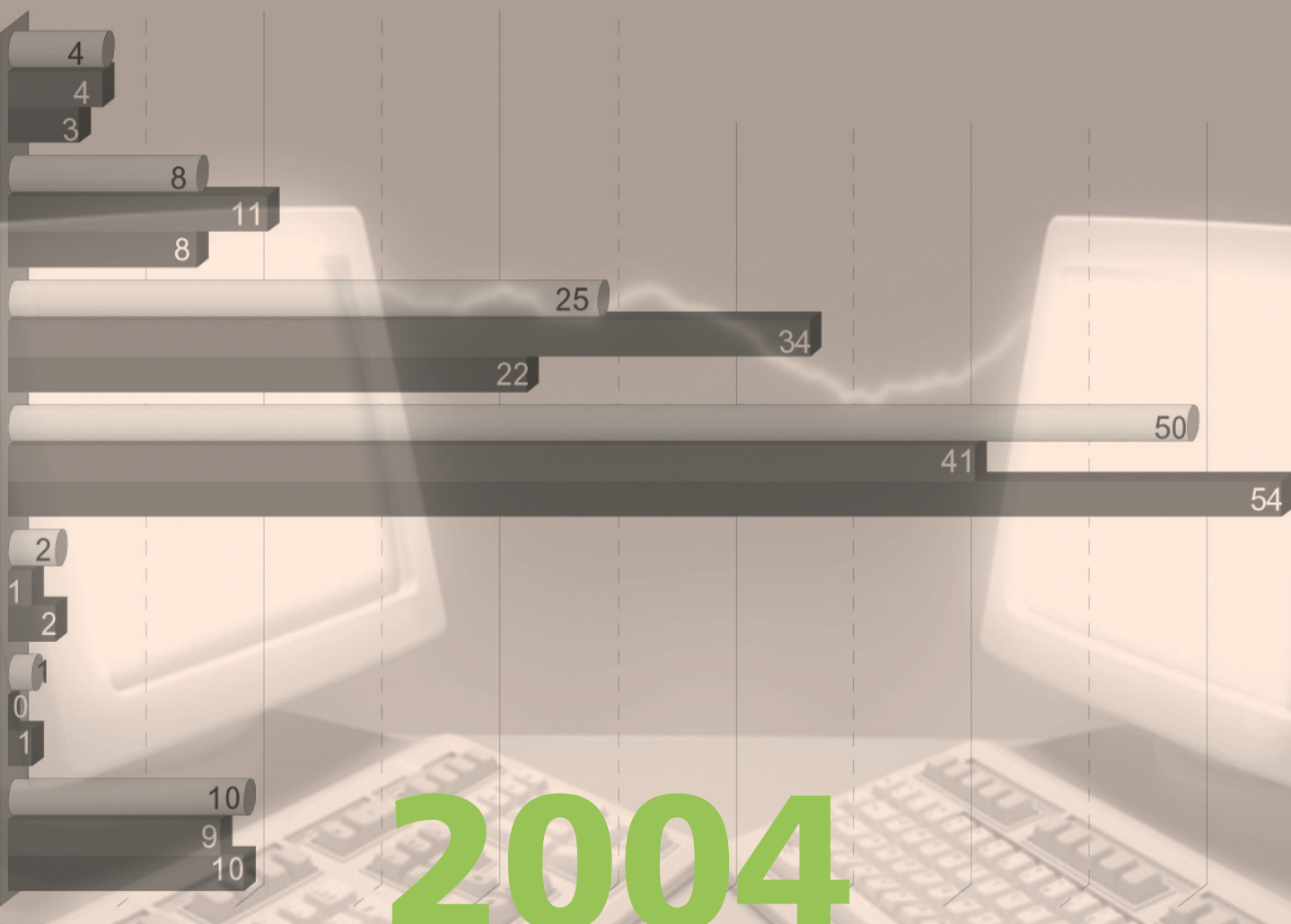




Landesauswertung der Computer-
gestützten Basisdokumentation der
ambulanten Suchthilfe in Hessen
(COMBASS)

Spezialanalyse: Cannabis



Herausgeberin

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

Text und Redaktion

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

Layout, Satz

Wuttke Design-Service, Darmstadt

Druck

Typographics Darmstadt

Februar 2006
Band 2
ISSN 1614-8991

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

Landesauswertung der
Computergestützten Basisdokumentation
der ambulanten Suchthilfe in Hessen (*COMBASS*)
– Spezialanalyse: Cannabis –

Jens Kalke, Peter Raschke, Christian Schütze, Harald Oechsler, Martin Kloss
(Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Hamburg)

Frankfurt am Main, Februar 2006

Inhalt

Kurzbeschreibung des Projektes <i>COMBASS</i>	6
Vorwort	8
Zusammenfassung	10
Einleitung: Zielsetzung und Fragestellung	13
Datengrundlage	17
Grundinformationen zur gesamten Cannabisklientel	19
Detailauswertungen zu den jüngeren Cannabisklienten und -klientinnen	23
- Soziodemografische Situation	
- Betreuungsbeginn und -ende	
- Inanspruchnahmeverhalten	
- Vergleich der Diagnosegruppen „Abhängigkeitssyndrom“ und „Schädlicher Gebrauch“	
- Gesamtbetrachtung	
Literatur	46
Anhang: Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen	48

Kurzbeschreibung des Projektes *COMBASS*

Was ist *COMBASS*?

COMBASS steht für Computergestützte Basisdokumentation der Suchthilfe in Hessen. Die Aufgabe dieses Projektes (seit 2000) ist die Förderung einer einheitlichen und praxisnahen Dokumentation in der ambulanten Suchthilfe. Im Rahmen des *COMBASS*-Projekts werden auch die ambulanten Suchthilfestatistiken erstellt (siehe *COMBASS*-Berichte).

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

Welche Daten werden erhoben?

Die Dokumentation gliedert sich in eine Klienten- und Leistungsdokumentation. Sie ist so angelegt, dass trägerintern beide Bereiche ausgewertet werden. Auf Landesebene wurde bislang nur die Klientendokumentation (Biografie- und Betreuungsdaten = HKDS, siehe unten) ausgewertet. In der aktuellen Cannabis-Spezialanalyse werden zum ersten Male auch Leistungsdaten auf Landesebene ausgewertet.

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

An den *COMBASS*-Landesauswertungen beteiligen sich etwa 100 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe (auch einige Einrichtungen aus den Bereichen „Betreutes Wohnen“ und „Arbeits- und Beschäftigungsprojekte“ sind dabei). Hierbei handelt es sich größtenteils um landesgeförderte Einrichtungen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Daneben nehmen auch einige ausschließlich kommunal und/oder kirchlich finanzierte Einrichtungen an *COMBASS* teil. Insgesamt wird das Dokumentationssystem an 280 Arbeitsplätzen eingesetzt.

Was ist der HKDS?

HKDS steht für Hessischer Kerndatensatz. Mit ihm werden soziodemografische und Betreuungsdaten über die Klientel der ambulanten Suchthilfe erfasst. Der HKDS beinhaltet den Deutschen Kerndatensatz (KDS) plus einiger weiterer Informationen (z.B. Kinder, Hafterfahrungen). Auf der Grundlage des HKDS werden die *COMBASS*-Berichte erstellt.

Ein Teil der Informationen des HKDS fließt auch in die deutsche Suchthilfestatistik und die Statistiken der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht mit ein.

Der HKDS ist als chronologische Dokumentation angelegt, dadurch können Aussagen zu möglichen Effekten der Suchthilfe während der von ihr geleisteten Betreuung und an ihrem Ende getroffen werden. Auch Aussagen zu längerfristigen Wirkungen der Suchthilfe können – mit speziellen Auswertungsverfahren – formuliert werden. Insgesamt umfasst der HKDS etwa 40 unterschiedliche Fragestellungen. Der HKDS wird laufend fortgeschrieben, um auf aktuelle Veränderungen reagieren zu können (z.B. Veränderungen im SGB II).

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

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

Was ist eine Betreuung?

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

Wie wird der Datenschutz bei der Landesauswertung gewährleistet?

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

Wie wird die Dokumentationsqualität sichergestellt?

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

Welche *COMBASS*-Berichte sind bisher erschienen?

Im Rahmen des *COMBASS*-Projektes wird beginnend mit dem Jahr 2003 eine Suchthilfestatistik für den ambulanten Bereich erstellt. Die vorliegende Cannabis-Spezialanalyse ist der vierte *COMBASS*-Bericht. Davor sind erschienen:

1. Grunddaten-Bericht 2003
2. Spezialanalyse: Regionale Aspekte
3. Grunddaten-Bericht 2004

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

Was ist HORIZONT?

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

Vorwort

Wolfgang A. Schmidt, Geschäftsführer der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS)

Unter dem Titel „Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebote in Deutschland“ hat das Institut für Therapieforschung (IFT) in München im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) im Jahr 2004 einen Bericht mit folgenden Ergebnissen vorgelegt (Simon & Sonntag 2004):

- Der Cannabiskonsum hat in den letzten Jahren in Deutschland stark zugenommen.
- Über 9 Millionen Menschen haben in Deutschland Erfahrungen mit Cannabis.
- Die große Mehrheit der Konsumenten und Konsumentinnen belässt es bei einem bloßen Probier- oder Experimentierkonsum und beendet diesen wieder.
- Gleichzeitig wächst aber der Anteil der Konsumenten und Konsumentinnen, die durch einen regelmäßigen und starken Cannabisgebrauch unter ernsthaften Störungen bis hin zur Abhängigkeit leiden.
- Fast 400.000 Menschen in Deutschland weisen nach dieser Studie einen missbräuchlichen oder abhängigen Konsum auf.
- Die Behandlungsnachfrage durch Personen mit cannabisbezogenen Störungen hat sich überproportional stark erhöht.

Während seit vielen Jahren bundesweite repräsentative Prävalenzstudien zum Cannabiskonsum in der Bevölkerung durchgeführt werden, liegen für die Cannabiskonsumenten und -konsumentinnen, die das Hilfesystem in Anspruch nehmen, keine statistisch ausgewerteten und publizierten Detailinformationen vor. Die vorliegende Querschnittsanalyse mit Daten aus den ambulanten hessischen Suchthilfeeinrichtungen der Jahre 2002-2004 soll helfen, dieses Erkenntnisdefizit abzubauen.

Konkret wurden für Hessen durch die vorliegende Spezialanalyse folgende Erkenntnisse gewonnen:

- Bei 10% aller Klienten und Klientinnen der hessischen Suchtberatungsstellen ist Cannabis die Hauptsubstanz. Innerhalb der Cannabisklientel sind die Männer deutlich in der Überzahl (85%). Drei von vier Cannabisklienten und -klientinnen sind jünger als 27 Jahre. Dieses deutlich niedrige Alter ist ihr entscheidendes Merkmal gegenüber den Personen, die aufgrund von Alkoholproblemen oder dem Konsum harter Drogen betreut werden.
- Die jüngeren Cannabisklienten und -klientinnen sind im Vergleich zur hessischen Gesamtbevölkerung deutlich unterqualifiziert. Etwa jede sechste Person verlässt die Schule sogar ohne jeglichen Abschluss (17%).
- Jüngere Cannabisklienten und -klientinnen finden den Weg in die betreuende Einrichtung häufig über die Vermittlung durch ihre soziale Umgebung (34%). Eltern, Freunde und Bekannte spielen für sie also eine wichtige Rolle bei der Kontakthanbahnung von professioneller Hilfe.

Diese Ergebnisse seien hier nur exemplarisch genannt; viele weitere interessante Befunde präsentiert dieser Bericht.

Die vorliegende Auswertung ist ein wichtiger Teil des Suchthilfe-Monitoring in Hessen. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass es problematisch wäre, von den vorliegenden Behand-

lungsdaten auf Trends in der Gesamtbevölkerung zu schließen: Nach wie vor sucht nur ein Teil der Konsumenten und Konsumentinnen eine Behandlungseinrichtung auf. Zudem vergehen vom Beginn einer sich abzeichnenden Problematik im Umgang mit Suchtmitteln und dem ersten Kontakt zum Hilfesystem oft einige Jahre. Gleichwohl sind Daten aus den Behandlungseinrichtungen äußerst wichtig, um festzustellen, wie groß der Anteil der Betroffenenengruppe ist, der Kontakt mit dem Hilfesystem aufnimmt. Die *COMBASS*-Berichte der Jahre 2003 und 2004 zeigen hier, dass der Anteil ambulant betreuter Cannabiskonsumenten und -konsumentinnen in den letzten Jahren leicht zugenommen hat.

Für diesen Personenkreis bietet die ambulante Suchthilfe ein breites Spektrum von individuellen Leistungen an. Es reicht von lebenspraktischen Hilfen bis hin zur therapeutischen Behandlung. In der vorliegenden Spezialanalyse wird erstmals für Hessen landesweit ausgewertet, welche individuellen Leistungen in welchem Umfang die Klientel erhalten hat.

Es sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass (potentielle) Cannabisklienten und -klientinnen auch im Rahmen von Gruppenangeboten der Sekundärprävention und in Ausbildungs- und beruflichen Eingliederungsmaßnahmen erreicht werden. Da sich die vorliegende Auswertung nur auf individuelle Beratungsleistungen bezieht, kann dieser Personenkreis hier nicht berücksichtigt werden.

Für die Bereitstellung von Leistungsdaten sei den beteiligten Trägern und Einrichtungen herzlich gedankt. Dank gilt auch der Steuerungsgruppe für die kritische Durchsicht des Berichtes und den Teilnehmern und Teilnehmerinnen des von der HLS veranstalteten Workshops, die die Ergebnisse der vorliegenden Spezialanalyse diskutiert und mit eigenen Praxiserfahrungen abgeglichen haben. Nicht zuletzt ist dem engagierten und kompetenten Wissenschaftlerteam um Prof. Dr. Raschke (ISD), das für die Auswertung verantwortlich zeichnet, auf das Herzlichste zu danken.

Zusammenfassung

Zielsetzung, Datengrundlage

- In der öffentlichen Berichterstattung wird seit einigen Jahren auf eine dramatische Zunahme des Cannabiskonsums in Deutschland hingewiesen. Vor allem wird von einer zunehmenden Zahl junger Cannabiskonsumenten und -konsumentinnen berichtet. Auch der Anteil derjenigen Personen, die aufgrund von cannabisbezogenen Problemen eine Einrichtung der ambulanten Suchthilfe aufsucht, ist bundesweit angestiegen. Über diese spezielle Klientengruppe ist jedoch insgesamt wenig bekannt. Das gilt beispielsweise für ihre soziale Situation, ihr Konsumverhalten oder warum diese Konsumentengruppe überhaupt eine ambulante Suchthilfeeinrichtung aufsucht.
- Vor dem Hintergrund dieses Erkenntnisdefizits wird in diesem Bericht eine empirisch abgesicherte Analyse über diejenigen Cannabisklienten durchgeführt, die von Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in Hessen beraten und betreut worden sind. Bei den Auswertungen handelt es sich um eine Querschnittsanalyse der Daten aus den Jahren 2002 bis 2004. Im Fokus der Analyse stehen dabei die jüngeren Cannabisklienten und -klientinnen. Hierunter fallen „Jugendliche“ (bis 18 Jahre) und „junge Volljährige“ im Alter bis einschließlich 26 Jahre.
- Die Cannabisanalyse stützt sich auf Daten, die EDV-gestützt in 99 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe erfasst worden sind. Hierbei handelt es sich größtenteils um landesgeförderte Einrichtungen. Daneben nehmen auch einige ausschließlich kommunal und/oder kirchlich finanzierte Einrichtungen an dem COMBASS-Projekt teil.
- In den meisten Auswertungen werden die Cannabis-Klientel sowie die Gruppen „Alkohol“ und „harte Drogen“ betrachtet – nicht um einen systematischen Vergleich durchzuführen, sondern um mögliche Besonderheiten bei den Cannabisklienten und -klientinnen herauszuarbeiten. Werden diese drei Gruppen zusammengekommen, ergibt sich eine Fallzahl von 27.640 Klienten und Klientinnen, deren Informationen in diese Analyse mit eingeflossen sind.
- Ein Teil der Einrichtungen (39) erklärte sich dankenswerter Weise bereit, erstmals für eine übergreifende Auswertung im Rahmen der Landessuchthilfestatistik ihre Leistungsdaten zur Verfügung zu stellen. Die Struktur der Klientel dieser Stichprobe entspricht derjenigen der Gesamtklientel.

