



Repräsentativerhebung 2007 zum Gebrauch psychoaktiver Substanz und zum Glücksspielverhalten in Hessen

Band II

Sonderauswertung:
„Bekanntheit und Inanspruchnahme
der ambulanten Suchthilfe“



Institut für
interdisziplinäre Sucht-
und Drogenforschung
(ISD)



Hessische Landesstelle
für Suchtfragen e.V.

**Repräsentativerhebung 2007
zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen
und zum Glücksspielverhalten in Hessen**

Band II

**Sonderauswertung:
»Bekanntheit und Inanspruchnahme
der ambulanten Suchthilfe«**

**Peter Raschke, Jens Kalke,
Sven Buth, Moritz Rosenkranz, Philipp Hiller**
(Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Hamburg)

Gefördert von der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS)
im Auftrag des damaligen Hessischen Sozialministeriums (HSM)

In Zusammenarbeit mit Infratest dimap (Berlin)

Hamburg, Oktober 2008

Text und Redaktion

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

Layout, Satz

Martin Tapp, Hamburg

Inhalt

Die Inanspruchnahme der ambulanten Suchthilfe in Hessen	1
1. Akzeptanz	2
2. Bekanntheitsgrad.....	2
3. Inanspruchnahme	3
4. Reichweite	4
4.1 <i>Cannabis</i>	5
4.2 <i>Harte Drogen</i>	6
4.3 <i>Alkohol</i>	6
4.4 <i>Medikamente</i>	6
Anhang	7
i. Tabellen	7
ii. Anmerkungen	11

Die Inanspruchnahme der ambulanten Suchthilfe in Hessen

Die folgenden Auswertungen ergänzen den Ergebnisbericht zur repräsentativen telefonischen Befragung der hessischen Bevölkerung im Herbst 2007. Dort wurden das Stichprobenverfahren, der Erhebungsbogen und das Auswertungsverfahren dargelegt und die grundlegenden Ergebnisse der Befragung wiedergegeben. Diese bilden auch die Grundlage der folgenden Ausführungen zur Inanspruchnahme der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Hessen.

Befragt wurden im Herbst 2007 6.000 Personen, die in Hessen wohnen und die 17 bis 69 Jahre alt sind. Von ihnen gaben 2,3 % an, schon einmal in ihrem Leben eine Suchtberatungsstelle aufgesucht zu haben. Das entspricht hochgerechnet auf die erwachsene Bevölkerung in Hessen ca. 95.000 Personen. Von ihnen hatten ca. 17.000 in den letzten 12 Monaten Kontakt zu einer solchen Einrichtung. Werden diese Angaben mit den Ergebnissen der Basisdokumentation der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Hessen (COMBASS) verglichen und gegengerechnet, so ergibt sich eine hohe Übereinstimmung. Das zeigt, dass die erhobenen Daten der Repräsentativumfrage valide sind und sinnvoll für Hochrechnungen genutzt werden können (siehe hierzu auch Anmerkung 1 im Anhang).

Die Inanspruchnahme des ambulanten Suchthilfesystems als Institution der Beratung, der Hilfe, der Weitervermittlung und auch der Therapie ist für den Kunden oder Klienten kostenlos. Trotzdem geht er nicht gerne dorthin, denn die Kosten hat er innerlich zu entrichten. Er muss sich selber als beratungs- oder behandlungsbedürftig erklären wegen einer problematischen Konsumweise oder sogar einer Erkrankung, die er (bei stark vereinfachter Betrachtungsweise) selbst „verschuldet“ hat. Mit der Inanspruchnahme einer Suchtberatungsstelle gesteht er ein Fehlverhalten ein und riskiert einen Einschnitt in seine Lebensgewohnheiten, der oft gar nicht gewollt ist.

Umso wichtiger ist es daher zu wissen, wie ausgeprägt bei den potenziell Hilfebedürftigen die Akzeptanz solcher Einrichtungen ist, inwieweit sie überhaupt welche kennen, um im Fall des Falles hingehen zu können und wann sie diese dann tatsächlich aufsuchen.

Bei all diesen Bedingungen und Prozessen der Inanspruchnahme wird oft beobachtet, dass es geschlechtsspezifische Einflüsse gibt, das Alter eine Rolle spielt, in der Stadt anders gehandelt wird als auf dem Land und selbstverständlich auch die Erwerbssituation nicht ohne Bedeutung für das Inanspruchnahmeverhalten ist. Diese Einflussfaktoren – Geschlecht, Alter, Erwerbssituation und Region – werden daher in der folgenden Analyse systematisch mit berücksichtigt, aber nur insoweit erwähnt, wie sie zur Erklärung des jeweils analysierten Phänomens beitragen. Die entsprechenden Auswertungstabellen befinden sich im Anhang.

