



2007

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

– Grunddaten –



Herausgeberin

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

Text und Redaktion

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

Layout, Satz

Martin Tapp, Eike Neumann, Hamburg

Druck

typographics GmbH, Darmstadt

November 2008
Band 1
ISSN 1614-8991

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

Landesauswertung der
Computergestützten Basisdokumentation
der ambulanten Suchthilfe in Hessen (*COMBASS*)
– Grunddaten 2007 –

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

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

Frankfurt a. M., November 2008

Inhalt

Kurzbeschreibung des Projektes <i>COMBASS</i>	4
Einführung	7
Zusammenfassung	8
Zielsetzung und Datengrundlage	13
Trends 2003 bis 2007	18
Pathologische Glücksspieler	46
Literatur	52
Anhang: Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen	53

Kurzbeschreibung des Projektes *COMBASS*

Was ist *COMBASS*?

COMBASS steht für **Computer**gestützte **Basis**dokumentation 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 seit dem Jahr 2006 ebenfalls der mit *COMBASS* erhobenen Daten.

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

Welche Daten werden erhoben?

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

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

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

Was ist der HKDS?

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

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

Was ist der ICD-10?

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

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

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

Was ist eine Betreuung?

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

Wie wird der Datenschutz bei der Landesauswertung gewährleistet?

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

Wie wird die Dokumentationsqualität sichergestellt?

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

Welche COMBASS-Berichte sind bisher erschienen?

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

1. Grunddaten-Berichte 2003, 2004, 2005, 2006
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 Buchner Documentation GmbH vertrieben und seit dem Jahr 2000 fast flächendeckend von den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hessen eingesetzt. Das Programm HORIZONT ist als chronologische Dokumentation konzipiert. Damit können Veränderungen vor und während der Betreuung dokumentiert werden. Die Daten der vorliegenden Auswertung wurden mit der Programmversion HORIZONT 2.2 erhoben.

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

Seit nunmehr fünf Jahren liegen die landesweiten *COMBASS* Jahresauswertungen vor. Dieser Zeitraum bietet die Möglichkeit, einen großen Nutzen der regelmäßigen Dokumentation sichtbar zu machen; es können Trendbeobachtungen über die Jahre erstellt werden. Genau dies wird mit der diesjährigen Auswertung verfolgt: Neben den aktuellen Zahlen aus 2007 werden diese zu den jeweiligen Erhebungszahlen aus 2005 und 2003 in Beziehung gesetzt, um Trends ermitteln zu können.

Dabei gibt es unterschiedliche Beobachtungen: Während es Parameter gibt, die „wie in Stein gemeißelt“ seit 2003 keine Veränderung erfahren (z.B. die Geschlechterverteilung), gibt es auch Items deren kontinuierliche Verschlechterung zur Sorge Anlass geben müssen, z.B. die kontinuierliche Zunahme der Arbeitslosen in der Suchthilfeklientel. Andere Trends betreffen das kontinuierlich ansteigende Alter der Opiatklientel bzw. der Cannabiskonsumenten in den Beratungseinrichtungen.

Alle diese Ergebnisse müssen in der Fachöffentlichkeit interpretiert und diskutiert werden. Eventuelle Anpassungen des Suchthilfesystems aufgrund derartiger Entwicklungen vorzunehmen, ist ein Ziel eines regelmäßigen Suchthilfe-Monitorings.

Der zweite Teil der Landesauswertung 2007 beschäftigt sich mit der Situation der Klientel im Bereich des pathologischen Glücksspiels. Nach der Verabschiedung des Hessischen Glücksspielgesetzes und dem umfangreichen Ausbau der Beratungsangebote für diese Klientel im Netzwerk der hessischen Suchthilfe ab 2008 war es von Interesse, den Status quo vor diesem Engagement zu erheben, um ihn dann mit den Veränderungen der kommenden Jahre in Beziehung setzen zu können.

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

Im Einzelnen haben zum Erfolg des Grunddatenberichts 2007 folgende Institutionen beigetragen:

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

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Auswertungsergebnisse bieten die nächsten Seiten.

Zusammenfassung

- Das Schwerpunktthema dieses fünften Grunddaten-Berichtes ist eine Trendbetrachtung der Jahre 2003 bis 2007. Der Bericht enthält außerdem eine spezielle Auswertung über pathologische Glücksspieler, die von der ambulanten Suchthilfe in Hessen betreut werden.
- Im Jahr 2007 haben sich insgesamt 107 Einrichtungen an der Auswertung beteiligt. Das sind etwas mehr Einrichtungen als in 2006 (101). Werden die Auswertungsjahre seit 2003 betrachtet, kann insgesamt von einer relativ stabilen Datenbasis gesprochen werden (zwischen 99 und 109 Einrichtungen).
- In der ambulanten Suchthilfe des Landes Hessens wurden im Jahr 2007 mit 18.467 verschiedenen Klientinnen und Klienten Termine für Hilfe- und Beratungsleistungen vereinbart. Das ist ein Höchstwert seit 2003. Hinzu kommen 1.087 Angehörige (Anteil an Gesamtklientel: 5 %) und 5.506 anonyme Kontakte.
- Die fünfte Jahresstatistik für die ambulante Suchthilfe in Hessen zeigt ferner, dass sich die Datenqualität und -vollständigkeit auf einem hohen Niveau bewegt. Sie macht deutlich, dass sich ein stabiles Suchthilfe-Monitoring des Landes Hessen entwickelt hat, durch das eine empirische Grundlage für Diskussionen über mögliche Handlungsbedarfe der ambulanten Suchthilfe in Hessen geschaffen worden ist.

Trends 2003 bis 2007

- Fünf Auswertungsjahre (2003 bis 2007) sind ein hinreichend langer Zeitraum, um Aussagen über mögliche Veränderungen, aber auch Kontinuitäten bei der Klientel und den Betreuungen treffen zu können.
- Die Darstellung der Trends geschieht dabei in der Regel in einem Zweijahres-Abstand (2003-2005-2007).

Hauptsubstanz

- Auf der Grundlage derjenigen Einrichtungen, die sich 2003, 2005 und 2007 an COMBASS beteiligt haben (N=88), stellt sich die Entwicklung bei der Hauptsubstanz der Klientel folgendermaßen dar: Der relative Anteil von Alkoholdiagnosen ist von 44 % (2003) auf 41 % (2007) gefallen. Gleichzeitig ist ein Anstieg bei den Cannabisdiagnosen festzustellen: von 11 % auf 13 %. Bei den anderen Hauptdiagnosegruppen sind keine eindeutigen Trends erkennbar (Opiate: zwischen 31 % und 34 %) bzw. liegen stabile Ergebnisse vor (Kokain und Crack 2 % bzw. 2 %-3 %).

- Werden nur die *Neuaufnahmen*, d.h. diejenigen Klientinnen und Klienten mit einem Erstkontakt zur dokumentierten Einrichtung betrachtet, stellen sich die Trends anders dar: Der relative Anteil der Alkoholklientel hat seit 2003 deutlich zugenommen; er ist von 42 % auf 51 % im Jahre 2007 gestiegen. Dagegen haben sich Anteile für die Opiatdiagnosen von 30 % (2003) auf 15 % (2007) halbiert. Bei den anderen Hauptdiagnosen zeigen sich hingegen die gleichen Trends wie auf der Ebene der gesamten Klientel, wenn auch bei Cannabis auf einem höheren Niveau (von 14 % auf 19 %). Bei diesen Ergebnissen ist jedoch zu beachten, dass sich die Anzahl der Neuaufnahmen im Verlauf der Jahre von 5.044 Personen in 2003 auf 3.972 in 2007 immer weiter verringert hat.
- Bei der Cannabisklientel zeigt sich, wenn nach verschiedenen Altersgruppen ausgewertet wird, ein unerwarteter Trend: Der Anteil der Minderjährigen hat im Betrachtungszeitraum stark abgenommen; er hat sich von 25 % auf 12 % reduziert. Auch der Anteil der jungen Erwachsenen (18 bis 26 Jahre) ist kaum angestiegen. Dagegen ist in der Altersgruppe der 27- bis 59-Jährigen ein stetiges Anwachsen ihres Anteils zu beobachten: von 16 % im Jahr 2003 auf 27 % im Jahr 2007.
- Solche Auffälligkeiten bestehen bei der Alkohol- und Opiatklientel nicht: Hier ergeben sich für die letzten vier Jahre nur kleinere Veränderungen, wenn differenziert nach dem Alter ausgewertet wird.

Soziodemografische Situation

- Das Geschlechterverhältnis stellt sich absolut stabil dar: Es hat über die fünf Jahre unverändert etwa ein Viertel Frauen zu drei Viertel Männer betragen.
- Dagegen ist beim Alter ein deutlicher Trend zu konstatieren: Die betreute Klientel wird immer älter. Hat der Altersdurchschnitt im Jahr 2003 noch bei 37,1 Jahre gelegen, ist er stetig auf 37,9 Jahre im Jahr 2007 angewachsen. Dabei ist der entsprechende Anstieg bei den Frauen mit 1,5 Jahren (von 37,7 auf 39,2 Jahre) stärker als bei den Männern (von 36,9 auf 37,5 Jahre).
- Die Wohnsituation der hessischen Klientel ist über die letzten fünf Auswertungsjahre sehr stabil geblieben: Der weit überwiegende Teil der Klientinnen und Klienten wohnt selbstständig, d.h. er oder sie besitzt eine eigene/s Wohnung/Haus oder wohnt zur Miete (63 % bis 67 %). Etwa jede/r Sechste wohnt bei Angehörigen, ca. 7 % befinden sich in einer prekären Wohnsituation und 5 % leben im „Betreuten Wohnen“.
- Die Erwerbssituation der Klientinnen und Klienten hat sich seit 2003 verschlechtert: Die Arbeitslosen-/Erwerbslosenquote (inklusive SGB XII) ist um insgesamt acht Prozentpunkte von 45 % auf 53 % angestiegen. Dementsprechend ist der Anteil derjenigen, die über einen Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz verfügen, von 42 % auf 36 % gesunken.
- Die Verschuldungssituation der Klientinnen und Klienten stellt sich im Jahre 2007 etwas schlechter dar als in den Jahren 2003 und 2005. Während in den Jahren 2003 und 2005 ein ähnliches Niveau zu verzeichnen war (keine Schulden: 57 % bzw. 58 %), fällt der Anteil der nicht verschuldeten Personen in den letzten zwei Jahren um 3 Prozentpunkte auf 55 %.

Substanzspezifische Trends

- Hauptdiagnosegruppe Alkohol: Im Jahr 2007 beträgt der Anteil von Frauen 26 %, das Durchschnittsalter liegt bei 45,0 Jahre, bei 93 % handelt es sich um Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft, etwa 80 % leben in einer selbstständigen Wohnsituation und um die 40 % verfügen über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz. Diese soziodemografischen und sozialen Merkmale sind seit 2003 weitgehend stabil.
- Hauptdiagnosegruppe Opiate: Hier ist eine kontinuierliche Zunahme des Altersdurchschnitts von 33,3 Jahre (2003) auf 36,4 Jahre (2007) zu verzeichnen. Damit dürften auch Veränderungen bei der Wohnsituation im Zusammenhang stehen (Zunahme selbstständige Wohnform, Rückgang Wohnen bei Eltern/Angehörigen). Die Daten für die Geschlechterverteilung (ca. 75 % Männer) und die Nationalität (um die 15 % nicht-deutsche Klienten) stellen sich dagegen unverändert dar.
- Hauptdiagnosegruppe Cannabis: Der Anteil der männlichen Klienten hat seit 2003 leicht zugenommen (2007: 88 %) und das Durchschnittsalter ist von 23,2 Jahre auf 25,7 Jahre angestiegen. Bei der Nationalität gibt es dagegen gleich bleibende Anteile von Klienten ohne deutsche Staatsbürgerschaft (ca. 15 %). Bei der Wohnsituation zeigt sich eine ähnliche Entwicklung wie bei den Opiatabhängigen.

Betreuungen

- Die Betreuung der Opiatklientel dauert im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen am längsten: Der Durchschnittswert ist dabei nach den relativ konstanten Werten der Vorjahre im Jahr 2007 um etwa 40 Tage auf 310 Tage angestiegen. Ebenfalls angewachsen ist – nach einem Rückgang in den Vorjahren (2006: 169 Tage, 2005: 183 Tage) – der Wert bei der Cannabisklientel: 195 Tage. Nahezu konstant ist hingegen die durchschnittliche Betreuungsdauer der Alkoholklientel. Diese weist mit 193 Tagen mittlerweile den niedrigsten Wert aller Hauptdiagnosegruppen auf.
- Die Beratung war im gesamten Betrachtungszeitraum die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform, auch wenn ihr prozentualer Anteil seit 2003 von 57 % auf 50 % (2007) zurückgegangen ist. Dagegen hat die Bedeutung der Medikamentengestützten Behandlung, d.h. die psychosoziale Betreuung Substituierter, im gleichen Zeitraum von 9 % auf 14 % zugenommen. Bei der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung ist ein Rückgang von 15 % auf 10 % zu konstatieren. An vierter Stelle liegt die Ambulante Rehabilitation mit einem stabilen Anteil von 7 %.
- Wird eine Auswertung über die drei Untertypen der Medikamentengestützten Behandlung (kooperativ, getrennt, integriert) vorgenommen, zeigt sich seit 2003 ein eindeutiger Trend zu Gunsten der kooperativen Form: Der Anteil dieses Betreuungstyps stieg von 34 % auf 67 % im Jahr 2007. Dementsprechend ist in diesem Zeitraum die Bedeutung der beiden anderen Typen zurückgegangen. 2007 wurden 8 % der Substituierten in der getrennten und 25 % in der integrierten Form betreut.

- Beim Konsumstatus am Ende der Betreuung sind kleinere Veränderungen zu konstatieren: Etwa jede/r dritte Klient/in lebt am Ende der Betreuung abstinent – hier hat es im Beobachtungszeitraum eine Zunahme von 32 % auf 34 % gegeben. Darüber hinaus hat sich – ebenfalls mit einer positiven Tendenz – bei einem Viertel aller Klientinnen und Klienten eine Verbesserung ihres Konsumverhaltens während der Betreuung eingestellt (von 23 % auf 25 %). Bei etwa einem Drittel der Hilfesuchenden stellt sich das Konsumverhalten jedoch unverändert dar – hier schwanken die Werte zwischen 31 % und 34 %.

Angehörige

- Die Entwicklung bei der Beratung von Angehörigen ist eine der auffälligsten Veränderungen im bisherigen Beobachtungszeitraum: Der Anteil der Angehörigen an der Gesamtklientel der ambulanten Suchthilfe beträgt 5 % für das Jahr 2007. Im Jahr 2005 waren es 6 %, im Jahr 2003 sogar 9 %. Absolut ist die Anzahl betreuter Angehöriger von 1.645 (2003) auf 1.089 (2007) gesunken. Das ist ein Rückgang von fast 30 %.
- Auch die Anzahl dokumentierter anonymer Kontakte mit Angehörigen ist im beobachteten Zeitraum (leicht) gesunken: von 1.006 im ersten Betrachtungsjahr auf 754 im Jahr 2005, um dann in 2007 wieder auf 944 anzusteigen.

Pathologische Glücksspieler

- Der Anteil der von der ambulanten Suchthilfe in Hessen betreuten Pathologischen Glücksspieler (PGS) hat in den Jahren 2004 bis 2007 leicht zugenommen. Ihr relativer Anteil ist in diesem Zeitraum kontinuierlich von 1,2 % auf 1,8 % angestiegen. In absoluten Werten betrachtet hat sich Anzahl von PGS in diesem Zeitraum von 154 auf 258 erhöht.
- Ebenfalls zugenommen haben der Anteil und die Anzahl von Angehörigen, die wegen Spielproblemen eines Familienmitgliedes, Verwandten oder Bekannten eine ambulante Suchthilfeinrichtung aufgesucht haben: von 1,7 % auf 5,5 % bzw. von 12 auf 33 Personen.
- Bei den PGS handelt es sich überwiegend um Männer. Ihr Anteil beträgt 92 %. Bei keiner anderen Hauptdiagnose ist dieser Anteil so hoch; bei der Alkoholklientel beträgt er beispielsweise 74 %.
- Auffällig ist der vergleichsweise hohe Anteil von nicht-deutschen Klientinnen und Klienten unter den PGS. Jeder fünfte besitzt die Staatsbürgerschaft eines anderen Staates (21 %). Bei der Alkoholklientel liegt dieser Anteil bei nur 6 %, über alle Klienten hinweg betrachtet beträgt er 11 %.
- Die soziale Situation der PGS lässt sich als ambivalent beschreiben: Jeder Dritte von ihnen ist allein lebend (33 %), nur in Ausnahmefällen befinden sie sich in einer prekären Wohnsituation (2 %) und die Arbeitslosenquote ist vergleichsweise gering (26 %), dafür sind aber beinahe drei Viertel verschuldet (73 %). Von denjenigen, die eine Verschuldung angeben, weisen 37 % eine Schuldenhöhe zwischen 5.000 und 25.000 Euro auf, bei 42 % liegt sie sogar über 25.000 Euro.

