

2003

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

– Grunddaten –



Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

Landesauswertung der
Computergestützten Basisdokumentation
der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS)
– Grunddaten 2003 –

Martin Kloss, Jens Kalke, Christian Schütze, Peter Raschke
Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung e.V. (ISD, Hamburg)

Frankfurt am Main, Oktober 2004

Inhalt

Inhalt	4
Vorwort (Silke Lautenschläger, Hessische Sozialministerin)	5
Einführung (Wolfgang A. Schmidt, Hessische Landesstelle für Suchtfragen)	7
Zusammenfassung der Grunddaten	9
Zur Datengrundlage	11
Klientinnen und Klienten	13
Substanzkonsum	17
Soziale Situation	22
Die Betreuungen	26
Anhang: Projektbeschreibung „COMBASS“ (Wolfgang A. Schmidt, Hessische Landesstelle für Suchtfragen)	34

Vorwort

der Hessischen Sozialministerin Silke Lautenschläger



Mit finanzieller Unterstützung des Hessischen Sozialministeriums wurde in den Jahren 2000 und 2001 ein hessenweit einheitliches EDV-gestütztes Dokumentationssystem in der ambulanten Suchthilfe in Hessen eingeführt. Es leistet einen Beitrag zur Qualitätssicherung und mehr Transparenz.

Die vorliegende erste hessenweite Auswertung mit den Daten aus 2003 vermittelt Einsichten über die Klientel der ambulanten Suchthilfe und ihre Hilfsangebote. Mit weiteren jährlichen Analysen zu den Klientinnen und Klienten und den von ihnen in Anspruch genommenen Hilfen wird ein Monitoring der hessischen Suchthilfe ermöglicht. Mit genaueren Kenntnissen über die Menschen, die die hessische Suchthilfe in Anspruch nehmen sowie den angebotenen Hilfen wird eine Grundlage geschaffen, um fundierte Diskussionen über weitere Handlungsbedarfe, Optimierungen und Perspektiven führen zu können.

Die Einführung der computergestützten Basisdokumentation der hessischen Suchthilfe (COM-BASS) konnte nur gelingen, in dem alle beteiligten Organisationen und Personen eng zusammen gearbeitet haben. Maßgeblich zum Erfolg des Projektes hat die Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) beigetragen, der die Projektleitung und Projektdurchführung von COMBASS übertragen worden ist.

Einen Eindruck wie viele Hürden überwunden werden mussten, bis das nun vorliegende Ergebnis präsentiert werden konnte, gibt das Kapitel „Projektbeschreibung“ im Anhang dieser Landesauswertung. Gerade die Anfangszeit war für die Träger und vor allem für die Anwenderinnen und Anwender aufwändig, zeitraubend und voller Tücken. Um diese zusätzlichen Belastungen zu mildern, wurden von der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen Schulungen und Workshops organisiert sowie Hotlines eingerichtet, die vom Hessischen Sozialministerium finanziert wurden. Diese flankierenden Maßnahmen haben mit dazu beigetragen, die Datenqualität zu erhöhen und die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den einzelnen Einrichtungen zu festigen. Den Trägern sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtungen möchte ich an dieser Stelle für ihren langen Atem ein herzliches Dankeschön aussprechen.

Die Zusammenführung der Interessen des Hessischen Sozialministeriums, der Träger, der Wissenschaft sowie der Softwarefirma wurde in der bei der HLS eingerichteten Steuerungsgruppe in effektiver Weise geleistet.

Das Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung in Hamburg (ISD) hat die Auswertung der Daten durchgeführt und die vorliegenden Ergebnisse erstellt. Die praxisnahe und konkrete Hilfestellung der beteiligten Wissenschaftler des Instituts wurde von allen Beteiligten sehr geschätzt.

Ich bin sicher, dass der Bericht von der Fachöffentlichkeit und interessierten Öffentlichkeit mit Interesse wahrgenommen und gelesen werden wird.

Silke Lautenschläger
Hessische Sozialministerin

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

Der vorliegende Bericht stellt für das Land Hessen eine Premiere dar: Erstmals wird eine Suchthilfestatistik für den ambulanten Bereich vorgelegt.¹ Dieser umfasst vor allem die ambulanten Beratungsdienste, das betreute Wohnen und Arbeits- und Beschäftigungsprojekte.² Mit einer solchen Jahresstatistik 2003 können jetzt landesweit empirisch gesicherte Aussagen über die biografische und soziale Situation der Klientinnen und Klienten sowie über die erhaltenen Betreuungen³ getroffen werden. Die bisherigen Schätzungen und Hochrechnungen für den ambulanten Hilfebereich, die auf Erfahrungsberichten oder kleineren Auswertungen basierten, werden damit durch ein qualifiziertes und regelmäßiges Suchthilfe-Monitoring abgelöst.

Die ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hessen arbeiten seit dem Jahr 2000 mit einem modernen EDV-gestützten Dokumentationsprogramm.⁴ Es ist als elektronische Handakte konzipiert und stellt ein umfassendes Arbeitsinstrument für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dar. Dabei entstehen – quasi als „Nebenprodukt“ – Informationen über die Klienten und Klientinnen und die durchgeführten Betreuungen, die für einrichtungsinterne oder Landesauswertungen genutzt werden können. Mit der Einführung dieses Systems und den hier präsentierten Ergebnisse hat die ambulante Suchthilfe im Bereich der sozialen Arbeit in Hessen eine Vorreiterrolle übernommen.

Die Implementierung und Weiterentwicklung der EDV-gestützten Dokumentation findet im Rahmen des – mit Landesmitteln geförderten – Projektes **COMBASS (Computergestützte Basisdokumentation der Suchthilfe in Hessen, siehe Anhang)** statt. Seine Aufgabe ist die Förderung einer einheitlichen Dokumentation, die sowohl für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement als auch für landesweite Auswertungen genutzt werden kann. Die Federführung des Projektes liegt bei der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS). Bei ihr ist auch eine Steuerungsgruppe angesiedelt, in der die Träger, das Hessische Sozialministerium, die Softwarefirma und das auswertende Institut vertreten sind.

- Die Hauptaufgabe dieser ersten Suchthilfestatistik 2003 ist es, Grundaussagen zu soziodemografischen Merkmalen der Klientel und den Betreuungen der ambulanten Suchthilfe in Hessen zu treffen. Dadurch entsteht ein Ausgangspunkt für ein regelmäßiges Suchthilfe-Monitoring, das jedes Jahr fortgeschrieben werden soll, um landesweite Trends erkennbar werden zu lassen. Durch Fortschreibung und Berücksichtigung bisheriger Entwicklungen können dann auf einer empirischen Grundlage Diskussionen über Handlungsbedarfe und Perspektiven der ambulanten Suchthilfe in Hessen geführt werden.

Darüber hinaus erlaubt der Vergleich mit Ergebnissen aus der bundesdeutschen Suchthilfestatistik sowie aus den Länderstatistiken für Berlin, Hamburg und Schleswig-Holstein eine erste Einschätzung, inwieweit in Hessen Besonderheiten bei den Klienten und Klientinnen und den erbrachten Betreuungen bestehen.⁵

¹Dieser erste Bericht präsentiert die Grunddaten der Landesauswertung 2003. Es wird zusätzlich noch eine Sonderauswertung für das Jahr 2003 folgen, in der die hier vorgenommenen Analysen nach regionalen Aspekten differenziert werden.

²In diesen Bericht sind auch die dokumentierten Angaben aus den Bereichen „Betreutes Wohnen“ und „Arbeits- und Beschäftigungsprojekte“ mit eingeflossen. Aufgrund ihrer geringen Anteile von Klienten und Klientinnen (zusammen 6,4 %) werden sie hier mit unter den Begriff der „ambulanten Suchthilfe“ gefasst.

³Der Begriff Betreuungen ist im hier Kontext der ambulanten Suchthilfe zu verstehen und ist nicht zu verwechseln mit der Definition wie sie im Betreuungsrecht verwendet wird.

⁴In Hessen wird das Dokumentationsprogramm Horizont der Firma Buchner Pflegeorganisation eingesetzt.

Der Bericht enthält eine Beschreibung der Klientel und der von ihnen in Anspruch genommenen Betreuungen – hier werden vor allem alters-, geschlechts- und substanzspezifische Unterschiede untersucht. Damit beziehen sich die Aussagen dieses Berichtes ausschließlich auf die Personen, die den Weg in das Hilfesystem bereits gefunden haben.

Die Auswertungen für den Jahresbericht 2003 erfolgen auf der Basis des Hessischen Kerndatensatzes Suchthilfe (HKDS), der aus soziodemografischen Angaben über die Klienten und Klientinnen und Betreuungsdaten besteht. Er umfasst den Deutschen Kerndatensatz, auf den sich Kostenträger, Wohlfahrtsverbände, Suchthilfeträger und Politik als nationalen Datensatz geeinigt haben. Zusätzlich beinhaltet er jedoch noch einige zusätzliche praxisrelevante Informationen (z.B. Anzahl der Kinder und Hafterfahrungen). Über den HKDS hinaus dokumentieren die Einrichtungen mit dem EDV-Programm außerdem für ihr internes Qualitätsmanagement die von ihnen erbrachten Leistungen. Dieser Bereich wird für die vorliegende Landesauswertung jedoch nicht berücksichtigt.

Die in den Einrichtungen dokumentierten Informationen des HKDS, die die Grundlage dieser Landes-Suchthilfestatistik sind, besitzen eine gute Datenqualität. Die dargestellten Ergebnisse können als repräsentativ für die ambulante Suchthilfe in Hessen angesehen werden. Hier zeigen sich die „Früchte“ der intensiven Vorlauf- und Einarbeitungsphase. Bei einigen wenigen Auswertungen ist – aufgrund von Besonderheiten in der Dokumentation – eine eingeschränkte Repräsentativität gegeben. Entsprechende Hinweise finden sich im Bericht.

Auf der Basis dieser ersten Landes-Suchthilfestatistik sollte überlegt werden, inwieweit der Hessische Kerndatensatz fortentwickelt werden könnte, da sich praxisrelevante Fragen stellen, die zurzeit nicht beantwortet werden können – beispielsweise inwiefern es regionalspezifische Unterschiede beim betreuten Klientel gibt. Dadurch könnte der mögliche Erkenntnisgewinn aus einer solchen übergreifenden Auswertung zusätzlich erhöht werden.

Auch die Datenqualität kann verbessert werden, selbst wenn in Hessen bereits ein hohes Dokumentationsniveau vorhanden ist. Hierzu wurden mit Beginn des Jahres 2004 so genannte „Pflichtitems“ eingeführt, die für jede/n Klient/in verbindlich zu dokumentieren sind. Zu diesem Thema wird die HLS zusammen mit der Wissenschaft weitere Workshops durchführen.

Das eingesetzte EDV-Programm wird sich ebenfalls verändern; für das nächste Jahr ist eine neue HORIZONT-Version (3.0) angekündigt.