Grundinformationen zur gesamten Cannabisklientel

- Cannabis stellt bei jeder zehnten Person, die von der ambulanten Suchthilfe in Hessen betreut wird, die Hauptsubstanz dar. Innerhalb der Gruppe der Cannabisklientel dominieren die Männer deutlich (85%). Die Frauen besitzen einen Anteil von lediglich 15%.
- Das entscheidende Merkmal der Cannabisklientel ist aber nicht dieses Geschlechterverhältnis, sondern ihr – gegenüber den anderen beiden Hauptdiagnose-Gruppen (Alkohol, harte Drogen) – deutlich niedrigeres Alter: Sie sind im Durchschnitt erst 23 Jahre jung. Drei von vier Personen sind jünger als 27 Jahre (76%). Damit bleiben diese Jugendlichen und jungen Erwachsenen innerhalb der Altersgrenzen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG), dessen präventive Zielrichtung sich mit den frühinterventionsorientierten Bemühungen des Suchthilfesystems trifft.
- Die Leistungsauswertung zeigt, dass 6% aller Leistungen der ambulanten Suchthilfe für Cannabisklienten und -klientinnen erbracht werden. Dafür wird ein Zeitaufwand von einem

1% benötigt – bei einem Anteil von 10% an der Gesamtklientel. Das bedeutet, dass die Cannabisklientel sehr wenig Zeit im gesamten Zeitbudget der ambulanten Suchthilfe beansprucht. Wird nur die jüngere Cannabisklientel betrachtet, stellt sich dieses Bild anders dar (siehe unten).

Detailauswertungen zur jüngeren Cannabisklientel (bis einschließlich 26 Jahre)

- Die Cannabisklientel hat von allen Hauptdiagnose-Gruppen mit 28% den größten Anteil von minderjährigen Personen, wenn ausschließlich die jüngere Klientel (Alter bis einschließlich 26 Jahre) betrachtet wird.
- Fast alle Cannabisklienten und -klientinnen unter 27 Jahren sind ledig; nur insgesamt 2% sind verheiratet, wovon wiederum die Hälfte in Trennung lebt. Etwa zwei Drittel der Cannabisklientel lebt mit den Eltern zusammen, während 16% allein lebend sind.
- Mit einem Anteil von insgesamt 84%, der entweder selbstständig oder bei den Eltern wohnt, stellt sich die Wohnsituation der jüngeren Cannabisklientel stabiler dar als das bei den anderen beiden Hauptdiagnose-Gruppen (Alkohol, harte Drogen) der Fall ist.
- Im Vergleich zur hessischen Gesamtbevölkerung sind die Schulabgänger unter den 17- bis 26-Jährigen Cannabisklienten und -klientinnen deutlich unterqualifiziert. Auffällig ist hierbei insbesondere der hohe Anteil derer, die die Schule ohne jeglichen Abschluss verlassen (17%).
- Dieser eher niedrige Bildungsstand der Cannabisklientel wirkt sich auch auf ihre Erwerbssituation aus: So findet nach Verlassen der Schule bzw. Beendigung der Lehre nur knapp ein Drittel einen Arbeitsplatz. Für über die Hälfte der noch recht jungen Hilfesuchenden geht der Weg über Schule oder Lehre in die Arbeitslosigkeit.
- Jüngere Cannabisklienten und -klientinnen finden – vor allem im Vergleich zu den anderen beiden Hauptdiagnose-Gruppen (Alkohol, harte Drogen) – den Weg in die betreuende Einrichtung häufig über die Vermittlung durch ihre soziale Umgebung (34%). Eltern, Freunde und Bekannte spielen für sie also eine wichtige Rolle bei der Kontakthanbahnung von professioneller Hilfe.
- Mehr als die Hälfte der Betreuungen bei der jüngeren Cannabisklientel findet einen planmäßigen Abschluss (54%). Sechs von zehn der jüngeren Cannabisklienten und -klientinnen reduzieren im Verlaufe der Betreuung ihren Cannabiskonsum oder beenden diesen vollständig.
- Im Durchschnitt kommt es bei den jüngeren Cannabisklienten und -klientinnen zu 6,7 Kontakten, die jeweils 47 Minuten im Mittel dauern, so dass daraus eine Gesamtkontaktzeit von 5,3 Stunden resultiert. Mit diesem Inanspruchnahmeverhalten unterscheidet sich die Cannabisklientel deutlich von der Gruppe „harte Drogen“, deren Gesamtkontaktzeit je Klient bzw. Klientin wesentlich höher ist (9,5 Stunden).
- Jüngere Cannabisklienten und -klientinnen mit einer schlechteren sozialen Situation nehmen mehr Betreuungszeit in Anspruch als diejenigen, die sich in der Ausbildung (Schule, Lehre, Studium) befinden oder eine selbstständige Lebensführung praktizieren. Das betrifft vor allem den Personenkreis mit einer prekären Wohn- und Lebenssituation. Diese Gruppe kommt auf eine durchschnittliche Gesamtkontaktzeit von 8,1 Stunden.
- Die (erstmalige) differenzierte Auswertung von erbrachten Leistungen für die jüngeren Cannabisklienten und -klientinnen zeigt, dass – erwartungsgemäß – fast alle von ihnen den Leistungstyp „Beratung“ in Anspruch nehmen (98 %). Mit weitem Abstand folgt als zweithäufigste Form „Test/Screening“: Bei beinahe jedem/r vierten Cannabisklient bzw. -klientin wird solch ein Test zumindest einmal durchgeführt (24%). An „Gesprächsgruppen“ und „Behandlungen“ nehmen jeweils nur ganz wenige Personen teil. Das trifft noch stärker auf die Nachfrage von lebenspraktischen Hilfen zu.

- Die Leistungsauswertung ergibt ferner, dass bei der jüngeren Klientel 32% aller Leistungen der ambulanten Suchthilfe für Cannabisklienten und -klientinnen erbracht werden. Dafür wird ein Zeitaufwand von ebenfalls 32% benötigt – bei einem Anteil von 47% aller Klienten und Klientinnen.
- Der Vergleich der beiden ICD-10-Diagnosegruppen „Schädlicher Gebrauch“ und „Abhängigkeitssyndrom“ zeigt, dass in der erst genannten Gruppe 38% minderjährig, also unter 18 Jahren sind. Der entsprechende Anteil beträgt in der Gruppe „Abhängigkeitssyndrom“ 18%. Dagegen ist bei dieser Diagnoseart der Anteil der jungen Erwachsenen im Alter zwischen 21 und 26 Jahren mit 45% wesentlich größer als in der Gruppe „Schädlicher Gebrauch“ (28%). Mit anderen Worten formuliert: Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der abhängigen Cannabisklienten und -klientinnen zu.
- Die Diagnosegruppe „Abhängigkeitssyndrom“ befindet sich in einer schlechteren Situation als diejenige mit einem schädlichen Gebrauchsmuster. In der erst genannten Gruppe sind 12% in einer prekären Wohn- und Lebenssituation und darüber hinaus 29% von Transferleistungen wie Arbeitslosengeld und Sozialhilfe abhängig. Die entsprechenden Werte liegen in der Gruppe „Schädlicher Gebrauch“ um etwa ein Drittel niedriger: 8% und 19%.
- Wird das Inanspruchnahmeverhalten beider Diagnosegruppen vergleichend analysiert, zeigt sich, dass die cannabisabhängigen Klienten und -klientinnen mehr Betreuungszeit nachfragen als diejenigen mit einem schädlichen Cannabisgebrauch: 6,1 zu 4,5 Stunden.
- Ebenfalls bestehen Unterschiede zwischen den beiden Diagnosegruppen bei der Beendigung der Betreuung: Die jüngeren Cannabisklienten und -klientinnen mit einem schädlichen Gebrauchsmuster schließen deutlich häufiger die Betreuung planmäßig ab als dies die cannabisabhängige Klientel tut (53% zu 35%).
- Auch beim Konsumstatus am Ende der Betreuung ergibt sich ein leicht schlechteres Bild für die cannabisabhängige Klientel. Diese Gruppe kommt auf einen Wert von 53%, wenn die Positiv-Kategorien „abstinenter“ und „gebessert“ zusammengerechnet werden. Bei den Cannabisklienten und -klientinnen mit der Diagnose „Schädlicher Gebrauch“ beträgt der entsprechende Wert 63%.
- Die abschließende Gesamtanalyse ergibt das Bild einer vielfältigen Cannabisklientel, die sich hinsichtlich des Belastungsgrades (soziale Situation und Diagnoseart) und des Betreuungsendes (Art der Beendigung und Konsumstatus) sehr stark unterscheidet. So existiert eine Gruppe von 11% aller jüngeren Cannabisklienten und -klientinnen, die stark belastet ist und ein positives Betreuungsende hat. Demgegenüber – als größter Kontrastpunkt – steht eine Gruppe von Personen, die nur wenig belastet ist und deren Betreuungsende negativ ist (6%). Dazwischen befinden sich Subgruppen, die einen mittleren Belastungsgrad und/oder ein ambivalentes Betreuungsende aufweisen (Anteile zwischen 8% und 17%).

Zielsetzung und Fragestellung

In der öffentlichen Berichterstattung wird etwa seit drei Jahren auf eine dramatische Zunahme des Cannabiskonsums in Deutschland hingewiesen. Vor allem wird von einer zunehmenden Zahl junger Cannabiskonsumenten und -konsumentinnen berichtet. So hat sich nach den Ergebnissen der bundesdeutschen Repräsentativerhebung (2003) in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen der Anteil derjenigen, die mindestens einmal in den letzten 12 Monaten Cannabisprodukte konsumieren („12-Monatsprävalenz“), seit 1997 von 13% auf 23% im Jahr 2003 erhöht (Kraus & Augustin 2005). Der Anteil von cannabisabhängigen Personen in dieser Altersgruppe wird in der Repräsentativerhebung auf 4% geschätzt. Ferner zeigen die im letzten Jahr von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) veröffentlichten Zahlen, dass die Akzeptanz für Cannabis unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen (12- bis 25 Jahre) weiter zugenommen hat, auch wenn nach dieser Untersuchung die Konsumprävalenzen seit 1997 gleich bleibend sind (BZgA 2004).

Eine im November 2004 vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) ausgerichtete Cannabis-Fachkonferenz wurde von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung mit der Überschrift „Risiken werden oft verharmlost“ zusammengefasst, weil es Hinweise gäbe, dass immer mehr junge Leute in exzessivem Ausmaß kiffen und praktisch den ganzen Tag „breit“ seien (BMGS 2004). Verwiesen wurde dabei auch auf einen europaweiten Trend der Zunahme des Cannabiskonsums sowie auf die Verringerung des Einstiegsalters von Erstkonsumenten.

Auch in der nationalen Suchthilfestatistik ist eine Zunahme des Anteils von cannabisbezogenen Störungen in den ambulanten Einrichtungen seit 1997 von 3,4% auf 9,5% im Jahr 2003 ausgewiesen (Sonntag & Welsch 2004; Simon & Sonntag 2004). Diese Steigerungsrate der letzten Jahre wird als weiterer Indikator für einen zunehmend problematischen Umgang mit Cannabisprodukten – vor allem von jungen Menschen – angesehen.

Für das Bundesland Hessen liegen hinsichtlich des Cannabiskonsums nur wenige epidemiologische Erkenntnisse vor:

Aus der WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002 („HBSC-Studie“) geht hervor, dass in Hessen 9% der Schüler und Schülerinnen der 9. Klasse (14-/15-jährige Schüler¹) mindestens 6mal Cannabis in den letzten 12 Monaten konsumiert haben (Becker 2003). In einer ähnlich konzipierten Schülerbefragung – der europaweiten ESPAD-Studie – beträgt dieser Anteil 11% bei den 15- und 16-jährigen Schülern in Hessen (Kraus et al. 2004).

Ferner zeigt die Hessische Stichprobe (N=617) der bundesdeutschen Repräsentativerhebung – die aufgrund der geringen Fallzahl nicht überinterpretiert werden darf –, dass beim Cannabiskonsum keine nennenswerten Abweichungen von den gesamtdeutschen Vergleichswerten existieren. So ergeben sich beispielsweise bei der 12-Monats-Prävalenz für die Altersgruppen 18-20 Jahre (Hessen: 20%, Bund: 24%) und 21-24 Jahre (Hessen: 19%, Bund: 21%) ähnliche Werte.² Trenddaten liegen nur für die Stadt Frankfurt vor. Nach den Ergebnissen einer im Auftrag des Drogenreferates der Stadt Frankfurt regelmäßig durchgeführten Schülerbefragung (15 bis 18 Jahre, weiterführende und Berufsschulen, N = 1.500) ist der Anteil von jugendlichen Cannabiskonsumenten in den letzten 3 Jahren in Frankfurt zurückgegangen. Bei der 12-Monatsprävalenz zeigt sich ein abnehmender Trend von 35% (2002) über 32% (2003) auf 24% (2004). Die Werte für den Anteil aktueller Konsumenten (30-Tagesprävalenz) lauten: 21% (2002), 19% (2003) und 12% (2004) (Werse et al. 2005).

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

² Die Veröffentlichung dieser Zahlen erfolgt mit freundlicher Zustimmung des Hessischen Sozialministeriums.

Vor dem geschilderten Hintergrund stellt sich nun erstens die Frage, wie viele Personen im Bundesland Hessen einen problematischen, suchtgefährdeten oder sogar schon abhängigen Cannabiskonsum ausüben und damit zur potentiellen Zielgruppe der ambulanten Suchthilfe gehören („problematische Konsummuster“, siehe Tabelle 1). Und zweitens ist von Interesse, wie viele von ihnen schon Angebote der ambulanten Suchthilfe aufgesucht haben („Quote der Inanspruchnahme“, siehe Tabelle 1).

Da es – wie dargestellt – nur wenige konkrete Zahlen aus dem Bundesland Hessen gibt, soll im Folgenden eine vorsichtige Schätzung der Anzahl von problematischen und abhängigen Cannabiskonsumenten für Hessen vorgenommen werden. Es werden Prävalenzwerte zugrunde gelegt, die aus bundesdeutschen Erhebungen stammen. Dabei wird unterstellt, dass die Situation in Hessen ähnlich ist wie im Bundesdurchschnitt, worauf ja auch die Zahlen aus der Hessischen Teilmenge der bundesdeutschen Repräsentativerhebung hindeuten (siehe oben).

Die Angaben zur Bevölkerungszahl basieren auf Informationen vom Hessischen Statistischen Landesamt (www.hsl.de). Die Klientenzahlen wurden auf der Datengrundlage der COMBASS-Auswertungen für das Jahr 2004 berechnet.³

Nach dieser Schätzung üben 3% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (12- bis 25 Jahre) einen regelmäßigen Cannabiskonsum aus, was nach der Definition der BZgA eine Konsumhäufigkeit von mehr als 10mal im Jahr bedeutet (siehe Tabelle 1). Diese Konsumenten werden hier – auch aufgrund der frühintervenierenden Zielsetzung vieler Einrichtungen – als potentielle Zielgruppe der ambulanten Suchthilfe betrachtet, auch wenn außer Frage steht, dass nicht alle Personen mit dieser Konsumfrequenz suchtgefährdet sind. Gleichzeitig suchen auch Personen die Suchthilfe auf, die seltener Cannabiskonsum hatten, die aber sozial- oder polizeiauffällig wurden. Insofern stellt die errechnete Quote der Inanspruchnahme eher eine leichte Überschätzung dar.⁴ Hoch gerechnet auf das Bundesland Hessen nehmen danach 5,6% dieser Gruppe Angebote der (landesgeförderten) ambulanten Suchthilfe in Anspruch.

Wird eine solche Schätzung für eine weitere Subgruppe, die cannabisabhängigen 18- bis 24-Jährigen (nach der Repräsentativerhebung) vorgenommen, zeigt sich, dass ca. 2,5% von diesem Personenkreis Angebote der ambulanten Suchthilfe im Jahr 2004 aufgesucht haben (siehe Tabelle 1). Da in der Repräsentativerhebung ein Indikator verwandt wurde, der eher zu einer Überschätzung der Abhängigkeitsraten führt und damit die Inanspruchnahmerate unterschätzt, kann angenommen werden, dass die reale Schätzgröße der Inanspruchnahme etwa zwischen 4 bis 5% liegt.⁵

Ob dieses Niveau der Inanspruchnahme als hoch oder niedrig zu bewerten ist, kann nicht beurteilt werden, da Vergleichszahlen sowohl für die Landes- als auch für die Bundesebene fehlen. Es sei deshalb noch einmal betont, dass die vorgestellte Schätzung ausschließlich einer groben Orientierung dient, um überhaupt einen Anhaltspunkt für den potentiellen Hilfebedarf zu erhalten – oder genauer – wie groß die faktische Reichweite der Suchthilfe bisher ist. Denn nicht alle Cannabiskonsumenten, die es nötig hätten, kommen in eine ambulante Einrichtung.

³ COMBASS = Computergestützte Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen.

⁴ Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass der Wert von 3% auf den Angaben aus telefonischen Interviews basiert. Es ist bekannt, dass es bei dieser Art der Befragung zu einer Unterschätzung des Cannabiskonsums kommen kann, weil einige der befragten Personen aus Angst oder anderen Gründen einen Cannabiskonsum nicht angeben (Kraus, Bauernfeind & Bühringer 1998).

⁵ In der bundesweiten Repräsentativerhebung wird mit Hilfe der Severity of Dependence Skala (SDS) versucht, den Anteil von cannabisabhängigen Personen zu bestimmen. An diesem Verfahren gibt es die methodische Kritik, dass die Anwendung des SDS bei Cannabiskonsumenten zu einer Überschätzung der Abhängigkeitsraten führt (Kalke, Verthein & Stöver 2005).