Oft sind andere Einflüsse markanter für die Inanspruchnahme: Akzeptanz und Bekanntheitsgrad der angebotenen Hilfen, konkrete Erfahrungen mit den Hilfen und dem inneren oder äußeren Problemdruck, unter dem man steht. Letzteres kann unter dem Aspekt diskutiert werden: Kommen diejenigen, welche die Hilfe wirklich benötigen? Auch diese Einflussfaktoren werden in der folgenden Analyse systematisch ausgewertet.

Selbstverständlich gibt es noch zahlreiche weitere Einflussfaktoren, die die Inanspruchnahme von Hilfe erklären können. Der Rahmen eines Telefoninterviews stößt jedoch schnell an untersuchungstechnische Grenzen. Damit ist eine mögliche Lücke der Untersuchung bezeichnet. Trotzdem können auf der Grundlage der erhobenen Daten einige relevante empirische Hinweise zur Inanspruchnahme der ambulanten Suchthilfe geliefert werden.

1. Akzeptanz

Eine Grundvoraussetzung für den (freiwilligen) Besuch einer Suchtberatungsstelle, ist eine grundsätzliche Akzeptanz der Suchthilfe. Auch wenn die Inanspruchnahme der Einrichtungen forciert wird – durch das berufliche oder familiäre Umfeld, gerichtliche Auflagen u. a. – ist die Akzeptanz eine notwendige Vorbedingung, damit die angebotenen Hilfen wirken können, denn ohne aktive Mitarbeit der Betroffenen würden sie ins Leere laufen.

Die Akzeptanz wurde im Telefoninterview mit der Frage abgebildet, ob die Befragten einem Bekannten mit Suchtproblemen empfehlen würden, eine Suchtberatungsstelle (bzw. eine Sucht-Selbsthilfegruppe) aufzusuchen. Dies bejahten 91 % der Befragten. Es besteht also ein hohes Ansehen der ambulanten Suchthilfe in der Bevölkerung. Das gilt sowohl für die Frauen (92 %) als auch für die Männer (90 %) (siehe Tabelle A1 im Anhang).¹ Auch die Differenzierung nach Alter und Wohnregion zeigt eine übergreifende Akzeptanz der ambulanten Suchthilfe (siehe Tabellen A2 und A3 im Anhang). Allein bei der Schulbildung – hier steigt die Akzeptanz von 90 % bei den Hauptschülern auf 94 % bei den Gymnasiasten – und bei der Erwerbssituation – hier liegt der Akzeptanzwert bei den Arbeitslosen bei 80 % gegenüber durchschnittlich 92 % bei den anderen Gruppen (siehe Tabellen A4 und A5 im Anhang) – ergeben sich schwache Zusammenhänge.² Hinsichtlich dieser sozialstrukturellen Einflussgrößen besteht also insgesamt eine weit verbreitete Zustimmung in Bezug auf die Arbeit der Suchtberatungsstellen (bzw. Selbsthilfegruppen).

Das generelle positive Ansehen des ambulanten Suchthilfesystems besagt jedoch noch nicht, dass man im Einzelnen auch eine Einrichtung in seiner Nähe kennt. Denn wenn das der Fall wäre, könnte möglicherweise das Urteil kritischer ausfallen. Dies trifft jedoch nicht zu. Diejenigen, die in ihrem Wohnbereich (Kreis) eine Beratungsstelle kennen, haben eine höhere Akzeptanz (96 %) als diejenigen, denen eine solche nicht bekannt ist (88 %).³

Ein Zusammenhang zeigt sich jedoch nicht, wenn diejenigen verglichen werden, die bereits eine Beratungsstelle aufgesucht hatten (Akzeptanz: 95 %), mit denen ohne diese konkrete Erfahrung (Akzeptanz: 91 %) (siehe Tabellen A6 und A7 im Anhang).⁴

Entgegen der Erwartung findet sich bei den potenziell problematisch konsumierenden Befragten keine höhere Akzeptanz als bei denjenigen, deren Konsum keinen Anlass gibt, eine Beratungsstelle aufzusuchen. Diejenigen, deren Antworten erkennen ließen, dass hier ein problematischer Konsum vorliegt,⁵ bejahten zu 86 % die Frage nach der Akzeptanz, die Übrigen aber zu 92 % (siehe Tabelle A8 im Anhang). Allerdings ist auch dieser Zusammenhang schwach, gibt aber die Gelegenheit zu der Frage, ob mit einer näher rückenden faktischen Inanspruchnahme auch die Akzeptanz sinkt.