- Werden die Betreuungsformen betrachtet, zeigt sich, dass die mit Abstand wichtigste Betreuungsform bei der PGS-Klientel die Beratung mit einem Anteil von 73 % ist. Etwa jede neunte Person befindet sich in der Ambulanten Rehabilitation (11 %). Andere Betreuungsformen – wie z. B. die Allgemeine Psychosoziale Betreuung, die Ambulante Behandlung oder die Poststationäre Betreuung – werden von insgesamt 16 % der PGS angegeben.
- Die durchschnittliche Betreuungsdauer der PGS beträgt 193 Tage. Bei 68 % dieser Klientel liegt am Ende der Betreuung eine Verbesserung des Konsumverhaltens bis hin zur Abstinenz vor.

Zielsetzung und Datengrundlage

Das Schwerpunktthema dieses fünften Grunddaten-Berichtes ist eine Trendbetrachtung der Jahre 2003 bis 2007. Es wird der Frage nachgegangen, zu welchen Veränderungen und Kontinuitäten es innerhalb dieser 5 Berichtsjahre in Hessen gekommen ist. Dieses ist ein hinreichend langer Zeitraum, um gesicherte Aussagen zur Entwicklung der soziodemografischen Situation der Klientel der ambulanten Suchthilfe und der von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen zu treffen. Die Darstellung der Trends geschieht dabei in der Regel in einem Zweijahres-Abstand (2003-2005-2007). In die Trendbetrachtung einbezogen wurden erstmalig auch Daten zur Wohn- und Erwerbssituation der Klientinnen und Klienten¹ am Betreuungsende.

Der vorliegende Bericht enthält außerdem ein spezielles Kapitel über pathologische Glücksspieler, die von der ambulanten Suchthilfe in Hessen betreut werden. Die dort präsentierten Zahlen sollen einige empirische Grundinformationen über diese Klientel und ihr Inanspruchnahmeverhalten liefern. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass das Thema Glücksspielsucht in der letzten Zeit eine zunehmende Bedeutung erfahren hat und die Politik verstärkt den Ausbau von Hilfen für Personen mit einem problematischen oder pathologischen Spielverhalten fördert.

Der Grunddaten-Bericht 2007 zeigt insgesamt, dass sich in Hessen in den letzten Jahren ein stabiles Suchthilfe-Monitoring entwickelt hat.

ERLÄUTERUNG:

Es sei ausdrücklich betont, dass sich die Aussagen dieses Berichtes ausschließlich auf diejenigen Personen beziehen, die den Weg in das ambulante Hilfesystem (Beratungs- und Behandlungsstellen) bereits gefunden haben.² Hochrechnungen auf die Anzahl von Personen, die von einer Suchtproblematik betroffen sind, können nicht vorgenommen werden. Hierfür sind ergänzend repräsentative Bevölkerungsumfragen erforderlich. Eine solche wurde im Herbst 2007 vom ISD in Zusammenarbeit mit Infratest Dimap (Berlin) durchgeführt (im Auftrag der HLS und finanziert vom Hessischen Sozialministerium). Dabei wurden insgesamt 6.600 Personen in Hessen über ihr Gesundheits- und Konsumverhalten befragt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden in absehbarer Zeit veröffentlicht.

Ferner sei darauf aufmerksam gemacht, dass die in den Auswertungen festgestellten Unterschiede zwischen den verschiedenen Klientengruppen immer auch mit der Angebotsstruktur zusammenhängen können. Da der Einrichtungstyp bislang nicht flächendeckend erhoben worden ist, können hierzu keine genaueren Aussagen getroffen werden.³

Die Datenvollständigkeit bewegt sich auf einem hohen Niveau. Das zeigt die Tabelle 1. Aus ihr ist zu erkennen, dass der Anteil „fehlender Werte“ bei den Biografie- und Betreuungsangaben seit 2003 deutlich gesunken ist; die größte Bewegung fand hier zwischen 2003 und 2004 statt. Beispielsweise fehlte im Jahr 2003 noch für 26 % aller Klienten eine Angabe zum Familienstand, seit 2004 liegt dieser Wert bei 14 % bzw. 15 %. Auch beim Schulabschluss hat sich der Anteil von 34 % (2003)

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

² Es ist darauf hinzuweisen, dass ein Teil der niedrigschwelligen Einrichtungen, zielgruppenspezifischen Sonderprojekte und Gesundheitsämter nicht an COMBASS teilnimmt.

³ Die wenigen Aussagen, die in dem Bericht zur Angebotsstruktur gemacht werden, basieren auf Informationen aus der COMBASS-Steuerungsgruppe.

auf 18 % (2007) reduziert. Das sind außergewöhnlich niedrige Werte, wenn berücksichtigt wird, dass einige Betreuungen nur wenige Kontakte umfassen und deshalb nicht alle Daten bekannt sein können. Diese niedrigen „Missing-Data“-Anteile zeugen von einer guten Akzeptanz der EDV-gestützten Dokumentation bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen und sind Ausdruck eines ausgezeichneten Projektmanagements.

Tabelle 1: Fehlende Werte bei ausgewählten Biografie- und Betreuungsangaben, 2003 - 2007

	2003 %	2004 %	2005 %	2006 %	2007 %
Staatsangehörigkeit	6	5	5	6	6
Wohnsituation	18	11	11	11	10
Familienstand	26	15	14	15	14
Partnerbeziehung	23	12	12	12	11
Lebenssituation	31	20	20	15	14
Erwerbstätigkeit	22	16	14	15	14
Schulabschluss	34	18	16	17	18
Vermittlung durch...	31	27	26	27	28
Grundlage der Betreuung...	30	27	26	26	27

Datengrundlage

Der vorliegende Bericht basiert auf den Daten von 107 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe. Die beteiligten Einrichtungen werden größtenteils durch Landesmittel gefördert. Zusätzlich sind die Daten einiger ausschließlich kommunal und/oder kirchlich finanzierter Einrichtungen im Bericht enthalten.

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

Im Folgenden werden Personen als Klienten und Angehörige bezeichnet, die der Einrichtung namentlich bekannt sind und für die im Jahr 2007 mindestens ein Termin dokumentiert wurde. Weder Einmalkontakte noch anonyme Kontakte werden hierbei berücksichtigt.⁴ Diese Definition entspricht derjenigen, die auch in den Berichten der Jahre 2003 bis 2006 zur Anwendung kam. Auf diese Weise wird ein Vergleich der Ergebnisse mit denen der bisherigen Auswertungsjahre ermöglicht, welcher Hauptbestandteil des diesjährigen Berichts ist. Bisher gibt es für diese Art der Klientendefinition bundesweit keine einheitlichen Standards. In Hessen wurde in Absprache mit der Projektsteuerungsgruppe COMBASS jedoch diese eher strenge Definition gewählt, mit der eine undifferenzierte Zählung von Klienten vermieden werden soll.

⁴ Nicht alle Einrichtungen dokumentieren ihre Einmalkontakte mit HORIZONT. Die Auswertung enthält deshalb ausschließlich Klientinnen und Klienten, die zusätzlich zum Erstkontakt weitere Leistungen in Anspruch genommen haben. Anonyme Kontakte werden an zwei Stellen im Bericht gesondert erwähnt (S.15 und S.43).

ERLÄUTERUNG:

Es sei hier ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei einem Vergleich der Zahlen des vorliegenden Berichts mit anderen Suchthilfestatistiken (von Bund und Ländern) grundsätzlich auf diese Art der „Klientendefinition“ zu achten ist. So wird beispielsweise in der ambulanten Suchthilfestatistik für das Land Sachsen eine andere Zählweise verwendet. Hierbei wird in der Nennung der Gesamtklientenzahl erstens nicht zwischen Angehörigen und Klienten unterschieden und zweitens finden sich auch Einmalkontakte sowie anonyme Klienten in der Gesamtklientenzahl wieder. Eine wiederum andere Herangehensweise wird in der deutschen Suchthilfestatistik benutzt (Sonntag 2007). Diese stellt keine Auswertung über Einzelpersonen, sondern über Betreuungsvorgänge des jeweiligen Berichtsjahres dar. Dies kann im Vergleich zu Hessen dazu führen, dass Klienten mehrfach gezählt werden, wenn sie mehr als eine Betreuung im Berichtsjahr haben. Auch hier sind Vergleiche also nur bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Auswertungsstrategien möglich. Die beschriebene Schwierigkeit des direkten Vergleichs zweier Statistiken erstreckt sich jedoch nicht auf die Datenerfassung im Ganzen, sondern lediglich auf die für den vorliegenden Bericht gewählte Form der Auswertung. So ist beispielsweise eine Auswertung des Hessischen Kerndatensatzes nach den Kriterien der deutschen Suchthilfestatistik problemlos möglich. Deshalb fließen die Daten aus Hessen auch mit in diese nationale Statistik ein.

Zählt man die Klientinnen und Klienten der 107 Einrichtungen zusammen, kommt man für das Jahr 2007 auf eine Zahl von 19.678 Personen. Darüber hinaus finden sich Daten zu 1.089 Angehörigen (siehe Tabelle 2). Für beide Gruppen zusammen wurden insgesamt 21.773 Betreuungen dokumentiert. Zusätzlich wurden 5.506 anonyme Kontakte mit Klienten oder Angehörigen dokumentiert.⁵ Seit 2004 besteht in Hessen die Möglichkeit, Einmalkontakte zu dokumentieren. In der Praxis zeigt sich wie schon in den Vorjahren, dass nicht alle Einrichtungen davon Gebrauch machen. Zudem fehlt bei vielen Einmalkontakten eine korrekte Datumsangabe, so dass eine Zuordnung zu einem Berichtsjahr nicht möglich ist. Aus diesen Gründen werden die dokumentierten Einmalkontakte aus den weiteren Analysen ausgeschlossen.

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

Tabelle 2: Datengrundlage, 2003 - 2007

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

Im Vergleich zu den Vorjahren hat die Zahl der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen in 2007 einen Höchststand erreicht. Lediglich das Ausgangsjahr der Betrachtung lag mit einem Wert von 109 Einrichtungen noch darüber. Dementsprechend liegt auch die Anzahl der dokumentierten Klienten und der Betreuungen über dem Niveau der Vorjahre. Insgesamt kann bezüglich der dokumentierten Klienten und Betreuungen von einer stabilen Datenbasis gesprochen werden. Während die Zahl der dokumentierten Angehörigen in den Jahren 2003 bis 2006 kontinuierlich abgenommen hat, liegt der Wert im aktuellen Berichtsjahr erstmals wieder über dem des Vorjahres (siehe Tabelle 2).

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

Innerhalb der ausgewerteten Datensätze finden sich sämtliche Personen selbstverständlich ohne Namen und Adressen. Diese sind nur den Einrichtungen bekannt. In den Datenexporten sind Klienten und Angehörige jedoch mit einem (nochmals verschlüsselten) HIV-Code gekennzeichnet, welcher es ermöglicht, nicht nur innerhalb einer Einrichtung Daten einer Person zuzuordnen.⁶

Um festzustellen, ob eine Person in mehreren Einrichtungen in Betreuung war, ist es möglich, die HIV-Codes zwischen allen 107 Einrichtungen zu vergleichen. Eine solche „Mehrfachbetreuung“ kann nacheinander oder auch parallel erfolgen. Das ist beispielsweise bei Vermittlungen zur Weiterbehandlung oder zur ergänzenden Betreuung der Fall oder wenn ein Klient oder eine Klientin zusätzlich zur Beratung und Betreuung Angebote der Krisen- und Überlebenshilfe in Anspruch genommen hat. Mehrfachbetreuungen können also das Ergebnis eines zielgerichteten Hilfeprozesses sein; sie dürfen nicht fälschlicherweise als Überversorgung interpretiert werden.

Der überwiegende Teil der Klienten besucht nur eine Einrichtung (siehe Tabelle 3). Nur etwa jeder zwanzigste Klient wurde in mehr als einer Einrichtung erfasst. Diese Ergebnisse sind quasi identisch mit denen der vergangenen drei Jahre und auch in 2003 gab es nur marginale Abweichungen

⁶ 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.

davon. Kennt man diese Zahlen, lässt sich daraus ermitteln, wie viele tatsächlich unterschiedliche Personen von den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen der hessischen Suchthilfe betreut wurden. Im Jahr 2007 handelt es sich dabei um 18.467 Klienten. Auf die gleiche Art und Weise lässt sich für die Angehörigen eine Zahl von 1.087 für das Jahr 2007 berechnen.

Tabelle 3: Vorkommen identischer HIV-Codes in unterschiedlichen Einrichtungen, Klientinnen und Klienten, 2003 - 2007

	2003	2004	2005	2006	2007
	%	%	%	%	%
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	0,2	0,2	0,1
Klienten landesweit (N)	17.515	17.023	17.562	17.591	18.467

Um keine Person mehrfach zu berücksichtigen und einen Vergleich der diesjährigen Ergebnisse mit denen der Jahre 2003 bis 2006 zu ermöglichen, liegen den folgenden Berechnungen diese 18.467 Klientinnen und Klienten und 1.087 Angehörige zugrunde

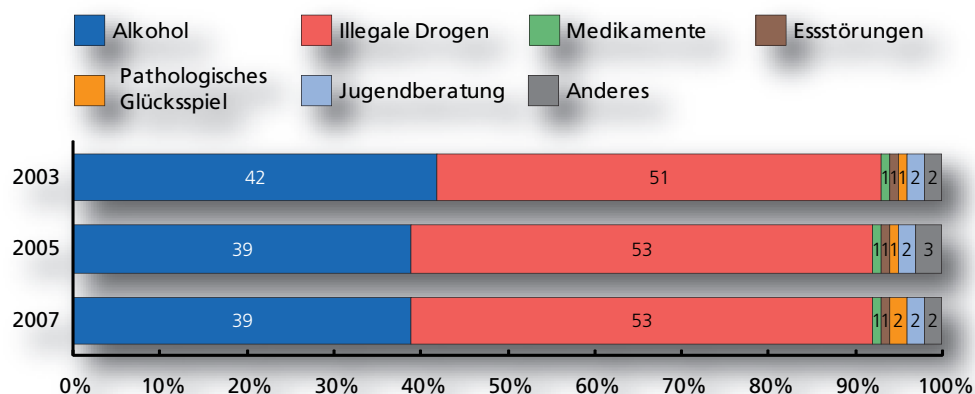
Trends 2003 bis 2007

In diesem Kapitel werden wie im Vorjahr die Trends in den Grunddaten der hessischen Suchthilfestatistik dargestellt. Allerdings sollen – anders als im Bericht 2006 – Vergleiche im Abstand von zwei Jahren vorgenommen werden. Beginnend mit dem Jahr 2003 werden also Veränderungen bzw. Kontinuitäten zu den Jahren 2005 und 2007 berichtet. Inhaltlich ist zwischen der Klienten- und der Betreuungsebene zu unterscheiden. Zunächst geht es um den Substanzkonsum sowie die soziodemografische Situation der Klientel. Anschließend wird u. a. über Art, Dauer und Anzahl der geleisteten Betreuungen berichtet. Zum Abschluss dieses Kapitels werden noch einige Informationen zu den Angehörigen der betreuten Personen gegeben, die ebenfalls Leistungen der ambulanten Suchthilfe in Anspruch nehmen.

Substanzkonsum der Klientel

Der Substanzkonsum der Klientinnen und Klienten wird im Zuge der Dokumentation auf zweierlei Weise erhoben: Zum einen werden die Personen aufgrund ihrer ICD-10 Diagnose einer Hauptproblemsubstanz zugeordnet. Zum anderen wird die Klientel mit der Kategorie „Zielgruppe“ erfasst, um auch diejenigen Klienten mit einbeziehen zu können, bei denen keine ICD-Diagnose vorliegt. Zur Zielgruppe: Im Jahr 2007 kann über die Hälfte der dokumentierten Klienten der Zielgruppe illegale Drogen zugeordnet werden (53 %). Damit stagniert der Trend eines leichten Zuwachses in dieser Zielgruppe, der sich von 2003 (51 %) bis 2005 (53 %) angedeutet hatte (siehe Abbildung 1). Auch bei der Zielgruppe Alkohol ist keine weitere Verringerung zu beobachten: Der Anteil der Personen in dieser Gruppe liegt im Jahr 2007 bei knapp 39 %, zwei Jahre zuvor waren es ebenfalls 39 % und im Jahr 2003 42 %. Weitere Zielgruppen, bestehend aus Personen, die Probleme mit Medikamentenmissbrauch (1 %) oder nichtstofflichen Süchten (Essstörungen (1 %), pathologisches Glücksspiel (2 %)) haben, weisen seit vier Jahren weitgehend dieselben relativen Anteile auf. Das gleiche gilt für die Personen der Zielgruppe „Jugendberatung“, in der Jugendliche dokumentiert werden, bei denen keine ICD-10 Diagnose vorliegt und die jugendspezifische Beratungsangebote der Einrichtungen in Anspruch nehmen (2 %).