Tabelle 1: Schätzung der Prävalenz und der Inanspruchnahme für das Jahr 2004

Problematische Konsummuster	Altersgruppe	Prävalenzwert	Umgerechnet auf hessische Bevölkerung	Anzahl Klienten 2004	Quote der Inanspruchnahme
Regelmäßiger Cannabiskonsum * (BZgA)	12 bis 25 Jahre	3%	30.115	1.717	5,7%
Abhängiger Cannabiskonsum ** (IFT)	18 bis 24 Jahre	4%	19.256	475	2,5%

* mehr als 10mal Cannabis im letzten Jahr

** mit Hilfe der Severity of Dependence Skala (SDS) bestimmt

Im Gegensatz zu den Schätzzahlen zur Prävalenz und Inanspruchnahme ist es jedoch möglich, eine empirisch abgesicherte Analyse über diejenigen Cannabisklienten durchzuführen, die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in Hessen schon aufgesucht haben. Über diese Gruppe von Klienten sind bislang keine detaillierten Informationen statistisch ausgewertet und publiziert worden. Insgesamt ist wenig über diese Klientengruppe bekannt. Das gilt für Hessen, aber auch bundesweit. Mit der Spezialanalyse soll also ein Beitrag geleistet werden, dieses Erkenntnisdefizit abzubauen.

Es wird dabei beispielsweise der Frage nachgegangen, wie sich die soziale Situation dieser Klientel darstellt. Oder: Wie lange werden diese Klienten im Durchschnitt betreut, wie sieht der Betreuungserfolg aus? Dabei werden jeweils zum Vergleich die Klienten-Gruppen „harte Drogen“ (Opiate, Kokain, etc.) und „Alkohol“ mit betrachtet, um mögliche Besonderheiten der Cannabisklientel zu verdeutlichen.

Im Einzelnen werden in den folgenden Auswertungen die soziodemografische Situation der Cannabisklientel, ihr Inanspruchnahmeverhalten sowie ihre Situation am Ende der Betreuung⁶ analysiert.⁷ Erstmals werden dabei für einen COMBASS-Bericht auch die konkret in Anspruch genommenen Leistungsarten ausgewertet. Es wird dargestellt, ob es sich um eine Beratung, Vermittlung, Behandlung oder anderes handelt.

Bei den Auswertungen handelt es sich um eine Querschnittsanalyse der Daten aus den Jahren 2002 bis 2004. Eine Trendanalyse über diese drei Jahre ist nicht möglich, da die Datenbasis des Jahres 2002 (weniger beteiligte Einrichtungen) nicht vergleichbar ist mit derjenigen aus den beiden Folgejahren.

Mit dem beschriebenen Auswertungsprofil ist die vorliegende Cannabisanalyse die erste ihrer Art in Deutschland. Mit ihrer Hilfe sollen empirische Hinweise für die Weiterentwicklung des ambulanten Angebots für suchtgefährdete und abhängige Cannabiskonsumenten gewonnen werden. Gleichzeitig darf nicht die Messlatte eines speziellen Forschungsprojektes an die vorliegende Spezialanalyse gelegt werden, weil die ausgewerteten Daten im Rahmen einer (noch weiterzu-

⁶ Der Begriff „Betreuung“ ist hier im Kontext der ambulanten Suchthilfe zu verstehen und ist nicht zu verwechseln mit der Definition wie sie im Betreuungsrecht verwendet wird.

⁷ Dieser Teil der Auswertungen erfolgt auf der Basis des Hessischen Kerndatensatzes Suchthilfe (HKDS). Er umfasst den Deutschen Kerndatensatz, auf den sich Kostenträger, Wohlfahrtsverbände, Suchthilfeträger und Politik als nationalen Datensatz geeinigt haben. Zusätzlich beinhaltet er einige zusätzliche, von den Hessischen Trägern gewünschte praxisrelevante Informationen (z.B. Anzahl der Kinder und Hafterfahrungen der Klienten).

entwickelnden) Basisdokumentation erhoben worden sind. Deshalb müssen einige Darstellungen und Auswertungen zwangsläufig lückenhaft bleiben. Andererseits könnten die dargestellten Daten in bestimmten Zeitabständen fortgeschrieben werden, um Entwicklungen bei der Cannabisklientel sichtbar zu machen.

Im Fokus der Analyse stehen die jüngeren Cannabisklienten und -klientinnen. Hierunter fallen „Jugendliche“ (bis 18 Jahre) und „junge Volljährige“ im Alter bis einschließlich 26 Jahre. Diese Begriffsbestimmungen finden sich auch im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG). Die allermeisten der von der ambulanten Suchthilfe betreuten Cannabisklienten gehören zu diesen Altersgruppen. Es ist bekannt, dass der Cannabiskonsum vor allem eine Erscheinung der Adoleszenz und des jüngeren Erwachsenenalters ist. Deshalb erfolgt diese Schwerpunktsetzung in der Spezialanalyse.

Der vorliegende Bericht ist im Rahmen des – mit Landesmitteln geförderten – Projektes *COM-BASS* (Computergestützte Basisdokumentation der Suchthilfe in Hessen) entstanden. Seine Aufgabe ist die Förderung einer einheitlichen und praxisnahen Dokumentation. Die Federführung des Projektes liegt bei der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS). Bei ihr ist auch eine Steuerungsgruppe angesiedelt, in der die Einrichtungsträger, das Hessische Sozialministerium, die Softwarefirma und das auswertende Institut vertreten sind.

Im Rahmen des *COMBASS*-Projektes wird beginnend mit dem Jahr 2003 eine Suchthilfestatistik für den ambulanten Bereich erstellt. Diese besteht in jedem Jahr aus zwei Teilen: einer Grunddaten-Auswertung und einer Spezialanalyse. In der Grunddaten-Auswertung wird die biografische und soziale Situation der Klientinnen und Klienten sowie die von ihnen in Anspruch genommenen Betreuungen beschrieben (Kalke et al. 2005; Kloss et al. 2004). In der Spezialanalyse werden vertiefend ausgewählte Themen und Fragestellungen behandelt. Für das Jahr 2003 war dies eine Auswertung nach regionalen Aspekten (Kloss et al. 2005).

Der vorliegende Bericht ist wie folgt strukturiert: Nach dieser Einleitung sowie einer Darstellung der Datengrundlage und einigen Grundinformationen zu allen Cannabisklienten folgt das Herzstück der Spezialanalyse: eine detaillierte Auswertung zu den jüngeren Cannabisklienten, die die biografische Situation, ihr Inanspruchnahmeverhalten (Kontaktintensität, Leistungen etc.) genauso beleuchtet wie die Situation am Betreuungsende. Ferner werden verschiedene Diagnosegruppen („Abhängigkeitssyndrom“ versus „schädlicher Gebrauch“) miteinander verglichen, so dass insgesamt ein gutes, wenn auch nicht vollständiges Bild über die hessische Cannabisklientel entsteht.⁸

⁸ Es muss angemerkt werden, dass einige relevante Informationen fehlen, wie z.B. zur somatischen und psychischen Situation der Klienten, weil diese Daten bisher nicht erhoben werden.

Datengrundlage

Die vorliegende Cannabisanalyse stützt sich auf Daten, die in den Jahren 2002 bis 2004 EDV-gestützt in 99 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe erfasst worden sind. Hierbei handelt es sich größtenteils um landesgeförderte Einrichtungen.⁹ Daneben nehmen auch einige ausschließlich kommunal und/oder kirchlich finanzierte Einrichtungen an dem COMBASS-Projekt teil.

Die beteiligten Einrichtungen haben dem auswertenden Institut einen Teil der von ihnen mit dem computergestützten Dokumentationssystem HORIZONT erfassten Daten übergeben. Dieser Datensatz entspricht dem Hessischen Kerndatensatz (HKDS).

Im Folgenden werden Personen als Klienten bezeichnet, die der Einrichtung namentlich bekannt sind und für die im betrachteten Zeitraum mindestens ein Termin dokumentiert wurde.¹⁰ Wie in den bisherigen COMBASS-Berichten wird jeder Klient nur einmal gezählt, auch wenn er von mehreren Einrichtungen betreut worden ist („verschiedene Personen“). Weder Einmalkontakte noch anonyme Kontakte werden hierbei berücksichtigt.¹¹

Die verschiedenen Auswertungsteile der Cannabisanalyse basieren teilweise auf unterschiedlichen Datengrundlagen. Dies ist jeweils abhängig von der spezifischen Fragestellung. Übersichtsartig sind die Datengrundlagen, auf die sich die einzelnen Kapitel beziehen, in der Tabelle 2 dargestellt.

Bei den Gesamtauswertungen über alle Klientele sind Informationen von 30.759 verschiedenen Personen aus dem Zeitraum 2002 bis 2004 mit eingeflossen (siehe Tabelle 2). Die Daten hierfür stammen aus 99 Einrichtungen.

In den meisten anderen Auswertungen werden die Cannabis-Klientel sowie die Gruppen „Alkohol“ und „harte Drogen“ betrachtet – nicht um einen systematischen Vergleich durchzuführen, sondern um mögliche Besonderheiten bei den Cannabisklienten herauszuarbeiten.¹² Werden diese drei Gruppen zusammengefasst, ergibt sich eine Fallzahl von 27.640 Klienten.

Das Herzstück der Cannabisanalyse umfasst – wie schon in der Einleitung erwähnt – die jüngeren Klienten und Klientinnen bis einschließlich 26 Jahre. Es konnten hier biografische Informationen von 5.186 Personen aus 91 Einrichtungen in der Analyse berücksichtigt werden.¹³ Bei den Analysen, die auf den abgeschlossenen Betreuungen – innerhalb des Zeitraumes von 2002 bis 2004 – beruhen, konnten Informationen von 5.374 jüngeren Klienten ausgewertet werden.¹⁴

⁹ Es sei darauf hingewiesen, dass sich auch einige Einrichtungen aus den Bereichen „Betreutes Wohnen“ und „Arbeits- und Beschäftigungsprojekte“ an COMBASS beteiligen.

¹⁰ Dies entspricht der Definition aus den bisherigen COMBASS-Berichten. Da es für diese Art der Definition bislang keinerlei grundsätzliche Standards gibt, wurde in Hessen in Absprache mit der Steuerungsgruppe COMBASS eine eher strenge Klientendefinition gewählt, mit der eine undifferenzierte Zählung von Klienten vermieden werden soll.

¹¹ Nicht alle Einrichtungen dokumentieren ihre Einmalkontakte mit HORIZONT. Die Auswertung enthält deshalb ausschließlich Klientinnen und Klienten, die zusätzlich zum Erstkontakt weitere Leistungen in Anspruch genommen haben.

¹² Die Zuordnung zu den drei Substanzgruppen erfolgte über die ICD-10-Hauptdiagnose. Fehlte diese Information, wurden die ICD-Einzeldiagnosen nach einer bestimmten Hierarchie (Opiate, Kokain, Ecstasy, Alkohol) hinzugefügt oder weitere, eindeutige Angaben bei den Erfassungskategorien „Zielgruppe“ und „Vorbehandlungen“ als Informationsbasis genommen. Dieses Verfahren führte dazu, dass nur bei 4.744 Klienten keine Zuordnung zur Hauptdiagnose erfolgen konnte.

¹³ Da es sich um eine chronologische Dokumentation handelt, wurde hierbei jeweils die letzte dokumentierte Information pro Erfassungskategorie genommen.

¹⁴ Hierbei wurde jeweils die letzte Betreuung pro Klient im betrachteten Zeitraum ausgewertet. Der Begriff „abgeschlossen“ bezieht sich auf alle Betreuungen, bei denen ein Betreuungsende dokumentiert worden ist (und zwar unabhängig davon, ob die Betreuung planmäßig beendet oder vorzeitig vom Klienten abgebrochen worden ist).

Ein Teil der Einrichtungen (39) erklärte sich dankenswerter Weise bereit, erstmals für eine übergreifende Auswertung im Rahmen der Landessuchthilfestatistik ihre Leistungsdaten zur Verfügung zu stellen. Die Struktur der Klientel dieser Stichprobe entspricht derjenigen der Gesamtklientel. Das ergab die Überprüfung der Repräsentativität anhand der Angaben zu Geschlecht, Alter und sozialer Situation. Es konnten hier die Leistungen von 15.185 der 30.759 Klienten und Klientinnen im Zeitraum von 2002 bis 2004 ausgewertet werden. Dies entspricht 308.359 Einzelleistungen für alle diese Klienten sowie 37.701 Leistungen für die jüngeren Klienten von ihnen (unter 27 Jahren, N = 3.157 Klienten) (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Datengrundlage der Cannabisanalyse (Querschnittsauswertungen 2002 bis 2004)

Auswertungsart	Anzahl Personen / Leistungen	Anzahl Einrichtungen (Datenbanken)	Kapitel
Klienten: insgesamt	30.759	99	Grundinformationen
Klienten: Cannabis, harte Drogen, Alkohol	27.640	99	Grundinformationen
Jüngere Klienten (unter 27 Jahren): Cannabis, harte Drogen, Alkohol	5.186	91	Soziodemografische Situation
Abgeschlossene Betreuungen (der Klienten unter 27 Jahren): Cannabis, harte Drogen, Alkohol	5.374	84	Betreuungsbeginn und -ende, Inanspruchnahmeverhalten, Vergleich Diagnosegruppen
Erbrachte Leistungen: insgesamt	15.185 Klienten mit 308.359 Leistungen	39	Grundinformationen
Erbrachte Leistungen (für Klienten unter 27 Jahren): Cannabis, harte Drogen, Alkohol	3.157 Klienten mit 37.701 Leistungen	39	Inanspruchnahmeverhalten

Auch für diese Spezialanalyse wurden wieder umfangreiche Plausibilitätsüberprüfungen und Fehlerbereinigungen der Daten vorgenommen.

Abschließend sei darauf aufmerksam gemacht, dass die in den Auswertungen festgestellten Unterschiede zwischen den verschiedenen Klientengruppen immer auch mit der Angebotsstruktur zusammenhängen können. Da der Einrichtungstyp (z.B. integrierte Suchtberatungsstelle, Substitutionsambulanz) bislang nicht flächendeckend erhoben worden ist, können hierzu keine genaueren Aussagen getroffen werden. Dies wird jedoch ab dem Jahresbericht 2005 der Fall sein.

Grundinformationen zur gesamten Cannabisklientel

Die Grundgesamtheit der in dieser Analyse betrachteten Klientinnen¹⁵ und Klienten des ambulanten Suchthilfesystems Hessen umfasst 30.759 unterschiedliche Personen: Auch bei mehreren Betreuungen wird niemand mehrfach berücksichtigt, sondern findet lediglich einmal Eingang in die Untersuchung (siehe vorangegangenes Kapitel). Diese Hilfesuchenden der Jahre 2002 bis 2004 lassen sich zur Kontrastierung der im Folgenden genauer betrachteten Cannabisklientel je nach Hauptdiagnose in drei verschiedene Gruppen bündeln: Cannabis, harte Drogen¹⁶ und Alkohol. Durch diese Zusammenfassung wird deutlich, dass bei beinahe jedem Zweiten eine Alkoholstörung im Vordergrund steht und für jeden Dritten der Konsum harter Drogen zu maßgebenden Problemen geführt hat (siehe Tabelle 3). Cannabis stellt bei jedem Zehnten die Haupts substanz dar. Bei 10% der Klienten handelt es sich um andere Diagnosen (Tabak, flüchtige Lösungsmittel, multipler Substanzgebrauch, Essstörung, pathologisches Glücksspiel).

Tabelle 3: Verteilung der Klienten und Klientinnen nach Hauptdiagnose-Gruppen (verschiedene Personen, 2002 bis 2004)

Cannabis	10%
Harte Drogen	32%
Alkohol	48%
Anderes	10%
Anzahl (N)	30.759

Innerhalb der Gruppe der Cannabisklienten dominieren die Männer deutlich: Die Frauen besitzen hier einen Anteil von lediglich 15 %. Eine solch stark ausgeprägte Dominanz der Männer findet sich innerhalb der anderen Gruppen nicht: Dort ist etwa jede vierte Person eine Frau (siehe Tabelle 4).¹⁷ Ein sehr hoher Männeranteil bei der Cannabisklientel ist auch aus anderen Suchthilfestatistiken bekannt (Schütze et al. 2004).

¹⁵ Aus sprachlichen Gründen werden an einigen Stellen auch die Begriffe „Konsumenten“ oder „Gebraucher“ verwendet. Es sind damit aber immer die Klienten der entsprechenden Hauptdiagnose-Gruppen gemeint.

¹⁶ Opiate, Benzodiazepine, Barbiturate, Kokain und Crack, Amphetamine, Ecstasy, Halluzinogene.

¹⁷ Bei diesen und allen weiteren Auswertungen wird die Hauptdiagnose-Gruppe „Anderes“ aufgrund ihrer heterogenen Zusammensetzung bis auf eine Ausnahme nicht weiter betrachtet.