An diesen kurzen perspektivischen Ausführungen wird deutlich, dass wir uns in Hessen mitten in einem spannenden Prozess befinden, der längst noch nicht abgeschlossen ist. Dieses sollte sich der Leser bzw. die Leserin vor Augen halten, wenn er oder sie die folgenden statistischen Analysen mit kritischem Blick liest.

⁵Die Vergleichszahlen stammen aus dem Jahr 2002, weil die Zahlen der nationalen Suchthilfestatistik und der Länderberichte aus Berlin, Hamburg und Schleswig-Holstein für das Jahr 2003 noch nicht veröffentlicht sind. Mit größeren Veränderungen im Jahr 2003 ist jedoch nicht zu rechnen. Die Zahlen sind folgenden Quellen entnommen: Nationale Suchthilfestatistik: Welsch K./Sonntag D. (2003): Deutsche Suchthilfestatistik 2002, in: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Sonderheft, Jahrgang 49.

Berlin: Zahlen stammen aus der noch nicht veröffentlichten Suchthilfestatistik 2002, SPI Forschung gGmbH.

Hamburg: Martens M.-S./Lorenzen J./Verthein U./Degkwitz P. (2003): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. 2002, Hamburg.

Schleswig-Holstein: Martens M.-S./Schütze C./Kalke J./Kloss M./Raschke P. (2004): Jahresbericht 2002. Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe Band IV, Kiel.

Zusammenfassung der Grunddaten

- In der ambulanten Suchthilfe des Landes Hessen wurden im Jahr 2003 mit 19.169 namentlich erfassten Personen Termine für Hilfe- und Beratungsleistungen vereinbart. Zu diesen Klientinnen und Klienten samt Angehörigen – letztere besitzen einen Anteil von 9 % – kamen weitere 4.420 anonyme Kontakte hinzu. Diese Zahlen basieren auf den dokumentierten Angaben von 109 Einrichtungen, die Betreuungen in den Bereichen „Ambulante Beratung“ (93,8 %), „Betreutes Wohnen“ (5,8 %) und „Arbeits- und Beschäftigungsprojekte“ (0,4%) durchgeführt haben.
- 5 % der Klienten und Klientinnen wurden von mehr als einer Einrichtung betreut. Bei den Angehörigen war dies nur bei ganz wenigen Personen der Fall.
- Die Verteilung der Geschlechter innerhalb der Klientel der ambulanten Suchthilfe wird deutlich von den Männern dominiert: Drei von vier Klienten sind männlichen Geschlechts. Dabei sind die weiblichen Klienten durchschnittlich etwas älter als die männlichen Klienten.
- Bei 44 % aller Hilfesuchenden wurde die Hauptdiagnose Alkohol dokumentiert. Es folgen – als zweitgrößte Gruppe – die Opiatkonsumenten mit einem Anteil von 31 %. Bei etwa jedem zehnten Klienten stand die Cannabisproblematik im Vordergrund (11 %). Kokain- und Crackkonsumenten besitzen zusammen einen Anteil von 5 %.
- Die ältesten Klienten und Klientinnen sind die Alkoholkonsumenten mit einem Durchschnittsalter von 45 Jahren. Das Cannabis-Klientel ist halb so alt: Im Mittel kommt diese Konsumentengruppe auf 23 Jahre. Personen mit der Hauptdiagnose Opiate sind durchschnittlich 33 Jahre alt und damit durchschnittlich ein Jahr älter als Kokain- und Crackgebraucher.
- Klientinnen und Klienten des Suchthilfesystems Hessens sind in der Mehrzahl ledig (57 %); jede/r Fünfte lebt mit dem Ehepartner bzw. der -partnerin zusammen. Insgesamt wohnen 20 % aller Klientinnen und Klienten mit ihren Kindern zusammen.
- 6 % aller Klientinnen und Klienten leben in einer prekären Wohnsituation, d.h. sie sind obdachlos oder in einer provisorischen Wohnform untergebracht. Darunter befinden sich eher die Konsumenten illegaler Drogen als die Alkoholabhängigen.
- Jede/r Zweite der Klientinnen und Klienten besitzt als höchsten Schulabschluss einen Hauptschul-, jede/r Vierte einen Realschulabschluss und nur etwa jede/r Zehnte das Abitur. Damit zeigt sich die Klientel der ambulanten Suchthilfe im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung deutlich unterqualifiziert.

⁶Bei allem Bemühen um eine Sprache, die beide Geschlechter gleichermaßen berücksichtigt, wurde an einigen Stellen in diesem Bericht aus redaktionellen Gründen nur die männliche Ausdrucksweise gewählt. Diese schließt natürlich immer auch die weiblichen Personen mit ein.

- 56 % der Klientinnen und Klienten sind arbeits- bzw. erwerbslos, 41 % gehen einer beruflichen Tätigkeit nach bzw. befinden sich in der Ausbildung. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich hierbei nicht; zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen nur in geringem Ausmaß.
- Die Betreuung von Kokain- und Crackgebrauchern dauert am längsten: Sie umfasst im Durchschnitt 266 Tage, also etwa ein $\frac{3}{4}$ Jahr. Es folgen die Opiatkonsumenten mit einem Wert von 231 Tagen. Am kürzesten ist die Betreuungsdauer bei dem Personenkreis, der wegen Cannabiskonsum eine Einrichtung aufgesucht hat: 170 Tage. Die weiblichen Klienten werden – mit Ausnahme der Hauptdiagnosegruppe Cannabis – durchschnittlich länger betreut als die Männer.
- Differenziert nach der Betreuungsform weist die Medikamentengestützte Behandlung die längste Betreuungsdauer auf: Im Durchschnitt werden ihre Klienten und Klientinnen 241 Tage lang betreut. In diesem Zeitraum kommt es zu durchschnittlich 24 Kontakten, d.h. es findet alle 10 Tage ein Kontakt (Termin) zwischen dem Klienten und dem Betreuer statt. Nur bei der Ambulanten Rehabilitation ist die Kontaktintensität noch höher: alle 8 Tage. Dieses entspricht in etwa dem Behandlungssetting dieser Therapieform, das wöchentliche Einzel- und/oder Gruppengespräche vorsieht.
- 41 % aller Betreuungen sind planmäßig abgeschlossen worden. Hinzu kommen 19 % von Betreuungen, bei denen die Klienten und Klientinnen – wie geplant – in andere Einrichtungen weitervermittelt worden sind. Die anderen Betreuungen haben die Klienten und Klientinnen von sich aus abgebrochen (34 %).
- Jede/r dritte Klient/in ist am Ende der Betreuung abstinent (32 %). Darüber hinaus hat sich bei 23 % aller Klienten und Klientinnen das Konsumverhalten während der Betreuung verbessert.

Zur Datengrundlage

Der vorliegende Bericht basiert auf den Daten aus 109 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe.⁷ Alle diese Einrichtungen nutzen das computergestützte Dokumentationsprogramm HORIZONT zur Erfassung und Darstellung ihrer Arbeit. Ein Teil der in jeder Einrichtung erfassten Daten (Hessischer Kerndatensatz) wurde für die vorliegende erste landesweite Auswertung mit einem Programmmodul exportiert.

Als Klientinnen und Klienten sowie Angehörige werden hier der Einrichtung namentlich bekannte Personen bezeichnet, für die im Jahr 2003 Termine dokumentiert worden sind. Hierbei handelt es sich um 18.518 Klientinnen und Klienten sowie um 1.672 Angehörige (siehe Tabelle 1), wenn man die Personen jeder einzelnen Einrichtung zusammenzählt. Hinzu kommen 4.420 Kontakte mit anonymen Personen.⁸ Darüber hinaus gibt es noch eine unbekannte Anzahl von Einmalkontakten, die bis Ende 2003 nicht dokumentiert werden sollten.

Darüber hinaus wurden für die Klienten und Angehörige insgesamt 20.125 Betreuungen dokumentiert. Davon ist der allergrößte Teil den ambulanten Suchthilfen zuzuordnen (93,8 %). Betreuungen im Bereich des „Betreuten Wohnen“ und der „Arbeits- und Beschäftigungsprojekte“ kommen auf Anteile von 5,8 % bzw. 0,4 %.

Tabelle 1: Datengrundlage

	Einrichtungen	Summe der Klienten aller Einrichtungen	Angehörige	Betreuungen
Gesamt	109	18.518	1.672	20.125

Sämtliche Daten wurden umfangreichen Plausibilitätsüberprüfungen und Fehlerbereinigungen unterzogen. Verschiedene Vergleiche mit Suchthilfestatistiken aus anderen Bundesländern oder der Nationalen Suchthilfestatistik legen eine hohe Validität der hessischen Daten nahe. Innerhalb der ausgewerteten Datensätze finden sich sämtliche Personen selbstverständlich ohne Namen und Adressen. Diese sind nur den Einrichtungen bekannt. In den Exporten sind

⁷Daten von vier weiteren Einrichtungen mussten aus verschiedenen technischen Gründen von der Auswertung ausgeschlossen werden.

⁸Diese Kontakte können nicht auf Einzelpersonen bezogen werden, so dass kein Rückschluss auf die tatsächliche Zahl an anonymen Klientinnen, Klienten und Angehörigen möglich ist. Es existieren auch keine weiteren Angaben wie etwa soziodemographische Daten. Dieser Sachverhalt ergibt sich aus dem Prinzip anonymer Dokumentation.

Klientinnen, Klienten und Angehörige jedoch mit einem HIV-Code gekennzeichnet, welcher es ermöglicht, nicht nur innerhalb einer Einrichtung Daten einer Person zuzuordnen.⁹ Es lassen sich auch HIV-Codes zwischen Einrichtungen vergleichen, um so beispielsweise festzustellen, ob eine Person in mehreren Einrichtungen in Betreuung war.

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

	%	Anzahl N
HIV-Code in einer Einrichtung	95	16.637
HIV-Code in zwei Einrichtungen	47	77
HIV-Code in drei Einrichtungen	1	84
HIV-Code in mehr als drei Einrichtungen	0	17
Klienten landesweit	100	17.515

Der Tabelle 2 lässt sich entnehmen, dass der Hauptteil der Klientinnen und Klienten im Jahr 2003 nur jeweils eine der 109 Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe besucht hat (95 %). Auf etwa jeden zwanzigsten Klienten bzw. Klientin trifft dies nicht zu. *Das heißt, dass sich hinter den 18.518 Klientinnen und Klienten aus den Einrichtungen 17.515 unterschiedliche Personen verbergen.* Die entsprechende Zahl für die Angehörigen lautet: 1.654 unterschiedliche Personen.

Um Personen in den Auswertungen nicht mehrfach zu berücksichtigen, liegen den folgenden Berechnungen grundsätzlich diese 17.515 Klientinnen/Klienten und 1.654 Angehörigen zugrunde.

⁹Der HIV-Code ist ein anerkannter Anonymisierungsschlüssel. Er wird aus Vor- und Nachnamen, dem Geschlecht sowie dem Geburtsdatum der jeweiligen Person gebildet. Dabei besteht eine nur geringe Wahrscheinlichkeit, dass zwei Personen denselben HIV-Code zugewiesen bekommen. Dieses Verfahren erlaubt keine Re-Identifizierung der Klienten und Klientinnen und ist datenschutzrechtlich abgesichert.

