



Suchthilfebericht 2013



Hamburg



Sucht gehört zu den am weitesten verbreiteten psychischen Erkrankungen, Betroffene kommen aus allen gesellschaftlichen Schichten und Altersgruppen. Eine Suchterkrankung hat Auswirkungen auf nahezu alle Lebensbereiche. Die Gesundheit, das psychische und physische Wohlbefinden werden ebenso in Mitleidenschaft gezogen wie das soziale Leben. Dazu gehören auch die Arbeit und vor allem Familie und Bekannte.

Je länger eine Suchterkrankung besteht, desto schwerwiegender sind die Folgen und die Auswirkungen in diese Lebensfelder hinein. Deshalb ist es wichtig, frühzeitig auf Suchtprobleme zu reagieren. Hier tragen alle Verantwortung, die mit der Problematik in Berührung kommen. Also nicht nur die Erkrankten selbst, sondern auch ihr gesamtes Umfeld.

Viele Wege können in eine Suchterkrankung führen. Aber es gibt auch viele Wege, die wieder hinaus führen. Es kommt dabei darauf an, den individuell passenden Weg zu finden. In Hamburg gibt es ein umfassendes und differenziertes Hilfeangebot für suchtkranke Menschen, das genau diesen passenden Weg bieten kann. Sucht kann, wenn sie erkannt und behandelt wird, erfolgreich und auch nachhaltig bewältigt werden.

Bei einer Behandlung kommt es allerdings nicht nur darauf an, das Suchtproblem selbst zu bearbeiten und zu bekämpfen, sondern auch weiterführende Hilfen zu vermitteln. Die sozialpädagogischen und die medizinischen Hilfen für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen sollen deshalb zukünftig noch enger miteinander und mit angrenzenden Hilfesystemen verbunden werden. Der Suchtberatung kommt dabei eine Schlüsselfunktion zu. Hier haben alle Menschen mit Suchtproblemen voraussetzungslos Zugang und hier ist das Wissen über die vielen anderen Unterstützungsmöglichkeiten vorhanden. Dadurch kann die richtige Hilfe gefunden und auch die möglicherweise notwendige Kostenübernahme geregelt werden.

Alle Hamburgerinnen und Hamburger sollen gleichermaßen guten Zugang zu Suchtberatungsangeboten finden. Dabei können wir anknüpfen an das vorhandene, differenzierte und breit gefächerte Hilfesystem für Suchtkranke, das bereits von vielen Menschen genutzt wird. Von Menschen, die den Mut aufgebracht haben, sich und anderen ihre Suchterkrankung einzugestehen.

Akteure der Suchthilfe begegnen Betroffenen vorurteilsfrei und offen – und ebnen so den Weg für die Bewältigung der Suchtprobleme. Dafür gilt ihnen hohe Anerkennung und Dank. Ebenso danken möchte ich an dieser Stelle auch allen Engagierten in der Suchtselbsthilfe. Auch sie tragen dazu bei, Erfolge in der Suchtbehandlung zu erzielen und zu sichern.

Cornelia Prüfer-Storcks

Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz

EINLEITUNG	6
1. DATENLAGE ZUM SUCHTMITTELKONSUM IN HAMBURG	7
1.1 Alkohol	7
1.2 Medikamentenmissbrauch	15
1.3 Illegale Drogen	18
1.3.1 Cannabis	18
1.3.2 Andere illegale Drogen	24
1.4 Verhaltenssüchte	29
1.4.1 Glückspiel	30
1.4.2 Problematisches Verhalten im Umgang mit elektronischen Medien	34
2. SOZIALE LAGE UND SUCHT	38
2.1 Sozialökonomischer Status	38
2.2 Wohnen und Suchterkrankung	44
2.3 Familie und Suchterkrankung	44
2.4 Migration und Suchterkrankung	48
2.5 Alter und Sucht	50
3. KOSTEN SUBSTANZBEZOGENER STÖRUNGEN	53
4. SUCHTHILFE IN HAMBURG	56
4.1 Ambulante Betreuung und Beratung	62
4.1.1 Suchtberatungsstellen	62
4.1.2 Suchtberatungsstellen mit niedrigschwelligen Hilfen	72
4.1.3 Psychosoziale Betreuung für Substituierte (PSB)	77
4.1.4 Standorte der ambulanten Suchthilfe in Hamburg	88
4.1.5 Qualitätssicherung und -entwicklung der zuwendungs- geförderten ambulanten Suchthilfe	93
4.2 Eingliederungshilfe für wesentlich seelische behinderte (suchtkranke) Menschen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII)	97
4.2.1 Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen	97
4.2.2 Ziele der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen	99
4.2.3 Fachbehördliche Aufgaben im Rahmen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen	99
4.2.4 Hilfeformen und Maßnahmen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen	100

4.	4.2.5 Steuerung und Qualitätssicherung der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen	102
	4.2.6 Modernisierung und Anpassung an aktuelle bauliche Standards der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen.	104
	4.2.7 Entwicklung der Inanspruchnahme der Angebote und der Kosten in den Jahren 2009–2012.	104
5.	MEDIZINISCHE SUCHTBEHANDLUNG.	109
	5.1 Substitution Opiatabhängiger.	110
	5.2 Suchtbehandlung an Krankenhäusern	112
	5.2.1 Ambulante Angebote an Krankenhäusern.	113
	5.2.2 Teilstationäre medizinische Suchtbehandlung.	114
	5.2.3 Stationäre medizinische Suchtbehandlung.	115
	5.3 Medizinische Rehabilitation.	118
	5.3.1 Ambulante medizinische Rehabilitation	119
	5.3.2 Teilstationäre bzw. ganztagsambulante Rehabilitation (SGB V, SGB VI)	120
	5.3.3 Ambulante Nachsorge nach stationärer Rehabilitation (SGB VI) . . .	121
	5.3.4 Stationäre medizinische Rehabilitation für suchtkranke Menschen (SGB V, SGB VI)	121
	5.3.5 Stationäre Einrichtungen zur externen Adaption nach stationärer medizinischer Rehabilitation suchtkranker Menschen (SGB VI)	123
	5.4 Maßregelvollzug/Unterbringung in einer Entziehungsanstalt	123
6.	SUCHTSELBSTHILFE.	127
7.	FACHBEHÖRDLICHE STEUERUNG.	130
8.	BILANZ UND ENTWICKLUNGSBEDARF.	133
	GLOSSAR	136
	LITERATURVERZEICHNIS	138
	TABELLENVERZEICHNIS.	145
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	146
	IMPRESSUM.	147

EINLEITUNG

Sucht- und Drogenhilfe ist ein wichtiger Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung der Hamburger Bevölkerung. Das Regierungsprogramm der 20. Legislaturperiode sieht vor, das bestehende differenzierte Drogen- und Suchthilfesystem weiterzuentwickeln und einen Suchthilfebericht vorzulegen. Die vorliegende Darstellung der verfügbaren epidemiologischen Daten zur Einschätzung des Umfangs des Problems orientiert sich an diesem Auftrag. Die Auseinandersetzung mit dem Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Suchterkrankung unter ausgewählten Aspekten dient der Identifizierung von fachlichen Schwerpunktsetzungen für die Suchthilfe. Die Einschätzung der volkswirtschaftlichen Kosten von Sucht verdeutlicht, dass das frühe Erkennen und die Intervention bei Suchtproblemen neben der Hilfe für die Betroffenen auch eine bedeutsame Funktion zur Kostenreduzierung hat. Anschließend werden die Angebote verschiedener Kostenträger zur Suchthilfe dargestellt, wobei ein Schwerpunkt auf die Einrichtungen der Suchthilfe gelegt wird, die durch die Freie und Hansestadt Hamburg finanziert werden. Dabei handelt es sich um die zuwendungsgeförderten Projekte der ambulanten Suchthilfe (niedrigschwellige Einrichtungen, Suchtberatung und psychosoziale Betreuung für Substituierte (PSB)) und der auf Grundlage des SGB XII finanzierten einzelfallbezogenen Leistungen für wesentlich seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen. Diese Angebote lassen sich jedoch nur im Kontext der medizinischen Hilfen bewerten, die auf Grundlage des SGB V und VI für suchtkranke Menschen zur Verfügung stehen. Die Folgerungen aus den jeweiligen Kapiteln werden abschließend zusammengefasst und bezogen auf die Aufgaben, die sich daraus für die fachbehördliche Steuerung der Suchthilfe ergeben, bewertet.

1. DATENLAGE ZUM SUCHTMITTELKONSUM IN HAMBURG

Hamburg verfügt über eine sehr gute Datenlage zum Suchtmittelkonsum. Regelmäßig – alle 6 Jahre – wird eine Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen (18- bis 64-Jahre) in Hamburg durchgeführt, zuletzt 2009.¹

Weiterhin führt das Büro für Suchtprävention (BfS) der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V. (HLS) in Kooperation mit der Behörde für Schule und Berufsbildung (BSB) und weiteren Partnern (zuletzt 2012) die Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln (SCHULBUS) durch. Über diese Studien liegen Erkenntnisse über das Konsumverhalten der 14- bis 17-jährigen Schülerinnen und Schüler in Hamburg vor.²

Über die Basisdatendokumentation der Hamburger Suchthilfe (BADO) werden Daten der Personen, die die Einrichtungen der ambulanten und seit 2011 (soweit die Finanzierung über das SGB XII erfolgt) auch der stationären und ganztagsambulanten Suchthilfe in Anspruch nehmen, durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Verlauf der Beratungs- und Betreuungsprozesse erhoben. Diese Daten werden durch den BADO e. V. in Kooperation mit dem Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) unter Sicherung des Datenschutzes ausgewertet. Auf diese Weise kann auf Aussagen zu mehr als 16.500 Klientinnen und Klienten der Suchthilfe zurückgegriffen werden.³

Die Ausführungen im Kapitel 1 stützen sich im Wesentlichen auf diese 3 Quellen.

1.1 ALKOHOL

Die Verbreitung des Konsums von Alkohol gibt einen Hinweis auf seinen Stellenwert in der Gesellschaft. Laut der Repräsentativstudie des Instituts für Therapie- und Suchtforschung München (IFT) gelten 76 % der erwachsenen Bevölkerung Hamburgs als aktuelle Konsumentinnen und Konsumenten von Alkohol und 73 % der Ju-

1 Kraus, L. et al. (2010): Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg, IFT Berichte Bd. 177. München: IFT.

2 Baumgärtner, T. (2011): Die Verbreitung des Rauschmittelkonsums unter Jugendlichen und Erwachsenen in Hamburg. Ausgewählte Ergebnisse der SCHULBUS-Studie und dem epidemiologischen Suchtsurvey. Präsentationsfolien anlässlich der Landespressekonferenz in Hamburg am 20.09.2011. Zu den Substanzen Alkohol, Tabak, Cannabis und andere illegale Drogen liegen seit dem 25.06.2013 Daten aus der SCHULBUS-Studie 2012 vor: Baumgärtner, T. et al. (2013): Die Verbreitung des Suchtmittelgebrauchs unter Jugendlichen in Hamburg 2004 bis 2012. Basisauswertung der SCHULBUS-Daten im jahresübergreifenden Vergleich. HLS/BfS Berichte SB 13-06-B1.

3 Rosenkranz, M. et al. (2013): Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2012 der Hamburger Basisdatendokumentation, Hamburg: BADO e. V. (Hrsg.).

gendlichen im Alter zwischen 16 und 17 Jahren, weil sie in den letzten 30 Tagen vor der Befragung angaben, Alkohol getrunken zu haben. Dies ist vergleichbar mit dem Bundesdurchschnitt (76 % Erwachsene und 73 % Jugendliche).

Im Unterschied zur bundesweiten Entwicklung verliert jedoch in Hamburg die Geschlechtszugehörigkeit bezüglich des Alkoholkonsums zunehmend an Bedeutung. Bundesweit konsumieren 83 % der Männer und 70 % der Frauen Alkohol, während in Hamburg 80 % der Männer und 75 % der Frauen zu den Alkohol Konsumierenden gehören.⁴ Bei den jungen Frauen zwischen 16 und 17 Jahren in Hamburg waren es 2009 68 % (bundesweit: 67 %), bei den jungen Männern 71 % (bundesweit: 79 %).⁵

Riskanter Alkoholkonsum

Internationale Studien verdeutlichen, dass zwischen dem Umfang des Gebrauchs von Alkohol in einer Gesellschaft und dem individuellen Missbrauch kein zwangsläufiger Zusammenhang besteht.⁶ Für die Planung von Maßnahmen zur Suchtprävention und der Suchthilfe ergeben sich aus der Verbreitung des riskanten Alkoholkonsums jedoch wichtige Anhaltspunkte.

Bei Alkoholkonsum muss zwischen risikoreichem und risikoarmen Konsum unterschieden werden. Vom risikoarmen Konsum wird heute⁷ ausgegangen, wenn Frauen täglich weniger als 12 g reinen Alkohol zu sich nehmen, Männer weniger als 24 g. Das entspricht z. B. für Frauen ca. 0,1 l und bei Männern ca. 0,2 l Wein. Dies ist in etwa die Menge, bei der wissenschaftlich ein kleines Risiko für die Entwicklung einer alkoholbezogenen Störung gesehen wird.

Auf Grundlage des Suchtsurveys 2009 des IFT muss davon ausgegangen werden, dass der riskante Alkoholkonsum der Hamburger Bevölkerung bei den Männern seit 2003 etwas abgenommen und bei den Frauen etwas zugenommen hat. 2009 lag der Anteil der Hamburger Männer und Frauen mit riskantem Konsum bei jeweils ca. 20 % (2003: w: 19 %/m: 23 %) Im Bundestrend ist eine solche Entwicklung bisher nicht feststellbar. Nach dem bundesweiten Suchtsurvey 2009 des IFT konsumieren 18 % der Männer und 14 % der Frauen in riskanter Weise.

4 Kraus, L. et al (2010): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey. Tabellenband zur Prävalenz von Alkoholkonsum, episodischem Rauschtrinken und problematischem Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter 1995-2009. München: IFT.

5 Baumgärtner, T. (2011): Die epidemiologische Entwicklung des Suchtmittelkonsums in Hamburg unter Berücksichtigung der Situation in Berlin und der Bundesrepublik Deutschland: ein zusammenfassender Überblick. BfS-Berichte Eva 11-2.

6 Baumgärtner, T. (2011): Die epidemiologische Entwicklung des Suchtmittelkonsums in Hamburg unter Berücksichtigung der Situation in Berlin und der Bundesrepublik Deutschland. Ein zusammenfassender Überblick. HLS/BfS-Berichte EVA 11/02. Hamburg: BfS.

7 Dieser Grenzwert ist 2007 auf Empfehlung des wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) festgelegt. Zuvor galt ein Grenzwert von bis zu 20 g Alkohol täglich für Frauen und von bis zu 30 g täglich für Männer als risikoarm.

Der Suchtsurvey des IFT nimmt auf dieser Datengrundlage eine Hochrechnung für Hamburg vor, nach der etwa 120.000 Männer und 116.000 Frauen die Grenzwerte für den riskanten Alkoholkonsum überschreiten.⁸

Durch die Hamburger SCHULBUS-Studie ist empirisch ermittelt worden, dass es einen statistisch engen Zusammenhang zwischen dem Alter des Einstiegs in den Suchtmittelkonsum und der Entwicklung späteren problematischen Verhaltens bzw. Abhängigkeit gibt. Der frühe Beginn des Alkoholkonsums, im 13. Lebensjahr oder früher, insbesondere in das so genannte Rauschtrinken, ist hierbei ein wichtiger Faktor.⁹

Rauschtrinken

Als ein Indikator für riskantes Konsumverhalten kann das Rauschtrinken betrachtet werden. Hierunter wird das Trinken von 5 oder mehr Standardgläsern Alkohol bei einer Konsumgelegenheit verstanden.¹⁰ Daten aus 2012 verdeutlichen, dass unter den 14- bis 17-jährigen Hamburgerinnen und Hamburgern das Rauschtrinken nach wie vor verbreitet ist und gegenüber 2007 zugenommen hat. Das trifft insbesondere auf weibliche Jugendliche zu. Während die Anzahl der männlichen Jugendlichen, die mindestens einmal im Monat Rauschtrinken praktizieren, im Jahr 2007 bei 32 % lag und 2012 bei 34 %, ist der Anteil der weiblichen Jugendlichen von 18 % im Jahr 2007 auf 27 % in 2012 angestiegen. Damit wird deutlich, dass die Geschlechtszugehörigkeit bezüglich des intensiven Alkoholkonsums zunehmend an Bedeutung verliert.

Betrachtet man die Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund, dann zeigt sich, dass die Jugendlichen mit muslimisch geprägtem Migrationshintergrund (17 %) deutlich seltener Rauschtrinken betreiben als Jugendliche mit osteuropäischem Migrationshintergrund (29 %) und als jene ohne Migrationshintergrund (34 %). Betrachtet man die Geschlechtszugehörigkeit, so treten die Unterschiede noch deutlicher hervor. Lediglich 8 % der 14- bis 17-jährigen Mädchen mit arabisch-asiatischem Hintergrund haben Erfahrungen mit dem Rauschtrinken, aber 24% mit osteuropäischen Wurzeln und sogar 32 % der Mädchen ohne Migrationshintergrund.¹¹

8 Kraus, L. et al. (2010): Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg, IFT Berichte Bd. 177. München: IFT.

9 Thomasius, R. et al. (Hrsg.) (2009): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Schattauer, S.38.

10 Das Rauschtrinken als Indikator für problematisches Trinkverhalten ist insofern ungenau, als nicht deutlich wird, in welchem Zeitraum mehr als 5 Gläser Alkohol getrunken werden, dennoch steht es als eines der wenigen Instrumente zur Verfügung, mit dem problematisches Trinkverhalten bei Jugendlichen definiert werden kann.

11 Baumgärtner, T. (2013): Hamburger SCHULBUS-Studie 2012. Sonderauswertung für die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).

Rauschtrinken ist kein Phänomen Jugendlicher, auch in der erwachsenen Bevölkerung Hamburgs ist es ein gängiges Konsummuster. 18 % der Männer und 7 % der Frauen haben innerhalb von 30 Tagen mindestens viermal 5 alkoholische Getränke bei einer Trinkgelegenheit zu sich genommen.¹²

Alkoholintoxikationen

Einen weiteren Hinweis auf den riskanten Umgang mit Alkohol bietet die Zahl der vollstationär in Kliniken behandelten Fälle mit Alkoholintoxikationen. Abb. 1¹³ stellt die Anzahl der Hamburgerinnen und Hamburger dar, die bundesweit in Krankenhäusern wegen akuter Alkoholintoxikation behandelt wurden. Hierbei können einzelne Personen auch mehrfach genannt werden. Entgegen der öffentlichen Wahrnehmung sind insbesondere Erwachsene betroffen.

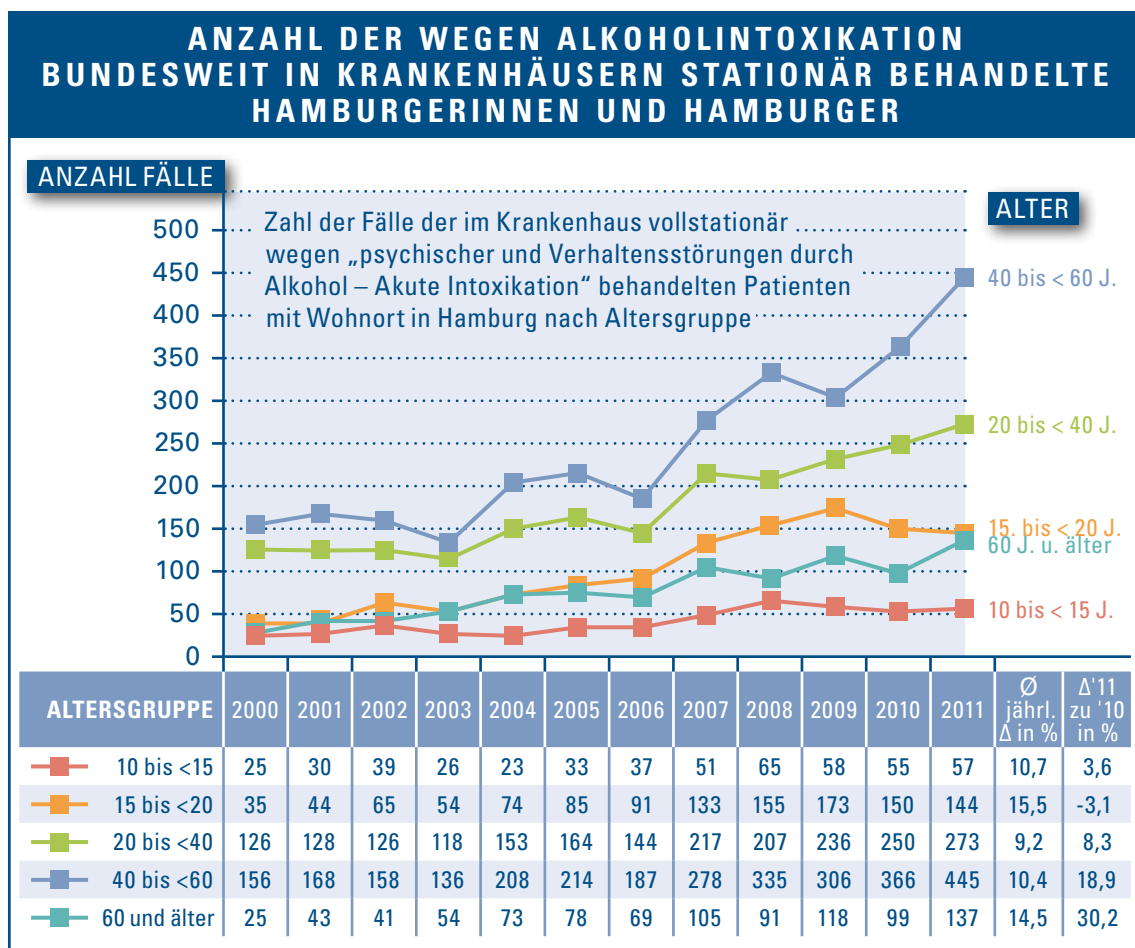


Abb. 1: Anzahl der wegen Alkoholintoxikation bundesweit in Krankenhäusern stationär behandelten Hamburgerinnen und Hamburger¹⁴

12 Kraus, L. et al. (2010): Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg, IFT Berichte Bd. 177. München: IFT.

13 Baumgärtner, T. (2012): Alkoholintoxikationen 2000 bis 2010 bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. HLS/BfS-Berichte EVA 12/01. Hamburg: BfS.

14 Baumgärtner, T. (2013): Alkoholmissbrauch bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. Graphische Visualisierung der Krankenhausdiagnosestatistiken zu den Fallzahlen der wegen akuter Alkohol-Intoxikation vollstationär behandelten PatientInnen 2000–2011. Hamburg: BfS der HLS e. V. 2013.

Der Anstieg der dokumentierten Fälle lässt sich zumindest in Teilen darauf zurückführen, dass die gesellschaftliche Aufmerksamkeit und Sensibilität für das Thema und damit auch die Bereitschaft, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen und diese Inanspruchnahme in den Krankenhäusern zu dokumentieren, gestiegen ist. Gestützt wird diese Annahme dadurch, dass durch mobile Kommunikationsmittel anders als früher Hilfe schnell und ohne Aufwand unmittelbar herbeigerufen werden kann.

Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss

Um riskanten Umgang mit Alkohol zu beurteilen, sind die Daten zur Verkehrsunfallstatistik von Bedeutung. Trotz eines immer noch hohen Niveaus der Zahl der Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss lässt sich im Zeitfenster von 2002 bis 2011 ein insgesamt rückläufiger Trend beobachten. Während es im Jahr 2002 noch 1417 Verkehrsunfälle waren, die in unmittelbarem Zusammenhang mit Alkoholkonsum standen, waren es 2011 noch 834 Unfälle.¹⁵

Problematischer Konsum von Alkohol bei Erwachsenen

Der problematische Konsum von Alkohol, der mit großer Wahrscheinlichkeit physische, psychische und soziale Folgen hat, kann mit dem „Alcohol Use Disorders Identification Test“ (AUDIT)¹⁶ erhoben werden. Neben der Konsummenge und den Konsummustern werden auch Abhängigkeitssymptome und abweichendes Verhalten im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum erfragt. Einen solchen problematischen Alkoholkonsum zeigen ca. 31 % der Männer und ca. 15 % der Frauen, die in den vergangenen 12 Monaten Alkohol konsumiert haben. Damit liegt das problematische Konsumverhalten der Hamburger Männer etwas unter dem Bundestrend, wo der Suchtsurvey des IFT 2009¹⁷ ca. 36 % der Männer mit einer problematischen Konsumform identifiziert hat. Der problematische Alkoholkonsum bei Frauen ist in Hamburg weiter verbreitet als in der Bundesrepublik, wo ca. 12 % derjenigen, die in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken haben, über problematischen Alkoholkonsum berichten. Die höchsten Anteile Menschen mit problematischem Konsum finden sich in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen mit ca. 55 % in Hamburg und bundesweit mit ca. 50 % bei den Männern und mit ca. 34 % bei den Frauen in Hamburg und ca. 23 % in der Bundesrepublik. Ab dem 30. Lebensjahr verringert sich der Anteil der problematischen Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten deutlich (siehe Abb. 2).

15 Polizei Hamburg, Verkehrsdirektion: Verkehrsbericht 2011.

16 Pabst, A. (2011): Sonderauswertung des epidemiologischer Suchtsurveys 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg. München: IFT.

17 Kraus, L. et al (2010): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey. Tabellenband zur Prävalenz von Alkoholkonsum, episodischem Rauschtrinken und problematischem Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter 1995–2009. München: IFT.

