG II-Empfänger bewegen sich dagegen auf einem etwa gleichbleibenden Niveau (zwischen 30 % und 34 %).

Eine teilweise ähnliche Entwicklung ist auch bei der Opiatklientel festzustellen, wenn auch auf einem niedrigeren Niveau: Der Anteil der Erwerbstätigen ist seit 2005 leicht angestiegen (von 18 % auf 22 %) und derjenige der ALG I-Empfänger zurückgegangen (von 10 % auf 5 %). Dagegen hat der Anteil der ALG II-Empfänger unter den Opiatklienten in den letzten Jahren zugenommen (von 55 % auf 59 %).

Die Beratung ist seit 2003 die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform in der ambulanten Suchthilfe Hessens. Ihr relativer Anteil hat jedoch im Beobachtungszeitraum von 58 % (2003) um 16 Prozentpunkte auf 42 % kontinuierlich abgenommen. Zweithäufigste Betreuungsform ist mit einem Anteil von inzwischen 16 % die Medikamentengestützte Behandlung, d. h. vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter. Bei der Betreuungsform Ambulante Rehabilitation ist ebenfalls ein langsames, aber stetiges Anwachsen ihres prozentualen Anteils – von 7 % auf 12 % – zu beobachten.

Bei der Analyse der Betreuungsdauer der einzelnen Hauptdiagnosegruppen zeigen sich im betrachteten Zeitraum zwei auffällige Entwicklungen: Die Betreuung der Opiatklientel weist im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen für das Jahr 2011 den mit Abstand höchsten Durchschnittswert auf, der darüber hinaus seit 2003 deutlich angewachsen ist: von 231 auf 350 Tage. Auch bei der Cannabisklientel ist die durchschnittliche Betreuungsdauer über die Jahre angestiegen, wenn auch nicht so stark wie bei der vorgenannten Gruppe (von 165 auf 203 Tage). Bei allen anderen Hauptdiagnosegruppen gibt es dagegen keine Trends in die eine oder andere Richtung.

Bei der Art der Beendigung der Betreuung ergeben sich bei den betrachteten Hauptdiagnosegruppen unterschiedliche Trends. Werden die beiden positiven Kategorien „reguläre Beendigung“ und „planmäßiger Wechsel“ zusammengefasst, schwanken die Anteile für die Alkoholklientel im Beobachtungszeitraum zwischen 65 % und 69 %. Bei den Opiatabhängigen ist dagegen eine stetige Abnahme regulärer Beendigungen (inkl. planmäßiger Wechsel) zu registrieren. Zwischen 2003 und 2011 ist der entsprechende Anteil von 51 % auf 43 % gefallen. Und bei den Cannabisklienten zeigt sich keine eindeutige Richtung: Der Ausgangswert (2003) ist von 55 % auf 62 % im Jahre 2007 gestiegen, um dann wieder leicht auf 59 % (2011) zu fallen.

Zielsetzung und Datengrundlage

Im vorliegenden Jahresbericht 2011 werden die soziodemografische Situation der Klientel der ambulanten hessischen Suchthilfe und die von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen beschrieben. Hierbei wird eine vergleichende Perspektive eingenommen, indem nach den verschiedenen Hauptdiagnosegruppen getrennt ausgewertet wird. Es werden die soziale und die Betreuungssituation von sieben verschiedenen Gruppen dargestellt: der Opiat-, Alkohol-, Cannabis-, Kokain-, Crack- und Amphetamin-Klientel sowie der pathologischen Glücksspieler. Anhand dieser Vorgehensweise können klientelbezogene Besonderheiten deutlich gemacht werden, die für die praktische Arbeit von Bedeutung sein können. Neben der schwerpunktmäßigen Beschreibung der Klienten mit einer eigenständigen Suchtproblematik wird in diesem Berichtsteil auch die Gruppe der hilfeschuchenden Angehörigen und anderen Bezugspersonen kurz charakterisiert.

Darüber hinaus enthält der Bericht eine regionalspezifische Auswertung sowie eine Trendbetrachtung über die Jahre 2003 bis 2011. In der Regionalanalyse werden ausgewählte Ergebnisse der Landkreise, Großstädte sowie der Metropole Frankfurt vergleichend gegenübergestellt. In der Trendbetrachtung werden vor allem diejenigen Trends fortgeschrieben, die in der COMBASS-Steuerungsgruppe in den letzten Jahren zu besonderen Reflektionen und Diskussionen geführt haben. Dabei handelt es sich um den Anteil der Angehörigen und Neuaufnahmen, das Durchschnittsalter, die Hauptdiagnose und die Erwerbs- und Wohnsituation der Klientinnen und Klienten² sowie die Betreuungsform, durchschnittliche Betreuungsdauer und Art der Beendigung der Betreuung.

Datengrundlage

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

Sämtliche beteiligten Einrichtungen erfassen ihre Daten mit dem computergestützten Dokumentationssystem HORIZONT. Ein Teil dieser Daten, der so genannte Hessische Kerndatensatz (HKDS), wird von jeder Einrichtung an das auswertende Institut übergeben. Der HKDS basiert zu großen Teilen auf dem Deutschen Kerndatensatz (KDS), welcher vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) verabschiedet wurde.

Im Folgenden werden Personen als Klienten und Angehörige bzw. sonstige Bezugspersonen bezeichnet, die der Einrichtung namentlich bekannt sind und die im Jahr 2011 eine Betreuung mit mindestens einem Termin bzw. mindestens einer Leistung in Anspruch genommen haben. Anonyme Kontakte werden hierbei nicht berücksichtigt.

Diese Definition weicht von denen der Vorjahre insofern ab, als dass bisher eine dokumentierte Betreuung nicht Voraussetzung dafür war, als Klient gezählt zu werden. Da jedoch der Deutsche Kerndatensatz und somit auch der Hessische Kerndatensatz eine betreuungsbezogene Dokumentation ist, d.h. es werden Angaben zu Betreuungsbeginn und -ende erhoben, wurde die

² Bei allem Bemühen um eine Sprache, die beide Geschlechter gleichermaßen berücksichtigt, wird an vielen Stellen in diesem Bericht aus redaktionellen Gründen nur die männliche Ausdrucksweise gewählt. Diese schließt natürlich immer auch die weiblichen Personen mit ein.

Aufnahme der Betreuung als weiteres Kriterium in Absprache mit der Projektsteuerungsgruppe COMBASS mit aufgenommen.

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 deutschen Suchthilfestatistik eine andere Zählweise benutzt². Diese stellt keine Auswertung über Einzelpersonen, sondern über Betreuungsvorgänge des jeweiligen Berichtsjahres dar. Dies kann im Vergleich zu Hessen dazu führen, dass Klienten mehrfach gezählt werden, wenn sie mehr als eine Betreuung im Berichtsjahr haben. Vergleiche sind hier also nur bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Auswertungsstrategien möglich.

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

Die übermittelten Daten wurden auch in diesem Jahr wieder umfangreichen Plausibilitätsüberprüfungen und Fehlerbereinigungen unterzogen. Innerhalb der ausgewerteten Datensätze finden sich sämtliche Personen selbstverständlich ohne Namen und Adressen, diese sind nur den Einrichtungen bekannt. In den Datenexporten sind Klienten und Angehörige jedoch mit einem (nochmals verschlüsselten) HIV-Code gekennzeichnet, welcher es ermöglicht, nicht nur innerhalb einer Einrichtung Daten einer Person zuzuordnen, sondern auch über die Einrichtungen hinweg.⁴

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

³ Steppan, M., Pfeiffer-Gerschel, T., Künzel, J. (2011). Jahresbericht 2010 der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS).

⁴ Der HIV-Code ist ein anerkannter Pseudonymisierungsschlüssel. Er wird aus Vor- und Nachnamen, dem Geschlecht sowie dem Geburtsdatum der jeweiligen Person gebildet. Dabei besteht eine nur geringe Wahrscheinlichkeit, dass zwei Personen denselben HIV-Code zugewiesen bekommen. Dieses Verfahren erlaubt keine Re-Identifizierung der Klientinnen und Klienten und ist datenschutzrechtlich abgesichert.

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

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

Kennt man diese Zahlen, lässt sich daraus ermitteln, wie viele tatsächlich unterschiedliche Personen von den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen der hessischen Suchthilfe betreut wurden. Die so ermittelte Klientenzahl stellt die Grundlage aller folgenden Berechnungen dar: Im Jahr 2011 handelt es sich dabei um 18.793 unterschiedliche Klienten. Auf die gleiche Art und Weise lässt sich für die Angehörigen eine Zahl von 1.088 für das Jahr 2011 berechnen. Für beide Gruppen zusammen wurden insgesamt 23.319 Betreuungen dokumentiert. Zusätzlich wurden insgesamt 367 Leistungen und Termine für anonyme Klienten oder Angehörigen dokumentiert.⁵

Seit 2010 besteht in Hessen erstmals die Möglichkeit, auch Kurzbetreuungen mit lediglich einem Kontakt, so genannte Einmalkontakte, betreuungsbezogen zu dokumentieren. Einmalkontakte entstehen beispielsweise, wenn im Erstkontakt festgestellt wurde, dass ein einmaliges Betreuungsgespräch ausreichend ist und/oder bei einer anderen Einrichtung ein adäquates Hilfeangebot besteht. Insgesamt lassen sich 3.528 solcher Einmalkontakte für das Jahr 2011 finden. Da jedoch eine gemeinsame Auswertung von Einmalkontakten mit den längeren Betreuungen mit mehreren Kontakten als nicht sinnvoll erachtet wird, werden die dokumentierten Einmalkontakte aus den weiteren Analysen ausgeschlossen.

Mit 101 Einrichtungen zeigt sich eine ausgesprochen gute Beteiligung auf Seiten der dokumentierenden Einrichtungen, wenngleich sich die Zahl im Vergleich zu Vorjahren etwas reduziert hat. Deshalb liegt die Anzahl der dokumentierten Klienten und der Betreuungen auch unter dem Niveau der Vorjahre. Hierbei muss ferner berücksichtigt werden, dass ein Teil der Reduktion auf die geänderte Klientendefinition (siehe oben) zurückgeführt werden kann. Insgesamt kann bezüglich der dokumentierten Klienten und Betreuungen aber von einer stabilen Datenbasis gesprochen werden. Ebenso wie bei den Klienten zeigt sich auch eine niedrigere Zahl an dokumentierten Angehörigen und anderen Bezugspersonen als in den Vorjahren. Mit 1.088 unterschiedlichen Personen aus dem sozialen Umfeld liegt die absolute Zahl auf einem Niveau des Jahre 2007, wobei damals die Zahl der Einrichtungen 107 betrug (siehe Tabelle 2).

⁵ Die Leistungen können nicht auf Einzelpersonen bezogen werden, so dass kein Rückschluss auf die tatsächliche Zahl von anonymen Klienten und Angehörigen möglich ist. Es existieren auch keine weiteren Angaben wie etwa soziodemographische Daten. Dieser Sachverhalt ergibt sich aus dem Prinzip anonymer Dokumentation.

Tabelle 2: Datengrundlage

	Einrichtungen	Summe der unterschiedlichen Klienten	Summe der unterschiedlichen Angehörigen	Betreuungen
2011	101	18.793 (19.898)*	1.517 (1.146)	25.189
2010	107	21.419	1.473	25.123
2009	108	21.116	1.510	25.189
2008	107	19.357	1.419	23.467
2007	107	18.467	1.087	21.773
2006	101	17.591	943	20.485
2005	103	17.562	1.141	20.897
2004	99	17.023	1.236	20.131
2003	109	17.515	1.654	20.125

* Zur besseren Vergleichbarkeit mit den Werten der Vorjahre wird in Klammern die Anzahl der unterschiedlichen Klienten bzw. Angehörigen basierend auf der bisherigen Klientendefinition ausgewiesen.

Klientinnen und Klienten

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit jenen 18.793 Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2011 von der ambulanten Suchthilfe in Hessen erreicht werden konnten und für die neben einer Betreuung mindestens ein Termin bzw. eine Leistung dokumentiert worden ist. Der nachstehende Überblick bezieht sich zunächst auf grundlegende soziodemografische Merkmale, wie Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Erwerbssituation. Dabei werden die einzelnen Hauptdiagnosegruppen – also beispielsweise Klienten mit Alkohol- oder Opiatproblemen – tiefer gehend bezüglich ihrer Biografie und aktuellen sozialen Situation betrachtet.

Geschlecht · Alter · Nationalität

Wie in den Vorjahren sind nahezu drei Viertel der Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe männlich (73 %) (siehe Tabelle 3). Zu Beginn der Betreuung in der Suchtberatungsstelle sind die Klienten im Durchschnitt 39,1 Jahre alt, wobei die Frauen (40,9) durchschnittlich zweieinhalb Jahre älter sind als die Männer (38,4).

87 % der Klienten der ambulanten Suchthilfe besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit; die übrigen Klienten sind entweder Bürger eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Union (4 %) oder eines Staates außerhalb der EU (8 %).⁶ 30 % der Klientel haben einen Migrationshintergrund.

Tabelle 3: Geschlechterverteilung, durchschnittliches Alter und Nationalität

	männlich	weiblich	Gesamt
Geschlechterverteilung			
Klienten	73 %	27 %	100 %
N	13.733	5.060	18.793
Durchschnittliches Alter			
Klienten (in Jahren)	38,4	40,9	39,1
N	13.687	5.046	18.733
Nationalität			
Deutschland	86 %	91 %	87 %
EU	4 %	4 %	4 %
außerhalb EU	10 %	4 %	8 %
staatenlos	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Gesamt N	13.064	4.819	17.883
Migrationshintergrund*			
Kind von Migranten	19 %	10 %	16 %
selbst migriert	21 %	13 %	19 %
kein Migrationshintergrund	66 %	79 %	70 %
Gesamt N	7.816	2.927	10.743

* Mehrfachnennungen möglich

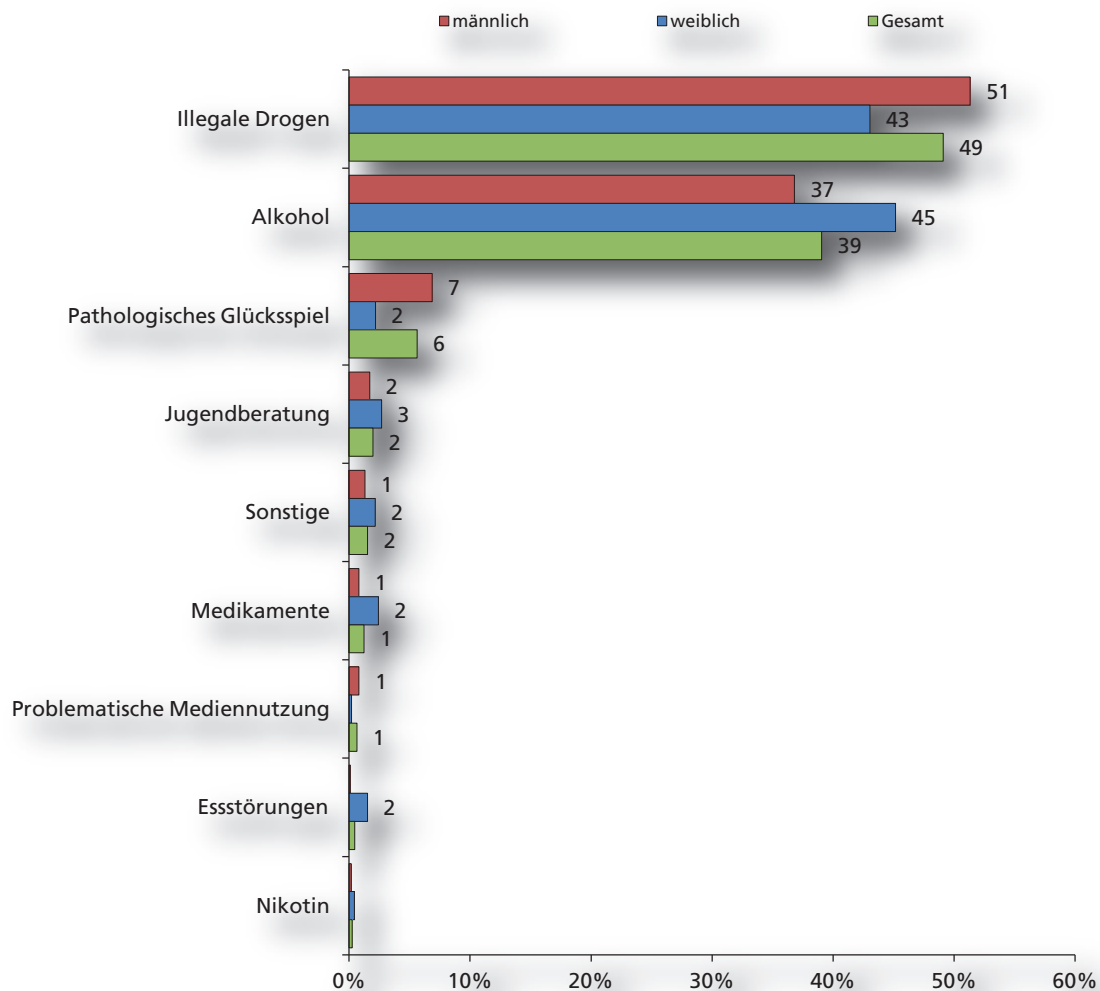
⁶ Das Verhältnis von Menschen mit deutschem Pass zu jenen ohne deutschen Pass entspricht somit ungefähr der Verteilung innerhalb der hessischen Gesamtbevölkerung (2011: 12,2 %). (<http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bevoelkerung-gebiet/landesdaten/auslaendische-bevoelkerung-in-hessen/auslaendische-bevoelkerung-hessen/index.html>)

Ziel- und Diagnosegruppen

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

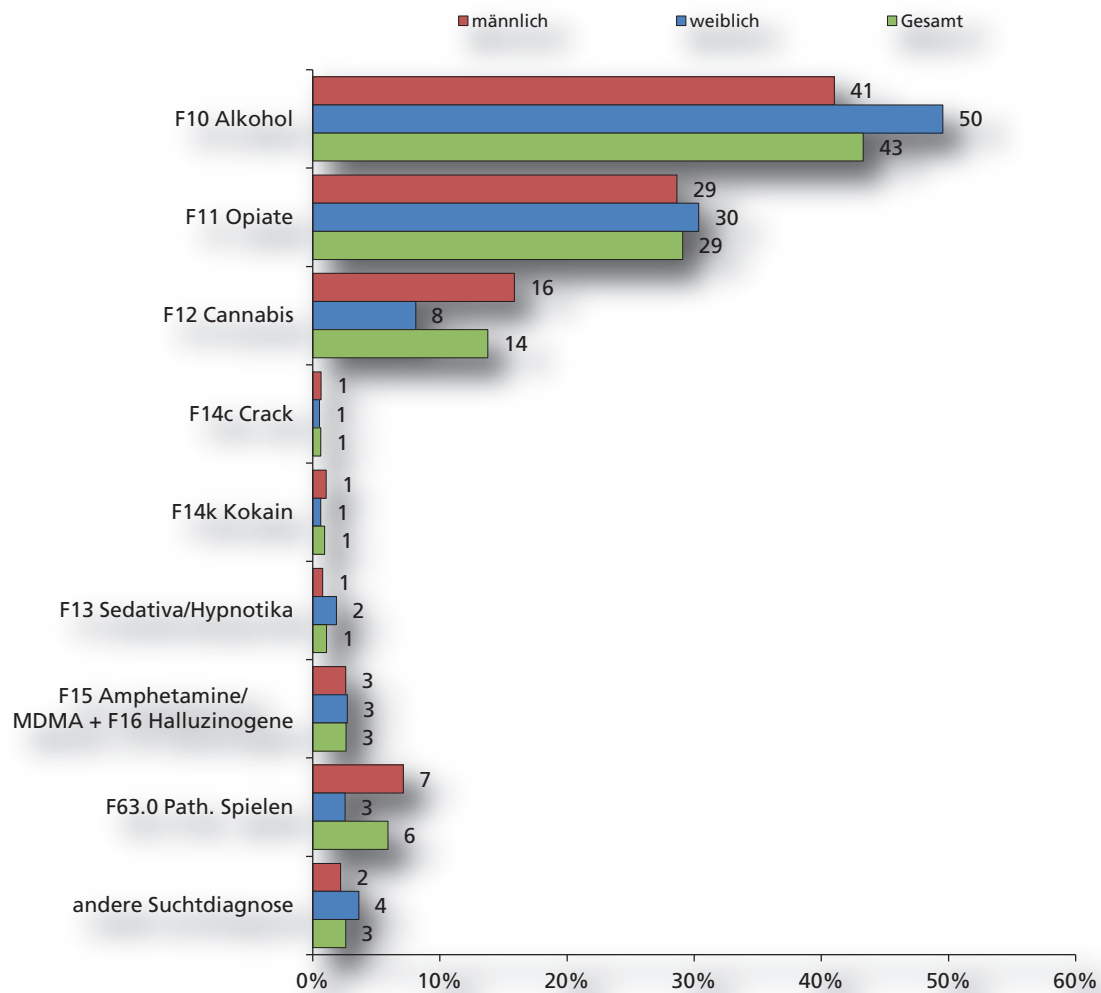
Nimmt man die Zielgruppe als Ordnungskriterium, so ist die Kategorie „Illegale Drogen“ mit knapp der Hälfte der hessischen Klienten (49 %) nach wie vor am stärksten vertreten (siehe Abbildung 1). An zweiter Stelle folgt die Zielgruppe „Alkohol“ (39 %). Die übrigen Typen sind dagegen zahlenmäßig weit seltener anzutreffen – so kommt „Pathologisches Glücksspiel“ auf einen Anteil von 6 %, „Jugendberatung“ auf 2 %, „Medikamente“ und „Problematische Mediennutzung“ auf jeweils 1 % und „Essstörungen“ sowie „Nikotin“ jeweils auf weniger als ein halbes Prozent der gesamten Klientel.