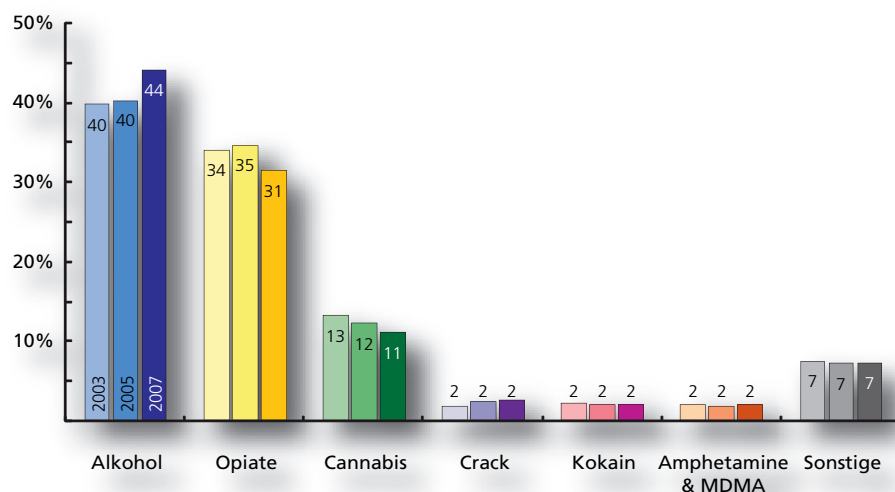
Abbildung 1: Zielgruppe, 2003 - 2007 ($N_{2003}=13.656$, $N_{2005}=17.304$, $N_{2007}=18.389$)



Betrachtet man die Personen, für die eine ICD-10 Hauptdiagnose in Form von „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeitssyndrom“ dokumentiert worden ist, zeigt sich, dass in den meisten Fällen Probleme mit Alkohol vorliegen.⁷ Nachdem der Anteil der Klienten mit einer Alkoholproblematik im Jahr 2003 bei 44 % lag, wurden für die Jahre 2005 und 2007 nur noch Anteile von 40 % ermittelt (siehe Abbildung 2). Die Anteile der Opiatkonsumenten⁸ - der zweitgrößten Gruppe - zeigen sich im Verlauf der Jahre uneinheitlich. In 2003 betrug ihr Anteil an der Gesamtklientel 31 %, zwei Jahre später 35 % und weitere zwei Jahre darauf 34 %. Die Anzahl der Cannabiskonsumenten, die das ambulante Suchthilfesystem in Hessen aufsuchen, zeigt im hier betrachteten Zeitraum eine leicht steigende Tendenz (2003: 11 %, 2005: 12 %, 2007: 13 %). Weitgehend stabil bleiben hingegen die Anteile der Konsumenten von Kokain (2003-2007: 2 %), Crack (2003: 3 %; 2005 - 2007: 2 %), Amphetamine & MDMA (2003-2007: 2 %) sowie der Personen mit anderen Suchtdiagnosen (2003-2007: 7 %).

Abbildung 2: Hauptdiagnose, alle Einrichtungen, 2003 - 2007

(N₂₀₀₃=11.632, N₂₀₀₅=13.427, N₂₀₀₇=14.526)



Nicht alle Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in Hessen haben sich über den gesamten hier betrachteten Zeitraum kontinuierlich an der Dokumentation beteiligt. Um zu vermeiden, dass sich dadurch Verzerrungen in den Daten ergeben, wurden die Angaben zur Hauptdiagnose noch einmal auf Grundlage der 88 Einrichtungen berechnet, die sich seit 2003 immer an der Basisdokumentation beteiligt haben.⁹ Tendenziell zeigen sich hierbei jedoch die gleichen Entwicklungen wie bei den Berechnungen für alle Einrichtungen (siehe Abbildung 3).

Hinsichtlich der Hauptdiagnose Alkohol lassen sich bei den 88 Einrichtungen kaum Unterschiede zu den oben angeführten Werten feststellen (2003: 44 %; 2005 bzw. 2007: 41 %). Die uneinheitliche Entwicklung der Anteile der Opiatkonsumenten an der Gesamtklientel zeigt sich mit leicht abweichenden Werten auch in den Berechnungen für die Einrichtungen, die sich zu allen drei Zeitpunkten an der Dokumentation beteiligt haben. 31 % der Klienten, die im Jahr 2003 betreut

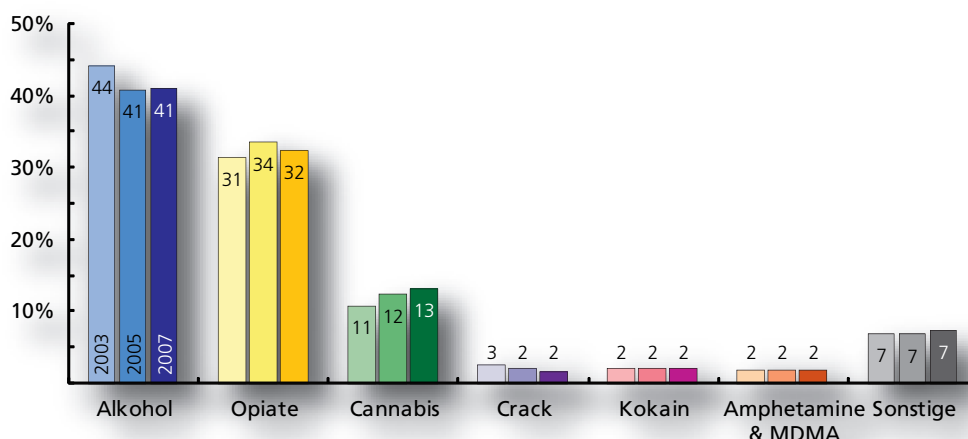
⁷ In einigen Fällen wurde die Diagnose aber nicht weiter spezifiziert. Auch diese sind in die Auswertung mit eingeflossen.

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

⁹ Alle nun folgenden Ausführungen beziehen sich auf diese 88 Einrichtungen, die sich in den Jahren 2003, 2005 und 2007 an der Basisdokumentation beteiligt haben.

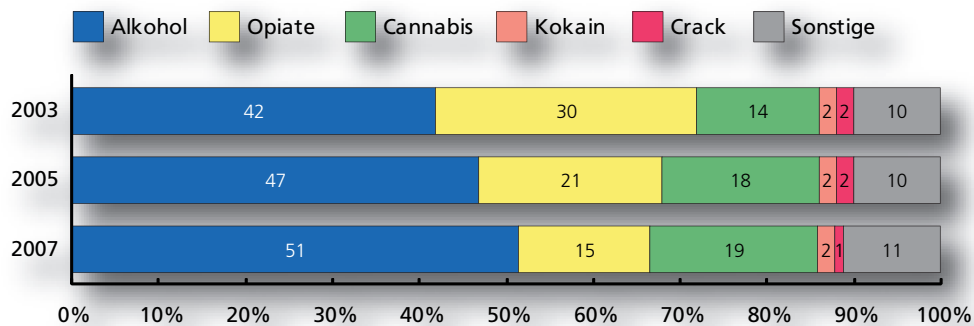
wurden, waren opiatabhängig. Im Jahr 2005 stieg dieser Anteil auf 34 %, zwei Jahre später wurde mit 32 % wiederum ein geringerer Wert erhoben. Die Anteile der Personen, die wegen eines problematischen Cannabiskonsums eine Einrichtung der Suchtkrankenhilfe aufgesucht hatten, unterscheiden sich nicht von den oben dargestellten Ergebnissen für alle Einrichtungen. Das gleiche gilt für die Trends in den Jahren 2003 – 2007 hinsichtlich der Hauptdiagnosen Kokain, Crack, Amphetamine & MDMA und „sonstige Suchtdiagnosen“.

Abbildung 3: Hauptdiagnose, gleiche Einrichtungen (N=88), 2003 - 2007
(N₂₀₀₃=10.801, N₂₀₀₅=12.681, N₂₀₀₇=13.415)



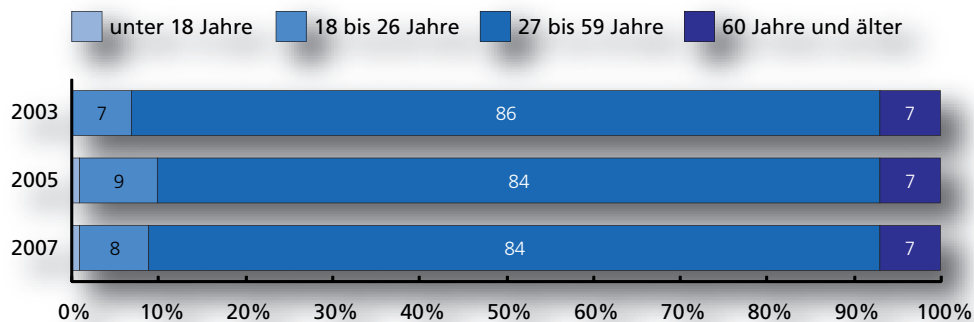
Bei den bisher berichteten Zahlen wurde nicht zwischen den Personen unterschieden, die mehrere Jahre in den Suchthilfeeinrichtungen betreut werden und denen, die die Angebote das erste Mal in Anspruch nehmen. Diese Differenzierung soll im nun Folgenden vorgenommen werden, da sich dadurch die Entwicklung der Inanspruchnahme der Hilfsangebote noch einmal etwas anders darstellt. So ist ein kontinuierlicher Anstieg der Personen mit Alkoholproblemen unter den Neuaufnahmen zu beobachten (2003: 42 %; 2005: 47 %; 2007: 51 %) (siehe Abbildung 4). Demgegenüber halbierte sich der Anteil der Neuaufnahmen mit Hauptdiagnose „Opiatabhängigkeit“ von 30 % in 2003 über 21 % in 2005 auf 15 % im Jahr 2007. Der Anteil der Cannabiskonsumenten an den Neuaufnahmen nimmt seit dem Jahr 2003 zu (2003: 14 %; 2005: 18 %; 2007: 19 %). Die Anteile der neu aufgenommenen Klienten mit den Hauptdiagnosen Crack, Kokain und anderen Suchtdiagnosen entspricht weitgehend den Werten, die für alle Klienten erhoben wurden; hier ist also keine relevante Veränderung im Verlauf des betrachteten Dokumentationszeitraums zu verzeichnen. Anzu merken ist jedoch, dass sich die Anzahl der Neuaufnahmen im Verlauf der Jahre von 5.044 Personen in 2003 auf 3.972 in 2007 immer weiter verringert hat.

Abbildung 4: Hauptdiagnose neuer Klienten, gleiche Einrichtungen (N=88), 2003 - 2007
 (N₂₀₀₃=5.044, N₂₀₀₅=4.245, N₂₀₀₇=3.972)



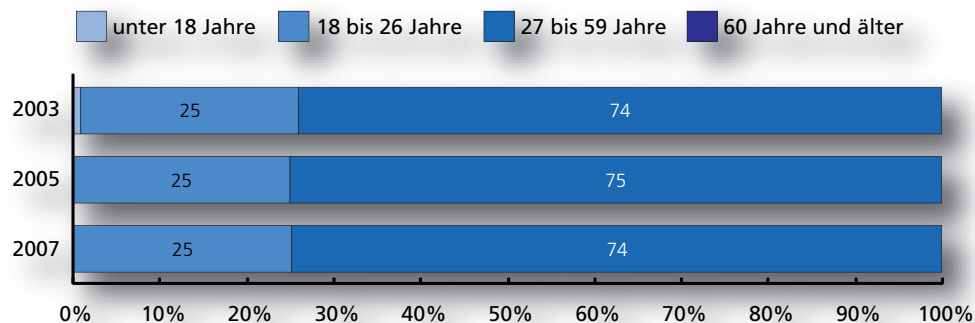
An dieser Stelle erfolgen einige Analysen, bei denen nach dem Alter der Klientel differenziert wird. Wiederum beziehen sich die Werte auf die Neuaufnahmen in den Einrichtungen, die sich kontinuierlich an der Basisdokumentation beteiligt haben. Die Altersstruktur der Alkoholkonsumenten weist nur sehr geringfügige Veränderungen auf (siehe Abbildung 5). Der Anteil der 18- bis 26-Jährigen innerhalb der Gruppe der Alkoholkonsumenten zeigt einen Zuwachs von 7 % in 2003 auf 9 % in 2005, danach ist ein leichtes Absinken auf 8 % zu verzeichnen. Bezüglich des Anteils der 27- bis 59-Jährigen an den Alkoholkonsumenten lässt sich ein leichter Abwärtstrend von 86 % im Jahr 2003 auf 84 % im Jahr 2007 feststellen, während der Anteil der über 60-Jährigen gleich bleibt. Minderjährige (unter 18 Jahre) gibt es hier so gut wie nicht (0-1 %).

Abbildung 5: Hauptdiagnose Alkohol, Altersgruppen neuer Klienten, gleiche Einrichtungen (N=88), 2003 - 2007 (N₂₀₀₃=2.112, N₂₀₀₅=1.989, N₂₀₀₇=2.033)



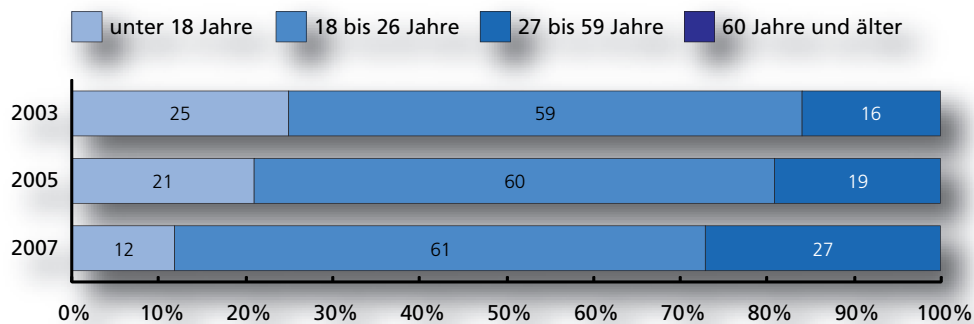
Unter den Personen, die mit der Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit im ambulanten Suchthilfesystem betreut werden, zeigen sich ebenfalls kaum Veränderungen der Altersstruktur im Verlauf des hier betrachteten Zeitraums. Bei den 18- bis 26-jährigen Opiatabhängigen stagnieren die Anteile bei 25 %, in der Gruppe der 27- bis 59-Jährigen bei ca. 75 % (siehe Abbildung 6). Minderjährige und Personen, die 60 und älter sind, spielen in der betreuten Opiatclientel so gut wie keine Rolle.

Abbildung 6: Hauptdiagnose Opiate, Altersgruppen neuer Klienten, gleiche Einrichtungen (N=88), 2003 - 2007 (N₂₀₀₃=1.479, N₂₀₀₅=877, N₂₀₀₇=588)



Die getrennte Betrachtung verschiedener Altersgruppen von Cannabiskonsumenten zeigt ein unerwartetes Ergebnis. Bei dieser Klientel ist eine starke Abnahme des Anteils von Jugendlichen unter 18 Jahren zu verzeichnen. War im Jahr 2003 noch jeder Vierte der betreuten Cannabisklienten unter 18 Jahre alt, lag der Anteil im Jahr 2005 nur noch bei 21 % und halbierte sich bis 2007 noch einmal auf 12 % (siehe Abbildung 7). Bezüglich der Gruppe der jungen Erwachsenen (18-26 Jahre) ist ein leichter Anstieg von 59 % in 2003 auf 61 % in 2007 zu beobachten. Ein stärkerer Anstieg wurde für die 27- bis 59-Jährigen dokumentiert. Ihr Anteil an der Cannabisklientel betrug im Jahr 2003 16 %, vier Jahre später liegt der Anteil mit 27 % um 9 Prozentpunkte höher. Über 60-Jährige sind in der Gruppe der Cannabisklienten kaum zu finden.