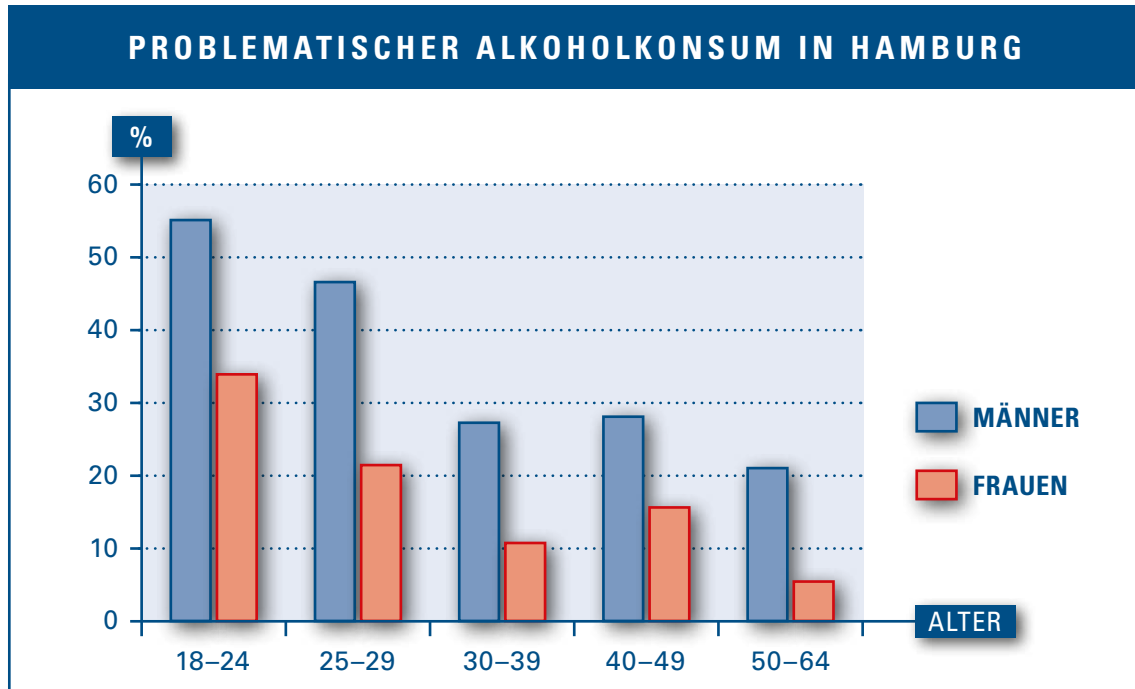


Abb. 2: Problematischer Alkoholkonsum nach Altersgruppen in Hamburg¹⁸

Auch bezüglich der Verbreitung des problematischen Konsums von Alkohol auf Grundlage des AUDIT hat das IFT eine Hochrechnung durchgeführt.¹⁹ Danach ist in Hamburg davon auszugehen, dass etwa 160.000 Männer und 75.000 Frauen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren Alkohol in problematischer Weise konsumieren.

Über die Anzahl der Menschen mit einer diagnostizierbaren Alkoholabhängigkeit kann auf Grundlage von Daten des IFT geschlossen werden. Demnach liegt bei 2,4 % der Bevölkerung eine nach dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM IV) diagnostizierbare Abhängigkeit vor. Bezogen auf Hamburg wären das etwa 40.000 bis 45.000 Personen.²⁰

Klientinnen und Klienten der Suchthilfe in Hamburg²¹

Im Jahr 2012 wurden durch die Suchthilfe in Hamburg 16.548 Personen erreicht. Davon hatten 67 % neben anderen Suchtmitteln auch zusätzliche Probleme mit Alkohol, bei 34 % (4.958 Personen) war Alkohol das Hauptproblem. Zwei Drittel der Betroffenen sind Männer, ein Drittel Frauen. Fast 19 % (w: 13 %/m: 22 %) der von Alkoholproblemen Betroffenen hatten 2012 einen Migrationshintergrund.

18 Eigenes Schaubild nach Pabst, A. (2011): Sonderauswertung des epidemiologischen Suchtsurveys 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg. München: IFT.

19 Kraus, L. et al. (2010): Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg, IFT Berichte Bd. 177. München: IFT.

20 Pabst, A., Kraus, L. (2008) Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends: Ergebnisse des epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: Sucht 54.

21 Rosenkranz, M. et al. (2013): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2012 der Hamburger Basisdatendokumentation. Hamburg: BADO e. V. (Hrsg.).

Diese Daten sind seit Jahren stabil mit Ausnahme des Anteils der Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund, der seit 2008 um etwa 5 % zugenommen hat.

Das Durchschnittsalter der erreichten Personen betrug 46 Jahre (w: 46/m: 45). Das Durchschnittsalter beim Einstieg in den Alkoholkonsum betrug annähernd 16 Jahre (w: 16/m: 15). Bedeutsam ist nach wie vor die hohe Latenz zwischen den ersten negativen Begleiterscheinungen des Konsums und der Nutzung ambulanter Suchthilfe. Im Durchschnitt vergehen hier 15,3 Jahre bis zum ersten Kontakt zur Suchthilfe. Ob zuvor schon andere Hilfen zum Beispiel durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Anspruch genommen wurden, lässt sich nicht feststellen, ist jedoch möglich, denn ca. 75 % der Personen mit riskantem Alkoholkonsum sind mindestens einmal im Jahr in hausärztlicher Behandlung.²² Abb. 3 zeigt die Altersstruktur der in der ambulanten Suchthilfe Betreuten.

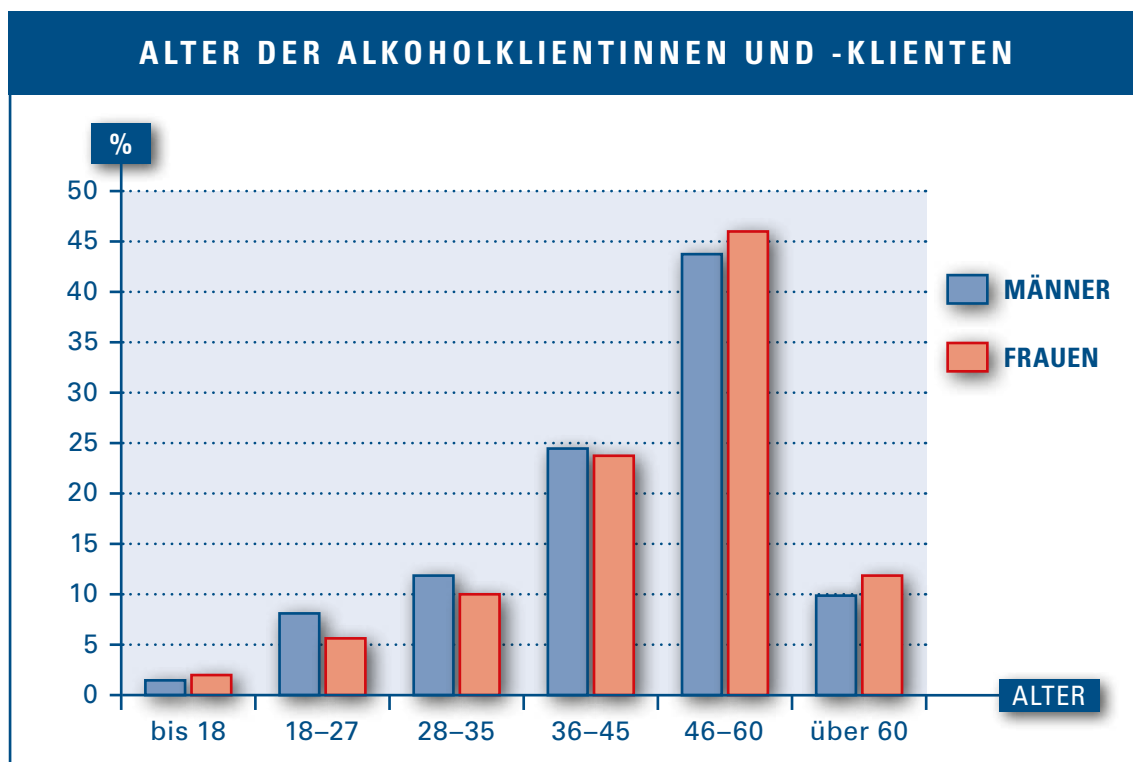


Abb. 3: Alter der Alkoholclientinnen und -klienten²³

Suchterkrankungen entwickeln sich langsam und über Jahre. Während die 18- bis 29-Jährigen in der Hamburger Bevölkerung den größten Anteil der problematisch Alkohol Konsumierenden aufweisen, ist die größte Gruppe der in der ambulanten Suchthilfe Ratsuchenden zwischen 36 und 60 Jahre alt.

22 Rumpf, H.-J., Bischof, G., John, U. (2009): In: Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland. Aktion Psychisch Kranke. Bonn 2009.

23 Eigene Abbildung auf Grundlage der BADO 2012.

Zusammenfassung

- Die überwiegende Anzahl der Erwachsenen und Jugendlichen zwischen 16 und 17 Jahre in Hamburg und bundesweit konsumiert Alkohol.
- Für Frauen ist bereits die Hälfte der Menge Alkohol gesundheitsschädlich, die für Männer als gesundheitsschädlich angesehen wird.
- 160.000 Männer und 75.000 Frauen im Alter zwischen 18 und 64 konsumieren in problematischer Weise Alkohol.
- Die 18- bis 24-Jährigen haben den größten Anteil an problematischen Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten.
- Ob problematischer Alkoholkonsum entwickelt wird, scheint auch von kulturellen Faktoren beeinflusst zu werden.
- Zwischen dem frühen Alkoholkonsum (vor dem 14. Lebensjahr) und der später konsumierten Menge scheint es belegbare Zusammenhänge zu geben.
- Das Durchschnittsalter der durch die Hamburger Suchthilfe erreichten Personen mit Alkoholproblemen beträgt 45 Jahre (w: 46/m: 45)

Folgerungen

- Alkohol ist ein akzeptiertes und weit verbreitetes Suchtmittel und wird überwiegend in unschädlicher Form konsumiert.
- Ein Teil der Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten entwickelt – zumindest vorübergehend – problematische Verhaltensweisen im Umgang mit Alkohol.
- Das Konsumverhalten der weiblichen und männlichen Hamburger gleicht sich zunehmend an. Prävention und Aufklärung muss aufgrund der geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Schädlichkeit gendergerecht gestaltet werden.
- Der größte Teil der jüngeren Menschen mit problematischem Konsummuster nimmt Suchtberatung kaum in Anspruch. Die Erfahrungen der Suchtberatungsangebote für junge Menschen zeigen, dass ein zielgruppenspezifisch zugeschnittenes Angebot auch von jungen Menschen mit Alkoholproblemen in Anspruch genommen werden kann. Eine frühe Intervention ist also möglich.
- Es muss weiterhin Ziel sein, Menschen mit erkannten Problemen im Umgang mit Alkohol frühzeitig zu motivieren, spezifische Hilfen in Anspruch zu nehmen.

1.2 MEDIKAMENTENMISSBRAUCH

Bundesweit, so schätzt die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), sind etwa 1,4 bis 1,9 Millionen Menschen von verschreibungspflichtigen Medikamenten abhängig, davon 1,1 bis 1,4 Millionen Menschen von Benzodiazepinen und deren Derivate²⁴. Der Suchtsurvey 2009 des Instituts für Therapieforschung hat den Medikamentenkonsum der 18- bis 64-jährigen Hamburgerinnen und Hamburger untersucht. In der Befragung wurde nach dem Konsum von Schmerzmitteln, Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln, Appetitzüglern, Neuroleptika und Anabolika gefragt.²⁵ Danach kann davon ausgegangen werden, dass etwa 4,5 % einen problematischen, nicht bestimmungsgemäßen Medikamentengebrauch aufweisen, wobei mit 5,2 % die Frauen öfter betroffen sind als die Männer mit 3,7 %. Ein Vergleich dieser Daten mit dem Suchtsurvey 2005 verdeutlicht, dass der problematische Medikamentenkonsum insbesondere bei den Frauen zurückgegangen ist. Damals wiesen 4,9 % der Befragten ein solches Verhalten auf (7,5 % der Frauen und 2,4 % der Männer).

Benzodiazepine stellen die größte und gesundheitspolitisch relevanteste Medikamentengruppe mit Missbrauchspotential dar. Diese Mittel werden im Wesentlichen bei Angst- und Schlafstörungen verordnet und dürfen nur über einen kurzen Zeitraum und in geringen Dosen genommen werden. Die vorhandenen Leitlinien und Behandlungsempfehlungen²⁶ gehen von einer kurzzeitigen, höchstens vierwöchigen, im Einzelfall achtwöchigen Verordnungsdauer aus.



Bewusster Umgang mit Medikamenten

In 2011 wurde vor dem Hintergrund der Hamburger Kampagne „MIT DENKEN – Bewusster Umgang mit Medikamenten“ von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) eine Studie

des ZIS des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf (UKE) initiiert.²⁷ Ziel war die systematische Erfassung problematischer Versorgung mit Benzodiazepinen. Durch die im Auftrag des Bundesinstituts für Arzneimittel- und Medizinprodukte (BfArM) entwickelte Methode eines norddeutschen bzw. bundesweiten Medikamenten-Monitorings konnten Daten bezogen auf die Hamburgerinnen und Hamburger ausgewertet werden, die Benzodiazepine durch Kassenärztinnen und -ärzte verordnet bekamen.

24 Glaeske (2010): Medikamente – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Jahrbuch Sucht 2011. Geesthacht 2011.

25 Ludwig Kraus et al (2010): Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg. IFT Berichte Bd. 177. München: IFT.

26 Apothekerkammer Hamburg, Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Ärztekammer Hamburg (2011): Verordnung von Benzodiazepinen und deren Analoga. Gemeinsame Handlungsempfehlung. Hamburg 2011.

27 Epidemiologie der Verschreibung von Medikamenten in Hamburg, Hamburg 2011.

Ergebnis ist, dass ca. 51 % der kassenärztlichen Verordnungen von Benzodiazepinen in Hamburg leitliniengerecht verordnet werden.²⁸ Das heißt, dass bei annähernd der Hälfte der Verordnungen die Leitlinie nicht genau eingehalten wird. Auffällig ist, dass bei ca. 16 % der Hamburgerinnen und Hamburger, die Benzodiazepine verschrieben bekommen, eine Dauerversorgung mit relativ hohen Dosen vorliegt. Das bedeutet, dass hochgerechnet fast 15.000 Hamburgerinnen und Hamburger von Nebenwirkungen und Abhängigkeitssymptomen betroffen sein müssten, darunter zwei Drittel Frauen, wenn die verordneten Dosen tatsächlich eingenommen wurden. Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten, die über einen langen Zeitraum hohe Dosen verschrieben bekommen, liegt bei 67 Jahren. Das heißt, dass älteren Patientinnen und Patienten Benzodiazepine überproportional häufig in problematischen Mengen verschrieben werden. Mehr als ein Drittel dieser Verschreibungen geht an Patientinnen und Patienten über 70 Jahre. Dies ist besonders bemerkenswert, weil die unerwünschten Nebenwirkungen der Langzeiteinnahme – wie nachlassendes Gedächtnis, fehlende körperliche Energie – gleichzeitig zu altersbedingten Entwicklungen auftreten und sich verstärken können. Die Möglichkeit, ein selbstbestimmtes Leben führen zu können, wird dadurch stark eingeschränkt.

Von der Hamburger Suchthilfe werden Menschen mit Medikamentenmissbrauch in der Regel nur dann erreicht, wenn ein weiterer Substanzmissbrauch vorliegt. Dies belegen Daten aus der Hamburger BADO. In der Auswertung für das Jahr 2012 gaben z. B. annähernd 17 % der Klientinnen und Klienten an, Beruhigungsmittel regelmäßig zu konsumieren. Der Anteil derjenigen, die Sedativa als einzige Substanz zu sich nehmen, liegt über die letzten fünf Jahre betrachtet konstant bei unter 1 %. Fast 43 % der Opiatabhängigen konsumieren zusätzlich Beruhigungsmittel, Kokainabhängige zu knapp 4 % und Alkoholabhängige zu gut 4 %.

Diese Daten werden durch die Deutsche Suchthilfestatistik bestätigt. Bundesweit sind nur 0,8 % der Betreuungen durch die ambulante Suchthilfe auf psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa und Hypnotika zurückzuführen. Über den missbräuchlichen Konsum anderer Medikamente liegen keine Daten aus Suchthilfestatistiken vor.

Auf der Fachtagung der BGV „Bewusster Umgang mit Benzodiazepinen“ wurden am 29.02.2012 der Fachöffentlichkeit die Ergebnisse der Studie vorgestellt und diskutiert. Schlussfolgerungen aus der Studie sind:

28 DG-Sucht & DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Medikamentenabhängigkeit. (Sedativa-Hypnotika, Analgetika, Psychostimulantien). AWMF-Leitlinien-Register Nr.076/009; 2006.

- Insbesondere für Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker ist vermehrt Aufklärung über die Risiken einer Benzodiazepin-Dauermedikation wichtig.
- Für die Altenhilfe stellt die nicht leitliniengerechte Verordnung von Benzodiazepinen eine große Herausforderung dar. Gesundheitspolitisch stellt sich die Frage des bewussten Umgangs mit Psychopharmaka bei alten Menschen. Insbesondere weil zu erwarten ist, dass die Benzodiazepin-Dauerverschreibung in der älter werdenden Gesellschaft eine zunehmende Verbreitung erfährt.

Als erste Konsequenz ist die Ärztekammer Hamburg in Zusammenarbeit mit der Apothekerkammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung mit Handlungsempfehlungen zur Verordnung von Benzodiazepinen und deren Analoga an die Ärzteschaft und die Apothekerinnen und Apotheker herangetreten.

Das Bundesmodellprojekt Sucht im Alter Hamburg (siehe Kapitel 2) zielt deshalb unter anderem auch auf ältere Menschen mit missbräuchlichem Medikamentenkonsum ab. Weiterhin war im Rahmen der Kampagne „MIT-DENKEN“ das Thema „bewusster Umgang mit Medikamenten“ in der Altenpflege bzw. Seniorenversorgung ein Schwerpunkt.

Zusammenfassung

- 4,5 % der Erwachsenen in Hamburg gebrauchen Medikamente in nicht bestimmungsgemäßer, problematischer Form.
- Benzodiazepine stellen die größte und gesundheitspolitisch relevanteste Medikamentengruppe mit Missbrauchspotential dar.
- Etwa 15.000 Menschen in Hamburg werden Benzodiazepine in einer Weise verordnet, die Nebenwirkungen und Abhängigkeit verursachen, wenn das Medikament im verordneten Umfang eingenommen wird. Der überwiegende Teil dieser Patientinnen und Patienten sind Frauen, ihr Durchschnittsalter liegt bei 67 Jahren.
- Die meisten Menschen mit problematischen Benzodiazepinverordnungen befinden sich im System der allgemeinen medizinischen Versorgung.
- Die Hamburger Suchthilfe ist insbesondere dann mit Medikamentenabhängigkeit befasst, wenn sich zusätzlich zum Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch eine Medikamentenabhängigkeit entwickelt hat.

Folgerungen

- Vor dem Hintergrund, dass die Verordnungen von Benzodiazepinen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten vorgenommen werden, ist die Frage zu diskutieren, ob die Bedarfe der Medikamentenabhängigen richtig erkannt und den Betroffenen angemessene Hilfeangebote unterbreitet werden.
- Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Ärztekammer und der Apothekerkammer gilt es, weiterhin über die Risiken von Langzeitverordnungen, insbesondere auch für Frauen und ältere Menschen aufzuklären.
- Die Altenhilfe soll weiterhin zum Thema missbräuchlicher Medikamentenkonsum sensibilisiert und fortgebildet werden. Dabei werden Möglichkeiten der Prävention aufgezeigt.
- Die durch die Suchthilfe erreichten Menschen mit problematischem Medikamentenkonsum und anderem Substanzkonsum müssen in adäquate Behandlung weitervermittelt werden. Dazu gilt, gemeinsam mit den Akteuren der Suchthilfe Standards zu entwickeln.

1.3 ILLEGALE DROGEN

1.3.1 Cannabis

Verbreitung des Konsums

Cannabis ist die am meisten konsumierte illegale Droge. Das trifft bundesweit zu, allerdings sind Konsumerfahrungen in Großstädten wie Hamburg weiter verbreitet als im Bundesgebiet. So blicken 29 % der 14- bis 17-jährigen Hamburger Jugendlichen²⁹ und 43 % der Hamburger Erwachsenen³⁰ auf einen mindestens einmaligen Cannabiskonsum in ihrem Leben zurück. Auf Bundesebene sind es 26 % der Erwachsenen³¹ und 10 % der Jugendlichen.³²

Der Umgang mit Cannabisprodukten ist insbesondere ein Phänomen Jugendlicher und junger Erwachsener. Das wird deutlich, wenn man das aktuelle Konsum-

29 Baumgärtner, T. et al (2013): Die Verbreitung des Suchtmittelgebrauchs unter Jugendlichen in Hamburg 2004 bis 2012. Basisauswertung der SCHULBUS-Studie im jahresübergreifenden Vergleich. HLS/BfS Berichte SB 13-06-B1.

30 Kraus, L. et al. (2010): Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg, IFT Berichte Bd. 177. München: IFT.

31 Kraus, L. et al. (2010): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen. Online verfügbar unter: <http://www.ift.de/index.php?id=408>.

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

verhalten (also 30 Tage vor der Befragung) betrachtet. Mit 17 % fällt der aktuelle Konsum unter den Jugendlichen in Hamburg 2012 dreimal so hoch aus wie in der erwachsenen Bevölkerung (5 % in 2009).

Der Cannabiskonsum von Männern und Frauen unterscheidet sich deutlich. Betrachtet man den aktuellen Cannabiskonsum unter Hamburger Jugendlichen, dann ist festzustellen, dass ca. 12 % der weiblichen 14- bis 17-Jährigen 2012 aktuell Cannabis konsumierten, 2009 waren es noch 6 %. Unter den männlichen Jugendlichen waren im Jahr 2012 21 % aktuelle Cannabiskonsumenten, im Jahr 2009 lag der Anteil noch bei 17 %. Damit ist der aktuelle Cannabiskonsum wieder auf das Niveau von 2004 angestiegen, wo der Anteil ebenfalls bei 12 % der weiblichen und 21 % der männlichen Jugendlichen lag.

Unterscheidet man bei den aktuell Cannabis konsumierenden Jugendlichen nach Migrationshintergrund, so wird deutlich, dass die Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (16,4%) und jene mit osteuropäischem Migrationshintergrund (16,7%) einen höheren Anteil an aktuellen Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten aufweisen als die 14- bis 17-Jährigen mit arabisch-asiatischen Wurzeln (12,8 %).

Für erwachsene Hamburgerinnen und Hamburgern stammen die aktuellsten Daten aus dem Jahr 2009. Hier lassen sich aber ebenso wie bei den Jugendlichen geschlechtsspezifische Unterschiede im Konsumverhalten ausmachen. Mit zuletzt ca. 7 % in 2009 ist der Anteil der aktuell Cannabiskonsumierenden unter den männlichen 18- bis 64-Jährigen doppelt so hoch wie unter den weiblichen Erwachsenen dieser Altersgruppe (3 %). Dies wird auf Bundesebene bestätigt. 4 % der Männer bis zum 64. Lebensjahr zählen zu den aktuellen Cannabiskonsumierenden und 1 % der Frauen.

Im Hinblick auf die zurückliegende Entwicklung des aktuellen Cannabiskonsums unter Jugendlichen kann festgehalten werden, dass dieser von 2004–2009 rückläufig war, derzeit aber unter Jugendlichen wieder ein Anstieg zu beobachten ist. Dies ist mit der SCHULBUS-Studie 2012 für Hamburg belegt.³³

Der Handel und der Besitz von Cannabis fallen unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Demnach stellt der Umgang mit dieser Substanz aufgrund der Illegalität ein strafbares Verhalten dar³⁴. Darüber hinaus lassen sich neben der Suchtgefahr weitere Aspekte problematischen Konsums aufzeigen. Dazu gehört, dass Cannabiskonsum das Unfallrisiko erhöht, zu kognitiven Störungen wie

33 Baumgärtner, T. et.al (2013): Die Verbreitung des Suchtmittelgebrauchs unter Jugendlichen in Hamburg 2004–2012. Basisauswertung der SCHULBUS-Daten im jahresübergreifenden Vergleich. HLS/BfS Berichte SB 13-06-B1.

34 Es besteht die Möglichkeit, dass die Staatsanwaltschaft von der Strafverfolgung absieht, wenn die Schuld des Täters als gering anzusehen ist und wenn es um geringe Mengen illegaler Substanzen, insbesondere Cannabis zum Eigenverbrauch geht. Diese geringe Menge wird in Hamburg bei einer Obergrenze von bis zu 6 g Cannabis gesehen.

z. B. Störungen bei Lern- und Gedächtnisleistungen führt, sich bei regelmäßigem Konsum über mehrere Monate psychosomatische Entzugserscheinungen einstellen und es – zumindest bei jungen Menschen – einen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und psychotischen Störungen zu geben scheint.³⁵ Insgesamt muss davon ausgegangen werden, dass der regelmäßige Konsum besonders im frühen Jugendalter zu gesundheitlichen, schulischen, beruflichen, finanziellen und familiären Problemen führen kann und in vielen Einzelfällen auch geführt hat.

Insbesondere der lebensgeschichtlich frühe Konsum kann erhebliche langfristige Folgen haben. Zum einen wurden Zusammenhänge zwischen frühem Konsum und schneller Abhängigkeitsentwicklung identifiziert, zum anderen gibt es Hinweise darauf, dass der frühe Einstieg überproportional häufig zu einem verfestigten regelmäßigen Konsum führt.³⁶ Dies belegt auch die Hamburger SCHULBUS-Studie.³⁷ Hier wird deutlich, je früher mit dem Cannabiskonsum begonnen wurde, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, im Alter von 16–17 Jahren täglich zu konsumieren.

Insofern ist es zu begrüßen, dass das durchschnittliche Alter des Erstkonsums der 14- bis 17-Jährigen von Cannabis seit 2005 von 13,4 Jahren auf 14,8 Jahre in 2012 sukzessive angestiegen ist.

Polizeiliche Erkenntnisse zum Cannabiskonsum

Die Erkenntnisse der Hamburger Polizei deuten darauf hin, dass die Cannabisprodukte Haschisch und Marihuana weiterhin in hohem Maß nachgefragt werden, wobei Haschisch seit Jahren an Bedeutung gegenüber Marihuana verliert und immer seltener angeboten und konsumiert wird. Der Wirkstoffgehalt des Cannabis, das Tetrahydrocannabinol (THC), hat sich in den vergangenen Jahren stetig erhöht. Bei den gehandelten Verkaufsportionen handelt es sich überwiegend um Marihuana-Dolden mit einem THC-Gehalt von bis zu 19,5 %. Seit 1999 ist der THC-Gehalt in den überwiegend verkauften Dolden professionell angebaute Pflanzen um 31,7 % gestiegen.

Gleichzeitig scheinen viele Konsumentinnen und Konsumenten über kein oder nur ein sehr gering ausgeprägtes Unrechtsbewusstsein zu verfügen und geben häufig an, dass sie den Erwerb und den Konsum von Cannabis als legal empfinden.³⁸

35 Thomasius, R. et al. (Hrsg.) (2009): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Schattauer: S. 82.

36 Thomasius, R. et al. (Hrsg.) (2009): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Schattauer: S. 42.

37 Baumgärtner, T. et al. (2013): Die Verbreitung des Suchtmittelgebrauchs unter Jugendlichen in Hamburg 2004 bis 2012. Basisauswertung der SCHULBUS-Daten im jahresübergreifenden Vergleich. HLS/BfS Berichte SB 13-06-B1.