Klientinnen und Klienten

Im ambulanten Suchthilfesystem des Landes Hessen wurden im Jahr 2003 mit 19.169 namentlich erfassten Personen (Klientinnen und Klienten und Angehörige) Termine für Hilfe- und Beratungsleistungen vereinbart.¹⁰ Zu diesen Klientinnen und Klienten samt Angehörigen (letztere besitzen einen Anteil von 9 %) kamen weitere 4.420 Kontakte hinzu, die als anonyme dokumentiert wurden (siehe Tabelle 3 – für einen vergleichenden Blick finden sich in diesem Kapitel in den Tabellen und Diagrammen immer auch Angaben aus anderen Bundesländern bzw. dem Bund).

Tabelle 3: Einrichtungen mit ihren Klientinnen und Klienten, deren elektronisch dokumentierte Angaben in zentrale Auswertungen eingeflossen sind

	Einrichtungen	Summe der Klienten aller Einrichtungen	Klienten landesweit	Betreuungen (der Klienten)	Angehörige	anonyme Kontakte
Hessen 2003	109	18.518	17.515	18.542	1.654	4.420
Schleswig-Holstein 2002	51	9.554	8.907	9.907	n. b.	4.263
Hamburg 2002	43	n. b.	10.143	12.354	478	n. b.
Berlin 2002	51	n. b.	10.289	11.508	n. b.	n. b.
Bundesrepublik Deutschland 2002	454 ¹¹	n. b.	n. b.	161.540 ¹²	n. b.	n. b.

n. b.: nicht bekannt

¹⁰In den elektronischen Akten der Klientinnen und Klienten der ambulanten Einrichtungen werden selbstverständlich auch Namen und Adressen erfasst. Diese werden allerdings für die Auswertung nicht exportiert. Die Datensätze werden anonymisiert übergeben (HIV-Code), so dass in der Auswertung einzelne Hilfesuchende nicht identifizierbar sind, fallbezogene Analysen (über den HIV-Code) aber möglich bleiben.

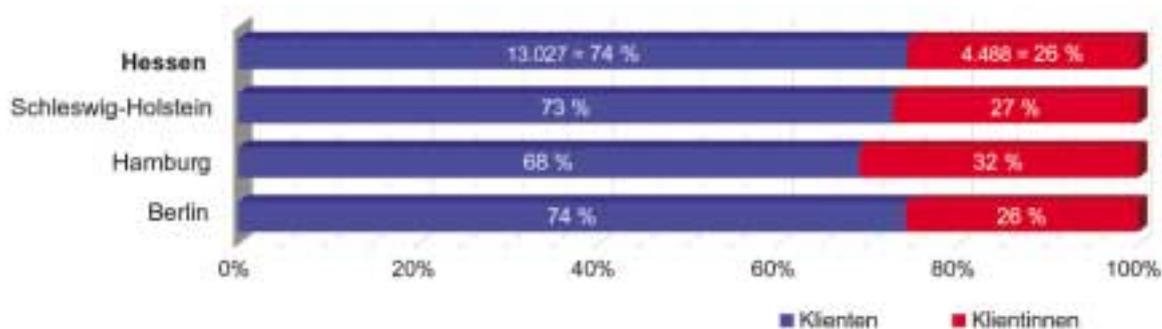
¹¹Die Zahl von 454 Einrichtungen bedeutet für das Jahr 2002 nach den Berechnungen des IFT (Institut für Therapie-forschung München) eine Erreichbarkeitsquote von 41,5 % aller ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland. Darunter befinden sich 22 Beratungsstellen aus Hessen.

¹²Diese Zahl umfasst auch Einmalkontakte. Deshalb ist sie nicht als Vergleichsmaßstab für die Zahlen aus den Bundesländern geeignet.

Geschlecht · Alter · Nationalität

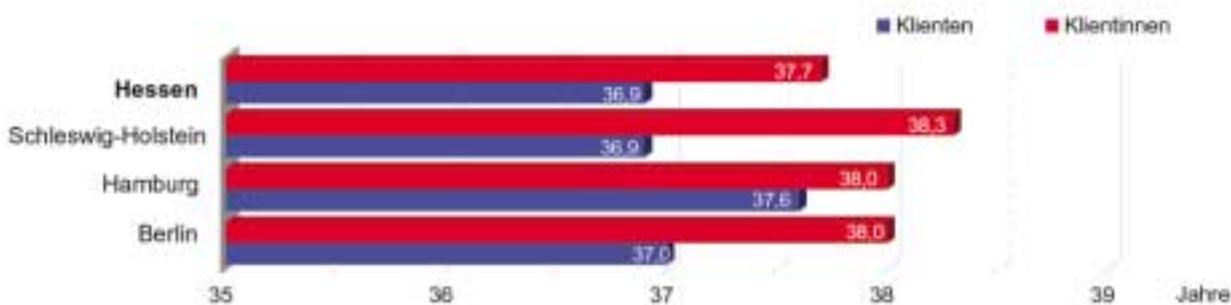
Die Verteilung der Geschlechter innerhalb der hessischen Klientel wird – wie auch in den anderen Bundesländern – deutlich von den Männern dominiert: Drei von vier Klienten sind männlichen Geschlechts (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Geschlechterverteilung (Hessen, N=17.515)



Ebenfalls im Einklang mit den Erkenntnissen aus anderen Bundesländern sind die weiblichen Klienten durchschnittlich älter als die männlichen Klienten (0,8 Jahre) (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Durchschnittliches Alter (Hessen, N=17.515)



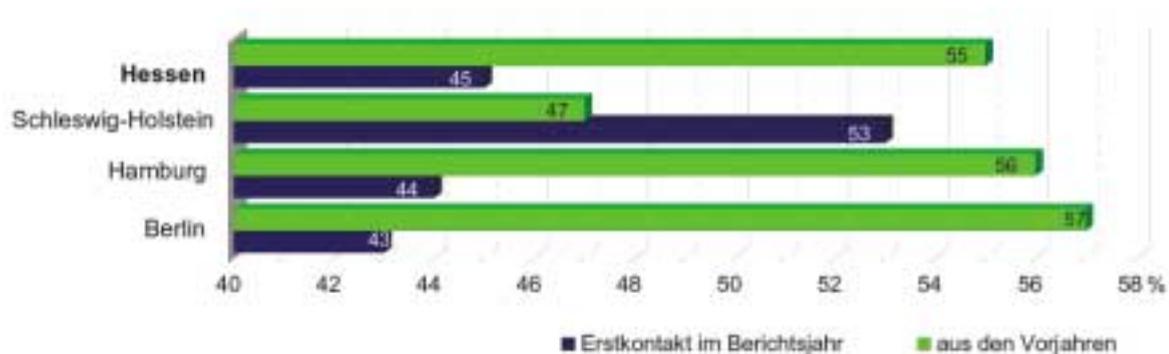
Die weit überwiegende Mehrheit der Klientinnen und Klienten besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft (84 %) – lediglich 16 % verfügen über einen ausländischen Pass (3 % andere EU-Staaten¹³, 13 % alle übrigen Staaten).

¹³Gemeint ist die Europäische Union vor der Erweiterung im Mai 2004.

Erstkontakt · Kontaktempfehlung

Als ersten Anhaltspunkt für die Länge des Verbleibs der Klientinnen und Klienten im Hilfesystem ist es wichtig zu wissen, wie viele der aktuell Betreuten im laufenden Jahr den Erstkontakt zu den ambulanten Einrichtungen hatten: Dies waren im Jahr 2003 in Hessen 45 % der Klientinnen und Klienten (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Jahr des Erstkontaktes (Hessen, N=17.515)

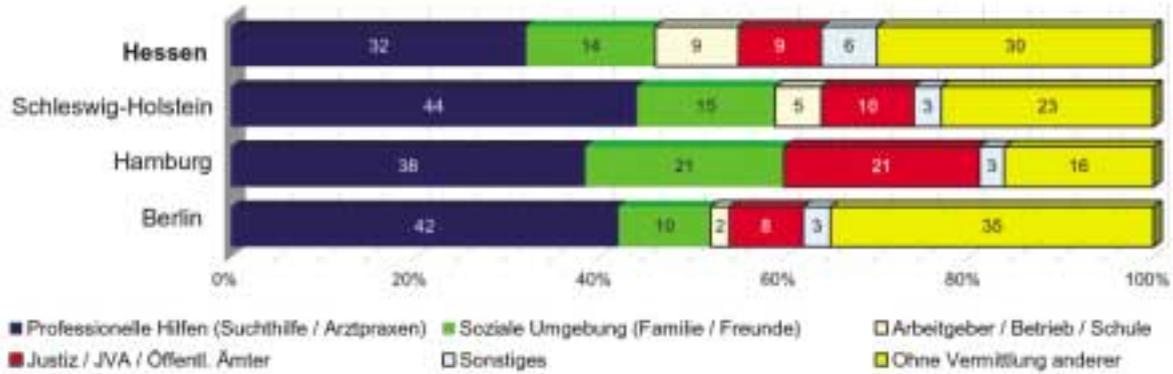


Im Gegensatz zu den Klientinnen und Klienten suchten die betreuten Angehörigen in ihrer Mehrzahl im aktuellen Berichtsjahr erstmalig den Kontakt zu den Einrichtungen (60 %).

Auf welchem Wege die aktuelle Betreuung initiiert wurde, lässt sich aus Abbildung 4 erkennen: Jede dritte Betreuung wird durch den Kontakt mit anderen professionellen Angeboten für Suchtprobleme motiviert, annähernd ebenso viele Betreuungen beginnen die Klientinnen und Klienten ohne die Vermittlung anderer Stellen oder Personen. Jeweils etwa jede zehnte Betreuung entspringt der Vermittlung durch öffentliche (justitielle) Stellen oder den Arbeitgeber bzw. die Schule.

In Hessen liegt der Anteil derjenigen Betreuungen, die durch professionelle Hilfen angestoßen werden, etwas niedriger als in den Ländern Hamburg, Berlin und Schleswig-Holstein und der Anteil derjenigen, die aus eigener Motivation den Zugang ins Hilfesystem finden, höher als in Hamburg und Schleswig-Holstein, aber niedriger als in Berlin.