Abbildung 1: Zielgruppe (N= 16.914)



Ein noch differenzierteres Bild zeigt sich beim Blick auf die Verteilung nach den Hauptdiagnosen: 43 % der Klienten suchen aufgrund eines Alkoholproblems die ambulante Suchthilfe auf; für 29 % ist die Opiatabhängigkeit der hauptsächliche Grund für den Besuch der Beratungs- oder Behandlungsstelle (siehe Abbildung 2). Die Hauptdiagnose Cannabis wird von den Mitarbeitern der Suchthilfe bei 14 % der Klienten dokumentiert, und für 6 % steht das pathologische Glücksspiel im Vordergrund der Beratung bzw. Behandlung. Bei 3 % der Klienten sind die Hauptproblemsubstanzen entweder Amphetaminderivate (inklusive MDMA) oder Halluzinogene. Noch seltener werden mit jeweils 1 % die Hauptdiagnosen Kokain, Crack oder Sedativa/Hypnotika vergeben.

Abbildung 2: Hauptdiagnose (N= 17.056)



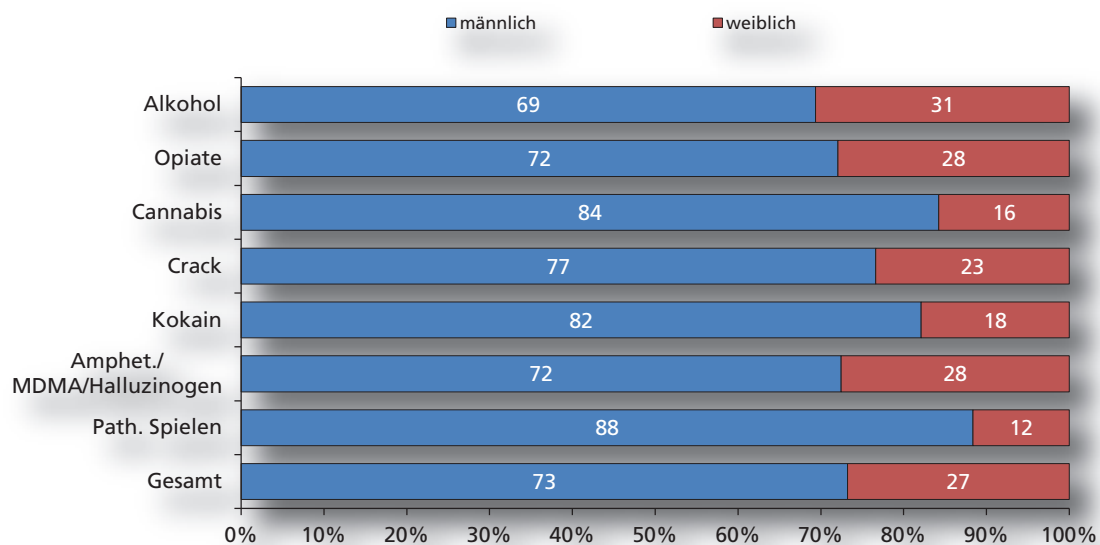
Diagnosegruppen – soziodemografische Merkmale

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

Geschlecht · Alter · Nationalität

Nicht nur innerhalb der Gesamtklientel, sondern auch in (fast) allen einzelnen Hauptdiagnosegruppen überwiegt der Anteil der männlichen Klienten deutlich (siehe Abbildung 3). Eine besonders starke Überrepräsentanz von Männern ist in der Gruppe der pathologischen Glücksspieler (88 %) zu beobachten, gefolgt von den Cannabisklienten (84 %) sowie den Kokainkonsumenten (82 %).

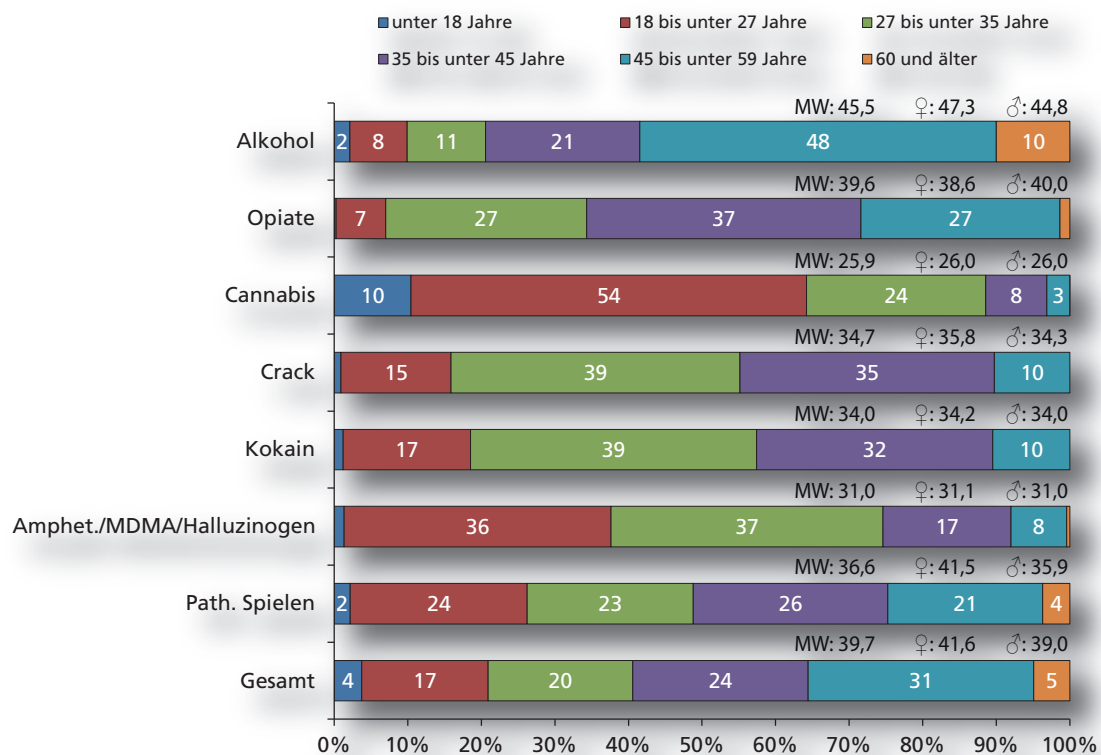
Abbildung 3: Geschlechterverteilung nach Hauptdiagnose (N= 17.056)



Bei einer Betrachtung der Altersverteilung innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen wird deutlich, dass die Cannabisklienten mit einem Durchschnittsalter von 25,9 Jahren weiterhin die jüngste Gruppe innerhalb der hessischen Suchthilfeklientel darstellt (siehe Abbildung 4); nahezu zwei Drittel der Cannabiskonsumenten sind maximal 27 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der zweitjüngsten Hauptdiagnosegruppe, der Amphetamin/MDMA/Halluzinogen-Klientel, liegt mit 31 Jahren bereits rund fünf Jahre über dem der Cannabisklienten. Auch Kokain- und Crackabhängige sind mit 34 bzw. 34,7 Jahren noch unter dem Durchschnittsalter der Gesamtklientel. Demgegenüber sind weit über die Hälfte der Alkohol Klienten (58 %) über 45 Jahre alt; mit durchschnittlich 45,5 Jahren sind sie nach wie vor die deutlich älteste Gruppe. Bei den übrigen Diagnosegruppen weicht das Durchschnittsalter nicht auffällig von demjenigen der Gesamtklientel ab.

Auffällig ist damit insgesamt, dass es in der ambulanten Suchthilfe Hessens eine jüngere und eine ältere Hauptdiagnosegruppe gibt: die Cannabisklientel mit einem Anteil von 64 %, die unter 28 Jahren alt sind, sowie die Alkohol Klientel, bei der der Anteil der über 44-Jährigen bei 58 % liegt.

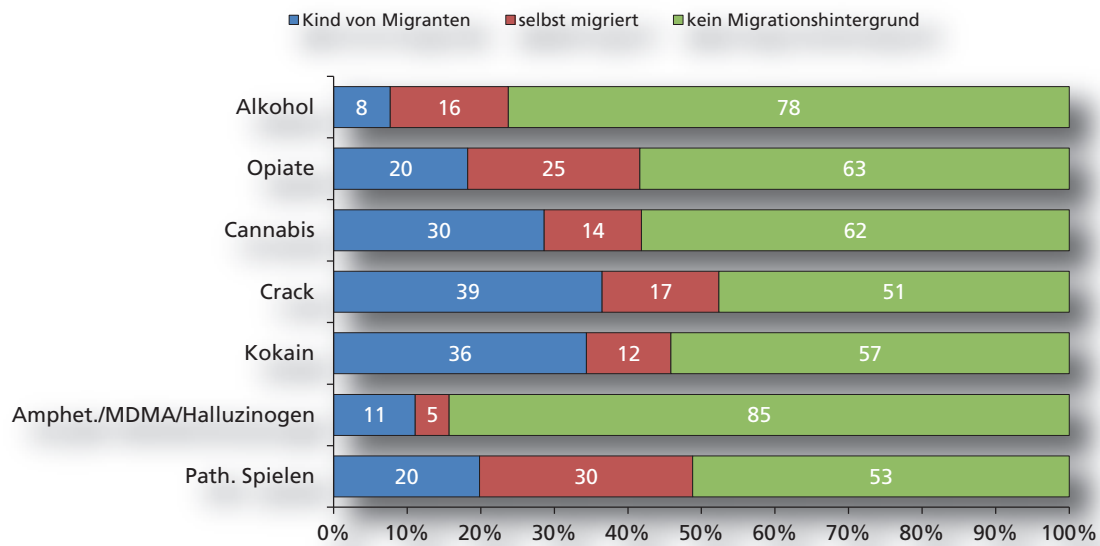
Abbildung 4: Durchschnittliches Alter in Jahren, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 18.733)



Kokain- und Crackklienten sowie pathologische Glücksspieler sind diejenigen Hauptdiagnosegruppen mit den höchsten Anteilen nicht-deutscher Staatsangehörigkeit (Kokain: 30%; Crack: 29%; Glücksspiel: 24%). Dagegen zeigen sich die höchsten Anteile deutscher Staatsbürger bei der Personengruppe, bei der Probleme mit Amphetaminen/MDMA/Halluzinogenen (94%) oder Alkohol (92%) im Vordergrund stehen.

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Betrachtung des Migrationshintergrundes (siehe Abbildung 5): Hier weisen Crack- und Kokainkonsumenten (49% bzw. 43%) sowie pathologische Glücksspieler (47%) die höchsten Anteile von Personen mit einem Migrationshintergrund auf. Überdurchschnittlich viele Klienten mit Migrationshintergrund gibt es auch unter den Cannabis- (38%) und den Opiatklienten (37%). Bei den Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogen- (15%) und den Alkoholklienten (22%) finden sich hingegen die geringsten Anteile von Personen mit Migrationshintergrund.

Abbildung 5: Migrationshintergrund (Mehrfachnennungen möglich), differenziert nach Hauptdiagnose (N= 9.848)

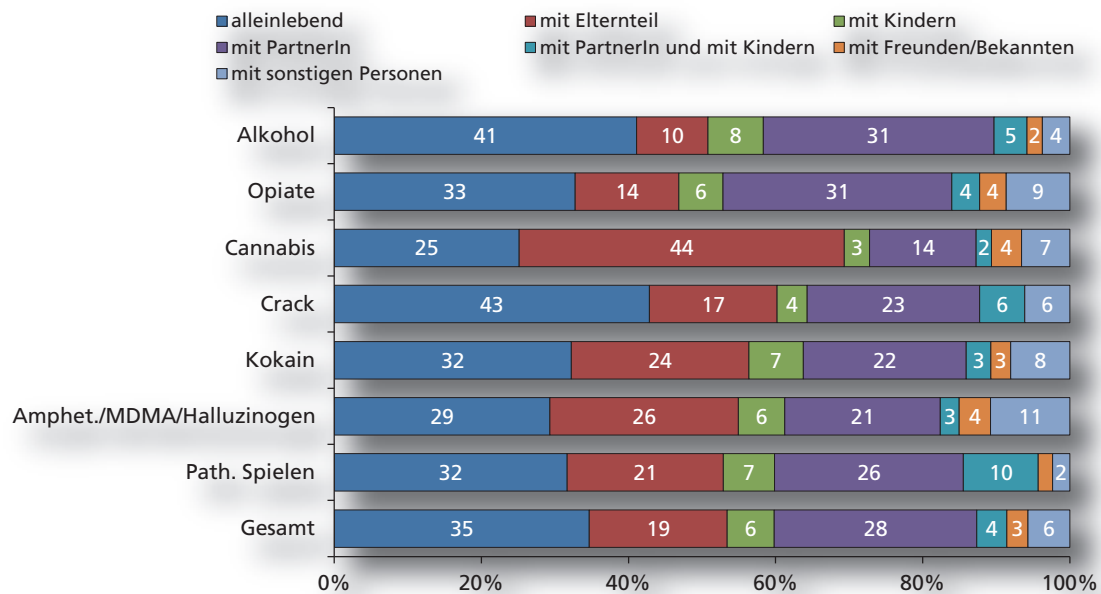


Familienstand · Lebenssituation

Bei der folgenden Betrachtung des formellen Familienstandes werden zwecks eines Vergleichs zunächst die entsprechenden Daten für die hessische Gesamtbevölkerung dargestellt, wodurch mögliche Abweichungen zu den verschiedenen Diagnosegruppen sichtbar werden. In der hessischen Gesamtbevölkerung sind 43 % ledig, 42 % verheiratet, 8 % geschieden und 7 % verwitwet.⁷ Demgegenüber sind Klienten der ambulanten Suchthilfe mit 2 % deutlich seltener verwitwet und mit 15 % häufiger geschieden. Der Anteil der Verheirateten fällt mit 24 % weitaus niedriger aus, während Ledige mit 59 % überrepräsentiert sind. Besonders hoch liegen die Anteile der (noch) Unverheirateten bei den vergleichsweise jungen Diagnosegruppen Cannabis (90 %) und Amphetamine/MDMA/Halluzinogene (82 %). Auch Konsumenten von Kokain (75 %), Crack (74 %), und Opiaten (65 %) sind relativ häufig ledig. Besonders niedrig (auch im Vergleich zur Gesamtbevölkerung) ist dieser Anteil hingegen mit 40 % bei den Alkoholklienten. In dieser Gruppe sind sowohl der Anteil der Verheirateten (34 %) als auch der geschiedener Personen (23 %) am höchsten. Ebenfalls relativ viele Verheiratete finden sich mit 32 % unter den pathologischen Glücksspielern. Zusätzlich zum Familienstand wird auch die konkrete Lebenssituation der Suchthilfeklienten erfasst (siehe Abbildung 6). Im Berichtsjahr finden sich die höchsten Anteile an Alleinlebenden unter Crack- (43 %) und Alkoholkonsumenten (41 %). Am niedrigsten ist dieser Wert bei der Cannabisklientel (25 %). In dieser besonders jungen Gruppe lebt im Unterschied zu den übrigen Suchthilfeklienten ein wesentlicher Teil (44 %) noch bei den Eltern, was wiederum mit einer fehlenden Eigenständigkeit bzw. persönlichen Problemen zusammenhängen könnte. Die höchsten Anteile derer, die mit einem Partner (und ggf. Kindern) zusammenleben, sind bei den pathologischen Glücksspielern, Alkoholklienten (insgesamt jeweils 36 %) und Opiatkonsumenten (35 %) zu beobachten.

⁷ <http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bevoelkerung-gebiet/landesdaten/bevoelkerung-allgemein/familienstand/index.html>
 Bei einem solchen Vergleich ist zu berücksichtigen, dass die Zahlen für die hessische Gesamtbevölkerung im Gegensatz zu den Daten der Suchthilfe auch minderjährige Personen beinhalten. Zugleich ist die hessische Bevölkerung mit 43,6 Jahren (2011) im Durchschnitt rund 4 ½ Jahre älter als die Suchthilfeklientel.
 (<http://www.statistik-hessen.de/Presse/Presse2.jsp?Thema=1&LfdNr=156>)

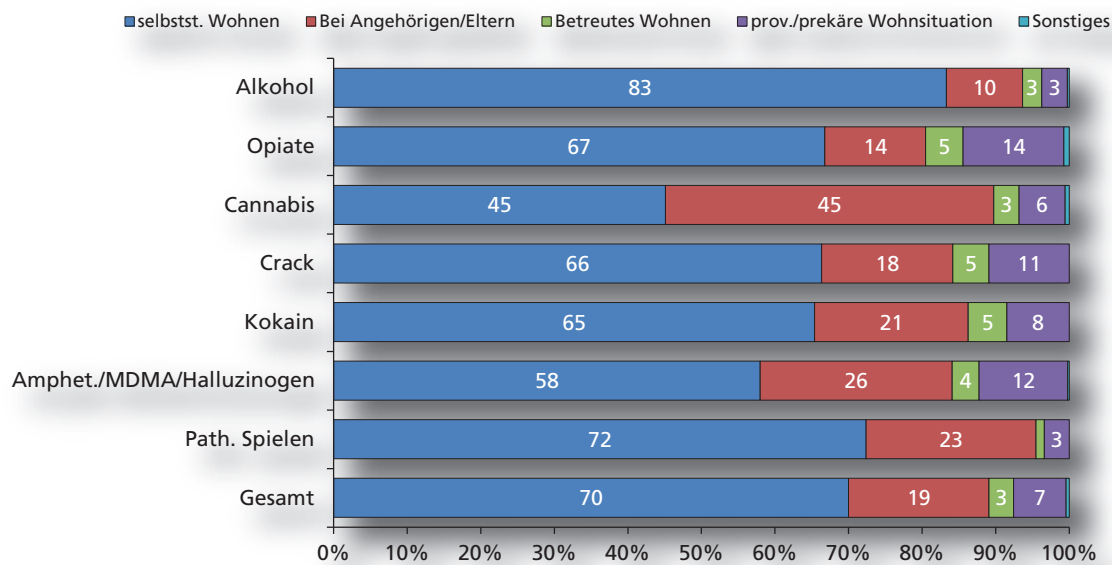
Abbildung 6: Lebenssituation, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 17.902)



Wohnsituation

Die aktuelle Wohnsituation der hessischen Suchthilfeklienten zeigt, dass mit 70 % der überwiegende Teil selbstständig wohnt (siehe Abbildung 7). Knapp ein Fünftel wohnt bei Eltern oder Angehörigen (19 %) und 3 % im Betreuten Wohnen. 7 % leben in prekären Wohnsituationen: Justizvollzugsanstalt, provisorische Unterkunft oder Obdachlosigkeit. Diese Klienten finden sich am häufigsten unter Konsumenten von Opiaten (14 %), Crack und Amphetaminderivaten/ Halluzinogenen (12 %). Am niedrigsten sind die entsprechenden Anteile mit jeweils 3 % bei den Alkoholiklienten und pathologischen Glücksspielern. Diese Klientengruppen wohnen überdurchschnittlich häufig selbstständig (Alkohol: 83 %; pathologisches Spielen: 72 %). Der höchste Wert für das Wohnen bei den Eltern bzw. anderen Angehörigen liegt, wie bereits bei der Lebenssituation erkennbar, mit 45 % bei den Cannabisklienten vor.

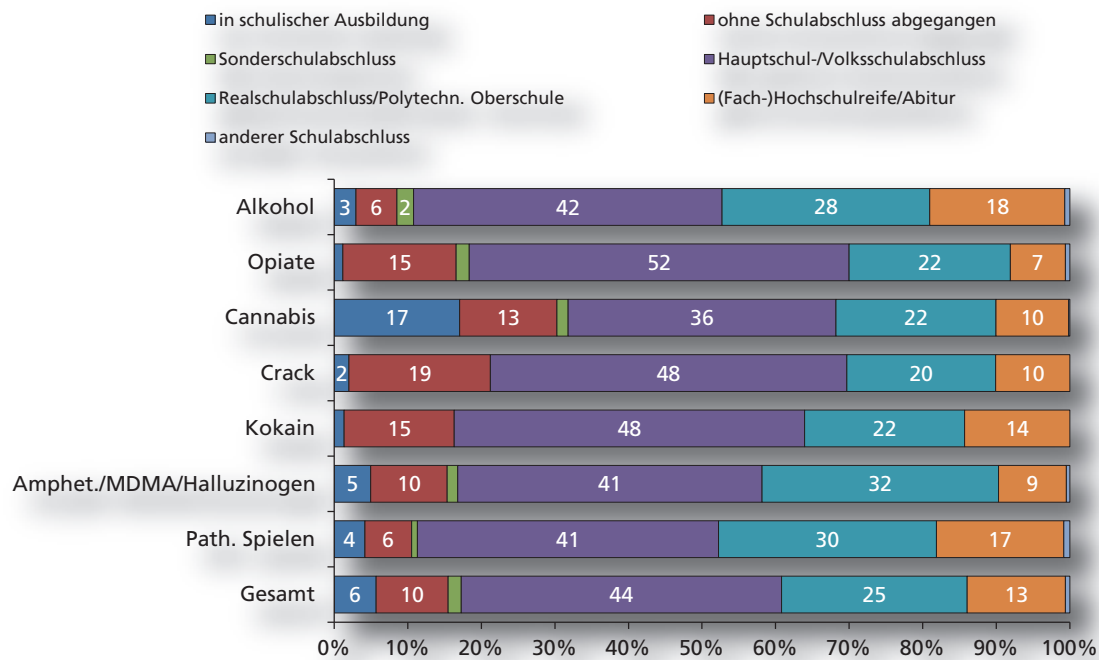
Abbildung 7: Wohnsituation, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 17.647)



Schulabschluss

Konsumenten „harter“ illegaler Drogen weisen am häufigsten eine niedrige Schulbildung auf. So ist der höchste Anteil derer, die die Schule ohne jeglichen Abschluss verlassen haben, bei den Crackkonsumenten zu finden (19%), gefolgt von den Opiat- und Kokainklienten (jeweils 15%) (siehe Abbildung 8). Aber auch Cannabiskonsumenten sind mit 13% überdurchschnittlich häufig ohne Abschluss von der Schule abgegangen. Allerdings weist diese Gruppe mit 17% auch den höchsten Anteil an Personen auf, die noch zur Schule gehen und mit 36% den niedrigsten Anteil von Klienten, die mit dem gesellschaftlich vergleichsweise gering bewerteten Hauptschulabschluss abgegangen sind. Hauptschulabsolventen finden sich wiederum am häufigsten unter den Opiatabhängigen (52%) sowie den Kokain- und Crackklienten (jeweils 48%). Bei der Opiat-klientel gibt es mit 7% auch den niedrigsten Anteil von Abiturienten. Eine relativ hohe Schulbildung weisen Alkoholklienten und pathologische Glücksspieler auf: Hier sind jeweils nur 6% ohne Schulabschluss abgegangen; gleichzeitig haben mit 18% bzw. 17% relativ viele aus diesen Gruppen das (Fach-)Abitur gemacht. Eine Art „Polarisierung“ im Hinblick auf die Schulbildung liegt bei der Kokainklientel vor: Relativ hohen Anteilen von Personen ohne Abschluss oder Hauptschulabschluss steht eine vergleichsweise große Gruppe von Abiturienten (14%) gegenüber.