38 Landeskriminalamt Hamburg: Rauschgiftlagebericht 2011. Hamburg, Juni 2012.

Abhängigkeit von Cannabis

Die Ausprägung der Abhängigkeit von Cannabis kann mit Hilfe der Severity of Dependence Skala (SDS) erfasst werden. Auf dieser Grundlage liegen Hinweise³⁹ auf Abhängigkeit unter Jenen vor, die in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert haben, wenn mindestens zwei der folgenden Kriterien zutreffen:

- Besorgnis über eigenen Konsum
- Angst vor Kontrollverlust
- Beunruhigung bei Gedanken auf Konsumverzicht
- Wunsch, den Konsum einzustellen
- Schwierigkeiten bei Versuchen, aufzuhören

Demnach liegen bei ca. 36 % der 18- bis 64-jährigen Hamburgerinnen und Hamburger, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Cannabis konsumiert haben, Anzeichen für Cannabisabhängigkeit vor. Auf Grundlage der Hochrechnung im Suchtsurvey des IFT 2009 betrifft dies eine Anzahl von ca. 34.000 Hamburgerinnen und Hamburger.

Im Rahmen der aktuellen SCHULBUS-Studie wurde eine Auswertung der Daten aus den Jahren 2007, 2009 und 2012 nach den Kriterien der SDS vorgenommen. Danach ergibt sich, dass der Anteil der Jugendlichen in Hamburg mit Anzeichen von Cannabisabhängigkeit von 5 % in den Jahren 2007 und 2009 auf 7 % im Jahr 2012 angestiegen ist. Die Steigerung ist insbesondere auf den erhöhten Anteil der weiblichen Jugendlichen zurückzuführen, der von 3 % im Jahr 2007 über 2% im Jahr 2009 auf 5 % im Jahr 2012 gestiegen ist. Dennoch ist der Anteil der betroffenen männlichen Jugendlichen deutlich höher. Er lag 2007 bei 6 %, in den Jahren 2009 und 2012 bei 9 %.⁴⁰ Zur Orientierung über den Umfang des Problems kann die hochgerechnete Anzahl von gut 4.000 Jugendlichen mit problematischem Cannabiskonsum genannt werden.

Klientinnen und Klienten der Hamburger Suchthilfe

Aus der BADO 2012 liegen Erkenntnisse darüber vor, wie viele Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten tatsächlich die Suchthilfe in Anspruch nehmen. Bei 44 % der Klientinnen und Klienten⁴¹ wurde ein problematischer Cannabiskonsum dokumentiert, überwiegend handelt es sich dabei um Personen, die neben anderen Suchtmitteln auch Cannabis konsumieren. Bei 2.305 dokumentierten Klienten

39 Kraus, L. et al. (2010): Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg, IFT Berichte Bd. 177. München: IFT: S. 34.

40 Baumgärtner, T. (2012): Hamburger SCHULBUS-Studie 2009. Sonderauswertung für die BGV.

41 Bei 14.597 der Klientinnen und Klienten wurde im Rahmen der BADO dokumentiert, welche Drogen konsumiert werden; auf dieses N stützt sich die Prozentzahl.

tinnen und Klienten (davon 81 % männlich) stand der problematische Cannabiskonsum im Vordergrund der Betreuung. Damit ist die Anzahl der Klientinnen und Klienten mit Hauptdroge Cannabis seit 2005 (879 Personen) deutlich gestiegen. Dieser Anstieg ist zu großen Teilen auf die Suchtberatungsangebote für Jugendliche zurückzuführen, die überwiegend Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten erreichen. Darauf weist auch die folgende Abbildung zur Altersstruktur der Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten hin.

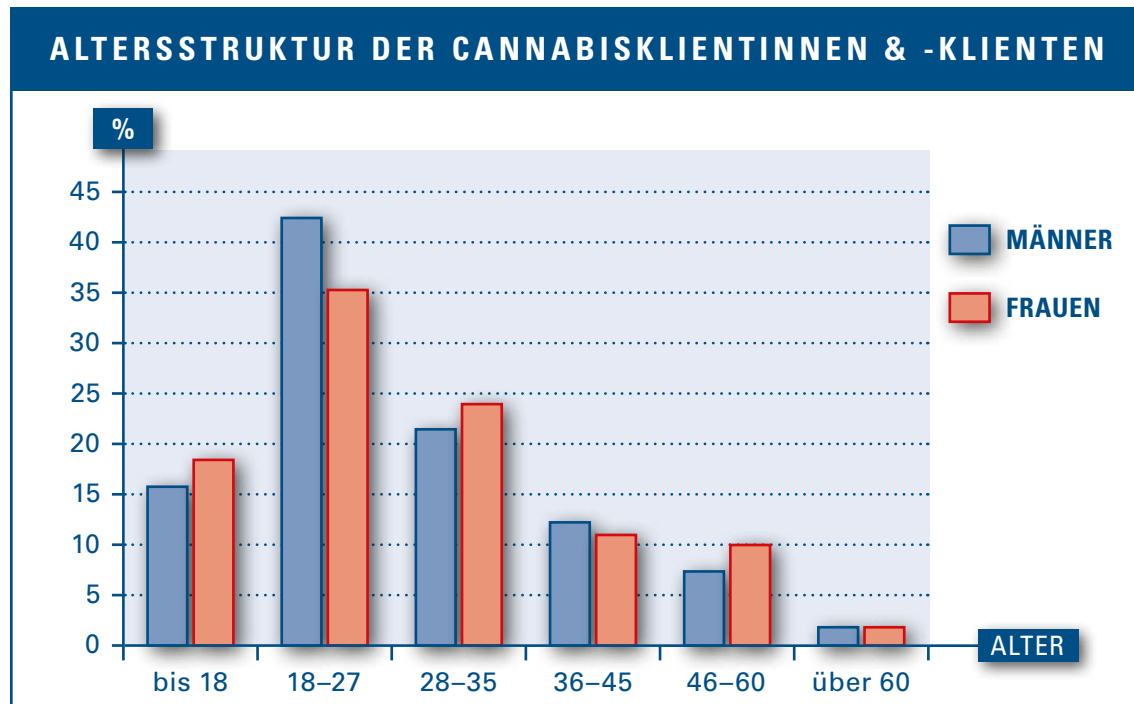


Abb. 4: Altersstruktur der Cannabisklientinnen und -klienten⁴²

Das Durchschnittsalter der Hilfesuchenden beträgt ca. 27 Jahre (w: 28,6/m: 27,5). Über 16 % der Betreuten sind unter 18 Jahre alt. Bei Störungsbeginn sind die Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten im Durchschnitt 18 Jahre alt.⁴³

Der Anteil der Migrantinnen und Migranten mit Cannabisproblemen lag 2012 bei 32 % (27 % bei Frauen und 34 % bei den Männern) und ist damit seit 2004 stark angestiegen.

Zusammenfassung

- Cannabis ist weiterhin die am meisten konsumierte illegale Droge.
- Der Wirkstoffgehalt des überwiegend konsumierten Marihuanas hat in den letzten Jahren stark zugenommen.

⁴² Eigenes Schaubild nach Rosenkranz, M. et al. (2013): Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2012 der Hamburger Basisdatendokumentation. Hamburg: BADO e. V. (Hrsg.)

⁴³ Das ist der Zeitpunkt, zu dem das Leben einer Klientin/eines Klienten durch den Konsum einer Substanz gestört wurde. Die Störung kann sich auf physische, psychische oder soziale Merkmale beziehen.

- Es wird deutlich, dass sich das Konsumverhalten von Männern und Frauen unterscheidet und verschiedene kulturelle Identitäten auch unterschiedliches Konsumverhalten bezogen auf Cannabis nach sich ziehen.
- Insbesondere unter jungen Menschen in Metropolen, also auch in Hamburg, ist der Cannabiskonsum weit verbreitet.
- Scheinbar wird die Illegalität von Konsum und Besitz wenig realisiert und wirkt wenig abschreckend.
- Das Einstiegsalter in den Cannabiskonsum steigt sukzessive an. Ein großer Teil – ein Viertel bis ein Drittel – der aktuellen Cannabiskonsumierenden berichtet über Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum, die auf Abhängigkeitsentwicklungen hindeuten.
- Die Hamburger Suchthilfe erreicht zunehmend mehr und jüngere Cannabiskonsumentinnen und Cannabiskonsumenten.

Folgerungen

- Zur Prävention des Cannabiskonsums sind weitergehende Bemühungen notwendig. Dabei sind auch die rechtliche, normenverdeutlichende Einordnung und Informationen über die schädliche Wirkung der Droge zur Verfügung zu stellen. Über Informationen hinaus müssen Strategien entwickelt werden, um das Einstiegsalter in den Cannabiskonsum weiterhin anzuheben bzw. den Konsum ganz zu vermeiden.
- Der frühen Intervention, da wo der Konsum auffällt, im Rahmen von Elternhaus, Schule, Jugendhilfe, Ausbildung und Jobcenter, kommt eine große Bedeutung zu. Hier sind weiterhin Bemühungen zur Information und Qualifikation notwendig.
- Indizierte Suchtprävention im Rahmen von jugendspezifischen Suchtberatungsangeboten, die eng mit dem sozialen Umfeld der Betroffenen sowie der Jugendhilfe und Schule zusammenarbeiten, ist weiterhin sinnvoll und notwendig.
- Die Suchthilfe und die Suchtprävention müssen sich konzeptionell darauf einstellen, dass der Cannabiskonsum überwiegende junge Männer betrifft. Weiterhin ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass zunehmend weibliche Jugendliche problematische, abhängige Konsummuster entwickeln. Die Suchthilfe muss sich deshalb verstärkt darum bemühen, Konsumentinnen anzusprechen.
- Im Rahmen der Hamburger Suchthilfe ist auf die spezifische Problemlage von Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten zu reagieren. Entsprechende methodische Beratungsansätze sind zu nutzen.

1.3.2 Andere illegale Drogen

Andere illegale Drogen als Cannabis sind in deutlich geringerem Umfang verbreitet. Dennoch stehen sie immer wieder im öffentlichen Interesse.

13 % der Erwachsenen in Hamburg haben mindestens einmal im Leben eine andere illegale Droge als Cannabis konsumiert (16 % der Männer und 12 % der Frauen).⁴⁴ Das sind doppelt so viele Drogenerfahrene wie im Bundesvergleich (7 %).⁴⁵

Kokain ist in Hamburg (8 %) die am meisten verbreitete Substanz, gefolgt von Pilzen⁴⁶ (6 %), Amphetaminen und LSD (je 6 %), Ecstasy (5 %). Heroinerfahrungen haben 1,4 % der Erwachsenen. Der aktuelle Konsum (letzte 30 Tage vor Befragung) ist sehr viel geringer verbreitet als die Lebenszeitprävalenz. 0,8 % (bundesweit 0,6 %) der Erwachsenenbevölkerung konsumieren aktuell eine andere illegale Droge als Cannabis (Männer 1 %/ Frauen 0,6 %). Auch hierbei ist Kokain mit 0,6 % in Hamburg die am häufigsten genutzte Droge.⁴⁷

Die große Differenz zwischen der Lebenszeitprävalenz und dem aktuellen Konsum deutet darauf hin, dass für die meisten Menschen der Konsum illegaler Drogen ein vorübergehendes Phänomen ist. Tatsächlich ist die Bereitschaft, Drogen zu konsumieren bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen stärker ausgeprägt als bei allen anderen Altersgruppen.

Auf Grundlage der SCHULBUS-Studie 2012 lässt sich festhalten, dass 7,3 % der Jugendlichen (14–17 Jahre) in ihrem Leben einmal eine solche Substanz konsumiert haben (m: 9,3 %/w: 4,9 %). Im Jahr 2009 waren es noch 4,1 % (m: 4,9 %/w: 2,8%). Überwiegend handelte es sich dabei um Kokain (3,2 %) gefolgt von Amphetaminen (2,5 %) Ecstasy und Pilzen (jeweils 2 % bzw. 2,1 %) sowie LSD (1,3 %). Die Verbreitung des Konsums von illegalen Drogen jenseits von Cannabis ist sowohl bezogen auf die Lebenszeit als auch hinsichtlich des aktuellen Konsums gegenüber 2009 angestiegen – wenn auch auf zahlenmäßig niedrigem Niveau.⁴⁸

44 Kraus, L. et al. (2010): Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg, IFT Berichte Bd. 177. München: IFT.

45 Kraus, L. et al. (2010): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen. Online verfügbar unter: <http://www.ift.de/index.php?id=408>.

46 Hierbei handelt es sich um psilocybinhaltige Pilze mit psychoaktiver Wirkung.

47 Kraus, L. et al. (2010): Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg, IFT Berichte Bd. 177. München: IFT. S. 31-32.

48 Baumgärtner, T. et.al (2013): Die Verbreitung des Suchtmittelgebrauchs unter Jugendlichen in Hamburg 2004 bis 2012. Basisauswertung der SCHULBUS-Daten im jahresübergreifenden Vergleich. HLS/BfS Berichte SB 13-06-B1.

Polizeilich erfasste Konsumentinnen und Konsumenten harter Drogen (KhD)⁴⁹

Das Landeskriminalamt (LKA) registriert regelmäßig die ihr bekannten Konsumentinnen und Konsumenten harter illegaler Drogen (ohne Cannabis). Im Jahr 2011 wurden in Hamburg insgesamt 2.567 Personen als Konsumentinnen und Konsumenten harter Drogen (2.061 männlich/506 weiblich) gezählt. Dies ist im sechsten Jahr in Folge ein Rückgang gegenüber dem Vorjahr und kann als Zeichen dafür gewertet werden, dass die öffentlich wahrnehmbare Rauschgiftkriminalität zurückgeht.

Polizeilich auffälliger Erstkonsum harter Drogen (EKHD)

Das LKA führt eine Statistik über die Erstkonsumierenden harter illegaler Drogen in Hamburg, die alle Altersgruppen umfasst. Als Erstkonsumentinnen und -konsumenten werden diejenigen Konsumierenden illegaler Drogen benannt, die zum ersten Mal von der Polizei erkennungsdienstlich behandelt wurden. Es lassen sich daraus Tendenzen, aber keine abschließenden Aussagen über die tatsächliche Anzahl der Einsteigenden in den Konsum illegaler Suchtmittel ableiten. Dazu bedarf es dem Vergleich zu sonstigen verfügbaren Daten.

ANZAHL DER ERSTKONSUMENTINNEN UND -KONSUMENTEN HARTER DROGEN					
Drogenart	2007	2008	2009	2010	2011
Kokain	142	126	132	106	120
Crack	141	102	60	40	34
Heroin	116	101	115	115	75
Amphetamin	35	33	60	39	53
Ecstasy	23	20	19	6	17
sonstige Drogen	2	8	27	22	45
Gesamt	459	390	413	328	344

Abb. 5: Anzahl der Erstkonsumentinnen und -konsumenten harter Drogen (EKHD)⁵⁰

Kokain

Die häufigste dokumentierte Droge, mit der Konsumentinnen und Konsumenten zum ersten Mal polizeiauffällig wurden, ist seit Jahren Kokain. Nach einem Rückgang 2010 ist 2011 wieder ein leichter Anstieg festzustellen.

In der Hamburger Suchthilfe bleibt der Anteil der Klientinnen und Klienten mit Hauptdroge Kokain konstant bei ca. 30 % derjenigen, die in der Hamburger BADO

49 Landeskriminalamt (LKA) Hamburg: Rauschgiftlagebericht 2011. Hamburg, Juni 2012.

50 Behörde für Inneres und Sport (BIS). Polizei: Daten für Hamburg 29.03.2012.

dokumentiert wurden. Es ist allerdings möglich, als Hauptdroge mehrere Substanzen anzugeben.

Crack

Im Zusammenhang mit Crack hat sich die Anzahl der Erstauffälligen deutlich reduziert. 2007 waren noch 141 Crackkonsumentinnen und -konsumenten auffällig geworden, 2011 noch 34.

Die Anzahl der durch die Suchthilfe Betreuten, die Crack konsumierten, geht sehr viel langsamer zurück. Berichteten 2007 noch ca. 19 % der Klientinnen und Klienten über Crack als eine Hauptdroge, so waren es 2012 noch etwas über 16 %.

Amphetamine und Ecstasy

Bei den polizeiauffälligen Erstkonsumentinnen und Erstkonsumenten von Amphetaminen und Ecstasy zeigt sich ein indifferentes Bild. Bis 2009 war die Anzahl der polizeilich auffälligen Erstkonsumierenden angestiegen. 2010 waren die Zahlen stark rückläufig und stiegen 2011 wieder an. Bei Ecstasy wird seit 2007 ein sukzessiver Rückgang beobachtet. Allerdings ist zu bedenken, dass die Aussagekraft der Daten wegen der kleinen Fallzahlen eingeschränkt ist.

Der Anteil der in der Suchthilfe Betreuten mit Hauptdroge Amphetamin liegt 2012 bei gut 9 % und ist gegenüber den Vorjahren leicht angestiegen. Der Suchtsurvey des IFT 2009 weist darauf hin, dass die Lebenszeitprävalenz bezüglich Amphetaminen in Hamburg seit 19 Jahren stagniert.

Heroin

In Hamburg gingen 2011 erstmals die Zahlen der erstauffälligen Konsumentinnen und -konsumenten im Zusammenhang mit Heroin um annähernd 35 % und somit deutlich zurück. Die Anzahl der polizeilich bekannten Konsumierenden von Heroin in 2011 mit 1.440 Personen entspricht dagegen dem Durchschnittswert der Vorjahre.

Auch auf Grundlage der Hamburger BADO ist bisher ein Rückgang des Opiatklientels (einschließlich Substituierte) festzustellen. Im Jahr 2010 wurde der Höchststand mit 5.143 verschiedenen betreuten Personen seit Einführung der BADO erreicht. Im Jahr 2012 sank die Anzahl auf 4.772 Personen. Der Anteil der jüngeren Konsumierenden (18–27 Jahre) und der mittleren Altersgruppe (36–45 Jahre) nimmt seit 2007 kontinuierlich ab. Gleichzeitig nimmt die Gruppe der 46- bis 60-Jährigen und der über 60-Jährigen zu und es stagniert die Gruppe der 28- bis 35-Jährigen. Insgesamt steigt dadurch das mittlere Alter der Opiatabhängigen an (siehe Abb. 6).

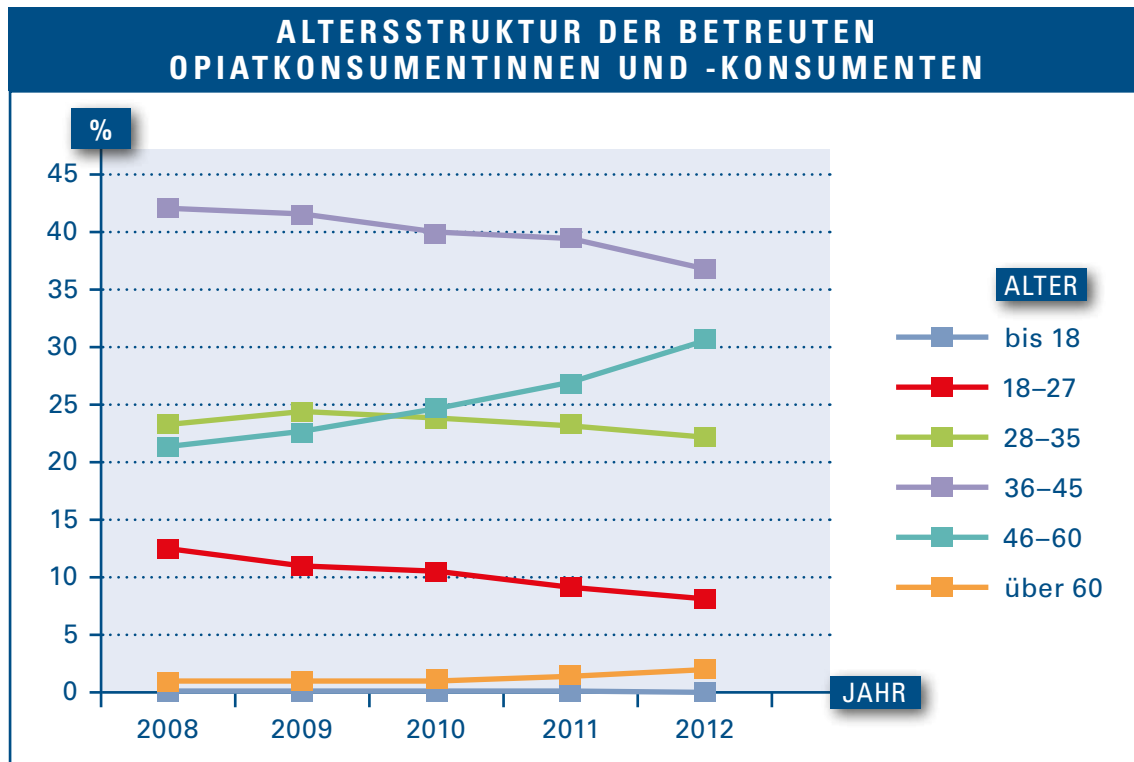


Abb. 6: Altersstruktur der betreuten Opiatkonsumentinnen und -konsumenten⁵¹

Unter Berücksichtigung der frühzeitig stattfindenden Alterungsprozesse aufgrund des Drogenkonsums und der gesundheitsschädlichen Lebensumstände bei Opiatabhängigen kann bereits ab 45 Jahren von älteren Drogenabhängigen gesprochen werden. Dazu gehören mehr als 25 % der Opiatabhängigen, die durch die Hamburger Suchthilfe erreicht werden. Diese stellen spezifische Anforderungen an die sie versorgenden Systeme wie die Altenhilfe, das Gesundheitswesen und die Suchthilfe (siehe Kapitel 2).

Drogentodesfälle

Das LKA wertet die Drogentodesfälle aus, die vom Rechtsmedizinischen Institut des UKE untersucht werden. Es wird deutlich, dass die Anzahl der Todesfälle im Zusammenhang mit Drogenkonsum seit 1998 (132) deutlich abgenommen haben und seit 2003, also in den vergangenen neun Jahren, zwischen 65 und 55 Todesfällen jährlich variieren (durchschnittlich 59). Im Jahr 2012 standen 49 Todesfälle im Zusammenhang mit Drogenkonsum.

Für das Jahr 2011 hat das Institut für Rechtsmedizin eine Auswertung der 57 Drogentodesfälle vorgenommen.⁵² Bei 38 Personen (ca. 68 %) hat eine tödliche Intoxikation zum Tod geführt, in den anderen Fällen wurde ein Zusammenhang

⁵¹ Eigene Abbildung auf Grundlage der BADO 2008–2012.

⁵² Muras, L., Püschel, K., Heinemann, A., Iwersen-Bergmann, S., (2013): Immer weniger Drogentote. In: Hamburger Ärzteblatt 2/2013.

zwischen dem Tod und Drogenkonsum festgestellt (Drogenfolgeerkrankungen, innere Todesursachen zusätzlich zum Drogenkonsum, Suizide, Unfälle). Bei der überwiegenden Anzahl der Verstorbenen wurde eine Mischintoxikation nachgewiesen, wobei Methadon in 65 % der Fälle (31 Personen) beteiligt war, gefolgt von Benzodiazepinen (45 %) und Alkohol (32 %). Acht Todesfälle gingen auf den Monokonsum von Methadon, zwei von Kokain und einer von Liquid Ecstasy zurück.

Zusammenfassung

- Für die meisten Konsumierenden illegaler Drogen ist der Konsum ein vorübergehendes Phänomen.
- Insgesamt kann auf Grundlage der für Hamburg verfügbaren Daten davon ausgegangen werden, dass mit Ausnahme von Kokain, Amphetaminen und Ecstasy ein rückläufiger Trend bezüglich des Konsums illegaler Drogen zu beobachten ist.
- Die Offenheit, andere illegale Drogen außer Cannabis zu konsumieren, ist in der Hamburger Bevölkerung nur in geringem Umfang ausgeprägt. Am ehesten ist sie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen vorhanden. Hierbei ist eine kleine Gruppe männlicher Migranten hervorzuheben.
- Vergleichsweise hoch ist der Anteil der Kokainkonsumentinnen und -konsumenten unter denjenigen, die andere illegale Drogen als Cannabis nutzen. Und auch unter den Betreuten in der Suchthilfe ist der Kokainkonsum weit verbreitet.
- Crack scheint aktuell weniger konsumiert zu werden, wenngleich nach wie vor unter den in der Suchthilfe Betreuten ein nennenswerter Anteil Crack konsumiert.
- Unter den jungen Klientinnen und Klienten hat die Abhängigkeit von Opiaten eine immer geringere Bedeutung, während bei der älter werdenden Opiatklientel zunehmend Problemlagen zu bearbeiten sind, die Schnittstellen zur Altenhilfe berühren.
- Es ist gelungen, die Anzahl der Drogentodesfälle deutlich zu reduzieren.
- Unter den insgesamt geringer werdenden Drogentodesfällen ist eine zunehmende Anzahl von Menschen, die im Zusammenhang mit dem Konsum von Substitutionsmitteln zu Tode gekommen sind.

Folgerungen

- In den Konzepten und Methoden der selektiven (zielgruppenbezogenen) und indizierten (im Einzelfall angeratenen) Prävention des Konsums anderer illegaler Drogen als Cannabis ist ein zielgruppenbezogenes und kultursensibles Vorgehen zu berücksichtigen.

- Eine genauere Betrachtung der sozialen und gesundheitlichen Lage der Konsumentinnen und Konsumenten von Kokain sowie ihrem Hilfebedarf ist notwendig, um zielgruppengenaue Angebote vorhalten zu können.
- Das zunehmende Durchschnittsalter der Opiatkonsumentinnen und -konsumenten wird die Suchthilfe und die mit der Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen befassten Hilfesysteme vor neue Herausforderungen stellen. Hier sind gemeinsame Konzepte zu entwickeln.
- Die niedrigschwellige, gesundheitsfördernde Arbeit insbesondere mit Menschen, die Opiate in Kombination mit anderen Substanzen konsumieren, hat eine zentrale Bedeutung als Überlebenshilfe.
- Bezüglich der Todesfälle mit Medikamenten zur Substitution sind Ursachen und Risiken zu identifizieren, um präventive Handlungsansätze entwickeln und Hilfeangebote optimieren zu können.

1.4 VERHALTENSÜCHTE

Die Begriffe Abhängigkeit bzw. Sucht beziehen sich auf die stoffgebundenen Abhängigkeiten. Über das Diagnosesystem ICD-10⁵³, dessen Anwendung in Deutschland für die Bewilligung von Leistungen der Krankenkassen bzw. der Rentenversicherungsträger ausschlaggebend ist, können Verhaltenssüchte nicht als eigenständige Störungsbilder identifiziert werden. Das pathologische Glücksspielen wird im ICD 10 nicht als Abhängigkeitserkrankung definiert, sondern den abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle zugeordnet.

In der Fachliteratur wird immer wieder auf Verhaltenssüchte hingewiesen. Gemeint sind exzessive Verhaltensweisen mit Merkmalen, die stoffgebundenen Abhängigkeiten ähneln und Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit sowie die soziale Integration haben. Diese Verhaltensweisen sind vom zwanghaften Drang gekennzeichnet, diese zu wiederholen, auch wenn sie mit selbstschädigenden Konsequenzen einhergehen. Zu den sogenannten Verhaltenssüchten, die in der Literatur genannt werden, zählen z. B. pathologisches Glücksspielen, aber auch Internet- und Computersucht, Kaufsucht, Sexsucht, das Messie-Syndrom und die Arbeitssucht. In der Fachdiskussion werden diese Verhaltensweisen häufig mit anderen psychischen Erkrankungen in Verbindung gebracht und die Frage gestellt, ob das vordergründige exzessive Verhalten ein Symptom dieser Erkrankungen sein könnte.