Tabelle 4: Geschlechterverteilung der Klienten und Klientinnen nach Hauptdiagnose-Gruppen

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
Weiblich	15%	26%	23%
Männlich	85%	74%	77%
Anzahl (N)	3.147	9.852	14.641

Das entscheidende Merkmal der Cannabisklienten ist aber nicht diese Verteilung der Geschlechter, sondern ihr – gegenüber den anderen beiden Hauptdiagnose-Gruppen – deutlich niedrigeres Durchschnittsalter: Männer und Frauen sind im Mittel etwa 23 Jahre jung, wenn sie mit der Hauptdiagnose Cannabis vom ambulanten Suchthilfesystem Hessens betreut werden (siehe Tabelle 5). Ihr durchschnittlicher Altersabstand zur Klientengruppe „harte Drogen“ beträgt annähernd zehn Jahre; der Abstand zu den Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol beläuft sich sogar auf mehr als zwanzig Jahre. Im Gegensatz zur Hauptdiagnosegruppe Alkohol, in der die Frauen durchschnittlich zwei Jahre älter sind als die Männer, sind die Klientinnen der Cannabisgruppe jünger als ihre männlichen Mitklienten. Sie ähneln damit eher der Struktur der zweiten Gruppe illegaler Substanzen: der harten Drogen. Dort beträgt die Altersdifferenz zwischen Männern und Frauen plus ein Jahr.

Tabelle 5: Durchschnittsalter der Klienten und Klientinnen nach Hauptdiagnose-Gruppen und Geschlecht

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol	Anzahl
Frauen	22,7 Jahre	32,7 Jahre	46,0 Jahre	6.502
Männer	23,3 Jahre	33,9 Jahre	44,1 Jahre	21.138
Insgesamt	23,2 Jahre	33,6 Jahre	44,5 Jahre	27.640

Der Blick auf die Altersstruktur innerhalb der drei Gruppen macht deutlich, dass die Cannabis-klienten deutlich jünger sind als die anderen Klienten: drei von vier Personen dieser Gruppe sind jünger als 27 Jahre (76 %; siehe Tabelle 6). Damit bleiben diese jungen Erwachsenen innerhalb der Altersgrenzen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG), dessen präventive Zielrichtung sich mit den frühintervenierenden Bemühungen des Suchthilfesystems trifft (Martens et al. 2004). Die weit überwiegende Mehrheit der beiden anderen Hauptdiagnosegruppen ist älter als 27 Jahre (harte Drogen: 79 %; Alkohol: 95 %).

Tabelle 6: Altersstruktur der Klienten und Klientinnen nach Hauptdiagnose-Gruppen

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
Jünger als 27 Jahre	76 %	21%	5%
Älter gleich 27 Jahre	24 %	79%	95%
Anzahl (N)	3.147	9.852	14.641

Aufgrund des hohen Anteils von jüngeren Cannabis-klienten und möglicherweise damit zusammenhängenden versorgungsrelevanten Fragen (z.B. KJHG, spezifische Angebote der Jugendberatung) wird in dem anschließenden Kapitel diese Klientengruppe (jünger als 27 Jahre) in den Mittelpunkt der Untersuchung gerückt.

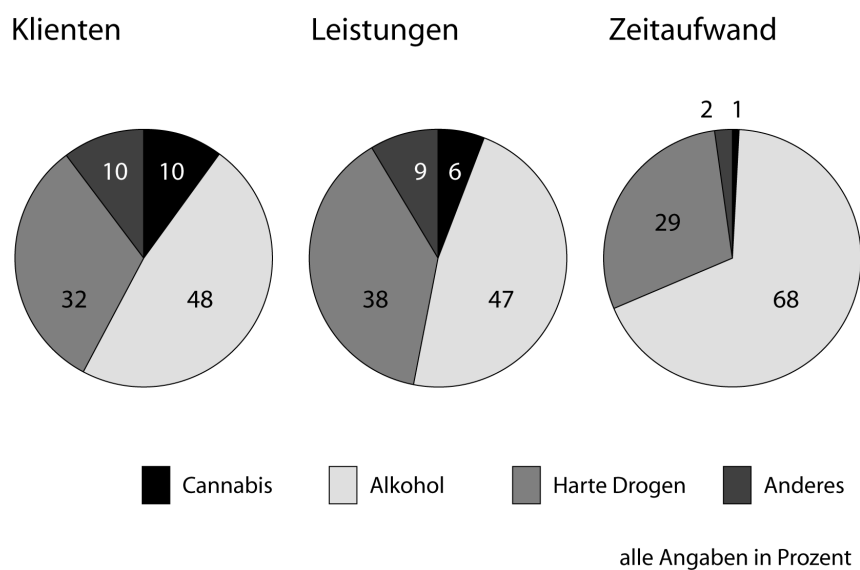
Erstmals konnten für eine Auswertung im Rahmen der Landessuchthilfestatistik auch Leistungsdaten ausgewertet werden (siehe oben). Es kann damit dargestellt werden, welche Leistungen in welchem Umfang die ambulante Suchthilfe für ihre Klientel erbringt (siehe hierzu in differenzierter Form den Abschnitt „Inanspruchnahmeverhalten“).

Wird nun eine solche Auswertung für die gesamte Klientel nach den einzelnen Hauptdiagnose-Gruppen durchgeführt, zeigt sich, dass 6% aller Leistungen der ambulanten Suchthilfe für Cannabis-klienten erbracht werden (siehe Abbildung 1). Dafür wird ein Zeitaufwand von einem 1% benötigt – bei einem Anteil von 10% aller Klienten. Das bedeutet, dass die Cannabis-klientel sehr wenig Zeit im gesamten Zeitbudget der ambulanten Suchthilfe verursacht.

Dagegen werden 68% der aufgebrauchten Zeit für Alkoholklienten bei einem Klientenanteil von 48 % verwendet. Bei den Konsumenten harter Drogen liegen die prozentualen Anteile für Klientenanzahl (32%), erbrachten Leistungen (38%) und Zeitaufwand (29%) enger beieinander. Mit diesen Ergebnissen ist keine Bewertung in dem Sinne verbunden, dass die eine Klientengruppe zuwenig und die andere zuviel betreut wird, sondern es wird in differenzierter Form

das faktische Inanspruchnahmeverhalten der verschiedenen Klientel der ambulanten Suchthilfe aufgezeigt.

Abbildung 1: In Anspruch genommene Leistungen nach Anzahl und Zeitaufwand (N Klienten = 15.185, N Leistungen = 308.359)



Detailauswertungen zu den jüngeren Cannabisklienten und -klientinnen

Soziodemografische Situation

In diesem Abschnitt werden neben demografischen Angaben zu Alter und Geschlecht auch Daten zur Lebens- und Wohnsituation, zum höchsten erreichten Schulabschluss und zur Erwerbs-situation der jüngeren Hilfesuchenden präsentiert. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt dabei stets in Gegenüberstellung zu den beiden anderen Klientengruppen (harte Drogen, Alkohol). Es soll der Frage nachgegangen werden, ob sich die Cannabisklientel durch eine spezifische soziale Situation auszeichnet.

Alter · Geschlecht

Eine Besonderheit der jüngeren Cannabisklientel zeigt sich bereits in der Geschlechterverteilung: Mit 85% männlichen Cannabiskonsumenten ist der Männeranteil in dieser Gruppe so groß wie bei sonst keiner anderen Hauptdiagnose-Gruppe, auch wenn in diesen ebenfalls die Zahl der männlichen Klienten überwiegt (harte Drogen: 66% / Alkohol: 83%).

Aber auch die Altersstruktur der Cannabisklienten und -klientinnen unterscheidet sich auffällig von der der übrigen Hilfesuchenden. So sind in der Gruppe der jüngeren Cannabisklienten über ein Viertel minderjährig, etwa ein Drittel befindet sich im Alter zwischen 18 bis einschließlich 20 Jahren und 38% gehören der Altersgruppe der 21- bis einschließlich 26-Jährigen an (siehe Tabelle 7). Wer wegen Cannabis die Einrichtungen der hessischen Suchthilfe aufsucht, ist damit in der Regel weit jünger als Hilfesuchende mit Alkoholproblemen oder die Konsumenten harter Drogen.

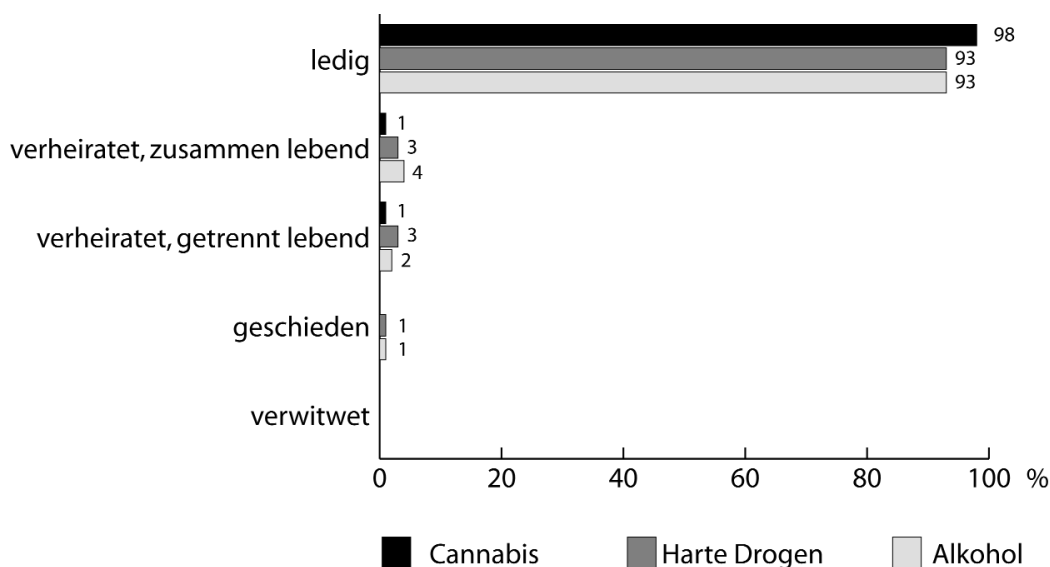
Tabelle 7: Altersstruktur der jüngeren Klienten und Klientinnen nach Hauptdiagnose-Gruppen

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
Bis einschließlich 17 Jahre	28%	3%	9%
18 bis einschließlich 20 Jahre	34%	17%	24%
21 bis einschließlich 26 Jahre	38%	80%	67%
Anzahl (N)	2.328	2.027	773

Familienstand · Lebenssituation

Fast alle Cannabisklienten unter 27 Jahren in Hessen sind ledig, nur insgesamt 2% sind verheiratet, wovon wiederum die Hälfte in Trennung lebt (siehe Abbildung 2). Damit hat diese Gruppe im Vergleich zu den übrigen Klienten den größten Anteil an unverheirateten Hilfesuchenden: Zwar weisen auch die Alkoholklienten und die Konsumenten harter Drogen einen sehr hohen Anteil an ledigen Personen auf, dieser ist aber mit jeweils 93% etwas niedriger als bei den Cannabiskonsumenten. Dieser eher geringe Unterschied lässt sich nicht durch die jüngere Altersstruktur der Cannabisklientel erklären, denn er zeigt sich in allen drei Altersgruppen (siehe oben).

Abbildung 2: Familienstand der jüngeren Klienten und Klientinnen nach Hauptdiagnose-Gruppen (N = 4.491)



Die Lebenssituation der Cannabisklientel stellt sich folgendermaßen dar: Etwa zwei Drittel lebt mit den Eltern zusammen, während nur knapp jeder sechste allein lebend ist (siehe Tabelle 8). Insgesamt 5% geben an, mit einem Partner zusammen zu leben, 2% mit Kindern und ebenfalls 2% mit Freunden oder Bekannten. Mit sonstigen Personen leben 11% der Cannabiskonsumenten zusammen. Gegenüber den anderen beiden Hauptdiagnose-Gruppen fällt hier vor allem der hohe Anteil von Cannabisklienten auf, der (noch) mit den Eltern zusammenlebt, auch wenn dieser Anteil mit zunehmendem Alter sinkt. In der Gruppe der 21- bis 26-Jährigen leben aber immerhin noch 47% der Cannabisklienten bei den Eltern. Dies trifft im Vergleich nur auf 37% der Klienten mit Alkoholproblemen und auf lediglich 33% der Konsumenten harter Drogen zu.

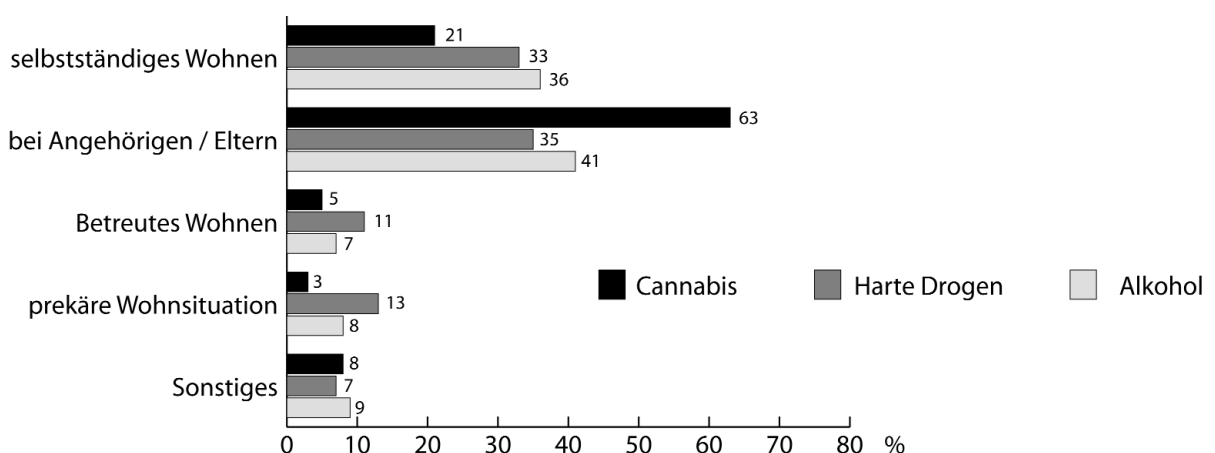
Tabelle 8: Lebenssituation der jüngeren Klienten und Klientinnen nach Hauptdiagnose-Gruppen

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
Allein lebend	16%	26%	26%
Mit Elternteil	65%	36%	45%
Mit Kindern	1%	2%	1%
Mit Partner/in	4%	12%	8%
Mit Partner/in u. Kindern	1%	4%	3%
Mit Freunden/Bekannten	2%	4%	3%
Mit sonstigen Personen	11%	17%	14%
Anzahl (N)	1.992	1.745	579

Wohnsituation

Mit einem Anteil von insgesamt 84%, der entweder selbstständig oder bei den Eltern wohnt, stellt sich die Wohnsituation der Cannabisklienten in der Regel stabiler dar als für die Konsumenten anderer Substanzen (siehe Abbildung 3). Dies ist wiederum in erster Linie auf den großen Teil der Cannabiskonsumenten zurückzuführen, der noch bei den Eltern lebt (63%). Insgesamt 8% wohnen hingegen in eher schwierigen Verhältnissen, d.h. sie befinden sich entweder in einer Form des betreuten Wohnens (5%) oder ihre Wohnsituation wird als prekär eingestuft (3%).¹⁸ Insbesondere letzteres ist allerdings gegenüber den beiden anderen Hauptdiagnosegruppen eher selten der Fall (prekäre Wohnsituation: harte Drogen: 13% / Alkohol: 8%). Trotzdem ist die Zahl der Cannabiskonsumenten in schwierigen Wohnverhältnissen in jungen Jahren eher unerwartet hoch, da solche Verhältnisse meistens mit dem Konsum harter Drogen verbunden sind. Bei den Konsumenten von Cannabis stellt sich deshalb die berühmte Frage nach der Henne und dem Ei: Sind diese Klienten in eine solche Situation geraten, weil sie zuviel konsumiert haben, oder benutzen sie unter schwierigen sozialen Bedingungen Cannabis, um dem „grauen Alltag“ zu entfliehen?

Abbildung 3: Wohnsituation der jüngeren Klienten und Klientinnen nach Hauptdiagnose-Gruppen (N = 4.849)



¹⁸ In einer prekären Wohnsituation leben Klienten z.B. in der Justizvollzugsanstalt, provisorischen Unterkünften oder in der Obdachlosigkeit.

Schulabschluss · Erwerbssituation

Im Vergleich zur hessischen Gesamtbevölkerung sind die Schulabgänger unter den 17- bis 26-Jährigen Cannabisklienten deutlich unterqualifiziert.¹⁹ Auffällig ist hierbei insbesondere der hohe Anteil derer, die die Schule ohne jeglichen Abschluss verlassen (17%) (siehe Tabelle 9). Dies ist bei den Cannabiskonsumenten zudem häufiger der Fall als z.B. bei den Alkoholklienten, die für die verschiedenen Schulabschlüsse ansonsten ähnliche Ergebnisse aufweisen. Dieser Sachverhalt ist nicht auf spezielle Angebote der ambulanten Suchthilfe (z.B. in sozialen Brennpunkten) zurückzuführen, da sich die Schulabbrecher flächendeckend auf die Einrichtungen verteilen. Des Weiteren hat etwa die Hälfte der Cannabisklienten einen Hauptschulabschluss gemacht, ein Viertel ist mit Realschulabschluss abgegangen und nur insgesamt 7% haben die Hochschulreife erlangt. Bei diesen Zahlen ist allerdings zu beachten, dass hier nur ein bestimmter Teil der jüngeren Cannabisklientel berücksichtigt wird, nämlich jener, der älter als 17 Jahre ist und die Schule bereits verlassen hat.