Abbildung 7: Hauptdiagnose Cannabis, Altersgruppen neuer Klienten, gleiche Einrichtungen (N=88) 2003 - 2007 (N₂₀₀₃=699, N₂₀₀₅=772, N₂₀₀₇=753)



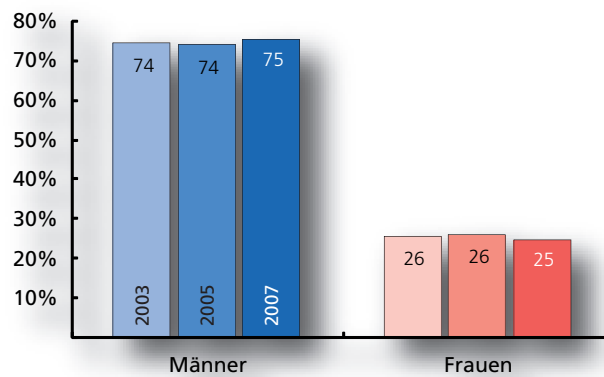
Abschließend wird dargestellt, ob eine Änderung der Altersstruktur in Einrichtungen zu beobachten ist, die überwiegend Alkoholklienten (>70 %) oder überwiegend Konsumenten harter Drogen (>70 %) betreuen. Um die Veränderungen in der Altersstruktur der Klientel abbilden zu können, werden auch hier nur die Personen betrachtet, die im betreffenden Jahr das erste Mal den Kontakt zum Suchthilfesystem aufgenommen haben. Bei den Einrichtungen, die sich an Alkoholkonsumenten richten, lassen sich nur minimale Veränderungen der Altersstruktur im Verlauf der betrachteten Zeitspanne erkennen. Der Anteil der 27- bis 59-Jährigen fällt von 87 % im Jahr 2003 auf 85 % im Jahr 2007. Deutlichere Entwicklungen gibt es in Einrichtungen, die sich an Konsumenten illegaler Drogen richten. Hier zeigt sich, dass die Anteile jüngerer Personen (18-26 Jahre) von 33 % im Jahr 2003 auf 40 % im Jahr 2007 zugenommen haben. Der Anteil von Personen aus der älteren Gruppe der 27- bis 59-Jährigen an allen Neuaufnahmen ist im gleichen Zeitraum hingegen von 60 % auf 53 % gesunken.

Soziodemografische Situation der Klientel

In diesem Kapitel wird die soziodemografische Situation der Klientel der ambulanten Suchthilfe in Hessen im Zeitraum von 2003 bis 2007 dargestellt. Während der überwiegende Teil der Ergebnisse relativ konstant geblieben ist, gibt es auch einige bemerkenswerte Veränderungen.

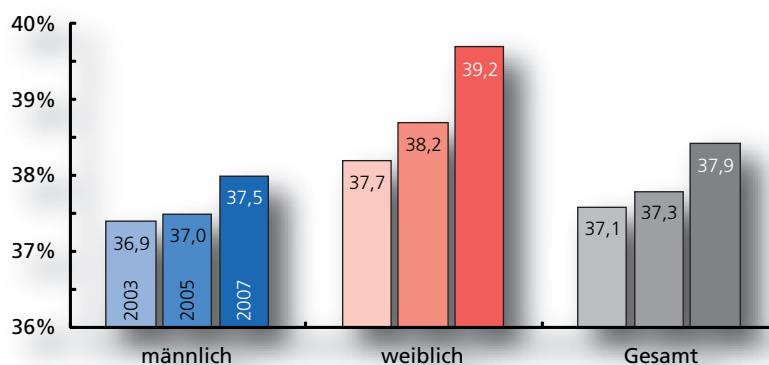
Das Geschlechterverhältnis ist über die Jahre weitgehend stabil. Mit 75 % stellen die Männer im Jahre 2007 genau drei Viertel der Klientel, während sie in den Jahren 2003 und 2005 einen Prozentpunkt unterhalb dieses Wertes lagen (siehe Abbildung 8).

Abbildung 8: Geschlecht, 2003 - 2007 ($N_{2003}=17.515$, $N_{2005}=17.023$, $N_{2007}=18.467$)



Wie der Abbildung 9 zu entnehmen ist, erhöht sich das Durchschnittsalter von 37,1 Jahren in 2003 um fast ein Jahr auf 37,9 Jahre in 2007. Dieser Trend wird nicht nur durch die länger betreuten Klienten verursacht, sondern auch durch das im Jahre 2007 auf 36,9 Jahren angestiegene Durchschnittsalter der Neuaufnahmen. In den Jahren zuvor lag dieses nämlich relativ stabil bei 36 Jahren. Die Frauen sind im Mittel im Jahre 2007 1,7 Jahre älter als die Männer. Dieser Altersunterschied hat sich seit 2003, als die weibliche Klientel nur 0,8 Jahre älter war als die männlichen Klienten, in kontinuierlicher Entwicklung verdoppelt.

Abbildung 9: Alter, 2003 - 2007 ($N_{2003}=17.364$, $N_{2005}=17.435$, $N_{2007}=18.185$)

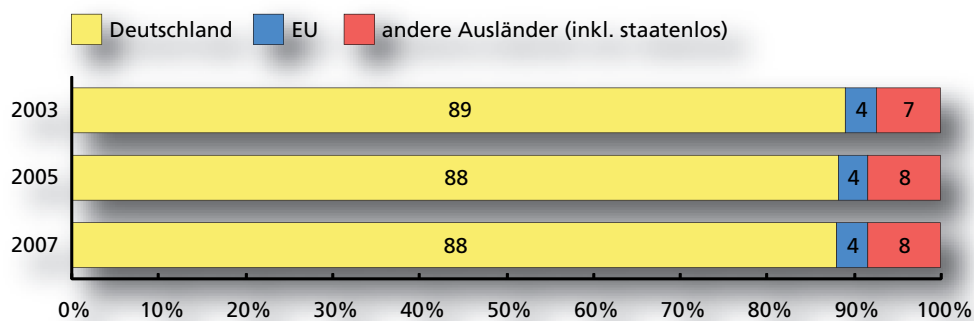


Bei der Nationalitätsverteilung der Klientel ist über die letzten Jahre eine minimale Veränderung festzustellen. Die Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit gehen von 2003 mit 89 % auf 88 % im Jahre 2007 zurück (Abbildung 10). Aus Ländern der EU¹⁰ kommen über die Jahre konstant jeweils um die 3,5 % der Klienten. Der Anteil an Betreuten aus anderen Ländern liegt im Jahre 2007 bei 8 % und damit leicht über den Werten aus dem Jahr 2003 (7 %). Jeweils 0,1 % sind staatenlos.

¹⁰ Zur besseren Vergleichbarkeit sind in diesen Daten für die Jahre 2003 und 2005 die späteren EU-Erweiterungen schon vorweggenommen worden, so dass sich alle Angaben auf die heutige EU mit 27 Staaten beziehen.

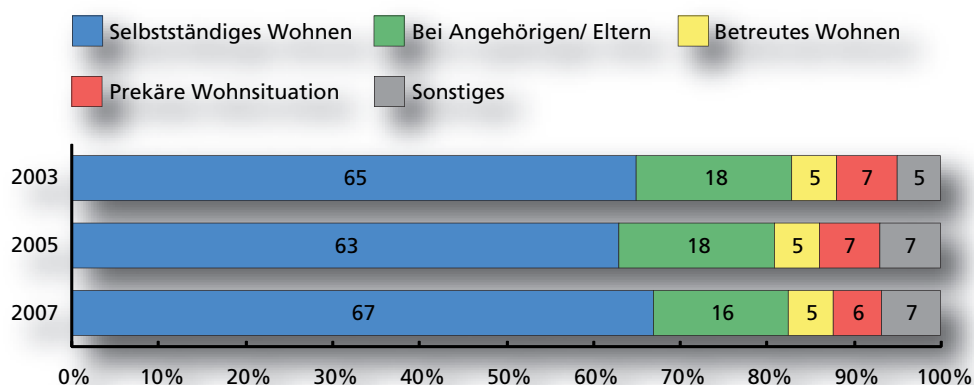
Der leichte Anstieg Nichtdeutscher ist nicht auf einen Anstieg der ausländischen Bevölkerung in Hessen zurückzuführen, da diese von 2003 auf 2007 von 13,5 % auf 12 % zurückgegangen ist.¹¹ Mit einem Anteil von 12 % sind die ausländischen (inklusive der staatenlosen) Klienten - im Gegensatz zur Unterrepräsentiertheit der letzten Jahre - in 2007 entsprechend ihres Bevölkerungsanteils in der ambulanten Suchthilfe in Hessen vertreten.

Abbildung 10: Nationalität, 2003 - 2007 ($N_{2003}=17.390$, $N_{2005}=16.605$, $N_{2007}=17.283$)



Bei der Wohnsituation (siehe Abbildung 11) ist in den letzten Jahren die Umkehrung einer anfangs leicht negativen Entwicklung auszumachen. Der Anteil der Klienten, die selbstständig wohnen, lag nämlich im Jahr 2005 zwei Prozentpunkte unter dem Wert von 65 % des Jahres 2003. In 2007 liegt der Anteil der in einer eigenen Wohnung lebenden Klienten erstmals über zwei Drittel. Bei Angehörigen/Eltern wohnen mit 16 % etwas weniger als in den Vorjahren (18 %). Der Anteil der Personen im Betreuten Wohnen liegt im Zeitraum konstant bei 5 %. In einer prekären Wohnsituation¹² befinden sich 2007 etwas weniger als in den Jahren zuvor (6 % zu 7 %).

Abbildung 11: Wohnsituation, 2003 - 2007 ($N_{2003}=14.292$, $N_{2005}=15.624$, $N_{2007}=16.619$)

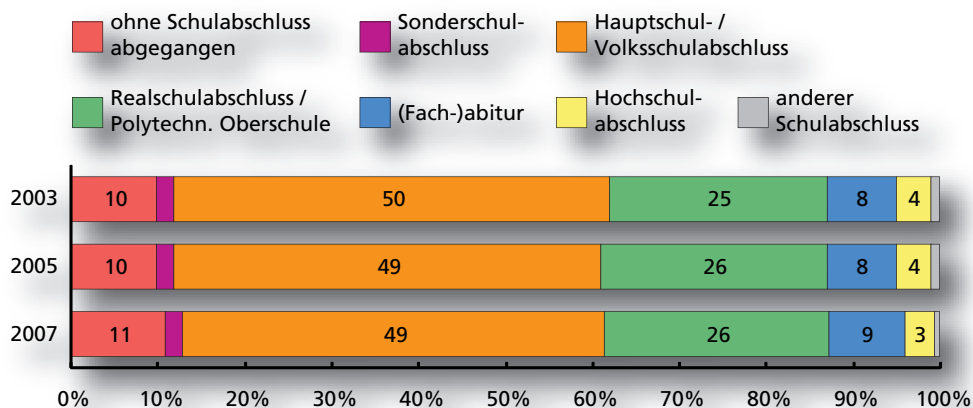


¹¹ (<http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bevoelkerung-gebiet/landesdaten/auslaendische-bevoelkerung-in-hessen/auslaendische-bevoelkerung-hessen/index.html>).

¹² In einer prekären Wohnsituation leben Klienten z. B. in der JVA, provisorischen Unterkünften oder der Obdachlosigkeit.

Die Situation der Schulbildung zeigt sich in der Abbildung 12 über die letzten Jahre nahezu unverändert. Die Hälfte (49 %-50 %) der Klienten besitzt einen Hauptschulabschluss und ein Viertel (25 %-26 %) hat die Realschule bzw. die Polytechnische Oberschule erfolgreich beendet. Als höchsten formalen Bildungsabschluss besitzen im Jahre 2007 9 % (2003 und 2005: 8 %) das (Fach-)Abitur. Weitere 3 % der Klientel in 2007 besitzen zudem einen Hochschulabschluss (2003 und 2005: 4 %). Mit 11 % hat 2007 ein Prozentpunkt mehr als in den Vorjahren keinen Schulabschluss. Der Anteil mit einem Sonderschulabschluss macht in allen Jahren 2 % aus.

Abbildung 12: Schulabschluss ($N_{2003}=11.577$, $N_{2005}=13.572$, $N_{2007}=14.509$)

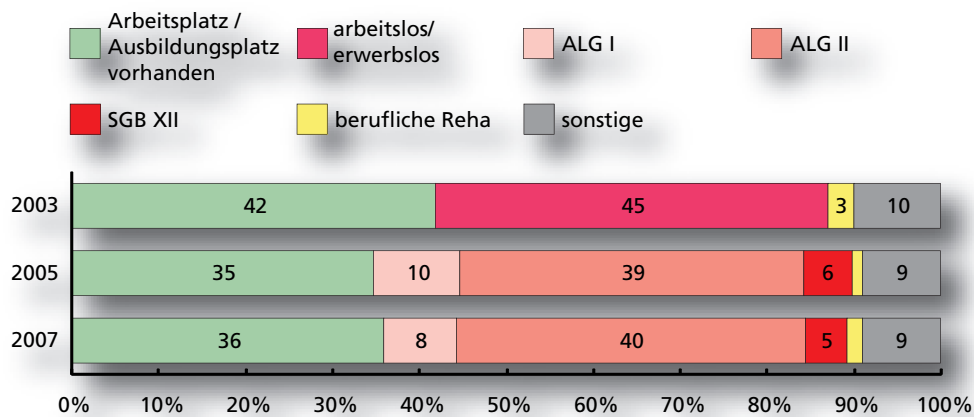


Bei der Erwerbstätigkeit¹³ zeigen sich in den letzten Jahren einige interessante Entwicklungen. Im Jahre 2003 besaßen 42 % der Klienten der ambulanten Suchthilfe in Hessen einen Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz, 45 % waren arbeitslos und 3 % in einer beruflichen Rehabilitation (siehe Abbildung 13). Im Umfeld des problematischen Arbeitsmarktes ging der Anteil derjenigen mit einem Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz im Jahre 2005 auf 35 % zurück. Nach den so genannten Hartz-IV-Gesetzen (2005) erhalten 10 % ALG I, 39 % ALG II und 6 % Leistungen im Rahmen des SGB XII. In der beruflichen Rehabilitation befindet sich nur noch 1 % der Klienten. Im Jahre 2007 ist ebenfalls nur etwas über ein Drittel (36 %) der Betreuten erwerbstätig. Mehr als die Hälfte sind arbeitslos (8 % ALG I, 40 % ALG II und 5 % SGB XII). Eine berufliche Rehabilitation wird von 2 % der Klienten wahrgenommen.¹⁴

¹³ Da die Erfassung der Erwerbsituation 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 der Auswertung des Jahres 2005 zur Folge und kann zu Abweichungen von den Ergebnissen der Vorjahresberichte führen.

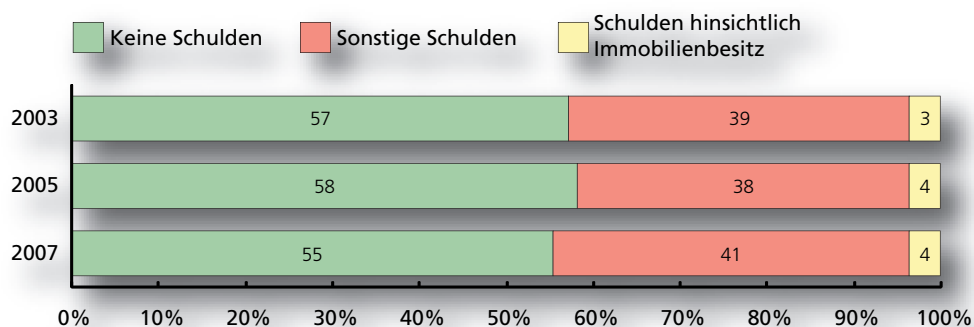
¹⁴ Die Arbeitslosenquoten in Hessen lagen im Jahresdurchschnitt 2003 bei 8,8 %, 2005 bei 10,9 % und 2007 bei 8,6 % (<http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/erwerbsstaetigkeit/landesdaten/arbeitsmarkt-sv-beschaefigte/arbeitslose-jahresdurchschnitt/index.html>).

Abbildung 13: Erwerbssituation, 2003 - 2007 ($N_{2003}=13.666$, $N_{2005}=6.835$, $N_{2007}=11.069$)



Die Verschuldungssituation der Klienten stellt sich im Jahre 2007 etwas schlechter dar als in den Jahren 2003 und 2005. Während in den Jahren 2003 und 2005 ein ähnliches Niveau bzw. sogar eine leicht positive Entwicklung der Verschuldung (keine Schulden von 57 % auf 58 %) zu verzeichnen war, fällt der Anteil der nicht verschuldeten Personen in den letzten zwei Jahren um fast 3 Prozentpunkte auf 55 % (siehe Abbildung 14). Mit jeweils 3-4 % spielen die Schulden aufgrund von Immobilienbesitz nur eine untergeordnete Rolle. In 2007 machen die Klienten mit sonstigen Schulden 41 % aus und nehmen damit im Vergleich zu den Vorjahren leicht zu.