Abbildung 4: Vermittlung in das Suchthilfesystem (Hessen, N=13.559)



Substanzkonsum

Die größte Gruppe von Klienten und Klientinnen, die eine ambulante Suchthilfeeinrichtung in Hessen im Jahr 2003 aufgesucht haben, sind Personen mit einem Alkoholproblem. Dies können – wie bei den anderen Substanzgruppen auch – abhängige, aber auch gefährdete Personen sein. Bei 44 % aller Hilfesuchenden wurde für das Jahr 2003 die Hauptdiagnose Alkohol dokumentiert (siehe Tabelle 4).¹⁴ Es folgen – als zweitgrößte Gruppe – die Opiatkonsumenten mit einem Anteil von 31 %. Etwa jeder zehnte Klient ist ein Cannabisgebraucher (11 %). Kokain- und Crackkonsumenten besitzen zusammen einen Anteil von 5 %. Personen mit Hauptdiagnosen für andere Substanzen oder nicht-stoffliche Störungen, wie Essstörungen oder das pathologische Glücksspielen, kommen in der Hessischen Suchthilfe eher selten vor. Dabei ist im Hilfesegment des Betreuten Wohnens der Anteil der Konsumenten illegaler Drogen etwas höher als bei den ambulanten Beratungsdiensten (57 % zu 50 %).¹⁵

Die ältesten Klienten und Klientinnen sind die Alkoholkonsumenten mit einem Durchschnittsalter von 45 Jahren. Das Cannabis-Klientel ist halb so alt: Im Mittel kommt diese Konsumentengruppe auf 23 Jahre. Personen mit der Hauptdiagnose Opiate sind durchschnittlich 33 Jahre alt und damit durchschnittlich ein Jahr älter als Kokain- und Crackgebraucher. Dieses Durchschnittsalter bei den verschiedenen Substanztypen entspricht weitgehend Erkenntnissen aus anderen Suchthilfestatistiken (Deutschland, Berlin, Schleswig-Holstein).

Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es nur wenige. Am auffälligsten ist, dass der Anteil von Cannabiskonsumenten bei den Männern etwa doppelt so hoch wie bei den Frauen ist (13 % zu 7 %). Außerdem sind die Essstörungen unter den Frauen verbreiteter als unter den Männern (5 % zu 0,1 %). Dies ist ein Sachverhalt, der auch aus anderen Untersuchungen bekannt ist.

¹⁴Der Substanzkonsum der Klientinnen und Klienten wird in der ambulanten Suchthilfe Hessen vorrangig mit dem ICD-10 erfasst. Der ICD ist ein international anerkanntes Diagnoseschema zur Klassifikation somatischer und psychischer Störungen, für dessen Anwendung es spezielle Handbücher gibt.

Unter der Bezeichnung „Hauptdiagnose“ werden hier alle Klientinnen und Klienten ausgewiesen, bei denen entweder „Abhängigkeit“ oder „schädlicher Gebrauch“ diagnostiziert worden ist. So wird auch in der nationalen Suchthilfestatistik verfahren.

¹⁵Für den Bereich der Arbeits- und Beschäftigungsprojekte ist eine verlässliche Aussage nicht möglich, weil die Anzahl dokumentierter Klienten und Klientinnen zu gering ist (N=20). Ein Grund für die geringe Fallzahl könnte sein, dass diese Projekte oft im Rahmen anderer Betreuungen innerhalb einer Einrichtung durchgeführt werden, weswegen Klienten/Klientinnen dann eher anders eingeordnet werden. Eine parallele Dokumentation verschiedener Betreuungen ist nicht möglich.

Tabelle 4: Hauptsubstanz der Klientinnen und Klienten
(Hauptdiagnose nach ICD-10) (N=11.632)

	m	w	gesamt
	%	%	%
Alkohol (F10)	44	44	44
Opiate (F11)	31	33	31
Cannabis (F12)	13	7	11
Crack (F14)	3	3	3
Kokain (F14)	2	1	2
Benzodiazepine/Barbiturate (F13)	1	2	1
Amphetamine/Ecstasy/Halluzinogene (F15, F16)	2	2	2
Andere (Sucht-)Diagnose ^a	5	9	6

^aEssstörung, pathologisches Glücksspiel, multipl. Substanzgebrauch, Tabak

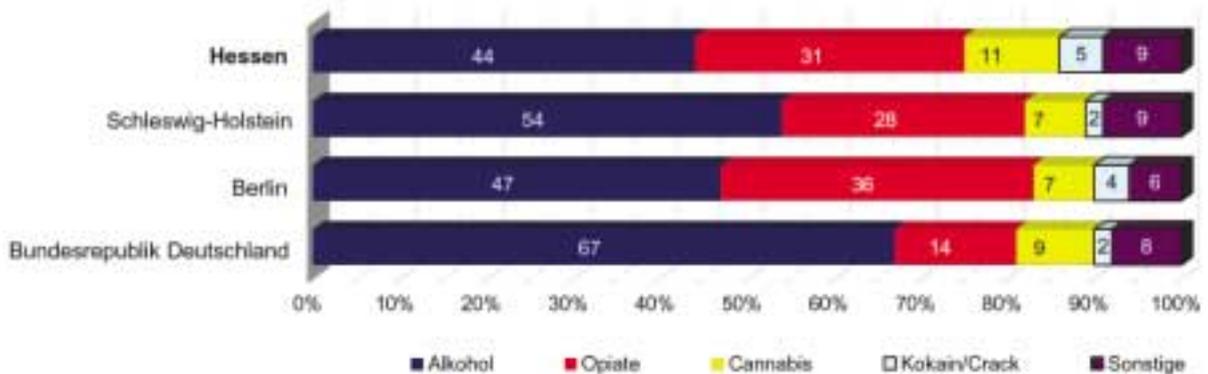
Diese Verteilung der hessischen Hilfesuchenden nach ihrer Hauptsubstanz (2003) weicht deutlich von der nationalen Suchthilfestatistik (2002) ab: Der (relative) Anteil von Alkoholkonsumenten ist in Hessen niedriger (44 % zu 67 %), dagegen ist der Anteil der Hauptdiagnosegruppe „Opiate“ höher (31% zu 14%) (siehe Abbildung 5).¹⁶ Werden die Statistiken aus zwei Bundesländern – eines Flächenlandes (Schleswig-Holstein) und eines Stadtstaates (Berlin) – als Vergleichsmaßstab herangezogen, zeigt sich, dass das „Substanzprofil“ Hessens dem Berlins ähnlicher ist als desjenigen Schleswig-Holsteins.¹⁷ Denn Hessen ist zwar ein Flächenland, gleichzeitig spielen aber hier offensichtlich die spezifischen Drogenprobleme eines großstädtischen Ballungszentrums (Frankfurt und Umgebung) eine bedeutsame Rolle.

Bemerkenswert ist für Hessen außerdem der vergleichsweise hohe Anteil von Cannabis-konsumenten (11 %). Regionalspezifische Analysen könnten vertiefende Erkenntnisse bringen, beispielsweise inwiefern die speziellen Cannabisberatungs-Angebote einiger Kreisberatungsstellen hierbei eine Rolle spielen.

¹⁶ Es ist darauf hinzuweisen, dass in der nationalen Suchthilfestatistik auf der Grundlage von Betreuungen und nicht nach Personen ausgewertet wird. Ferner sind in der Statistik für das Jahr 2002 größere Städte unterrepräsentiert (Hamburg: 1 Einrichtung, Bremen: 1 Einrichtung, Berlin: 8 Einrichtungen).

¹⁷ Ein Vergleich mit den Zahlen aus Hamburg ist nicht möglich, weil der Substanzkonsum nicht nach den Kategorien des ICD-10 ausgewertet wird. In Schleswig-Holstein wurden für den Jahresbericht 2002 neben dem ICD-10 weitere Konsumkategorien für die Auswertung herangezogen.

Abbildung 5: Hauptdiagnosegruppen nach Bundesländern (Hessen, N=11.230)

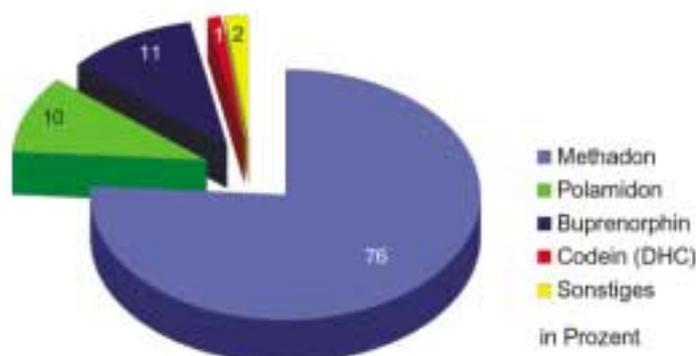


Substituierte

Wie bereits geschildert, stellen die Opiatkonsumentinnen und -konsumenten mit einem Anteil von 31 % die zweitgrößte Klientengruppe in Hessen dar. Innerhalb dieser Gruppe befinden sich 44 % der Klientinnen und Klienten im Jahr 2003 in einer Substitutionsbehandlung.¹⁸

Die Substituierten erhalten im Rahmen ihrer Behandlung zu 76 % Methadon, zu 11 % Buprenorphin, zu 10 % Polamidon, zu 1 % Codein (DHC) und zu 2 % andere Substanzen (siehe Abbildung 6). Ähnlich wie in anderen Bundesländern zeigt sich, dass Substituierte im Mittel etwas älter sind (35 Jahre) als andere Opiatkonsumentinnen und -konsumenten (32 Jahre). Weiterhin ist der Anteil der weiblichen Klienten in der Gruppe der Substituierten mit 29 % etwas höher als in der Gruppe der übrigen Klientinnen und Klienten mit einer Opiatproblematik (26 %).

Abbildung 6: Medikation der Substituierten (N=571)



¹⁸Die Substitutionsbehandlung wird in Hessen in einer Spannweite von szenenaher Krisenintervention bis integrativer, ausstiegsorientierter Therapie durchgeführt.

Polyvalente Konsumenten

Mit dem eingesetzten EDV-Dokumentationssystem kann nicht nur die Hauptsubstanz (Hauptdiagnose), sondern auch der weitere Substanzkonsum (Suchtdiagnose) der Klienten und Klientinnen dokumentiert werden. Wie viele Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der ambulanten Suchthilfe Hessen von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, kann nicht gesagt werden.¹⁹ Deshalb musste auch auf eine Auswertung verzichtet werden, mit der der Anteil polyvalenter Konsumenten („Mehrfach-Gebraucher“) berechnet werden kann.

Auf der Grundlage der vorhandenen Daten ist es jedoch möglich, differenzierte Aussagen darüber zu treffen, *welche Substanzen polyvalente Konsumenten und Konsumentinnen benutzen*. Dies zeigt die folgende Tabelle, die den Zusammenhang zwischen der Hauptsubstanz und weiteren Substanzen darstellt.

Wenn „Multikonsum“ in der Hauptdiagnosegruppe „Alkohol“ vorkommt, betrifft dies am häufigsten legale Mittel oder nichtstoffliche Störungen wie pathologisches Glücksspielen (54 %, siehe Kategorie „Andere“ in der Tabelle 5). Bei den illegalen Drogen stellt sich das polyvalente Konsumverhalten anders dar: Ein erheblicher Teil dieser Klientinnen und Klienten benutzt neben seiner „Hauptdroge“ auch andere illegale Substanzen. Beispielsweise gebrauchen die Opiatkonsumenten auch zu einem erheblichen Teil Cannabis (53 %), Kokain (31%) und Crack (29 %). Und jeder zweite Crackkonsument benutzt ebenfalls Opiate. Bei den Cannabisgebern fällt auf, dass diese sehr häufig auch Amphetamine/Ecstasy konsumieren (50 %).