Abbildung 8: Schulabschluss, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 16.585)



Erwerbssituation

Um die soziale Situation der Suchthilfeklientel zu bewerten, erscheint zunächst ein Abgleich mit der Arbeitslosenquote der Allgemeinbevölkerung sinnvoll. Diese Quote lag in Hessen⁸ Mitte 2011 bei 5,7 %; unter den Klienten der Suchthilfe war hingegen nahezu jede zweite Person ein Empfänger von Arbeitslosengeld (ALG I oder ALG II: 43 %) (siehe Abbildung 9).

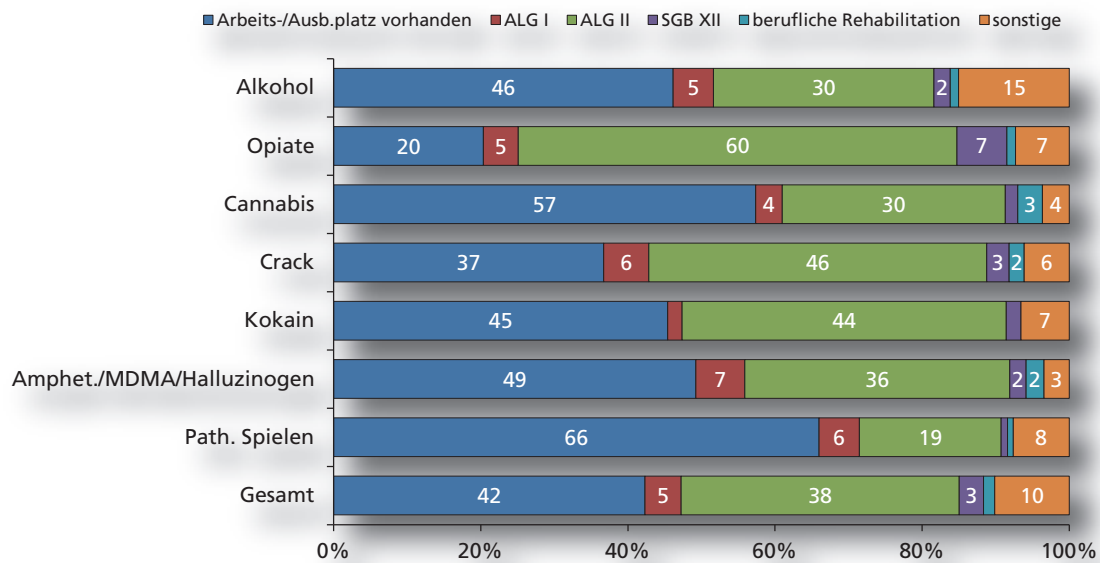
Bei der differenzierten Betrachtung nach Hauptdiagnosegruppen fallen vor allem die Opiatklienten auf – insgesamt sind 72 % in dieser Gruppe arbeits- bzw. erwerbslos. Auch bei den Crackkonsumenten sind mit insgesamt 55 % mehr als die Hälfte ohne Arbeit; der Wert liegt aber trotz einer im Durchschnitt ähnlich niedrigen Schulbildung deutlich niedriger als bei der Opiatklientel. Auch die Klienten der Diagnosegruppen „Kokain“ (48 %) und „Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogen“ (45 %) haben vergleichsweise häufig keine Arbeit, wohingegen dieser Wert bei den pathologischen Glücksspielern mit 26 % vergleichsweise niedrig ausfällt. Festzuhalten ist allerdings, dass die Arbeitslosigkeit in sämtlichen Hauptdiagnosegruppen diejenige der Allgemeinbevölkerung jeweils um ein Vielfaches übersteigt.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass mit 42 % nur eine Minderheit der hessischen Suchthilfeklienten ihren Lebensunterhalt mit bezahlter Arbeit bestreitet. Staatliche Transferleistungen spielen hier eine wichtigere Rolle, vor allem das Arbeitslosengeld II (ALG II). Bei den Opiat- Crack- und Kokainklienten, die ohnehin am häufigsten erwerbslos sind, beziehen 60 %, 46 % bzw. 44 % ALG II; die entsprechenden Werte für die übrigen Diagnosegruppen liegen bei maximal 36 % (siehe Abbildung 9). Bei den Werten für ALG I finden sich keine auffälligen Unterschiede zwischen den Hauptdiagnosegruppen. Auch der Anteil derer, die Sozialhilfe nach SGB XII beziehen,

⁸ http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur/Hessen-Nav.html?year_month=201208
Dieser Prozentsatz bezieht sich nur auf alle zivilen Erwerbspersonen in Hessen (abhängig Beschäftigte, Selbständige und mithelfende Familienangehörige), während sich der Anteil der Arbeits- bzw. Erwerbslosen in der hessischen ambulanten Suchthilfe auf die gesamte Klientel bezieht – also auch Schüler, Auszubildende, Personen in beruflicher Rehabilitation etc.

ist unter den Opiatkonsumenten mit 7 % am höchsten, während sich dieser Wert bei den übrigen Klienten auf maximal 3 % beläuft. Abschließend ist zu erwähnen, dass unter den insgesamt 10 % mit „sonstiger“ Erwerbssituation die Rentner/Pensionäre (5 %) die größte Gruppe stellen, gefolgt von Hausfrauen/-männern und Erwerbsunfähigen (je 2 %) und mithelfenden Familienangehörigen (1 %).

Abbildung 9: Erwerbssituation, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 16.877)



Betreuungen

Im Projekt *COMBASS* werden drei generelle Hilfebereiche unterschieden: „Ambulante Beratung“, „Betreutes Wohnen“ und „Arbeitsprojekte“. Den mit Abstand größten Anteil von 92 % aller Betreuungen nimmt, ähnlich wie in den Vorjahren, die Kategorie „Ambulante Beratung“ ein. 8 % der Betreuungen werden im „Betreuten Wohnen“ und knapp 1 % im Rahmen der Arbeitsprojekte durchgeführt.⁹ Die folgenden Betrachtungen beziehen sich auf Ambulante Beratung sowie die Arbeitsprojekte, die aufgrund der geringen Fallzahl der letzteren gemeinsam dargestellt werden.¹⁰

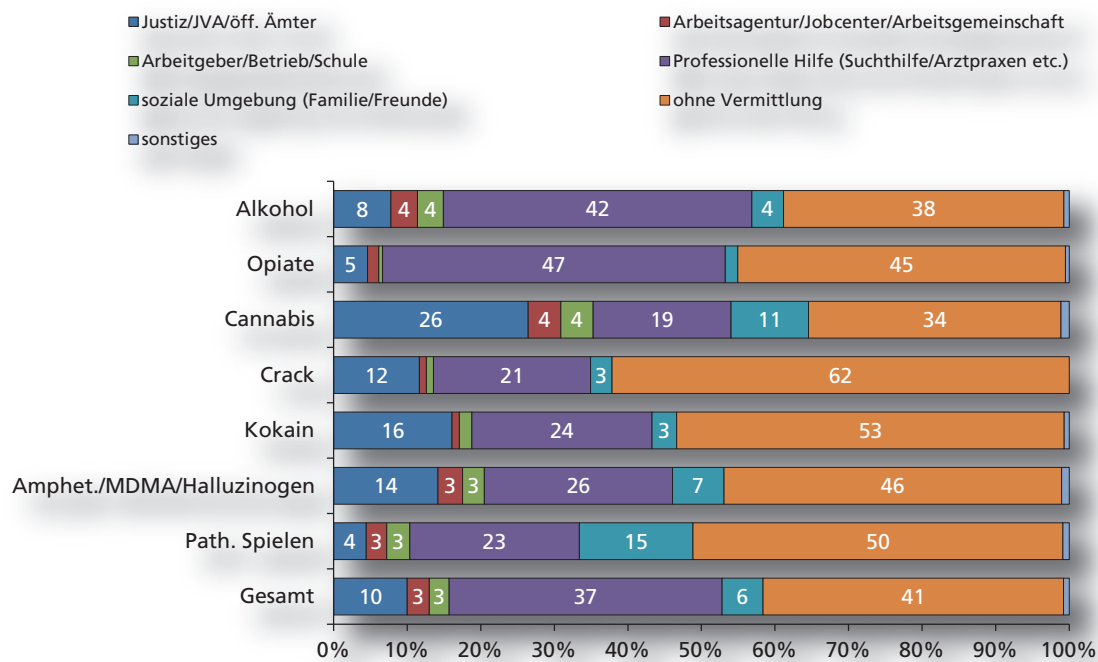
41 % der Betreuungen kommen ohne Vermittlung zustande (siehe Abbildung 10). Nahezu ebenso häufig (37 %) werden Klientinnen und Klienten über professionelle Hilfen (andere Suchthilfeeinrichtungen, Ärzte etc.) in die Angebote der ambulanten Suchthilfe vermittelt. Eine von zehn Betreuungen erfolgt nach Vermittlung durch Justiz, JVA oder Ämter, 6 % durch das soziale Umfeld und jeweils 3 % über Arbeitgeber, Betrieb oder Schule bzw. Arbeitsagenturen, Jobcenter oder Arbeitsgemeinschaften.

Alkoholklienten zeigen nur relativ geringe Abweichungen zum durchschnittlichen Wert der Gesamtklientel, während Opiatklienten mit 47 % überdurchschnittlich häufig durch professionelle Hilfen und eher selten über Justiz/JVA/Ämter oder die soziale Umgebung vermittelt werden. Bei Cannabisklienten sind hingegen die Vermittlung über Justiz oder Ämter mit 26 % sowie Vermittlungen durch Familie oder Freunde mit 11 % deutlich überrepräsentiert. Professionelle Hilfen spielen hier mit 19 % eine deutlich geringere Rolle als bei den übrigen Klienten; dies trifft auch auf die Amphetamin-/Halluzinogen-Klientel (26 %) zu. Die Inanspruchnahme einer Beratung durch Eigeninitiative ist in dieser Gruppe mit 46 % leicht, bei Crackkonsumenten mit 62 % deutlich überrepräsentiert. Auch Kokainklienten besuchen relativ oft ohne Vermittlung eine Beratungsstelle; diese Klientel weist bei der Vermittlung durch Justiz bzw. Ämter mit 16 % ebenfalls einen relativ hohen Wert auf. Pathologische Glücksspieler schließlich kommen überdurchschnittlich oft ohne Vermittlung oder über die soziale Umgebung in die Einrichtung und werden eher selten über professionelle Hilfen, Justiz oder Ämter vermittelt.

⁹ Aufgrund von gerundeten Einzelwerten liegt die Gesamtsumme bei über 100 %.

¹⁰ Eine detaillierte Darstellung der Betreuungen im Rahmen von Wohnprojekten ist im Bericht 2009 nachzulesen.

Abbildung 10: Vermittlung in die Betreuung, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 18.735)



Betreuungsformen

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

ERLÄUTERUNG:

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

Ambulante Rehabilitation (AR): Die AR nach der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ ist eine strukturierte Entwöhnungsbehandlung, die von anerkannten Behandlungsstätten entweder im Anschluss an oder alternativ zu einer stationären Entwöhnung durchgeführt wird. Die AR setzt Motivation und Fähigkeit zur suchtmittelabstinenter Lebensführung, ein stabilisierendes soziales Umfeld und eine zuverlässige Mitarbeit in der Therapie voraus. Darüber hinaus muss die Ausprägung der Störungen auf seelischem, körperlichem und sozialem Gebiet eine ambulante Behandlung zulassen. Leistungsträger sind die Rentenversicherungen und Krankenkassen. Die Ambulante Rehabilitation sollte nach maximal 18 Monaten (bzw. bei poststationärer AR nach 12 Monaten) abgeschlossen sein.

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

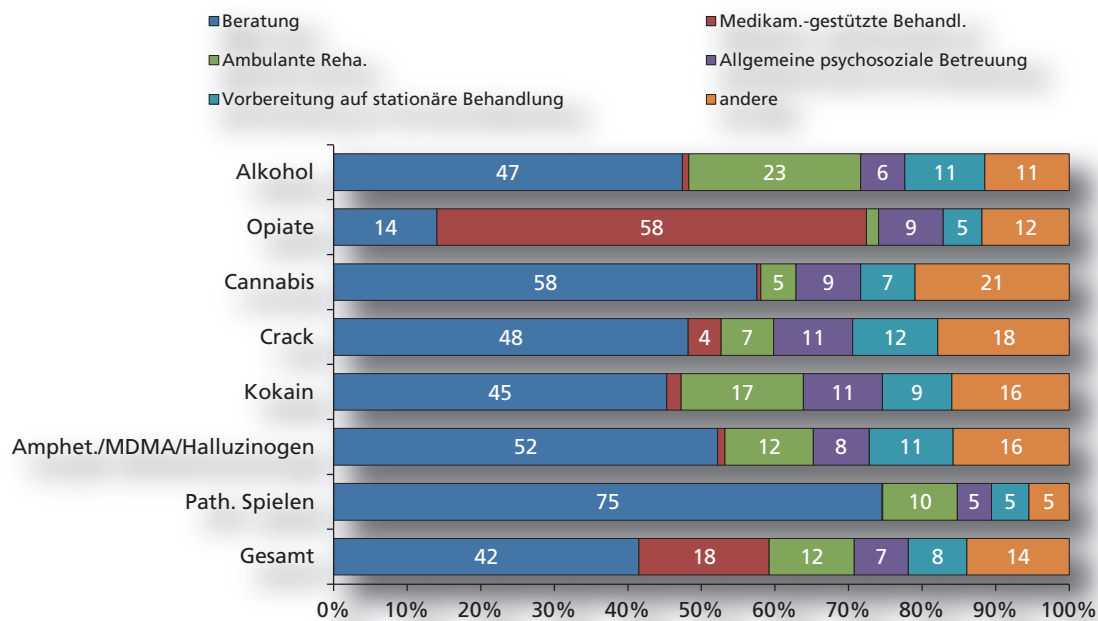
Medikamentengestützte Behandlung: Dabei handelt es sich um eine strukturierte, interdisziplinär angelegte ambulante Behandlung mit einem Substitutionsmittel (Methadon, Polamidon, Buprenorphin, Codein). In der Regel ist damit in diesem Bericht die Psychosoziale Betreuung Substituierter gemeint. Auch die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

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

Wie die Abbildung 11 zeigt, ist die Beratung mit einem Anteil von 42 % die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Die Medikamentengestützte Behandlung ist mit 18 % die zweithäufigste Betreuungsform, gefolgt von der Ambulanten Rehabilitation mit 12 %. Bei 8 % der Betreuungen handelt es sich um Vorbereitungen auf stationäre Behandlungen und bei 7 % um Allgemeine Psychosoziale Beratungen. Andere Betreuungsformen machen 14 % aus.

Im Hinblick auf Unterschiede zwischen den Hauptdiagnosegruppen fällt vor allem die Gruppe der Opiatklienten auf: Mittlerweile entfallen mehr als die Hälfte der Betreuungen in dieser Gruppe auf die Medikamentengestützte Behandlung (58 %). Allgemeine Beratung (14 %) sowie Ambulante Rehabilitation (2 %) werden bei Opiatklienten hingegen vergleichsweise selten durchgeführt. Demgegenüber kommt bei der Alkoholklientel die Ambulante Rehabilitation mit einem Anteil von 23 % vergleichsweise häufig vor. Relativ hohe Anteile für die Allgemeine Beratung liegen bei den pathologischen Glücksspielern sowie der Cannabis- und Amphetamin-/Halluzinogenklientel vor.

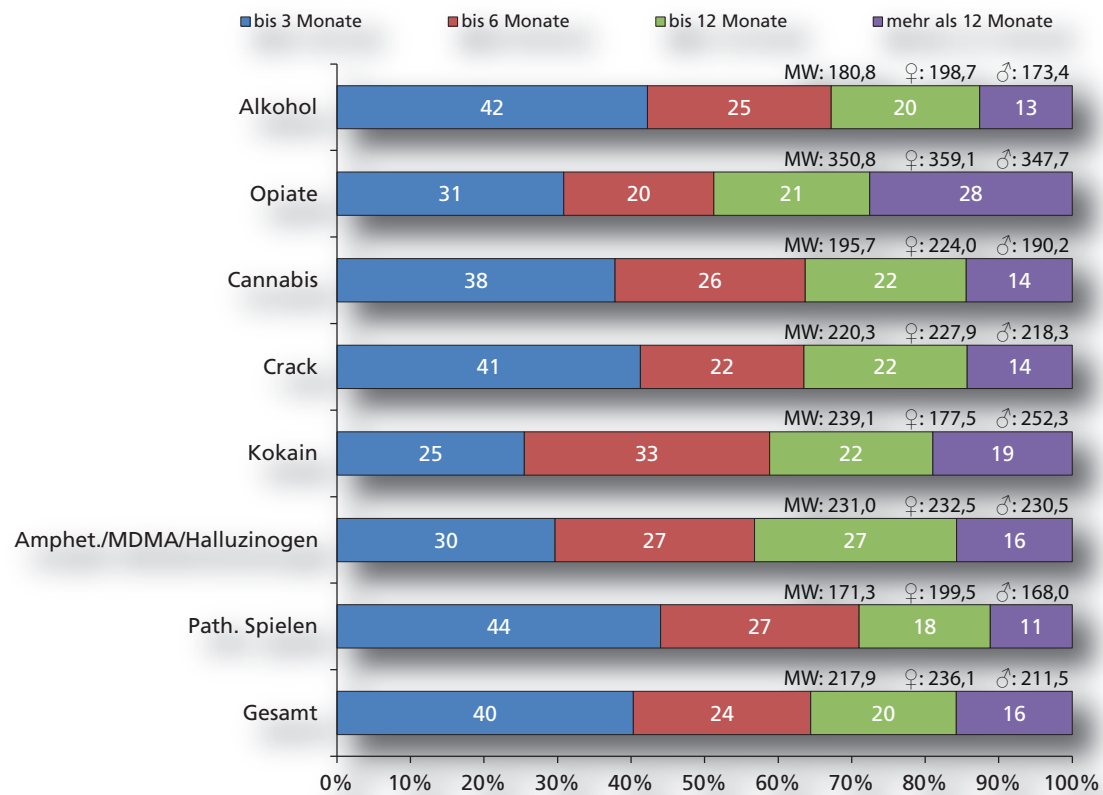
Abbildung 11: Betreuungsform, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 19.834)



Betreuungsdauer

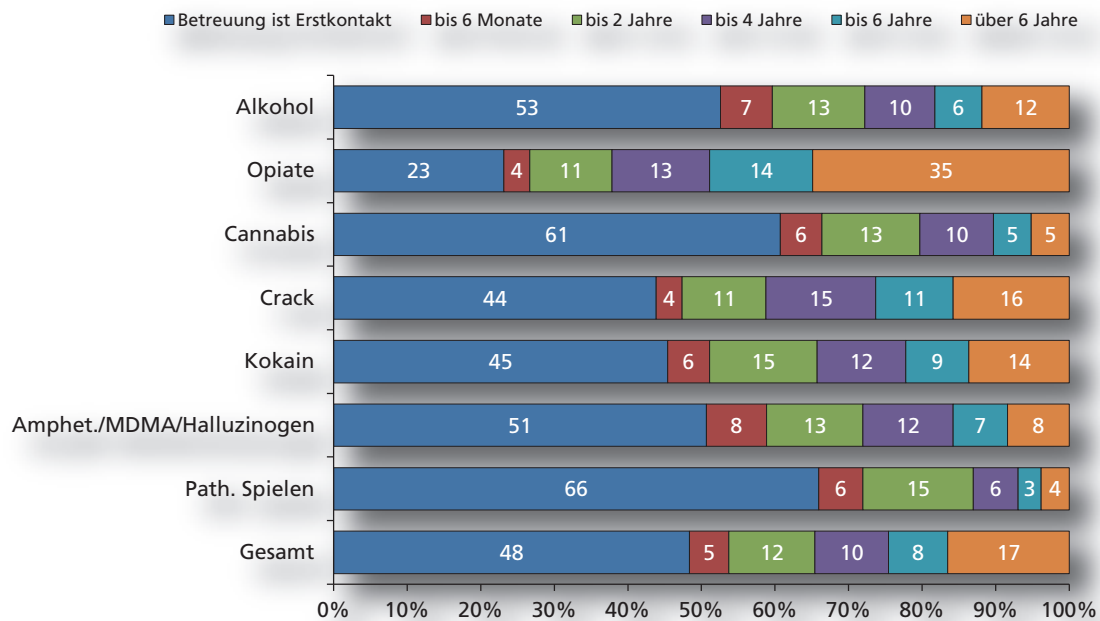
Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller im Jahr 2011 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 218 Tage (siehe Abbildung 12). Frauen werden dabei mit durchschnittlich 236 Tagen etwas länger betreut als Männer (211 Tage). Die Opiatklienten werden unter allen Hauptdiagnosegruppen mit 351 Tagen im Mittel mit Abstand am längsten betreut. Nur leicht überdurchschnittliche Werte weisen Kokain- (239 Tage), Amphetamin-/Halluzinogen- (231 Tage) und Crackkonsumenten (220 Tage) auf. Die übrigen Hauptdiagnosegruppen liegen hinsichtlich der Betreuungsdauer unter dem Durchschnitt (Cannabis: 196 Tage, Alkohol: 181 Tage, pathologische Glücksspieler: 171 Tage). Wie die Abbildung 12 zeigt, dauern insgesamt fast zwei Drittel der im Jahr 2011 laufenden Betreuungen nicht länger als ein halbes Jahr – 40 % sind maximal 3 Monate lang, 24 % zwischen 3 und 6 Monate. Ein weiteres Fünftel der Betreuungslängen liegt zwischen 6 und 12 Monaten und 16 % dauern länger als ein Jahr. In der Betrachtung der Hauptdiagnosegruppen weisen Opiatklienten den größten Anteil längerer Betreuungen (über 12 Monate) auf, gefolgt von der Kokain- und Amphetamin-/Halluzinogen-Klientel. Die höchsten Anteile kurzer Betreuungsphasen (weniger als 3 Monate) zeigen sich bei pathologischen Glücksspielern, Alkohol- und Crackklienten.