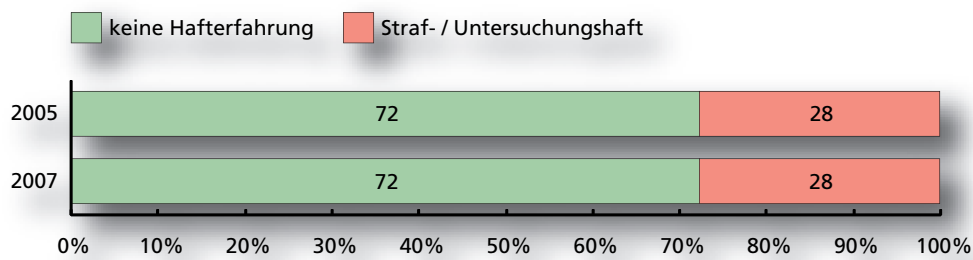
Abbildung 14: Schulden, 2003 – 2007 ($N_{2003}=5.217$, $N_{2005}=10.449$, $N_{2007}=10.908$)



Wie der Abbildung 15 zu entnehmen ist, haben fast drei Viertel (72 %) der Klienten im Jahre 2007 keine Hafterfahrung, während etwas mehr als ein Viertel (28 %) schon einmal in Straf- oder Untersuchungshaft gewesen war. Bis auf ein zehntel Prozentpunkt ist diese Verteilung im Jahre 2005 identisch gewesen.¹⁵

¹⁵ Vor dem Hintergrund einer Überarbeitung des Hessischen Kerndatensatzes in 2004, bei der u. a. die Dokumentation der Hafterfahrung geändert wurde, ist eine sinnvolle Auswertung der Angaben zur Hafterfahrung erst ab dem Auswertungsjahr 2005 möglich.

Abbildung 15: Hafterfahrung, 2005 – 2007 ($N_{2005}=11.375$, $N_{2007}=12.292$)



Substanzspezifische Trends

In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Trends bei der soziodemografischen und sozialen Situation der Hauptdiagnosegruppen Alkohol, Opiate und Cannabis dargestellt. Hier kann bereits vorweggenommen werden, dass die Unterschiede zwischen den drei Hauptdiagnosegruppen größer sind als Auffälligkeiten im Trend innerhalb einer Gruppe.

Beispielsweise stellt sich die Erwerbs- und Wohnsituation der Alkoholklientel deutlich positiver dar als diejenige der Opiatabhängigen. Diesbezüglich sei auf die schon veröffentlichten *COMBASS*-Berichte der Jahre 2003 und 2004 verwiesen, in denen substanzspezifische Abweichungen herausgearbeitet worden sind.

Nichtsdestotrotz sollen aber hier die Trends der genannten Hauptdiagnosegruppen vorgestellt werden, weil auch der Sachverhalt, dass es viele Kontinuitäten und nur wenige Veränderungen gibt, eine wichtige Erkenntnis für Praxis und Politik sein kann.

In der Hauptdiagnosegruppe Alkohol beträgt im Jahr 2007 der Anteil von Frauen 26 %, das Durchschnittsalter liegt bei 45,0 Jahren und bei 93 % dieser Klientel handelt es sich um Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft. Diese soziodemografischen Merkmale sind seit 2003 weitgehend stabil, wie die folgende Tabelle 4 zeigt.

Tabelle 4: Soziodemografische Situation der Hauptdiagnosegruppe Alkohol

	2003 %	2005 %	2007 %
<i>Geschlecht</i>			
Frauen	25	25	26
Männer	75	75	74
Gesamt (N)	5.117	5.399	5.760
<i>Alter</i>			
Ø (Jahre)	44,7	44,8	45,0
Gesamt (N)	5.087	5.386	5.744
<i>Nationalität</i>			
Deutschland	95	94	93
EU	2	2	3
andere Ausländer (inkl. staatenlos)	3	4	4
Gesamt (N)	4.937	5.239	5.515

Auch bei der sozialen Situation sind bei der Hauptdiagnosegruppe Alkohol kaum nennenswerte Veränderungen im betrachteten Zeitraum erkennbar: So befinden sich nach wie vor im Jahr 2007 etwa 80 % in einer selbstständigen Wohnsituation, um die 40 % verfügen über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz und über 40 % besitzen einen höheren Schulabschluss als den der Hauptschule (siehe Tabelle 5). Ferner ist etwa ein Viertel der Alkoholklientel verschuldet (ohne Berücksichtigung von Immobilienschulden) und 9 % waren schon einmal in Straf- oder Untersuchungshaft.

Tabelle 5: Soziale Situation der Hauptdiagnosegruppe Alkohol

	2003 %	2005 %	2007 %
<i>Wohnsituation</i>			
Selbstständiges Wohnen	84	80	80
Bei Angehörigen/Eltern	8	7	7
Betreutes Wohnen	2	3	3
Prekäre Wohnsituation	3	3	3
sonstiges	3	7	7
Gesamt (N)	4.928	5.339	5.668
<i>Erwerbssituation*</i>			
Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden	45	39	39
arbeitslos/erwerbslos	53	/	/
ALG I	/	14	10
ALG II	/	31	34
SGB XII	/	3	4
berufliche Rehabilitation	2	1	1
sonstige	/	12	12
Gesamt (N)	4.858	2.090	3.499
<i>Schulabschluss</i>			
ohne Schulabschluss abgegangen	5	5	6
Sonderschulabschluss	2	2	2
Hauptschul-/Volksschulabschluss	52	49	47
Realschulabschluss/Polytechn. Oberschule	25	27	27
(Fach-)Abitur	10	10	11
Hochschulabschluss	6	6	6
anderer Schulabschluss	0,4	1	1
Gesamt (N)	4.335	5.040	5.258
<i>Schuldensituation</i>			
keine Schulden	69	66	64
sonstige Schulden	25	27	28
Schulden hinsichtlich Immobilienbesitz	6	7	8
Gesamt (N)	1.833	3.570	3.579
<i>Hafterfahrung**</i>			
keine Hafterfahrung	/	91	91
in Straf- und Untersuchungshaft	/	9	9
Gesamt (N)	/	3.755	3.975

* Veränderung der Kriterien der Erwerbssituation seit der HARTZ IV-Reform (2005).

** Aufgrund einer Überarbeitung des Hessischen Kerndatensatzes in 2004 erst ab 2005 ausgewiesen.

Bei der Hauptdiagnosegruppe Opiate werden ebenfalls nur wenige Veränderungen sichtbar, wenn die Zeit von 2003 bis 2007 ausgewertet wird. An erster Stelle sei hier die kontinuierliche Zunahme des Altersdurchschnitts von 33,3 Jahre (2003) auf 36,4 Jahre (2007) genannt (siehe Tabelle 6). Die Daten für die Geschlechterverteilung und die Nationalität stellen sich dagegen unverändert dar: Etwa drei Viertel sind männliche Personen und um die 15 % nicht-deutsche Klienten.

Tabelle 6: Soziodemografische Situation der Hauptdiagnosegruppe Opiate

	2003 %	2005 %	2007 %
<i>Geschlecht</i>			
Frauen	26	27	26
Männer	74	73	74
Gesamt (N)	3.642	4.634	4.929
<i>Alter</i>			
Ø (Jahre)	33,3	35,3	36,4
Gesamt (N)	3.636	4.623	4.843
<i>Nationalität</i>			
Deutschland	85	84	84
EU	5	5	5
andere Ausländer (inkl. staatenlos)	10	11	11
Gesamt (N)	3.543	4.543	4.833

Als Zweites zeichnet sich bei der Wohnsituation ein bemerkenswerter Trend ab: Der Anteil derjenigen Opiatabhängigen in einer selbstständigen Wohnform nimmt zu (von 57 % auf 65 %), während sich der Anteil derjenigen reduziert, die bei Angehörigen oder den Eltern wohnen (von 20 % auf 13 %) (siehe Tabelle 7). Dies dürfte u. a. mit der Zunahme des Alters dieser Klientel zusammenhängen. Bei den anderen sozialen Kriterien sind keine Verschiebungen auszumachen: So stellt sich der Anteil der Transferleistungsempfänger (ALG I, ALG II, SGB XII) seit der im Jahr 2005 in Kraft getretenen HARTZ-IV-Reform im Großen und Ganzen gleich dar. Auch beim Schulabschluss sowie der Schulden- und Haftsituation lassen sich keine Auffälligkeiten erkennen.

Tabelle 7: Soziale Situation der Hauptdiagnosegruppe Opiate

	2003 %	2005 %	2007 %
<i>Wohnsituation</i>			
Selbstständiges Wohnen	57	60	65
Bei Angehörigen/Eltern	20	15	13
Betreutes Wohnen	8	8	6
Prekäre Wohnsituation	10	11	10
sonstiges	5	6	6
Gesamt (N)	3.506	4.599	4.904
<i>Erwerbssituation*</i>			
Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden	27	18	19
arbeitslos/erwerbslos	69	/	/
ALG I	/	9	7
ALG II	/	56	57
SGB XII	/	10	9
berufliche Rehabilitation	4	1	2
sonstige	/	6	6
Gesamt (N)	3.379	2.101	2.950
<i>Schulabschluss</i>			
ohne Schulabschluss abgegangen	14	14	16
Sonderschulabschluss	2	2	2
Hauptschul-/Volksschulabschluss	53	53	52
Realschulabschluss/Polytechn. Oberschule	23	23	22
(Fach-)Abitur	6	6	6
Hochschulabschluss	1	1	1
anderer Schulabschluss	1	1	1
Gesamt (N)	3.045	4.338	4.684
<i>Schuldensituation</i>			
keine Schulden	43	43	42
sonstige Schulden	56	56	57
Schulden hinsichtlich Immobilienbesitz	1	1	1
Gesamt (N)	1.118	3.255	3.536
<i>Hafterfahrung**</i>			
keine Hafterfahrung	/	47	48
in Straf- und Untersuchungshaft	/	53	52
Gesamt (N)	/	3.600	3.980

* Veränderung der Kriterien der Erwerbssituation seit der HARTZ IV-Reform (2005).

** Aufgrund einer Überarbeitung des Hessischen Kerndatensatzes in 2004 erst ab 2005 ausgewiesen.

Auch bei der Cannabisklientel sind nur wenige Veränderungen zu beobachten: Der Anteil der männlichen Klienten hat seit 2003 leicht zugenommen und das Durchschnittsalter ist von 23,2 Jahre auf 25,7 Jahre angestiegen (siehe Tabelle 8). Bei der Nationalität gibt es dagegen gleich bleibende Anteile von Klienten ohne deutsche Staatsbürgerschaft (ca. 15 %).

Tabelle 8: Soziodemografische Situation der Hauptdiagnosegruppe Cannabis

	2003 %	2005 %	2007 %
<i>Geschlecht</i>			
Frauen	15	13	12
Männer	85	87	88
Gesamt (N)	1.279	1.629	1.907
<i>Alter</i>			
Ø (Jahre)	23,2	24,1	25,7
Gesamt (N)	1.275	1.623	1.826
<i>Nationalität</i>			
Deutschland	86	86	85
EU	3	3	4
andere Ausländer (inkl. staatenlos)	11	11	11
Gesamt (N)	1.253	1.597	1.854

Bei der Wohnsituation zeigt sich eine ähnliche Entwicklung wie bei den Opiatabhängigen: Der Anteil in der Kategorie „selbstständiges Wohnen“ hat zugenommen, während im Beobachtungszeitraum im gleichen Maße der Anteil bei der Kategorie „Angehörige/Eltern“ gesunken ist (siehe Tabelle 9). Auch hier dürfte ein Grund in dem zunehmenden Alter der Cannabisklientel liegen. Bei den anderen sozialen Merkmalen sind kaum Veränderungen zu verzeichnen.

Tabelle 9: Soziale Situation der Hauptdiagnosegruppe Cannabis

	2003 %	2005 %	2007 %
<i>Wohnsituation</i>			
Selbstständiges Wohnen	33	36	45
Bei Angehörigen/Eltern	52	48	40
Betreutes Wohnen	6	5	6
Prekäre Wohnsituation	3	3	3
sonstiges	6	8	6
Gesamt (N)	1.195	1.610	1.891
<i>Erwerbssituation*</i>			
Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden	56	57	54
arbeitslos/erwerbslos	40	/	/
ALG I	/	6	6
ALG II	/	25	29
SGB XII	/	3	2
berufliche Rehabilitation	4	1	2
sonstige	/	8	7
Gesamt (N)	1.124	826	1.461
<i>Schulabschluss</i>			
ohne Schulabschluss abgegangen	16	14	14
Sonderschulabschluss	2	2	2
Hauptschul-/Volksschulabschluss	45	46	44
Realschulabschluss/Polytechn. Oberschule	27	29	28
(Fach-)Abitur	8	7	9
Hochschulabschluss	2	2	2
anderer Schulabschluss	0,5	0,5	0,4
Gesamt (N)	916	1.292	1.607
<i>Schuldensituation</i>			
keine Schulden	75	80	76
sonstige Schulden	24	19	23
Schulden hinsichtlich Immobilienbesitz	1	1	1
Gesamt (N)	425	1.170	1.337
<i>Hafterfahrung**</i>			
keine Hafterfahrung	/	89	87
in Straf- und Untersuchungshaft	/	11	13
Gesamt (N)	/	1.344	1.615

* Veränderung der Kriterien der Erwerbssituation seit der HARTZ IV-Reform (2005).

** Aufgrund einer Überarbeitung des Hessischen Kerndatensatzes in 2004 erst ab 2005 ausgewiesen.

In Anspruch genommene Betreuungen

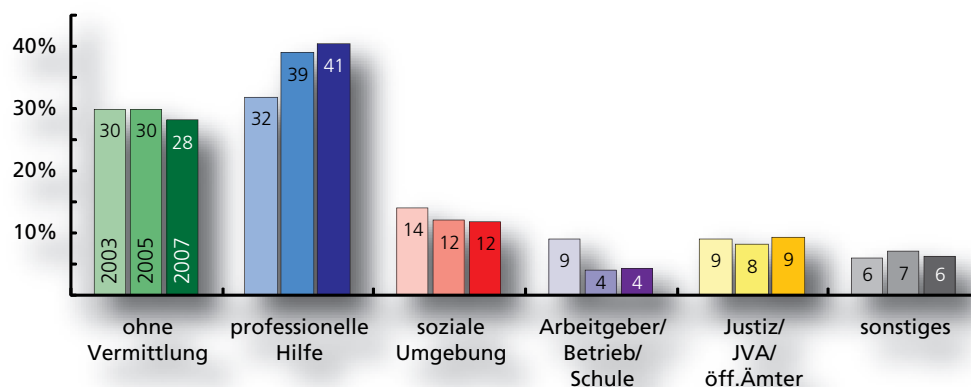
Im Projekt COMBASS werden drei Hilfebereiche unterschieden: „Ambulante Beratung“, „Betreutes Wohnen“ und „Arbeitsprojekte“. Wie in den Vorjahren hat 2007 mit 93 % der weit überwiegende Teil der Betreuungen im Hilfesegment Ambulante Beratung stattgefunden. Dieser Anteil ist exakt genau so hoch wie in den Jahren 2003 und 2005. 5 % der Betreuungen wurden im Bereich Betreutes Wohnen und 1 % im Bereich Arbeitsprojekte durchgeführt. Auch diese Anteile sind nahezu identisch mit denen der Vorjahre.

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

Veränderungen sind im Hinblick auf die Art und Weise, wie die Betreuungen der Klientinnen und Klienten in den letzten vier Jahren zustande kamen, festzustellen. Wie Abbildung 16 zeigt, ist zwischen 2003 und 2007 der Anteil derjenigen Betreuungen, die durch professionelle Angebote (z. B. andere Einrichtungen der Suchthilfe oder ärztlich-medizinische Institutionen) vermittelt worden sind, von 32 % auf 41 % deutlich angestiegen. Gleichzeitig ist ein Rückgang der Betreuungen, die durch Arbeitgeber, den Betrieb oder die Schule eingeleitet wurden, zu beobachten. Ein Großteil dieser Veränderung hat sich allerdings bereits bis zum Jahr 2005 vollzogen. Die Werte für die übrigen Kategorien sind hingegen weitgehend konstant. Dies betrifft trotz eines aktuellen geringfügigen Rückgangs auf 28 % auch den Anteil der Betreuungen, die ohne jede Vermittlung, also aus eigener Motivation des Klienten begonnen wurden. Aktuell 12 % der Betreuungen kamen durch die Familie oder Freunde (soziale Umgebung) des Klienten zustande, und jeweils 8 % bis 9 % wurden durch öffentliche Stellen wie JVA's oder Ämter vermittelt.