Insgesamt zeigt diese Auswertung, dass es die Mitarbeiterschaft der ambulanten Suchthilfe tagtäglich mit einem sehr komplexen Mehrfachgebrauch ihrer Klientel zu tun hat, bei denen mehrere psychoaktive Substanzen parallel bzw. nacheinander konsumiert werden.

¹⁹Es ist davon auszugehen, dass es diesbezüglich in den Einrichtungen unterschiedliche Dokumentationspraktiken gibt. Hier sollte in Zukunft ein einheitliches Verfahren gewählt werden (vermittelt über das Manual und Workshops).

Tabelle 5: Hauptsubstanz und weitere Substanzen der polyvalenten Konsumentinnen und Konsumenten

Hauptsubstanz	weitere Substanzen (Mehrfachnennungen)								Anzahl Klienten und Klientinnen N
	Alkohol	Opiate	Cannabis	Kokain	Crack	Sedativa ^a	Amphetamine / Ecstasy ^b	andere ^c	
	%	%	%	%	%	%	%	%	
Alkohol (F10)	—	18	32	8	7	13	6	54	842
Opiate (F11)	33	—	53	31	29	25	12	11	1.91
Cannabis (F12)	33	19	—	19	12	5	50	17	390
Kokain (F14)	27	33	57	—	31	8	22	6	157
Crack (F14)	30	51	45	39	—	13	22	5	148

^a Beruhigungs- und Schlafmittel (z.B. Valium)

^b Aufputschmittel

^{c, a} Tabak, Lösungsmittel, Essstörungen, pathologisches Glücksspiel

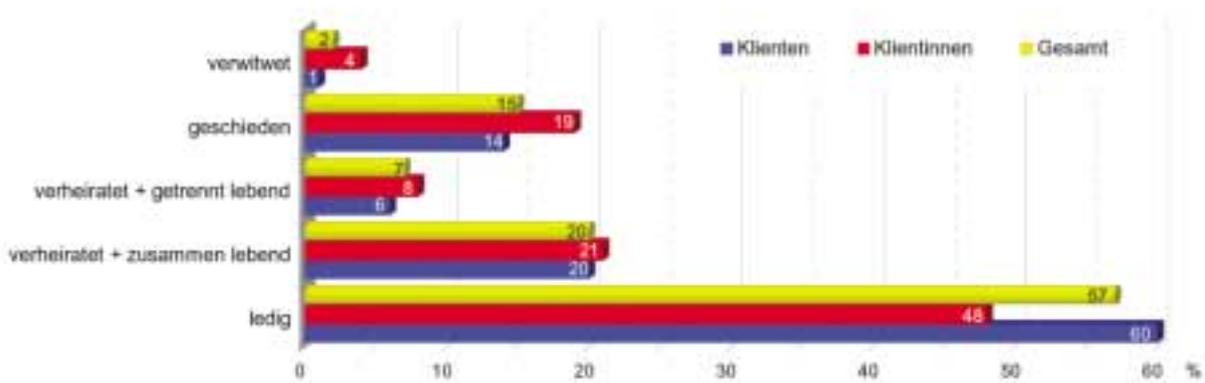
Soziale Situation

Die soziale Situation der Klientinnen und Klienten kann durch Kriterien beschrieben werden, die Aussagen treffen zu deren Integration, Qualifikation und finanzieller Lage. Beispielhaft werden hier Betrachtungen zum Personenstand, der tatsächlichen Lebens- und Wohnsituation, dem höchsten erreichten Schulabschluss und der Erwerbssituation vorgenommen. Pauschale Aussagen über „die“ Suchtkranken treffen die Wirklichkeit in der Regel nicht. Deshalb muss eine der komplexen Situation angemessene Analyse den Blick differenzieren: Das soll im Folgenden dadurch geschehen, dass nach den bereits erläuterten Hauptdiagnosegruppen und dem Geschlecht getrennt ausgewertet wird. Sollte es erforderlich sein, wird gegebenenfalls zusätzlich das Alter der Hilfesuchenden betrachtet.

Familienstand · Lebenssituation

Klientinnen und Klienten des Suchthilfesystems Hessens sind in der Mehrzahl ledig (57 %, siehe Abbildung 7) – nur jede/r Fünfte lebt mit dem Ehepartner bzw. der -partnerin zusammen. Männer sind eher ledig als Frauen, die aber nicht häufiger mit dem Ehepartner zusammen leben als die Männer (mit einer Partnerin).

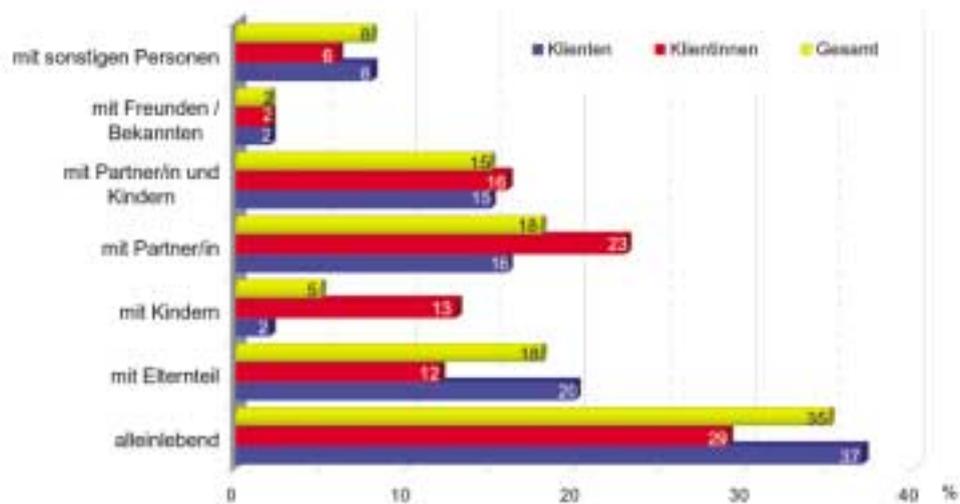
Abbildung 7: Familienstand (N=12.947)



Den niedrigsten Anteil lediger Personen besitzt die Hauptdiagnosegruppe Alkohol, die durchschnittlich auch am ältesten ist (m: 38,4 / w: 39,3 Jahre). Die Konsumenten und Konsumentinnen illegaler Drogen sind sehr viel häufiger ledig und nicht verheiratet; insbesondere das geringe Alter der Gruppen Cannabis (m: 22,6 / w: 21,5 Jahre) und Ecstasy & Amphetamine & Halluzinogene (m: 25,7 / w: 22,5 Jahre) wirkt sich hier aus.

Die tatsächliche Lebenssituation unterscheidet sich von dem vom formalen Familienstand möglicherweise erweckten Eindruck deutlich: So lebt „nur“ ein Drittel der Klientinnen und Klienten wirklich allein (siehe Abbildung 8). Am häufigsten bei den Eltern leben die Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten (Alter: m: 20,4 / w: 18,1 Jahre). Allein erziehend sind eher die Frauen als die Männer. Insgesamt leben 20 % aller Klientinnen und Klienten mit Kindern zusammen.

Abbildung 8: Lebenssituation (N=12.159)

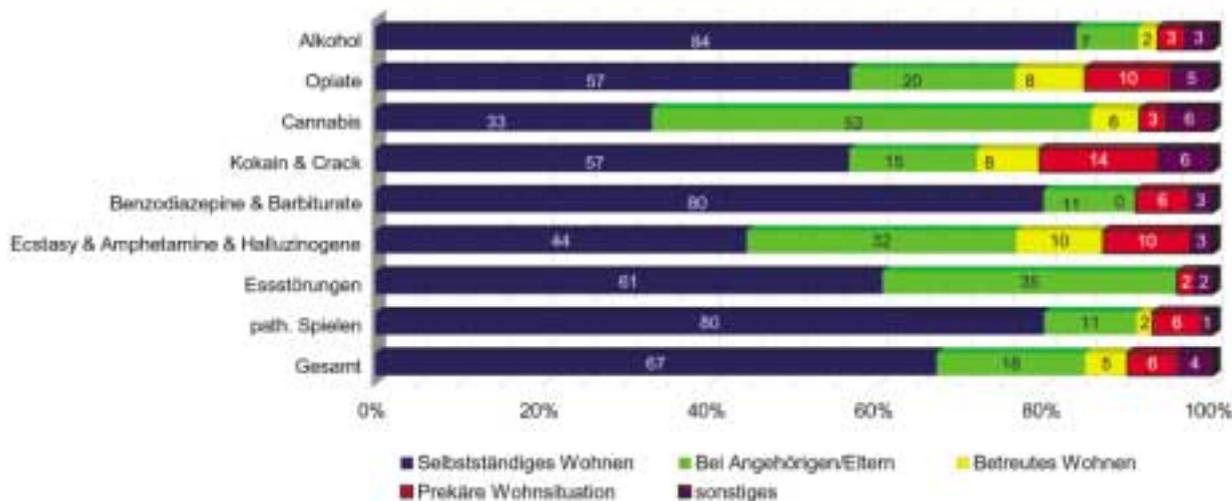


Wohnsituation

Starke substanzspezifische Unterschiede finden sich bei der Wohnsituation (siehe Abbildung 9): Durchschnittlich leben 6 % aller Klientinnen und Klienten in prekären Wohnsituationen.²⁰ Es sind dies aber die Hilfesuchenden der Gruppen Opiate, Kokain & Crack sowie Ecstasy & Amphetamine & Halluzinogene (Aufputschmittel) sehr viel häufiger als die Alkoholkranken. Gleichzeitig wohnen erstere unterdurchschnittlich oft selbstständig, während letztere dies in 84 % der Fälle tun und damit weit häufiger als der Durchschnitt aller Klientinnen und Klienten (67 %). Frauen leben eigenständiger als Männer: Sie wohnen häufiger selbstständig und seltener bei den Eltern wie auch in prekären Wohnsituationen.

²⁰In einer prekären Wohnsituation leben Klientinnen und Klienten z. B. in der JVA, provisorischen Unterkünften oder der Obdachlosigkeit.