⁵³ ICD -10, (Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben.

1.4.1 Glückspiel

Für die Suchthilfe bedeutsam ist das Phänomen des pathologischen Glücksspiels. Glücksspiele zeichnen sich dadurch aus, dass der Spielverlauf nicht vorhersehbar ist. Anders als bei Spielen, in denen Geschick oder Wissen das Ergebnis maßgeblich beeinflussen, ist der Ausgang des Glücksspiels reiner Zufall. Die Themen Glücksspiel und Glücksspielsucht rückten in den letzten Jahren zunehmend in das Blickfeld der Öffentlichkeit. Seit 2001 liegt die Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die Rehabilitation bei pathologischem Glücksspielen vor. Die Diagnose „pathologisches Glücksspiel“ ermöglicht den Zugang zu einer gezielten – auf das Problem zugeschnittenen – Behandlung bzw. Rehabilitation. Vor 2001 war eine Behandlung nur möglich, wenn eine andere Krankheit im Vordergrund stand.

Verschiedene Studien beschäftigten sich mit der Frage des Vorkommens von pathologischem Spielverhalten in der Bevölkerung Deutschlands. Aufgrund von unterschiedlichen Stichproben und Erhebungsmethoden weisen die Ergebnisse spezifische Unterschiede auf. Der Anteil der Bevölkerung, der in den 12 Monaten vor der jeweiligen Befragung pathologisches Glücksspielverhalten aufweist, wird zwischen 0,19 % und 0,56 % angegeben. Die folgende Tabelle stellt die Ergebnisse gegenüber:

PRÄVALENZSTUDIEN				
Studie	Erhebungsjahr	Altersspanne der Befragten	Anteil Problem-Spielerinnen und -spieler (letzte 12 Monate)	Anteil pathologischer Spielerinnen und -spieler (letzte 12 Monate)
Bühringer et. al. ⁵⁴	2006		0,29 %	0,20 %
Buth/Stöver ⁵⁵	2006	18–65 Jahre	0,64 %	0,56 %
BZgA ⁵⁶	2007	16– 65 Jahre	0,41 %	0,19 %
BZgA ⁵⁷	2009	16–65 Jahre	0,64 %	0,45 %
BZgA ⁵⁸	2011	16– 65 Jahre	0,51 %	0,49 %
PAGE ⁵⁹	2011	14– 64 Jahre	0,31 %	0,35 %

Tabelle 1: Prävalenzstudien

54 Bühringer, G; Kraus, L.; Sonntag, D. et. al. (2007): Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel und Bevölkerungsrisiken. Sucht 53, 269 bis 308.

55 Buth, S.; Stöver, H. (2008): Glücksspielteilnahme und Glücksspielprobleme in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. Suchttherapie 9, 3 bis 11.

56 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008): Glücksspielverhalten und problematisches Glücksspielen in Deutschland 2007. Köln.

57 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2010): Glücksspielverhalten in Deutschland 2007 und 2009; Ergebnisse aus zwei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen. Köln.

58 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012): Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland, Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsumfragen 2007, 2009 und 2011. Köln.

59 Rumpf, H.-J. (2011): Pathologisches Spielen und Epidemiologie, Universität Greifswald Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Lübeck.

Auf der Grundlage der o. g. Studien muss davon ausgegangen werden, dass in Hamburg bis zu 10.000 Menschen von pathologischem Glückspielverhalten betroffen sind.

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes 2006 zum Glücksspielmonopol erhielten die Diskussionen um die Gefahren, die von Glücksspielen ausgehen, neue Impulse. Unter anderem wurde auch ein Fokus auf das Nutzungsverhalten Jugendlicher gelegt. Die BZgA berichtet hierzu im Rahmen der Untersuchung zum Glücksspielverhalten in Deutschland.⁶⁰ Zu beobachten ist, dass die Teilnahme an Glücksspielen zwischen 2007 und 2011 zunahm. So stieg die Zahl der 16- bis 17-Jährigen, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung an einem Glücksspiel teilgenommen haben, von 16,3 % im Jahr 2007 auf 24,1 % im Jahr 2011. Steigerungen zeigen sich hierbei insbesondere bei einzelnen Spielformen. Die Teilnahme an Sofortlotterien (z. B. Rubbel- und Aufreißlose, Instant Games im Internet) stieg von 10,8 % auf 15,6 %. Auffällig ist die Steigerung bei den Geldspielautomaten. Hier stieg die Teilnahme von 2,3 % auf 4,5 %. Die Teilnahme an Sportwetten veränderte sich nur geringfügig von 4,1 % auf 4,3 %. Sowohl Internet-Casino-Spiele als auch Online-Poker gingen im Zeitraum sogar zurück. Beide Angebote wurden 2007 noch von 0,5 % der Jugendlichen genutzt, 2011 waren es nur noch jeweils 0,1 %.

Aus der SCHULBUS-Studie, Sondererhebung 2009 der HLS wird deutlich, dass die 14- bis 18-jährigen Jugendlichen mit Migrationshintergrund deutlich häufiger Glücksspiele um Geld betreiben, als die Jugendlichen dieser Altersgruppe ohne Migrationshintergrund.⁶¹

MEHRMALS MONATLICHES GLÜCKSPIEL UNTER JUGENDLICHEN 2009							
ohne Migrationshintergrund		osteuropäischer Migrationshintergrund		türkischer/asiatisch-arabischer Migrationshintergrund		sonstiger Migrationshintergrund	
w: 3 %	m: 10 %	w: 1 %	m: 32 %	w: 4 %	m: 30 %	w: 3 %	m: 14 %

Tabelle 2: Mehrmals monatliches Glücksspiel unter Jugendlichen 2009⁶²

In Hamburg wurde in den Jahren 2005 und 2011⁶³ im Rahmen der jährlich wechselnden Schwerpunktthemen des Statusberichtes der Hamburger BADO die Gruppe

60 Bundezentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012): Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland, Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsumfragen 2007, 2009 und 2011.
 61 Baumgärtner, T. (2011): Jugendliche – Migration – Rauschmittelkonsum. Zusammenfassende Ergebnisse der SCHULBUS-Studie. Vortrag an der Evangelischen Hochschule Freiburg am 26.04.2011.
 62 Baumgärtner, T. (2011): Jugendliche – Migration – Rauschmittelkonsum. Zusammenfassende Ergebnisse der SCHULBUS-Studie. Vortrag an der Evangelischen Hochschule Freiburg am 26. April 2011.
 63 Buth, S. et. al. (2011): Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation. BADO e. V., Hamburg 2012./Martens, M. et al. (2005): Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation BADO e. V., Hamburg 2006.

der pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspieler näher betrachtet. Zunächst ist festzustellen, dass pathologisches Glücksspielen hauptsächlich ein Problem von Männern zu sein scheint, sie machen ca. 90 % der Klientel in der Glücksspielberatung aus. Bei genauerer Analyse ist festzustellen, dass ca. 45 % der Hilfesuchenden „reine“ Glücksspielende sind. 55 % der Hilfesuchenden haben neben dem Glücksspielproblem noch weitere suchtspezifische Störungen.

Das Durchschnittsalter beider Gruppen liegt bei den Männern bei ca. 37 Jahren, das Durchschnittsalter der wenigen Frauen bei ca. 42 Jahren. Erste Anzeichen einer Suchtproblematik äußern sich allerdings bereits schon zehn Jahre zuvor. In diesem Zeitraum dürfte sich in der Regel die finanzielle und soziale Situation zuspitzen, mit den Folgen von Überschuldung und sozialer Isolation.

10 % der „reinen“ Glücksspielenden berichten von erheblichen bis extremen gesundheitlichen körperlichen Beeinträchtigungen, bei den Glücksspielenden mit weiteren suchtspezifischen Störungen sind es 16 %. Über erhebliche bis extreme psychische Belastungen berichten 39 % bzw. 37 % der Hilfesuchenden. 11 % bzw. 26 % sagen aus, mindestens einmal in ihrem bisherigen Leben einen Suizidversuch unternommen zu haben.

Auffällig ist der hohe Anteil der Personen mit Migrationshintergrund.

Von den Klientinnen und Klienten, die eine reine Glücksspielproblematik aufweisen, berichten 31 %, selbst nach Deutschland migriert zu sein, 15 % geben an, dass die Eltern nach Deutschland eingewandert sind. Bei den Glücksspielerinnen und Glücksspielern mit zusätzlichen Suchtproblematiken liegt der Anteil bei 25 % bzw. 28 %.

REINE GLÜCKSPIELPROBLEMATIK VS. GLÜCKSPIEL & WEITERE SUCHTPROBLEME

	Ausschließlich Glücksspielerinnen/ Glücksspieler	Glücksspielerinnen/ Glücksspieler mit weiteren Suchtproblemen
Durchschnittsalter Männer	37 Jahre	37 Jahre
Durchschnittsalter Frauen	42 Jahre	42 Jahre
Erhebliche bis extreme gesundheitliche Beeinträchtigungen	10 %	16 %
Erhebliche bis extreme psychische Belastungen	39 %	37 %
Suizidversuch	11 %	26 %
Selbst nach Deutschland migriert	31 %	25 %
Eltern nach Deutschland migriert	15 %	28 %

Tabelle 3: Reine Glücksspielproblematik vs. Glücksspiel und weitere Suchtprobleme⁶⁴

⁶⁴ Eigenes Schaubild nach Buth, S., Verthein, U. et. al. (2012) Statusbericht 2011 der Hamburger Basisdatendokumentation. Hamburg: BADO e. V. (Hrsg.)

Die verstärkte Aufklärung der Bevölkerung über Kampagnen, verbunden mit einer zunehmenden öffentlichen Diskussion in den Medien, führte zu einer Zunahme der öffentlichen Wahrnehmung der Probleme, die mit Glücksspielen einhergehen können. Die öffentliche Sensibilisierung für diese Problematik zeigte Wirkung. Suchten im Jahr 2004 431 Personen wegen eines Spielproblems eine der ambulanten Hilfeinrichtungen auf, so waren es 2009 bereits 893 und im aktuellen Auswertungsjahr 2012 1.459 Personen.

Zusammenfassung

- Das pathologische Glücksspiel betrifft bis zu 10.000 überwiegend männliche Hamburger, etwa 10 % dieser Personengruppe werden durch die Suchthilfe erreicht.
- Teilnahme von Jugendlichen an Glücksspielen hat zugenommen, dies gilt auch für das Glücksspiel an Automaten, obwohl hier Jugendliche nicht zugelassen sind.
- Der Anteil von betroffenen pathologischen Spielern mit Migrationshintergrund ist verglichen mit dem Anteil der Migranten bei anderen Suchtproblematiken hoch.
- Die Aufklärungsarbeit zum pathologischen Glücksspielen und das Angebot der spezialisierten Beratung zeigen Wirkung. Der Anteil der durch die ambulante Suchthilfe Betreuten mit pathologischem Glücksspielverhalten hat sich deutlich erhöht.

Folgerungen

- Pathologischem Spielen ist konsequent vorzubeugen, hierzu sollen sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen genutzt werden.
- Pathologische Spielerinnen und Spieler müssen frühzeitig, möglichst schon zu Beginn der Suchtproblematik, erreicht werden, entsprechende Konzepte sind durch die Suchthilfe zu entwickeln.
- Es besteht weiterhin Bedarf an Öffentlichkeitsarbeit für diese Problematik und die zur Verfügung stehenden Hilfen.
- Angebote, die im Zusammenhang mit der Prävention und Behandlung von pathologischem Glücksspielen entwickelt werden, sind zielgruppengerecht und kulturell sensibel auszurichten.

1.4.2 Problematisches Verhalten im Umgang mit elektronischen Medien

Seit ca. zehn Jahren werden zunehmend Formen exzessiver bis suchtartiger Computer- und Internetnutzung beobachtet, so die Ausführungen des „Drogen- und Suchtberichtes“ der Bundesdrogenbeauftragten vom Mai 2012.⁶⁵ In wissenschaftlichen und medialen Diskursen wird das Phänomen mit unterschiedlichen Begriffen wie „Computerspieleabhängigkeit“ oder „Internetsucht“ bezeichnet. Störungen im Umgang mit „neuen“ elektronischen Medien werden in der Öffentlichkeit und bei den Betroffenen selbst als Sucht bzw. Abhängigkeit wahrgenommen. Tatsächlich ist dies jedoch im internationalen Klassifikationssystem medizinischer Krankheiten nicht anerkannt. Inzwischen liegen zwar einige Instrumente zur Diagnostik vor, es besteht jedoch kein Einvernehmen hinsichtlich valider und einheitlicher Diagnosekriterien. Als gesichert gilt allerdings, dass bei den Betroffenen ebenso wie bei Suchterkrankungen eine hohe Komorbidität zu anderen psychischen Störungen vorhanden ist.

In der Praxis stellt sich für Eltern, Lehrkräfte und Betroffene die Frage, ab wann der Umgang mit dem PC nicht mehr als funktional bezeichnet werden kann und von einem exzessiven oder pathologischen PC- oder Internetgebrauch auszugehen ist. Die Suchtforschung orientiert sich an den Kriterien für pathologisches Glücksspiel, denn eine zeitlich ausufernde Nutzung reicht als Kriterium für das gestörte Verhalten alleine nicht aus. Zusätzlich ist bedeutsam, ob der Umgang mit den Medien in den Lebensmittelpunkt rückt, Kontrollverlust zu erkennen ist und die Internetnutzung im Verlauf weiterhin zunimmt (Toleranzentwicklung), Entzugerscheinungen vor allem auf psychischer Ebene auftreten und negative Konsequenzen im sozialen, schulischen oder beruflichen Bereich zu erkennen sind.⁶⁶

Epidemiologisch bedeutsam ist die Studie zur Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA) der Universitäten Lübeck und Greifswald, die 2011 veröffentlicht wurde.⁶⁷ Demnach sind 1 % der 14- bis 64-Jährigen in Deutschland als internetabhängig eingestuft. Für 4,6 % der 14- bis 64-Jährigen wird problematisches Nutzungsverhalten angenommen.

In der Altersgruppe der 14- bis 24-Jährigen ist die Verbreitung der Nutzung am größten. Hier werden 2,4 % der Nutzerinnen und Nutzer als abhängig beschrieben und bei 13,6 % wird die Art des Umgangs als problematisch eingeschätzt.

65 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2012): Drogen- und Suchthilfebericht 2012

66 Meixner, Sabine (2010): Exzessive Internetnutzung im Jugendalter. In: Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis 55 (1), S. 3–7.

67 Rumpf, H.J. et al. (2011): Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Greifswald/Lübeck.

Betrachtet man nur die 14- bis 16-Jährigen, so finden sich 4,0 % Internetabhängige (Mädchen und Frauen: 4,9 %, Jungen und Männer: 3,1 %). Überraschend ist der hohe Anteil junger Frauen und Mädchen unter den Betroffenen, der vorwiegend auf die sehr intensive Nutzung Sozialer Netzwerke zurückzuführen ist. Eine Folgestudie, die dieses Phänomen genauer untersucht, wurde bereits in Auftrag gegeben.

Die 2012 veröffentlichte „EXIF-Studie“ gibt Hinweise zur Gruppe der betroffenen Jugendlichen und deren Angehörigen.⁶⁸ Von 9 % der befragten Eltern wird eine ausufernde Internet- und Computernutzung angenommen, ohne dass weitere Anhaltspunkte für eine pathologische Nutzung vorlagen.

Bei 6 % der 1.744 interviewten Familien wurde der Internetkonsum sowohl von den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen als auch von den Eltern und aus Perspektive der Suchtforschung als problematisch bewertet. Betrachtet man diese Gruppe der jugendlichen Internet- und Computernutzenden, so wird deutlich, dass 70 % von ihnen männlich sind, mehr als 60 % den unteren sozialen Schichten angehören sowie die Familien häufiger als in der Vergleichsgruppe ohne Problemdefinition alleinerziehend sind (20 % vs. 13 %).

Auch hinsichtlich des Bildungshintergrundes unterscheidet sich die Gruppe der problematisch beschriebenen Computernutzenden von einer Vergleichsgruppe ohne Probleme mit der Computernutzung. Während von den Jugendlichen mit problematischer Computernutzung 14 % in einer Förderschule waren, hatte diese Schulform nur 1 % der Vergleichsgruppe besucht. 30 % der problematischen Nutzer besuchten die Hauptschule, aber nur 19 % der Vergleichsgruppe. Ein Gymnasium besuchten 18 % der problematischen Nutzerinnen und Nutzer, während in der Vergleichsgruppe ohne Computerprobleme 43 % Gymnasiastinnen und Gymnasiasten waren. Demnach nimmt die Wahrscheinlichkeit der problematischen Nutzung elektronischer Medien mit geringerem Bildungsniveau zu.

Die Studie kommt weiterhin zu dem Schluss, dass ein stark belastetes Familienklima eine exzessive Mediennutzung fördert. Gleichzeitig besteht bei den Eltern, aber auch bei professionellen Helfern eine erhebliche Verunsicherung bezüglich der Fragestellung, ab wann die Mediennutzung problematisch wird.

68 Kammerl, R. et al. (2012): Exzessive Internetnutzung in Familien. Zusammenhänge zwischen der exzessiven Computer- und Internetnutzung Jugendlicher und dem (medien)erzieherischen Handeln in den Familien. Ein Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie Frauen, Senioren und Jugend (BMFSFJ). Hamburg.

Über die Hamburger Jugendlichen berichtet die SCHULBUS-Sondererhebung 2009, dass 6,7 % der 14- bis 18-Jährigen ein problematisches Computerspielverhalten zeigen. (w: 3,7 %/m: 9,2 %).⁶⁹ Besonders betroffen sind hier die Haupt- und Realschülerinnen und -schüler mit 12,5 %, gefolgt von den Gymnasiastinnen und Gymnasiasten mit 6,6 %. Die Jugendlichen mit Migrationshintergrund sind etwas häufiger betroffen als andere Jugendliche (8,5 % mit Migration/5,7 % ohne Migration).

Eine Umfrage⁷⁰ bei den Suchtberatungsstellen in Hamburg ergab, dass 75 % der Beratungsstellen in den vorangegangenen 12 Monaten Anfragen von Betroffenen bzw. deren Angehörigen wegen eines problematischen PC-/Internetnutzungsverhaltens hatten. Angebote für betroffene Kinder/Jugendliche und deren Angehörige stehen in Erziehungsberatungsstellen sowie bei der Suchtberatung für Kinder und Jugendliche Kö 16 a und dem Suchtpräventionszentrum (SPZ) des Landesinstituts für Lehrerbildung und Schulentwicklung (LI) zur Verfügung. Ein ambulantes Behandlungsangebot für Jugendliche und junge Erwachsene wird im Rahmen der Drogenambulanz des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am UKE vorgehalten.

Ein abgesichertes Beratungskonzept für den problematischen Umgang mit elektronischen Medien gibt es aufgrund der unsicheren wissenschaftlichen Einordnung dieses Problems nicht. Die ambulante Suchthilfe für Erwachsene in Hamburg wird von Hilfesuchenden aufgesucht, Qualitätsstandards für die Beratung stehen jedoch noch nicht zur Verfügung. Eine spezialisierte Beratung wird deshalb zurzeit nicht angeboten.

Zusammenfassung

- Das Phänomen des problematischen Verhaltens im Umgang mit elektronischen Medien wird in der öffentlichen Diskussion in engen Zusammenhang mit Suchstörungen gebracht. Gleichzeitig besteht unter Wissenschaftlern zurzeit noch keine endgültige Einigkeit, ob diese Problematik nach ICD-10 Kriterien einer Suchterkrankung zugeordnet werden kann.
- Bei Jugendlichen besteht eine Verknüpfung von familienbezogenen Problemen und problematischem Medienverhalten. Für die Beratung und Betreuung von Jugendlichen mit Störungen im Umgang mit elektronischen Medien sind familienbezogene Interventionen ein wichtiger Ansatz.

69 Baumgärtner, T. (2009): Jugendliche und Computerspiele. Zusammenfassende Kurzbeschreibung ausgewählter Ergebnisse der SCHULBUS-Studie, Sondererhebung 2009. Hamburg.

70 Baumgärtner, T. (2012): Problematisches Internetnutzungsverhalten. Zusammenfassung der Ergebnisse einer Kurzabfrage zum Nachfragevorkommen von Betroffenen bzw. deren Angehörigen in Hamburger Suchthilfeeinrichtungen. Präsentationsfolien anlässlich der HLS-Jahrestagung der HLS. Hamburg.

- Vor allem männliche Jugendliche aus unteren sozialen Schichten mit geringem Bildungsstand scheinen besonders anfällig für Störungen im Umgang mit elektronischen Medien zu sein.
- Für Jugendliche und junge Erwachsene stehen sowohl Beratungs- als auch Behandlungskapazitäten zur Verfügung.
- Die Hamburger Suchthilfe wird von betroffenen Erwachsenen nachgefragt. Dem steht jedoch kein Beratungskonzept gegenüber, das anerkannten Qualitätsstandards folgt.

Folgerungen

- Bereits bestehende Angebote der frühen Intervention und Beratung für Jugendliche mit problematischem Umgang mit elektronischen Medien sind so zu gestalten, dass sie auch Jugendliche mit geringem Bildungsstand erreichen.
- Bei Problemen im Umgang mit elektronischen Medien von Jugendlichen ist darauf zu achten, dass das soziale Umfeld in Betreuungsprozesse einbezogen wird. Weitere wichtige Partner sind die Jugendhilfe und die Schule.
- Solange noch keine Klarheit bezüglich der Einordnung des Phänomens vorliegt, werden Erwachsene mit Problemen im Umgang mit elektronischen Medien im Rahmen der bestehenden Förderung der Hamburger Suchthilfe betreut.

2. SOZIALE LAGE UND SUCHT

2.1 SOZIALÖKONOMISCHER STATUS

Aus der Gesundheitsforschung sind Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit bekannt: Menschen mit geringerem Einkommen und insbesondere jene, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind, sind weniger gesund.⁷¹ Dabei ist nicht eindeutig belegt, ob gesundheitliche Beeinträchtigungen ein geringes Einkommen oder Arbeitslosigkeit verursachen oder Arbeitslosigkeit und Armut zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. In jedem Fall nimmt mit abnehmendem sozioökonomischem Status (Bildung, Einkommen, Arbeit) die Prävalenz der Suchtprobleme zu. Dies ist zumindest beim Rauchen und beim Alkoholkonsum belegt. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern in Hamburg ist der riskante Alkoholkonsum in der unteren sozialen Schicht am höchsten, ebenso wie die Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten.⁷²

Menschen mit geringem Einkommen und Arbeitslose sind daher eine Zielgruppe der Suchthilfe, die besonderer Aufmerksamkeit bedarf. Zumindest ein Teil der Menschen, die wiederholt Erfahrungen der Hilf- oder Machtlosigkeit erleben, wie sie mit Armut und Arbeitslosigkeit einhergehen, verhält sich in subjektiv negativen Situationen eher passiv, auch wenn sie dazu fähig wären, etwas zu verändern (Konzept der gelernten Hilflosigkeit nach Seligman 1979).⁷³ Aaron Antonovsky⁷⁴ verdeutlicht in seinem für die Gesundheitsförderung grundlegendem Konzept der Salutogenese, dass das Gefühl, Einfluss auf die Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen nehmen zu können (Kohärenz), einen wesentlichen Faktor für die Fähigkeit zur Gesunderhaltung und zur Teilhabe an der Gesellschaft darstellt.

Für die Suchthilfe bedeutet dies, dass sie aktiv auf Menschen mit besonderen Belastungen zugehen muss, weil Strukturen, die auf die Erwartung aufbauen, bei Problemen aktiv Hilfeangebote aufzusuchen, nicht geeignet sind, um diese Zielgruppe zu erreichen.

71 Lampert T, Kroll LE (2010): Armut und Gesundheit. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin.

GBE kompakt 5/2010 www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 01.12.2010).

72 Kraus, L. et al. (2010): Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg, IFT Berichte Bd. 177. München: IFT.

73 Seligman, M. E. P. (1979): Erlernte Hilflosigkeit. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.

74 Aaron Antonovsky u. Alexa Franke (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen.

Menschen in Arbeitslosigkeit und mit prekären Beschäftigungsverhältnissen haben häufig ein geringes Einkommen. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Erkenntnisse des Robert-Koch-Instituts zum Gesundheitsverhalten Arbeitsloser oder von Arbeitslosigkeit bedrohter Frauen und Männer muss davon ausgegangen werden, dass sie sich häufiger gesundheitsriskant verhalten, psychisch stärker belastet sind und weniger auf ihre Gesundheit achten als Erwerbstätige mit sicheren Beschäftigungsverhältnissen.⁷⁵ Insofern kann davon ausgegangen werden, dass die betroffenen Menschen ein erhöhtes Risiko für Suchtgefährdung haben können. Andererseits können Arbeitslosigkeit und Armut auch eine Folge chronifizierter Suchterkrankung sein.

Diese Zusammenhänge werden durch die BADO bestätigt. Mehr als die Hälfte der in der Suchthilfe Betreuten bestreiten ihren Lebensunterhalt aus staatlichen Transferleistungen, davon zum größten Teil Leistungen nach SGB II bzw. SGB III.⁷⁶ Hierbei liegt der Anteil der Arbeitslosen, die als Hauptsuchtmittel Opiate konsumieren, mit 68 % deutlich höher als bei jenen, die überwiegend Alkohol konsumieren, von denen 39 % Leistungen nach dem SGB II und SGB III beziehen. Umgekehrt kann festgehalten werden, dass nur 12 % der „Opiat“ Klientel und 32 % der „Alkohol“ Klientel einer Vollzeitbeschäftigung nachgehen.

Aus Perspektive der Suchtkrankenhilfe gesehen, ist die Möglichkeit der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung eine der wichtigsten Faktoren zur Stabilisierung von suchtkranken Menschen. Durch vorgegebene Tagesstrukturen, aber auch soziale Teilhabe sichert sie nachhaltig den Erfolg z. B. nach einer abgeschlossenen Suchtbehandlung oder einem abgeschlossenen Betreuungsprozess in der Suchtberatung. Aus diesem Grund ist die Suchthilfe zur Sicherstellung einer wirksamen Hilfeleistung auf die Kooperation mit anderen Institutionen insbesondere der Agentur für Arbeit Hamburg und Jobcenter team.arbeit.hamburg (SGB II/ SGB III Leistungsträgern) angewiesen. Die effektive Gestaltung des Schnittstellenmanagements hat daher eine hohe fachliche Bedeutung.

Aufgrund der Vielzahl der Jobcenter (siehe Abb. 7) ist dies allerdings nur möglich, wenn Kooperationsbezüge entwickelt werden, die in einer strukturell abgesicherten regionalen Zusammenarbeit münden.