2. Bekanntheitsgrad

Da der überwiegende Teil der Befragten einen Substanzkonsum praktiziert, der es ihnen nicht nahelegt, eine Beratungsstelle aufzusuchen, ist es für sie eigentlich auch nicht von Bedeutung, ob sich in ihrem Kreis eine Beratungsstelle befindet. Trotzdem bejahen 39 % dieser Gruppe die Frage, ob sie in ihrem Kreis eine Beratungsstelle kennen. Da das Beschaffen von Wissen mit Aufmerksamkeitslenkung und Informationskosten verbunden ist, dürften sich sozialstrukturelle Einflüsse

¹ Auf Grund der sehr großen Stichprobengröße $N=5.455$ sind solche Unterschiede von 92 % zu 90 % statistisch signifikant ($p<0.01$), aber der statistische Zusammenhang (Cramer's $V=0.04$) ist sehr gering, so dass inhaltlich nicht von einem geschlechtsspezifischen Zusammenhang gesprochen werden sollte. Generell wird im Folgenden nur dann von einem systematischen Zusammenhang gesprochen, wenn die entsprechenden Assoziationskoeffizienten hoch genug sind, wobei nach wie vor die Voraussetzung eines statistisch signifikanten Tests ($p<0.05$) erfüllt sein muss.

² Cramer's V liegt unter 0.1.

³ Cramer's $V=0.12$.

⁴ Die entsprechenden Unterschiede sind nicht statistisch signifikant.

⁵ Als problematischer Konsum wurde klassifiziert, wenn „harte“ Drogen konsumiert wurden oder häufiger Cannabis geraucht wurde oder ein gefährlicher Alkoholkonsum vorlag oder eine (fast) tägliche Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln über mehr als drei Monate hinweg stattfand. Der Zigarettenkonsum wurde hier nicht berücksichtigt.

auf den Bekanntheitsgrad von Einrichtungen auswirken. Dies trifft – allerdings nur in geringem Maße – zu. Die Frauen sind etwas besser informiert als die Männer (42 % zu 37 %), die Älteren besser als die Jüngeren (bis zu 40 Jahren: 34 %; über 40 Jahre: 43 %), die Personen mit gymnasialer Ausbildung besser als die Hauptschulabsolventen (43 % zu 36 %), die Schüler und Studenten schlechter als alle anderen (32 % zu 40 %) (siehe Tabellen A9 bis A12 im Anhang). Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Richtung der Einflussfaktoren den Erwartungen entspricht. Allerdings sind die Unterschiede nicht gravierend.

Trotzdem kann man fragen, ob die Erwartungen nicht höher gesteckt werden könnten oder sollten, wenn das Ausmaß des Bekanntheitsgrades betrachtet wird. Wenn fast alle Personen bereit sind, das Aufsuchen einer Beratungsstelle zu empfehlen, wenn eine Suchtproblematik bei einem Angehörigen/Bekanntem besteht, wäre es sicher hilfreich zu wissen, zu welcher konkreten Einrichtung man gehen könnte. Dass dieser Bekanntheitsgrad nicht fix ist, zeigt die regionale Verteilung. Hier gibt es ein Nord-Süd-Gefälle in Hessen. In Nord- und Mittelhessen liegt er bei 45 %, in Frankfurt und Südhessen bei 35 % (siehe Tabelle A13 im Anhang).

In ähnlicher Weise kann gefragt werden, ob der Bekanntheitsgrad bei denjenigen, die einen problematischen Konsum haben, nicht höher als 50 % sein sollte (siehe Tabelle A14 im Anhang).

3. Inanspruchnahme

Wie oben bereits ausgeführt, haben 2,3 % der Befragten schon einmal eine Beratungsstelle aufgesucht. Entgegen möglicher Erwartungen spielt dabei das Geschlecht, das Alter und die Schulbildung keine Rolle. Nur bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen (17-24 Jahre) zeigt sich im Vergleich zu den anderen Altersgruppen eine Abweichung – diese kommen etwas seltener in eine Beratungsstelle (siehe Tabellen A15 bis A17 im Anhang). Bei der Erwerbssituation ergibt sich, dass im Vergleich zu den anderen Erwerbsgruppen die Arbeitslosen deutlich häufiger die ambulante Suchthilfe aufsuchen (4,7 % zu 2,0 %)⁶ (siehe Tabelle A18 im Anhang).

Bei der Analyse des Bekanntheitsgrades zeigte sich ein Nord-Süd-Gefälle (siehe oben). Dieses existiert auch hinsichtlich der Inanspruchnahme – nur im gegenläufigen Sinne. In Nord- und Mittelhessen liegt sie bei 1,5 %, in Südhessen bei 2,4 % und steigt in Frankfurt und den kreisfreien Städten auf 3,3 % bzw. 3,5 % an (siehe Tabelle A19 im Anhang). Das deutet darauf hin, dass die Inanspruchnahme vor allem von der Problemsituation abhängig ist. Die höheren Inanspruchnahmequoten in den Städten reflektieren die Tatsache, dass dort etwa die Hälfte der Klienten der ambulanten Suchthilfe illegale Drogen konsumieren und eine entsprechende Hauptdiagnose (nach ICD-10) haben. Bei der Beurteilung der Inanspruchnahmequoten muss daher die epidemiologische Verbreitung berücksichtigt werden. Diese liegt in den Städten hinsichtlich des Anteils von Konsumenten illegaler Drogen mit 4,0 % deutlich höher als in den Landkreisen mit 1,8 % (siehe Tabelle A20 im Anhang).