Abbildung 12: Durchschnittliche Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in Tagen, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 10.885)



Bei der Betrachtung der aktuellen Betreuungsdauer ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese immer nur als eine Momentaufnahme eines Betreuten gelten kann. Für den überwiegenden Teil der dokumentierten Betreuungen gilt, dass diese nicht die erste Betreuung innerhalb des an COMBASS beteiligten Suchthilfesystems ist (siehe Abbildung 13). Am deutlichsten wird dieses an der Gruppe der Opiatklienten: Bei lediglich einem Viertel der Betreuungen handelt es sich um so genannte Erstkontakte. Bei über einem Drittel der aktuellen Betreuungen liegt der früheste Betreuungsbeginn bereits länger als 6 Jahre zurück.

Abbildung 13: Zeitlicher Abstand zum ersten dokumentierten Betreuungsbeginn (N= 20.552)



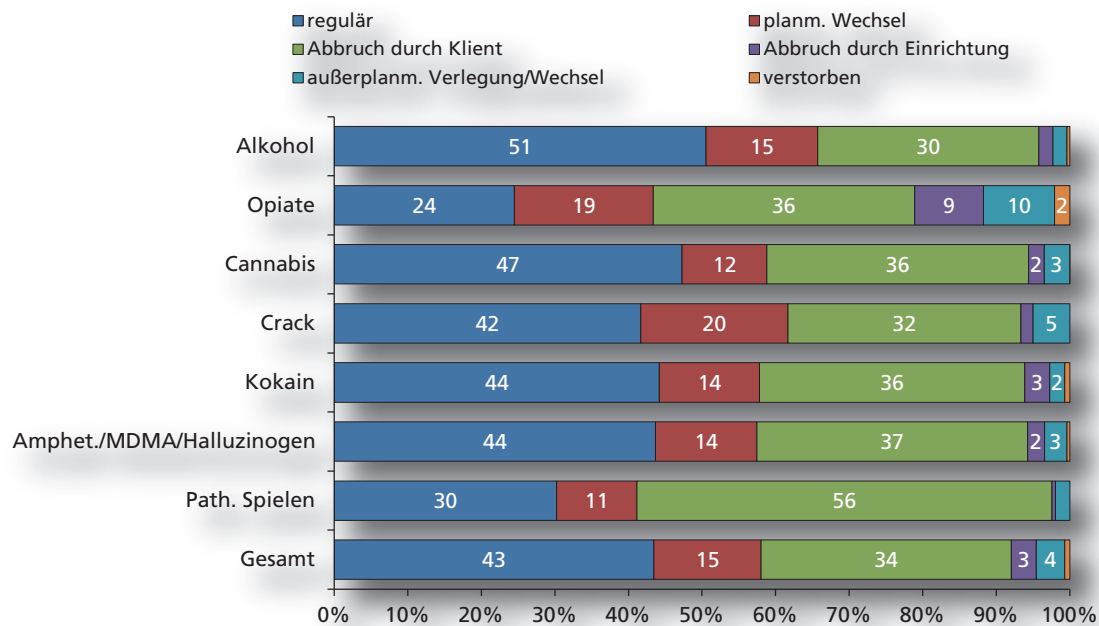
Betreuungsende

53 % der dokumentierten Betreuungen von Klienten wurden im Berichtsjahr abgeschlossen, 47 % dauerten zum Ende des Jahres noch an. Eine Auswertung nach der Hauptdiagnosegruppe zeigt vor allem bei den Opiatklienten eine Überrepräsentanz der noch laufenden Betreuungen (60 %). Demgegenüber wurden bei den pathologischen Glücksspielern und Alkohol Klienten (jeweils 59 %) sowie den Cannabiskonsumenten (58 %) vergleichsweise häufig die Betreuungen im laufenden Jahr abgeschlossen.

Wie die Abbildung 14 zeigt, werden 58 % der Betreuungen regulär abgeschlossen: Dabei handelt es sich entweder um eine planmäßige Beendigung (43 %) oder um eine planmäßige Weitervermittlung in ein anderes Angebot (15 %). 34 % der Betreuungen werden dagegen durch den Klienten und 3 % durch die Einrichtung abgebrochen; bei weiteren 4 % wird die Betreuung durch einen außerplanmäßigen Wechsel oder eine Verlegung beendet.

Es zeigen sich teilweise erhebliche Differenzen hinsichtlich des Beendigungsgrundes zwischen den Hauptdiagnosegruppen: So gibt es bei den pathologischen Glücksspielern vergleichsweise viele Abbrüche durch den Klienten selbst (56 %), während der Anteil derartiger Abbrüche bei sämtlichen anderen Hauptdiagnosegruppen in der Nähe des Mittelwertes liegen. Bei Opiatklienten führt vergleichsweise häufig ein außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Betreuungsform (10 %) oder ein Abbruch der Betreuung durch die Einrichtung zum Betreuungsende (9 %); auch planmäßige Wechsel sind hier mit 19 % relativ häufig vertreten. Diese Gruppe weist gleichzeitig die geringste Zahl an planmäßigen Wechseln auf (24 %), gefolgt von den pathologischen Spielern (30 %). Vergleichsweise häufig werden Betreuungen bei Alkohol Klienten (51 %) und Cannabiskonsumenten (47 %) regulär beendet.

Abbildung 14: Beendigungsgrund, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 10.416)

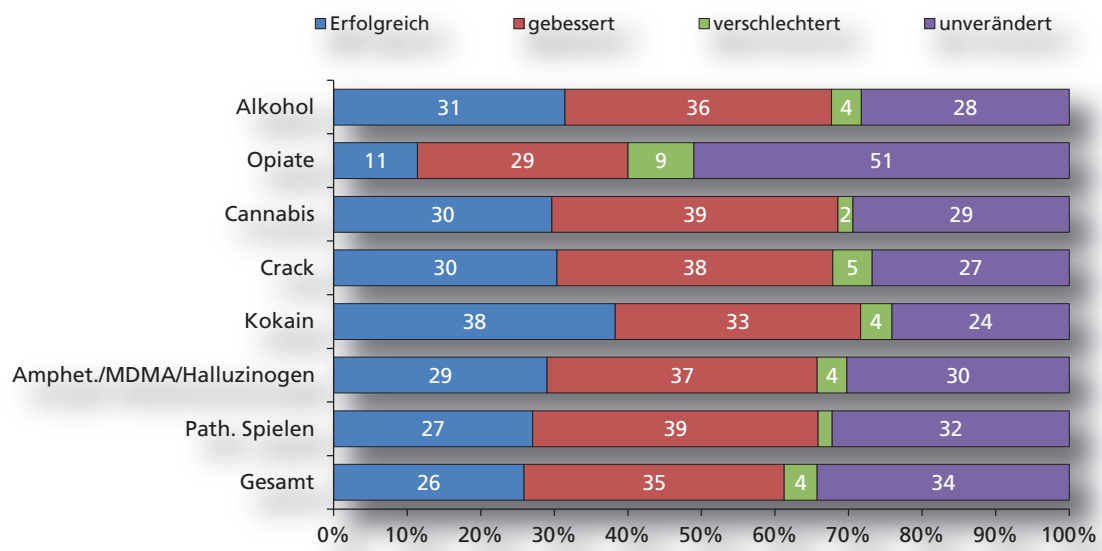


Betrachtet man die Suchtproblematik zum Betreuungsende, so zeigt sich, dass bei einem erheblichen Teil der Betreuungen (61 %) mindestens eine Verbesserung erreicht werden konnte (erfolgreich und verbessert zusammengenommen; siehe Abbildung 15). Gut ein Viertel der Betreuungen wurde erfolgreich abgeschlossen (26 %), und bei etwas mehr als einem Drittel wurde eine Verbesserung der Problematik dokumentiert (35 %). 34 % der Klienten weisen am Ende ihrer Betreuung eine unveränderte Suchtproblematik auf, und bei 4 % hat sich diese verschlechtert.

Opiatklienten unterscheiden sich hinsichtlich der Problematik am Betreuungsende mit Abstand am deutlichsten von den übrigen Hauptdiagnosegruppen: Bei 40 % der Opiatklientel konnte eine Verbesserung der Suchtproblematik erreicht werden. Bei allen anderen Hauptdiagnosegruppen liegt dieser Wert über dem Durchschnittswert. Demgegenüber weisen die Opiatkonsumenten die jeweils höchsten Werte für eine verschlechterte (9 %) bzw. unveränderte (51 %) Situation auf.¹¹ Der höchste Anteil von Betreuungen mit mindestens gebesserter Problematik (72 %) ist bei den Kokainkonsumenten zu beobachten, gefolgt von den Cannabisklienten (69 %). Auch der Anteil der im engeren Sinne erfolgreich abgeschlossenen Betreuungen liegt bei den Kokainkonsumenten mit 38 % am höchsten; deutlich überdurchschnittliche Werte zeigen sich diesbezüglich auch bei den Alkohol- (31 %), Cannabis- und Crackklienten (jeweils 30 %).

¹¹ Insbesondere das letztgenannte Ergebnis kann zum Teil auch dadurch zustande gekommen sein, dass bei den Anwendern unterschiedliche Dokumentationspraktiken vorherrschen, mit denen eine anhaltende Einnahme eines Substitiumsmittels bei Betreuungsende erfasst wird.

Abbildung 15: Problematik am Betreuungsende, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 9.819)



Angehörige und andere Bezugspersonen

Im Jahr 2011 wurden 1.088 Personen erfasst, die aufgrund von Suchtproblemen im Verwandten- oder Bekanntenkreis eine Angehörigenberatung in Anspruch genommen haben. Mehr als drei von vier Ratsuchenden waren dabei weiblichen Geschlechts (77 %). Angehörige und andere Bezugspersonen sind mit durchschnittlich 47,1 Jahren deutlich älter als die Klienten.

Beim Blick auf die Angaben der Angehörigen bezüglich des vorrangigen Suchtproblems der betroffenen Person („Indexklient“) ergibt sich eine gänzlich andere Verteilung als bei den Hauptdiagnosen der Klienten (siehe Tabelle 4). Zwar wird auch hier – mit 35 % – am häufigsten Alkohol genannt; der Anteil fällt aber niedriger aus als bei den Klienten. Deutlich höher hingegen wird mit 27 % Cannabis als die Droge genannt, die für den Indexklienten das hauptsächliche Suchtproblem darstellt. Auch „Pathologisches Glücksspiel“ (11 %) und „Problematische Mediennutzung“ (7 %) werden vergleichsweise häufig angegeben, Opiate (7 %) hingegen relativ selten. Jeweils 2 % der Angehörigen und anderen Bezugspersonen sind den Kategorien Kokain, Stimulanzien oder sonstige Problematik zuzuordnen.

Tabelle 4: Vorrangiges Suchtproblem aus Sicht der Bezugsperson nach Geschlecht (N=749)

	männlich	weiblich	Gesamt
Alkohol	32 %	35 %	35 %
Medikamente	1 %	1 %	1 %
Cannabis	26 %	27 %	27 %
Kokain	2 %	2 %	2 %
Opiate	9 %	6 %	7 %
Stimulanzien	3 %	2 %	2 %
Sonstige Drogen	2 %	2 %	2 %
Tabak	0,6 %	0,3 %	0,4 %
Glücksspielen	7 %	12 %	11 %
Essen	2 %	1 %	1 %
Jugendberatung	2 %	2 %	2 %
sonstige psychosoziale Problematik	2 %	2 %	2 %
Problematische Mediennutzung	13 %	6 %	7 %
Gesamt N	176	670	846

Werden die Personen aus dem sozialen Umfeld differenziert danach betrachtet, in welchem Familien- bzw. Beziehungsverhältnis sie zum Indexklienten stehen, zeigt sich, dass Eltern(teile) – die insgesamt größte Gruppe unter den Angehörigen und anderen Bezugspersonen – mit 43 % überdurchschnittlich häufig Cannabis als vorrangiges Suchtproblem angeben. Auch die problematische Nutzung von Medien ist mit 11 % in dieser Gruppe relativ stark vertreten. Für Hilfe suchende Partner ist vor allem ein problematischer Alkoholkonsum (63 %) der Grund, eine Suchtberatung aufzusuchen. Auch Glücksspiel wird von Partnern mit 18 % vergleichsweise häufig genannt. Eine differenzierte Betrachtung der übrigen Kategorien bei der Art der Bezugsperson ist aufgrund der geringen Fallzahlen nicht sinnvoll.

Regionale Aspekte

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

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

Der höchste Anteil weiblicher Klienten findet sich mit 30 % in Frankfurt (siehe Tabelle 5). In den Landkreisen und kreisfreien Städten liegt dieser Anteil bei gut einem Viertel. Im Hinblick auf das Alter zeigen sich kaum regionalspezifische Unterschiede. Überall liegt das Durchschnittsalter der Gesamtklientel zwischen 38 und 39 Jahren. Auch die Analyse nach den drei Hauptsustanzen ergibt keine nennenswerten Abweichungen.

Der Anteil von Klienten mit ausländischer Staatsbürgerschaft und/oder mit einem Migrationshintergrund ist in der Metropole Frankfurt am höchsten (19 % bzw. 36 %); in den Landkreisen am geringsten (10 % bzw. 27 %).

Bei der Betrachtung der Erwerbssituation fällt auf, dass in den Landkreisen und Großstädten der Anteil derjenigen, die über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz verfügen, wesentlich größer ist als in der Metropole Frankfurt (47 % bzw. 42 % zu 30 %). Korrespondierend damit ist in Frankfurt der Anteil der ALG II-Empfänger am höchsten (49 %).

Auch bei der Hauptdiagnose existieren deutliche regionalspezifische Unterschiede: Bei der Hälfte der 2011 in den Frankfurter Einrichtungen betreuten Klienten handelt es sich um Opiatabhängige (50 %), während bei etwa einem Viertel eine Alkoholdiagnose vorliegt (26 %). In den Landkreisen und Großstädten stellt sich dieses Verhältnis gänzlich anderes dar: Der Anteil der Alkohol Klientel liegt hier deutlich über 40 %, während derjenige der Opiat Klientel geringer als 30 % ist.

Werden weiter ausgewählte Daten zur Betreuung betrachtet, zeigen sich zwischen den drei regionalen Kategorien einige deutliche Unterschiede: So ist zu erwähnen, dass die Medikamentengestützte Behandlung (d.h. vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter) in Frankfurt auf einen Anteil von 35 % aller Betreuungen kommt. Dieses steht im Zusammenhang mit dem hohen Anteil von Opiatabhängigen in der Mainmetropole (siehe oben). In den Landkreisen und kreisfreien Städten spielt sie dagegen eine eher nachgeordnete Rolle, hier steht an erster Stelle die Beratung mit Anteilen von 47 % bzw. 40 %.

Bei der durchschnittlichen Dauer abgeschlossener Betreuungen fallen vor allem die stark abweichenden Werte bei der Opiat- und Cannabisklientel auf: Sie reichen bei den Cannabisklienten von 158 Tagen (kreisfreie Städte) über 192 Tagen (Landkreise) bis hin zu 248 Tagen (Frankfurt); bei den Opiatabhängigen ergibt sich eine Bandbreite von 316 bis 391 Tagen. Bei der Alkohol Klientel liegen diese Werte nicht ganz so weit auseinander (160 bis 194 Tage).

Bei den beendeten Betreuungen sind die Abweichungen nicht so gravierend. Werden die regulären Beendigungen und planmäßigen Wechsel in eine andere Einrichtung als positive Abschlüsse zusammengerechnet, ergeben sich Werte zwischen 52 % (Frankfurt) und 62 % (Landkreise).

Tabelle 5: Klientel und Betreuungen im regionalen Vergleich

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Klienten			
männlich	74 %	73 %	70 %
weiblich	26 %	27 %	30 %
Gesamt N	11.002	3.789	4.002
Altersgruppe des Klienten			
bis 18 Jahre	4 %	5 %	2 %
18 bis 27 Jahre	19 %	15 %	14 %
27 bis 35 Jahre	19 %	19 %	23 %
35 bis unter 45 Jahre	22 %	25 %	28 %
45 bis unter 59 Jahre	31 %	31 %	29 %
60 und älter	5 %	5 %	4 %
Gesamt N	10.963	3.779	3.991
Lebensalter in Jahren (MW)			
männlich	38,1	38,9	38,8
weiblich	41,4	40,2	40,3
Gesamt N	10.963	3.779	3.991
nach Hauptdiagnose			
Alkohol	45,8	44,6	45,8
Opiate	38,5	40,4	40,4
Cannabis	25,9	25,5	26,2
Nationalität			
Deutschland	88 %	87 %	77 %
EU	3 %	4 %	6 %
andere Ausländer	7 %	8 %	13 %
Staatenlos	0 %	0 %	0 %
keine Angabe	2 %	1 %	4 %
Gesamt N	10.719	3.698	3.852
Migrationshintergrund (Mehrfachantworten möglich)			
selbst migriert	17 %	24 %	20 %
Kind von Migranten	14 %	21 %	20 %
kein Migrationshintergrund	73 %	63 %	64 %
Gesamt N	6.648	1.691	2.404
Erwerbssituation Betreuungsbeginn			
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	47 %	42 %	30 %
ALG I	5 %	5 %	4 %
ALG II	32 %	41 %	49 %
SGB XII	3 %	2 %	6 %
berufliche Rehabilitation	1 %	1 %	2 %
Sonstige	11 %	9 %	9 %
Gesamt N	9.744	3.450	3.683

Fortsetzung Tabelle 5: Klientel und Betreuungen im regionalen Vergleich

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Hauptdiagnose			
Alkohol	49 %	43 %	26 %
Opiate	21 %	29 %	50 %
Cannabis	15 %	12 %	12 %
Crack	1 %	0 %	1 %
Kokain	1 %	1 %	3 %
Amphet./MDMA/Halluzinogen	3 %	2 %	2 %
Path. Spielen	6 %	9 %	4 %
andere Suchtdiagnose	4 %	3 %	2 %
Gesamt N	9.868	3.569	3.753
zeitl. überwiegender Abschnittstyp der Betreuung			
Beratung	47 %	40 %	29 %
Medikam.-gestützte Behandl.	12 %	14 %	35 %
Ambulante Reha.	12 %	14 %	8 %
Allg. psychosoz. Betreuung	6 %	7 %	10 %
Vorb. auf stat. Behandlung	11 %	5 %	3 %
Andere	11 %	20 %	14 %
Gesamt N	11.109	4.087	4.638
Beendigungsgrund (beendete Betreuungen)			
Regulär	47 %	42 %	34 %
planm. Wechsel	15 %	12 %	18 %
Abbruch durch Klient	33 %	36 %	34 %
Abbruch durch Einrichtung	2 %	5 %	6 %
außerplanm. Verlegung/Wechsel	3 %	5 %	6 %
Verstorben	1 %	1 %	1 %
Gesamt N	6.092	2.364	2.203
Durchschnittliche Dauer in Tagen (beendete Betreuungen)			
Alkohol	186,3	159,6	194,1
Opiate	316,2	324,8	390,5
Cannabis	191,9	158,2	247,9
Path. Spielen	170,8	173,2	169,6
Gesamt	200,3	194,0	288,6

Trends 2003 bis 2011

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Trends in den Grunddaten der hessischen Suchthilfestatistik dargestellt. Beginnend mit dem Jahr 2003 werden Veränderungen bzw. Kontinuitäten bis 2011 berichtet. Inhaltlich ist hierbei zwischen der Klienten- und der Betreuungsebene zu unterscheiden.

Es werden diejenigen Trends geschildert, die in der *COMBASS*-Steuerungsgruppe in den letzten Jahren zu besonderen inhaltlichen Reflektionen und Diskussionen geführt haben. Es handelt sich dabei um die Anteile der Angehörigen¹² und Neuaufnahmen, das Durchschnittsalter, die Hauptdiagnose, die Erwerbssituation und die Wohnsituation der Klientinnen und Klienten sowie die Betreuungsform, die durchschnittliche Betreuungsdauer und die Art der Beendigung der Betreuung. Die entsprechenden Ergebnisse werden jeweils getrennt für die drei größten Hauptdiagnosegruppen – Alkohol, Opiate, Cannabis – berichtet.

Die Basis der folgenden Auswertungen stellen 77 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum an der *COMBASS*-Dokumentation beteiligt haben. Wurden Klienten oder Angehörige in dem Auswertungsjahr von mehreren der 77 Einrichtungen betreut, so wurden diese Personen nur einmal gezählt. Mit dieser Vorgehensweise wird eine Verzerrung der Ergebnisse durch eine unterschiedliche (jährliche) Datengrundlage ausgeschlossen.

Angehörige und Klienten

Eine interessante Entwicklung hat seit dem Jahr 2003 bei den Angehörigen stattgefunden: Ihr prozentualer Anteil an allen betreuten Personen fällt deutlich von 9 % auf 5 % in 2007 und ist seitdem wieder um 3 Prozentpunkte angestiegen (siehe Tabelle 6). Aber nicht nur der prozentuale Anteil reduziert sich über mehrere Jahre, sondern auch die absolute Anzahl von betreuten Angehörigen sinkt zwischen 2003 und 2007 deutlich: 1.434 betreute Angehörige im Jahr 2003 stehen einer Zahl von 930 im Jahr 2007 gegenüber. Bis zum Jahr 2011 erhöht sich die Anzahl beratener Angehöriger wieder auf einen Höchststand von fast 1.500 Personen.

Die Anzahl betreuter Klientinnen und Klienten ist dagegen (beinahe) kontinuierlich angestiegen: von 15.083 im Jahr 2003 auf 16.278 im Jahr 2011. Dabei zeigt sich gleichzeitig, dass der Anteil der Neuaufnahmen – d. h. der Erstkontakt zur ambulanten Suchthilfe in Hessen findet im jeweiligen Jahr statt – zwischen den Jahren 2003 und 2011 von 49 % auf 31 % stark zurückgegangen ist.

Werden die Entwicklungen bei den Angehörigen und Klienten geschlechtsspezifisch betrachtet, zeigt sich zum einen, dass bei den Angehörigen der (dominierende) Anteil der Frauen mit Werten zwischen 66 % und 76 % sehr schwankend ist (siehe Tabelle 6). Ein Trend in eine bestimmte Richtung lässt sich hier nicht beobachten. Bei den Klienten liegt der Anteil der Frauen dagegen konstant bei etwa einem Viertel (24 % bis 27 %).