Abbildung 16: Vermittlung in die betreuende Einrichtung, 2003 – 2007

(N₂₀₀₃=13.556, N₂₀₀₅=15.442, N₂₀₀₇=15.595)

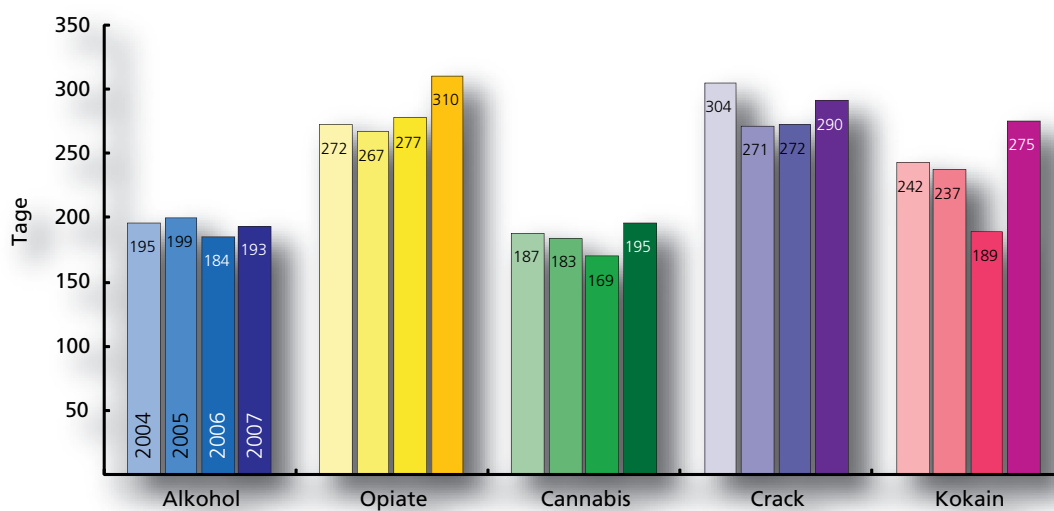


Bei der Analyse der Betreuungsdauer der einzelnen Hauptdiagnosegruppen zeigen sich im betrachteten Zeitraum diverse Veränderungen.¹⁶ Weiterhin dauert die Betreuung der Opiat- sowie der Crackklientel im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen am längsten. Der Durchschnittswert für Opiatklienten ist dabei nach den relativ konstanten Werten der Vorjahre

¹⁶ Das Jahr 2003 wurde nicht in diese Trendbetrachtung mit einbezogen, weil es hier möglicherweise noch eine geringfügige Verzerrung durch den unterschiedlichen Beginn der Dokumentation in den Einrichtungen geben kann. Dafür sind in Abb. 17 im Unterschied zu den übrigen Grafiken auch die Ergebnisse der Jahre 2004 und 2006 dargestellt.

im Jahr 2007 von 277 auf 310 Tage angestiegen (siehe Abbildung 17). Auch die Betreuungsdauer der Crackklienten ist aktuell um 18 Tage auf 290 Tage angestiegen, bei den Kokainkonsumenten sogar um 86 Tage¹⁷. Ebenfalls, auf nunmehr 195 Tage, angewachsen ist – allerdings nach einem Rückgang in den Vorjahren – der Wert für die Cannabiskonsumenten. Nahezu konstant ist hingegen die durchschnittliche Betreuungsdauer der Alkoholklientel. Diese weist mit 193 Tagen mittlerweile den niedrigsten Wert aller Hauptdiagnosegruppen auf. Abgesehen von den Alkoholklienten ist die Betreuungsdauer im Jahr 2007 also in allen Gruppen angestiegen, besonders deutlich bei den Opiatklienten.

Abbildung 17: Durchschnittliche Betreuungsdauer (Mittelwerte in Tagen) nach Hauptdiagnose (ICD-10), abgeschlossene Betreuungen, 2004 – 2006
($N_{2004}=7.158$, $N_{2005}=7.536$, $N_{2006}=7.292$, $N_{2007}=7.895$)



Zentrale Betreuungsformen

Im nächsten Auswertungsschritt wird die Entwicklung bei den zentralen Betreuungsformen der ambulanten Suchthilfe in Hessen betrachtet. Hierbei handelt es sich um die folgenden Betreuungstypen, die kurz erläutert werden sollen.¹⁸

¹⁷ Bei den Veränderungen für diese beiden Hauptdiagnosegruppen ist die jeweils relativ geringe Fallzahl zu berücksichtigen.

¹⁸ Quelle: Manual zum Biografie- und Leistungskatalog der ambulanten Suchthilfe in Hessen (Version 4.2).

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.

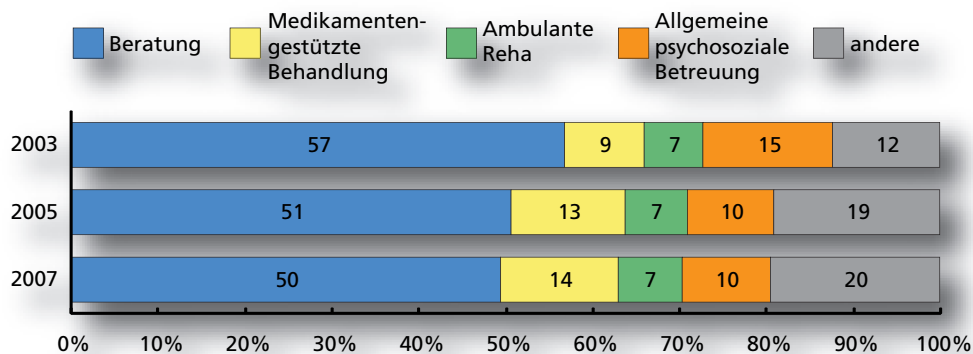
Die Beratung ist seit 2003 die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform; im Jahr 2007 liegt der Anteil bei 50 % (siehe Abbildung 18). Zweithäufigste Betreuungsform ist mit 14 % mittlerweile die Medikamentengestützte Behandlung. Die Allgemeine Psychosoziale Betreuung liegt mit 10 % an dritter und die Ambulante Rehabilitation mit 7 % an vierter Stelle. In der Kategorie „Sonstige“, die aktuell 20 % der Betreuungen umfasst, werden verschiedene andere Betreuungsarten, z. B. Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung, schulische und berufliche Integrationshilfen oder Raucherentwöhnung, zusammengefasst.

Die Anteile der Beratung und der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung sind im betrachteten Zeitraum um 7 bzw. 5 Prozentpunkte gesunken, wobei sich diese Rückgänge jeweils bis zum Jahr 2005 vollzogen hatten und seitdem konstant sind. Relativ deutlich angestiegen ist hingegen der Anteil der Medikamentengestützten Behandlung (Psychosoziale Betreuung Substituierter) von 9 % auf 14 %. Diese Entwicklung geht weitgehend mit der leichten Zunahme des Anteils der Hauptdiagnosegruppe Opiate einher (siehe vorne). Die Ambulante Rehabilitation weist dagegen

stabile Anteile auf. Der Bedeutungsgewinn der Kategorie „Sonstige“ von 12 % auf 20 % dürfte mit einer zunehmenden Ausdifferenzierung der Betreuungsangebote zusammenhängen.

Abbildung 18: Wichtigste Betreuungsformen, 2003 – 2007

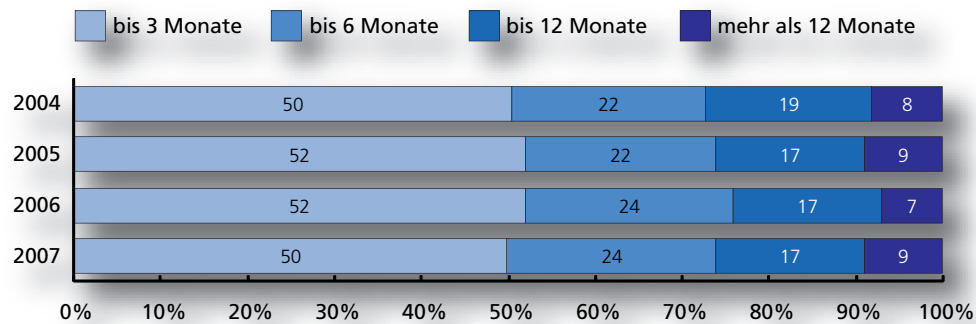
(N₂₀₀₃=15.097, N₂₀₀₅=19.843, N₂₀₀₇=21.114)



Im Folgenden wird – klassifiziert nach vier Kategorien der Betreuungsdauer – ein differenzierter Blick auf die drei häufigsten Betreuungsformen geworfen: Beratung, Allgemeine Psychosoziale Betreuung und Medikamentengestützte Behandlung. Dies erfolgt auf der Grundlage abgeschlossener Betreuungen über einen Zeitraum von vier Auswertungsjahren.¹⁹ Was die meistgenutzte Betreuungsform, die Beratung, betrifft, zeigt sich zwischen 2004 und 2007 eine ähnliche Verteilung (siehe Abbildung 19). Jeweils etwa die Hälfte der Beratungen dauern nicht länger als 3 Monate, etwas über 20 % der Beratungen fallen in die Kategorie „4 bis zu 6 Monate“, und auf jeweils etwas geringere Werte kommen die Beratungen, die 7 bis 12 Monate dauern. Langfristige Beratungen (>12 Monate) machen hingegen nur einen Anteil von unter 10 % aus. 2007 ist dieser Wert leicht angestiegen, während kurzzeitige Beratungen (bis 3 Monate) leicht zurückgegangen sind.

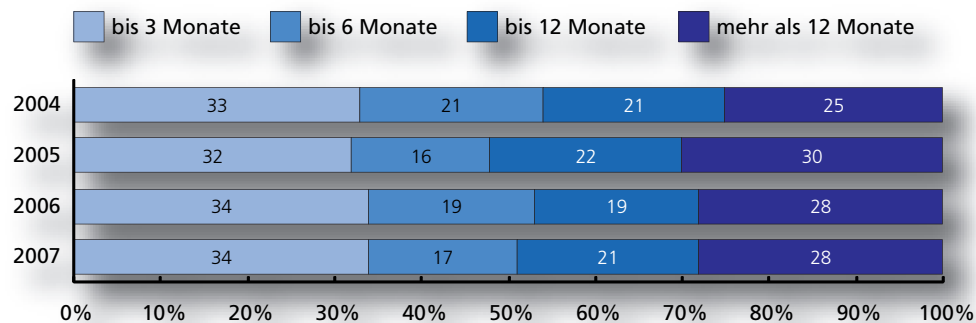
¹⁹ Auch hier wurde das Jahr 2003 aus dem bereits genannten Grund nicht in die Trendbetrachtung mit einbezogen.

Abbildung 19: Beratung: Betreuungsdauer abgeschlossener Betreuungen, 2004 – 2007, gleiche Einrichtung (N=87) (N₂₀₀₄=6.051, N₂₀₀₅=5.693, N₂₀₀₆=5.647, N₂₀₀₇=5.899)



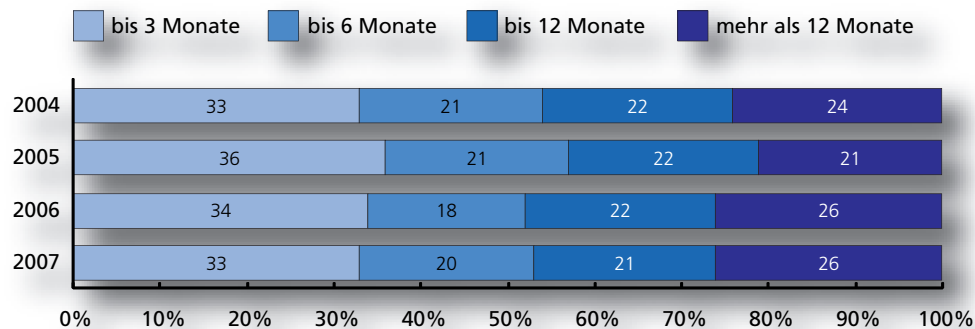
Bei der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung zeigt sich ein etwas anderes Muster der Inanspruchnahme als bei der Beratung: Mit 25 % bis 30 % werden vergleichsweise viele Personen bei dieser Betreuungsform länger als ein Jahr betreut (siehe Abbildung 20). Der Anteil der „Kurzzeit-Betreuten“ (bis 3 Monate) beträgt hier ungefähr ein Drittel. Auch hier ergeben sich keine nennenswerten Veränderungen im Vier-Jahres-Zeitraum.

Abbildung 20: Allgemeine Psychosoziale Betreuung: Betreuungsdauer abgeschlossener Betreuungen, 2004 – 2007, gleiche Einrichtung (N=87) (N₂₀₀₄=1.075, N₂₀₀₅=803, N₂₀₀₆=752, N₂₀₀₇=731)



Die Betreuungsdauer stellt sich bei der Medikamentengestützten Behandlung ähnlich dar wie bei der vorgenannten Betreuungsform: Rund ein Viertel aller Substitutionsbehandlungen dauern länger als ein Jahr und etwa ein Drittel bis zu 3 Monate (siehe Abbildung 21). Auch hier sind lediglich geringfügige Schwankungen innerhalb der letzten vier Jahre zu beobachten, die keinen eindeutigen Trend anzeigen.

**Abbildung 21: Medikamentengestützte Behandlung: Betreuungsdauer abgeschlossener
Betreuungen, 2004 – 2007, gleiche Einrichtung (N=87)**
(N₂₀₀₄=683, N₂₀₀₅=1.218, N₂₀₀₆=994, N₂₀₀₇=1.314)



Diese Zahlen zur Betreuungsdauer korrespondieren weitgehend mit den unterschiedlichen Konzepten der Betreuungsformen: Während die Beratung zumeist kurz- bis mittelfristig angelegt ist, sind die Allgemeine Psychosoziale Betreuung und die Medikamentengestützte Behandlung eher langfristig ausgerichtet.

Formen Medikamentengestützter Behandlung

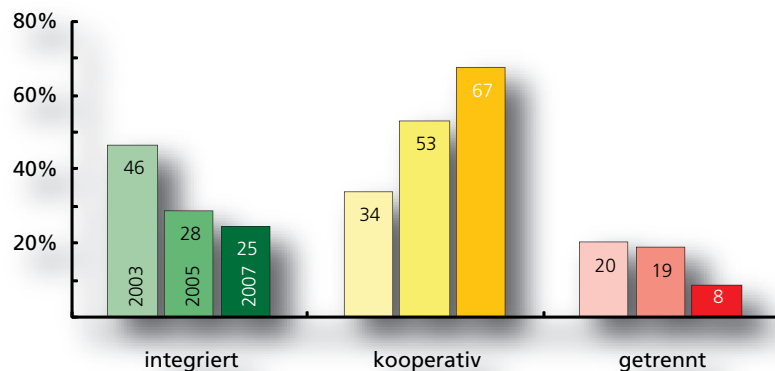
Im Hessischen Kerndatensatz wird zwischen drei verschiedenen Formen der Medikamentengestützten Behandlung (Psychosoziale Betreuung Substituierter) unterschieden:²⁰

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

Wird eine Auswertung über diese drei Untertypen vorgenommen, zeigt sich seit 2003 ein eindeutiger Trend zugunsten der kooperativen Form: Der Anteil dieses Betreuungstyps stieg in den einbezogenen Einrichtungen von 34 % auf 67 % im Jahr 2007 (siehe Abbildung 22). Gleichzeitig ist in diesem Zeitraum die Bedeutung der beiden anderen Typen zurückgegangen. 2007 wurden noch 8 % der Substituierten in der getrennten und 25 % in der integrierten Form betreut.

²⁰ Quelle: Manual zum Biografie- und Leistungskatalog der ambulanten Suchthilfe in Hessen (Version 4.2).

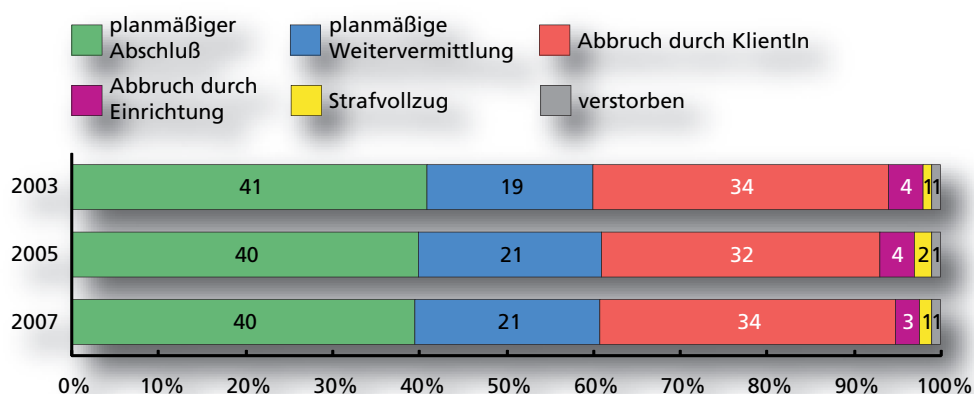
Abbildung 22: Formen der Medikamentengestützten Behandlung, abgeschlossene Betreuungen, 2003 - 2007, gleiche Einrichtungen (N=88) (N₂₀₀₃=427, N₂₀₀₅=987, N₂₀₀₇=1.015)



Betreuungsende

Abschließend werden einige Trenddaten zum Betreuungsende präsentiert. Dabei wird deutlich, dass sich das Beendungsverhalten der Klienten im Verlauf der betrachteten drei Jahre so gut wie nicht verändert hat: Etwa 40 % aller Betreuungen sind planmäßig abgeschlossen worden (siehe Abbildung 23). Bei weiteren 20 % der Betreuungen wurden die Klienten planmäßig in andere Einrichtungen weitervermittelt. Dementsprechend wurden zusammengekommen in jedem Jahr seit 2003 rund 60 % der Betreuungen regulär beendet. Jeweils etwa ein Drittel der Betreuungsverhältnisse wurde durch den Klienten abgebrochen, und lediglich 3 %-4 % der Betreuungen wurden durch die Einrichtung abgebrochen.