Wenn es zu einer Inanspruchnahme von Hilfe in einer Einrichtung gekommen ist, wurde nach der Beurteilung der erhaltenen Betreuung auf einer Notenskala von 1 bis 6 gefragt. Die Beurteilung liegt im Mittel zwischen gut und befriedigend (2,4), die Männer urteilen besser als die Frauen und die Jüngeren sind kritischer als die Älteren (siehe Tabellen A21 und A22 im Anhang). Hinsichtlich der Schulbildung, des Erwerbsstatus und auch der Regionen gibt es keine signifikanten Unterschiede. Dagegen urteilen die Klienten, die vor allem mit Alkoholproblemen kommen, positiver als die Klienten illegaler Drogen (siehe Tabelle A23 im Anhang).

⁶ Ohne die Gruppe der „Sonstigen“. Deren hohe Quote der Inanspruchnahme erklärt sich vor allem aus den hohen Inanspruchnahmequoten der Teilgruppen „Arbeitsunfähigkeit“ (30,0 %) und „Altersteilzeit“ (9,1 %).

4. Reichweite

Inhalt der folgenden Ausführungen ist die Frage, wie viele Personen in Hessen potenziell suchtspezifische Hilfe benötigen und zu welchen Anteilen diese auch tatsächlich eine Beratungsstelle aufsuchen (Reichweite des Suchthilfesystems). Zur Beantwortung bedarf es zweier getrennt erhobener Datensätze.

Zum einen werden Informationen von denjenigen benötigt, die tatsächlich in eine Beratungsstelle kommen. Sie werden in der Basisdokumentation (*COMBASS*) registriert. Dabei wird auch eine Diagnose gemäß ICD-10 erstellt, in Bezug auf welches Mittel ein schädlicher Gebrauch oder ein Abhängigkeitssyndrom vorliegt. Insofern ist hessenweit bekannt, wie viele Klienten der Beratungseinrichtungen einen problematischen oder abhängigen Konsum von Cannabis, von harten Drogen, von Alkohol und von Medikamenten haben.⁷

Zum anderen bedarf es auch Informationen von denjenigen, die nicht in die Beratungsstellen kommen, aber dennoch einen Problemkonsum ausüben. Dies leistet die repräsentative Umfrage in Hessen. Selbstverständlich kann am Telefon keine ICD-10-Diagnose erstellt werden. Aber es kann erfragt werden, ob ein Problemkonsum vorliegt, der eine solche Diagnose nahelegt. Hierin liegt eine Unschärfe, die allerdings dadurch gemildert wird, dass es aus präventiver und suchttherapeutischer Hinsicht sinnvoll ist, möglichst früh zu handeln, um Schlimmeres zu verhindern. Daher erscheint der Quotient zwischen denjenigen, die in die Einrichtungen kommen, und denjenigen, die per repräsentativer Befragung einer Problemgruppe potenziell zugeordnet werden können, eine valide Orientierungsgröße für die Reichweite der Suchtberatungsstellen.⁸

Bei der Definition der potenziellen Zielgruppen gilt es natürlich nach der entsprechenden Substanz zu differenzieren. Zur Ermittlung der wirklichen Reichweite ist es aber auch sinnvoll, die Altersgruppen zu berücksichtigen, in denen diese Art des Konsums typisch ist. Daher wird neben der Gesamtberechnung auch eine Altersdifferenzierung vorgenommen. Von denen, die einen Problemkonsum von Cannabis haben, sind nach den Daten der Repräsentativerhebung 84 % jünger als 40 Jahre. Bei den Konsumenten harter Drogen sind es 77 %. Dagegen liegt bei den Personen mit einem problematischen Alkoholkonsum das Alter zu 75 % über 40 Jahre. Bei den Medikamenten beträgt dieser Wert 89 %.

Die potenziellen Zielgruppen der ambulanten Suchthilfe – Frühintervention wird hier als Aufgabe vorausgesetzt – wurden wie folgt definiert (qua repräsentativer Befragung):

- Cannabis: Häufiger Konsum von Cannabis und kein Konsum harter Drogen.
- Harte Drogen: Gelegentlicher oder häufiger Konsum harter Drogen.
- Alkohol: Gefährlicher oder Hochkonsum von Alkohol, aber kein Konsum harter Drogen.
- Medikamente: lange (3 und mehr Monate) und (fast) tägliche Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, aber kein Konsum harter Drogen.

Gemäß dieser Liste wurden die Prävalenzwerte der Befragung auf die entsprechende Bevölkerung hochgerechnet und mit der Zahl der entsprechenden Klienten der Einrichtungen für das Jahr 2007 (*COMBASS*) abgeglichen. Das ergibt die Reichweite in Prozentangaben, wie die folgende Übersicht zeigt.