75 Kroll LE, Lampert, T. (2012): Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 1(3) www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 18.10.2012).

76 Rosengarten, M. et al. (2013): Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2012 der Hamburger Basisdatendokumentation. Hamburg: BADO e. V. (Hrsg.).



Abb. 7: Standorte des Jobcenters team.arbeit.hamburg⁷⁷

Seit der Einführung des SGB II im Jahr 2005 liegt mit § 16a eine gesetzliche Regelung zur Einbeziehung der Suchtberatung in die Arbeitsvermittlung vor. Es besteht hierdurch die Chance, das Vermittlungshemmnis Suchtproblematik frühzeitig anzugehen. In Hamburg besteht seit dem Jahr 2008 mit dem Jobcenter team.arbeit.hamburg (Jobcenter t.a.h) eine übergreifende Handlungsanweisung, die die Zusammenarbeit der Standorte und der Hamburger Suchthilfe regelt. Darüber hinaus bestehen regionale Kooperationsvereinbarungen zwischen den einzelnen Standorten von Jobcentern und den zuständigen Suchtberatungsstellen. Auf dieser Grundlage vermitteln die Standorte vom Jobcenter t.a.h suchtkranke Menschen mit Hilfe eines strukturierten Verfahrens in die Suchthilfe.

⁷⁷ Jobcenter team.arbeit.hamburg, 2013.

In der Sonderauswertung 2009 der Hamburger BADO werden die Personen beschrieben, die über die Kooperationsvereinbarung im Rahmen des SGB II Suchtberatung erhielten. Ein wesentliches Ergebnis ist, dass die Menschen, die durch die Jobcenter in die Suchtberatung vermittelt wurden, zuvor nicht vom Suchthilfesystem erreicht worden waren und somit auch keine anderen suchtspezifischen Hilfen (stationäre oder ambulante Entgiftung, Therapien) in Anspruch genommen hatten. Sie konsumierten – verglichen mit den anderen arbeitslosen Klientinnen und Klienten der Suchthilfe – über einen längeren Zeitraum und auch mehr Suchtmittel. Die Anzahl der bereits chronifizierten Suchterkrankungen ist bei den von den Jobcentern vermittelten Personen höher, so dass auch ein umfangreicherer Bedarf an Unterstützung besteht. Diese Klientinnen und Klienten brechen häufiger Maßnahmen der Suchthilfe ab. Wenn sie jedoch in der Lage sind, die ambulante Suchthilfe kontinuierlich in Anspruch zu nehmen, geht der Konsum deutlich zurück. Darüber hinaus kann nach Beendigung der Beratung eine deutliche Verbesserung der psychischen und physischen Befindlichkeit festgestellt werden.

Ebenfalls im Jahr 2009 wurde eine kleine Wirkungsanalyse von Jobcenter t.a.h in Zusammenarbeit mit den SGB II Suchtberatungsstellen durchgeführt. Hierbei wurde geprüft, inwiefern sich die Vermittlungsfähigkeit durch die erfolgreich abgeschlossene Suchtberatung erhöht hat. Bei einem Drittel der geprüften 77 Fälle konnten positive Entwicklungen festgestellt werden, unter anderem wurden sie in Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II vermittelt oder in Arbeit integriert. Eine Überwindung der Sucht sowie eine dauerhafte berufliche Integration scheinen durch die Kooperation mit der Suchtberatung erreichbar zu werden.

Der größte Teil der suchtgefährdeten bzw. abhängigen Menschen, die im Leistungsbezug des SGB II bzw. SGB III stehen, wird jedoch ohne Beteiligung der Leistungsträger, wie Jobcenter t.a.h, durch die ambulante Suchtberatung betreut. Für diesen Personenkreis gilt es, zwischen Agentur für Arbeit Hamburg und Jobcenter t.a.h sowie der Suchthilfe Kooperationsverfahren zu entwickeln, durch die der Anspruch auf Teilhabe am Arbeitsleben gefördert bzw. ermöglicht wird, dies unter Einbeziehung der bestehenden Fördermöglichkeiten. Dabei gilt es, insbesondere das Instrument des „sozialen Arbeitsmarktes für besonders benachteiligte Arbeitslose“ aus dem gemeinsamen Arbeitsmarktprogramm⁷⁸ zu nutzen.

⁷⁸ Gemeinsames Arbeitsprogramm 2012 der Agentur für Arbeit, des Jobcenters team.arbeit.hamburg und der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI), veröffentlicht am 30.11.2011 <http://www.hamburg.de/basfi/veroeffentlichungen/3043212/arbeitsmarktpolitisches-programm.html>.

Ausbildungssituation

Für die Chancen auf dem Arbeitsmarkt ist eine Ausbildung ein wichtiger Indikator. Auf Grundlage der BADO 2012 lässt sich die Ausbildungssituation der Klientinnen und Klienten in der Suchthilfe nach Hauptdroge wie folgt darstellen:

AUSBILDUNGSSITUATION			
	Schülerinnen/ Schüler	ohne abgeschlossene Ausbildung	Ausbildung abgeschlossen
Alkohol	4 %	18 %	80 %
Cannabis	24 %	40 %	36 %
Opiate	2 %	38 %	60 %

Tabelle 4: Ausbildungssituation⁷⁹

Die überwiegende Anzahl der Klientel mit Alkoholproblemen, aber auch derjenigen mit Opiatabhängigkeit hat eine Berufsausbildung. Entsprechend dem deutlich jüngeren Durchschnittsalter der Cannabiskonsumierenden sind diese überwiegend Schülerinnen und Schüler oder haben (noch) keine abgeschlossene Ausbildung.

Mit den Klientinnen und Klienten, die keine Ausbildung anstreben bzw. keine Ausbildung haben, wird dies im Rahmen des Hilfeprozesses zu thematisieren und Hilfen bei Kooperationspartnern aktiv aufzuzeigen sein.

Zusammenfassung

- Risiken für Suchterkrankungen sind bei Menschen mit geringem Einkommen, insbesondere wenn sie von Arbeitslosigkeit bedroht oder betroffen sind, in erhöhtem Maß vorhanden. Gerade bei diesen Menschen sind die Selbstwertfahrungen aufgrund erlebter Ohnmacht am geringsten. Dies beeinflusst die Möglichkeit, Veränderungsprozesse einzuleiten.
- Suchterkrankungen mindern die Leistungsfähigkeit, können zum Verlust des Arbeitsplatzes führen und mindern die Chance zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt.
- Teilhabe am Arbeitsleben ist für viele suchtkranke Menschen, die von der ambulanten Suchthilfe betreut werden, nicht vorhanden, obwohl diese eine wichtige Voraussetzung für die (Re-) Integration in die Gemeinschaft und auch für die Sicherung des Beratungs- und Behandlungserfolges darstellt.

⁷⁹ Eigene Tabelle nach Rosenkranz, M. et al. (2013): Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2012 der Hamburger Basisdatendokumentation, Hamburg: BADO e. V. (Hrsg.)

- Mehr als die Hälfte der in der Hamburger Suchthilfe Betreuten bestreiten ihren Lebensunterhalt aus staatlichen Transferleistungen. Über die vorhandenen Kooperationsvereinbarungen mit den Leistungsträgern des SGB II und SGB III und der Suchtberatung wird zusätzlich ein kleiner Kreis der suchtkranken Arbeitslosen erfolgreich in die Suchthilfe integriert.
- Ein Teil der suchtkranken Menschen wird auch dann, wenn die Suchtproblematik nicht mehr im Vordergrund steht, auf Grund der Ausbildungssituation in regelmäßige Erwerbsarbeit zu vermitteln sein.

Folgerungen

- Die Suchthilfe muss eine aktivierende und motivierende Funktion zur Wahrnehmung ihrer Angebote einnehmen. Hierbei ist es notwendig, besonders auf Menschen zuzugehen, die durch ihren ökonomischen Status belastet sind.
- Eine Möglichkeit, Hemmschwellen zur Suchthilfe abzubauen, ist der Einbezug von Kooperationspartnern wie Jobcenter, Jugendberufsagentur, Sozialraumtreffs etc. und Jugendhilfe, die in der Regel regional ausgerichtet sind. Bezogen auf die Schülerinnen und Schüler muss auch von Seiten der Suchtberatung das Erlangen eines Schulabschlusses thematisiert und ggf. in der Hilfeplanung berücksichtigt werden. Gleiches gilt für die in der Ausbildung befindlichen Klientinnen und Klienten der Suchthilfe.
- Die Suchthilfe muss darauf ausgerichtet sein, ihre Klientinnen und Klienten in die Lage zu versetzen, Hilfen nach SGB II und SGB III in Anspruch nehmen zu können, um eine Reintegration in den Arbeitsmarkt zu erreichen.
- Für die suchtkranken Menschen, für die eine Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt (noch) nicht aussichtsreich erscheint, sind durch die Suchtberatungsstellen Kooperationen mit Kostenträgern (Agentur für Arbeit, Jobcenter t.a.h) und Anbietern der Arbeitsförderung (z. B. Beschäftigungsträger, Träger von Qualifizierungsmaßnahmen) einzugehen und gemeinsam mit den Betroffenen nach passgenauen Maßnahmen zu suchen.

2.2 WOHNEN UND SUCHTERKRANKUNG

Eine besonders belastende Lebenssituation ist durch ungesicherte Wohnverhältnisse geprägt. Ein Teil der Klientinnen und Klienten (über 7 %)⁸⁰ der Suchthilfe lebt in prekären Wohnverhältnissen, auf der Straße, in Wohnunterkünften⁸¹ oder vorübergehend bei Freunden. Diese Lebenssituation steht entschieden der Bearbeitung und Behandlung einer Suchtmittelabhängigkeit entgegen. Besonders drängend stellt sich die Situation bei schwangeren Frauen dar. Bei vorhandener Veränderungsmotivation stehen für diese Menschen Plätze in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe für (suchtkranke) seelisch behinderte Menschen nach SGB XII zur Verfügung. Aufgrund der Wohnungssituation⁸² in Hamburg kann auf Grundlage von Erkenntnissen der BGV nach erfolgter Intervention durch die Eingliederungshilfe häufig keine unmittelbare Reintegration in eigenen Wohnraum stattfinden.

Folgerungen

- Eine sichere Wohnungssituation ist eine entscheidende Voraussetzung für die Bearbeitung einer Suchterkrankung. Deshalb bedarf es der Kooperation zwischen den zuständigen Fachbehörden und regionalen Fachstellen, um für suchtkranke Menschen Wohnraum zu erhalten und zu gewinnen.
- Mit den Trägern der Wohnunterkünfte ist zu erörtern, wie für die Personen, die ihren Suchtmittelkonsum reduzieren möchten oder reduziert haben, ein geschützter Rahmen angeboten werden oder eine forcierte Vermittlung in eigenen Wohnraum stattfinden kann.
- Im Zusammenhang mit der Realisierung des Vertrags für Hamburg ist sicherzustellen, dass auch wohnungslose Menschen mit Suchterkrankung Zugang zu Wohnraum erhalten.

2.3 FAMILIE UND SUCHTERKRANKUNG

Nach Schätzungen wird davon ausgegangen, dass 10 bis 15 % der Kinder und Jugendlichen im Laufe ihres Lebens zeitweise oder dauerhaft von einer elterlichen Alkoholabhängigkeit betroffen sind und 0,1 bis 0,5 % der Kinder und Jugendlichen

80 Rosenkranz, M. et al. (2013): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2012 der Hamburger Basisdatendokumentation. Hamburg: BADO e. V. (Hrsg.).

81 Hier wird auf das Gesamtkonzept der Wohnungslosenhilfe in Hamburg hingewiesen, im Rahmen eines Arbeitsprogramms werden Möglichkeiten der Unterstützung wohnungsloser Suchtkranker gesucht.

82 Im „Vertrag für Hamburg – Wohnungsneubau“ (Juli 2011), weist der Senat ausdrücklich darauf hin, dass in der Vergangenheit in Hamburg strukturell zu wenige Wohnungen gebaut wurden.
<http://www.hamburg.de/bsu/3168546/20-07-04-sk-wohnungsbau.html>.

drogenabhängige Eltern haben.⁸³ Der BADO 2012 ist zu entnehmen, dass bei den Suchtkranken, die durch die Suchthilfe betreut werden, etwa 2.400 minderjährige Kinder leben. Etwa 6.600 minderjährige Kinder sind in der BADO dokumentiert, d. h. ein großer Anteil der Kinder lebt nicht bei den leiblichen Elternteilen.

In der BADO wird auch deutlich, wie eng der Zusammenhang zwischen elterlicher Suchtbelastung und eigener Suchtgefährdung ist.⁸⁴ 45 % der im Zusammenhang mit Alkoholproblemen Betreuten hatten einen suchtkranken Vater, 22 % eine suchtkranke Mutter. Unter den Opiatabhängigen hatten 41 % einen suchtkranken Vater, 24 % eine suchtkranke Mutter.

Die gesundheitliche und soziale Situation von Eltern und das Wohl der Kinder stehen im engen Zusammenhang. So haben Suchterkrankungen der Eltern auch Auswirkungen auf die Kinder. Für sie gilt, dass sie in einem drogen- bzw. suchtmittelkonsumierenden Umfeld aufwachsen. Ob in suchtbelasteten Familien das Kindeswohl gefährdet ist, bedarf einer genauen Prüfung. Es ist aber davon auszugehen, dass Kinder von suchtkranken Menschen im Alltag stärkeren Belastungen ausgesetzt sind als andere Kinder.

Je nach Schwere der Erkrankung der Eltern kann es ggf. an elementaren Voraussetzungen des Alltagslebens fehlen. Die Auswirkungen der elterlichen Suchtkrankheit auf die Kinder können sein:

- Fehlen vertrauensvoller und kalkulierbarer Beziehungen
- Inkonsistentes Belohnungs- und Bestrafungsverhalten
- Zeugenschaft von Gewaltanwendungen sowie Opfer von Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt
- Parentifizierung, d. h. die Kinder übernehmen die Verantwortung für die Haushaltsführung und die Versorgung jüngerer Geschwister
- Leugnen der Lebensrealität durch die Kinder, um ihre Familie zu schützen.

Zusätzlich zu den belastenden Faktoren des Aufwachsens in einer Suchtfamilie können Kinder von Suchtkranken in ihrem Umfeld (Schule, Peers) verstärkt Stigmatisierungen und Benachteiligungen ausgesetzt sein.⁸⁵

83 Siehe „Kinder von psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern. Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ“ vom 27.04.2010.

84 Rosenkranz, M. et al. (2013): Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2012 der Hamburger Basisdatendokumentation. Hamburg: BADO e. V. (Hrsg.).

85 Voigt, Irmgard: Suchtbelastete Eltern zwischen Hilfe und Kontrolle. Beitrag zur Fachtagung Kinder-Sucht Eltern am 30.05.2006 in Hamburg.

Es gibt eine Reihe von Faktoren, durch die sich die Situation der Kinder opiatabhängiger Eltern von Kindern alkoholkranker Eltern unterscheiden. Kinder drogenabhängiger Eltern wachsen häufiger mit zwei suchtkranken Elternteilen auf als Kinder Alkoholabhängiger. Auch wachsen Kinder Opiatabhängiger häufig bei dem erkrankten alleinerziehenden Elternteil (meist den Müttern) auf. Dadurch entfällt die Kompensation negativer Effekte durch ein nicht abhängiges Elternteil, wodurch sich die Belastung für die Kinder erhöht. Bei opiatabhängigen Eltern besteht überdies im Vergleich mit alkoholabhängigen Eltern eine höhere Komorbidität mit weiteren psychischen Erkrankungen.⁸⁶

Die vorliegenden Erfahrungen in der Betreuung suchtkranker Eltern zeigen dennoch, dass betroffene Familien Chancen auf ein gemeinsames Leben haben, wenn ihnen bedarfsgerechte und gezielte Unterstützung zuteil wird, die sich auf die Suchtproblematik, die Rahmenbedingungen der Familie, die Erziehungskompetenzen der Eltern und die pädagogische Betreuung der Kinder bezieht. Letztlich können suchtblastete Familien und auch deren Kinder nur dann wirksam unterstützt werden, wenn man das Vertrauen der Eltern gewinnt. Erstes Ziel ist der Erhalt der Familie unter Wahrung des Kindeswohls, in dem die Kompetenzen der Eltern gestärkt werden. Dies ist nur möglich durch eine enge Kooperation zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe, die eine klare Aufgabenteilung vorsieht. Die Suchthilfe wird die suchtbetragenen Störungen gemeinsam mit den Eltern bearbeiten, dabei die Folgen des Verhaltens für Kinder thematisieren und zu Verhaltensänderungen motivieren. Dies trifft auch dann zu, wenn Kinder bereits institutionell untergebracht sind und Besuchskontakte zu den Eltern haben. Das Kindeswohl bestimmt das Handeln der Suchthilfe, wobei die Kinder nur sehr selten im Betreuungsprozess gesehen werden und deshalb nur auf Grundlage der Äußerungen der Eltern auf die Situation der Kinder geschlossen werden kann.

Der Suchterkrankung immanent ist das Leugnen und Bagatellisieren des Konsums. Das bedeutet, dass Suchtblastungen in Familien in der Regel nur dann sichtbar werden, wenn besondere Aufmerksamkeit auf diesen Aspekt gerichtet wird und dass die Betroffenen in hohem Maß auf fremde Hilfe und Motivation zur Veränderung angewiesen sind. Bei Eltern, die Klientinnen und Klienten von Suchthilfeangeboten sind, kann eine solche Motivation bereits vorausgesetzt werden. Für diese Eltern kann die Suchthilfe bei Bedarf eine Lotsenfunktion zur Jugendhilfe übernehmen.

86 Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): „Materialien zum Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Expertise von Albert Lenz: Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Ressourcen durch Angebote der Jugendhilfe“, 2009.

Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass nur bis zu 16 % der von Alkohol abhängigen Menschen durch das Suchthilfesystem erreicht werden. Bei den opiatabhängigen und substituierten Menschen sind es deutlich mehr. Mit hoher Wahrscheinlichkeit nehmen suchtkranke Menschen mit Kindern andere Hilfeangebote in Anspruch (z. B. Kita, Schule, Jobcenter, medizinische Versorgung etc.). Hier sind die Ansprache von Suchtproblemen und die Motivation zur Wahrnehmung der Suchthilfe ein wichtiger Faktor zur Veränderung ihrer Situation und der ihrer Kinder.

Die Berücksichtigung von Suchterkrankungen bei der Anamnese der Familiensituation durch die Allgemeinen Sozialen Dienste (ASD) der Jugendämter ist ein wichtiger Schritt, um suchtbelastete Eltern durch die Jugendhilfe in die Suchthilfe vermitteln zu können und so eine nachhaltige Verbesserung der Familiensituation zu erzielen. Eine wirksame und frühe Intervention der Suchthilfe bei Eltern mit Suchtproblemen dient zum einen der Förderung des Zusammenlebens in den Familien und damit der Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen. Darüber hinaus ist die Arbeit mit Kindern suchtbelasteter Eltern ein wichtiges Feld der selektiven, also zielgruppenbezogenen Suchtprävention.

Alle Suchthilfeträger haben sich deshalb verpflichtet, Elternschaft und Kindeswohl in ihren Beratungsprozessen zu berücksichtigen und dabei ein festgelegtes Verfahren zu nutzen.⁸⁷ Sie agieren dabei auf Grundlage der bestehenden Kooperationsvereinbarungen mit den angrenzenden Hilfesystemen.⁸⁸

Zusammenfassung

- Kinder von suchtkranken Eltern sind besonderen Belastungen hinsichtlich ihrer Entwicklung ausgesetzt. Diese können auch zur Gefährdung des Kindeswohls führen.
- Die Suchthilfe in Hamburg nimmt ihre Klientinnen und Klienten auch in ihrer Rolle als Eltern wahr und unterstützt sie dabei, die Anforderungen als Eltern wahrzunehmen.
- Die Sicherung des Kindeswohls ist für die Suchthilfe handlungsleitend, bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung regeln vereinbarte Verfahren das Vorgehen, das in die Kooperation mit den ASD der Bezirke mündet.

87 Rahmenvereinbarung zwischen den Freien Trägern der Suchtkrankenhilfe und der BGV über Qualitätsstandards in der ambulanten Sucht- und Drogenarbeit in Hamburg 2012–2014.

88 Rahmenvereinbarung „Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr“. 2008.

Familie-Kind-Sucht. Kooperationsvereinbarung zwischen den Trägern der Suchthilfe und den ASD in Hamburg. 2009.

Kooperationsvereinbarung zur Zusammenarbeit der Substituierenden Ärztinnen und Ärzte mit den Einrichtungen der PSB Suchtkranker und den ASD in Hamburg. 2012.

- Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Situation von Kindern Suchtkranker durch die Inanspruchnahme von Leistungen der Suchthilfe nachhaltig verbessert.
- Für das Erkennen und das Umgehen mit Suchtbelastungen in Familien bedarf es der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe.

Folgerungen

- Suchtkranke Eltern sollen veranlasst werden, so früh wie möglich Leistungen der Suchthilfe in Anspruch zu nehmen. Um in diesem Sinn tätig zu werden, ist die Suchthilfe auf die enge Kooperation mit der Jugendhilfe und dabei insbesondere auf die Vermittlung suchtbelasteter Eltern angewiesen.
- Die Kooperation zwischen Sucht- und Jugendhilfe wird durch die neu einzuführende regionale Ausrichtung der Suchthilfe erleichtert, da die Angebote der Jugendhilfe in Hamburg grundsätzlich regional oder sogar stadtteilbezogen arbeiten.
- Diese Kooperation ist zu intensivieren, zu verstetigen und um weitere Institutionen zu erweitern.

2.4 MIGRATION UND SUCHTERKRANKUNG

Hamburg ist eine Stadt mit weltoffener Tradition. Nach dem Ergebnis des Zensus 2011⁸⁹ hatten etwa 27,5 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund. Das heißt, sie selber oder mindestens ein Elternteil sind seit 1950 nach Deutschland eingewandert. Diese Menschen kommen aus fast allen Teilen der Welt, wobei die türkische (18 %) bzw. polnische (13 %) Herkunft am häufigsten ist. Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund ist nicht gleichmäßig auf die Stadtteile und Bezirke verteilt. Mehr als 48 % beträgt er in Jenfeld, Billstedt, Billbrook, Rothenburgsort, Veddel, Kleiner Grassbrook/Kirchwerder, Wilhelmsburg, Allermöhe, Hausbruch und Harburg. Andere Stadtteile insbesondere im Nordosten, Südosten und Westen Hamburgs haben einen geringeren Anteil von 7,5 % bis unter 21 %.⁹⁰

Nach Hamburg migriert zu sein oder Eltern zu haben, die migriert sind, bedeutet keine erhöhte Suchtgefährdung. Es kann aber psychosoziale Belastungen geben, die unmittelbar im Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund stehen (Verlusterfahrungen, fehlende soziale und kulturelle Integration, Widersprüchlichkeit

89 Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2013): Statistik informiert. Nr. 92/2013.

90 Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2011): Statistik informiert. Spezial VII 2011.

der Anforderungen). Diese müssen entsprechend der personenbezogenen Ausrichtung der Suchthilfe in Diagnostik und Hilfeplanung berücksichtigt werden.

Weiterhin bringen Menschen entsprechend ihrer Herkunft unterschiedliche, kulturell verankerte Gewohnheiten im Umgang mit Suchtmitteln mit, die es ebenfalls im Hilfeprozess zu berücksichtigen gilt.

Die BADO 2010 hat sich des Themas mit einer Sonderauswertung angenommen.⁹¹ Deutlich wird hier, dass die ambulante Suchthilfe Menschen mit und ohne Migrationshintergrund annähernd gleichermaßen erreicht. Konkret heißt das, bezogen auf 1.000 Hamburgerinnen und Hamburger über 17 Jahre ohne Migrationshintergrund wurden 8,7 von der Suchthilfe erreicht. Von 1.000 Menschen mit Migrationshintergrund wurden 8,6 erreicht.

Zusammenfassung

- Mehr als ein Viertel der in Hamburg lebenden Menschen hat einen Migrationshintergrund, sie bringen mit ihrer unterschiedlichen Herkunft kulturelle Vielfalt ein.
- In einigen Stadtteilen leben besonders viele Menschen mit Migrationshintergrund.
- Migrantinnen und Migranten werden bereits gut entsprechend ihres Bevölkerungsanteils durch die ambulante Suchthilfe erreicht.

Folgerungen

- Die Bemühungen der Suchthilfe, kultursensibel auf Menschen mit Migrationshintergrund zuzugehen, sind gelungen und sollen fortgesetzt werden.
- Die Suchthilfe ist aufgefordert, in der Anamnese auch immer migrationspezifische Problemlagen einzubeziehen.
- In einigen Stadtteilen und Bezirken mit hohem Migrantenanteil ist die Angebotsstruktur stärker kultursensibel auszurichten, wie z. B. durch den Einsatz muttersprachlichen Fachpersonals.

91 Martens, M. et al. (2011): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2010 der Hamburger Basisdatendokumentation. Hamburg: BADO e. V. (Hrsg.).

2.5 ALTER UND SUCHT

Auf Grundlage der Erkenntnis, dass die Gesellschaft zunehmend älter wird, ist auch die Suchthilfe für die besondere Situation älterer suchtkranker Menschen sensibilisiert. Dies auch vor dem Hintergrund, dass ältere Menschen stärker unter den Auswirkungen eines problematischen Konsums von Suchtmitteln leiden. Bei älteren Menschen mit Suchterkrankungen können drei verschiedene Gruppen unterschieden werden:

- Menschen, die im Alter eine Suchterkrankung z. B. eine Alkoholabhängigkeit entwickeln
- Menschen, die im Alter eine Suchterkrankung durch nicht indizierte medikamentöse Behandlungen entwickeln
- Menschen, die mit einer Suchterkrankung altern, die sie in jungen Jahren entwickelt haben.

Bei älteren Menschen, die Alkohol in problematischer Weise konsumieren, kommt es ebenfalls zu spezifischen Belastungen. Hierzu zählen Gangunsicherheiten, die zu Stürzen führen und langwierige Behandlungen zur Folge haben, Einschränkungen wie Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, allgemeine Ängstlichkeit, Vernachlässigung des Haushaltes und der Körperpflege, ein sozialer Rückzug bis hin zur Isolation. Oftmals werden diese Symptome als altersbedingt angesehen und akzeptiert, obwohl ein Verzicht auf Suchtmittel oder eine veränderte Medikation das psychische und physische Befinden deutlich verbessern könnte. Vorliegende Behandlungserfahrungen zeigen, dass ältere Menschen in eindrucksvoller Weise von Suchtbehandlungen profitieren können.⁹²

Wie in Kapitel 1.2 bereits dargestellt wurde, ist Medikamentenmissbrauch ebenfalls ein Thema, das viele ältere Menschen betrifft und problematische Auswirkungen auf die Gesundheit und Wohlbefinden im Alter haben kann. Im Unterschied zur Alkoholabhängigkeit ist das Ziel der Betroffenen und ihrer Ärztinnen und Ärzte, durch die Medikamente einen positiven gesundheitlichen Effekt zu erzielen. Informationen über Risiken des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs im Alter sind deshalb notwendig und können Ansatzpunkte für Verhaltensänderungen aufzeigen. Diese sollten sich insbesondere an behandelnde, betreuende und pflegende Personen sowie die älteren Menschen selbst und ihre Angehörigen richten.