¹²Obwohl neben den Angehörigen auch andere hilfeschende Bezugspersonen von Menschen mit einer Suchtproblematik dokumentiert werden (z. B. Arbeitgeber oder Lehrer), werden aus Gründen der Lesbarkeit alle Personen aus dem sozialen Umfeld zusammenfassen als „Angehörige“ bezeichnet.

Tabelle 6: Anteil Angehörige und Klienten, 2003 bis 2011 (gleiche Einrichtungen, N=77)

	2003	2005	2007	2009	2011
Angehörige	9 %	6 %	5 %	7 %	8 %
davon Anteil Frauen	68 %	70 %	66 %	75 %	76 %
Gesamt	1.434	942	930	1.288	1.492
Klienten	91 %	94 %	95 %	93 %	92 %
davon Anteil Frauen	25 %	25 %	24 %	25 %	27 %
Gesamt	15.083	15.310	16.070	16.015	16.278
davon Anteil Neuaufnahmen	49 %	37 %	35 %	34 %	31 %
Gesamt	7.425	5.716	5.556	5.471	5.572

Alter der Klienten

Wie der Tabelle 7 zu entnehmen ist, hat sich das Durchschnittsalter der Klientinnen und Klienten zwischen 2003 und 2011 von 37,2 Jahren um mehr als zwei Jahre auf 39,5 Jahre erhöht (+2,3). Das Durchschnittsalter ist während dieses Zeitraumes von Jahr zu Jahr angestiegen. Dabei zeigt sich, dass der Altersanstieg bei den Frauen (von 37,7 auf 41,4) wesentlich größer ist als bei den Männern (von 37,1 auf 38,8). Das durchschnittliche Alter der (jährlichen) Neuaufnahmen schwankt dagegen zwischen 36 und 38 Jahren; über die gesamte Betrachtungsphase ist es nur um ein halbes Jahr angewachsen.

Tabelle 7: Durchschnittsalter nach Geschlecht, 2003 bis 2011 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=77)

	2003	2005	2007	2009	2011
Frauen	37,1	37	37,7	38,6	38,8
Männer	37,7	38,4	39,6	40,8	41,4
Insgesamt	37,2	37,4	38,1	39,1	39,5
Neuaufnahmen	36,5	36,4	36,9	37,7	37
N	14.953	15.229	16.001	15.966	16.235

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

Wird eine solche Auswertung differenziert nach den drei Hauptdiagnosegruppen Alkohol, Opiate und Cannabis vorgenommen, ergibt sich bei der Alkoholklientel eine vergleichsweise geringe Erhöhung des Durchschnittsalters über die Jahre: bei allen Klienten von 44,6 (2003) auf 45,2 Jahre (2011), bei den Neuaufnahmen sogar eine Abnahme von 43,9 auf 43,0 Jahre (siehe Tabelle 8). Bei der Gruppe der Opiatabhängigen ist dagegen eine sehr deutliche und kontinuierliche Zunahme des Alters auszumachen. Im Jahr 2003 lag dieses bei 33,6 (alle) bzw. 33,2 Jahren (Neuaufnahmen) – acht Jahre später sind diese Werte auf 39,6 bzw. 36,5 Jahre angewachsen. Bei den Cannabiskli-

enten ist das Altersniveau zwischen 2003 und 2007 deutlich angestiegen, seitdem ist es jedoch vergleichsweise stabil: Es beträgt knapp 26 Jahre bei allen Klienten und etwa 24 Jahre bei den Neuaufnahmen.

Tabelle 8: Durchschnittsalter nach Hauptdiagnosegruppe (Alkohol, Opiate, Cannabis), 2003 bis 2011 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=77)

	2003	2005	2007	2009	2011
Alle Klienten					
Alkohol	44,6	44,9	45	45,3	45,2
Opiate	33,6	35,2	36,4	38	39,6
Cannabis	23,3	24,1	25,6	25,9	25,9
Neuaufnahmen					
Alkohol	43,9	43,8	43,7	44,2	43
Opiate	33,2	34	34,1	36,1	36,5
Cannabis	22,3	23	24,7	24,4	24,2

Wenn in einem dritten Schritt das Alter der neu aufgenommenen Klienten getrennt nach verschiedenen Alterskategorien betrachtet wird, ergibt sich zum einen, dass bei den Opiatabhängigen der Anteil der 45- bis 59-jährigen Personen seit 2003 stetig angewachsen ist: von 9 % (2003) über 12 % (2007) auf 19 % (2011) (siehe Tabelle 9). Gleichzeitig hat sich der Anteil der jüngeren Opiatklienten verringert. Waren im Jahr 2003 noch 26 % der Klienten jünger als 28 Jahre, beträgt der entsprechende Anteil im Jahr 2011 nur noch 15 %. Bei der Alkoholklientel hat dagegen der Anteil jüngerer Klienten (< 28 Jahre) im Beobachtungszeitraum 2003-2011 zugenommen: er ist von gut 7 % auf 17 % angewachsen. Auffällig ist, dass im Jahr 2011 immerhin 5 % minderjährige Personen sind.

Bei der Cannabisklientel ergeben sich hingegen keine eindeutigen Trends in den verschiedenen Alterskategorien. Bemerkenswert ist jedoch, dass die Gruppe der minderjährigen Cannabisklienten zwischen 2003 und 2007 von 25 % auf 11 % gefallen ist, um dann wieder auf 19 % (2011) anzusteigen.

Tabelle 9: Alterskategorien nach Hauptdiagnosegruppe (Alkohol, Opiate, Cannabis), 2003 bis 2011 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=77)

	2003	2005	2007	2009	2011
Alkohol					
bis 18 Jahre	0,4 %	1 %	1 %	2 %	5 %
18 bis 27 Jahre	7 %	9 %	8 %	8 %	12 %
27 bis 35 Jahre	13 %	12 %	13 %	11 %	11 %
35 bis unter 45 Jahre	35 %	31 %	30 %	27 %	20 %
45 bis unter 59 Jahre	38 %	41 %	40 %	44 %	44 %
60 und älter	7 %	7 %	7 %	8 %	8 %
Gesamt	2.102	1.972	2.015	2.726	2.922
Opiate					
bis 18 Jahre	1 %	0,1 %	0,4 %	1 %	2 %
18 bis 27 Jahre	25 %	25 %	24 %	18 %	13 %
27 bis 35 Jahre	34 %	31 %	31 %	32 %	35 %
35 bis unter 45 Jahre	31 %	33 %	31 %	30 %	30 %
45 bis unter 59 Jahre	9 %	11 %	12 %	18 %	19 %
60 und älter	0,1 %	0,2 %	0,4 %	1 %	2 %
Gesamt	1.414	822	543	656	533
Cannabis					
bis 18 Jahre	25 %	21 %	11 %	16 %	19 %
18 bis 27 Jahre	59 %	61 %	62 %	56 %	53 %
27 bis 35 Jahre	8 %	11 %	17 %	19 %	19 %
35 bis unter 45 Jahre	7 %	7 %	8 %	7 %	7 %
45 bis unter 59 Jahre	0,3 %	1 %	2 %	2 %	2 %
60 und älter	0 %	0 %	0,1 %	0,1 %	0 %
Gesamt	666	729	707	1.089	1.050

Hauptdiagnose

Betrachtet man die Personen, für die eine ICD-10 Hauptdiagnose in Form von „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeitssyndrom“ dokumentiert worden ist, zeigt sich, dass sich der Anteil der Klientinnen und Klienten mit einer Alkoholproblematik seit dem Jahr 2003 in einem weitgehend stabilen Rahmen zwischen 43 % und 45 % bewegt, ohne dass hier eine Entwicklung in die eine oder andere Richtung erkennbar ist (siehe Tabelle 10). Bei der Opiatklientel deutet sich dagegen von der Tendenz her ein leicht abnehmender relativer Anteil an: der Wert für 2011 beträgt 28 %. Der Anteil der Cannabiskonsumenten, die das ambulante Suchthilfesystem in Hessen aufsuchen, ist dagegen im betrachteten Zeitraum von 11 % auf 14 % angestiegen. Der Anteil der pathologischen Glücksspieler liegt in den ersten fünf Jahren stabil bei 1 % bis 2 % und ist dann bis ins Jahr 2011 auf 6 % angewachsen. Sehr stabil zeigen sich die Anteile für die Kokainklienten (2003-2011: 2 %) sowie für die Personen mit anderen Suchtdiagnosen (2003-2011: 4 bis 5 %).

Bei der Interpretation dieser Zahlen ist prinzipiell zu berücksichtigen, dass über den gesamten Zeitraum die Anzahl der dokumentierten Hauptdiagnosen angestiegen ist – von 10.430 auf 16.278 Fälle – bzw. auch die gesamte Klientenanzahl zugenommen hat (siehe oben). Das bedeutet, dass

in vielen Fällen auch bei einem abnehmenden Prozentanteil gegenüber dem Vorjahr die absolute Klientenzahl in der jeweiligen Gruppe nicht gefallen ist bzw. sogar zugenommen hat.

Tabelle 10: Hauptdiagnose der Klienten, 2003 bis 2011 (gleiche Einrichtungen, N=77)¹³

	2003	2005	2007	2009	2011
Alkohol	45 %	43 %	43 %	43 %	44 %
Opiate	31 %	32 %	31 %	29 %	28 %
Cannabis	11 %	12 %	13 %	14 %	14 %
Crack	3 %	2 %	2 %	1 %	1 %
Kokain	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
Amphet./MDMA/Halluzinogen	2 %	2 %	2 %	3 %	3 %
Path. Spielen	1 %	1 %	2 %	5 %	6 %
Andere	5 %	5 %	5 %	5 %	4 %
Gesamt	10.430	12.077	12.742	16.015	16.278

Bei den bisher berichteten Zahlen zur Hauptdiagnose wurde nicht zwischen den Personen unterschieden, die bereits in den Jahren zuvor in den beteiligten Suchthilfeeinrichtungen betreut wurden und denen, die die Beratungs- und Behandlungsangebote im jeweiligen Auswertungsjahr das erste Mal in Anspruch genommen haben. Diese Differenzierung soll im nun Folgenden vorgenommen werden, da sich dadurch die Entwicklung des Inanspruchnahmeverhaltens nach den verschiedenen Hauptdiagnosegruppen noch einmal etwas anders darstellt.

Bei den neu aufgenommenen Personen mit Alkoholproblemen ist bis 2011 eine deutliche prozentuale Zunahme ihres Anteils zu beobachten: Dieser ist seit 2003 von 43 % auf 53 % angestiegen (siehe Tabelle 11). Demgegenüber reduziert sich der Anteil der Neuaufnahmen mit einer opiatbezogenen Hauptdiagnose drastisch: von 29 % in 2003 über 14 % in 2007 auf nur noch 10 % im aktuellen Beobachtungsjahr. In absoluten Zahlen bedeutet dies eine Abnahme von 1.419 auf 537 Neuaufnahmen.

Der Anteil der Cannabiskonsumenten – seit 2007 die zweitgrößte Gruppe der Neuaufnahmen – hat dagegen im Zeitraum 2003 bis 2011 von 14 % auf 19 % zugenommen. Auch bei der Gruppe der pathologischen Glücksspieler ist es im Dokumentationszeitraum zu einer deutlichen Steigerung ihres prozentualen Anteils gekommen: seit 2003 ist dieser von 1 % auf 9 % im Jahr 2011 angestiegen (in absoluten Zahlen: von 62 auf 511 Neuaufnahmen). Hier dürfte sich vermutlich die verstärkte Ausrichtung der hessischen Suchthilfe auf die Betreuung pathologischer Glücksspieler in den letzten Jahren positiv widerspiegeln.

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

¹³In dieser und weiteren Tabellen kann es vorkommen, dass die Summe für einige Jahre nicht exakt 100 % ergibt. Dies ist auf Auf- bzw. Abrundungen der Prozentwerte zurückzuführen.

**Tabelle 11: Hauptdiagnose der neu aufgenommenen Klienten, 2003 bis 2011
(gleiche Einrichtungen, N=77)**

	2003	2005	2007	2009	2011
Alkohol	43 %	48 %	53 %	50 %	53 %
Opiate	29 %	20 %	14 %	12 %	10 %
Cannabis	14 %	18 %	19 %	20 %	19 %
Crack	2 %	2 %	1 %	%	1 %
Kokain	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
Amphet./MDMA/Halluzinogen	2 %	2 %	3 %	3 %	3 %
Path. Spielen	1 %	2 %	3 %	8 %	9 %
Andere	6 %	6 %	5 %	5 %	4 %
Gesamt	4.898	4.087	3.807	5.471	5.572

Erwerbssituation

Der Anteil von Erwerbstätigen¹⁴ unter der Alkoholklientel ist seit dem Jahr 2005 um 7 Prozentpunkte von 40 % auf 47 % angewachsen (siehe Tabelle 12). Gleichzeitig ist der Anteil der ALG I-Empfänger sehr deutlich zurückgegangen (2005: 13 %, 2011: 5 %). Die Zahlen für die ALG II-Empfänger bewegen sich dagegen auf einem etwa gleichbleibenden Niveau (zwischen 30 % und 34 %).

Tabelle 12: Erwerbssituation der Alkoholklienten, 2003 bis 2011 (gleiche Einrichtungen, N=77)

	2003	2005	2007	2009	2011
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	46 %	40 %	40 %	44 %	47 %
arbeitslos/ erwerbslos	40 %	/*	/	/	/
ALG I	/	13 %	10 %	8 %	5 %
ALG II	/	31 %	34 %	32 %	30 %
SGB XII	/	3 %	3 %	2 %	2 %
berufliche Rehabilitation	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Sonstige	13 %	12 %	12 %	14 %	15 %
Gesamt	4.213	1.999	3.424	6.275	6.484

* / = teilweise andere Erfassungssitem

Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei der Opiatklientel festzustellen, wenn auch auf einem niedrigeren Niveau: Der Anteil der Erwerbstätigen ist seit 2005 leicht angestiegen (von 18 % auf 22 %) und derjenige der ALG I-Empfänger zurückgegangen (von 10 % auf 5 %). Gleichzeitig hat bei dieser Hauptdiagnosegruppe aber der Anteil der ALG II-Empfänger leicht zugenommen (von 55 %

¹⁴Da die Erfassung der Erwerbssituation in 2005 an die durch die Hartz-IV-Gesetze eingeführten Formen der Sozialleistungen angepasst werden musste, werden für die Auswertungen der Jahre 2005 und 2007 ausschließlich Biografieeinträge herangezogen, die ab 2005 gemacht wurden. Dies hat eine verminderte Fallzahl in den Auswertungen dieser Jahre zur Folge.

auf 59 %) (siehe Tabelle 13). Diese insgesamt negative Situation verdeutlicht noch einmal den besonderen Hilfebedarf der Opiat klientel hinsichtlich ihrer beruflichen Situation.

Tabelle 13: Erwerbssituation der Opiat klienten, 2003 bis 2011 (gleiche Einrichtungen, N=77)

	2003	2005	2007	2009	2011
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	27 %	18 %	19 %	20 %	22 %
arbeitslos/ erwerbslos	63 %	/*	/	/	/
ALG I	/	10 %	7 %	6 %	5 %
ALG II	/	55 %	57 %	59 %	59 %
SGB XII	/	10 %	9 %	6 %	6 %
berufliche Rehabilitation	4 %	1 %	2 %	1 %	1 %
Sonstige	6 %	6 %	6 %	7 %	7 %
Gesamt	2.773	1.745	2.560	4.342	4.215

* / = teilweise andere Erfassungssitem

Bei der Cannabisklientel gibt es keine einheitliche Entwicklung. So hat der Anteil der Erwerbstätigen zwischen 2003 und 2007 von 59 % auf 54 % abgenommen, um dann bis ins Jahr 2011 wieder auf 57 % anzusteigen (siehe Tabelle 14). Bei den ALG I-Empfängern ist seit 2005 ein leichter prozentualer Rückgang zu konstatieren (von 6 % auf 4 %); der Anteil der ALG II-Empfänger verharrt seit 2007 auf einem ähnlichen Niveau wie bei der Alkohol klientel von um die 30 %.

Tabelle 14: Erwerbssituation der Cannabisklienten, 2003 bis 2011 (gleiche Einrichtungen, N=77)

	2003	2005	2007	2009	2011
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	59 %	57 %	54 %	57 %	57 %
arbeitslos/ erwerbslos	31 %	/*	/	/	/
ALG I	/	6 %	6 %	5 %	4 %
ALG II	/	25 %	29 %	30 %	30 %
SGB XII	/	3 %	2 %	1 %	2 %
berufliche Rehabilitation	4 %	1 %	2 %	2 %	3 %
Sonstige	6 %	7 %	6 %	5 %	4 %
Gesamt	960	761	1.311	2.013	1.985

* / = teilweise andere Erfassungssitem

Wohnsituation

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

Bei der Alkohol klientel schwanken die Anteile für diejenigen, die selbstständig wohnen, zwischen 80 % und 85 % (siehe Tabelle 15). Leicht zugenommen hat im Beobachtungszeitraum der Anteil derjenigen Personen, die bei Angehörigen oder den Eltern leben (von 8 % auf 11 %). Die Anteile

für eine prekäre Wohnsituation liegen mit 3 % bzw. 4 % auf einem stabilen Niveau. Insgesamt existiert hier keine Entwicklung, die in eine bestimmte Richtung weist.

Tabelle 15: Wohnsituation der Alkohol Klienten, 2003 bis 2011 (gleiche Einrichtungen, N=77)

	2003	2005	2007	2009	2011
Selbstständiges Wohnen	84 %	80 %	81 %	85 %	83 %
Bei Angehörigen/Eltern	8 %	7 %	7 %	9 %	11 %
Betreutes Wohnen	2 %	3 %	3 %	2 %	2 %
Prekäre Wohnsituation	3 %	3 %	3 %	4 %	4 %
sonstiges	3 %	7 %	7 %	0,2 %	0,2 %
Gesamt	4.559	5.080	5.363	6.440	7.020

Bei den Opiatklienten zeigt sich eine Entwicklung, nach der seit 2007 gut zwei Drittel über eine stabile Wohnsituation verfügen, d. h. sie wohnen selbstständig (siehe Tabelle 16). Es findet sich hier ein – gegenüber dem Ausgangsjahr (2003) – um 11 Prozentpunkte verbesserter Wert. Gleichzeitig ist der Anteil derjenigen, die in einer prekären Wohnsituation leben, von 10 % auf 14 % angestiegen. Ferner hat der Anteil in der Kategorie „Betreutes Wohnen“ von 9 % auf 4 % abgenommen.

Tabelle 16: Wohnsituation der Opiatklienten, 2003 bis 2011 (gleiche Einrichtungen, N=77)

	2003	2005	2007	2009	2011
Selbstständiges Wohnen	57 %	61 %	66 %	65 %	68 %
Bei Angehörigen/Eltern	18 %	15 %	13 %	16 %	14 %
Betreutes Wohnen	9 %	7 %	6 %	5 %	4 %
Prekäre Wohnsituation	10 %	10 %	10 %	13 %	14 %
sonstiges	5 %	6 %	6 %	0,8 %	0,5 %
Gesamt	3.114	3.901	3.968	4.506	4.655

Auch bei den Cannabisklienten stellt sich die Situation seit 2007 so dar, dass ein deutlich höherer Anteil eine selbstständige Wohnsituation besitzt als vier Jahre zuvor (45 % vs. 34 %) (siehe Tabelle 17). Darüber hinaus wohnt fast die Hälfte der Cannabisklienten (noch) bei den Eltern oder Angehörigen. Hier ist der entsprechende Anteil zwischen 2003 und 2007 von 52 % auf 41 % deutlich gefallen, um dann wieder auf 45 % im Jahr 2011 anzuwachsen. Der Anteil derjenigen, die sich in einer prekären Wohnsituation befinden, hat sich im Beobachtungszeitraum von 3 % auf 6 % verdoppelt.

Tabelle 17: Wohnsituation der Cannabisklienten, 2003 bis 2011 (gleiche Einrichtungen, N=77)

	2003	2005	2007	2009	2011
Selbstständiges Wohnen	34 %	37 %	45 %	47 %	45 %
Bei Angehörigen/Eltern	52 %	48 %	41 %	45 %	45 %
Betreutes Wohnen	6 %	5 %	6 %	3 %	4 %
Prekäre Wohnsituation	3 %	3 %	3 %	5 %	6 %
sonstiges	5 %	7 %	5 %	0,4 %	0,6 %
Gesamt	1.047	1.474	1.659	2.162	2.186

Betreuungsform

Die Beratung ist seit 2003 die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform in der ambulanten Suchthilfe Hessens. Ihr relativer Anteil hat jedoch im Beobachtungszeitraum von 58 % (2003) um 16 Prozentpunkte auf 42 % (2011) abgenommen (siehe Tabelle 18). Zweithäufigste Betreuungsform ist mit einem Anteil von inzwischen 16 % die Medikamentengestützte Behandlung, d. h. vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter. Bei der Betreuungsform Ambulante Rehabilitation ist ebenfalls ein langsames, aber stetiges Anwachsen ihres prozentualen Anteils – von 7 % auf 12 % – zu beobachten. Dagegen verläuft die Entwicklung bei der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung uneinheitlich: Ihr Ausgangswert von 14 % hat sich bis 2007 um etwa ein Drittel auf 10 % reduziert, ist dann aber wieder im Jahr 2009 auf 13 % angestiegen, um zwei Jahre später erneut um 3 Prozentpunkte zu fallen.

In der Kategorie „Andere“, die im Jahr 2011 ein Fünftel aller Betreuungen ausmacht (20 %), werden verschiedene andere Betreuungsarten, z. B. Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung, schulische und berufliche Integrationshilfen oder Raucherentwöhnung zusammengefasst. Die Bedeutung dieser Kategorie hat sich in den letzten acht Jahren erhöht (von 12 % auf 20 %), was einen Hinweis auf die Ausdifferenzierung der ambulanten Suchthilfe gibt.

Auch bei den genannten Zahlen zur Betreuung ist zu beachten, dass die dokumentierten Betreuungen zwischen 2003 und 2011 kontinuierlich von 14.282 auf 21.794 zugenommen haben.