⁷ Unter harte Drogen fallen hier die Opiate, Kokain, Crack, u.ä.m., als Medikamente werden hier nur Schlaf- und Beruhigungsmittel erfasst.

⁸ Einerseits auf Grund der Erfassungsunschärfe und andererseits auf Grund eines relativ breiten Toleranzintervalls (kleine Fallzahlen) sollten die errechneten Angaben eher die Größenordnung wiedergeben, als eine präzise Schätzung darstellen.

Tabelle 1: Reichweite der Suchtberatungsstellen in Hessen für das Jahr 2007

	Cannabis (häufiger Konsum; ohne harte Drogen)	Harte Drogen (mindestens gelegentlicher Konsum)	Alkohol (mindestens gefährlicher Konsum; ohne harte Drogen)	Schlaf- und Beruhigungs- mittel (täglich über 3 Monate)
Potenzielle Zielgruppe (Hochrechnung)				
17 bis 69 Jahre	16.839	20.005	87.588	89.124
17 bis 39 Jahre	14.180 (84 %)	15.388 (77 %)	22.281 (25 %)	9.988 (11 %)
40 bis 69 Jahre	2.659 (16 %)	4.617 (23 %)	65.307 (75 %)	79.136 (89 %)
Anzahl der Klienten (Beratungsstellen)				
17 bis 69 Jahre	2.514	7.561	7.108	237
17 bis 39 Jahre	1.943 (77 %)	5.695 (75 %)	1.964 (28 %)	124 (52 %)
40 bis 69 Jahre	571 (23 %)	1.866 (25 %)	5.144 (72 %)	123 (48 %)
Reichweite				
17 bis 69 Jahre	15 %	38 %	8 %	0,3 %
17 bis 39 Jahre	14 %	37 %	9 %	1,2 %
40 bis 69 Jahre	21 %	40 %	8 %	0,2 %

4.1 Cannabis

Cannabis ist eine sehr verbreitete Droge – trotz Verbot und Verfolgung. Seit Jahrzehnten ist es eine Droge der „Jugend“. Mit dem Älterwerden nimmt der Konsum fast vollständig ab. Dies ist sicherlich nicht das Verdienst der Suchthilfe und auch nicht des Verbots von Cannabis. Andere individual- und sozialpsychologische Ursachen sind wirksamer. Aber es ist bemerkenswert, dass die Reichweite der Suchthilfe in diesem Bereich heute – zumindest in Hessen – mit 14 % als relativ hoch einzuschätzen ist, angesichts der Größe und des jugendlichen Alters der Hauptzielgruppe, die eher eine geringe Neigung hat, zur Beratung zu kommen. Das mag gerade bei verunsicherten und in der Ausbildung befindlichen Jugendlichen und Heranwachsenden dazu beitragen, einen übermäßigen und für sie sozialschädlichen Konsum zu vermeiden. Insofern zeichnet sich hier ein eher positiver Trend ab, da früher die Zahl der „reinen“ Cannabiskonsumenten in den Beratungsstellen sehr klein war. Ebenso bemerkenswert ist es, dass die älter gewordenen Cannabiskonsumenten mit schädlichem oder abhängigem Gebrauch sogar noch häufiger die Suchthilfe aufsuchen (21 %). Sie bilden zwar nur eine kleine Gruppe, da die anderen ihren früheren Konsum bereits aufgegeben haben, aber ihre Inanspruchnahme zeigt, dass sie durchaus der Hilfe bedürfen.

4.2 Harte Drogen

Die Konsumenten harter Drogen erschienen immer als der Kern des Drogenproblems. Ohne hier auf den Wesensgehalt dieser Diskussion einzugehen, kann festgestellt werden, dass die Reichweite der einschlägigen Beratungsstellen vergleichsweise groß ist. Fast zwei Fünftel von ihnen besuchen eine Einrichtung der ambulanten Suchthilfe. Es könnte aber andersherum auch gefragt werden, warum nicht deutlich mehr als die Hälfte die ambulante Suchthilfe aufsuchen, da die psychische und soziale Problematik dieser Menschen besonders hoch ist. Gleichzeitig könnte die hohe Reichweite ein Indiz dafür sein, dass auch viele Einsteiger in den Konsum harter Drogen bereits eine Beratungsstelle aufsuchen, zusätzlich zu denen, die sich davon verabschieden wollen. Dafür spricht, dass die Reichweite bei beiden Altersgruppen gleich hoch ist.

Dass nicht alle kommen, liegt zum einen daran, dass inzwischen ein erheblicher Teil der Opiat-abhängigen von einem ärztlich-rehabilitativen Versorgungssystem (Substitution) betreut und behandelt wird und ohne eine psychosoziale Therapie selten eine Beratungsstelle für eine Hilfestellung aufsucht.