Abbildung 9: Wohnsituation, nach Hauptdiagnosen (N=10.758)



Schulabschluss, Erwerbssituation

Jede/r Zweite der Klientinnen und Klienten im Alter über 17 Jahren besitzt als höchsten Schulabschluss einen Hauptschul-, jede/r Vierte einen Realschulabschluss und nur etwa jede/r Zehnte das Abitur (siehe Abbildung 10). Damit zeigt sich die Klientel der ambulanten Suchthilfe im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung deutlich unterqualifiziert.²¹

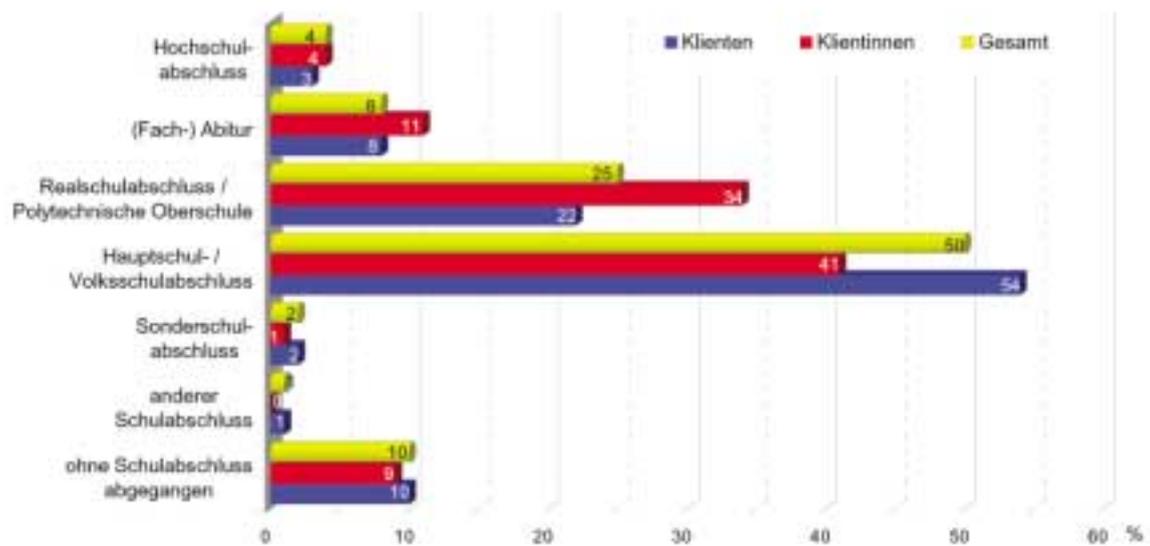
Am stärksten betrifft dieses die Mitglieder der Hauptdiagnosegruppen Opiate, Cannabis und Kokain & Crack: Sie beenden die Schule besonders häufig ohne Abschluss (jeweils 14 %). Klientinnen mit Essstörungen hingegen sind – nicht nur im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen, sondern auch mit Blick auf die allgemeine Bevölkerung – überdurchschnittlich qualifiziert (höherer Anteil Realschulabschluss sowie niedrigerer Anteil Hauptschulabschluss).

²¹ Hessisches Statistisches Landesamt, Wiesbaden, 2004: Schulentlassene aus allgemein bildenden Schulen am Ende des Schuljahres 2002/2003:

Abitur 26 %, Realschulabschluss 39 %, Hauptschulabschluss 25 %, Sonderschulabschluss 3 %, anderer Schulabschluss 1 %, ohne Schulabschluss abgegangen 6 %.

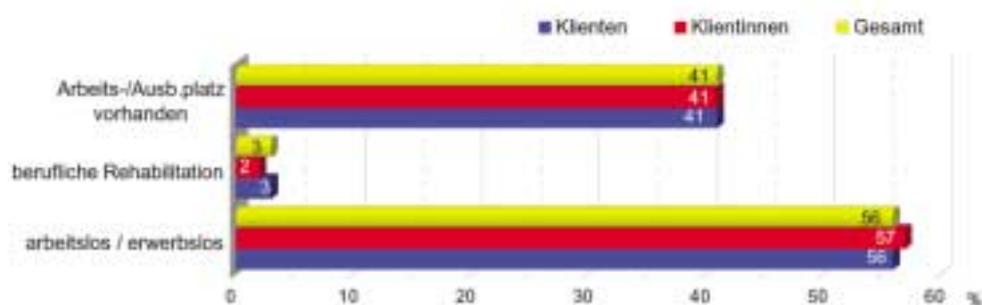
(http://www.hsl.de/Bildung_Kultur_Rechtspflege/bildun10.htm)

Abbildung 10: Schulabschluss, Klientinnen und Klienten älter als 17 Jahre (N=11.426)



Ihre Fortsetzung findet diese Unterqualifikation der Klientel in den Erwerbstätigen- bzw. Arbeitslosenanteilen: 56 % der Klientinnen und Klienten sind arbeits- bzw. erwerbslos, 41 % gehen einer beruflichen Tätigkeit nach bzw. befinden sich in der Ausbildung (siehe Abbildung 11). Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich nicht, zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen nur in geringem Ausmaß: Opiatabhängige besitzen seltener einen Arbeitsplatz als Alkoholranke – entsprechend häufiger sind sie arbeits- oder erwerbslos.

Abbildung 11: Erwerbssituation (N=13.666)



Die Betreuungen

Insgesamt wurden im Berichtszeitraum 2003 in Hessen für die Klientinnen und Klienten 18.542 Betreuungen dokumentiert (siehe Tabelle 3).²² Davon wurden 47 % im Jahr 2003 beendet, 53 % liefen über den Jahreswechsel hinaus.

Die allermeisten dieser Betreuungen kamen auf freiwilliger Basis der Klientinnen und Klienten zustande (86 %). Etwa jede siebte beruht auf straf- oder zivilrechtlichen Grundlagen (14 %). Im Bereich der illegalen Drogen spielt dabei das Betäubungsmittelgesetz die größte Rolle: 11 % der Betreuungen finden in diesem Rahmen statt. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein verurteilter Drogenabhängiger an einer ambulanten Therapie teilnimmt.

Betreuungsdauer und -intensität

Die folgende Tabelle – die auf den Angaben aller im Jahr 2003 abgeschlossenen Betreuungen basiert – zeigt, dass die Betreuung von Kokain- und Crackgebrauchern am längsten dauert: Sie umfasst im Durchschnitt 266 Tage, also etwa ein 3/4 Jahr (siehe Tabelle 6).²³ Es folgen die Opiatkonsumenten mit einem Wert von 231 Tagen. Am kürzesten ist die Betreuungslänge bei dem Personenkreis, der wegen Cannabiskonsum eine Einrichtung aufgesucht hat: 170 Tage.

Die weiblichen Klienten werden – mit Ausnahme der Hauptdiagnosegruppe „Cannabis“ – durchschnittlich länger betreut als die Männer.²⁴ Am größten ist diese geschlechtsspezifische Diskrepanz bei der Gruppe der Kokain- und Crackkonsumenten: Sie beträgt 321 Tage (Frauen) zu 252 Tage (Männer). Offensichtlich haben die weiblichen Klienten ein erhöhtes Beratungs- und Betreuungsbedürfnis.

²²Ein Klient bzw. eine Klientin kann mehrere Betreuungen in einem Jahr haben. In Hessen beträgt das Verhältnis zwischen Klienten/innen und Betreuungen beinahe 1:1. Es ist sinnvoll, einige Auswertungen auf der Basis der Betreuungen vorzunehmen. Dies geschieht in diesem Abschnitt.

²³Als Ausgangspunkt der Berechnungen wurden immer der Beginn der Betreuung und das Jahr des ersten dokumentierten Termins genommen.

²⁴Bei den nicht in der Tabelle 6 dargestellten Hauptdiagnosegruppen ist eine solche Auswertung nach Geschlecht nicht möglich, weil hier jeweils zumindest bei einem Geschlecht die Anzahl der dokumentierten Personen zu gering ist (N < 50). Deshalb sind keine statistisch verlässlichen Aussagen möglich.

Tabelle 6: Durchschnittliche Betreuungsdauer nach Hauptdiagnose (ICD-10) und Geschlecht – abgeschlossene Betreuungen in 2003²⁵

	Klientinnen	Klienten	Gesamt	Anzahl
	Tage	Tage	Tage	N
Alkohol	209	168	178	3.049
Opiate	246	226	231	1.818
Cannabis	163	171	170	726
Kokain/Crack	321	252	266	258

Als nächstes werden die Betreuungsdauer und die Kontaktintensität bei den zentralen Betreuungsformen der ambulanten Suchthilfe in Hessen betrachtet. Hierbei handelt es sich um die folgenden fünf Betreuungstypen, die hier kurz erläutert werden sollen: ²⁶

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 sollen nicht in dieser Kategorie erfasst werden)

Ambulante Behandlung: Hierbei handelt es sich um die individuelle Bearbeitung von psychischen, sozialen und Verhaltensauffälligkeiten und -störungen, die in einem strukturierten Behandlungssetting stattfindet. Die Ambulante Behandlung setzt spezifische Qualifikationen (klinisch-psychologisches Störungs- und Interventionswissen) der Behandlerin/des Behandlers voraus.

Ambulante Rehabilitation: Die ambulante Rehabilitation nach der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ ist eine strukturierte Entwöhnungsbehandlung, die sich an Personen richtet, die im seelischen, sozialen und körperlichen Bereich keine schweren Störungen aufweisen sowie therapiewillig und abstinenzmotiviert sind. Sie wird von den Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen finanziert und sollte im Regelfall innerhalb von 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.

²⁵ Die Betreuungen können auch vor 2003 begonnen haben.

²⁶ Quelle: Manual zum Biografie- und Leistungskatalog der ambulanten Suchthilfe in Hessen (Version 4.1).

Medikamentengestützte Behandlung: Dabei handelt es sich um eine strukturierte, interdisziplinär angelegte ambulante Behandlung mit einem Substitutionsmittel (Methadon, Polamidon, Buprenorphin, Codein). Auch die Behandlung mit einer Anti-Craving-Substanz, das sind Medikamente, die das Suchtverlangen unterdrücken sollen, fällt darunter.

Die Beratung stellt dabei – erwartungsgemäß – mit einem Anteil von 57 % die mit Abstand häufigste Betreuungsform dar (siehe Abbildung 12). Es folgt die Allgemeine Psychosoziale Betreuung (15 %). Beinahe jede zehnte Betreuung ist eine medikamentengestützte Behandlung (9 %). Die Ambulante Rehabilitation kommt auf einen Anteil von 7 %.

Die Beratung und Ambulante Behandlung werden überdurchschnittlich häufig bei der Hauptdiagnosegruppe „Alkohol“ durchgeführt (jeweils 51 %); bei der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung trifft dies auf die Opiatkonsumenten zu (45 %). In der Ambulanten Rehabilitation wiederum befinden sich vor allem alkoholabhängige Personen (82 %), während die medikamentengestützte Behandlung aufgrund der Bedeutung der Substitution fast ausschließlich bei Opiatabhängigen vorkommt (93 %).

Es zeigt sich also bei den Betreuungsformen ein sehr unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten, wenn nach Alkohol- und Opiatklienten unterschieden wird.

Abbildung 12: Anteile der verschiedenen Betreuungsformen der Klientinnen und Klienten 2003



Betrachtet man nun ausschließlich die in 2003 beendeten Betreuungen, weist die Medikamentengestützte Behandlung die längste Betreuungsdauer auf:²⁷ Im Durchschnitt werden ihre Klienten und Klientinnen 241 Tage lang betreut (siehe Tabelle 7). In diesem Zeitraum kommt es zu durchschnittlich 24 Kontakten, d.h. es findet durchschnittlich alle 10 Tage ein Kontakt (Termin) zwischen dem Klienten und dem Betreuer statt.

²⁷ Hier sind die verschiedenen Betreuungsformen bei der medikamentengestützten Behandlung (integrierte, kooperative, getrennte) zusammengefasst.