Tabelle 18: Betreuungsform der Klienten, 2003 bis 2011 (gleiche Einrichtungen, N=77)

	2003	2005	2007	2009	2011
Beratung	58 %	51 %	50 %	41 %	42 %
Medikam.-gestützte Behandl.	9 %	13 %	14 %	14 %	16 %
Ambulante Reha.	7 %	8 %	8 %	10 %	12 %
Allg. psychosoziale Betreuung	14 %	9 %	10 %	13 %	10 %
Andere	12 %	19 %	19 %	21 %	20 %
Gesamt	14.282	17.591	18.595	20.712	21.794

Wird auch hier ein differenzierter Blick auf die drei Hauptdiagnosegruppen geworfen, ergeben sich weitere Erkenntnisse. Es zeigt sich dann die stark zunehmende Bedeutung der Ambulanten Rehabilitation bei der Alkoholklientel. Ihr relativer Anteil ist zwischen 2003 und 2011 von 14 % auf 23 % angewachsen (siehe Tabelle 19). Bei den Opiatklienten ist die Entwicklung bei der Medikamentengestützten Behandlung auffällig. Ihr Anteil stieg im Beobachtungszeitraum von 34 % auf 56 % (siehe Tabelle 20). Die Ergebnisse bei der Cannabisklientel zeichnen sich dadurch aus, dass die Bedeutung der Betreuungsformen „Vorbereitung auf stationäre Behandlung“ und „Andere“ über die Jahre zugenommen hat (siehe Tabelle 21).

Bei allen drei Hauptdiagnosegruppen ist im Gegenzug der relative Anteil der Beratung stark zurückgegangen – und zwar um 17 bis 24 Prozentpunkte.

Tabelle 19: Betreuungsform der Alkoholklienten, 2003 bis 2011 (gleiche Einrichtungen, N=77)

	2003	2005	2007	2009	2011
Beratung	62 %	55 %	55 %	45 %	45 %
ambulante Reha	14 %	17 %	17 %	21 %	23 %
MPU-Beratung	6 %	6 %	4 %	4 %	4 %
Vorb. auf stat. Behandlung	/*	7 %	8 %	10 %	10 %
Allg. psychosoziale Betreuung	6 %	3 %	3 %	6 %	5 %
Andere	13 %	12 %	13 %	14 %	13 %
Gesamt	4.420	5.827	5.906	6.776	7.653

* / = teilweise andere Erfassungssitem.

Tabelle 20: Betreuungsform der Opiatklienten, 2003 bis 2011 (gleiche Einrichtungen, N=77)

	2003	2005	2007	2009	2011
Beratung	39 %	31 %	28 %	17 %	15 %
Medikam.-gest. Behandl.	34 %	42 %	42 %	47 %	56 %
Ambulante Reha.	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
Allg. psychosoziale Betreuung	14 %	10 %	12 %	14 %	8 %
Andere	11 %	17 %	16 %	19 %	19 %
Gesamt	3.003	4.717	4.855	5.465	5.668

Tabelle 21: Betreuungsform der Cannabisklienten, 2003 bis 2011 (gleiche Einrichtungen, N=77)

	2003	2005	2007	2009	2011
Beratung	72 %	66 %	62 %	50 %	49 %
Allg. psychosoziale Betreuung	10 %	6 %	2 %	7 %	8 %
MPU-Beratung	8 %	11 %	12 %	11 %	10 %
Vorb. auf stat. Behandlung	/*	4 %	5 %	6 %	6 %
Frühintervention	/	0 %	2 %	6 %	5 %
Ambulante Behandlung	4 %	2 %	1 %	4 %	6 %
Andere	7 %	11 %	14 %	15 %	17 %
Gesamt	1.011	1.592	1.828	2.296	2.545

* / = teilweise andere Erfassungssiteme

Betreuungsdauer

Bei der Analyse der Betreuungsdauer der einzelnen Hauptdiagnosegruppen zeigen sich im betrachteten Zeitraum diverse Veränderungen: Die Betreuung der Opiatklientel weist im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen für das Jahr 2011 den mit Abstand höchsten Durchschnittswert auf, der darüber hinaus seit 2003 kontinuierlich angewachsen ist: von 231 auf 350 Tage (siehe Tabelle 22). Auch bei der Cannabisklientel ist die durchschnittliche Betreuungsdauer über die Jahre angestiegen, wenn auch nicht so stark wie bei der vorgenannten Gruppe (von 165 auf 203 Tage). Bei den Kokain- und Crackklienten handelt es sich um Hauptdiagnosegruppen, die auf die zweithöchsten Betreuungsdauern kommen (zwischen 232 und 333 Tage); sie weisen dabei aber schwankende Verläufe auf. Die Werte für die Alkoholklientel bewegen sich dagegen im Großen und Ganzen auf einem etwa gleichbleibenden Niveau (zwischen 175 und 196 Tage). Die Entwicklung bei den pathologischen Glücksspielern ist über die Zeit uneinheitlich (Werte zwischen 142 und 198 Tagen). Bei dieser Gruppe liegt im Jahr 2011 die niedrigste durchschnittliche Betreuungsdauer (176 Tage) von allen Hauptdiagnosegruppen vor.

Tabelle 22: Durchschnittliche Betreuungsdauer der Klienten, 2003 bis 2011 (in Tagen, abgeschlossene Betreuungen, gleiche Einrichtungen, N=77)

	2003	2005	2007	2009	2011
Alkohol	175	196	193	186	186
Opiate	231	270	312	328	350
Cannabis	165	184	198	203	203
Crack	271	265	295	333	232
Kokain	254	241	269	278	245
Amphet./MDMA/Halluzinogen	216	220	231	213	247
Path. Spielen	182	198	182	142	176
Ingesamt	182	212	227	229	225
N Betreuungen	7.899	8.806	9.247	9.127	10.193

Art der Beendigung der Betreuung

Bei der Art der Beendigung der Betreuung ergeben sich bei den drei betrachteten Hauptdiagnosegruppen unterschiedliche Trends.¹⁵ Werden die beiden positiven Kategorien „reguläre Beendigung“ und „planmäßiger Wechsel“ zusammengefasst, schwanken die Anteile für die Alkoholklientel im Beobachtungszeitraum zwischen 65 % und 69 %. Innerhalb der einzelnen Kategorien gibt es dabei keine einheitliche Entwicklung (siehe Tabelle 23). Insgesamt kann dies als ein stabiles Beendungsverhalten bezeichnet werden. Bei den Opiatabhängigen ist dagegen eine Abnahme regulärer Beendigungen (inkl. planmäßiger Wechsel) zu registrieren. Zwischen 2003 und 2011 ist der entsprechende Anteil von 51 % auf 43 % gefallen (siehe Tabelle 24). Und bei den Cannabis-klienten zeigt sich keine eindeutige Richtung: Der Ausgangswert (2003) ist von 55 % auf 62 % im Jahre 2007 gestiegen, um dann wieder leicht auf 59 % (2011) zu fallen (siehe Tabelle 25).

Tabelle 23: Art der Beendigung der Betreuung bei den Alkoholklienten (gleiche Einrichtungen, N=77)

	2003	2005	2007	2009	2011
Regulär	49 %	47 %	47 %	50 %	50 %
Planmäßiger Wechsel	19 %	22 %	22 %	16 %	15 %
Vorzeitig auf ärztl./therap. Veranlassung	/*	/	/	1 %	1 %
Vorzeitig mit ärztl./therap. Einverständnis	/	/	/	3 %	5 %
Vorzeitig ohne ärztl./therap. Einverständnis	29 %	28 %	29 %	26 %	25 %
Disziplinarisch	2 %	2 %	1 %	1 %	1 %
Außerplanmäßige Verlegung/Wechsel	0,4 %	0,2 %	0,2 %	2 %	2 %
verstorben	1 %	1 %	1 %	1 %	0,5 %
Gesamt	2.766	3.296	3.489	4.053	4.403

* / = teilweise andere Erfassungssitem

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

Tabelle 24: Art der Beendigung der Betreuung bei den Opiatklienten (gleiche Einrichtungen, N=77)

	2003	2005	2007	2009	2011
Regulär	29 %	23 %	22 %	24 %	24 %
Planmäßiger Wechsel	22 %	26 %	25 %	19 %	19 %
Vorzeitig auf ärztl./therap. Veranlassung	/*	/	/	2 %	3 %
Vorzeitig mit ärztl./therap. Einverständnis	/	/	/	4 %	5 %
Vorzeitig ohne ärztl./therap. Einverständnis	39 %	38 %	43 %	36 %	31 %
Disziplinarisch	5 %	7 %	5 %	6 %	8 %
Außerplanmäßige Verlegung/Wechsel	4 %	4 %	3 %	7 %	9 %
verstorben	1 %	1 %	1 %	2 %	2 %
Gesamt	1.514	2.216	2.116	2.251	2.097

* / = teilweise andere Erfassungssitem

Tabelle 25: Art der Beendigung der Betreuung bei den Cannabisklienten (gleiche Einrichtungen, N=77)

	2003	2005	2007	2009	2011
Regulär	43 %	48 %	48 %	50 %	48 %
Planmäßiger Wechsel	12 %	13 %	14 %	9 %	11 %
Vorzeitig auf ärztl./therap. Veranlassung	/*	/	/	1 %	1 %
Vorzeitig mit ärztl./therap. Einverständnis	/	/	/	4 %	3 %
Vorzeitig ohne ärztl./therap. Einverständnis	41 %	35 %	35 %	33 %	33 %
Disziplinarisch	3 %	3 %	2 %	2 %	2 %
Außerplanmäßige Verlegung/Wechsel	1 %	1 %	2 %	2 %	2 %
verstorben	0 %	0,2 %	0 %	0,2 %	0,1 %
Gesamt	632	978	1.028	1.203	1.282

* / = teilweise andere Erfassungssitem

The Same Procedure as Every Year?

Ein Kommentar zum COMBASS-Jahresbericht 2011

Prof. Dr. Martin Schmid

Wer zum ersten Mal einen COMBASS-Jahresbericht zur ambulanten Suchthilfe in Hessen liest, der findet darin eine Menge interessanter Informationen zu ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hessen und ihren Angeboten, ihren Klientinnen und Klienten und deren Problemen. Wer sich allerdings schon mehrere Jahre mit den COMBASS-Daten beschäftigt, der mag auf den ersten Blick meinen, (fast) alles schon zu kennen, was in dem Bericht vorgestellt wird. Über die Jahre bleiben die meisten Daten recht stabil und schwanken gelegentlich um zwei oder drei Prozent in die eine oder andere Richtung, ohne dass sich wirklich etwas Dramatisches ändert. Im Prinzip stimmt das auch und gehört zu den Charakteristika eines Monitoring-Berichtes, der ja nicht jedes Jahr neue Fragestellungen bearbeitet und dabei zu überraschenden Ergebnissen kommt, sondern anhand einer überschaubaren Zahl von Variablen einen Basisdatenbericht fortschreibt, bei dem größere Schwankungen überraschend und erklärungsbedürftig wären. Dies gilt genauso für andere regelmäßige Monitoringsysteme wie z.B. die Deutsche Suchthilfestatistik (Steppan et al. 2011). Die geringe Schwankungsbreite der Daten sollte dabei eher als Beleg für die inzwischen erreichte Qualität der Dokumentationssysteme gelesen werden und weniger als Anlass zur Kritik am geringen Neuigkeitswert der Auswertung genutzt werden.

Trotzdem sind ein Nachlassen des Interesses und eine gewisse Ermüdung in Bezug auf die COMBASS-Auswertungen (und andere Dokumentations- und Auswertungssysteme in der Suchthilfe) nicht zu übersehen. Wer auf kurzfristige große Veränderungen von einem Jahr aufs nächste wartet, wird bei der COMBASS-Auswertung deshalb nicht fündig, weil sich der Gegenstand des Berichts, die soziale Wirklichkeit in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hessen, die Lebenssituation von Menschen mit Suchtproblemen in diesen Einrichtungen und die Methoden, mit denen diese Menschen in den Einrichtungen beraten, betreut und behandelt werden, nicht sprunghaft von einem Jahr auf das nächste verändert. Schaut man sich die Daten allerdings genauer an, so werden langfristige Kontinuitäten und auch langfristige Entwicklungen und Trends erkennbar, die nicht ohne Auswirkungen auf die weitere Ausgestaltung der ambulanten Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen bleiben dürften. Im Folgenden werden zunächst langfristig gleichbleibende Erkenntnisse zusammengefasst. Im Anschluss daran werden Entwicklungslinien herausgearbeitet, die sich nun schon seit Jahren in den COMBASS-Daten andeuten und durch die aktuelle Auswertungen verstärkt werden. Um die Probleme, die mit diesen langfristigen Entwicklungen verbunden sind, einordnen zu können, ist es hilfreich, sich die Entwicklung und Struktur der ambulanten Suchthilfe in Hessen noch einmal zu vergegenwärtigen. Dazu gehört auch, die Bedeutung der ambulanten Suchthilfe für das gesamte System der Suchthilfe einerseits und darüber hinaus die Vernetzung der ambulanten Suchthilfe mit anderen psychosozialen und gesundheitlichen Hilfesystemen zu analysieren. So wird erkennbar, dass die Struktur, die sich in den letzten 30 Jahren herausgebildet hat, mit einigen der langfristigen Trends nicht mehr kompatibel ist und sich klar benennbare Herausforderungen für die Suchthilfe daraus ergeben.

Ein landesweites Dokumentationssystem wie COMBASS, das hessenweit in mehr als 100 Einrichtungen eingesetzt wird, kann trotz vielfältiger Anstrengungen nicht die Datenqualität erreichen, die z.B. in einer Therapiestudie angestrebt wird. Auch diese Eigenschaft teilt COMBASS mit anderen Dokumentationssystemen wie der Deutschen Suchthilfestatistik. Die folgenden Überlegungen beziehen sich deshalb auf vergleichsweise einfache und robuste Variablen und Berechnungen.

Kontinuitäten in der ambulanten Suchthilfe in Hessen

Im Jahr 2011 wurden in 101 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, die sich an der *COMBASS*-Dokumentation beteiligt haben, 18.793 unterschiedliche Klientinnen und Klienten mit Suchtproblemen und 1.088 unterschiedliche Angehörige von Menschen mit Suchtproblemen beraten und betreut. Das sind im Durchschnitt 186 Klientinnen und Klienten und weitere 11 Angehörige je Einrichtung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich höchst unterschiedliche Einrichtungen an der *COMBASS*-Auswertung beteiligen: Auf Alkohol spezialisierte Beratungsstellen, Jugend- und Drogenberatungsstellen, kleinere Beratungsstellen ebenso wie große Suchthilfezentren, Substitutionsambulanzen, Arbeitsprojekte und Einrichtungen des betreuten Wohnens. Vielleicht wäre es sinnvoll, in Zukunft Einrichtungstypen zu definieren und für diese dann jeweils Fallzahlen (Mittelwert und Standardabweichung) zu berechnen. Die über alle Einrichtungstypen errechneten Durchschnittszahlen schwanken seit der Implementierung des Dokumentations- und Auswertungssystems um einen Mittelwert von 179 Klientinnen und Klienten und 12 Angehörige je Einrichtung, ohne dass eine klare Tendenz erkennbar wäre. Änderungen sind durch Veränderungen in der Klientendefinition, durch Verschiebungen im Dokumentationsverhalten, durch die jedes Jahr leicht unterschiedliche Zusammensetzung der beteiligten Einrichtungen und durch Zufallsschwankungen zu erklären. Diese knapp über hundert ambulanten Einrichtungen leisten einen quantitativ und qualitativ wichtigen Beitrag zur Beratung, Vermittlung und Therapie von Menschen mit Suchtproblemen in Hessen.

Seit der ersten *COMBASS*-Auswertung schwankt der Frauenanteil bei den Klientinnen und Klienten zwischen 24 und 27 % und bei den Angehörigen zwischen 66 und 76 %. Dass Sucht ein überwiegend männliches Problem und umgekehrt die Sorge der Angehörigen ein eher weibliches Phänomen ist, ist seit vielen Jahren ein sich in allen empirischen Untersuchungen immer wieder ergebender Befund.

Will man die Klientenzahlen mit Prävalenzzahlen zu Suchtproblemen in Hessen vergleichen, so bietet sich der Rückgriff auf die hessische Repräsentativerhebung von 2007 an (Raschke et al. 2008). Der größte Teil der Klientinnen und Klienten – 43 % oder rund 7.300 Menschen in absoluten Zahlen – war im Jahr 2011 wegen alkoholbezogener Probleme in einer ambulanten Suchthilfeeinrichtung. Setzt man diese – auf den ersten Blick große Zahl – in Relation zu den hochgerechnet 339.120 Menschen zwischen 17 und 69 Jahren, die in Hessen nach der Repräsentativerhebung 2007 Alkohol zumindest in riskantem Ausmaß konsumieren, so entspricht das einem Anteil von gut zwei Prozent (Raschke et al. 2008, 12). Bezieht man die Zahl der Klientinnen und Klienten mit einer Alkoholdiagnose nur auf die 89.062 geschätzten Hessen mit gefährlichem oder Hochkonsum, so steigt dieser Prozentsatz immerhin auf gut 8 %. Differenziert man nach Geschlecht, so zeigt sich, dass von geschätzten 70.350 Männern gut 7 % und von hochgerechneten 18.378 Frauen in Hessen mit gefährlichem oder Hochkonsum von Alkohol gut 12 % von den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen erreicht werden. Nun braucht nicht jeder, der Alkohol in riskantem Ausmaß konsumiert, die Angebote einer Suchtberatungsstelle, und andere suchtspezifischen Hilfen und Vermittlungsangebote bieten auch viele Selbsthilfegruppen, Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und weitere Institutionen an. Dennoch gilt: Nur ein kleiner Teil der Menschen mit Alkoholproblemen kommt zu einer ambulanten Suchthilfeeinrichtung. Abhängige Zigarettenraucher spielen als Zielgruppe der ambulanten Suchthilfe überhaupt keine Rolle.

Die Repräsentativbefragung von 2007 ergab für Hessen eine Zahl von gut 88.000 Menschen zwischen 17 und 69 Jahren mit gelegentlichem, mehr als einmaligem Cannabiskonsum in den letzten 12 Jahren. Detailliertere Zahlen zur Konsumhäufigkeit und Missbrauch oder Abhängigkeit wurden in der Repräsentativerhebung nicht veröffentlicht. Berechnungen von Pfeiffer-Gerschel und Kollegen zufolge ist bei etwa 1,1 % der Bevölkerung in Deutschland von Missbrauch oder Abhängigkeit von Cannabis auszugehen (Pfeiffer-Gerschel et al. 2008). Bezieht man das auf rund 4,2 Millionen

Hessen im Alter von 17-69, so ergibt sich daraus eine Zahl von 46.200 Hessen mit problematischem Cannabiskonsum. Dem stehen knapp 2.400 Klientinnen und Klienten mit cannabisbezogenen Problemen in den ambulanten Einrichtungen im Jahr 2011 (gut 5 %) gegenüber. Hierzu müssen Klienten mit einer anderen Hauptdiagnose hinzugezählt werden, die zusätzlich problematisch oder risikant Cannabis konsumieren. Leider liegen zu den Zweit- oder Drittdiagnosen keine verlässlichen Zahlen vor. Wenn man unterstellt, dass alle Klientinnen und Klienten mit einer Hauptdiagnose, die sich auf illegale Drogen bezieht, zusätzlich eine cannabisbezogene Zweit- oder Drittdiagnose hätten, dann erhöht sich die Anzahl der erreichten problematischen Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten auf knapp 8.400 oder 18 %.

Valide Prävalenzzahlen zu anderen illegalen Drogen wie Heroin, zu denen man die knapp 5.000 Klientinnen und Klienten mit einer opiatbezogenen Störung in Bezug setzen könnte, stehen für Hessen nicht zur Verfügung. Rechnet man die aktuellen Prävalenzschätzungen der DBDD von 1,5 bis 3,2 Fällen je 1.000 Einwohner (DBDD 2011, XXIII) auf Hessen um, so kommt man auf 6.000 bis 13.000 Opiatabhängige in Hessen. Bei etwa 5.000 Klientinnen und Klienten mit einer Opiatdiagnose bedeutet das, dass zwischen 38 % und 83 % von der ambulanten Suchthilfe erreicht wurden. Bei dieser großen Spannweite der Schätzung sind noch regionale Unterschiede zu berücksichtigen. So leben etwa 11,5 % der hessischen Bürgerinnen und Bürger in Frankfurt. Von den knapp 5.000 erreichten Opiatklientinnen und -klienten wurden indes rund 38 % in Frankfurter Einrichtungen erreicht. In diesen Zahlen drückt sich die besondere Bedeutung der Frankfurter Drogenszene, aber auch der Frankfurter Hilfeinrichtungen aus.

In den Diagnosegruppen Crack, Kokain, Amphetamine, MDMA und Halluzinogene lag die Zahl der Klientinnen und Klienten im Jahr 2011 bei insgesamt rund 1.000 Personen (das entspricht durchschnittlich 10 Personen je Einrichtung). Offensichtlich ist es den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen nur sehr begrenzt gelungen, Zugang zu den diversen Club-, Musik- und Freizeitszenen zu finden, in denen der Konsum von Ecstasy/MDMA auf „40 % aller Szenegänger(innen)“ (Werse et al. 2012, S.131) und der Konsum von Kokain auf „knapp über 10 %“ (Werse et al. 2012, S.132) geschätzt wird. Folgt man dem epidemiologischen Suchtsurvey (Pabst et al. 2010, S.330), so liegt die 12-Monats-Prävalenz in der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen für Kokain bei 0,8 % und für Ecstasy bei 0,4 %. Für das Bundesland Hessen umgerechnet ergibt das gut 30.000 18-64-Jährige, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Kokain und gut 15.000, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Ecstasy konsumiert haben. Die Zahl abhängiger Konsumentinnen und -konsumenten lässt sich anhand dieser Studie in dieser Altersgruppe auf rund 7.700 bei Kokain und 3.800 bei Ecstasy schätzen. Einrichtungen, die einen Beratungs- und Therapieschwerpunkt für diese Zielgruppen einrichten und sich um entsprechende Zugänge bemühen, berichten dann auch von weit höheren Fallzahlen.

Die Zahl der problematischen Spieler wird in Hessen in der Repräsentativerhebung auf knapp 50.000 geschätzt. Rund 1.000 Klientinnen und Klienten (2 % davon) waren im Jahr 2011 wegen Pathologischen Spielens in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen.