Es ist davon auszugehen, dass die Anzahl älterer, z. T. auch pflegebedürftiger Menschen mit riskanten Konsummustern zunimmt und für die Pflege eine wachsende

⁹² Adler, G. et. al. Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie: Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter: Depression- Demenz-Versorgung. 2009.

Herausforderung bedeutet. Hier wird zukünftig insbesondere eine gute fachliche Vernetzung zwischen Pflege, Alten- und Suchthilfe gefordert sein. Schon jetzt betreut und berät die ambulante Suchthilfe gemäß der BADO im Bereich der Alkoholabhängigkeit durchschnittlich 12 % ältere Menschen (> 60 Jahre). Aufgrund der demographischen Entwicklung muss von einem weiter ansteigenden Anteil ausgegangen werden.

Das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Modellprojekt „SUCHT IM ALTER Träger- und arbeitsfeldübergreifende Qualifizierung und Vernetzung in Hamburg“ setzt bei der Vernetzung der Sucht- und Altenhilfe an. Seit Oktober 2010 wird in diesem Rahmen auch ein Hamburger Projekt unterstützt. Hier haben sich drei Hamburger Träger der Sucht- und Altenhilfe⁹³ zusammengeschlossen, um alle Beschäftigten ihrer Sucht- und Altenhilfeeinrichtungen durch Schulungsmaßnahmen auf die geänderte Situation vorzubereiten. Schwerpunkt ist die Sensibilisierung und Motivation der Fachkräfte in der ambulanten Pflege sowie in Seniorenanlagen, um älteren suchtbelasteten Menschen adäquate Hilfen anzubieten. Durch die regionale Kooperation von Suchtberatungsstellen und ambulanten Pflegediensten wird die Vernetzung erprobt.

In einer zweiten Phase des Bundesmodellprojektes fördert das BMG die Entwicklung eines standardisierten modularen Schulungsangebotes und die nachhaltige Implementierung der erprobten Vernetzung in die Praxis. Inwieweit die ambulante Suchthilfe für ältere Menschen – insbesondere für den Personenkreis der Pflegebedürftigen – ihre Angebotsform hin zu aufsuchender Beratung verändern muss, ist ebenfalls Gegenstand des Modellprojektes.

Ein langjähriger Konsum von illegalen psychoaktiven Substanzen und die damit einhergehenden Lebensumstände sind Hauptverursacher der allgemein beobachteten früheren Alterung Drogenabhängiger bzw. ehemals Drogenabhängiger. Für den von der BGV in Auftrag gegebenen Forschungsbericht „Die Bedarfe älterer Konsumierender illegaler Drogen, zukünftige Anforderungen an Versorgungskonzepte in der Sucht- und Altenhilfe in Hamburg“⁹⁴, wurde deshalb eine Altersgrenze von 45 Jahren festgelegt. Vorrangiges Ziel war es, die Entwicklung in der Personengruppe älterer Drogenabhängiger realistisch einzuschätzen und auf der Basis einer fundierten Prognose die Fachdiskussion um eine altersgerechte Versorgungsplanung zu entwickeln. Als wesentliche Ergebnisse sind festzuhalten, dass sich bei älteren Drogenabhängigen die Wohnsituation stabilisiert und sie deutlich seltener obdachlos sind als jüngere. Der größte Teil der Betroffene-

93 Alida Schmidt-Stiftung. Diakonisches Werk Hamburg-West/Südholstein. Martha Stiftung. www.sucht-im-alter-hamburg.de.

94 Der Forschungsbericht im Internet:

<http://www.hamburg.de/veroeffentlichungen-drogen-sucht/2674326/alter-und-sucht.html>.

nen bleibt auch im Alter erwerbslos, bei 65 % besteht das Haupteinkommen aus Transferleistungen. Der Anteil der aktiven Opiatkonsumierenden sinkt im Alter, der überwiegende Anteil der älteren Opiatabhängigen wird substituiert. Festgestellt wurde auch die erhebliche Zunahme von körperlichen Beeinträchtigungen durch vermehrte akute und chronische Erkrankungen. Hieraus resultierten verminderte Mobilität und Schwierigkeiten bei der Selbstversorgung. Die psychischen Belastungen bleiben bei den älteren Opiatabhängigen, insbesondere bei Frauen, extrem hoch.

Zusammenfassung

- Auch ältere Menschen haben Suchtmittelprobleme. Das betrifft sowohl den Umgang mit Medikamenten, Alkohol als auch Opiaten.
- Mit dem Suchtmittelkonsum im Alter gehen substanzspezifische Belastungen einher, die bei der Betreuung älterer Menschen zu berücksichtigen sind.
- Ältere Menschen mit Suchtproblemen profitieren von suchtspezifischen Interventionen und Suchtbehandlungen.
- Es ist zu beobachten, dass opiatabhängige Menschen zunehmend älter werden, wobei bereits im jüngeren Lebensalter Alterungsprozesse einsetzen. Ein Teil dieser Menschen haben hohe psychische und somatische Belastungen und fühlen sich nicht der Drogenszene zugehörig. Damit entsteht für die Altenhilfe und Pflege eine neue Herausforderung.

Folgerungen

- Die Suchthilfe muss den spezifischen Hilfebedarf älterer Menschen identifizieren und die Betroffenen in adäquate Hilfeangebote vermitteln.
- Qualitätsstandards für Suchthilfe mit älteren Menschen sind zu definieren. Dabei ist zu beachten, dass über die regionale Kooperation von Suchthilfe, Altenhilfe und Pflege insbesondere die Versorgung immobiler Suchtkranker sicher zu stellen ist.
- Für die versorgenden und medizinischen Berufsgruppen sind Informationsmaterialien zur Verfügung zu stellen, die auf die Risiken von Suchtproblemen im Alter hinweisen und Handlungsoptionen vorstellen.

3. KOSTEN SUBSTANZBEZOGENER STÖRUNGEN

In Kapitel 1 und 2 wurden die Epidemiologie und – unter ausgewählten Aspekten – Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Sucht dargestellt. Dabei wurde die Verbreitung suchtbbezogener Störungen deutlich. Ein weiterer wichtiger Aspekt zur Einordnung suchtbbezogener Störungen sind ihre volkswirtschaftlichen Auswirkungen.

Eine komplexe und differenzierte Studie des Robert Koch-Institutes aus dem Jahr 2002 gibt hier Orientierung⁹⁵ und beschreibt die Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Damit sind neben der Suchterkrankung auch die Krankheiten oder Unfälle gemeint, die im Zusammenhang mit Alkoholkonsum stehen. Die Kosten werden unterschieden in direkte Kosten, also Verbrauch von Gütern und Dienstleistungen, die im Gesundheitswesen für die Behandlung in Anspruch genommen werden (7,9 Mrd. €) und indirekte Kosten (12,4 Mrd. €)⁹⁶, die den Verlust an Produktivität infolge von Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung und vorzeitigem Tod umfassen. Die DHS geht in ihrem aktuellen Kursbuch Sucht 2013 sogar von einem volkswirtschaftlichen Schaden in Höhe von 26,7 Mrd. € aus.⁹⁷ Abb. 8 verdeutlicht, wie sich diese Kosten zusammensetzen.

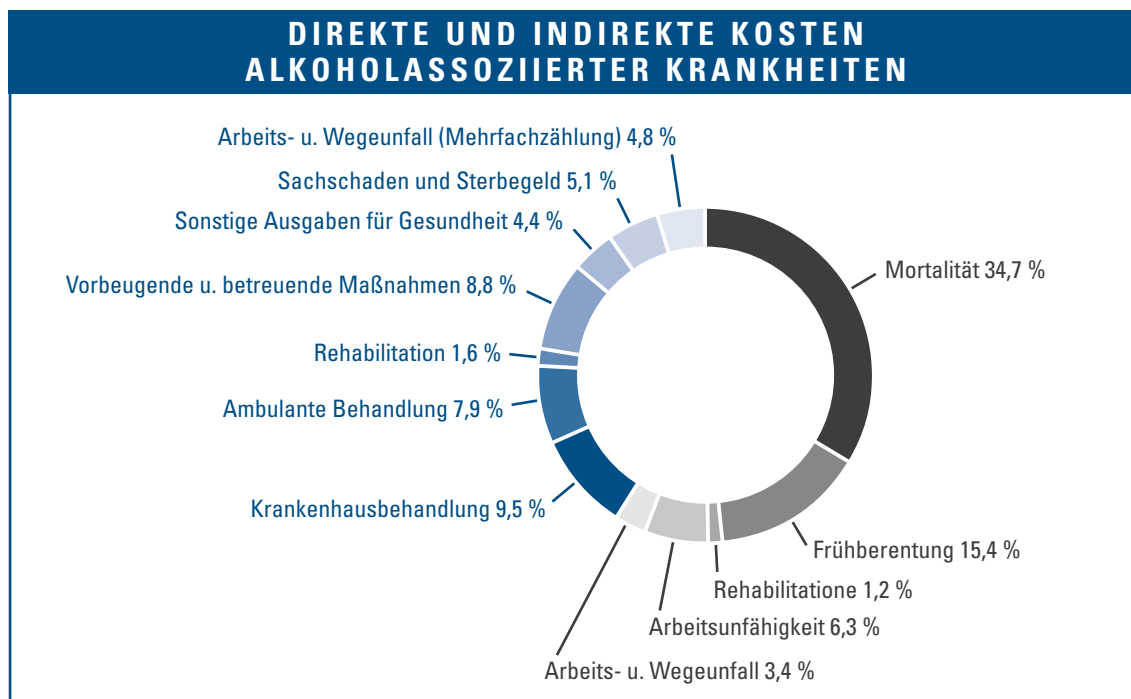


Abb. 8: Direkte und indirekte Kosten alkoholassoziierter Krankheiten⁹⁸

95 Horch, K., Bergmann, E. (2002): Berechnung der Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Robert-Koch-Institut. Berlin 2002.

96 In der Originalarbeit werden die Kosten in DM angegeben.

97 Jahrbuch Sucht 2013. Hrsg.: DHS e. V. Lengerich 2013.

98 Abbildung aus: Horch, K., Bergmann, E. (2002): Berechnung der Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Robert-Koch-Institut. Berlin 2002.

Für die Folgekosten illegaler Drogen wurde 2008 eine Schätzung der direkten Ausgaben der öffentlichen Haushalte (Suchtprävention und -hilfe, Maßregelvollzug, Polizei, Gerichte, Strafvollzug) und Sozialversicherungsträger in Deutschland in Bezug auf illegale Drogen vorgenommen. Hieraus ergaben sich für das Referenzjahr 2006 Ausgaben zwischen 5,2 und 6,2 Mrd. €. Die Autoren halten diese Summe für unterschätzt, da für viele Bereiche keine Daten vorlagen.⁹⁹

Die Aufwendungen für direkte suchtbetonte Interventionen machen mit ca. 9 % für vorsorgende und betreuende Maßnahmen und weniger als 2 % für rehabilitative Leistungen einen vergleichsweise kleinen Teil der volkswirtschaftlichen Kosten aus, die durch Suchtstörungen entstehen. Dennoch hat die gesetzliche Rentenversicherung im Jahr 2010 für ambulante und stationäre Rehabilitation mit dem Ziel der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit für medizinische Rehabilitation und ergänzende Leistungen ca. 560 Mio. € aufgewendet. Diese Aufwendungen lohnen sich auch wirtschaftlich, denn nach erfolgter Suchtrehabilitation steigt 12 Monate nach Beendigung der Maßnahme für Alkohol- und Medikamentenabhängige¹⁰⁰ der Anteil derer ohne jegliche Arbeitsunfähigkeit von ca. 44 % auf mehr als 64 %. Die Deutsche Rentenversicherung¹⁰¹ berichtet, dass nach einer Rehabilitation fast zwei Drittel der Rehabilitierten lückenlos und ein Viertel lückenhaft Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet (siehe Abb. 10). Nur ein geringer Prozentsatz bezog eine Erwerbsminderungs- oder Altersrente. Damit sind suchtbetonte Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation nachgewiesenermaßen erfolgreich.

Etwa 2.200 Hamburgerinnen und Hamburger nehmen jährlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Sucht in Anspruch. Bei der Behandlung von Suchterkrankungen ist zu berücksichtigen, dass es eine lange Phase der Motivation bedarf, um Veränderungsbereitschaft zu entwickeln. Die Angebote der medizinischen Rehabilitation haben als wesentliches Ziel die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Ein großer Teil der Betroffenen hat so umfassende Probleme, dass vor Antritt einer Suchtrehabilitation eine Klärungs- und Vorbereitungsphase notwendig ist, um nicht Gefahr zu laufen, in der (teuren) Rehabilitation zu scheitern.

Die ambulante Suchthilfe in Hamburg wird im Jahr 2013 mit knapp 18 Mio. € aus Zuwendungsmitteln gefördert und erreichte 2012 ca. 15.700¹⁰² unterschiedliche Personen. Aus der Leistungsdokumentation der Suchthilfeträger bezogen

99 Mostard, S.: Schätzungen der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland (2010). Das Gesundheitswesen. Stuttgart. New York.

100 Missel, P. et al: Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Alkohol und Medikamentenabhängige. Fachverband Sucht e. V. Sucht Aktuell 1/2012.

101 Köhler, J., Naumann, B. (2004): Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen durch die BfA – Aktueller Stand und Perspektiven. Die Angestelltenversicherung. Zeitschrift der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. 5/6/04.

102 Von den insgesamt 16.548 erreichten Personen wurden 95% durch die ambulanten Einrichtungen erreicht.

auf das Jahr 2011 ist bekannt, dass 22 % der Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchthilfe im Segment der sozialen Integration intensiv betreut werden und mehr als 50 % in längerfristiger Beratung sind, mehr als 12 % (ca. 1.830) der betreuten Personen werden in die medizinische Rehabilitation vermittelt, also der weit überwiegende Anteil der Hamburgerinnen und Hamburger (ca. 2.200), die diese Leistung in Anspruch nehmen.

Dass die Inanspruchnahme der Suchthilfe unmittelbare Auswirkungen auf die Lebenssituation der Klientinnen und Klienten hat, zeigt die Verlaufsdokumentation der Hamburger BADO 2012, wo über 6.000 abgeschlossene Betreuungen dokumentiert werden konnten. Fast in allen Problemfeldern können Verbesserungen nach mehrmonatiger Betreuungszeit durch die ambulante Suchthilfe festgestellt werden. Über 30 % der Klientinnen und Klienten schließen die Suchtberatung ab, ohne eine andere, weiterführende Intervention zu benötigen. 20 % der Klientinnen und Klienten werden erfolgreich in eine weiterführende Betreuung in spezialisierte Einrichtungen vermittelt. Es ist zu erwarten, dass auch diejenigen, die eine Intervention durch die Suchtberatung erhalten haben, den Betreuungsprozess aber nicht regulär abschließen (38 % der beendeten Betreuungen), davon profitieren. Die Verlaufsdokumentation der Suchthilfe weist weiterhin nach, dass die Abstinenzmotivation ansteigt – je länger die Betreuung andauert, umso mehr – und die Konsumfrequenz bei den Betreuten abnimmt.¹⁰³ Aber auch auf die psychischen Belastungen und die gesundheitlichen Beeinträchtigungen hat die Betreuung durch die Suchthilfe positiven Einfluss, sie nehmen im Rahmen des Betreuungsverlaufs ab.

Folgerungen

- Die medizinische Behandlung einer Suchterkrankung ist kostenintensiv. Die gesellschaftlichen Kosten für Suchterkrankungen liegen jedoch weit über den Kosten für die Behandlung der Grunderkrankung.
- Der Verhinderung, frühzeitiger Intervention und Behandlung von Suchtstörungen kommt aus volkswirtschaftlicher Sicht eine wichtige Bedeutung zu.
- Suchtberatungsstellen bieten voraussetzungslos Unterstützung bei der Bewältigung von Suchterkrankung an, ihre Intervention ist wirksam und in vielen Fällen bereits ausreichend.
- In den Fällen, die weiterführender Behandlung bedürfen, nimmt die ambulante Suchthilfe wichtige vorbereitende Funktionen wahr und kann passgenau vermitteln, (teure) Fehlbehandlungen können so vermieden werden.

103 Rosenkranz, M. et al, (2013): Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2012 der Hamburger Basisdatendokumentation. Hamburg. BADO e. V. (Hrsg).

4. SUCHTHILFE IN HAMBURG

Die Suchthilfe in Hamburg umfasst spezifische Angebote, die auf der Grundlage unterschiedlicher gesetzlicher Regelungen von verschiedenen Leistungsträgern finanziert werden. Wichtiger Bestandteil der Suchthilfe ist auch die Selbsthilfe Suchtkranker, auf diese wird in Kapitel 6 ausführlich eingegangen. Vereinfacht lassen sich die spezialisierten professionellen Hilfeangebote wie folgt darstellen:

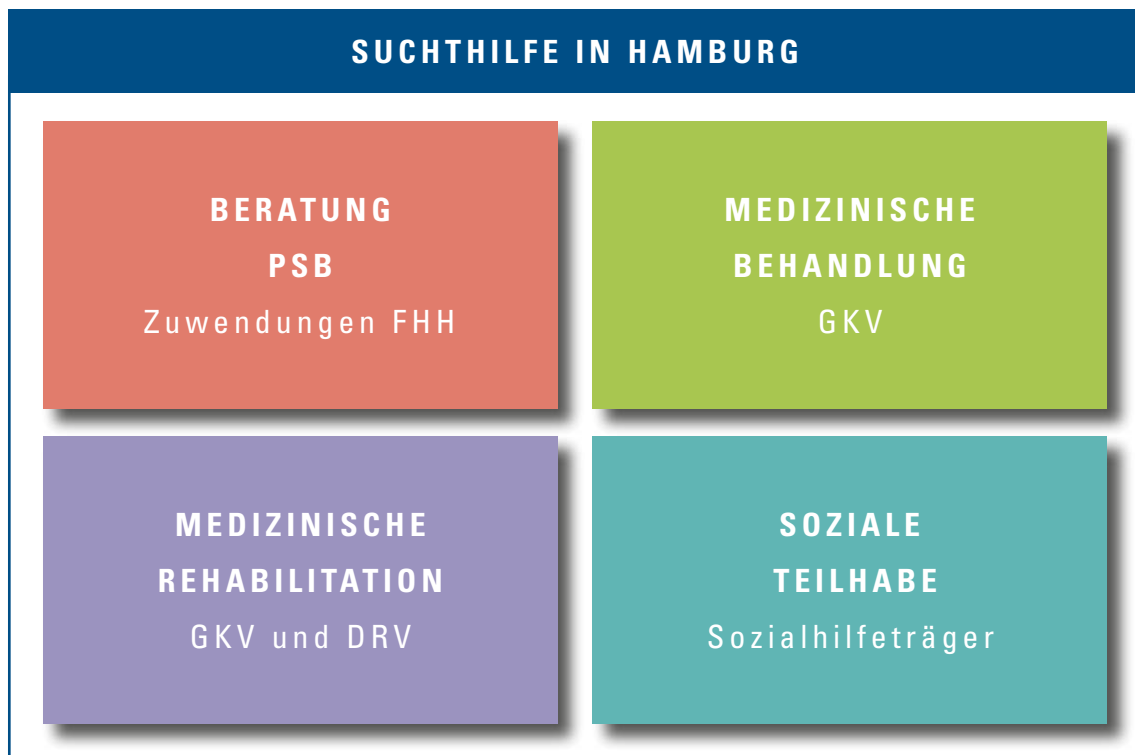


Abb. 9: Suchthilfe in Hamburg

Begriffsklärung

Suchtberatung und Betreuung

Bei Suchtberatung und Betreuung muss unterschieden werden zwischen:

1. Hilfen, die als krankheitsbegleitendes und gesundheitsförderndes Angebot für schwer suchtkranke Menschen vorgehalten werden. Dabei handelt es sich um Beratungsstellen mit niedrighwelligen Hilfen mit und ohne Konsumraum und um niedrighwellige Treffpunkte und Cafés.
2. Hilfen, die als motivierendes, Orientierung gebendes und unterstützendes Angebot für suchtkgefährdete und suchtkranke Menschen zur Verfügung stehen. Sie bieten von der ersten orientierenden Beratung über Diagnostik und Hilfe-

planung, soziale Integration und Vermittlung in weiterführende Hilfen einen umfassenden Leistungskatalog an. Die Zielgruppe umfasst alle suchtgefährdeten und suchtkranken Menschen und ihre Angehörigen. Diese Angebote werden von Suchtberatungsstellen und durch die psychosoziale Betreuung substituierter Opiatabhängiger vorgehalten.

Die Leistungen der Suchtberatung und psychosozialen Betreuung sind nicht durch gesetzliche Regelungen gesichert und können nur von den Kommunen bzw. den Ländern übernommen werden.

Medizinische Behandlung

Die medizinische Behandlung suchtkranker und suchtgefährdeter Menschen umfasst eine Vielzahl von spezifischen und differenzierten Hilfen. Für die Kosten kommt nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) die Gesetzliche Krankenversicherung auf. Die privaten Krankenversicherungen erstatten die Kosten, wenn dies in den jeweiligen Versicherungstarifen vorgesehen ist.

Zu den Angeboten gehören:

- Behandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- Suchtambulanzen an Krankenhäusern
- Substitution Opiatabhängiger
- Stationäre medizinische Behandlung für suchtkranke Menschen, z. B. qualifizierte Entgiftung.

Eine Ausnahme bei der Kostenübernahme bildet die medizinische Behandlung in einer „Entziehungsanstalt“ nach Strafgesetzbuch (StGB) im Maßregelvollzug gemäß § 16 Absatz 1 Ziff. 4 SGB V. Diese werden durch die Länder finanziert.

Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation sichert Behandlungserfolge und stellt die Arbeitsfähigkeit (wieder) her. Die Angebote sind umfassend und zielgruppendifferenziert. Sie umfassen

- ambulante medizinische Rehabilitation (in Suchtberatungsstellen), teilstationäre bzw. ganztagsambulante Rehabilitation (Kliniken)
- stationäre medizinische Rehabilitation für suchtkranke Menschen (Kliniken)
- ambulante Nachsorge nach stationärer Rehabilitation (Suchtberatungsstellen)

- stationäre Nachsorge nach stationärer medizinischer Rehabilitation suchtkranker Menschen (Kliniken)

Die Kosten für die Rehabilitation werden je nach Einzelfall entsprechend den Regelungen im Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) von der Gesetzlichen Rentenversicherung oder der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) übernommen.

Bei der Behandlung suchtgefährdeter Jugendlicher können neben, zusätzlich oder nachdem Leistungen nach dem SGB V auch Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Achstes Buch (SGB VIII) in Anspruch genommen werden, wenn Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfe zur Abwendung der Beeinträchtigung der Teilhabe an der Gesellschaft notwendig sind.

Soziale Teilhabe

Für einen Teil der suchtkranken Menschen, die wesentlich seelisch behindert und bestrebt sind, ihre Suchterkrankung zu bewältigen, aber die hierfür zur Verfügung stehenden Leistungen der Deutschen Rentenversicherung oder der Gesetzlichen Krankenversicherung (noch) nicht in Anspruch nehmen können, sieht das SGB XII Eingliederungshilfen zur Teilhabe vor. In Hamburg handelt es sich um Angebote zur Vorbereitung auf eine medizinische Rehabilitation und zur Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation.¹⁰⁴

Ergänzend stehen Hilfen als Leistungen zur Eingliederung in Arbeit auch für suchtkranke oder suchtgefährdete Menschen zur Verfügung, diese werden auf Grundlage des SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) und SGB III (Arbeitsförderung) finanziert.

Verständnis der Suchtproblematik

Bei Suchtproblemen handelt es sich um substanzbezogene Störungen mit Ursachen und Auswirkungen in somatischer, psychischer und sozialer Hinsicht. In der Vergangenheit standen bei der Beratung und Behandlung die Abhängigkeitserkrankungen im Vordergrund und damit nur eine Teilgruppe der Menschen, die Probleme im Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum hatten. Heute wird davon ausgegangen, dass alle Menschen, die von Suchtstörungen betroffen sind, auch wenn noch keine diagnostizierbare Abhängigkeitserkrankung vorliegt, Hilfe im Sinne medizinischer oder sozialpädagogischer Beratung in Anspruch nehmen können und sollten, um frühzeitig langjährige

¹⁰⁴ Bei unter 21-Jährigen können diese Leistungen auf Grundlage des § 35a SGB VIII für seelisch Behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder-, Jugendliche und Heranwachsende erfolgen.

Suchtentwicklungen mit ihren psychosozialen und gesundheitlichen Begleitscheinungen bis hin zu schwer behandelbaren Chronifizierungen zu vermeiden. Je länger eine Suchterkrankung besteht, desto wahrscheinlicher wird eine Chronifizierung der Störung mit hohen psychischen, gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Folgen, die auch mit Unterstützung professioneller medizinischer und sozialpädagogischer Hilfen nur schwer bewältigt werden kann.

Allerdings sind nicht alle diese Leistungen durch die Suchthilfe im engeren Sinn, also die Suchtberatung und Suchtbehandlung bzw. Rehabilitation zu erbringen. Medizinische, psychiatrische und soziale Unterstützungsangebote werden durch die Regelsysteme medizinischer und psycho-sozialer Hilfen auch für Menschen angeboten, die Suchtstörungen haben. Beispiele sind die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die Allgemeinkrankenhäuser, Schuldner- und Wohnungslosenberatungsstellen, Jobcenter, Hilfen für Familien und andere. Frühe Interventionen können hier im Sinne der Ansprache des Problems und der Motivation zur Veränderung geleistet werden.

Ziele der Suchthilfe

Ziele sind nur dann zu erreichen, wenn sie realistisch, sinnvoll und erstrebenswert sind. Hier setzt die Suchthilfe an und unterstützt dabei die Betroffenen, sich darüber bewusst zu werden, welche guten Gründe für Veränderungen sprechen, damit diese schließlich eigene Ziele für Veränderungen beschreiben und verfolgen können. Solche Ziele sind je nach individueller Situation unterschiedlich.