Nur bei der Ambulanten Rehabilitation ist die Kontaktintensität noch höher: alle 8 Tage. Dieses entspricht in etwa dem Behandlungssetting dieser Therapieform, das wöchentliche Einzel- und/oder Gruppengespräche vorsieht.

Die anderen drei Betreuungsformen – Allgemeine Psychosoziale Betreuung, Ambulante Behandlung, Beratung – sind dagegen nicht ganz so kontaktintensiv. Sie kommen auf Durchschnittswerte von 15 bzw. 18 Tagen (siehe Tabelle 7). Dabei ist die durchschnittliche Betreuungsdauer bei der Allgemeinen Psychosozialen Betreuung länger als bei der Beratung (206 Tage zu 123 Tage). Dies entspricht der längerfristig angelegten Konzeption dieses Betreuungstyps. Die ermittelten Kontaktintensitäten für die Medikamentengestützte Behandlung und die Ambulante Rehabilitation decken sich weitgehend mit entsprechenden Werten aus Schleswig-Holstein. Nur bei der Beratung ist die Kontaktintensität in Schleswig-Holstein höher (alle 8 Tage), dafür ist dort aber die durchschnittliche Betreuungsdauer viel geringer (73 Tage). Diese starken Unterschiede in der Beratung könnten mit unterschiedlichen Beratungskonzepten, spezifischen Bedürfnissen oder der Compliance der Klientel zusammenhängen.

Tabelle 7: Durchschnittliche Betreuungsdauer und Kontaktintensität nach Betreuungsform – abgeschlossene Betreuungen in 2003

	Betreuungsdauer	Kontaktanzahl	Kontaktintensität ^a	Anzahl Betreuungen
	Tage	N	Tage	N
Allgemeine Psychosoziale Betreuung	206	14	15	1.018
Ambulante Behandlung	226	15	15	199
Ambulante Rehabilitation	204	24	8	553
Beratung	123	7	18	5.141
Medikamentengestützte Behandlung	241	24	10	557

^a: Die Kontaktintensität gibt an, wie viele Tage im Mittel zwischen zwei Kontakten liegen. Eine niedrigere Zahl bedeutet also intensiveren Kontakt.

Substitutionsbehandlungen bei Opiatkonsumenten

In der ambulanten Suchthilfe Hessen kommen verschiedene Formen der Substitutionsbehandlung zur Anwendung (siehe unten). Deshalb wird in diesem Abschnitt ein kurzer Blick auf ihre Betreuungsdauer und Kontaktintensität geworfen.

Zunächst ist festzustellen, dass die Betreuungen der Substituierten insgesamt betrachtet durchschnittlich deutlich länger dauern (253 Tage) und intensiver sind (alle 9 Tage ein Kontakt) als dies bei den übrigen Personen mit einer Opiatproblematik der Fall ist (186 Tage Betreuungsdauer mit durchschnittlich einem Kontakt alle 16 Tage). Dies kann als Zeichen einer guten Haltekraft und Compliance der Klienten in der Substitutionsbehandlung gewertet werden.

In der hessischen ambulanten Suchthilfe wird in der Dokumentation zwischen drei verschiedenen Formen der Substitutionsbehandlung unterschieden:²⁸

Medikamentengestützte Behandlung - Integriert: Hier arbeiten Ärzte und psychosoziale Fachkräfte gemeinsam in interdisziplinären Teams in einer Ambulanz oder sonstigen Hilfeinrichtung.

Medikamentengestützte Behandlung - Kooperativ: Ärzte und psychosoziale Fachkräfte arbeiten in unterschiedlichen Institutionen, haben aber eine enge Kooperation, die zu einer fallbezogenen Zusammenarbeit führt.

Medikamentengestützte Behandlung - Getrennt: Keine Kooperation zwischen Ärzten und psychosozialen Fachkräften.

Der Hauptteil der Substituierten befindet sich in einer integrierten Behandlungsform (45 %), 36 % in einer kooperativ organisierten Behandlung und nur 19 % in einer Behandlung ohne Kooperation zwischen Ärzten und psychosozialen Fachkräften (getrennte Behandlung). Die integrierten Substitutionsbehandlungen sind auch deutlich intensiver (alle 8 Tage ein Kontakt) und dauern wesentlich länger (im Mittel 344 Tage) als die beiden anderen Formen der Substitutionsbehandlung (siehe Tabelle 8).

²⁸ Diese Definitionen sind generell ebenfalls offen für die medikamentengestützte Behandlungen bei anderen Gruppen von Klientinnen und Klienten – beispielsweise Alkoholabhängige und die Vergabe von anderen Medikamenten wie z.B. sog. Anti-Craving Mittel, die das Suchtverlangen unterdrücken sollen. Im vorliegenden Kapitel finden diese Behandlungen jedoch keine Beachtung.

Quelle: Manual zum Biografie- und Leistungskatalog der ambulanten Suchthilfe in Hessen (Version 4.1)

Tabelle 8: Mittlere Betreuungsintensität und -dauer substituierter Klientinnen und Klienten in verschiedenen Formen der Substitutionsbehandlung

	Betreuungsdauer	Kontaktanzahl	Kontaktintensität ^a	Anzahl beendeter Betreuungen
	Tage	N	Tage	N
integriert ^b	344	46	8	198
kooperativ	204	15	14	157
getrennt	132	6	22	85
gesamt	253	27	9	440

^a: Die Kontaktintensität gibt an, wie viele Tage im Mittel zwischen zwei Kontakten liegen. Eine niedrigere Zahl bedeutet also intensiveren Kontakt.
^b: Hierbei werden wie in den anderen beiden Substitutionsbehandlungstypen ausschließlich die psychosozialen Kontakte betrachtet.

Hinsichtlich Alter und Geschlechterverhältnis in den unterschiedlichen Arten von Substitutionsbehandlungen lassen sich keine Unterschiede feststellen. Auch die Untersuchung der sozialen Integration zeigt nur marginale Unterschiede auf.²⁹

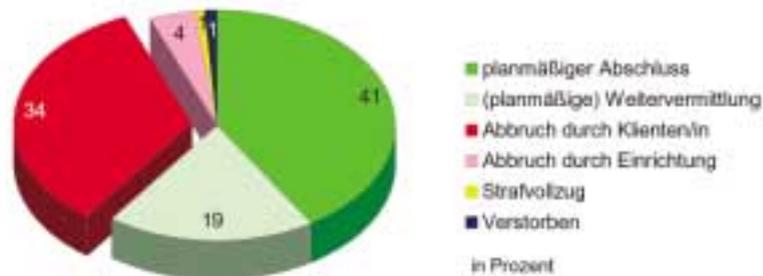
Betreuungsende

41 % aller Betreuungen sind planmäßig abgeschlossen worden (siehe Abbildung 13). Hinzu kommen 19 % von Betreuungen, bei denen die Klienten und Klientinnen – wie geplant – in andere Einrichtungen weitervermittelt worden sind. In jedem dritten Fall wurde ein Betreuungsverhältnis durch den oder die Klienten bzw. Klientin abgebrochen (34 %). Ein Abbruch durch die Einrichtung kommt dagegen sehr selten vor (4 %). Beim Beendigungsgrund gibt es einige deutliche Unterschiede, wenn nach den Hauptdiagnosen-Gruppen unterschieden wird: Während 68 % aller Alkoholkonsumenten eine Betreuung planmäßig beenden oder weitervermittelt werden, beträgt dieser Anteil bei den Hilfesuchenden mit der Hauptdiagnose „Opiate“ 51 %. Umgekehrt ist das Verhältnis bei den Personen, die von sich aus die Betreuung abbrechen: Die Abbrecherquoten sind

²⁹ Zur statistisch zuverlässigen Untersuchung einiger dieser Fragestellungen reicht die Anzahl der Klientinnen und Klienten nicht aus.

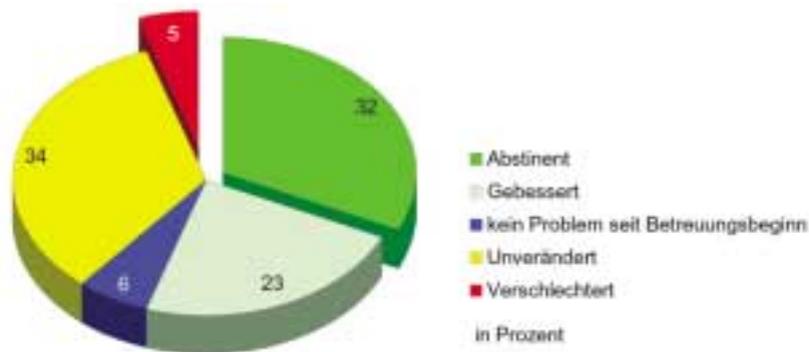
bei allen illegalen Drogen höher (36% - 40 %) als bei dem legalen Suchtmittel Alkohol (28 %). Erwähnenswerte geschlechts- oder altersspezifische Unterschiede bestehen sowohl bei den Gründen der Beendigung als auch beim nächsten Untersuchungskriterium, dem Konsumstatus am Ende der Betreuung, nicht.

Abbildung 13: Beendigungsgrund der Betreuungen (N=8.024)



Jeder dritte Klient ist am Ende der Betreuung abstinent (32 %, siehe Abbildung 14). Darüber hinaus hat sich bei 23 % aller Klienten das Konsumverhalten während der Betreuung verbessert. Bei 34 % der Hilfesuchenden stellt sich dieses jedoch unverändert dar.

Abbildung 14: Konsumstatus am Ende der Betreuung (N=7.704)



Die getrennte Betrachtung der Hauptdiagnosegruppen ergibt stark abweichende „Abstinenzraten“: Bei den Alkoholkonsumenten beträgt diese 43%, bei den „Opiatgebrauchern“ bei 21 %. Ein solcher Befund ist auch aus anderen Suchthilfestatistiken bekannt (z.B. Schleswig-Holstein 2002: 41 % Alkohol, 25 % Opiate). An diesen Zahlen wird deutlich, dass es bei den opiatabhängigen Personen besonders schwierig ist, im Beratungs- oder therapeutischen Prozess Abstinenz zu erreichen. Deshalb stehen bei einem Teil dieser Klienten auch andere kurz- und mittelfristige Ziele, wie die gesundheitliche, psychische und soziale Stabilisierung im Vordergrund – wie dies bei der Substitutionsbehandlung der Fall ist.

Werden nun der Beendigungsgrund und der Konsumstatus zusammen betrachtet, zeigen sich – erwartungsgemäß – starke Zusammenhänge zwischen diesen beiden (Erfolgs-) Kriterien: Während sich bei 3 von 4 Klienten, die die Betreuung regulär beendet haben, das Konsumverhalten während der Betreuung verbessert hat – ein Großteil von ihnen ist sogar abstinent geworden –, ist dies nur bei einer Minderheit der Abbrecher der Fall (siehe Tabelle 9). Diese Zahlen zeigen, wie eine reguläre Beendigung mit einer positiven Entwicklung des Konsumverhaltens einhergeht.