Insgesamt zeigen sich also sehr unterschiedliche Reichweiten der ambulanten Suchthilfe in Hessen, die bei Alkohol zwischen 2 % und 8 %, bei Cannabis zwischen 5 % und 18 %, beim pathologischen Glücksspiel um 2 % und bei Opiaten zwischen 38 % und 83 % liegen. Diese Größenordnungen passen zu ähnlichen Hochrechnungen auf der Basis der Deutschen Suchthilfestatistik (Hildebrand et al. 2009, S.33). Für andere illegale Drogen liegen die Klientenzahlen zwischen 1 % für Kokain oder Crack und 3 % für Amphetamine, MDMA und Halluzinogene zusammen. Zusammenfassend kann man feststellen: Die ambulante Suchthilfe erreicht einen großen Teil der Menschen mit einer Opiatdiagnose und einen eher kleinen Teil der Menschen mit einer Alkohol-, Cannabis- oder Glücksspieldiagnose. Bei Kokain, Ecstasy/MDMA und anderen in Club-, Musik- und Freizeitszenen verbreiteten Substanzen ist es der ambulanten Suchthilfe bislang nur bedingt gelungen, Zugang zu diesen Szenen zu finden. Andere Verhaltensweisen, die in letzter Zeit als Suchtprobleme disku-

tiert werden, wie z.B. übermäßige Computernutzung oder süchtiges Onlineverhalten, sind für die ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hessen bisher anscheinend ohne Relevanz. Zu diesen Themen wurde in den letzten Jahren eine Reihe von spezialisierten Fachstellen eingerichtet, über die mit den vorliegenden Daten keine Aussagen möglich sind.

Der Anteil der Alkoholklienten mit einer prekären Wohnsituation liegt seit Jahren konstant um 3 % - 4 %, was in absoluten Zahlen rund 280 Personen entspricht. Zahlen der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen gehen von knapp 3.800 Wohnungslosen in Hessen aus (Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen 2010), von denen Schätzungen zufolge bis zu zwei Drittel (in absoluten Zahlen wären das dann 2.500) mehr oder weniger ausgeprägte Alkoholprobleme haben. Offensichtlich gehören Wohnungslose mit Alkoholproblemen seit Jahren nur sehr bedingt zur Klientel der ambulanten Suchthilfe. Zwischen 40 und 47 % der Alkoholklienten hatten zwischen 2003 und 2011 einen Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz, und umgekehrt bezogen zwischen 37 % und 47 % Transferleistungen nach SGB II, III oder XII, wobei der größte Anteil (aktuell 30 %) auf das Arbeitslosengeld II entfiel. Die Abnahme über die letzten Jahre passt zur konjunkturellen Entwicklung und der Entwicklung der allgemeinen Arbeitsmarktzahlen. Bei der Gruppe der Opiatklienten ist die Inklusion in den Arbeitsmarkt offensichtlich schwieriger: Der Anteil der Transferleistungsbezieher schwankt zwischen 70 % und 75 % und der Anteil der Erwerbstätigen zwischen 18 % und 27 %. Die Erholung auf dem Arbeitsmarkt schlägt sich hier nur geringfügig nieder. Wichtigste Transferleistung ist mit aktuell 59 % auch in dieser Gruppe das Arbeitslosengeld II.

Ebenfalls recht konstant liegt der Anteil der planmäßigen Beendigungen (inklusive planmäßigem Wechsel und vorzeitiger Beendigung mit ärztlich/therapeutischem Einverständnis) bei Alkoholdiagnosen seit Jahren um die 70 % und bei Opiatdiagnosen um die 50 %.

Langfristige Entwicklungen

Neben diesen über die Jahre recht stabilen Daten gibt es aber auch einige Indikatoren, die sich von Jahr zu Jahr verändert haben und dabei auf einen Trend hinweisen. Hierzu wird vor allem auf die Trendanalysen Bezug genommen, die sich auf 77 Einrichtungen bezieht, die 2003, 2005, 2007, 2009 und 2011 Daten zu Landesauswertung geliefert haben.

So ist die Zahl der Klientinnen und Klienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose in diesen Jahren von 4.731 auf zuletzt 7.156 um insgesamt mehr als 50 % kontinuierlich angestiegen. Da es keine Hinweise darauf gibt, dass die alkoholbezogenen Störungen in der hessischen Bevölkerung in dieser Zeit in diesem Umfang zugenommen hätten, bedeutet dies, dass die ambulante Suchthilfe in Hessen mehr Klientinnen und Klienten aus dieser Zielgruppe erreicht. Das zeigt sich auch in den Zahlen für die neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten mit einer Alkoholdiagnose, die zwischen 2003 und 2011 von 2.121 auf 2.940 um 38 % gestiegen sind. Das Durchschnittsalter für alle Alkoholklientinnen und -klienten schwankt in diesem Zeitraum zwischen 44,6 und 45,3 Jahren. Bei den neu Aufgenommenen lag das Durchschnittsalter zuletzt bei 43 Jahren. Zunehmend gelingt es der Suchthilfe anscheinend auch jüngere Klienten zu erreichen: Der Anteil der unter 27-Jährigen stieg von gut 7 % im Jahr 2003 auf immerhin 17 % im Jahr 2011.

Bei der Hauptdiagnose Opiate ist die Klientenzahl ebenfalls gestiegen, und zwar von 3.220 im Jahr 2003 um 40 % auf 4.507 im Jahr 2011. Ganz anders sieht dies aber aus, wenn man die neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten mit einer Opiatdiagnose betrachtet: Diese Zahl ist von 1.419 im Jahr 2003 um 62 % auf 537 im Jahr 2011 gesunken. Diese Beobachtung wird noch dadurch verstärkt, dass nach Einschätzung von Experten viele dieser „Neuaufnahmen“ mit Opiatdiagnosen tatsächlich nicht zum ersten Mal mit dem Hilfesystem in Kontakt kommen. Vielmehr besteht nach Experteneinschätzung ein großer Teil dieser Neuaufnahmen (ebenso wie der Beender) aus Klientinnen und Klienten, die zwischen den Einrichtungen und den einzelnen Segmenten des Hilfesystems hin- und herfluktuieren.

Die insgesamt niedrige Zahl der Neuaufnahmen passt zur polizeilichen Gesamteinschätzung zum Thema Heroin, die im aktuellen Bundeslagebild Rauschgift (BKA 2012a) so zusammengefasst wird: „Heroin scheint in Deutschland an Bedeutung zu verlieren. Die Deliktzahlen sind ebenso rückläufig wie auch die jährliche Zahl an Sicherstellungsmengen“ (BKA 2012a, 29). Dieser Trend gilt auch für die erstauffälligen Konsumentinnen und Konsumenten von Heroin, deren Zahl sich bundesweit von 5.433 im Jahr 2003 auf 2.742 im Jahr 2011 halbiert hat. In Hessen ging die Gesamtzahl von erstauffälligen Konsumentinnen und Konsumenten harter illegaler Drogen in diesem Zeitraum von 562 auf 344 zurück, von denen sich 289 im Jahr 2012 auf Heroin beziehen.

Die Verwendung polizeilicher Daten für Prävalenz- und Inzidenzschätzungen ist sicher problematisch, aber auch alle anderen zur Verfügung stehenden Daten enthalten keine Hinweise darauf, dass die Zahl neuer Heroinkonsumentinnen und -konsumenten im Steigen wäre. Vielmehr passen alle Daten zu dem im BKA-Bericht erwähnten Bedeutungsverlust für Heroin. Diese – aus einer Vielzahl von Gründen höchst erfreuliche – Entwicklung zeigt sich auch in der Altersstruktur der Opiatklientinnen und -klienten. In dieser Gruppe stieg das Durchschnittsalter von 33,6 Jahren im Jahr 2003 auf 39,6 im Jahr 2011. Im selben Zeitraum stieg das Durchschnittsalter der Neuaufnahmen von 33,2 Jahre auf 36,5 Jahre. Ganze 15 % der 533 Neuaufnahmen mit Opiatdiagnose waren jünger als 27 Jahre. 2003 waren das noch 26 % von 1.414 Neuaufnahmen. In absoluten Zahlen entspricht das einem Rückgang von 368 Neuaufnahmen unter 27 Jahren im Jahr 2003 auf 80 im Jahr 2011.

Diese hessische Entwicklung beim Opiatkonsum passt durchaus zur europaweiten Entwicklung, die im aktuellen Bericht der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle so beschrieben wird: „Nichtsdestoweniger deuten Indikatoren auf einen Rückgang im Konsum insgesamt und vor allem auf eine abnehmende Zahl neuer Konsumenten hin. Überall in Europa ist die Zahl der neuen Behandlungsnachfragen gesunken und das Durchschnittsalter der Patienten, die sich aufgrund von Heroinproblemen einer Behandlung unterziehen, gestiegen“ (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2012, S.17).

Fasst man all diese Beobachtungen zusammen, so zeigt sich, dass es der Sucht- und Drogenhilfe bei der Diagnosegruppe Opiate gelungen ist, die Gruppe der langjährigen abhängigen Konsumenten, die durch chronische Verläufe, multiple gesundheitliche und psychosoziale Belastungen und eher ungünstige Prognosen gekennzeichnet ist, an sich zu binden. Diese Gruppe entspricht in mancher Hinsicht der Gruppe wohnungsloser Alkoholabhängiger, zu der die Suchthilfe aber nur sehr begrenzt Zugang hat.

Bei der Hauptdiagnose Cannabis hat sich die Klientenzahl von 1.120 im Jahr 2003 auf 2.259 im Jahr 2012 verdoppelt. Die Zahl der Neuaufnahmen ist in dieser Diagnosegruppe von 668 im Jahr 2003 auf 1.055 in 2011 angestiegen. Bereits seit 2007 gibt es mehr Neuaufnahmen wegen Cannabis als wegen Heroin. Der Anteil der unter 27-Jährigen an den Cannabisklienten ist dabei von 84 % im Jahr 2003 auf 72 % im Jahr 2011 gesunken. Aus Bevölkerungsbefragungen werden zurzeit eher rückläufige Zahlen für den Cannabiskonsum gemeldet. So kommt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in ihrer aktuellen Trendanalyse zu folgendem Ergebnis: „Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland ist in den letzten Jahren rückläufig. Nach einem deutlichen Anstieg in den 1990er Jahren nimmt insbesondere die Lebenszeitprävalenz, also der Anteil Jugendlicher und junger Erwachsener, die zumindest einmal im Leben Cannabis konsumiert haben, wieder ab. Weniger deutlich, aber dennoch statistisch bedeutsam sind die Rückgänge der 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen sowie des regelmäßigen Cannabiskonsums in nahezu allen Alters- und Geschlechtergruppen“ (BZgA 2011, 19). Andere illegale Drogen haben nur eine untergeordnete Bedeutung.

Besonders interessant wird es, wenn man diese langfristigen Trends – steigende Zahlen bei den Alkohol Klienten (sowohl alle Klienten als auch Neuaufnahmen), steigende Zahlen von Cannabisklienten (ebenfalls sowohl alle Klienten als auch Neuaufnahmen) und widersprüchliche Zahlen bei

den Opiatklienten (steigende Zahlen bei den Opiatklienten insgesamt, aber stark rückläufige Zahlen bei den Neuaufnahmen) – mit den Daten zu den Betreuungsformen kombiniert. Hier ist eine deutliche Spezifizierung zu beobachten. Bei Alkohol ist der Anteil der Kategorien „Beratung“ und „Allgemeine psychosoziale Betreuung“ von 2003 auf 2011 von 68 % auf 50 % zurückgegangen. Parallel dazu stieg der Anteil der Kategorie „Ambulante Rehabilitation“ von 14 % auf 23 %. Das ist nicht nur inhaltlich bedeutsam, sondern verweist auch auf eine interessante Verschiebung in der Finanzierungsstruktur der Einrichtungen. Aus den Angaben zur Betreuungsform ergibt sich, dass in der Diagnosegruppe Alkohol wahrscheinlich ein knappes Viertel aller Fälle inzwischen über die Rentenversicherer abgerechnet wird. Diese Verschiebungen in den Finanzierungsformen könnten mit den COMBASS-Daten genauer analysiert werden, da hierzu an verschiedenen Stellen im Hessischen Kerndatensatz Daten erhoben werden. Diese Daten werden allerdings bislang nicht für die Landesauswertung herangezogen. Eine Auswertung der Daten zur Finanzierung der Behandlung im kommenden Jahr könnte hier zu interessanten Erkenntnissen führen.

59 % der Klientinnen und Klienten mit einer Alkoholdiagnose haben die Betreuung im aktuellen Berichtsjahr beendet. Die durchschnittliche Betreuungsdauer bei den Beendern schwankt zwischen 186 und 196 Tagen. Für die Mehrzahl der Klientinnen und Klienten ist die aktuelle Betreuung auch die erste Betreuung. 71 % beenden die Betreuung regulär. 18 % werden seit mindestens 6 Jahren durch die Suchthilfe betreut.

Bei den Opiatklienten sind die Kategorien „Beratung“ und „Allgemeine psychosoziale Betreuung“ noch stärker zurückgegangen. Entfielen 2003 noch 53 % auf diese beiden Kategorien, so sind das 2011 nur noch 23 %. Angestiegen ist vor allem der Anteil der medikamentengestützten Behandlungen, und zwar von 34 % im Jahr 2003 auf 56 % im Jahr 2011. Mit dieser Kategorie sind in vielen (vor allem großstädtischen) Fachambulanzen integrierte Formen der Substitutionsbehandlung gemeint. In den klassischen Beratungsstellen bezieht sich diese Kategorie meist auf die so genannte psychosoziale Betreuung einer an anderer Stelle durchgeführten Substitutionsbehandlung. Die Finanzierung dieser Leistung erfolgt meist im Rahmen der pauschalen kommunalen Zuschüsse, da eine personenbezogene Abrechnungsmöglichkeit noch immer nicht in Sicht ist. Das führt erneut zu der Anregung, die Daten zu den Finanzierungsformen im nächsten Jahr auf Landesebene auszuwerten. Die geringe quantitative Bedeutung der – meist über die Rentenversicherung finanzierten – Ambulanten Rehabilitation zeigt sich daran, dass deren Wert über alle Jahre hinweg konstant bei 2 % blieb. Für weniger als ein Viertel der Klientinnen und Klienten ist die aktuelle Betreuung auch die erste Betreuung in der Suchthilfe. Fast 50 % der Klientinnen und Klienten werden seit mindestens 6 Jahren in Suchthilfeeinrichtungen betreut – was die These von den zwischen den Einrichtungen fluktuierenden Opiatabhängigen unterstützt. Die durchschnittliche Dauer der aktuellen Betreuung ist seit 2003 von 231 auf jetzt 350 Tage gestiegen. Die Zahl der vorzeitigen Entlassungen ohne ärztliches bzw. therapeutisches Einverständnis ist von 39 % auf 31 % zurückgegangen. Mit 40 % haben weniger als die Hälfte aller Klientinnen und Klienten die Betreuung im laufenden Jahr beendet. Wiederum ist dabei an die Einschätzung von Experten zu erinnern, denen zufolge ein großer Teil dieser Beender nicht wirklich das Hilfesystem dauerhaft verlässt, sondern zwischen verschiedenen Einrichtungen und Einrichtungstypen fluktuert.

Es sieht so aus, als ob es den Beratungsstellen und der Drogenhilfe insgesamt immer besser gelingt, opiatabhängige Klienten zu erreichen und auch zu halten. Vergleichsweise wenige beenden ihre Betreuungen, und die meisten sind insgesamt schon sehr lange in Betreuung durch die Suchthilfe. Diese insgesamt recht langen Betreuungsverläufe werden durch die Substitutionsbehandlung unterstützt, und so verwundert es auch nicht, dass die meisten Betreuungen inzwischen auf diese Betreuungsform entfallen. Neue Klienten kommen nicht mehr viele dazu, und so scheint das ambulante Hilfesystem mit seinen opiatabhängigen Klientinnen und Klienten gemeinsam immer älter zu werden. Mit 2 % ist die Mortalität nach wie vor recht hoch. 60 % der Beender geht es zum Betreuungsende unverändert schlecht oder schlechter als vor der Betreuung.

Um diese Daten angemessen zu interpretieren, muss an einige Begrenzungen des hessischen Kerndatensatzes erinnert werden, der auf den deutschen Kerndatensatz zurückgeht. Die Erfolgsindikatoren im deutschen Kerndatensatz orientieren sich sehr stark an der Abstinenz als klassischem Indikator stationärer Entwöhnungstherapie. Die mit der Substitution üblicherweise verbundenen Erfolgskriterien wie z.B. gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung werden mit diesen Variablen nicht angemessen erfasst. So hat z.B. die PREMOS-Studie (Wittchen et al. 2011a, 2011b), auf die bereits bei der Kommentierung der letztjährigen COMBASS-Auswertung Bezug genommen wurde, ergeben, dass langjährige Substitutionsbehandlungen erfolgreich sind und eine lange Behandlungsdauer sinnvoll ist. Die PREMOS-Studie hat gezeigt, dass nach 6 Jahren Substitutionsbehandlung bei rund 46 % der Substituierten ein stabiler Verlauf der Substitutionsbehandlung erreicht werden konnte. Etwa 8 % leben nach sechs Jahren Substitution drogenfrei. Bei einem Viertel der substituierten Opiatabhängigen wird von dauerhaft ungünstigen Verläufen ausgegangen. Bei den restlichen Fällen lagen nicht genügend Daten für eine Einschätzung vor. Der Kerndatensatz sollte in der nächsten Überarbeitungsrunde unbedingt an solche Indikatoren in Bezug auf opiatabhängige Klientinnen und Klienten angepasst werden.

Ganz anders das Bild bei Alkohol: Bei steigenden Klientenzahlen und steigenden Zahlen der Neuaufnahmen werden Jahr für Jahr rund 60 % - die meisten davon regulär - aus der Suchthilfe entlassen bzw. weitervermittelt. Bei zwei Dritteln davon hat sich die Problematik am Betreuungsende verbessert. Auch bei Cannabis liegt die Zahl der Beender mit 58 % vergleichsweise hoch. Auch hier geht es mehr als zwei Dritteln am Betreuungsende besser als am Behandlungsbeginn. Die Betreuungsdauer bei Cannabis ist mit der bei Alkohol vergleichbar.

Entwicklung und Struktur der ambulanten Suchthilfe in Hessen

Die drei Hauptklientengruppen der ambulanten Suchthilfe in Hessen und die langfristigen Entwicklungen für diese drei Gruppen unterscheiden sich demnach deutlich voneinander. Hinzu kommt eine ungleichmäßige regionale Verteilung der einzelnen Diagnosegruppen. Dass sich bei sozialen Problemen ein Stadt-Land-Gefälle zeigt, ist nicht verwunderlich. In Hessen leben 23 % der Bevölkerung in den kreisfreien Städten Darmstadt, Frankfurt, Kassel, Offenbach und Wiesbaden und 76 % in den Landkreisen. Schon bei der Zahl der Alkoholklienten zeigt sich das erwartete Stadt-Land-Gefälle: 34 % der Klientinnen und Klienten mit einer Alkoholdiagnose wurden in ambulanten Einrichtungen in den kreisfreien Städten dokumentiert und nur 66 % in den Landkreisen. Bei Cannabis wurden 37 % in den Städten erreicht und 63 % in den Landkreisen. Bei den Opiaten ist das Verhältnis mit 59 % der Klienten in den Städten und 41 % in den Landkreisen noch unausgewogener. Hier schlägt die Drogenmetropole Frankfurt mit ihrer seit vielen Jahren bestehenden Drogenszene, aber auch mit dem umfangreichen Hilfeangebot durch.

Zu einer Herausforderung werden die unterschiedlichen Entwicklungen der drei Hauptdiagnosegruppen und die unterschiedliche regionale Verteilung durch die historisch gewachsene Struktur der ambulanten Suchthilfe in Hessen. Welcher Träger heute in welcher Region Hessens welche ambulanten Angebote für Menschen mit Suchtproblemen anbietet (und wie diese Angebote finanziert werden), ist primär Ergebnis verschiedener historischer Entwicklungsstränge und weniger Ergebnis rationaler und nachvollziehbarer Planung und Steuerung. So boten vor allem kirchliche Träger schon in den 60er Jahren Unterstützung für Alkoholabhängige an und bauten dabei auf die Vorarbeiten der kirchlichen Abstinenzverbände auf. Die sozialrechtliche Anerkennung von Sucht als Krankheit und in der Folge dann die Finanzierung der stationären Entwöhnungsbehandlung bestärkte diesen Trend und führte zu einem ersten Professionalisierungsschub. Die Finanzierung dieser ambulanten Angebote erfolgte im Wesentlichen aus Eigenmitteln der Träger und kleineren kommunalen Zuschüssen.

Die Drogenwelle der 70er Jahre brachte schließlich die Jugend- und Drogenberatungsstelle als neue ambulante Institution hervor (Schmid 2003), die zunächst über Bundesmodellprogramme gefördert wurde und in den 80er Jahren in Hessen flächendeckend implementiert wurde. Im Gegensatz zu den Alkoholberatungsstellen der Caritas und des Diakonischen Werkes waren die neuen Jugend- und Drogenberatungsstellen für alle Probleme mit illegalen Drogen und für Alkoholprobleme von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zuständig. In Hessen wurde dabei – nach diversen Modellphasen – ein Finanzierungsschlüssel verabredet, der den meisten Jugend- und Drogenberatungsstellen eine pauschale Mischfinanzierung aus Landes-, Kreis- und kommunalen Mitteln sicherte. Während die Finanzierung der ambulanten Beratung junger Menschen mit Drogenproblemen als staatliche Aufgabe angesehen wurde, blieb es für die Alkoholberatungsstellen für Erwachsene meist bei eher geringen kommunalen Zuschüssen. Die Entstehung niedrigschwelliger Angebote in den 90er Jahren brachte neue ambulante Einrichtungen in oft neuer Trägerschaft hervor, die wiederum zunächst über Bundes- oder Landesmodellprogramme gefördert wurden. Viele dieser Einrichtungen konnten sich im Anschluss ebenfalls eine Mischfinanzierung durch Kommune, Kreis und Land sichern. Die Stadt Frankfurt, die besonders mit den katastrophalen Zuständen auf den offenen Drogenszenen in den 90er Jahren zu kämpfen hatte, erhöhte die kommunalen Mittel für die Drogenhilfe beträchtlich und beauftragte das neu geschaffene Drogenreferat mit der Steuerung. Die Steuerung der Landesmittel oblag dem Hessischen Sozialministerium. Parallel dazu wurde mit weiteren Landes- und kommunalen Programmen die Suchtprävention ausgebaut.