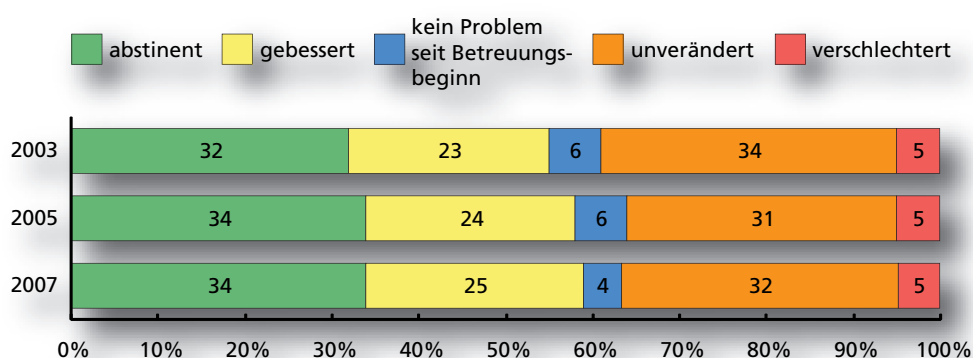
Abbildung 23: Beendigungsgrund der Betreuungen, 2003 – 2007
(N₂₀₀₃=8.024, N₂₀₀₅=9.653, N₂₀₀₇=10.003)



Was den Konsumstatus am Ende der Betreuung betrifft, so lebt etwa jeder dritte Klient am Ende der Betreuung abstinent (siehe Abbildung 24).²¹ Bei 23 % bis 25 % der Klienten hat sich während der Betreuung eine Verbesserung ihres Konsumverhaltens eingestellt. Bei rund einem Drittel der Hilfesuchenden stellt sich dieses unverändert dar. Für jeweils 5 % der Klienten wurde über eine Verschlechterung des Konsumstatus berichtet, und für etwa ebenso viele wurde kein Problem seit Betreuungsbeginn festgestellt. Auch diese Anteile haben sich in der Trendbetrachtung nur in geringem Maße geändert. Hervorzuheben ist aber, dass der Gesamtwert für Klienten, bei denen eine Verbesserung des Konsumstatus beobachtet wurde („abstinent“ und „gebessert“ zusammengerechnet), im Jahr 2007 im Vergleich zu 2003 immerhin um vier Prozentpunkte höher liegt.

Abbildung 24: Konsumstatus am Ende der Betreuung, 2003 – 2007

(N₂₀₀₃=7.704, N₂₀₀₅=8.793, N₂₀₀₇=9.005)



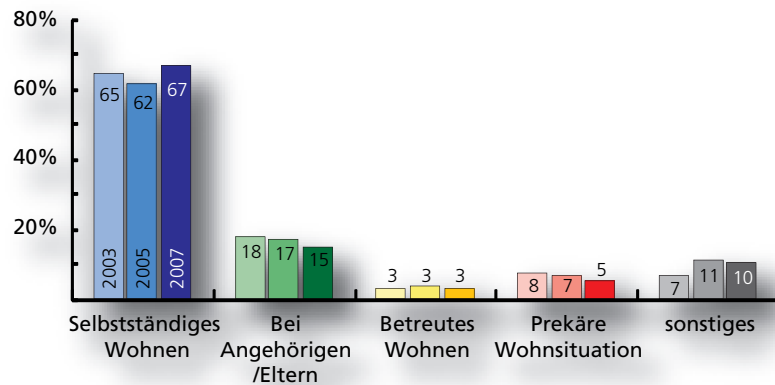
Die beiden folgenden Auswertungen zur Situation bei Betreuungsende erfolgen erstmalig im Rahmen der COMBASS-Berichterstattung.²² Im Hinblick auf die Wohnsituation zeigen sich keine Veränderungen, die in eine bestimmte Richtung weisen: Etwa zwei Drittel der Klienten wohnen zum Zeitpunkt des Abschlusses der Betreuung selbstständig und jede sechste bis siebte Person bei den Eltern; konstant 3 % befinden sich in einer Einrichtung des Betreuten Wohnens (siehe Abbildung 25). Positiv zu erwähnen ist, dass der Anteil derjenigen, die in einer prekären Wohnsituation leben, zwischen 2003 und 2007 von 8 % auf 5 % zurückgegangen ist.

²¹ Die an der deutschen Suchthilfestatistik orientierte grobe Zuordnung des Konsumstatus bei Betreuungsende eignet sich nur eingeschränkt als Indikator für die Leistungsfähigkeit der Suchthilfe. Um Aussagen über die Wirkung der Hilfemaßnahmen treffen zu können, wäre eine Präzisierung der Dokumentationsvorschriften sowie eine Differenzierung nach der Ausgangssituation und den Betreuungszielen der Klientel erforderlich. Die nachstehende Auswertung steht insofern unter dem Vorbehalt, dass sie allenfalls Hinweise auf den Abstinenzstatus, nicht jedoch auf das Erreichen differenzierter Behandlungsziele (z. B. Beikonsumfreiheit bei Substitutionsbehandlungen) gibt.

²² Die im Folgenden dargestellten Werte sind nicht mit den entsprechenden Angaben zur Wohnsituation über alle Klienten (siehe vorne) vergleichbar, da sie sich erstens auf die Anzahl der beendeten Betreuungen beziehen, und zweitens betreuungs- und nicht klientenbezogen erhoben worden sind.

Abbildung 25: Wohnsituation am Ende der Betreuung, 2003 - 2007

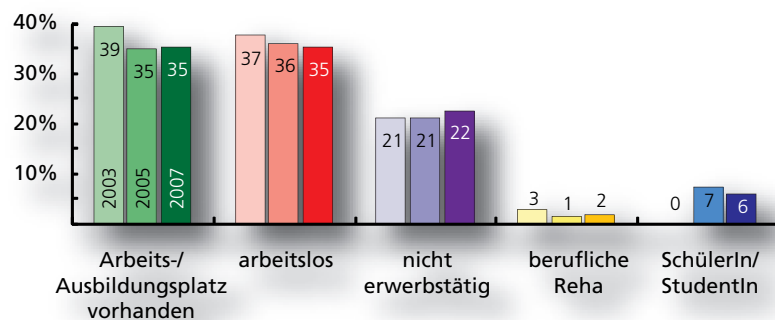
(N₂₀₀₃=7.224, N₂₀₀₅=8.092, N₂₀₀₇=7.978)



35 % der Klienten sind im Jahr 2007 bei Abschluss der Betreuung erwerbstätig, und ein gleich großer Anteil ist arbeitslos (siehe Abbildung 26). Etwas mehr als ein Fünftel (22 %) sind „nicht erwerbstätig“ (z. B. erwerbsunfähig), und rund 2 % befinden sich in beruflicher Rehabilitation. Trotz kleinerer Verschiebungen, die u. a. dadurch bedingt sein können, dass es die Kategorie „Schüler/Student“ im Jahr 2003 noch nicht gab, stellt sich die Erwerbssituation bei Betreuungs-ende seit 2003 als weitgehend konstant dar.

Abbildung 26: Erwerbssituation am Ende der Betreuung, 2003 - 2007

(N₂₀₀₃=6.466, N₂₀₀₅=8.060, N₂₀₀₇=8.098)



Angehörige

Der relative Anteil der Angehörigen an der Gesamtklientel der ambulanten Suchthilfe ist seit dem Jahr 2003 von 9 % auf 5 % im Jahr 2007 gesunken (siehe Tabelle 10). Im Jahr 2005 waren es 6 %. Absolut betrachtet ist die Anzahl betreuter Angehöriger von 1.645 (2003) auf 1.089 (2007) zurückgegangen. Auch die Anzahl dokumentierter anonymer Kontakte mit Angehörigen ist im beobachteten Zeitraum (leicht) gesunken: von 1.006 im ersten Betrachtungsjahr auf 754 im Jahr 2005, um dann in 2007 wieder auf 944 anzusteigen.

Diese Entwicklung bei der Beratung von Angehörigen ist eine der auffälligsten Veränderungen seit 2003. Sie dürfte darauf zurückzuführen sein, dass es im Land Hessen im Zuge von Einsparungen zu einer Einschränkung spezifischer Angebote für Angehörige gekommen ist.²³

Tabelle 10: Anteil und Anzahl der Angehörigen, anonyme Kontakte, 2003 – 2007

	2003	2005	2007
Anteil (%)	9	6	5
Anzahl	1.645	1.141	1.089
Anonyme Kontakte	1.006	754	944

Das Geschlechterverhältnis bei den Angehörigen in Hessen ist deutlich anders als bei den Klienten und Klientinnen. Bei etwa 70 % der betreuten Angehörigen handelt es sich um weibliche Personen. Auch wenn es hier leichte Schwankungen in den fünf Jahren gegeben hat, bewegt sich diese Quote in einem begrenzten Rahmen: Sie liegt zwischen 67 % und 74 %.

Auch beim Durchschnittsalter der Angehörigen sind für die Jahre 2003 bis 2007 Schwankungen zu konstatieren, ohne dass sich eine Tendenz in eine bestimmte Richtung abzeichnet. Das mittlere Alter lag in diesem Zeitraum zwischen 43 und 46 Jahren (2003: 43,1; 2004: 44,7; 2005: 43,2; 2006: 46,0; 2007: 44,8).

Die meisten Angehörigen suchen wegen des Cannabis- oder Alkoholkonsums eines Familienangehörigen (Kind, Partner etc.) oder Bekannten eine ambulante Suchthilfeeinrichtung auf. An erster Stelle liegt der Cannabiskonsum dieser so genannten „Index-Klienten“, auch wenn sich seit 2005 der relative Anteil von 43 % auf 35 % reduziert hat (siehe Abbildung 27).²⁴ Es folgt der Alkoholkonsum, wobei hier ebenfalls der entsprechende Anteil gesunken ist: von 37 % im Jahr 2004 auf 29 % im Jahr 2007. Auffällig ist ferner die deutliche Zunahme bei der Hauptsubstanz „Opiate“ im Jahr 2007 auf 17 %.

Bei den anderen Substanzen sind die Werte im betrachteten Zeitraum relativ stabil: Es gibt selten Angehörige, die wegen des Konsums von Ecstasy oder einer anderen „Partydroge“ in eine ambulante Einrichtung kommen (0,4 % bis 1 %). Das Gleiche gilt für Essstörungen (1 % bis 2 %) und Kokain-/Crackkonsum (4 % bis 5 %).

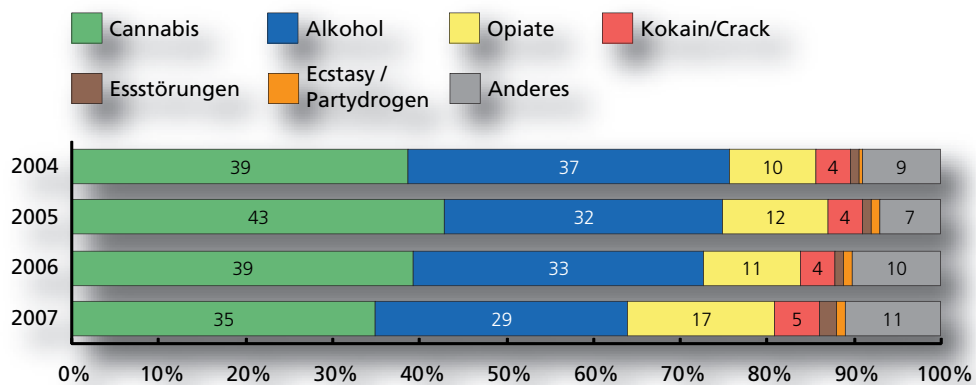
Die Zahlen zum Pathologischen Glücksspielen, die hier unter der Kategorie „Anderes“ subsumiert sind, werden im nächsten Kapitel präsentiert.

²³ Auf dem Workshop der HLS zur COMBASS-Landesauswertung 2006 wurde in einer Arbeitsgruppe über diese Entwicklung bei den Angehörigenzahlen diskutiert. Dabei wurden „Einsparungen“ von den meisten Teilnehmern als Hauptursache genannt. In diesem Zusammenhang berichteten einige Teilnehmer, dass sie aus Kostengründen weniger Einzelberatungen für Angehörige durchführen und stattdessen Angehörigengruppen gegründet haben, deren Arbeit aber nicht mit HORIZONT dokumentiert wird.

²⁴ Im Jahr 2003 wurde die Hauptsubstanz des Index-Klienten noch nicht erhoben. Deshalb erfolgt hier eine Betrachtung, die die Jahre 2004 und 2006 mit einschließt.

Abbildung 27: Hauptsubstanz/-problem der Index-Klienten der Angehörigen, 2004 – 2007

(N₂₀₀₄=726, N₂₀₀₅=688, N₂₀₀₆=535, N₂₀₀₇=604)



Pathologische Glücksspieler

In dieser erstmalig durchgeführten Analyse werden die dokumentierten Daten über betreute Glücksspieler ausgewertet. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass das Thema Glücksspielsucht in den beiden letzten Jahren eine zunehmende Bedeutung in der fachöffentlichen Diskussion erfahren und sich die Politik in einem neuen länderübergreifenden Staatsvertrag verpflichtet hat, verstärkt Prävention, Hilfe und Forschung im Glücksspielbereich zu fördern. Das Land Hessen hat diesbezüglich den Ausbau von speziellen Beratungsstellen beschlossen: 13 der 80 hessischen Suchtberatungsstellen haben zusätzlich eine Personalverstärkung für Präventionsarbeit im Schwerpunkt Glücksspielsucht erhalten. Zur landesweiten Steuerung des Projektes wurde in der HLS-Geschäftsstelle ein Fachreferat für Glücksspielsucht eingerichtet.

Mit dieser Analyse wird das Ziel verfolgt, auf der Grundlage von Daten, die im Rahmen einer Basisdokumentation gewonnen werden, die Glücksspiel-Klientel zu beschreiben und dabei mögliche Besonderheiten zu identifizieren. Diese empirischen Informationen können dann für Diskussionen über die Weiterentwicklung von Beratungs- und Behandlungskonzepten sowie eine bedarfsorientierte Angebotsstruktur genutzt werden.

Die Analyse ist folgendermaßen aufgebaut: Daten über die betreuten Glücksspieler aus dem Jahr 2007 werden den entsprechenden Informationen über die Alkoholklientel gegenübergestellt.²⁵ Hierbei handelt es sich nicht im engeren Sinne um einen Gruppenvergleich, sondern diese Darstellungsform wird gewählt, um mögliche Besonderheiten der Gruppe der Pathologischen Glücksspieler kenntlich zu machen. Insgesamt liegen dieser Analyse die Angaben zu 258 Pathologischen Glücksspielern (PGS) und zu 5.760 Alkoholklienten (AK) zugrunde.²⁶ Im Jahr 2007 haben diese beiden Klientele 279 bzw. 6.327 Betreuungen in Anspruch genommen.

Bei den PGS wurde die ICD-10 Diagnose F63.0 „pathologisches Spielen“ dokumentiert; bei den Alkoholklienten liegen die ICD-10 Diagnosen „Abhängigkeitssyndrom“ oder „schädlicher Konsum“ vor.²⁷

Bevor die einzelnen Daten für das Jahr 2007 vorgestellt werden, soll zunächst ein kurzer Blick auf die Entwicklung in den letzten Jahren geworfen werden.²⁸ Die folgende Tabelle zeigt, dass der Anteil der betreuten PGS in den Jahren 2004 bis 2007 leicht zugenommen hat. Ihr relativer Anteil ist in diesem Zeitraum kontinuierlich von 1,2 % auf 1,8 % angestiegen (siehe Tabelle 11). Die absolute Anzahl von PGS hat sich von 154 auf 258 erhöht. Ebenfalls zugenommen haben der Anteil und die Anzahl von Angehörigen, die wegen Spielproblemen eines Familienmitgliedes, Verwandten oder Bekannten eine ambulante Suchthilfeeinrichtung aufgesucht haben (von 1,7 % auf 5,5 % bzw. von 12 auf 33 Personen).