Dazu gehören:

- Sicherung des Überlebens und Risikominimierung im Umgang mit Suchtmitteln
- Behandlung von Folge- und Begleiterkrankungen
- Einsicht in die Grunderkrankung und Förderung der Veränderungsmotivation, Wahrnehmung und Nutzung von Ressourcen zur Bewältigung der Suchterkrankung
- Soziale Inklusion (Familie, Bildung, Arbeit, Freizeit, Wohnen)
- Selbstbestimmter und kontrollierter Umgang mit Suchtmitteln bei punktueller Abstinenz
- Vorbereitung und Vermittlung in ambulante oder stationäre Therapie
- Suchtmittelfreiheit

Arbeitsansatz und Aufgabenspektrum der Suchthilfe

Suchtgefährdete und suchtkranke Menschen können in unterschiedlicher Weise ein problematisches Suchtverhalten aufweisen. Oftmals bezieht sich dieses auch auf unterschiedliche Substanzen und sie sind verschiedenen Altersgruppen und Milieus zugehörig. Ihre Lebenslagen sind geprägt durch:

- Kulturelle und geschlechtsspezifische Sozialisation
- Familie und Elternschaft
- Wohnungssituation
- Arbeits- und Einkommenssituation
- Schulden
- Gewalterfahrungen
- Justizielle Belastungen
- Seelische Belastungen und Komorbiditäten
- Folge- und Begleiterkrankungen

Der Suchtmittelkonsum ist beeinflusst und hat Auswirkungen auf die Lebenslagen und die psychische und/oder physische Gesundheit, den sozialen Kontext und die Leistungsfähigkeit.

Die Suchthilfe muss diese Faktoren deshalb bei der umfassenden Diagnose und der einzelfallorientierten Hilfeplanung berücksichtigen (siehe Kapitel 4.1.5).

Insofern sind bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Suchthilfe multiprofessionelle Kompetenzen vorhanden. Diese setzen sie ein, um die Ratsuchenden dabei zu unterstützen, Problemfelder zu erkennen, zu benennen und zu bearbeiten. Sie begleiten bei der Bewältigung der Suchtstörung. Weiterhin werden sie bei Hilfebedarf in anderen Problemfeldern die Vermittlung zu weiteren spezialisierten Hilfeangeboten vornehmen. Voraussetzung für einen gelingenden Hilfeprozess ist immer, die Klientinnen und Klienten als Expertinnen und Experten in eigener Sache anzusprechen und die Ziele an ihren Ressourcen zu orientieren.

Auf Seiten der Betroffenen gehört zur Bewältigung der Suchtproblematik die Reflexion des eigenen Handelns, das Erkennen von Widersprüchen, die Konkretisierung des Wunsches nach Veränderung und schließlich das Entwickeln, Umsetzen und Überprüfen von Zielen.

Zusammenfassung

- Alle Menschen, die von Suchtstörungen betroffen sind, können Hilfe durch medizinische, psychologische oder sozialpädagogische Beratung in Anspruch nehmen.
- Langjährige Suchtentwicklungen mit ihren psychosozialen und gesundheitlichen Begleiterscheinungen bis hin zu schwer behandelbaren Chronifizierungen sind zu vermeiden.
- Frühe Interventionen bei Suchterkrankungen werden in allen Feldern der gesundheitlichen und psychosozialen Hilfeleistungen wahrgenommen.
- Die Suchthilfe unterstützt bei der Bewältigung der Suchtproblematik, ihre Ziele sind je nach Lebenssituation der Betroffenen differenziert.
- Der einzelne Mensch mit seinen Ressourcen und Risiken steht im Mittelpunkt der Hilfeleistung.
- Neben der Suchterkrankung sind bei den Betroffenen in der Regel weitere Problemfelder identifizierbar, die über die Kompetenzen der Suchthilfe hinausreichen.
- Wichtige Voraussetzung für einzelfallbezogene und bedarfsgerechte Hilfe für Menschen mit Suchtproblemen ist ein gutes regional orientiertes Netzwerkmanagement, das eine verbindliche Struktur der Kooperation mit anderen sozialen und gesundheitlichen Hilfe- und Versorgungsangeboten schafft. Innerhalb eines solchen Netzwerkes ist es aber notwendig, klare Verantwortungsstrukturen bezogen auf die regionale und einzelfallbezogene Zuständigkeit auszuweiten.

Folgerungen

- Nicht das Können einer Fachkraft oder die konzeptionelle Ausrichtung einer Einrichtung in der Suchthilfe darf das Hilfeangebot für die Betroffenen bestimmen, sondern der Hilfebedarf der Klientinnen und Klienten.
- Die Vermittlung in oder die Vernetzung mit anderen Hilfeangeboten ist eine wichtige Aufgabe der Suchthilfe, denn sie ist nur für einen Teil der auftretenden Problemlagen qualifiziert. Hierfür gilt es, ein strukturell verankertes Netzwerkmanagement zu entwickeln. Dieses muss sich an der Lebenswelt der Klientinnen und Klienten ausrichten und insofern regional ausgerichtet sein. Für die einzelne Klientin, den Klienten ist eine federführende Fallverantwortlichkeit festzulegen.
- Das Angebotsspektrum der ambulanten Suchthilfe muss mit ihren Aufgaben und Zuständigkeiten für Hilfesuchende transparent und leicht zugänglich sein.

- Um suchtgefährdete und suchtkranke Menschen frühzeitig zu erreichen, ist es notwendig, schwellenlose Zugänge zu Beratungsangeboten zu schaffen. Dies drückt sich aus:
 - a. durch zielgruppenangepasste Öffnungszeiten und Angebote, gute Erreichbarkeit, Vorhalten offener Sprechstunden und Cafés sowie Öffentlichkeitsarbeit.
 - b. durch systematische Kooperation mit Partnern, die zu suchtgefährdeten und suchtmittelabhängigen Menschen Kontakt haben, wie zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder dem Jobcenter t.a.h.

4.1 AMBULANTE BETREUUNG UND BERATUNG

4.1.1 Suchtberatungsstellen

Suchtberatungsstellen richten sich an Menschen, die in gesundheitsschädlicher Weise Suchtmittel konsumieren oder bei denen sich Verhaltensweisen, wie z. B. das Glückspiel, zu Störungen entwickeln. Das Angebot der Unterstützung besteht auch für die Angehörigen. Gemeinsam mit den Ratsuchenden wird die Problemlage sondiert und die passende Hilfestellung angeboten bzw. vermittelt.

Diese Leistungen der Suchtberatungsstellen stehen allen betroffenen Menschen ohne Zugangsvoraussetzungen zur Verfügung. Die zuwendungsgeförderten Suchtberatungsstellen grenzen sich damit von den gesetzlichen Leistungen der Behandlung und Rehabilitation Suchtkranker sowie der Eingliederungshilfe für seelisch wesentlich behinderte (suchtkranke) Menschen ab.

Zusätzlich zu den Beratungsstellen mit ausschließlich niedrigschwelligen Hilfen (siehe Kapitel 4.1.2) stehen in Hamburg 27 Suchtberatungsstellen zur Verfügung. Der überwiegende Teil (26) arbeitet suchtmittelübergreifend. Das heißt, dass sowohl bei Problemen mit legalen Substanzen (z. B. Alkohol, Medikamente) als auch mit illegalen Substanzen (z. B. Cannabis, Kokain, Opiate) beraten wird. Von diesen Beratungsstellen bieten sieben auch qualifizierte Hilfen bei pathologischem Glücksspielen an. Ein spezifisches Angebot der Suchtberatung nach dem SGB II halten neun Beratungsstellen vor (siehe Kapitel 2). Externe Beratung in Haft wird von drei Projekten geleistet.

Auf Grundlage der geschlossenen Vereinbarungen und der Auswertung von Sachberichten der zuwendungsgeförderten Projekte kann davon ausgegangen werden, dass die Klientinnen und Klienten der Beratungsstellen überwiegend aus dem regionalen Umfeld der Suchtberatungsstellen kommen, obwohl Wahlfreiheit besteht. Aufgrund der Notwendigkeit zur Vernetzung der Beratungsstellen mit den regionalen medizinischen und sozialen Hilfen ist dies auch sinnvoll.

Die folgende Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Angebote der ambulanten Suchtberatungsstellen mit ihren zielgruppenspezifischen bzw. fachlichen Schwerpunkten:

SUCHTBERATUNGSSTELLEN IN HAMBURG									
Name der Beratungsstelle/ Träger	Einzugsgebiet	Angebot							
		Kinder und/oder Jugendliche	Junge Erwachsene	Ausschließlich Frauen	Legale Suchtmittel	Illegale Suchtmittel	Pathologisches Glücksspielen	Haft - überregional	SGB II
AS – Aktive Suchthilfe/ Aktive Suchthilfe e. V.	überregional				X	X	X	X	
Beratungsstelle Frauenperspektiven/ Frauenperspektiven e. V.	überregional		X	X	X	X			
Die BOJE/ Gemeindepsychiatrische Dienste (GPD) Hamburg-Nordost GmbH	überregional		X bis 35 Jahre		X	X	X auch über 35- jährige		X
Die Brücke Große Bergstraße/ Die Brücke e.V	regional				X	X	X		
DREI Suchtberatung/ Drogenhilfe Eimsbüttel e. V.	regional				X	X			X
JuKO Altona/ Jugend hilft Jugend e. V.	Bahrenfeld/ Lurup/Osdorf	X	X		X	X			
JuKO Bergedorf/ Jugend hilft Jugend e. V.	Neu-Allermöhe	X	X		X	X			
Kajal/ Frauenperspektiven e. V.	überregional	X	X	X Mäd- chen	X	X			
Kö 16a, Suchtberatung für Kinder, Jugendliche und Angehörige/ BGV	überregional	X	X		X	X			
KODROBS Altona/ Jugend hilft Jugend e. V.	regional				X	X			
KODROBS Bergedorf/ Jugend hilft Jugend e. V.	regional				X	X		X	X
KODROBS Wilhelmsburg/ Jugend hilft Jugend e. V.	regional				X	X	X		X

Name der Beratungsstelle/ Träger	Einzugsgebiet	Angebot							
		Kinder und/oder Jugendliche	Junge Erwachsene	Ausschließlich Frauen	Legale Suchtmittel	Illegale Suchtmittel	Pathologisches Glücksspielen	Haft - überregional	SGB II
Lukas Suchthilfezentrum Hamburg-West/ Diakonisches Werk Hamburg-West/ Südholstein	regional				X	X	X		X
Mobs Harburg/ Therapiehilfe e. V.	Neugraben-Fischbek/ Hausbruch		X						
Mobs Nord/ Therapiehilfe e. V.	Fuhlsbüttel	X	X		X	X			
Seehaus/ Therapiehilfe e. V.	regional				X	X			X
Seehaus Harburg/ Therapiehilfe e. V.	regional	X	X		X	X		X	
STZ Beratungsstelle Barmbek/ Martha Stiftung	regional				X	X	X		X
STZ Beratungsstelle Harburg/ Martha Stiftung	regional				X	X	X		
STZ Beratungsstelle Hummel/ Martha Stiftung	regional				X	X			X
Suchtberatungsstelle Guttempler Therapieverbund Hamburg gGmbH	regional				X				
Suchtberatung Jenfeld Beratungs- und Behandlungsstelle AHA Alida Schmidt-Stiftung	regional				X				
Suchtberatung Jenfeld Beratungsstelle Blaues Kreuz i. D. e. V./ Ortsverein Hamburg Suchtkrankenhilfe	regional				X				
Suchtpräventionszentrum des Landesinstituts Hamburg Beratung für Jugendliche und Eltern/LI	überregional	X							

Name der Beratungsstelle/ Träger	Einzugsgebiet	Angebot							
		Kinder und/oder Jugendliche	Junge Erwachsene	Ausschließlich Frauen	Legale Suchtmittel	Illegale Suchtmittel	Pathologisches Glücksspielen	Haft - überregional	SGB II
Take Care Billstedt/ Jugendhilfe e. V.	Billstedt/ Horn/Mümmelmannsberg	X	X		X	X			
Take Care Wandsbek/ Jugendhilfe e. V.	Jenfeld	X	X		X	X			
VIVA Wandsbek/ Jugendhilfe e. V.	regional				X	X			X

Tabelle 5: Suchtberatungsstellen in Hamburg

6 im Rahmen eines Modellvorhabens bis 2014 geförderte Suchtberatungsangebote für Jugendliche und junge Erwachsene, die sich in den Bezirken Hamburg-Mitte (Region Billstedt, Horn, Mümmelmannsberg), Altona (Region Lurup, Bahrenfeld, Osdorfer Born), Hamburg-Nord (Region Ohlsdorf, Alsterdorf, Fuhlsbüttel, Winterhude-Nord und Langenhorn), Wandsbek (Jenfeld), Bergedorf (Neu-Allermöhe), Harburg (Süderelbe, insbesondere Neugraben-Fischbek und Hausbruch) befinden, sind jeweils größeren Suchtberatungsstellen der Träger Therapiehilfe e. V., Jugendhilfe e. V. und Jugend hilft Jugend e. V. zugeordnet und eng in die regionalen Strukturen der Jugendhilfe eingebunden.

Die Beratungsstelle von Frauenperspektiven e. V., deren Angebot sich ausschließlich an Frauen richtet, und die Beratungsstelle für Mädchen „Kajal“ desselben Trägers, sind Hamburg weit tätig. Ebenso die Suchtberatungsstelle für Kinder, Jugendliche und Angehörige Kö 16 a und das Beratungsangebot im SPZ des LI der BSB in staatlicher Trägerschaft. Die überregionale Ausrichtung ist damit begründet, dass das Angebot auf eine begrenzte Zielgruppe ausgerichtet ist.

3 Beratungsstellen mit insgesamt weniger als 6 Fachkraftstellen beraten ausschließlich Menschen mit Alkoholproblemen. Dies lässt sich mit der Verortung bei Verbänden begründen, die sich traditionell der Hilfe für alkoholbelastete Menschen ausrichten. Diese Beratungsangebote werden ebenfalls hauptsächlich durch Betroffene aus dem jeweiligen regionalen Umfeld aufgesucht.

Pathologische Glücksspielerinnen und Glücksspieler im Erwachsenenalter finden in Hamburg qualifizierte Hilfestellung in sieben Beratungsstellen: zwei rechts (Die BOJE, STZ Beratungsstelle Barmbek), zwei links (Lukas Suchthilfezentrum Hamburg-West, Die Brücke Altona) der Alster, eine in Hamburg-Mitte (Aktive Suchthilfe) und zwei südlich der Elbe (STZ Beratungsstelle Harburg, KODROBS Wilhelmsburg). Darüber hinaus bieten die Suchtambulanz der Asklepios Klinik Nord sowie das medizinische Versorgungszentrum für Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik Falkenried Unterstützung an. Das Sucht PräventionsZentrum (SPZ) und die Suchtberatung für Kinder, Jugendliche und Angehörige Kö 16 a der BGV stehen für junge Menschen mit problematischem Glückspiel zur Verfügung.

Die Beratungsstelle Die BOJE (Betriebsteil der Gemeindepsychiatrischen Dienste Hamburg-Nordost GmbH) im Hamburger Osten bietet ihre Leistungen hamburgweit für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen im Alter bis zu 35 Jahren an, mit Ausnahme von Glückspiel, hier werden auch Menschen über 35 Jahren beraten. Andere Beratungsstellen für Erwachsene haben keine Altersbeschränkung.

Die externe Suchtberatung in Haft wird durch 3 Träger angeboten (Aktive Suchthilfe e. V., Jugend hilft Jugend e. V. und Therapiehilfe e. V.), die jeweils spezifischen Haftanstalten zugeordnet sind. Dieses Angebot wird fachlich durch die Justizbehörde begleitet und richtet sich an suchtgefährdete oder suchtmittelabhängige Inhaftierte.

Die personelle Ausstattung der insgesamt 27 Suchtberatungsstellen ist jeweils unterschiedlich und erreicht bis zu 14 Fachkraftstellen für Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen.

Leistungen der Suchtberatungsstellen

Alle Hilfesuchenden haben einen Anspruch darauf, Hilfen nach dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu erhalten. Die Konzeptionen werden regelmäßig – spätestens nach 5 Jahren – überprüft und ggf. angepasst. Um einer „Beliebigkeit“ der Angebote vorzubeugen, haben Fachbehörde und Träger gemeinsam die einzelnen Leistungen (genannt „Leistungssegmente“) differenziert, beschrieben und gegeneinander abgegrenzt. Hierbei wird zwischen Standardleistungen und optionalen Leistungen unterschieden. Optionale Leistungen, z. B. externe Beratung in Haft, niedrigschwellige Beratung, psychosoziale Betreuung, streetwork werden nicht von allen Beratungsstellen angeboten, sind aber ebenfalls standardisiert. Die Gewichtung der Leistungssegmente unterscheidet sich je nach Konzeption und Schwerpunktsetzung der Einrichtung und der Anzahl der verfügbaren Fachkraftstellen.

Weiterhin werden Festlegungen bezüglich der Methoden getroffen, mit denen die Leistungen erbracht werden. Die eingangs in jedem Fall vorzunehmende Anamnese bzw. Diagnostik und Hilfeplanung ist dabei ein hervorzuhebender Aspekt. Für die einzelnen Leistungssegmente wurde ein durchschnittliches Zeitbudget errechnet, demgegenüber stehen die für die jeweilige Einrichtung verfügbaren Fachkraftstunden. Es besteht dadurch ein klarer Bezug zwischen der Zeitressource, die zur Verfügung steht, und der Leistung (Zielzahl), die erbracht werden muss.

Zu den Leistungssegmenten aller Beratungsstellen zählen:

Öffnungszeiten/Erreichbarkeit

Es werden die Öffnungszeiten des Projektes vereinbart. Ggf. findet eine Unterscheidung zwischen Öffnungszeiten statt, in denen die Beratungsstelle erreichbar ist und Erstgesprächszeiten (offene Sprechstunde), in denen garantiert wird, eine Beratung zu bekommen.

Innerhalb dieser Öffnungszeiten steht das Zeitbudget zur Verfügung für:

1. Erstkontakte und Informationen

Zu diesem Leistungssegment gehören fachbezogene Informationen und Auskünfte für ratsuchende Besucherinnen und Besucher sowie sozialpädagogische Erstberatung für die Zielgruppe der Suchtmittelabhängigen und -gefährdeten.

Das Angebot erfolgt in Form von persönlichen und telefonischen Gesprächen sowie im Bedarfsfall in Form von Begleitung zu passenden Hilfeangeboten.

2. Beratung

Das Aufgabenfeld der Beratung für Personen mit problematischem Suchtmittelkonsum bzw. Abhängigkeitssymptomen grenzt sich einerseits gegenüber dem Segment „Erstkontakte und Informationen“, andererseits gegenüber den Segmenten „Therapievorbereitung und Therapievermittlung“ und „Soziale Stabilisierung und Integration“ ab. Auch im Rahmen der Beratung können Vermittlungen, z. B. in Entgiftung, Vor- und Nachsorgeeinrichtungen, Übergangseinrichtungen, Substitutionsbehandlungen, psychosoziale Betreuung und in Selbsthilfegruppen erfolgen. Es wird von zwei verschiedenen Formen der Beratung ausgegangen:

a) Einmalige Beratung:

Sie stellt eine einmalige intensive Hilfestellung im Rahmen eines ausführlichen Gesprächs dar und beinhaltet eine gründliche Information und das Aufzeigen von eigenkompetenten Verhaltensweisen mit der vorliegenden Problemlage.

Für jedes Beratungsgespräch stehen durchschnittlich 75 Minuten einschließlich Dokumentation zur Verfügung.

b) Längerfristige Beratung und Motivation:

Diese Form der Suchtberatung dient dem schrittweisen Erkennen und Entwickeln von Ressourcen der Hilfesuchenden im Rahmen eines dynamischen Prozesses. Nach der Erstellung der Anamnese werden im Rahmen eines individuellen Hilfeplans realisierbare Nah-, Mittel- und/oder Fernziele mit den Hilfesuchenden erarbeitet.

Der Hilfeplan wird kontinuierlich überprüft und aktualisiert. In der Regel mündet der Beratungsprozess nach Fertigstellung des Hilfeplans in eine andere Hilfeform oder in die Beendigung der Beratung.

Für den längerfristigen Beratungsprozess stehen durchschnittlich fünf Stunden einschließlich Dokumentation zur Verfügung.

3. Therapievorbereitung und Therapievermittlung:

Das Leistungssegment der Therapievorbereitung und -vermittlung beginnt, wenn Klientin bzw. Klient und Beraterin bzw. Berater übereingekommen sind, dass als Hilfeform eine Therapie angemessen, notwendig und erwünscht ist. Die Arbeitsinhalte umfassen den gesamten formellen Bereich der Antragsstellung beim zuständigen Leistungs-/Kostenträger einschließlich des Erstellens eines Sozialberichts, der Auswahl der geeigneten Therapieeinrichtung sowie die individuelle Vorbereitung der Klientin bzw. des Klienten auf die bevorstehende Therapie.

Vermittlungen erfolgen in weiterführende therapeutische Maßnahmen wie:

- teilstationäre medizinische Rehabilitation
- stationäre medizinische Rehabilitation
- ambulante medizinische Rehabilitation
- Psychotherapie

Die Therapievorbereitung und -vermittlung endet mit dem Übertritt in die angestrebte Maßnahme, dem Abbruch oder ggf. Wechsel in eine andere Hilfeform.

Die Therapievermittlung soll nach durchschnittlich 6,5 Std. einschließlich Dokumentation abgeschlossen sein.

4. Soziale Stabilisierung und Integration:

Soziale Stabilisierung und Integration hat das Ziel, die Chronifizierung und/oder eine Verschlechterung des gesundheitlichen und/oder psychosozialen Zustandes der Klientel durch geeignete lebenspraktische Hilfen soweit wie möglich zu vermeiden.

Der Prozess der sozialen Stabilisierung und Integration beruht auf einem Kontrakt zwischen der Klientin bzw. des Klienten und der Betreuerin bzw. dem Betreuer über Fernziele, die durch jeweils zu vereinbarende Nahziele präzisiert, kontinuierlich überprüft und aktualisiert werden. Soziale Stabilisierung und Integration ist oft ein mehrmonatiger Prozess. Sie wird in Form von Einzelgesprächen, telefonischen Gesprächen, offenen und/oder strukturierten Gruppen sowie gegebenenfalls in Form von Begleitung der Klientel zu Ämtern oder ähnlichen durchgeführt. Soziale Stabilisierung und Integration endet mit der Überleitung der Klientin bzw. des Klienten in eine andere Hilfeform, in die Selbstständigkeit oder durch Abbruch dieser Hilfeform. Soziale Stabilisierung und Integration kann als erfolgreich angesehen werden, wenn die Klientin bzw. der Klient in der Lage ist, die nachfolgend genannten Grundbedürfnisse selbstständig zu erfüllen, bzw. die durch Unterstützung erworbene Stabilisierung zu erhalten:

- Existenzsicherung:

Kontakte und Vermittlung zu Leistungsträgern wie z. B. Sozialämtern und Krankenkassen; Schuldnerberatungsstellen; gegebenenfalls Rückkopplung mit Justiz und Bewährungshilfe.

- Gesundheitliche Vor- und Fürsorge:

Kontakte, Vermittlung und Rückkopplung zu Beratungseinrichtungen zu Gesundheitsfragen, Allgemein- und Fachärztinnen/Fachärzten, krankenschwägerischer Akutbehandlung, Krankenhäusern, Entgiftungseinrichtungen, Substitutionsambulanzen, Vorsorge- und Übergangseinrichtungen, etc.

- Wohnungssicherung und -beschaffung:

Kontakte, Vermittlung und Rückkopplung zu Übernachtungsstätten und Not-schlafstellen zur Beseitigung von Obdachlosigkeit, Wohnungsämtern, Bezirksstellen zur Wohnungssicherung, Beratungsstellen für Wohnungslose.

- Vermittlung und Sicherung von Beschäftigung, Arbeit und Ausbildung:

Kontakte, Vermittlung und Rückkopplung zu Jobcentern, Schulen, Ausbildungsstätten, beruflichen Rehabilitationsträgern, Beschäftigungsträgern und Vermittlung von Beschäftigungsmaßnahmen.

- Stabilisierung des sozialen Umfeldes:

Kontakt zu und Vermittlung von Freizeitangeboten, Selbsthilfegruppen oder weiterführenden Hilfen bzw. geeigneten sozialen Dienststellen.

Für soziale Stabilisierung stehen als zeitlich aufwändigstes Leistungssegment durchschnittlich 18 Stunden je Klientin/ Klient zur Verfügung, Dokumentation mit eingeschlossen.

Öffentlichkeitsarbeit

Zur fachgerechten und ordnungsgemäßen Durchführung der Aufgaben der Einrichtung gehören Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit.

Dies sind:

- Förderung der Akzeptanz im Umfeld der Einrichtung
- Information über die Leistungsangebote der Einrichtung
- Veröffentlichung der jeweiligen Öffnungszeiten/Erreichbarkeit
- Gremienarbeit
- Information zu arbeitsfeldbezogenen Themen
- Erarbeitung und Veröffentlichung von Informationsunterlagen.

Vernetzung

Kontaktpflege, Kooperation und Aktualisierung des Angebotes sind wichtige Bestandteile für die bedarfsgerechte Aufgabenerfüllung. Der freie Träger verpflichtet sich, seine Tätigkeiten im erforderlichen Maße mit anderen Trägern von Einrichtungen im Suchthilfebereich sowie angrenzender Aufgabengebiete zu vernetzen.

Für Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung kann bisher ein kleiner Anteil der zur Verfügung stehenden Fachkraftstunden verwendet werden (etwa 2 %).

Damit wurde ein umfassender Leistungskatalog festgelegt, der von jeder Suchtberatungsstelle erwartet wird, wenn auch je nach Konzept und Ausstattung der Beratungsstelle mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen. Die Klientinnen und Klienten der Beratungsstellen können jeweils aktuell nur in einem Leistungssegment betreut werden. Im Rahmen des Beratungsprozesses können aber mehrere Segmente durchlaufen werden. Die Inanspruchnahme der einzelnen Leistungssegmente wird in der Leistungsdokumentation wiedergegeben und ist je nach Hilfebedarf individuell unterschiedlich.

Zusammenfassung

- In Hamburg stehen umfassende und zielgruppendifferenzierte Suchtberatungsangebote bei Problemen mit legalen und illegalen Substanzen sowie bei pathologischem Glücksspiel zur Verfügung.
- Die zuwendungsgeförderten Suchtberatungsstellen können ohne vorheriges Bewilligungsverfahren von allen Ratsuchenden genutzt werden. Damit grenzen sie sich von den gesetzlichen Leistungen der Behandlung und Rehabilitation Suchtkranker sowie der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen ab.
- Die Leistungen der ambulanten Beratungsstellen sind jeweils einzeln beschrieben. Durch die Verknüpfung der Leistungen mit Zeitressourcen wird nachvollziehbar, in welchem Umfang Beratungsleistungen mit welchem Fachpersonaleinsatz zu erbringen sind.
- Die Suchtberatungsstellen sind überwiegend regional tätig.
- Überregionale Beratungsstellen haben eine spezifische, zielgruppenbezogene Ausrichtung.