Tabelle 9: Schulabschluss der jüngeren Klienten und Klientinnen* nach Hauptdiagnose-Gruppen

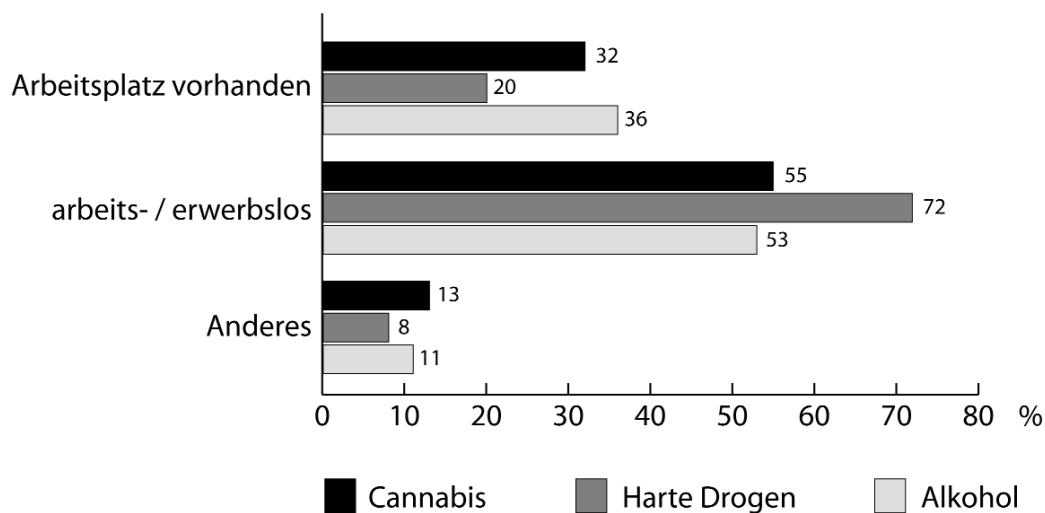
	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
Ohne Schulabschluss			
Abgegangen	17%	22%	14%
Sonderschulabschluss	2%	1%	3%
Hauptschulabschluss	48%	53%	49%
Realschulabschluss	25%	20%	25%
(Fach-)Abitur	6%	3%	7%
Hochschulabschluss	1%	1%	1%
Anderer Schulabschluss	0,3%	0,4%	0,4%
Anzahl (N)	1.522	1.659	501

* Nur Schulabgänger im Alter von 17 bis 26 Jahren.

Der eher niedrige Bildungsstand der Cannabisklienten (siehe oben) wirkt sich – wie die folgenden Zahlen zeigen – auch auf ihre Erwerbssituation aus. So findet nach Verlassen der Schule bzw. Beendigung der Lehre nur knapp ein Drittel einen Arbeitsplatz (siehe Abbildung 4). Für über die Hälfte der noch recht jungen Hilfesuchenden geht der Weg über Schule oder Lehre in die Arbeitslosigkeit. Für speziell diese Gruppe der Cannabisklienten, die bereits ihre Schullaufbahn beendet haben, stellt sich die Erwerbssituation also überwiegend schwierig dar. Auch im Vergleich mit den Alkoholklienten (Arbeitsplatz vorhanden: 36%) schneiden sie in diesem Hinblick ein wenig schlechter ab, dennoch ist ihre Situation weit weniger dramatisch als die der Konsumenten harter Drogen (arbeitslos/erwerbslos: 72%).

¹⁹ Hessisches Statistisches Landesamt, Wiesbaden 2005: Schulentlassene aus allgemein bildenden Schulen am Ende des Schuljahres 2003/2004: ohne Schulabschluss abgegangen 6%, Sonderschulabschluss 3%, Hauptschulabschluss 25%, Realschulabschluss 40%, Abitur 26%, anderer Schulabschluss 1%.

Abbildung 4: Erwerbssituation der jüngeren Klienten und Klientinnen nach Abschluss von Schule und Lehre (N=2.608)



Klassifikation der sozialen Situation

Im Folgenden wird nun der Versuch unternommen, unter Berücksichtigung der bestehenden Daten zur Lebens- und Wohnsituation sowie zum Schulabschluss und der Erwerbssituation eine Klassifikation der sozialen Situation zu erstellen. Durch die Verbindung der bisher getrennt betrachteten Kategorien miteinander soll zum einen ein Gesamtüberblick über die soziale Situation gewonnen werden, zum anderen sollen fünf verschiedene Typen der sozialen Situation unterschieden werden, die auch im weiteren Verlauf des Berichts Verwendung finden werden. Die Klassifikation erfolgt folgendermaßen:

Klassifikation der sozialen Situation²⁰

1. **prekäre Wohn- bzw. Lebenssituation**
= prekäre Wohnsituation, Heim- oder Klinikaufenthalte, illegale Einkommensquellen
2. **abhängig von Transferleistungen**
= staatliche oder private Geldleistungen
3. **in Ausbildung befindlich**
= in Schule, Studium, Lehre
4. **selbstständige Lebensführung**
= Eigenständiges Einkommen (Arbeit, Vermögen, Rente)
5. **andere Situation**
= z.B. Hausfrau, Hausmann

²⁰ Die Klassifizierung erfolgt hierarchisch: Zuerst wird nach der prekären Wohn- bzw. Lebenssituation gefragt, wenn dies nicht zutrifft nach der selbstständigen Lebensführung, wenn dies auch nicht zutrifft nach der Ausbildung und zuletzt nach den Transferleistungen. Unter „andere Situation“ werden alle übrigen Klienten gefasst. Dagegen erfolgt – aufgrund der besseren Lesbarkeit – die Anordnung der Reihenfolge dieser Kategorien in der Definitionsübersicht und in der Ergebnispräsentation (Tabelle 10) nach einer anderen Logik: Zuerst werden die negativen sozialen Situationen genannt, dann die positiven.

Die jüngeren Cannabisklienten befinden sich demnach häufig in der Ausbildung (44%) oder haben eine selbstständige Lebensführung (16%) (siehe Tabelle 10). Zusammen genommen weist damit die Mehrheit eine eher stabile soziale Lage auf. Dies könnte – in einer positiven Sichtweise – darauf hindeuten, dass sie sich noch rechtzeitig an die ambulante Suchthilfe wenden (bzw. zu dieser von Dritten geschickt werden). Möglicherweise ist aber auch ein Teil dieser Klienten, die sich eigentlich in einer guten sozialen Situation befinden, zu früh oder falsch in eine Beratungsstelle geschickt worden, weil hier beispielsweise übertriebene Ängste von Eltern im Spiel waren, die im Zusammenhang mit dem Cannabisverbot stehen.

Andererseits lebt bereits ein Drittel der Cannabisklientel in schwierigen Verhältnissen, d.h. sie sind entweder von Transferleistungen abhängig (22%) oder befinden sich in einer prekären Wohn- bzw. Lebenssituation (11%). Wenngleich in den beiden anderen Hauptdiagnose-Gruppen die Zahl derer, auf die eines dieser beiden Merkmale zutrifft, wesentlich höher ist – so befinden sich 42% der Alkoholklienten und gar zwei Drittel der Konsumenten harter Drogen in einer vergleichbar schwierigen Lage –, deutet der entsprechende Wert für Cannabisklienten darauf hin, dass für eine gewisse Gruppe der Konsum mit einer schwierigen Lebenssituation einhergeht, bei der sich beide Faktoren möglicherweise wechselseitig verstärken. Selbst wenn unterstellt wird, dass die Inanspruchnahmequote bei dieser Gruppe höher ist als bei den anderen, so bildet diese eine kleinere, aber doch zu beachtende Problemgruppe.

Tabelle 10: Klassifizierung der sozialen Situation der jüngeren Klienten und Klientinnen nach Hauptdiagnose-Gruppen

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
Prekäre Wohn- bzw. Lebenssituation	11%	28%	15%
Abhängig von Transferleistungen	22%	39%	27%
In Ausbildung befindlich	44%	14%	24%
Selbstständige Lebensführung	16%	12%	21%
Andere Situation	7%	7%	13%
Anzahl (N)	2.273	1.967	672

Betreuungsbeginn und -ende

Neben den soziodemografischen Merkmalen der Klientele bestehen in der Betreuung selbst Unterschiede zwischen den drei verschiedenen Hauptdiagnosegruppen. Diese zeigen sich bereits in der unterschiedlichen Weise des Zugangs zum Hilfesystem, ebenso wie im Abschluss der Betreuung, in denen Besonderheiten der Gruppe jüngerer Cannabisklienten und -klientinnen deutlich werden. Die folgenden Auswertungen beziehen sich immer auf abgeschlossene Betreuungen.²¹

²¹ Das bedeutet, dass die Betreuung im Betrachtungszeitraum 2002-2004 begonnen und beendet wurde. „Hinein-“ oder „herausragende“ Betreuungen wurden aus der Analyse ausgeschlossen.

Jüngere Cannabisklienten finden den Weg in die betreuende Einrichtung häufig über die Vermittlung durch ihre soziale Umgebung (34%, siehe Tabelle 11): Eltern, Freunde und Bekannte spielen für sie also eine wichtige Rolle bei der Kontaktabbahnung von professioneller Hilfe. Eher nachgeordnet ist diesbezüglich die Bedeutung von Schule und (Ausbildungs-)Betrieb. Bei weniger als jedem Zehnten sind diese Institutionen maßgebend für die Aufnahme des Kontakts zur Suchthilfeeinrichtung. Über einen doppelt so hohen Vermittlungsanteil (18%) verfügen dagegen die – zumindest aus Sicht der Betroffenen – eher repressiven Institutionen des öffentlichen Lebens: Justiz, Justizvollzugsanstalten und andere öffentliche Ämter.

Weil damit insgesamt – gegenüber den anderen beiden Hauptdiagnosegruppen – der Anteil der Vermittlungen aus dem „sozialen Nahbereich“ bei der Cannabisklientel besonders hoch ist, stellt sich die Frage, ob hier Eltern und Bekannte überreagieren und ihre Kinder zu schnell in eine Beratungsstelle schicken oder ob – andersherum gefragt –, das familiäre Problembewusstsein für den Alkoholkonsum nicht genügend ausgeprägt ist und hier zu spät reagiert wird, wenn die Kinder anfangen, regelmäßig zu trinken.

Im Unterschied zur Cannabisklientel zeigt sich offensichtlich bei der Hauptdiagnosegruppe „harte Drogen“ die häufig bereits vorhandene längere „Suchtkarriere“ im höheren Vermittlungsanteil durch andere Institutionen der professionellen Hilfe (andere Beratungsstellen, ärztlich-medizinische Institutionen); auch scheint sich die weiter fortgeschrittene soziale Desintegration in den deutlich geringeren Vermittlungsanteilen der sozialen Umgebung bei gleichzeitig höherem Anteil der Eigenmotivation („ohne Vermittlung“) auszudrücken.

Tabelle 11: Vermittlung der jüngeren Klienten und Klientinnen in die betreuende Einrichtung nach Hauptdiagnose-Gruppen (abgeschlossene Betreuungen)

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
Ohne Vermittlung	19%	29%	19%
Professionelle Hilfe	13%	34%	21%
Soziale Umgebung	34%	16%	19%
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	9%	3%	10%
Justiz/JVA/Öffentliche Ämter	18%	14%	21%
Sonstiges	6%	4%	11%
Anzahl (N)	2.213	1.691	656

Der Blick auf die gesetzliche Grundlage der Betreuung der jüngeren Klienten spiegelt das eben beschriebene Vermittlungsprofil bei der Betreuungsaufnahme wider: Denn 78% der Betreuungen der Hauptdiagnosegruppe Cannabis sind im rechtlichen Sinne freiwillig, nur 9 Prozent fußen auf dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG), die verbleibenden 13% besitzen eine andere straf- oder zivilrechtliche Grundlage (z. B. behördliche Auflagen bei Führerscheilverlust wegen Cannabiskonsum, Auflagen vom Arbeitsamt, Arbeitgeber oder Versicherungen). Wie zu erwarten war, haben das BtMG (15%) für die Hauptdiagnosegruppe „harte Drogen“ und die anderen strafrechtlichen Grundlagen (13%) für die Hauptdiagnosegruppe „Alkohol“ eine größere Bedeutung. In beiden Fällen sind aber auch hier drei von vier Betreuungen im rechtlichen Sinne freiwillig.

Die Gründe für das Ende der Betreuung lassen sich in zwei Blöcke gliedern: planmäßige Abschlüsse und Abbrüche. Es zeigt sich dann, dass zwischen den drei betrachteten Hauptdiagnosegruppen kaum ein Unterschied besteht: Annähernd jeder zweite Klient beendet die Betreuung durch einen Abbruch (siehe Tabelle 12). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass nicht jede formal abgebrochene Betreuung zwingend als eine gescheiterte zu bewerten ist, beispielsweise wenn ein Klient nach drei erfolgreichen Beratungsgesprächen den vierten Termin einfach nicht mehr wahrnimmt.

Mehr als die Hälfte der Betreuungen findet einen planmäßigen Abschluss (54%). Von diesen stellt jede sechste eine Weitervermittlung in ein anderes Hilfeangebot dar – dies ist im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen ein geringer Anteil. Eventuell ist das zur Verfügung stehende Weitervermittlungsangebot für Cannabisklienten nicht problemadäquat und zielgruppenspezifisch genug. Es könnte aber auch sein, dass die spezifische Problemkonstellation der Cannabisklientel weniger Weitervermittlungen erforderlich macht.

Tabelle 12: Beendigungsgrund der Betreuungen der jüngeren Klienten und Klientinnen nach Hauptdiagnose-Gruppen (abgeschlossene Betreuungen)

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
Planmäßiger Abschluss	45%	24%	42%
(Planmäßige) Weitervermittlung	9%	23%	15%
Abbruch durch Klienten	42%	44%	40%
Abbruch durch Einrichtung	3%	6%	1%
Anderes	1%	4%	2%
Anzahl (N)	2.466	2.019	754

Wenn die (wenigen) Weitervermittlungen am Ende der Betreuungen genauer betrachtet werden, erweisen sich die Arbeits- und Beschäftigungsprojekte als vorrangiges Ziel der jungen Cannabisklienten – fast jeder zweite Weitervermittelte wird in diese geleitet (48%), während nur 19% der Weitervermittelten in eine stationäre Behandlung gelenkt werden. Die jungen Cannabisklienten gleichen damit in der Weitervermittlungsstruktur den jungen Alkoholklienten; beide Gruppen unterscheiden sich aber deutlich von den Klienten harter Drogen: Diese werden mit jeder zweiten Weitervermittlung in die stationäre Behandlung oder Substitution und nur in jedem fünften Weitervermittlungsfall in ein Arbeits- oder Beschäftigungsprojekt überwiesen.

Neben der Abschlussart (planmäßig versus abgebrochen) gibt der Konsumstatus der Klienten am Ende der Betreuung Aufschluss über den Erfolg der Betreuung. 59% der jüngeren Cannabisklienten der hessischen Suchthilfeeinrichtungen reduzieren im Verlaufe der Betreuung ihren Cannabisgebrauch oder beenden diesen sogar vollständig (siehe Tabelle 13). 38% der Klienten lassen ihren Konsum unverändert oder intensivieren ihn sogar. Im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen sind die erfolgreichen Betreuungen bei den jüngeren Cannabisklienten allerdings etwas häufiger: Junge Konsumenten harter Drogen oder des Alkohols bleiben öfter in ihrem Konsum unverändert oder intensivieren diesen sogar im Zeitraum der Betreuung.

Tabelle 13: Konsumstatus am Ende der Betreuung der jüngeren Klienten und Klientinnen nach Hauptdiagnose-Gruppen (abgeschlossene Betreuungen)

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
Abstinent	26%	23%	26%
Gebessert	33%	23%	28%
Kein Problem seit Betreuungsbeginn	4%	3%	4%
Unverändert	36%	42%	40%
Verschlechtert	2%	9%	2%
Anzahl (N)	2.270	1.798	675

Die Betrachtung der zwei potentiellen Erfolgsindikatoren „Beendigungsgrund“ und „Konsumstatus am Ende der Betreuung“ zeigt somit, dass es die professionellen Helferinnen und Helfer vermögen, in einem ähnlichem Ausmaß erfolgreich jüngere Cannabisklientel zu betreuen wie es auch bei den anderen Hauptdiagnosegruppen der Fall ist.

Gleichzeitig bleibt festzuhalten, dass für einen bedeutenden Teil dieser Jugendlichen und jungen Erwachsenen die gezielte Intervention durch die professionelle Suchtberatung offensichtlich nur eine geringe Auswirkung auf das bestehende Problem hat, auch wenn es natürlich vielschichtige Erklärungsbedingungen (z.B. biografische und soziale Ausgangslagen der Klienten) für die Ergebnisse der Betreuungen gibt, die im Kontext dieser Auswertung nicht geklärt werden können. Trotzdem sollte sich die ambulante Suchthilfe mit den bisherigen Ergebnissen der Betreuung von Cannabisklienten nicht zufrieden geben. Es stellt sich die Frage, wie ein angemessenes Betreuungsangebot für diese jungen Klienten aussehen kann, das sie vielleicht länger an die Hilfeinrichtung bindet und die Betreuung erfolgreich abschließen lässt?