Zum anderen ist hier die Gruppe der Konsumenten harter Drogen sehr weit gefasst. Der Problemdruck bei Konsumenten von Kokain oder Ecstasy dürfte in der Regel geringer sein als bei den Opiatkonsumenten und daher die Nachfrage nach Hilfe weniger dringlich erscheinen. Dies reduziert die Reichweite der Suchthilfe.

4.3 Alkohol

Die Alkoholproblematik ist allgemein bekannt, die enorme Zahl der Toten ist erschreckend, die erhebliche Drittschädigung ist gerichtsnotorisch, aber all dies wird von vielen folgenlos hingenommen, oft sogar entschuldigt. Diese Bemerkung vorweggenommen, ist es erfreulich, dass sowohl die Jüngeren als auch die Älteren, bei denen ein eingeübtes Konsummuster angenommen werden kann, in gleicher Weise um Hilfe in den Beratungsstellen nachsuchen. Bezogen auf alle mit problematischem Konsum sind es aber nur 8 %. Dies zeigt die Schwierigkeit der Einrichtungen auf: Wie motiviere ich jemanden, sich Hilfe zu holen, wenn sein Konsum schädlich wird – für ihn wie für andere? Die aktuelle Reichweite gibt Anlass, diesbezüglich mehr zu fordern.

4.4 Medikamente

Die Abhängigkeit von Medikamenten ist ein eher verschwiegenes Thema. Es betrifft vor allem die Mediziner, die Krankenkassen und die Pharmaindustrie. Die Beratungseinrichtungen der Suchthilfe haben damit bislang wenig zu tun. Diese Personen kommen nicht in die Beratungsstellen, obwohl sie sehr zahlreich sind. Die Reichweite der Einrichtungen liegt bei nur 0,3 %, bei den Jüngeren sind es 1,2 %. Insgesamt kann eher von einer Nicht-Erreichungsquote gesprochen werden. Es bedürfte daher einer prinzipiellen Diskussion der Suchthilfe, inwieweit Medikamentenabhängige eine relevante Zielgruppe sein könnten und in welcher Weise substantielle Angebote der Hilfe zur Verfügung gestellt werden bzw. inwieweit andere Versorgungssysteme – Hausärzte – eher dafür geeignet sind.

Anhang

i. Tabellen

Tabelle A1: Akzeptanz der Suchthilfe nach Geschlecht (N = 5.455)

		Männer	Frauen
Akzeptanz: Würden Sie einem Bekannten mit Suchtproblemen empfehlen, eine Drogen- und Suchtberatungsstelle bzw. Sucht-Selbsthilfegruppe aufzusuchen?	ja	90 %	92 %
	nein	10 %	8 %
N		2.717	2.738

Tabelle A2: Akzeptanz der Suchthilfe nach Alter (N = 5.424)

		17-24 Jahre	25-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-69 Jahre
Akzeptanz	ja	93 %	91 %	89 %	93 %	91 %	91 %
	nein	7 %	9 %	11 %	7 %	9 %	9 %
N		660	416	1.071	1.312	1.011	954

Tabelle A3: Akzeptanz der Suchthilfe nach Wohnregion (N = 5.455)

		Frankfurt am Main	kreisfreie Städte	Nordhessen	Mittelhessen	Südhessen
Akzeptanz	ja	88 %	93 %	90 %	92 %	92 %
	nein	12 %	7 %	10 %	8 %	8 %
N		530	597	1.009	977	2.342

Tabelle A4: Akzeptanz der Suchthilfe nach Bildungsstand (N = 5.400)

		Hauptschul-niveau	Realschul-niveau	Abiturniveau
Akzeptanz	ja	90 %	92 %	94 %
	nein	10 %	8 %	6 %
N		1.967	1.592	1.841

Tabelle A5: Akzeptanz der Suchthilfe nach Erwerbssituation (N = 5.451)

		Arbeitsplatz vorhanden	arbeitslos/erwerbslos	Rentner/Pensionär	Schüler/Student	Hausfrau	Sonstige
Akzeptanz	ja	92 %	80 %	91 %	92 %	89 %	98 %
	nein	8 %	20 %	9 %	8 %	11 %	2 %
N		3.340	230	899	407	469	106

Tabelle A6: Akzeptanz der Suchthilfe nach Bekanntheit einer Einrichtung (N = 5.454)

		Ist Ihnen in Ihrem Landkreis (bzw. kreisfreien Stadt) eine Drogen- und Suchtberatungsstelle bzw. Sucht-Selbsthilfegruppe bekannt?	
		ja	nein
Akzeptanz	ja	96 %	88 %
	nein	4 %	12 %
N		2.166	3.288

Tabelle A7: Akzeptanz der Suchthilfe nach Inanspruchnahme (N = 5.454)