Tabelle 9: Beendigungsgrund und Konsumstatus

	abstinent	gebessert	Anzahl
	%	%	N ^a
planmäßiger Abschluss	49	23	3.190
(planmäßige) Weitervermittlung	37	30	1.502
Abbruch durch Klient/in	13	19	2.570

^a: Das hier angegebene N bezieht sich auf alle Kategorien der Variable Beendigungsgrund (planmäßiger Abschluss, Weitervermittlung, Abbruch durch Klient/in, Abbruch durch Einrichtung, Strafvollzug, verstorben).

Die hier präsentierten Zahlen zum Betreuungsende entsprechen im Großen und Ganzen vorliegenden Vergleichswerten aus dem Bund oder aus anderen Bundesländern (z.B. Schleswig-Holstein).

Anhang: Projektbeschreibung „COMBASS“

(Computergestützte Basisdokumentation der Suchthilfe in Hessen)
Wolfgang A. Schmidt, Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS)

In der ambulanten Suchthilfe in Hessen wurde in den Jahren 2000 und 2001 mit finanzieller Unterstützung des Hessischen Sozialministeriums ein EDV-gestütztes Dokumentationssystem eingeführt. Im Rahmen des Projektes COMBASS (Computergestützte Basisdokumentation der Suchthilfe in Hessen) wurden die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe bei der Anschaffung von EDV-Hardware unterstützt, hessenweit eine einheitliche Dokumentationssoftware (HORIZONT) eingeführt und auf Landesebene Kataloge und erste Dokumentationsstandards in Form eines Manuals vereinbart. Die Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS) wurde mit der Organisation des Projektes COMBASS beauftragt.

Projektziel

Ausstattung der hessischen Suchthilfeeinrichtungen mit einem EDV-gestützten System zur Klienten- und Leistungsdokumentation mit dem Ziel, sowohl die Datengrundlage für einen jährlichen Suchtbericht für das Land Hessen zu erhalten, in dem sich das Leistungsspektrum der hessischen Suchthilfe widerspiegelt, als auch das Qualitätsmanagement in den Suchthilfeeinrichtungen zu unterstützen.

Projektfinanzier

Hessisches Sozialministerium.

Projektbudget

600.000 Euro im Haushaltsjahr 2000.
400.000 Euro im Haushaltsjahr 2001.
Ab 2002 jährlich 80.000 Euro.

Projektleitung und -durchführung

Im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums (HSM) wird das Projekt von der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS) durchgeführt.

Projektsteuerung

Bei der HLS ist eine Projektsteuerungsgruppe angesiedelt. Sie setzt sich zusammen aus Vertreter/innen der Träger, des Sozialministeriums, des auswertenden wissenschaftlichen Instituts, dem Vorstand und der Geschäftsführung der HLS. Mitarbeiter der Softwarefirma und der Stadt Frankfurt nehmen als Gäste teil.

Projektstand aktuell (Mai 2004)

48 Träger der Suchthilfe haben in insgesamt 108 Einrichtungen über 280 Arbeitsplätze mit HORIZONT ausgestattet. Die laufenden Kosten in den Einrichtungen (Softwarepflegeverträge, Aktualisierung der Hardware, Schulungen für neue Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen) werden von den Trägern finanziert.

Projektbegleitende Maßnahmen durch die HLS während der gesamten Laufzeit

1. Organisation und Durchführung von Anwenderarbeitskreisen für die Anwender.
2. Organisation der Programmschulungen.
3. Präsentation der Auswertungen vor Trägervertreter.
4. Aufbau und Betrieb einer Hotline für Anwender.
5. Entwicklung und Fortschreibung eines umfangreichen Manuals zu den fachlichen Definitionen und Eingabekonventionen, welches allen Anwendern in Papierform und als Online-Hilfe zur Verfügung gestellt wird.
6. Weiterleitung der Anregungen aus der Praxis an die Softwarefirma und gemeinsame Erarbeitung von Umsetzungslösungen.
7. Kooperation mit anderen Bundesländern, in denen ebenfalls das Programm HORIZONT eingesetzt wird (v.a. Schleswig-Holstein, Bremen, Nordrhein-Westfalen, Thüringen, Baden-Württemberg).
8. Beteiligung an der bundesweiten Diskussion, um für den Stellenwert der Dokumentation in der Suchthilfe zu werben.

Projektentwicklung

1999/2000

1. Die Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) entwickelt mit den Trägern der Suchthilfe und dem Sozialministerium einen eigenen Hessischen Kerndatensatz, der den Deutschen Kerndatensatz um praxisrelevante Items ergänzt.
2. Bei der HLS wird eine Steuerungsgruppe, bestehend aus Vertretern des Hessischen Sozialministeriums, der Suchthilfeträger, der Wissenschaft und der HLS gegründet, die das Projekt begleiten soll.
3. Die Steuerungsgruppe votiert nach gründlichen Anforderungsprüfungen und der Sichtung von Gutachten für das EDV-Dokumentationssystem HORIZONT der Fa. ohltec.
4. Für die drei unterschiedlichen Arbeitsbereiche, in denen die Dokumentationssoftware eingeführt werden soll (Beratungsstellen, Betreutes Wohnen, Arbeitsprojekte), werden von der Steuerungsgruppe, unter Hinzuziehung von Experten der betroffenen Arbeitsbereiche, drei unterschiedliche Leistungskataloge entwickelt.

2000

Erster Implementierungsschritt

Ausstattung der

- **landesgeförderten ambulanten** Einrichtungen mit dem Programm Horizont und Hardware (77 Einrichtungen mit 260 Arbeitsplätzen).

Die Einrichtungen erhalten je nach Anzahl der vorhandenen Arbeitsplätze die entsprechende Anzahl an Programmlizenzen und Schulungen.

Landesgeförderte Einrichtungen erhalten zusätzlich einen Hardwarezuschuss.

2001

Zweiter Implementierungsschritt

Ausstattung der

- **nicht-landesgeförderten ambulanten** Einrichtungen (12 Einrichtungen mit 27 Arbeitsplätzen),
- Arbeitsprojekte (7 Einrichtungen mit 15 Arbeitsplätzen),
- Einrichtungen des Betreuten Wohnens (33 Einrichtungen mit 64 Arbeitsplätzen) mit Programmlizenzen und einem Hardwarezuschuss sowie den nötigen Schulungen.

Probleme beim Programmanbieter (I)

Die Firma ohltec AG meldet Insolvenz an. Die Geschäfte werden von der ohltec Socialinformatik GmbH weitergeführt. Die firmeninternen Schwierigkeiten wirken sich auf Programmentwicklung und Kundenbetreuung aus. Die Zufriedenheit der Anwender mit dem Service der Firma sinkt.

2002

Umfang der beteiligten Einrichtungen

60 Träger dokumentieren in 100 Einrichtungen an 360 Arbeitsplätzen die Arbeit mit dem Softwareprogramm Horizont.

Probeauswertung

In die Probeauswertung des Instituts für Suchtforschung an der Fachhochschule Frankfurt/Main (ISFF) sind 57 Datenbanken aus 44 Einrichtungen mit 175 Arbeitsplätzen eingeflossen. Ziel dieser Probeauswertung war es, möglichst frühzeitig Schwachstellen und Probleme identifizieren zu können, Optimierungsvorschläge zu entwickeln und somit die Datenqualität zu verbessern. Das identifizierte Hauptproblem des ausgewerteten Datenbestandes waren die fehlenden Werte (missing data) in vielen Kategorien.

Im Anschluss an die Präsentation der Ergebnisse vor Trägervertretern setzen mit finanzieller Unterstützung des HSM intensive Schulungen und Unterstützungsleistungen seitens der HLS ein, um die analysierten Mängel zu beheben.

Probleme beim Programmanbieter (II)

Die Firma ohltec socialinformatik GmbH meldet Insolvenz an. Die Unterstützung des Programmherstellers für die Anwender wird mangelhaft. Die Motivation der Anwender wird auf eine harte Probe gestellt.

2003

Gezielte Schwachstellenanalyse

Eine Schwachstellenanalyse des Datenmaterials aus 2002 des Instituts für Suchtforschung an der Fachhochschule Frankfurt/Main (ISFF) zeigte, dass die Datenbanken noch zu viele Eingabefehler enthalten. Darunter leidet die Aussagekraft der Auswertungen.

Die Fehler waren zu klassifizieren in:

- Fehler wg. schlechter Programmernomonomie,
- Fehler wg. schlechter einrichtungsinterner Kommunikation,
- Fehler wg. mangelhafter Absprachen/Übereinkünfte/Konventionen.

Auch hier setzen im Anschluss an die Präsentation der Ergebnisse vor Trägervertretern mit finanzieller Unterstützung des HSM intensive Schulungen und Unterstützungsleistungen seitens der HLS ein, um die analysierten Mängel zu beheben.

Ausschreibung der Landesauswertung für die Jahre 2003 - 2005

Nach einer entsprechenden Ausschreibung erhalten das Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung an der Universität Hamburg (ISD) und das Centre for Drug Research (CDR) der Universität Frankfurt/M. den Zuschlag für die Landesauswertung 2003 - 2005.

Das Softwareprogramm erhält einen neuen Besitzer

Die Firma Buchner Pflegeorganisation erwirbt das Programm Horizont von der Firma ohltec. Programmpflege und Kundenservice entwickeln sich nun vorbildlich.

2004

Präsentation der ersten landesweiten Auswertung

Aktuelle Situation und zukünftige Aufgaben

- Das Land Hessen macht die Gewährung von Zuwendungen für die Einrichtungen an der Teilnahme von COMBASS abhängig.
- Die Motivation zur Dokumentation seitens der Einrichtungen ist hoch: viele Einrichtungen, die keine Landesförderung erhalten, sehen den positiven Nutzen einer landesweiten einheitlichen Dokumentation und beteiligen sich deshalb an COMBASS.
- Zunehmend erkennen die Träger die Bedeutung der Dokumentation für die einrichtungsinterne Qualitätssicherung.
- Die Finanzierungseinschnitte in den Etats der Einrichtungen hatten zur Folge, dass die Anzahl der Softwarelizenzen reduziert wurde, um die Kosten zu minimieren.
- Die verbleibenden laufenden Kosten für die Beteiligung an COMBASS (Softwarepflegeverträge, Aktualisierung der Hardware, Schulungen für neue Mitarbeiter u.a.m.) stellen die Träger bei den gleichzeitigen Budgetkürzungen vor eine große Herausforderung.
- Die heterogene Finanzierungsstruktur der Beratungsdienste bedeutet sehr unterschiedliche und z. T. inkompatible Dokumentationsanforderungen seitens der jeweiligen Geldgeber.
- Im Sinne eines qualifizierten und regelmäßigen Suchthilfe-Monitoring ist die Fortführung der jährlichen Landesauswertungen auch bei einer Kommunalisierung der Landesmittel weiterhin zu gewährleisten.



Hessische Landesstelle für
Suchtfragen e.V.

*Kompetent durch Erfahrung
Innovativ durch Flexibilität*