Inanspruchnahmeverhalten

In diesem Abschnitt erfolgt eine Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens der Cannabisklienten und -klientinnen.²² Es werden dabei die Kontaktintensität und die Gesamtkontaktzeit dargestellt. Eine solche Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens umfasst erstmals in Hessen auch eine Auswertung einzelner Leistungsarten (Beratung etc.).

Im Durchschnitt kommt es bei den jüngeren Cannabisklienten und -klientinnen zu 6,7 Kontakten, die jeweils 47 Minuten im Mittel dauern, so dass daraus eine Gesamtkontaktzeit von 5,3 Stunden resultiert (siehe Tabelle 14). Mit diesem Inanspruchnahmeverhalten unterscheidet sich die Cannabisklientel deutlich von der Gruppe „harte Drogen“, deren Gesamtkontaktzeit je Klient wesentlich höher ist (9,5 Stunden). Dagegen ähnelt die Alkohol-Klientel in diesem Punkt eher den Cannabisklienten.

Das Inanspruchnahmeverhalten der Cannabisgebraucher könnte derart interpretiert werden,

²² Auch ein Großteil der Auswertungen zum Inanspruchnahmeverhalten erfolgt auf der Grundlage abgeschlossener Betreuungen, um eine zuverlässige Datenbasis zu haben. Würden die Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens auf der Basis aller Betreuungen durchgeführt werden, könnte es sein, dass es zu verzerrten Ergebnissen kommt, weil sich ein Teil der Klienten noch in der Betreuung befindet.

dass ihr Hilfebedarf geringer ist als bei den Klienten, die harte Drogen konsumieren. Mit einer geringeren Haltekraft der Betreuung stehen die ermittelten Werte jedenfalls nicht im Zusammenhang, da das Beendungsverhalten (planmäßig versus Abbruch) der Cannabisklienten zumindest nicht schlechter ist als dasjenige der beiden anderen Gruppen (siehe Abschnitt „Betreuungsbeginn und -ende“).

Tabelle 14: Inanspruchnahmeverhalten der jüngeren Klienten und Klientinnen nach Hauptdiagnose-Gruppen (abgeschlossene Betreuungen)

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
Anzahl der Kontakte Ø	6,7 Kontakte	12,5 Kontakte	7,5 Kontakte
Dauer eines Kontaktes Ø	47 Min.	46 Min.	52 Min.
Gesamtkontaktzeit Ø	5,3 Std.	9,5 Std.	6,5 Std.
Anzahl (N-Klienten)	2.568	2.176	786

Das Inanspruchnahmeverhalten kann ergänzend auch nach Häufigkeitsklassen dargestellt werden. Dann wird deutlich, dass etwa ein Drittel der Cannabisklienten 1 bis 2 Kontakte hat (siehe Tabelle 15). Ein gleich großer Anteil weist 3 bis 5 Kontakte auf. Dagegen hat nur 17% der Cannabisklientel mehr als 10 Kontakte. Diese Struktur der Kontakthäufigkeit weist starke Ähnlichkeiten mit derjenigen der Alkoholgruppe auf. Der Unterschied zu der Gruppe „harte Drogen“ besteht vor allem darin, dass hier der Anteil von Klienten mit vielen Kontakten (10 und mehr) deutlich höher ist (31%).

Tabelle 15: Kontaktanzahl („Häufigkeitsklassen“) der jüngeren Klienten und Klientinnen nach Hauptdiagnose-Gruppen (abgeschlossene Betreuungen)

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
1 bis 2 Kontakte	31%	22%	32%
3-5 Kontakte	31%	26%	26%
6-10 Kontakte	21%	21%	21%
Über 10 Kontakte	17%	31%	21%
Anzahl (N-Klienten)	2.568	2.176	786

Wird das Inanspruchnahmeverhalten der jüngeren Cannabisklienten getrennt nach Geschlecht betrachtet (hier wiederum nach den Durchschnittswerten), zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede: Sowohl die Kontaktintensität als auch die Gesamtkontaktzeit ist bei Frauen und Männern im Wesentlichen gleich (siehe Tabelle 16). Offensichtlich spielen in dieser Altersgruppe besondere Beratungsbedürfnisse von weiblichen Personen noch keine Rolle. Aus anderen Untersuchungen ist bekannt, dass vor allem ältere Klientinnen mehr Betreuungszeit in Anspruch nehmen, weil sie u. a. Beziehungsprobleme eher thematisieren als ihre männlichen Mitklienten (Raschke et al. 2002).

Tabelle 16: Inanspruchnahmeverhalten der jüngeren Cannabisklienten und -klientinnen nach Geschlecht (abgeschlossene Betreuungen)

	Frauen	Männer
Anzahl der Kontakte Ø	7,0 Kontakte	6,7 Kontakte
Dauer eines Kontaktes Ø	46 Min.	47 Min.
Gesamtkontaktzeit Ø	5,4 Std.	5,3 Std.
Anzahl (N-Klienten)	372	2.196

Dagegen werden deutliche Abweichungen im Inanspruchnahmeverhalten sichtbar, wenn die jüngeren Cannabiskonsumenten nach Altersgruppen weiter ausdifferenziert werden. Dann zeigt sich, dass je älter die Klienten sind, desto höher auch die von ihnen in Anspruch genommene Gesamtkontaktzeit ist. So kommen die minderjährigen Cannabisklienten (bis einschließlich 17 Jahre) auf eine durchschnittliche Gesamtkontaktzeit von 3,9 Stunden, während der entsprechende Wert in der Altersgruppe der 21- bis 26-Jährigen bei 6,4 Stunden liegt (siehe Tabelle 17). Offensichtlich hängt der erhöhte Betreuungsbedarf der älteren Cannabisklienten mit verfestigten und besonders problematischen Konsummustern zusammen. Denn der Vergleich der beiden Diagnosegruppen („Abhängigkeitssyndrom“ und „Schädlicher Gebrauch“) zeigt, dass in der Gruppe der als cannabisabhängig diagnostizierten Personen die 21- bis 26-Jährigen viel stärker vertreten sind als minderjährige Klienten (siehe Abschnitt „Vergleich der Diagnosegruppen“). Ferner ist bei der Ergebnisinterpretation zu berücksichtigen, dass bei einem Teil der Einrichtungen für minderjährige Klienten „feste Beratungspakete“ von 3 bis 4 Gesprächen angeboten werden.

Tabelle 17: Inanspruchnahmeverhalten der jüngeren Cannabisklienten und -klientinnen nach Altersgruppen (abgeschlossene Betreuungen)

	Bis einschließlich 17 Jahre	18 bis einschließlich 20 Jahre	21 bis einschließlich 26 Jahre
Anzahl der Kontakte Ø	4,8 Kontakte	6,8 Kontakte	8,3 Kontakte
Dauer eines Kontaktes Ø	49 Min.	47 Min.	46 Min.
Gesamtkontaktzeit Ø	3,9 Std.	5,4 Std.	6,4 Std.
Anzahl (N-Klienten)	698	860	946

Des Weiteren ergeben sich interessante Befunde, wenn das Inanspruchnahmeverhalten nach der sozialen Situation der jüngeren Cannabisklienten analysiert wird: Personen mit einer schlechteren sozialen Situation nehmen mehr Betreuungszeit in Anspruch als diejenigen, die sich in der Ausbildung (Schule, Lehre, Studium) befinden oder eine selbstständige Lebensführung praktizieren.²³ Das betrifft vor allem die Klienten, die in einer prekären Wohn- und Lebenssituation sind. Sie kommen auf eine durchschnittliche Gesamtkontaktzeit von 8,1 Stunden (siehe Tabelle 18).

Dieses Ergebnis kann so verstanden werden, dass diejenigen Cannabisklienten, die in sozialer Hinsicht mehr professionelle Unterstützung benötigen, diese auch von der ambulanten Suchthilfe erhalten.

Tabelle 18: Inanspruchnahmeverhalten der jüngeren Cannabisklienten und -klientinnen nach sozialer Situation (abgeschlossene Betreuungen)

	Prekäre Wohn- bzw. Lebens- situation	Abhängig von Transferlei- stungen	Selbstständige Lebensführung	In Ausbildung
Anzahl der Kontakte Ø	10,7 Kontakte	7,1 Kontakte	7,6 Kontakte	6,1 Kontakte
Dauer eines Kontaktes Ø	46 Min.	49 Min.	44 Min.	47 Min.
Gesamtkontaktzeit Ø	8,1 Std.	5,8 Std.	5,6 Std.	4,8 Std.
Anzahl (N-Klienten)	263	603	371	1.037

²³ Zur Klassifikation der sozialen Situation siehe die Ausführungen im Abschnitt „Soziodemografische Situation“.

Hinter den Kontakten stehen verschiedene Leistungstypen. Diese reichen von niedrigschwelligen Hilfen bis zu therapeutischen Behandlungsformen. Welche Leistungstypen dabei im Einzelnen dokumentiert werden können, erläutert die folgende Übersicht:

Erläuterung der Leistungstypen²⁴

(Definitionen nach dem COMBASS-Manual Version 4.2)

Beratung

Hierunter fallen vor allem die folgenden klientenbezogenen Leistungen: Krisenintervention, Informationsorientierte Beratung, Problemorientierte/motivationale Beratung, Case-Management, Assessment, Hilfeplanung, Aufsuchende Beratung (z.B. Streetwork, externe Beratung in JVA).

Gesprächsgruppen

Hierunter fallen vor allem die folgenden klientenbezogenen Leistungen: Allgemeine Gesprächsgruppe, Informationsgruppe, Frauengruppe, Männergruppe, Themenzentrierte Gruppe, Indikative Gruppe.

Vermittlung

Hierunter fällt die Weitervermittlung in eine weitergehende Beratung oder Behandlung (z.B. Entgiftung, medikamentengestützte Behandlung, Krankenhaus, betreutes Wohnen).

Behandlung

Hierunter fallen vor allem die folgenden klientenbezogenen Leistungen: Rückfallpräventionstraining, Soziales Kompetenztraining, Psychoedukation, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapie, Tiefenpsychologische Therapie, Systemische Therapie, Nonverbale/Kreative Verfahren.

Lebenspraktische Hilfen

Hierunter fallen vor allem klientenbezogene Leistungen in folgenden Bereichen: Übernachtung Notschlafstelle, Tagesruhebett, Kontaktladen, Konsumraum, Alkoholfreies Café.

Test/Screening

Hierunter fallen vor allem die folgenden klientenbezogenen Leistungen: Alkoholtest, Drogenscreening.

Anderes

Hierunter fallen vor allem klientenbezogene Leistungen in folgenden Bereichen: Integrationstraining/-hilfen, Freizeitmaßnahme, Begleitung, Medizinische Leistungen, PSD Organisation /Support.

²⁴ Es wurden für die folgenden Auswertungen die ausdifferenzierten Kategorien des Leistungskataloges (der sich in HORIZONT befindet) in einigen Punkten zusammengefasst. Das geschah nach inhaltlichen Kriterien und Erfassungsrelevanz.

Wird nun im folgenden Schritt das spezifische „Leistungsprofil“ für die jüngeren Cannabisklienten beschrieben, zeigt sich zunächst einmal, dass – erwartungsgemäß – fast alle jüngeren Cannabisklienten den Leistungstyp „Beratung“ in Anspruch nehmen. 98% aller Cannabisklienten haben zumindest eine Beratungsleistung erhalten (siehe Tabelle 19). Mit weitem Abstand folgt als zweithäufigste Form „Test/Screening“: Bei beinahe jedem vierten Cannabisklient wurde solch ein Test zumindest einmal durchgeführt (24%). Dabei könnte es sich beispielsweise um Personen handeln, die aufgrund von Cannabiskonsum ihren Führerschein verloren haben und diesen nur wiederbekommen (bzw. an der Medizinisch-Psychologischen Untersuchung teilnehmen können), wenn sie ihren „Willen zur Abstinenz“ nachgewiesen haben.

An Gesprächsgruppen und Behandlungen haben jeweils nur ganz wenige Cannabisklienten teilgenommen. Das trifft noch stärker auf die Nachfrage von lebenspraktischen Hilfen zu. Ferner haben nur 10% aller Cannabiskonsumenten eine Vermittlungsleistung in Anspruch genommen.²⁵ Dieser Sachverhalt deckt sich mit den dargestellten Befunden im vorherigen Abschnitt.

Bei den anderen beiden Hauptdiagnose-Gruppen spielen die Gesprächsgruppen eine größere Rolle, und auch der Anteil von Personen mit einer in Anspruch genommenen Vermittlungsleistung ist höher.

Tabelle 19: Anteil der jüngeren Klienten/innen, die mindestens eine Leistung des entsprechenden Leistungstyps erhalten haben (Mehrfachnennung möglich)

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
Beratung	98%*	96%	95%
Gesprächsgruppen	5%	19%	18%
Vermittlung	10%	16%	27%
Behandlung	3%	6%	6%
Lebenspraktische Hilfen	1%	3%	8%
Test/Screening	24%	6%	12%
Anderes	6%	7%	17%
Anzahl (N-Klienten)	1.489	1.184	484

* Lesebeispiel: 98% aller jüngeren Cannabis-Klienten/innen haben mindestens eine Beratungsleistung erhalten.

Bei der Analyse der durchschnittlichen Leistungsanzahl ergibt sich für die Cannabisklientel das folgende Bild: Vom wichtigsten Leistungstyp, der Beratung, werden für jeden Klienten im Durchschnitt 6 Leistungen erbracht (siehe Tabelle 20). Diejenigen, die einen Drogentest machen (müssen), haben einen solchen dreimal im Durchschnitt. Vermittlungsgespräche werden pro (Vermittlungs-)Klient immerhin viermal geführt.

Der höchste Durchschnittswert findet sich bei den lebenspraktischen Hilfen (11 Leistungen). Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass nur ganze wenige Cannabisklienten diesen Leistungstyp überhaupt in Anspruch nehmen, so dass die Datengrundlage hier nicht für eine repräsentative Aussage ausreichend ist.

²⁵ In der ambulanten Suchthilfe Hessens wird mit einer eher engen Definition einer Vermittlungsleistung gearbeitet. Es sollen Tätigkeiten erfasst werden, die im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Vermittlung erbracht werden (z.B. Erstellen eines Sozialberichtes, Begleitung bei der Vorstellung in einer weiterführenden Einrichtung, Telefonate und Schriftverkehr im Zusammenhang mit der Vermittlung). Diese Leistungen sollen auch dann dokumentiert werden, wenn die beabsichtigte Vermittlung später nicht abgeschlossen wird.

Bei den anderen beiden Hauptdiagnose-Gruppen gibt es – bis auf den hohen Wert bei den Beratungsleistungen (11) für die Konsumenten harter Drogen – keine bedeutsamen Abweichungen, was die durchschnittliche Anzahl bei den einzelnen Leistungsarten anbelangt.

Tabelle 20: Durchschnittliche Anzahl von Leistungen bei den jüngeren Klienten/innen, die mindestens eine Leistung des entsprechenden Leistungstyps erhalten haben (Mehrfachnennung möglich)

	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
Beratung	6*	11	7
Gesprächsgruppen	9	8	8
Vermittlung	4	4	2
Behandlung	8**	12	23**
Lebenspraktische Hilfen	11**	32**	6*
Test/Screening	3	4	2
Anderes	2	7	2
Anzahl (N-Klienten)	11.993	20.703	5.005

* Lesebeispiel: Die jüngeren Cannabis-Klienten/innen (mit mindestens einer Beratungsleistung) haben im Durchschnitt 6 Beratungsleistungen erhalten.

** N < 50 (nur eingeschränkte Repräsentativität)

Eine ähnliche Konstellation wird sichtbar, wenn die durchschnittliche Gesamtkontaktzeit je Leistungstyp und Klient betrachtet wird. Auch dann zeigen sich keine sehr großen Unterschiede zwischen den Hauptdiagnose-Gruppen (wenn die Ergebnisse mit einer zu geringen Fallzahl außer Acht gelassen werden).

Die Cannabis-Klienten nehmen im Durchschnitt 5 Stunden Beratungsleistungen in Anspruch (siehe Tabelle 21). Die Durchführung aller Tests je Klient dauert zusammengekommen 1 Stunde. Die Vermittlungsgespräche kommen immerhin auf einen Durchschnittswert von 3 Stunden, d.h. bei denjenigen Cannabis-Konsumenten, die weitervermittelt werden sollen, findet ein in zeitlicher Hinsicht intensiver Abklärungsprozess statt.