		Haben Sie schon einmal eine Drogen- und Suchtberatungsstelle (bzw. Sucht-Selbsthilfegruppe) aufgesucht?	
		ja	nein
Akzeptanz	ja	95 %	91 %
	nein	5 %	9 %
N		126	5.328

Tabelle A8: Akzeptanz der Suchthilfe nach Problemlage (N = 5.454)

		Einstufung in den Suchtgefährdungsklassen als „Problematischer Konsum“ ¹	
		ja	nein
Akzeptanz	ja	86 %	92 %
	nein	14 %	8 %
N		263	5.191

Tabelle A9: Bekanntheit der Suchthilfe nach Geschlecht (N = 5.599)

		Männer	Frauen
Bekanntheit: Ist Ihnen in Ihrem Landkreis (bzw. kreisfreien Stadt) eine Drogen- und Suchtberatungsstelle bzw. Sucht-Selbsthilfegruppe bekannt?	ja	37 %	42 %
	nein	63 %	58 %
N		2.812	2.787

Tabelle A10: Bekanntheit der Suchthilfe nach Alter (N = 5.564)

		17-24 Jahre	25-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-69 Jahre
Bekanntheit	ja	32 %	34 %	35 %	42 %	44 %	41 %
	nein	68 %	66 %	65 %	58 %	56 %	59 %
N		671	419	1.106	1.330	1.047	991

¹ Als problematischer Konsum wurde klassifiziert, wenn „harte“ Drogen konsumiert wurden oder häufiger Cannabis geraucht wurde oder ein gefährlicher Alkoholkonsum vorlag oder eine (fast) tägliche Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln über mehr als drei Monate hinweg stattfand. Der Zigarettenkonsum wurde hier nicht berücksichtigt.

Tabelle A11: Bekanntheit der Suchthilfe nach Bildungsstand (N = 5.544)

		Hauptschulniveau	Realschulniveau	Abiturniveau
Bekanntheit	ja	36 %	40 %	43 %
	nein	64 %	60 %	57 %
N		2.035	1.635	1.874

Tabelle A12: Bekanntheit der Suchthilfe nach Erwerbssituation (N = 5.594)

		Arbeitsplatz vorhanden	arbeitslos/erwerbslos	Rentner/Pensionär	Schüler/Student	Hausfrau	Sonstige
Bekanntheit	ja	40 %	41 %	42 %	32 %	37 %	34 %
	nein	60 %	59 %	58 %	68 %	63 %	66 %
N		3.426	235	936	411	475	111

Tabelle A13: Bekanntheit der Suchthilfe nach Wohnregion (N = 5.599)

		Frankfurt am Main	kreisfreie Städte	Nordhessen	Mittelhessen	Südhessen
Bekanntheit	ja	34 %	42 %	44 %	45 %	35 %
	nein	66 %	58 %	56 %	55 %	65 %
N		546	621	1.041	998	2.394

Tabelle A14: Bekanntheit der Suchthilfe nach Problemlage (N = 5.599)

		Einstufung in den Suchtgefährdungsklassen als „Problematischer Konsum“ (Definition s. Tabelle A8)	
		ja	nein
Bekanntheit	ja	49 %	39 %
	nein	51 %	61 %
N		270	5.329

Tabelle A15: Inanspruchnahme der Suchthilfe nach Geschlecht (N = 5.599)

		Männer	Frauen
Inanspruchnahme: Haben Sie schon einmal eine Drogen- und Suchtberatungsstelle (bzw. Sucht-Selbsthilfegruppe) aufgesucht?	ja	3 %	2 %
	nein	97 %	98 %
N		2.812	2.787

Tabelle A16: Inanspruchnahme der Suchthilfe nach Alter (N = 5.567)

		17-24 Jahre	25-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-69 Jahre
Inanspruchnahme	ja	1 %	4 %	2 %	2 %	3 %	2 %
	nein	99 %	96 %	98 %	98 %	97 %	98 %
N		671	419	1.106	1.331	1.048	992

Tabelle A17: Inanspruchnahme der Suchthilfe nach Bildungsstand (N = 5.543)

		Hauptschulniveau	Realschulniveau	Abiturniveau
Inanspruchnahme	ja	2 %	3 %	2 %
	nein	98 %	97 %	98 %
N		2.035	1.635	1.873

Tabelle A18: Inanspruchnahme der Suchthilfe nach Erwerbssituation (N = 5.595)

		Arbeitsplatz vorhanden	arbeitslos/erwerbslos	Rentner/Pensionär	Schüler/Student	Hausfrau	Sonstige
Inanspruchnahme	ja	2 %	5 %	3 %	1 %	2 %	9 %
	nein	98 %	95 %	97 %	99 %	98 %	91 %
N		3.426	236	936	412	475	110

Tabelle A19: Inanspruchnahme der Suchthilfe nach Wohnregion (N = 5.599)