²⁵ Die Alkoholklientel wurde gewählt, weil es sich bei der Problemsubstanz um eine legale Droge handelt.

²⁶ Es sei daraufhin gewiesen, dass sich eine Einrichtung, die schwerpunktmäßig PGS betreut, nicht an der COMBASS-Auswertung 2007 beteiligt hat.

²⁷ In der Erfassungslogik des Dokumentationsprogramms HORIZONT bestand bislang keine Möglichkeit, Klienten mit einem problematischen, aber noch nicht pathologischen Spielverhalten zu dokumentieren. Es könnte also sein, dass sich unter der PGS-Klientel auch einige Personen mit einem problematischen Spielverhalten befinden. Es könnte aber auch sein, dass die „nur“ problematischen Spieler genau deshalb nicht erfasst werden, da sie die ICD-10 Kriterien nicht erfüllen.

²⁸ Im Jahr 2003 wurde die Hauptsubstanz/-problematik des Index-Klienten noch nicht dokumentiert. Deshalb erfolgt diese zusammenfassende tabellarische Betrachtung erst ab dem Jahr 2004.

Tabelle 11: Anzahl und Anteil der Pathologischen Glücksspieler an der Gesamtklientel, 2004 - 2007

	2004	2005	2006	2007
Anzahl Klienten	154	176	206	258
Anteil Hauptdiagnose (%)	1,2	1,3	1,5	1,8
Anzahl Angehörige wg. PG	12	18	24	33
Anteil Hauptsubstanz Index-Klient (%)	1,7	3,0	4,5	5,5

Darüber hinaus wurde bei einer geringen Anzahl von Personen mit einer anderen Hauptdiagnose zusätzlich eine Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ vergeben. Das war in dem betrachteten Zeitraum pro Jahr bei 17 bis 35 Personen der Fall.²⁹

Soziodemografische und soziale Situation

Bei den betreuten Pathologischen Glücksspielern (PGS) handelt es sich überwiegend um Männer. Ihr Anteil beträgt 92 % (siehe Tabelle 12). Eine solche Dominanz von männlichen Klienten ist auch aus der bundesweiten Suchthilfestatistik (IFT 2008) und Behandlungsstudien über PGS bekannt (siehe hierzu die Übersichten in Meyer & Hayer 2005, Kalke et al. 2008). Bei keiner anderen Hauptdiagnose ist dieser Anteil so hoch; bei der Alkoholklientel beträgt er beispielsweise 74 %.

Die PGS sind im Durchschnitt 38,6 Jahre alt. Dabei sind die Männer im Durchschnitt über 6 Jahre jünger als die Frauen (38,1 zu 44,5 Jahre); bei der zuletzt genannten Gruppe ist jedoch die geringe Fallzahl zu beachten (N=21). Auch bei der Alkoholklientel sind die Frauen älter als ihre männlichen Mitklienten, wobei hier das Durchschnittsalter mit 47,1 (w) bzw. 44,3 Jahren (m) deutlich höher ist.

Auffällig ist der vergleichsweise hohe Anteil von nicht-deutschen Klienten unter den PGS. Jeder Fünfte besitzt die Staatsbürgerschaft eines anderen Staates (21 %). Bei der Alkoholklientel liegt dieser Anteil bei nur 6 %, über alle Klienten hinweg betrachtet beträgt er 11 % (siehe vorne „Trends 2003 bis 2007“).

Die soziale Situation der PGS lässt sich als ambivalent beschreiben: Jeder Dritte von ihnen ist allein lebend (33 %), nur in Ausnahmefällen befinden sie sich in einer prekären Wohnsituation (2 %) und die Arbeitslosenquote ist vergleichsweise gering (26 %), dafür sind aber beinahe drei Viertel verschuldet. Von denjenigen, auf die dieses zutrifft, weisen 37 % eine Schuldenhöhe zwischen 5.000 und 25.000 Euro auf, bei 42 % liegt sie sogar über 25.000 Euro. Beim Schulabschluss lassen sich keine größeren Abweichungen zur Gesamtklientel feststellen (siehe vorne).³⁰

²⁹ 2004: 17 Einzeldiagnosen (ED), 2005: 35 ED, 2006: 31 ED, 2007: 34 ED. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass nicht immer Einzeldiagnosen dokumentiert werden.

³⁰ Die einzige Abweichung besteht beim (Fach-)Abitur: In der Gruppe der PGS beträgt der entsprechende Anteil 14 %, in der Gesamtklientel 9 %.

Tabelle 12: Soziodemografische und soziale Situation der PGS- und Alkoholklientel in 2007

(N_{PGS}=258, N_{AK}=5.760)

	PGS-Klientel %	Alkoholklientel %
männliche Klienten	92	74
Durchschnittsalter (Jahre)	38,6	45,0
nicht-deutsche Klienten	21	6
allein lebend	33	42
prekäre Wohnsituation	2	3
arbeitslos	26	44
Schulden*	73	28

*ohne Berücksichtigung von Immobilienschulden

In ähnlicher Weise wurde die soziale Situation der PGS auch schon in den vorliegenden Behandlungsstudien oder ambulanten Suchthilfestatistiken charakterisiert. Im Vergleich dazu stellt sich diese bei der Alkoholklientel – bis auf die Schulden – insgesamt negativer dar (siehe Tabelle 12). Werden die Daten aus Hessen mit Angaben aus der bundesdeutschen Suchthilfestatistik (IFT 2008) verglichen, zeigen sich wenige Unterschiede: Auffällige Abweichungen sind nur beim Anteil nicht-deutscher Klienten (21 % zu 14 %) und bei der Wohnsituation (Anteil prekär: 2 % zu 5 %) vorhanden (siehe Tabelle 13).³¹

Darüber hinaus sei erwähnt, dass eine Spezialauswertung in Hamburg zu vergleichbaren Ergebnissen hinsichtlich der sozialen Situation von PGS wie in Hessen gekommen ist (Martens et al. 2006).

³¹ Es sei darauf hingewiesen, dass die Daten für Deutschland noch nicht in einem schriftlichen Bericht veröffentlicht worden sind. Die hier präsentierten Daten stammen aus Tabellenbänden, die im Internet zum Herunterladen zur Verfügung gestellt werden (www.suchthilfestatistik.de). Ferner sei angemerkt, dass in die bundesdeutsche Statistik auch die Daten aus Hessen mit eingeflossen sind (Anteil: 12,5 % der Einrichtungen).

Tabelle 13: Soziodemografische und soziale Situation der PGS-Klientel Hessen und Deutschland im Vergleich, 2007, (N_{Hessen}=258, N_{Deutschland}=4.157)

	Hessen %	Deutschland %
männliche Klienten	92	91
Durchschnittsalter (Jahre)	38,6	37,3
nicht-deutsche Klienten	21	14
allein lebend	33	38
prekäre Wohnsituation	2	5
arbeitslos	26	31
Schulden*	73	72

*ohne Berücksichtigung von Immobilienschulden

In Anspruch genommene Betreuungen

Besonderheiten bei der Klientel der PGS lassen sich auch finden, wenn die Betreuungsdaten ausgewertet werden.³²

Zunächst einmal sei festgehalten, dass genau die Hälfte der PGS-Betreuungen im Jahr 2007 begonnen hat (50 %); bei der anderen Hälfte handelt es sich um fortlaufende Betreuungen aus dem vorangegangenen Jahr. Bei der Alkoholklientel beträgt dieses Verhältnis 40 % zu 60 %.

Fast alle PGS haben freiwillig mit der Betreuung in einer ambulanten Suchthilfeeinrichtung begonnen (97 %), nur bei wenigen erfolgt dies auf einer straf- oder zivilrechtlichen Grundlage (3 %, Alkoholklienten: 9 %).³³

Bei den Ergebnissen zur Vermittlung in die Betreuung fällt auf, dass hier an erster Stelle die soziale Umgebung (Familie/Freunde) genannt wird (31 %) (siehe Abbildung 28). Es folgt die Gruppe derjenigen, die aus eigener Motivation („ohne Vermittlung“) eine ambulante Suchthilfeeinrichtung aufgesucht haben (29 %), danach die Kategorie „professionelle Hilfe“ (andere Suchthilfeeinrichtungen, Arztpraxen etc.) mit einem Anteil von 27 %. Andere Vermittlungswege – wie öffentliche Ämter, Arbeitgeber, Schule und anderen – spielen nur eine untergeordnete Rolle.

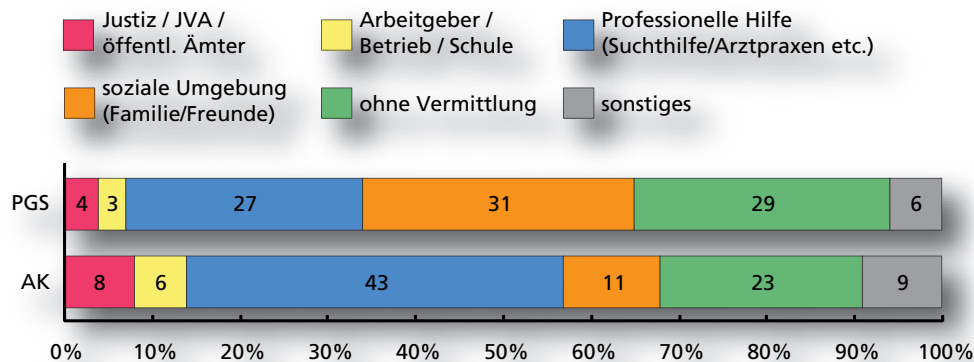
Bei der Alkoholklientel sieht die Vermittlungsstruktur anders aus: Hier liegt an erster Stelle die professionelle Hilfe mit einem Anteil von 43 %; die Vermittlung durch die Familie oder Freunde kommt nur auf einen Anteil von 11 %.

³² In diesem Kapitel werden nur dort bundesweite Vergleichszahlen angegeben, wo es die Systematik des überarbeiteten Deutschen Kerndatensatzes, nach der die Tabellenbände gestaltet sind (IFT 2008), zulässt.

³³ Deutschland (IFT 2008): freiwillige Betreuung: 96 %, straf- oder zivilrechtliche Grundlage: 4 %.

Abbildung 28: Art der Vermittlung der PGS- und Alkoholklientel in eine Betreuung, 2007

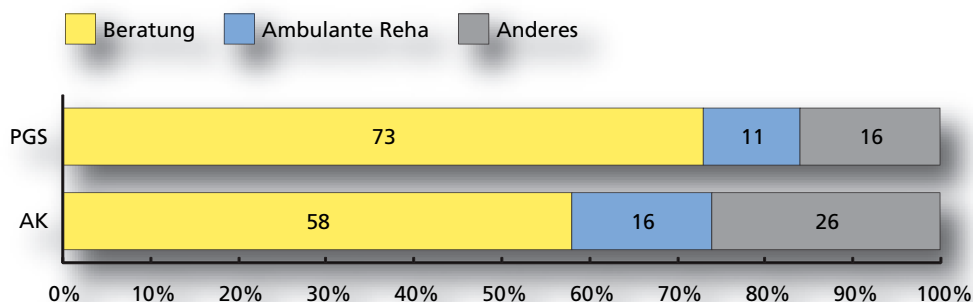
(N_{PGS}=233, N_{AK}=4.830)



Werden die Betreuungsformen betrachtet, zeigt sich, dass die mit Abstand wichtigste Betreuungsform bei der PGS-Klientel die Beratung mit einem Anteil von 73 % ist (siehe Abbildung 29). Etwa jede neunte Person befindet sich in der Ambulanten Rehabilitation (11 %). Andere Betreuungsformen – wie z. B. die Allgemeine Psychosoziale Betreuung, die Ambulante Behandlung oder die Poststationäre Betreuung – werden von insgesamt 16 % der PGS angegeben (zur Definition der Betreuungsformen siehe vorne).

Die entsprechende Auswertung bei der Alkoholklientel ergibt ein anderes Bild: Hier kommt die Beratung auf einen deutlich geringeren Anteil (58 %), während die zusammengefasste Kategorie „Anderes“ auf einen viel höheren Prozentanteil kommt (26 %).

Abbildung 29: Betreuungsformen der PGS- und Alkoholklientel in 2007



Die durchschnittliche Betreuungsdauer – hier werden ausschließlich die abgeschlossenen Betreuungen betrachtet – liegt bei der Klientel der PGS bei 193 Tagen (siehe Tabelle 14).³⁴ Das ist exakt der gleiche Wert wie bei der Alkoholklientel. Der Anteil der „Kurzzeit-Betreuten“ (bis 3 Monate) beträgt bei den PGS 40 %, 15 % werden länger als ein Jahr betreut. Auch bei dieser Betrachtung der Betreuungsdauer nach Klassen zeigen sich keine Unterschiede zu den Alkoholklienten.

³⁴ Deutschland (IFT 2008): 194 Tage im Durchschnitt.

Etwa jeder zweite PGS beendet die Betreuung planmäßig bzw. wird planmäßig weitervermittelt (52 %), bei der Alkoholklientel liegt dieser Wert mit 69 % deutlich darüber.³⁵ Dagegen stellt sich in beiden Gruppen der „Konsumstatus“ bei Betreuungsende gleichermaßen positiv dar: Bei 68 % bzw. 69 % wurde eine Verbesserung des Konsumverhaltens bis hin zur vollkommenen Abstinenz dokumentiert.³⁶

Tabelle 14: Angaben zur Betreuung der PGS- und Alkoholklientel in 2007 (abgeschlossene Betreuungen) ($N_{\text{PGS}}=156$, $N_{\text{AK}}=3.662$)

	PGS-Klientel %	Alkoholklientel %
<i>Betreuungsdauer</i>		
Durchschnitt (Tage)	193	193
bis 3 Monate	40%	39%
4 bis 6 Monate	28%	27%
7 bis 12 Monate	17%	19%
mehr als 12 Monate	15%	15%
<i>Betreuungsende</i>		
planmäßige(r) Abschluss/Vermittlung	52%	69%
Konsumstatus abstinert/verbessert	68%	69%

³⁵ Deutschland (IFT 2008): planmäßig beendet bzw. planmäßig weitervermittelt: 53 %.

³⁶ Deutschland (IFT 2008): abstinert/verbessert: 64 %

IFT, Institut für Therapieforschung (2008). Tabellenbände 2007, www.suchthilfestatistik.de.

Kalke J., Meyer G., Haasen C. & Hayer T. (2008). Glücksspielsucht-Forschung in Deutschland. Stand und Perspektiven, in: Konturen. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen, Heft 1/2008, S. 20-24.

Martens M.-S., Buth S., Neumann E., Kloss M. & Oechsler H. (2006). Statusbericht 2005 der Hamburger Basisdatendokumentation. Auswertungsleistungen und Bericht zur Hamburger Basisdatendokumentation 2005. BADO e. V. (Hrsg.). Ambulante Suchthilfe in Hamburg.

Meyer G. & Hayer T. (2005). Das Gefährdungspotenzial von Lotterien und Sportwetten. Eine Untersuchung von Spielern aus Versorgungseinrichtungen. Abschlussbericht an das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und an die Westdeutsche Lotterie GmbH. Universität Bremen.

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

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
92	Suchthilfezentrum Wildhof - Betreutes Wohnen	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
93	Psychosoziale Beratung und Behandlung für Suchtkranke	Offenbach	Caritasverband Offenbach e.V.
94	Arbeitsprojekt Multiflex	Pfungstadt	Stiftung Waldmühle
95	Betreute Wohngruppe Niedergasse	Pfungstadt	Stiftung Waldmühle
96	Jugend- und Drogenberatung	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.
97	Fachambulanz für Suchtkranke	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.
98	Jugendberatung und Suchthilfe in den Städten Bad Soden, Eschborn, Schwalbach und der Gemeinde Sulzbach	Schwalbach	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
99	Jugend- und Suchtberatungsstelle	Schwalmsstadt	Hephata Hess. Diakoniezentrum e.V.
100	Sucht- und Drogenberatungsstelle	Stadthallendorf	Diakonisches Werk Oberhessen
101	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Rheingau-Taunus-Kreis	Taunusstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
102	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis - Außenstelle für den Hintertaunus	Uisingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
103	Jugend- und Drogenberatungsstelle	Weilburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
104	Psychosoziale Beratungsstelle Wetter	Wetter	Integrative gemeinnützige Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen (IGEA e.V.)
105	Suchthilfe Wetzlar e.V. - Integrierte Jugend- und Suchtberatungsstelle	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
106	Fachambulanz für Suchtkranke	Wiesbaden	Caritasverband Wiesbaden e.V.
107	Suchthilfezentrum Wiesbaden	Wiesbaden	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.



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

*Kompetent durch Erfahrung
Innovativ durch Flexibilität*