Tabelle 21: Durchschnittliche Gesamtkontaktzeit erbrachter Leistungen bei den jüngeren Klienten/innen, die mindestens eine Leistung des entsprechenden Leistungstyps erhalten haben (Mehrfachnennung möglich)

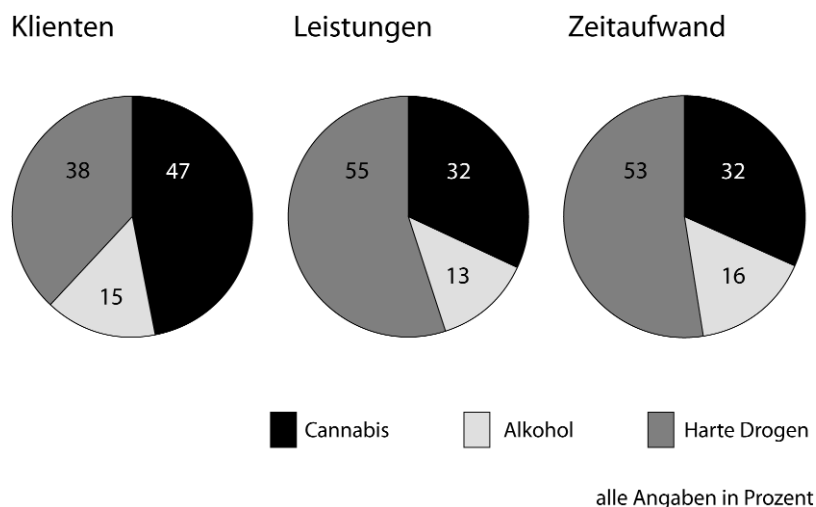
	Cannabis	Harte Drogen	Alkohol
Beratung	5 Std. **	7 Std.	5 Std.
Gesprächsgruppen	15 Std.	13 Std.	14 Std.
Vermittlung	3 Std.	3 Std.	2 Std.
Behandlung	8 Std.**	11 Std.	29 Std.**
Lebenspraktische Hilfen	8 Std.**	12 Std.**	6 Std.**
Test/Screening	1 Std.	1 Std.	1 Std.
Anderes	3 Std.	11 Std.	2 Std.
Anzahl (N-Klienten)	11.993	20.703	5.005

* Lesebeispiel: Die jüngeren Cannabis-Klienten/innen (mit mindestens einer Beratungsleistung) haben im Durchschnitt 5 Stunden Gesamtkontaktzeit in Anspruch genommen.

** N < 50 (nur eingeschränkte Repräsentativität)

Abschließend sei in einer Gesamtschau – wie das schon für alle Klienten geschehen ist (siehe Kapitel „Grundinformationen“) – dargestellt, welche Leistungen in welchem Umfang die ambulante Suchthilfe für ihre jüngeren Klienten erbringt. Das erfolgt erneut im Vergleich der drei Hauptdiagnose-Gruppen. Es zeigt sich dabei, dass die ambulante Suchthilfe 32% aller Leistungen – sowohl nach Anzahl und Zeitaufwand – für Cannabisklienten aufwendet (siehe Abbildung 5). Ihr Anteil an allen Klienten beträgt hingegen 47%. Über die Hälfte der Zeit wird für die Klientengruppe „harte Drogen“ aufgewendet (53%) – bei einem Klientenanteil von 38%. Im Bereich Alkohol liegen die prozentualen Anteile für Klientenanzahl (15%), erbrachten Leistungen (13%) und Zeitaufwand (16%) sehr eng beieinander.

Abbildung 5: In Anspruch genommene Leistungen nach Anzahl und Zeitaufwand der jüngeren Klienten und Klientinnen (N Klienten = 3.157, N Leistungen = 37.701)



Vergleich der Diagnosegruppen „Abhängigkeitssyndrom“ und „Schädlicher Gebrauch“

Im Hessischen Kerndatensatz (HKDS) wird der Konsum psychoaktiver Substanzen mit dem ICD-10 erfasst. Der ICD-10 ist ein international anerkanntes Diagnoseschema zur Klassifikation somatischer und psychischer Störungen, für dessen Anwendung es spezielle Handbücher gibt (Dilling et al. 2005). Nur Personen, die über eine entsprechende psychologische oder psychiatrische Ausbildung verfügen oder speziell für den ICD-10 geschult worden sind, sollen mit diesem diagnostischen Instrument arbeiten.²⁶

Im HKDS bestehen die beiden Erfassungsoptionen, entweder einen „Schädlichen Gebrauch“ (ICD-10, F.12.1) oder ein „Abhängigkeitssyndrom“ (ICD-10, F.12.2) zu diagnostizieren.²⁷ Nach den diagnostischen Leitlinien des ICD-10 liegt die Diagnose „Schädlicher Gebrauch“ vor, wenn es durch das Konsummuster zu einer tatsächlichen Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Klienten gekommen ist. Negative soziale Folgen allein sind dafür kein hinreichender Beleg, auch eine akute Intoxikation beweist noch keine Gesundheitsschädigung.

Ein „Abhängigkeitssyndrom“ ist dann festzustellen, wenn während des letzten Jahres bei einem Klienten drei oder mehr der folgenden sechs Kriterien gleichzeitig vorhanden waren (sprachlich verkürzt):

- Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren,
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Konsums,
- Vorhandensein eines körperlichen Entzugssyndroms,
- Nachweis einer Toleranz,
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums,
- Anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen.

Nach diesen definitorischen Unterschieden ist zu vermuten, dass sich die soziale Situation der Klientengruppe mit der Diagnoseart „Abhängigkeitssyndrom“ schlechter darstellt als diejenige der Gruppe „Schädlicher Gebrauch“. Ferner kann angenommen werden, dass sich die Betreuung der ersten Gruppe anders und schwieriger gestaltet als dies bei der zweiten der Fall ist. Beide Annahmen sollen im Folgenden anhand ausgewählter Kriterien überprüft werden.²⁸ Der folgende Vergleich ermöglicht gleichzeitig eine Einschätzung darüber, wie verlässlich der ICD-10 mit seinen beiden Erfassungsoptionen von der ambulanten Suchthilfe in Hessen angewendet wird.

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass sich bei den weiblichen Cannabisklienten die beiden Diagnosearten jeweils gleich verteilen.²⁹ Das Verhältnis beträgt genau 50% zu 50%. Dagegen stellt bei den männlichen Klienten die Gruppe „Abhängigkeitssyndrom“ den größeren Anteil dar (58%, „Schädlicher Gebrauch“: 42%). Dieser geschlechtsspezifische Unterschied könnte ein Indiz dafür sein, dass bei den männlichen Cannabisklienten überdurchschnittlich häufig exzessivere Konsummuster (nach Menge und Frequenz) anzutreffen sind als bei den Frauen.³⁰

²⁶ Ausführungen zur Anwendung des ICD-10 finden sich auch im COMBASS- Manual (Version 4.2).

²⁷ Es ist auch möglich, eine unspezifische Diagnose zu vergeben. Das ist bei 16% aller jüngeren Cannabisklienten der Fall. Weil jedoch unklar ist, aus welchen Gründen bei diesem Personenkreis keine genaue Diagnose erfasst worden ist (theoretische Möglichkeiten u. a.: beide Diagnosearten treffen nicht zu, Unsicherheit bei der Diagnosestellung, spezifizierte Diagnoseerfassung übersehen), können diese Klienten nicht mit in die Analyse einbezogen werden.

²⁸ Es sei (erneut) darauf hingewiesen, dass mit dem HKDS bislang nicht die somatische und psychische Situation der Klienten erfasst wird. Deshalb kann eine entsprechende Auswertung hier nicht erfolgen.

²⁹ Diese und die folgenden Auswertungen basieren auf der Datengrundlage abgeschlossener Betreuungen (siehe das vorangegangene Kapitel).

³⁰ Nach dem HKDS sollen auch Informationen zur Konsumhäufigkeit erfasst werden. Die bisherige Datenbasis ist jedoch nicht ausreichend für valide Analysen. Diese soll mit einer veränderten Eingabelogik in der HORIZONT-Version 4.0 verbessert werden.

Wird im nächsten Schritt die Altersstruktur in diesen beiden Diagnosegruppen betrachtet, zeigt sich, dass in der Gruppe „Schädlicher Gebrauch“ 38% minderjährig, also unter 18 Jahren sind (siehe Tabelle 22). Der entsprechende Anteil beträgt in der anderen Gruppe „nur“ 18%. Dagegen ist bei der Diagnoseart „Abhängigkeitssyndrom“ der Anteil der jungen Erwachsenen im Alter zwischen 21 und 26 Jahren mit 45% wesentlich größer als in der Gruppe „Schädlicher Gebrauch“ (28%).

Mit anderen Worten formuliert: Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der abhängigen Cannabisklienten zu. Dies ist ein plausibler Befund, denn umso länger in exzessiver Weise Cannabisprodukte konsumiert werden, desto größer ist die Gefahr, dass ein solches Konsummuster in einem Abhängigkeitsverhalten mündet.

Tabelle 22: Altersstruktur der jüngeren Cannabisklienten und -klientinnen nach Diagnoseart

	Schädlicher Gebrauch	Abhängigkeits-syndrom
Bis einschließlich 17 Jahre	38%	18%
18 bis einschließlich 20 Jahre	34%	37%
21 bis einschließlich 26 Jahre	28%	45%
Anzahl (N)	947	1.253

Der Vergleich anhand ausgewählter sozialer Kriterien ergibt, dass sich die Diagnosegruppe „Abhängigkeitssyndrom“ in einer schlechteren Situation befindet als diejenigen Klienten mit einem schädlichem Gebrauchsmuster. In der erst genannten Gruppe sind 12% in einer prekären Wohn- und Lebenssituation. Darüber hinaus sind 29% von Transferleistungen wie Arbeitslosengeld und Sozialhilfe abhängig (siehe Tabelle 23). Die entsprechenden Werte liegen in der Gruppe „Schädlicher Gebrauch“ um etwa ein Drittel niedriger: 8% und 19%. Von daher bestätigt sich die oben formulierte These, dass sich die soziale Situation der cannabisabhängigen Klienten schlechter darstellt als diejenige der Vergleichsgruppe „Schädlicher Gebrauch“.

Tabelle 23: Soziale Situation der jüngeren Cannabisklienten und -klientinnen nach Diagnoseart

	Schädlicher Gebrauch	Abhängigkeits-syndrom
Prekäre Wohn- bzw. Lebenssituation	8%	12%
Abhängig von Transferleistungen	19%	29%
Selbstständige Lebensführung	14%	14%
In Ausbildung befindlich	47%	34%
Andere Situation	8%	7%
Unbekannt	5%	4%
Anzahl (N)	967	1.288

Wird das Inanspruchnahmeverhalten beider Gruppen vergleichend analysiert, zeigt sich, dass die cannabisabhängigen Klienten mehr Betreuungszeit nachfragen als diejenigen mit einem schädlichen Cannabisgebrauch: 6,1 zu 4,5 Stunden (siehe Tabelle 24). Dieser Unterschied kommt dadurch zustande, dass bei der Diagnosegruppe „Abhängigkeitssyndrom“ die Kontaktintensität höher ist als bei der Gruppe „Schädlicher Gebrauch“: 8 zu 5,5 Kontakte.

Offensichtlich schlägt sich damit der Befund, dass es – wie gezeigt – bei der sozialen Situation Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gibt, auch im Inanspruchnahmeverhalten nieder: Die Klientengruppe, bei der sich die soziale Lage schlechter darstellt (Gruppe „Abhängigkeitssyndrom“), fragt in zeitlicher Hinsicht mehr Leistungen nach, weil offensichtlich ihr Hilfebedarf auch größer ist.

Tabelle 24: Inanspruchnahmeverhalten der jüngeren Cannabisklienten und -klientinnen nach Diagnoseart (abgeschlossene Betreuungen)

	Schädlicher Gebrauch	Abhängigkeits-syndrom
Anzahl der Kontakte Ø	5,5 Kontakte	8,0 Kontakte
Dauer eines Kontaktes Ø	49 Min.	46 Min.
Gesamtkontaktzeit Ø	4,5 Std.	6,1 Std.
Anzahl (N)	967	1.288

Ebenfalls bestehen Unterschiede zwischen den beiden Diagnosegruppen bei der Beendigung der Betreuung: Die Klienten mit einem schädlichen Gebrauchsmuster schließen deutlich häufiger die Betreuung planmäßig ab als dies die cannabisabhängige Klientel tut (53% zu 35%), selbst wenn die planmäßigen Weitervermittlungen hinzugezählt werden (siehe Tabelle 25). Bei diesen fällt auf, dass die cannabisabhängigen Klienten doppelt so häufig weiter vermittelt werden – z.B. an stationäre Therapieeinrichtungen – als die Personen, die der Gruppe „Schädlicher Gebrauch“ zugeordnet sind (12% zu 5%). Dies dürfte mit dem unterschiedlichen Schweregrad des Konsumverhaltens und daraus resultierenden weiteren Behandlungserfordernissen zusammenhängen.

Spiegelbildlich zu den planmäßigen Beendigungen stellt sich der Anteil derjenigen Betreuungen dar, die durch die Klienten selbst und die Einrichtung beendet werden: In der Diagnosegruppe „Abhängigkeitssyndrom“ ist die Abbruchrate um 10-Prozentpunkte höher als in der Gruppe „Schädlicher Gebrauch“: 51% zu 41% (beide Abbrucharten zusammengerechnet).

Tabelle 25: Beendigungsgrund der Betreuungen der jüngeren Cannabisklienten und -klientinnen nach Diagnoseart (abgeschlossene Betreuungen)

	Schädlicher Gebrauch	Abhängigkeits-syndrom
Planmäßiger Abschluss	53%	35%
(Planmäßige) Weitervermittlung	5%	12%
Abbruch durch Klienten	39%	46%
Abbruch durch Einrichtung	2%	5%
Anderes	1%	1%
Anzahl (N)	925	1.237

Auch beim Konsumstatus am Ende der Betreuung ergibt sich ein leicht schlechteres Bild für die cannabisabhängige Klientel. Diese Gruppe kommt auf einen Wert von 56%, wenn die Positiv-Kategorien „abstinenter“ und „gebessert“ zusammengerechnet werden (siehe Tabelle 26). Bei den Klienten mit der Diagnose „Schädlicher Gebrauch“ beträgt der entsprechende Wert 63%. Umgekehrt stellt sich das Verhältnis bei den Klienten dar, bei denen das Konsumverhalten während der Betreuung unverändert geblieben ist: 39% („Abhängigkeitssyndrom“) zu 32% („Schädlicher Gebrauch“).

Tabelle 26: Konsumstatus am Ende der Betreuung der jüngeren Cannabisklienten und -klientinnen nach Diagnoseart (abgeschlossene Betreuungen)

	Schädlicher Gebrauch	Abhängigkeits-syndrom
Abstinient	30%	24%
Gebessert	33%	32%
Kein Problem seit Betreuungsbeginn	4%	2%
Unverändert	32%	39%
Verschlechtert	1%	2%
Anzahl (N)	840	1.155

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich Unterschiede zeigen, wenn die beiden Diagnosegruppen hinsichtlich ihrer sozialen Situation, ihres Inanspruchnahme- sowie Beendungsverhaltens miteinander verglichen werden. Die Gruppe „Abhängigkeitssyndrom“ verfügt – gegenüber der Vergleichsgruppe „Schädlicher Gebrauch“ – über eine schlechtere soziale Situation, nimmt mehr Betreuungszeit in Anspruch und besitzt ein etwas ungünstigeres Beendungsverhalten.

In diesen Ergebnissen kann auch ein Anhaltspunkt dafür gesehen werden, dass die beiden Erfassungsoptionen des ICD-10 von der ambulanten Suchthilfe in Hessen im Großen und Ganzen zuverlässig angewendet werden.

Gesamtbetrachtung

In diesem abschließenden Kapitel sollen die vorangegangenen, differenzierten Einzelanalysen in einer Gesamtauswertung zusammengebracht werden. Damit soll eine übersichtsartige Beschreibung der jüngeren Cannabisklientel ermöglicht werden.

Dabei wird zum einen ein Belastungsprofil der Klienten definiert, das sich aus den Angaben zur sozialen Situation und der Diagnoseart zusammensetzt.³¹ Demnach sind 27% der jüngeren Cannabisklientel stark, 44% mittel und 30% wenig belastet (siehe Tabelle 27).

Zum anderen wird aus den Informationen über die Art der Beendigung der Betreuung und dem zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Konsumstatus die Kategorie Betreuungsende gebildet.³² Danach liegt bei 28% ein negatives, bei 28% ein ambivalentes und bei 45% der Cannabisklientel ein positives Betreuungsende vor (siehe Tabelle 27).

³¹ Die kategoriale Zuordnung sieht im Einzelnen wie folgt aus:

- negative soziale Situation + Diagnose „Abhängigkeitssyndrom“ = stark belastet
- negative soziale Situation + Diagnose „Schädlicher Gebrauch“ = mittel belastet
- positive soziale Situation + Diagnose „Abhängigkeitssyndrom“ = mittel belastet
- positive soziale Situation + Diagnose „Schädlicher Gebrauch“ = wenig belastet

³² Die kategoriale Zuordnung sieht im Einzelnen wie folgt aus:

- Abbruch durch Klient oder Einrichtung + Konsumstatus unverändert oder verschlechtert = Betreuungsende negativ
- Abbruch durch Klient oder Einrichtung + Konsumstatus, verbessert oder abstinient (auch: „kein Problem seit Betreuungsbeginn“) = Betreuungsende ambivalent
- Planmäßig beendet oder weitervermittelt + Konsumstatus unverändert oder verschlechtert = Betreuungsende ambivalent
- Planmäßig beendet oder weitervermittelt + Konsumstatus verbessert oder abstinient (auch: „kein Problem seit Betreuungsbeginn“) = Betreuungsende positiv

Werden nun diese beiden kategorialen Raster zusammengebracht, ergibt sich das Bild einer vielfältigen Cannabisklientel, die sich hinsichtlich des Belastungsgrades und des Betreuungsende sehr stark unterscheidet.³³ Das zeigt die Tabelle 27. Die Heterogenität dieser Klientel wird dadurch unterstrichen, dass sich die prozentualen Anteile aller 9 möglichen Subgruppen in einer Bandbreite zwischen 6%- und 17%-Anteilen bewegen. Es gibt keine einzige Subgruppe, die kaum oder sehr stark besetzt ist.