		Frankfurt am Main	kreisfreie Städte	Nordhessen	Mittelhessen	Südhessen
Inanspruchnahme	ja	3 %	4 %	2 %	2 %	2 %
	nein	97 %	96 %	98 %	98 %	98 %
N		546	620	1.041	998	2.394

Tabelle A20: Konsumenten illegaler Drogen nach Wohnregion (N = 5.599)

		Frankfurt am Main	kreisfreie Städte	Nordhessen	Mittelhessen	Südhessen
Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten	ja	5 %	3 %	1 %	2 %	2 %
	nein	95 %	97 %	99 %	98 %	98 %
N		546	620	1.041	998	2.394

Tabelle A21: Benotungen der Einrichtungen der Suchthilfe im Durchschnitt nach Geschlecht (N = 123)

	Männer	Frauen
Benotung: Wie bewerten Sie die dort erhaltene Beratung und Hilfe? Bitte beurteilen Sie die Arbeit anhand von Schulnoten, wobei 1 bedeutet, „ich bin mit der Leistung sehr zufrieden“ und 6 bedeutet „ich bin mit der Leistung gar nicht zufrieden“. Die Noten dazwischen dienen Ihnen zur Abstufung.	2,16	2,82
N	71	52

Tabelle A22: Benotungen der Einrichtungen der Suchthilfe im Durchschnitt nach Alter (N = 123)

	17-24 Jahre	25-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-69 Jahre
Benotung	3,35	2,79	2,50	2,32	1,90	2,80
N	7	15	19	27	33	22

Tabelle A23: Benotungen der Einrichtungen der Suchthilfe im Durchschnitt nach Konsumenten von legalen und illegalen Drogen (N = 123)

	Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten	
	Ja	nein
Benotung	3,06	2,35
N	16	107

ii. Anmerkungen

Anmerkung 1

Da das Aufsuchen einer Beratungsstelle eher ein seltenes Ereignis ist und nur einen sehr kleinen Teil der Bevölkerung betrifft, sind die entsprechenden Prozentanteile relativ klein. Um zu überprüfen, inwieweit die diesbezüglichen Angaben der Repräsentativbefragung und die entsprechenden Hochrechnungen valide sind, kann auf ein anderes Erfassungssystem zurückgegriffen werden. Das System *COMBASS* registriert landesweit die Anzahl der Personen, die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe aufsuchen. Dazu liegen seit 2003 die entsprechenden Jahresberichte und Auswertungen vor. Danach wurden im Jahr 2007 insgesamt 18.467 Klienten registriert, die eine oder mehrere Einrichtungen aufgesucht hatten. Dazu kommen noch ca. 1.000 Angehörige, die zusammen oder allein mit dem Klienten gekommen sind. Insgesamt ergibt sich also für 2007 eine Klientenzahl zwischen 19.000 und 20.000. Diese Zahl liegt über dem hochgerechneten Wert der repräsentativen Umfrage von ca. 17.000, bewegt sich aber noch deutlich innerhalb des statistischen Vertrauensintervalls. Die Abweichung kann sich auch daraus erklären, dass *COMBASS* jahresbezogen ausgewertet, die Befragung aber im Herbst dieses Jahres stattfand. Die späteren Inanspruchnahmen konnten daher nicht mehr erfasst werden. Insgesamt aber zeigt dieser Vergleich, dass die Schätzungen der Hochrechnung sehr gut zu der davon unabhängigen Registrierung in den entsprechenden Facheinrichtungen passen.

Dies gilt auch für die übergreifende Frage, ob man überhaupt schon einmal Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe aufgesucht hat. Gemäß der Umfrage betrifft dies ca. 95.000 Personen. Die Auswertungen von *COMBASS* seit 2003 zeigen, dass pro Jahr mit geringen Abweichungen ca. 19.000 Klienten oder deren Angehörige eine Einrichtung aufsuchen. Von ihnen sind ca. 5.000 neue Klienten bzw. ca. 6.000, wenn die Angehörigen mitgezählt werden. Werden diese relativ konstanten Daten der Inanspruchnahme von 2003 bis 2007 auf einen Fortschreibungszeitraum von 10 Jahren übertragen (beginnend 1997 mit ca. 19.000 Klienten), so käme man auf ca. 79.000 ehemalige Klienten. Diese grobe, aber empirisch untermauerte Schätzung für einen 10-Jahreszeitraum nähert sich bereits der lifetime-Hochrechnung (wurde überhaupt schon einmal eine Einrichtung der ambulanten Suchthilfe aufgesucht) gut an. Würde ein 15-Jahreszeitraum unter ähnlichen Bedingungen zu Grunde gelegt, ergäbe sich bereits das Ergebnis aus der Hochrechnung.

Solche vereinfachten Modellrechnungen sollen nur aufzeigen, dass die erhobenen Daten der Repräsentativumfrage valide sind und sinnvoll für Hochrechnungen genutzt werden können.