In den Folgejahren wurden die ersten Engpässe in den kommunalen und Landeshaushalten sichtbar. Für die ambulante Suchthilfe begann damit eine Phase der Konsolidierung, die durch Begriffe wie Qualitätssicherung, Dokumentation und Evaluation dominiert wurde. Findige Träger begannen, die pauschale Mischfinanzierung weiter zu differenzieren und weitere Angebote mit anderen Finanzierungsmöglichkeiten (wie z.B. die Ambulante Rehabilitation, MPU-Kurse, betreute Wohnangebote) in ihre Einrichtungen zu integrieren. Die substanzbezogene Trennung wurde in manchen Regionen aufgegeben, indem sich ehemalige Jugend- und Drogenberatungsstellen zu Suchthilfezentren weiterentwickelten. In anderen Regionen blieb die Parallelstruktur weiter bestehen. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Finanzierung ambulanter Suchtberatungsstellen wurde in all den Jahren allerdings nicht geschaffen. Mit den Hartz-IV-Reformen der Bundesregierung wurde schließlich den neu geschaffenen Arbeitsgemeinschaften und Jobcentern die Aufgabe übertragen, Langzeitarbeitslose mit Suchtproblemen bei der Überwindung dieses Vermittlungshindernisses zu unterstützen. Auch diese neue Finanzierungsmöglichkeit wurde von den ambulanten Einrichtungen sehr unterschiedlich aufgegriffen (FIA/Henkel/ZOOM 2009). Solange Politik, Agentur für Arbeit und Jobcenter/ARGEn allerdings ausschließlich auf eine Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt zielen, wird ein großer Teil der Klientinnen und Klienten der Suchthilfe angesichts ihrer immensen und über viele Jahre angehäuften Vermittlungshindernisse davon kaum profitieren können.

Die nächste große Veränderung für Struktur, Auftrag und Finanzierung der ambulanten Suchthilfe bedeutete die Kommunalisierung der Landesmittel im Rahmen der Neustrukturierung und Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in Hessen ab 2005. Seither steuert nicht mehr das Land über Zuwendungen und entsprechende Vereinbarungen die Entwicklung der ambulanten Hilfen, sondern diese Aufgabe liegt jetzt bei den Kommunen, an die das Land die bisherigen Fördermittel und die Steuerungsverantwortung weitergegeben hat.

Die Finanzierung der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hessen gleicht demnach heute einem Flickenteppich, unterscheidet sich von Region zu Region und von Träger zu Träger und besteht aus Eigenmitteln, kommunalisierten Landesmitteln, kommunalen Zuschüssen, Zuschüssen im Rahmen von Modellprojekten, Einnahmen aus einzelfallbezogenen Leistungen wie der ambulanten Reha (Rentenversicherung), unterschiedlichen betreuten Wohnformen (Landeswohlfahrtsverband), von

den Klienten selbst zu bezahlenden Leistungen wie z.B. der Vorbereitung auf die MPU und sonstigen Einnahmen. So sehr sich die Finanzierungsquellen unterscheiden, so variieren auch die Aufträge, und eine trägerübergreifende Steuerung dieser ambulanten Hilfen ist kaum noch möglich.

Ambulante Suchthilfe und andere psychosoziale und gesundheitliche Hilfesysteme

Aber nicht nur die Steuerung der ambulanten Suchthilfeangebote scheint nur noch unter großen Schwierigkeiten möglich. Die stationären Rehabilitationsangebote werden von der Rentenversicherung dominiert (und größtenteils finanziert), die Entgiftung und die Substitutionsbehandlung hingegen von der Krankenversicherung. Die psychosoziale Begleitung der Substitutionsbehandlung verbleibt wiederum mangels Abrechnungsmöglichkeit in der Regel im pauschal finanzierten und nur unzureichend Steuerungsversuchen zugänglichen Teil der ambulanten Angebote. Betrachtet man die Suchthilfe als Gesamtsystem zur Behandlung von Suchtproblemen, so sind erhebliche Schnittstellenprobleme innerhalb dieses Suchthilfesystems zu erkennen, die sich dann auch in den *COMBASS*-Daten und anderen empirischen Erhebungen niederschlagen. Gelegentlich wird sogar schon darüber diskutiert, ob die ambulanten Beratungsstellen als Eingangstor in das Gesamtsystem überhaupt noch erforderlich sind. So ist z.B. der aktuellen Katamnese studie der im Fachverband Sucht zusammengeschlossenen Fachkliniken zu entnehmen, dass nicht einmal jeder zweite Patient von einer Suchtberatungsstelle vermittelt wurde (Missel et al. 2012). Dem aktuellen Bericht zum Substitutionsregister zufolge (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2012) ist die Zahl der gemeldeten Substitutionspatienten in Deutschland von 52.700 im Jahr 2003 auf 76.200 im Jahr 2011 gestiegen. In Hessen waren zum Stichtag 01.10.2011 7.059 Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung gemeldet. Vergleicht man das mit den knapp 5.000 in *COMBASS* dokumentierten Opiatabhängigen, so wird erkennbar, dass die medikamentöse Substitutionsbehandlung inzwischen für diese Zielgruppe eine größere Bedeutung hat als die Angebote der ambulanten Suchthilfe. Integrierte Formen medikamentengestützter Behandlung finden sich größtenteils in den Spezialambulanzen in Frankfurt, während in den anderen Städten und in den Landkreise die interdisziplinäre Kooperation zwischen substituierenden Ärzten und ambulanten Suchthilfeeinrichtungen mehr oder weniger gut gelingt oder mancherorts sogar darauf verzichtet wird.

Noch komplexer wird das Bild, wenn man die Suchthilfe als einen Bestandteil von umfassenden psychosozialen und gesundheitlichen Hilfe- und Unterstützungsangeboten im Sozialraum betrachtet. Dazu würden dann auch die gemeindepsychiatrischen Dienste, die Jobcenter, die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, die Jugendämter, die Jugendhilfeeinrichtungen, zunehmend auch die Pflegedienste und je nach Situation weitere Angebote im Sozialraum gehören. Verbundsysteme und das dabei erforderliche Schnittstellenmanagement gehören in der aktuellen Literatur zur Weiterentwicklung der Suchthilfe zu den am häufigsten diskutierten Themen (vgl. z.B. Baudis 2007, Böhl et al. 2010, AG „Schnittstellenprobleme in der Versorgung Suchtkranker“ des Drogen- und Suchtrats 2012a und 2012b). Aus den aktuellen *COMBASS*-Daten sind hierzu die Daten zu Vermittlungen interessant, die zumindest Hinweise darauf geben, mit welchen Einrichtungen die ambulante Suchthilfe in Hessen über Schnittstellen – neuerdings immer öfter auch Nahtstellen genannt – verfügt.

Der größte Teil der Fälle – 41 % – kommt ohne Vermittlung in die ambulanten Einrichtungen. Die mit 37 % am zweithäufigsten genannte Kategorie umfasst professionelle Hilfeeinrichtungen wie Suchthilfe, Arztpraxen, Krankenhäuser und ähnliche Organisationen. Vor allem Alkoholklienten und (wahrscheinlich vor allem substituierte) Opiatabhängige kommen über diesen Weg zu den ambulanten Einrichtungen. Die Kategorie „Justiz/JVA/öffentliche Ämter“ folgt mit 10 % auf dem dritten Platz. Betrachtet man diese Zugänge differenziert nach den einzelnen Diagnosen, so

zeigt sich vor allem bei Cannabis eine größere Bedeutung. In einer differenzierteren Auswertung wären insbesondere die Zahlen für die Jugendämter interessant, da es eigentlich mindestens zwei Gründe für Vermittlungen aus den Jugendämtern in die Suchthilfe gibt: Zum einen Jugendliche, die riskant Alkohol oder Drogen konsumieren, zum anderen aber auch Fälle von möglichen Kindeswohlgefährdungen, bei denen Eltern oder Elternteile Probleme mit Alkohol oder anderen Drogen haben. Von den Arbeitsagenturen, Jobcentern und ARGEn kommen mit insgesamt 3 % nur wenige Vermittlungen, obgleich sich vor allem über SGB II hier eigentlich interessante Finanzierungsmöglichkeiten ergeben müssten. Vermittlungen aus der sozialen Umgebung – also aus dem familiären Umfeld und Freundeskreis, aus dem sozialen Nahraum – spielen allenfalls bei Cannabis und pathologischen Spielen eine gewisse Rolle. Durchaus ähnlich sehen die Schnittstellen aus, wenn man sich die Einrichtungen betrachtet, an die zum Betreuungsende vermittelt wird: Auch hier dominieren andere Suchthilfeeinrichtungen und das Gesundheitssystem. Eine Ausnahme stellt für die Diagnosegruppe Alkohol die Selbsthilfe dar, zu der es viele Vermittlungen gibt.

Herausforderungen für die ambulante Suchthilfe

Aus dieser Analyse ergibt sich eine Reihe von Herausforderungen für die ambulante Suchthilfe in Hessen. Die größte Herausforderung liegt wahrscheinlich darin, dass der Auftrag der ambulanten Suchthilfe unklar geworden ist. Für welche Zielgruppen soll die ambulante Suchthilfe welche Leistungen erbringen? Die empirisch beobachtbare Verschiebung bei Alkoholdiagnosen hin zur Ambulanten Rehabilitation kann nur eine Antwort von mehreren auf diese Frage sein. Gehören Wohnungslose mit Alkoholproblemen auch zu den Zielgruppen der ambulanten Suchthilfe? Welche Angebote hat die Suchthilfe für Wohnungslose mit Alkoholproblemen? Und welche Aufträge hat die ambulante Suchthilfe bei der Gruppe der Opiatabhängigen, die seit Jahren zu ihren Kernzielgruppen gehört, ohne dass sich für viele etwas an ihrer Situation ändert? Wie kann sich die Suchthilfe besser als in der Vergangenheit auf verändertes Suchtverhalten einstellen? Welche Standards und Leitlinien gelten eigentlich in der ambulanten Suchthilfe? Hier haben die stärker medizinisch orientierten Segmente der Suchthilfe in den letzten Jahren für ihren jeweiligen Bereich Standards gesetzt, denen die ambulante Suchthilfe nachfolgen muss.

Eine weitere Herausforderung ergibt sich aus den Finanzierungsfragen: Die wachsende Gruppe der Alkohol Klienten ist – abgesehen von der Ambulanten Rehabilitation – gleichzeitig die Gruppe mit der unsichersten Finanzierung. Die vermeintlich sichere Finanzierung der Beratung und Betreuung der Opiat Klienten sieht sich andererseits mit sehr niedrigen Zahlen bei den Neuaufnahmen konfrontiert. Wie muss die Ambulante Rehabilitation in den ehemaligen Drogen- und Suchtberatungsstellen implementiert werden, damit sie mittelfristig auch zu einem interessanten (und finanziell abgesicherten) Angebot für Opiatabhängige wird? Eine dritte Herausforderung liegt in der mangelhaften Vernetzung der Suchthilfe mit anderen Angeboten der psychosozialen und gesundheitlichen Hilfen. Hier sind insbesondere die niedergelassenen Ärzte und das Thema Substitution, aber auch die Jobcenter, die Jugendämter und die Wohnungslosenhilfe zu nennen. Wie lassen sich Kooperationsvereinbarungen mit dem Jobcenter so ausgestalten, dass die Finanzierungsmöglichkeiten des SGB II für die Suchthilfe genutzt – zumindest für einen Teil der Klientinnen und Klienten – werden können? Welche Angebote muss die Suchthilfe den Jugendämtern machen, damit z.B. gemeinsame Hilfeplankonferenzen bei Fällen von Kindeswohlgefährdung wegen Alkohol- und anderer Drogenprobleme möglich werden? Welche Standards gelten für die Kooperation mit substituierenden Ärzten? Wie lässt sich Suchthilfe regional im Sozialraum mit anderen Angeboten vernetzen? Wie muss sich die Suchthilfe regional unterschiedlich entwickeln – also in den Großstädten anders als in den Landkreisen?

Eng mit diesen Herausforderungen ist die Frage nach der Steuerung der ambulanten Suchthilfe verbunden. Sicher steuern kluge Träger ihre Einrichtungen schon jetzt so, dass sie aktuelle Entwicklungen aufgreifen (ohne dass sich das gleich in den landesweiten COMBASS-Daten zeigt), um

auch in Zukunft überlebensfähig bleiben zu können. Wie aber soll nach der Kommunalisierung und angesichts des Flickenteppichs der Finanzierung eine einrichtungs- und trägerübergreifende Steuerung im Sinne des Gemeinwohls und einer public health-Perspektive aussehen? Es sollte sich lohnen, diesen Fragen nicht mit der Einstellung „same procedure as every year“ zu begegnen, sondern nach Antworten auf der Höhe der Zeit zu suchen. Das geht dann zwar weit über die *COMBASS*-Daten hinaus, aber diese können wichtige Anregungen liefern.

Literatur

AG „Schnittstellenprobleme in der Versorgung Suchtkranker“ des Drogen- und Suchtrats (2012a): Empfehlungen zur Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben. Berlin.

Online unter:

<http://www.drogenbeauftragte.de/drogenbeauftragte/drogen-und-suchtrat.html>

AG „Schnittstellenprobleme in der Versorgung Suchtkranker“ des Drogen- und Suchtrats (2012b): Empfehlungen zur Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen. Berlin. Online unter:

<http://www.drogenbeauftragte.de/drogenbeauftragte/drogen-und-suchtrat.html>

Baudis, R. (Hrsg.) (2007). Verbundqualität in der Suchthilfe – Organisieren personenbezogener Versorgungszusammenhänge. Heidelberg: Rudersberg.

Böhl, H., Koch, A., Leune, J., Redecker, T. (2010): Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund. Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven. Herausgegeben von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). Hamm: DHS

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2012): Bericht zum Substitutionsregister. Online unter <http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/BtM/substitReg/substitreg-node.html> (10.11.2012).

Bundeskriminalamt (BKA) (2012a): Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2011. Wiesbaden: BKA.

Bundeskriminalamt (BKA) (2012b): Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2011 – Tabellenanhang. Wiesbaden: BKA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011): Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln: BZgA.

Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) (2011): Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2010/2011. Download unter www.dbdd.de (10.11.2012).

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2012): Stand der Drogenproblematik in Europa. Jahresbericht 2012. Lissabon: EMCDDA.

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

Hessisches Statistisches Landesamt (2012): In Hessen hat jeder Vierte einen Migrationshintergrund. Pressemitteilung Nr. 207/2012 vom 19.09.2012. Online unter <http://www.statistik-hessen.de/News/Presse3.jsp?Thema=15&LfdNr=207> (10.11.2012).

Hildebrand, A., Sonntag, D. Bauer, C., Bühringer, G. (2009): Versorgung Suchtkranker in Deutschland: Ergebnisse der Suchthilfestatistik 2007. Sucht, 55 (Sonderheft 1), S15-S34.

Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen (2010): Wohnungslosenstichtagserhebung 2009 der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen. Online unter http://www.liga-hessen.de/material/Wohnungslosenstichtagserhebung_2009.pdf

Missel, P. et al. (2012): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In: Sucht Aktuell 1/2012, 16-27

Pabst, A., Piontek, D., Kraus, L., Müller, S. (2010): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des epidemiologischen Suchtsurveys 2009. In: Sucht, 56 (5), 2010, 327-336.

Pfeiffer-Gerschel, T., Kraus, L. & Pabst, A. (2008). Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. Sucht, 54 (Sonderheft 1), S16-S25.

Raschke, P. et al. (2008): Repräsentativerhebung 2007 zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und zum Glückspielverhalten in Hessen. Band 1 und Band 2. Hamburg 2008: ISD.

Schmid, M. (2003): Drogenhilfe in Deutschland. Entstehung und Entwicklung 1997 - 2000. Frankfurt am Main: Campus.

Steppan, M., Künzel, J., Pfeiffer-Gerschel, T. (2011): Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2010. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT. Download unter www.suchthilfestatistik.de (10.11.2012).

Werse, B., Bernard, C., Schell-Mack, C. (2012): MoSyD Jahresbericht 2011. Drogentrends in Frankfurt am Main. Frankfurt: Centre for Drug Research.

Wittchen, H.-U. et al. (2011a): Der Verlauf und Ausgang von Substitutionspatienten unter den aktuellen Bedingungen der deutschen Substitutionsversorgung nach 6 Jahren. Suchtmed 13 (5) 2011, 232-246

Wittchen, H.-U. et al. (2011b): Die Rolle der psychosozialen Begleitung in der langfristigen Substitutionsbehandlung. Suchtmed 13 (5) 2011, 258-262

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
1	Jugend- und Drogenberatung - Suchthilfe im Vogelsbergkreis	Alsfeld	Ev. kirchlicher Zweckverband Ev. Dekanate JDB im Vogelsbergkreis
2	Beratungs- und Behandlungszentrum für Abhängigkeitserkrankungen	Bad Hersfeld	Zweckverb. für Diakonie in den Kirchenkr. Hersfeld u. Rotenburg
3	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis	Bad Homburg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
4	Betreutes Wohnen im Wetteraukreis in Friedberg, Bad Nauheim und Ockstadt	Bad Nauheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
5	ags - Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtgefährdete, Abhängige und Angehörige	Bad Soden a. Ts.	Arbeitsgemeinschaft gegen Suchtgefahren e.V.
6	PRISMA - Jugend- und Drogenberatungsstelle für den Kreis Bergstraße	Bensheim	AWO Bergstrasse Soziale Dienste gGmbH
7	Betreutes Wohnen	Bensheim	Wohngemeinschaft Bergstraße e.V.
8	Der Treff" - Beratungszentrum Biedenkopf	Biedenkopf	Bürgerinitiative Sozialpsychiatrie e.V.
9	Suchtkranken- und Angehörigenberatung	Biedenkopf	Diakonisches Werk in Hessen und Nassau, Frankfurt
10	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Wetteraukreis, Außenstelle Büdingen	Büdingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
11	Suchtthilfezentrum Darmstadt - Beratung und Behandlung	Darmstadt	Caritasverband Darmstadt e.V.
12	Drogenberatung im Suchtthilfezentrum Darmstadt	Darmstadt	Caritasverband Darmstadt e.V.
13	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Dieburg	Caritasverband Darmstadt e.V.
14	Drogenberatung für den Landkreis Darmstadt-Dieburg	Dieburg	Kreisverwaltung des Landkreises Darmstadt-Dieburg
15	Suchtthilfezentrum Wildhof - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Dietzenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
16	Betreutes Wohnen Bremthal - Therapeutische Einrichtung Eppstein	Eppstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
17	Suchtberatungsstelle im Suchtthilfezentrum	Erbach	DRK Kreisverband Odenwaldkreis
18	Betreutes Wohnen im Suchtthilfezentrum	Erbach	DRK Kreisverband Odenwaldkreis

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
19	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Erbach	Caritasverband Darmstadt e.V.
20	Fachstelle für Suchthilfe und Prävention	Eschwege	Zweckverband Diakonisches Werk Eschwege/Witzenhausen
21	Mobile Beratung in der Stadt Flörsheim	Flörsheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
22	"drop in" - Fachstelle Nord für Suchtfragen	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
23	Jugend- und Drogenberatung Höchst	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
24	Kontaktladen "Café Fix"	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
25	Suchtzentrum Bleichstraße	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
26	Drogennotdienst	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
27	Jugendberatung und Suchthilfe Sachsenhausen	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
28	Jugendberatung und Suchthilfe Am Merianplatz	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
29	Bildungszentrum Hermann Hesse	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
30	Betreutes Wohnen Musikantenweg	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
31	Betreutes Wohnen für Menschen mit alkoholbedingten Folgeerkrankungen in Frankfurt	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
32	Betreute Wohngemeinschaft Wittelsbacherallee einschl. Betreutes Einzelwohnen	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
33	Lichtblick	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
34	Eastside - Übernachtungs- und Tagesanlaufstelle	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
35	Café FriedA - Kontaktcafé und Sozialdienst	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
36	BWG Rotlintstraße 76 und Betreutes Einzelwohnen	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungname	Ort	Träger
37	"Claire" - Beratungsstelle für suchtmittelabhängige Frauen	Frankfurt am Main	Calla - Verein zur Förderung der Lebensqualität von Frauen mit Suchtproblemen
38	Kontaktladen "La Strada" - Drogenhilfe und Prävention	Frankfurt am Main	AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.
39	Fachstelle Sucht-Prävention und Therapie. Psychosoziale Beratungs- u. Behandlungsstelle	Frankfurt am Main	Frankfurter Therapieverbund Hessischer Guttempler-Einrichtungen gGmbH
40	Substitutionsambulanz Grüne Straße	Frankfurt am Main	Bürgerhospital Frankfurt am Main
41	Fachambulanz für Suchtkranke - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Frankfurt am Main	Caritasverband Frankfurt e.V.
42	Drogennotruf	Frankfurt am Main	BASIS - Beratung, Arbeit, Jugend & Kultur e.V.
43	Frauenberatungsstelle	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. und Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V.
44	Sozialtherapeutische Nachsorgeeinrichtung	Frankfurt am Main	Guttempler-Sozialwerk e.V
45	Evangelische Suchtkrankenberatung	Frankfurt am Main	Ev. Regionalverband Frankfurt am Main
46	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Wetteraukreis	Friedberg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
47	Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke	Friedberg	Caritasverband Gießen e. V.
48	Fachstelle für Sucht	Fulda	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Fulda e.V.
49	Sucht- und Drogenberatungsstelle - Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke und Angehörige	Fulda	Caritasverband für Stadt und Landkreis Fulda
50	Jugend- und Drogenberatungsstelle Gelnhausen / Schlüchtern	Gelnhausen	AWO Kreisverband Main-Kinzig e.V.
51	Fachambulanz für Suchtkranke	Gelnhausen	CV für den Main-Kinzig-Kreis e.V.
52	SuchtHilfeZentrum Gießen - Schanzenstraße	Gießen	Arbeitsgemeinschaft Rauschmittelprobleme
53	Paritätische Nachsorge - Einrichtung für Suchtkranke Haus Gilsberg / Haus Haina-Battenhausen	Gilsberg	Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

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