So existiert eine Gruppe von 11% aller jüngeren Cannabisklienten, die stark belastet und ein positives Betreuungsende hat. Demgegenüber – als größter Kontrastpunkt – steht eine Gruppe von Personen, die nur wenig belastet ist und deren Betreuungsende negativ ist (6%). Dazwischen befinden sich Subgruppen, die einen mittleren Belastungsgrad und/oder ein ambivalentes Betreuungsende aufweisen (Anteile zwischen 8% und 17%).

In allen drei Belastungsgruppen liegt aber jeweils die Subgruppe mit einem erfolgreichen Betreuungsende an erster Stelle. Bei aller Heterogenität werden also immerhin 45% der jüngeren Cannabisklientel erfolgreich betreut. Gleichzeitig wirft dieses Gesamtergebnis Fragen auf, beispielsweise: Kommen möglicherweise einige Klienten zu früh oder sind sie sogar fehl geleitet? Müssten andere wiederum vielleicht intensivere Hilfen, sogar therapeutische Interventionen erhalten? Diese Auswertung kann hierauf keine Antworten geben, aber empirische Hinweise für die fachliche Diskussion liefern.

Tabelle 27: Jüngere Cannabisklientel nach Belastungsprofil und Betreuungsende

	Belastung stark	Belastung mittel	Belastung wenig	Anzahl (N)
Betreuungsende negativ	8%	14%	6%	490 (28%)
Betreuungsende ambivalent	8%	12%	7%	484 (28%)
Betreuungsende positiv	11%	17%	16%	785 (45%)
Anzahl (N)	468 (27%)	768 (44%)	523 (30%)	1.759

Wird nun in einem weiteren, letzten Schritt die Kontaktintensität bei den 9 Subgruppen betrachtet, zeigen sich Tendenzen in zweierlei Richtungen:

- 1.) Die Kontaktintensität steigt mit dem Belastungsgrad der Klienten an (horizontal von rechts nach links, siehe Tabelle 28).
- 2.) Die Kontaktintensität ist umso höher, je positiver das Betreuungsende ist (vertikal von oben nach unten, siehe Tabelle 28).

³³ In dieser Gesamtbetrachtung sind diejenigen jüngeren Cannabisklienten berücksichtigt, bei denen sowohl Informationen über ihre soziale Situation als auch Angaben über das Betreuungsende (Art der Beendigung und Konsumstatus) vorliegen. Hierbei handelt es sich insgesamt um 1.759 Personen.

Die Gruppe mit einer starken Belastung und einem positiven Betreuungsende weist mit einem Wert von 10,1 die höchste Kontaktintensität auf (siehe Tabelle 28). Die Gruppe mit einem niedrigen (oder mittleren) Belastungsgrad und einem negativen Betreuungsende die niedrigste Kontakthäufigkeit (4,1).

Dieses Ergebnis kann – in einer vorsichtigen Weise – derart interpretiert werden, dass zum einen diejenigen Klienten, die intensivere Hilfen benötigen, diese auch erhalten. Und dass zweitens viele Kontakte offensichtlich den Verlauf der Betreuung positiv beeinflussen können. Dies wiederum hängt auch von der Compliance des Klienten ab.

Tabelle 28: Anzahl der Kontakte der jüngeren Cannabisklientel nach Belastungsprofil und Betreuungsende

	Belastung stark	Belastung mittel	Belastung wenig	Anzahl (N)
Betreuungsende negativ	4,7 Kontakte	4,1 Kontakte	4,1 Kontakte	490
Betreuungsende ambivalent	7,4 Kontakte	5,8 Kontakte	4,7 Kontakte	484
Betreuungsende positiv	10,1 Kontakte	9,2 Kontakte	6,2 Kontakte	785
Anzahl (N)	468	768	523	1.759

Literatur

Becker U. (2003):

Die Ergebnisse der WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002 in Hessen, Forschungsbericht der Fachhochschule Frankfurt am Main.

BMGS, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004):

„Jugendkult“ Cannabis – Risiken werden oft verharmlost. Hilfen für riskante Konsumenten erforderlich. Pressemitteilung.

BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004):

Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Wiederholungsbefragung 2004. Köln: BZgA.

Dilling H., Mombour W. & Schmidt M.H. (Hrsg.) (2005):

Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). 5. durchgesehene und ergänzte Auflage. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.

Kalke J., Verthein U. & Stöver H. (2005):

Seuche Cannabis? Kritische Bemerkungen zu neueren epidemiologischen Studien, in: Suchttherapie, Heft 3, 6. Jahrgang, S. 108-115.

Kalke J., Kloss M., Oechsler H. et al. (2005):

Landesauswertung 2004 der computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen. Grunddaten, Band 1, Frankfurt am Main.

Kloss M., Kalke J., Raschke P. et al. (2005):

Landesauswertung 2003 der computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen. Spezialanalyse: Regionale Aspekte, Band 2, Frankfurt am Main.

Kloss M., Kalke J., Schütze C. et al. (2004):

Landesauswertung 2003 der computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen. Grunddaten, Band 1, Frankfurt am Main.

Kraus L. & Augustin R. (Hrsg.) (2005):

Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. SUCHT. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Jahrgang 51. Sonderheft 1.

Kraus L., Heppekausen K., Barrera A. et al. (2004):

Ländertabellen zu der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD), IFT-Berichte, Band 141.

Kraus L., Bauernfeind R. & Bühringer G. (1998):

Epidemiologie des Drogenkonsums in Deutschland. Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 bis 1996. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 107, Baden-Baden: Nomos.

Martens M.S., Schütze C., Kalke J. et al. (2004):

Jahresbericht 2002. Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe.
Band IV, Kiel.

Raschke P., Kalke J. & Martens M.S. (2002):

Jahresbericht 2000. Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe.
Band II, Kiel.

Schütze C., Kalke J., Buth S. et al. (2004):

Jahresbericht 2003. Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe.
Band V, Kiel.

Simon R. & Sonntag D. (2004):

Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in
Deutschland. Studie für das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung. München.

Sonntag D. & Welsch K. (Hrsg.) (2004):

Deutsche Suchthilfestatistik 2003. SUCHT. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Sonderheft 1.

Werse B., Müller O., Bernard C. et al. (2005):

MoSyD-Jahresbericht 2004. Drogentrends in Frankfurt am Main, Forschungsbericht
Frankfurt am Main.

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Name	Ort	Träger
1	Jugend- und Drogenberatung - Suchthilfe im Vogelsbergkreis	Alsfeld	Evang.-kirchlicher Zweckverband Jugend- und Drogenberatung Suchthilfe im Vogelsbergkreis
2	Beratungs- und Behandlungszentrum für Abhängigkeitserkrankungen	Bad Hersfeld	Zweckverband für Diakonie in den Kirchenkreisen Hersfeld und Rotenburg
3	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis	Bad Homburg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
4	Betreutes Wohnen im Wetteraukreis in Friedberg, Bad Nauheim und Ockstadt	Bad Nauheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
5	Therapiedorf „Villa Lilly“ - Betreutes Wohnen Bleidenstadt	Bad Schwalbach	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
6	PRISMA - Jugend- und Drogenberatung für den Kreis Bergstraße	Bensheim	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Bergstraße e.V.
7	Wohngemeinschaft Bergstraße - Übergangseinrichtung und Betreutes Wohnen	Bensheim	Wohngemeinschaft Bergstraße e.V.
8	„Der Treff“ - Beratungszentrum Biedenkopf	Biedenkopf	Bürgerinitiative Sozialpsychiatrie e.V.
9	Suchtkranken- und Angehörigenberatung	Biedenkopf	Diakonisches Werk in Hessen und Nassau
10	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Wetteraukreis, Außenstelle Büdingen	Büdingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
11	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Darmstadt	Caritasverband Darmstadt e.V.
12	Jugend- und Drogenberatung	Darmstadt	Zweckverband Jugend-, Drogenberatung und Drogenhilfe für die Stadt Darmstadt und den Landkreis Darmstadt-Dieburg
13	„scentral“ Drogenhilfe Darmstadt	Darmstadt	Zweckverband Jugend-, Drogenberatung und Drogenhilfe für die Stadt Darmstadt und den Landkreis Darmstadt-Dieburg
14	Betreutes Wohnen im Torgebäude der Waldmühle	Darmstadt	Stiftung Waldmühle
15	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Dieburg	Caritasverband Darmstadt e.V.
16	Suchthilfezentrum Wildhof - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Dietzenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
17	Betreutes Wohnen Brehmtal - Therapeutische Einrichtung Eppstein	Eppstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
18	Suchtberatungsstelle Odenwaldkreis	Erbach	DRK Kreisverband Odenwaldkreis
19	Suchtberatungsstelle Odenwaldkreis - Betreutes Wohnen	Erbach	DRK Kreisverband Odenwaldkreis
20	Fachstelle für Suchthilfe und Prävention	Eschwege	Zweckverband Diakonisches Werk Eschwege/Witzenhausen
21	Frauenberatungsstelle	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. und Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V.

22	„drop in“ - Fachstelle Nord für Suchtfragen	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
23	Jugend- und Drogenberatung Höchst	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
24	Kontaktladen „Café Fix“	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
25	Suchthilfezentrum Bleichstraße	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
26	Drogennotdienst	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
27	Jugendberatung und Suchthilfe Sachsenhausen	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
28	Jugendberatung und Suchthilfe Am Merianplatz	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
29	Bildungszentrum Hermann Hesse	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
30	Betreutes Wohnen Musikantenweg	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
31	Betreute Wohngemeinschaft Eschenbachhaus	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
32	Betreutes Wohnen für Menschen mit alkoholbedingten Folgeerkrankungen in Frankfurt	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
33	Betreute Wohngemeinschaft Wittelsbacherallee einschl. Betreutes Einzelwohnen	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
34	Lichtblick	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
35	Eastside - Übernachtungs- und Tagesanlaufstelle	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
36	Café Frieda	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
37	BWG Rotlintstraße 76 und Betreutes Wohnen	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
38	„Claire“ - Beratungsstelle für suchtmittelabhängige Frauen	Frankfurt am Main	Calla - Verein zur Förderung der Lebensqualität von Frauen mit Suchtproblemen
39	„La Strada“ - Kontaktladen mit Konsummöglichkeit und Notschlafstelle	Frankfurt am Main	AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.
40	Fachstelle Sucht-Prävention und Therapie. Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle	Frankfurt am Main	Frankfurter Therapieverbund Hessischer Guttempler-Einrichtungen gGmbH
41	Ambulanz für Ausstiegshilfen - Stadtgesundheitsamt Frankfurt	Frankfurt am Main	Stadtgesundheitsamt Ambulanz für Ausstiegshilfen
42	Fachambulanz für Suchtkranke - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Frankfurt am Main	Caritasverband Frankfurt e.V.
43	Drogennotruf e.V.	Frankfurt am Main	Drogennotruf 623451 e.V.
44	Beratungsstelle des Blauen Kreuzes	Frankfurt am Main	Blaues Kreuz Frankfurt am Main e.V.
45	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Wetteraukreis	Friedberg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
46	Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke	Friedberg	Caritasverband Gießen e. V.
47	Betreutes Wohnen Sucht Friedrichsdorf-Köppern	Friedrichsdorf	Perspektiven e.V.
48	Fachstelle für Sucht Beratung und Behandlung	Fulda	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Fulda e.V.
49	Sucht- und Drogenberatung - Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke und Angehörige	Fulda	Caritasverband für Stadt und Landkreis Fulda e.V.
50	Jugend- und Drogenberatungsstelle Gelnhausen/Schlüchtern	Gelnhausen	AWO Kreisverband Main-Kinzig e.V.
51	Fachambulanz für Suchtkranke	Gelnhausen	Caritasverband für den Main-Kinzig-Kreis e.V.

Liste der an der Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Name	Ort	Träger
52	Das Giessener Suchthilfezentrum - Schanzenstraße	Gießen	Arbeitsgemeinschaft Rauschmittelprobleme e.V.
53	Das Giessener Suchthilfezentrum - Gartfeld	Gießen	Arbeitsgemeinschaft Rauschmittelprobleme e.V.
54	Paritätische Nachsorge - Einrichtung für Suchtkranke Haus Gilserberg	Gilserberg	Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Hessen e.V.
55	Jugend- und Drogenberatung	Hanau	Diakonisches Werk Ev. Kirchenkreise Hanau-Stadt und -Land
56	Suchtberatung für Erwachsene	Hanau	Diakonisches Werk Ev. Kirchenkreise Hanau-Stadt und -Land
57	Suchtberatung für Erwachsene, Betreutes Einzelwohnen	Hanau	Diakonisches Werk Ev. Kirchenkreise Hanau-Stadt und -Land
58	Aufsuchende Suchthilfe in der Stadt Hattersheim	Hattersheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
59	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Heppenheim	Caritasverband Darmstadt e.V.
60	Drogenberatung im Landkreis Kassel	Hofgeismar	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
61	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe im Main-Taunus-Kreis	Hofheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
62	Sucht & Integration Selbsthilfe im Taunus	Hofheim	Selbsthilfe im Taunus e.V.
63	Suchthilfe und Suchtprävention für Karben	Karben	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
64	Substitutionsfachambulanz „SAM 2“	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
65	Substitutionsfachambulanz „SAM“	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
66	„W23“ - Jugend- und Drogenberatung	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
67	„KARO 5“ - Drogenberatung und Ambulante Rehabilitation	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
68	Beratungs- und Behandlungsstelle für alkohol- und medikamentenabhängige Erwachsene und Spieler	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
69	Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Blaukreuz-Zentrum	Kassel	Diakonisches Werk Kassel-Stadt, -Land und Kaufungen
70	Betreute Wohngemeinschaft „Carlotta“ der Frauentherapie „Camille“	Königstein	Blaukreuz- Zentrum gGmbH Calla - Verein zur Förderung der Lebensqualität von Frauen mit Suchtproblemen
71	Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen	Korbach	Zweckverband Diakonisches Werk Waldeck-Frankenberg
72	Mobile Beratung in der Gemeinde Kriftel	Kriftel	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
73	PRISMA - Jugend- und Drogenberatung für den Kreis Bergstraße	Lampertheim	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Bergstraße e.V.
74	Jugend- und Drogenberatungsstelle Limburg	Limburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
75	Substitutionsambulanz Limburg	Limburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.

76	Kontaktladen „Komm´ ma“	Limburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
77	Aufsuchende Suchtberatung Maintal	Maintal	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
78	Sucht- und Drogenberatung	Marburg	Diakonisches Werk Oberhessen
79	Betreutes Wohnen Teichwiese in Marburg	Marburg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
80	Suchtberatungsstelle des Blauen Kreuzes	Marburg	Blaues Kreuz in Deutschland, OV Marburg
81	Jugend-, Drogen-, & Suchtberatung	Mörfelden-Walldorf	Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe e.V.
82	Übergangseinrichtung Mülheim der Stiftung Waldmühle	Mülheim	Stiftung Waldmühle
83	Suchtberatungsstelle im Rheingau	Oestrich-Winkel	Neue Hoffnung e.V.
84	Suchthilfezentrum Wildhof - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
85	Suchthilfezentrum Wildhof - Holzwerkstatt Bauhof	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
86	Suchthilfezentrum Wildhof - Betreutes Wohnen	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
87	Psychosoziale Beratung und Behandlung für Suchtkranke und Angehörige	Offenbach	Caritasverband Offenbach e.V.
88	Betreutes Wohnen Niedergasse	Pfungstadt	Stiftung Waldmühle
89	Projekt Multiflex der Stiftung Waldmühle	Pfungstadt	Stiftung Waldmühle
90	Jugend- und Drogenberatung	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.
91	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.
92	Jugend- und Suchtberatungsstelle	Schwalmsstadt	Stiftung Waldmühle
93	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Rheingau-Taunus-Kreis	Taunusstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
94	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtanauskreis – Außenstelle. für den Hintertaunus	Uisingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
95	Jugend- und Drogenberatungsstelle Weilburg	Weilburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
96	Psychosoziale Beratungsstelle Wetter	Wetter	Integrative gemeinnützige Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen (IGE e.V.)
97	Suchthilfe Wetzlar e.V.	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
98	Fachambulanz für Suchtkranke	Wiesbaden	Caritasverband Wiesbaden e.V.
99	Suchthilfezentrum Wiesbaden	Wiesbaden	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.



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

Kompetent durch Erfahrung
Innovativ durch Flexibilität