Folgerungen

- Die der Hamburger Bevölkerung zur Verfügung stehenden Suchtberatungsstellen bieten umfassende und zielgruppendifferenzierte Hilfen an, die voraussetzungslos für die Betroffenen zur Verfügung stehen.
- Durch die überwiegend regionale Ausrichtung der Suchtberatung bestehen gute Voraussetzungen für die einzelfallbezogene Kooperation mit angrenzenden Hilfesystemen. Zur Weiterentwicklung der einzelfallorientierten Suchtberatung ist die Kooperation mit angrenzenden Hilfesystemen und Suchtberatungsstellen mit spezifischen Schwerpunktsetzungen zu gestalten.
- Durch die überregionale Ausrichtung einzelner Suchtberatungsstellen werden Spezialisierungen für Zielgruppen mit spezifischem Hilfebedarf möglich.
- Zur Weiterentwicklung der Angebote sind zukünftig Aussagen zur Wirksamkeit der Interventionen zu treffen. Diese sind in Relation zum Hilfebedarf zu betrachten, der je Zielgruppe unterschiedlich sein kann.
- Die zu erreichenden Zielgruppen sowie die angewendeten Verfahren zur Diagnostik und Hilfeplanung sind zukünftig im fachbehördlichen Controlling zu berücksichtigen.

4.1.2 Suchtberatungsstellen mit niedrigschwelligen Hilfen

Die Beratungsstellen mit niedrigschwelligen Hilfen sind seit den 80er Jahren in Hamburg zunächst dort entstanden, wo sich drogenabhängige Menschen konzentriert aufhielten und öffentlicher Drogenkonsum, Drogentodesfälle, Gefährdungen durch offen herumliegende, gebrauchte Spritzen und die zunehmende HIV Prävalenz unter Drogenkonsumentinnen und -konsumenten das Handeln aus gesundheitspolitischen und ordnungspolitischen Gesichtspunkten notwendig machte.

Die offene Drogenszene in Hamburg, die in der Vergangenheit zunächst durch Heroinkonsumentinnen und -konsumenten und später Kokain-/Crackkonsumentinnen und -konsumenten geprägt war, ist heute weitgehend aufgelöst. Erscheinungsformen offener Drogenszenen – wie das sichtbare Konsumieren oder der sichtbare Handel mit Drogen in der Öffentlichkeit – sind heute kaum mehr wahrnehmbar. Ausnahmen sind zeitweise Ansammlungen an niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen, dies insbesondere am Drob Inn. Die weitgehende Auflösung der offenen Drogenszene trägt dazu bei, den Hauptbahnhof und den Stadtteil St. Georg zu entlasten. Nach Aussage der Polizei hat anhaltender Verfolgungsdruck dazu geführt, dass der Handel mit Drogen selbst im konsumentennahen Bereich heute zunehmend konspirativ erfolgt. Häufig geschieht der Verkauf aus Wohnungen oder anderen nicht öffentlichen Bereichen heraus. Insgesamt erfolgt der polizeiliche Kräfteinsatz für die Maßnahmen zur Bekämpfung der öffentlich wahrnehmbaren Drogenkriminalität derzeit lageabhängig, d. h. dass die Polizei auf Veränderungen der Szene mit einem angepassten Kräftekonzept reagiert. Die Auflösung der sichtbaren Drogenszene ist auf abgestimmte gesundheitspolitische und polizeiliche Strategien zurückzuführen. Die Beratungsstellen mit niedrigschwelligen Hilfen für drogenabhängige Menschen haben hieran einen bedeutenden Anteil.

Auch für chronifizierte alkoholabhängige Menschen wurden Beratungsstellen mit solchen Hilfen geschaffen. Den ersten Impuls hierfür hat Ende der 90er Jahre die Situation am Hauptbahnhof gegeben, an dem sich offenbar wohnungslose, suchtmittelkonsumierende Menschen aufgehalten haben.

Die Angebote für niedrigschwellige Hilfen öffnen den Zugang zum Hilfesystem für Menschen mit Suchtmittelproblemen. Sie haben den Auftrag, das Überleben von besonders belasteten und chronifizierten suchtkranken Menschen zu sichern und der Verschlechterung des Gesundheitszustandes entgegenzuwirken, erste medizinische Versorgung anzubieten und Neuerkrankungen u. a. hinsichtlich HIV und Hepatitis C entgegenzuwirken. Während der gesamten Öffnungszeiten wer-

den deshalb Aufenthaltsmöglichkeiten in offenen Bereichen sowie medizinische Erstversorgung und Verpflegungs-, Kommunikations- und Ruheangebote vorgehalten. Der Zugang ist ohne das Vorliegen weiterer Voraussetzungen möglich. Darüber hinaus werden die Konsumentinnen und Konsumenten an ihren Treffpunkten aufgesucht und je nach Bedarf in das Hilfesystem integriert.

Es stehen in Hamburg 5 Beratungsstellen mit niedrigschwelligen Hilfen für überwiegend drogenabhängige Menschen sowie 2 Beratungsstellen für überwiegend von legalen Substanzen abhängige Menschen zur Verfügung. Letztere sprechen chronisch mehrfachbeeinträchtigte Personen mit Alkoholabhängigkeit an, die in unsicheren Wohnsituationen leben.

BERATUNGSSTELLEN MIT NIEDRIGSCHWELLEN HILFEN										
Name der Beratungsstelle/ Träger	Einzugsgebiet	Angebot								
		Alkoholabhängige	Drogenabhängige	Nur für Frauen	Aufenthalts-möglichkeit	Überlebenshilfen	Medizinische Versorgung	Konsumraum	Übernachtung	Nachtöffnung
Drob Inn/ Jugendhilfe e. V.	Region Hauptbahnhof, St. Georg und überregional		X		X	X	X	X	X	X
Abrigado/ Freiraum e. V.	Harburg		X		X	X	X	X		
Ragazza/ Ragazza e. V.	St. Georg, Hauptbahnhof, überregional		X	X	X	X	X	X	X	
Stay Alive/ Jugendhilfe e. V.	Altona, St. Pauli überregional		X		X	X	X	X		
Park-In/ Heilsarmee R.d.ö.R.	Billstedt aufsuchende Arbeit Hauptbahnhof und weiteren Szenepunkte	X			X	X	X			
KODROBS Altona/ Jugend hilft Jugend e. V.	Altona, St. Pauli überregional		X		X	X	X	X		
Lucafé des Lukas Suchthilfezentrums Hamburg-West/ DW Hamburg West/ Südholstein	Hamburg-West	X			X	X	X			

Tabelle 6: Beratungsstellen mit niedrigschwelligen Hilfen

Weil der niedrighschwellige Zugang zu den Hilfen u. a. durch zugesicherte Anonymität gewährleistet werden muss, werden die Nutzerinnen und Nutzer dieser Hilfen über die Anzahl der Inanspruchnahme (Kontakte) in den Einrichtungen gezählt. Sobald sie Beratungsleistungen in Anspruch nehmen, werden sie jedoch im Rahmen der BADO erfasst. Insgesamt wurden 2012 in den sieben Café- und Aufenthaltsbereichen, die den niedrighschwelligigen Beratungsstellen angegliedert sind, 661.310 Kontakte gezählt.

Die Beratungsstelle Park-In, die von der Heilsarmee betrieben wird, befindet sich in Hamburg-Billstedt. Das Angebot der Straßensozialarbeit richtet sich an Betroffene am Hauptbahnhof und anderen (Trinker-) Treffpunkten. Das Angebot wird darüber hinaus von Betroffenen aus der Region um die Beratungsstelle genutzt. Betroffene aus dem gesamten Hamburger Westen werden durch das Lucafé des Diakonischen Werkes Hamburg-West/Südholstein in Lurup angesprochen. Beide Einrichtungen sind sehr gut frequentiert. Der Alkoholkonsum ist dort nicht erlaubt, damit wird die Punktabstinenz der Betroffenen unterstützt und ein erster Schritt zur Bewältigung der Suchtproblematik ermöglicht. Es hat sich jedoch gezeigt, dass ordnungspolitische Ziele – wie das Auflösen von Konsumszenen – durch die niedrighschwelligigen Angebote der Suchthilfe für alkoholbelastete Menschen nicht im gleichen Maß erreicht werden können wie durch niedrighschwellige Angebote für drogenabhängige Menschen. Dies lässt sich insbesondere durch die Legalität des Konsums von Alkohol im öffentlichen Raum erklären.

5 Beratungsstellen mit niedrighschwelligigen Hilfen stehen für Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen zur Verfügung. Diese Beratungsstellen betreiben zusätzlich jeweils einen Drogenkonsumraum (Gesundheitsraum), der für unterschiedliche Konsumformen (intravenös, nasal, inhalieren) geeignet ist. Die Rechtsvorschriften der Hamburgischen „Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen“ vom 25.04.2000 regeln den Betrieb dieser Räume.

Jugendhilfe e. V. betreibt mit dem Drob Inn und dem Drob Inn Nachtcafé in der Nähe des Hauptbahnhofes die größte Beratungsstelle für niedrighschwellige Hilfen mit Konsumraum in Hamburg, die an den Wochentagen und auch in der Nacht bis in die Morgenstunden geöffnet hat. Das Drob Inn ist in das Beratungs- und Gesundheitszentrum St. Georg eingebettet, das zusätzlich noch ein Angebot der stationären Eingliederungshilfe „NOX“ für suchtkranke Menschen vorhält (siehe auch Kapitel 4.2).

Eine Einrichtung mit Drogenkonsumraum, Ragazza (Träger ist Ragazza e. V.), richtet sich ausschließlich an sich prostituierende, drogenabhängige Frauen in St. Georg. Das Ragazza bietet für diese spezielle Zielgruppe Beratung und Informati-

onen über Hilfsangebote sowie Unterstützung beim Ausstieg aus der Szene und Hilfen zum Überleben im Alltag. Auch diese Einrichtung bietet Nachtöffnungszeiten. Die zunehmende Verdrängung der Prostitution aus St. Georg führt dazu, dass die Klientinnen des Ragazza ihrer Tätigkeit weniger sichtbar nachgehen. Die Einrichtung hat sich konzeptionell darauf eingestellt und erreicht ihre Zielgruppe nach wie vor.

Während das Drob Inn und das Drob Inn Nachtcafé sowie das Ragazza drogenabhängige Menschen aus ganz Hamburg ansprechen, wenden sich drei weitere Einrichtungen für niedrigschwellige Hilfen mit Drogenkonsumräumen an Drogenkonsumierende aus den Bezirken Altona, Eimsbüttel, Mitte und Harburg. Betroffene aus anderen Regionen können das Angebot aber ebenfalls jederzeit nutzen.

In Altona (Ottensen) betreibt der Träger Jugend hilft Jugend e. V. die Beratungsstelle KODROBS Altona mit integriertem Konsumraum. Dieses Konsumraumangebot richtet sich vornehmlich an drogenabhängige Frauen und Männer aus dem näheren Umfeld des Hamburger Westens. Ebenfalls in Altona an der Grenze zum Bezirk Mitte, befindet sich das Stay Alive, das im Herbst 2012 von St. Pauli nach Altona-Altstadt verlagert wurde. Das Einzugsgebiet der Klientinnen und Klienten des Stay Alive umfasst insbesondere die weitere Region um die Reeperbahn.

Südlich der Elbe bietet die Suchtberatungsstelle mit niedrigschwelligen Hilfen Abrigado des Freiraum e. V., ebenfalls einen Konsumraum an. Hier besteht ein regionalbegrenzter Versorgungsauftrag für Harburg. Hilfesuchende aus anderen Hamburger Bezirken werden an die anderen Beratungsstellen mit vergleichbarem Angebot weitervermittelt.

Drogenkonsumräume

Auf Grundlage der „Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen vom 25. April 2000“ melden die Träger der Drogenberatungsstellen für niedrigschwellige Hilfen mit integrierten Konsumraum quartalsweise die Daten über die Nutzung der Cafébereiche, die Anzahl der Konsumraumnutzungen sowie die Anzahl der Drogennotfälle in den benannten Einrichtungen an die Fachbehörde.

Die Nutzung der Konsumräume ist von 2001–2007 von 142.000 auf 252.000 stetig angestiegen. Seither ist die Anzahl der Nutzungen – mit Ausnahme des Drob Inn am Hauptbahnhof – wieder rückläufig. Im Jahr 2012 fanden 199.622 Konsumvorgänge in den 5 Konsumräumen statt. Die Drogenkonsumräume bieten sichere Konsumbedingungen. Insbesondere wenn durch den Drogenkonsum lebensbedrohliche Zustände eintreten, kann unmittelbar eine notfallmedizinische Versor-

gung durchgeführt werden. Im Jahr 2012 war dies 147-mal der Fall, Todesfälle sind nicht vorgekommen. Die niedrige Anzahl der Drogentoten in Hamburg ist wesentlich auf den Betrieb der Konsumräume zurückzuführen. Weiterhin binden die Drogenkonsumräume die Klientel an die Beratungsstellen für niedrigschwellige Hilfen, sodass hier weitere unmittelbare Hilfen zur Sicherung des Überlebens und Erhaltung des Gesundheitszustandes sowie zur Risikominimierung im Umgang mit Suchtmitteln geleistet werden können. Aufbauend sind Interventionen zur Bewältigung der Suchtproblematik mit ihren Folgeerscheinungen unmittelbar möglich.

Zusammenfassung

- Die Beratungsstellen mit niedrigschwelligen Hilfen mit Konsumraum für illegale Drogen sind in hohem Maß ausgelastet. Sie leisten Überlebenshilfe und Gesundheitsförderung für drogenabhängige Menschen und sind erste Anlaufstelle einer hochbelasteten Personengruppe. Bezogen auf die illegale Drogenszene erfüllen sie auch einen ordnungspolitischen Auftrag.
- Es werden sowohl niedrigschwellige Einrichtungen mit regionaler als auch mit überregionaler Ausrichtung gefördert.
- Die Ansprache und Versorgung chronifizierter alkoholabhängiger Menschen – bei Schaffung einer alkoholfreien Umgebung – ist ein wichtiger erster Schritt, um hinsichtlich der Bewältigung ihrer Suchtbelastung absichtslose Menschen zu erreichen und die notwendige Hilfe und Motivation zu leisten. Ordnungspolitische Ziele – wie die Auflösung von Szenen – lassen sich dadurch jedoch nicht realisieren.
- Unter regionalen Gesichtspunkten ist festzuhalten, dass südlich der Elbe keine Einrichtung für niedrigschwellige Hilfen für mehrfachbelastete, chronifizierte Alkoholabhängige zur Verfügung steht.

Folgerungen

- Niedrigschwellige Einrichtungen sind ein unverzichtbares Angebot der ambulanten Suchthilfe.
- Im Süden Hamburgs ist die Notwendigkeit eines niedrigschwelligen Angebots für alkoholbelastete Menschen zu prüfen. Dies ist ggf. durch Umstrukturierung innerhalb des jetzigen Angebots- und Kostenrahmens zu ermöglichen. Dabei sind die bisherigen niedrigschwelligen Angebote nach Auslastung und Erreichbarkeit der Zielgruppe am jeweiligen Standort zu berücksichtigen.

4.1.3 Psychosoziale Betreuung für Substituierte (PSB)

Ärztinnen und Ärzte dürfen ein Substitutionsmittel verschreiben, wenn die Behandlung erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen einbezieht.¹⁰⁵ Die Verfügbarkeit von PSB für Substituierte ist deshalb auch Voraussetzung für die Durchführung der durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) geförderten medizinischen Substitutionsbehandlung. Sie fällt jedoch nicht unter die Leistungen der GKV, sondern wird durch Länder und Kommunen finanziert. Darüber hinaus stehen verschiedene Arten der substitutionsbegleitenden Hilfen zur Verfügung, zu denen sowohl kassenfinanzierte Leistungen (wie z. B. Psychotherapie oder psychiatrische Behandlung, Soziotherapie) zählen, als auch Leistungen anderer Kostenträger (wie z. B. medizinische Rehabilitation) oder eben Betreuung und Beratung durch ambulante Suchtberatungsstellen oder gesonderte PSB für Substituierte.

Zum Stichtag 01.10.2012 erhielten 4.265 opiatabhängige Menschen in Hamburg eine Substitutionsbehandlung. PSB erhielten im Jahr 2012 2.264 unterschiedliche Personen durch Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe.

Hamburg hat mit der PSB-Förderrichtlinie vom 05.11.2004 die Förderung von sozialpädagogischer Betreuung in Abgrenzung zu psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungsangeboten geregelt und im Jahr 2007 fortgeschrieben. Im Rahmen der ärztlichen Substitutionsbehandlung erforderliche psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen sind nicht Gegenstand der PSB-Förderrichtlinie. Dies gilt ebenso für andere Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen für Substitutionspatientinnen und -patienten wie die ambulante medizinische Rehabilitation, die Soziotherapie oder Leistungen der Eingliederungshilfe. Diese Angebote dürfen nicht zeitgleich mit zuwendungsgeförderter psychosozialer Betreuung für Substituierte erbracht werden, d. h. die einzelfallbezogene PSB endet mit Nutzung einer dieser Leistungen, offene Angebote können weiterhin genutzt werden.

Mit der PSB-Förderrichtlinie wurde der Wandel von ausschließlich spezialisierten PSB-Einrichtungen hin zur PSB-Förderung in Sucht- und Drogenberatungsstellen bzw. in Beratungsstellen mit ausgewiesenem Schwerpunkt PSB eingeleitet. In der Folge leisten einzelne Suchtberatungsstellen PSB und einige Einrichtungen mit dem Schwerpunkt PSB zusätzliche Suchtberatung – allerdings in geringem Umfang – die sich an Menschen richtet, die nicht substituiert werden.

Ein Träger hält in enger Kooperation mit den 4 Methadonambulanzen PSB in deren Räumen vor. Dies bietet sehr gute Voraussetzungen für den Austausch zwi-

¹⁰⁵ § 5 Abs.2. Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV)

schen Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten und PSB zur Erreichung der Ziele der Substitutionstherapie. Bei auftretenden Problemen im psychosozialen Bereich kann unmittelbar auf das Angebot der PSB zurückgegriffen werden. Einige niedergelassene substituierende Ärzte und Ärztinnen nutzen stundenweise die Räume von Einrichtungen der PSB. Auch dies sichert den Therapieerfolg durch die enge Zusammenarbeit. Die in der PSB-Richtlinie vorgesehene Option für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, ein eigenes Angebot zur PSB vorzuhalten, wird jedoch nicht in Anspruch genommen.

Insgesamt stehen damit an 14 Standorten in Hamburg Angebote zur PSB zur Verfügung. Zusätzlich wird an der Diamorphinambulanz PSB vorgehalten. Die Personalausstattung variiert von einer (an den Methadonambulanzen) bis zu mehr als 6 Fachkraftstellen (bei Einrichtungen, die über offene Treffpunkte verfügen). Wenn Substituierte Leistungen der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte nach dem SGB XII erhalten, wird die PSB durch diese Einrichtungen im Rahmen ihres Auftrages übernommen.

EINRICHTUNGEN MIT DEM SCHWERPUNKT PSB SUBSTITUIERTER

Name der PSB Einrichtung/Träger	Einzugsgebiet	Stundenweise Substitution	Offener Bereich	Vorrangig PSB + Suchtberatung	Vorrangig Suchtberatung + PSB
Diamorphinbehandlung in Kombination mit Substitutionsambulanz Altona/Asklepios	hamburgweit	X			
Die Brücke Conventstraße/ Die Brücke e. V.	Wandsbek und Mitte Hamburgs		X		
Die Brücke Walddorferstraße/ Die Brücke e. V.	Wandsbek		X		
Drob Inn/ Jugendhilfe e. V.	hamburgweit und Mitte	X	X		X
M.A.T und SEEHAUS Harburg/ Therapiehilfe e. V.	Harburg		X		X
M.A.T. West/ Therapiehilfe e. V.	Westen Hamburgs		X	X	
MAEX/ Therapiehilfe e. V.	Osten Hamburgs		X	X	
Palette Bartelsstraße/ Palette e. V.	Sternschanze, Altona, Eimsbüttel		X	X	
PSB Mendelsohnstraße/ Jugend hilft Jugend e. V.	Altona Westen Hamburgs		X		
Stay Alive/ Jugendhilfe e. V.	Altona, St. Pauli Westen und Mitte Hamburgs		X		X

Name der PSB Einrichtung/Träger	Einzugsgebiet	Stundenweise Substitution	Offener Bereich	Vorrangig PSB + Suchtberatung	Vorrangig Suchtberatung + PSB
Substitutionsambulanz Altona (Asklepios)/ Jugend hilft Jugend e. V.	Altona Westen Hamburgs	X			
Substitutionsambulanz Harburg (Asklepios)/ Jugend hilft Jugend e. V.	Süden Hamburgs	X			
Substitutionsambulanz Klinikum Nord (Asklepios)/ Jugend hilft Jugend e. V.	Norden Hamburgs	X			
Substitutionsambulanz Wandsbek (Asklepios)/ Jugend hilft Jugend e. V.	Wandsbek Osten Hamburgs	X			
Viva Wandsbek/ Jugendhilfe e. V.	Borgfelde Osten Hamburgs		X		X

Tabelle 7: Einrichtungen mit dem Schwerpunkt PSB Substituierter

Ziele und Leistungen der PSB

Oberstes Ziel der Substitutionsbehandlung ist die Suchtmittelfreiheit. PSB soll Substitutionspatientinnen und -patienten durch geeignete Unterstützungsmaßnahmen in psychischen, sozialen und lebenspraktischen Bereichen helfen, die psychischen und sozialen Folgen der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen zu erkennen und zu überwinden.

Hilfen können u. a. in den Bereichen Gesundheit, Suchtmittelproblematik, Beikonsum, Wohnen, Arbeit, Freizeit, Finanzen und justizielle Belastung angeboten werden. Hierzu werden in den Konzepten der jeweiligen Einrichtungen entsprechende Aussagen getroffen. PSB soll auch dabei unterstützen, gegebenenfalls benötigte Behandlungsmaßnahmen und Hilfeangebote im Rahmen der regulären sozialen Sicherungssysteme und im umfangreichen Hamburger Hilfesystem anzunehmen, aufzusuchen und eigenständig wahrzunehmen. Maßnahmen der PSB sollen deshalb vorrangig darauf gerichtet sein, die hierfür erforderlichen sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erwerben.

Die Leistungen der Beratungsstellen mit ausgewiesenem Schwerpunkt PSB sind in unterschiedliche Leistungssegmente für die PSB differenziert, die je nach konzeptioneller Schwerpunktsetzung angeboten werden. Ebenso wie in der Suchtberatung ist jedem Leistungssegment in der PSB ein definiertes Zeitbudget zugeordnet, dem die für die Einrichtung verfügbaren Fachkraftstunden gegenüberstehen.

Leistungssegmente der PSB

Offener Bereich mit Informations-, Kontakt- und Aufenthaltsmöglichkeit

Im offenen Bereich haben substituierte Menschen die Möglichkeit, sich mit anderen Betroffenen zu treffen, sich auszutauschen und gegenseitig zu unterstützen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen für Fragen zur Verfügung. Die Nutzung ist nicht zeitlich begrenzt, d. h. die Betroffenen können die offenen Bereiche über den gesamten Zeitraum der Behandlung mit Substituten in Anspruch nehmen.

Einzelbetreuungen

Die Einzelbetreuung ist auf 24 Monate (8 Quartale) befristet. In der Regel wird von einer Betreuungsintensität von bis zu 24 Fachkraftstunden pro Jahr (entsprechend 6 Stunden je Quartal) ausgegangen. Bei intensivem PSB-Bedarf, insbesondere bei Vorliegen schwerwiegender sozialer Desintegration oder schwerwiegender, fachärztlich diagnostizierter, psychischer Komorbidität ist von einem Umfang von rechnerisch bis zu 40 Fachkraftstunden pro Jahr (entsprechend 10 Stunden je Quartal) auszugehen. Dieser intensive PSB-Bedarf muss gesondert gegenüber der Fachbehörde begründet werden. Bei geringem Bedarf an PSB-Einzelbetreuung wird rechnerisch von einem Umfang von 12 Fachkraftstunden pro Jahr (entsprechend 3 Stunden je Quartal) ausgegangen.

In Ausnahmefällen kann eine Langzeitbetreuung notwendig sein, die über die Befristung von 24 Monaten hinausreicht. In diesem Fall können 12 Fachkraftstunden pro Jahr zusätzlich bewilligt werden.

Die Befristung auf 24 Monate gilt nicht für substituierte opiatabhängige Menschen mit regelmäßigem Kontakt zu Kindern.

Gruppenangebote

Alternativ oder zusätzlich zur Einzelbetreuung können Gruppenangebote genutzt werden. Die themenzentrierten Gruppen befassen sich mit dem lebenspraktischen Umgang mit Suchtproblemen, z. B. werden der Umgang mit Suchtdruck und Rückfall oder die Reduzierung des Beigegebrauchs angesprochen und im Gruppenzusammenhang Strategien erarbeitet. Bei suchtbezogenen Gruppen soll eine regelmäßige Gruppengröße von 8 Personen nicht unterschritten und von 12 Personen nicht überschritten werden.

Controlling der Psychosozialen Betreuung für Substituierte

Die Einrichtungen, die im Schwerpunkt PSB leisten, sind zur Berichterstattung auf der Grundlage eines spezifisch auf die PSB ausgerichteten Controllings in fachlicher und rechnerischer Hinsicht verpflichtet sowie zur Berichterstattung im Rahmen der Gewährung von Zuwendungen:

a) Fachdokumentation

Der fachliche Nachweis der PSB-Leistungen gegenüber der Zuwendungsgeberin im Rahmen der Einzelbetreuung erfolgt durch ein vorgegebenes Dokumentationsschema (PSB-Fachdokumentation). Die notwendigen Daten werden einzelfallorientiert erhoben und einrichtungsbezogen aggregiert jährlich der Fachbehörde mitgeteilt.

b) Rechnerisches Controlling

Der rechnerische Nachweis der PSB-Leistungen zur Einzelbetreuung erfolgt durch eine Quartalsübersicht, die Angaben enthält, aus denen auf die Inanspruchnahme des Betreuungszeitraums im Einzelfall geschlossen werden kann.

c) Sachberichte

In die jährlichen Sachberichte fließen alle wesentlichen einrichtungsbezogenen fachlichen und strukturellen Entwicklungen mit Bezug zur Konzeption und zur Leistungsvereinbarung sowohl die einrichtungsbezogenen Auswertungen der BADO und die Leistungsdokumentation ein.

Bei der Auswertung der jährlichen Sachberichte der Träger zu den PSB-Einrichtungen wird deutlich, dass:

- die 6 offenen Bereiche sehr gut frequentiert werden,
- insbesondere intensive Einzelbetreuung im Segment H 40 (40 Fachkraftstunden) jährlich nicht im erwarteten Maß durch die Betroffenen in Anspruch genommen wird,
- sich der Anteil derjenigen, die in geringerem Stundenumfang beraten werden, höher als erwartet ist,
- Gruppenangebote eher unregelmäßig und mit kleiner Teilnehmerzahl wahrgenommen werden,
- ein kleiner Anteil der Klientinnen und Klienten (2011 waren es 69) in weiterführende Hilfen im Rahmen von ambulanter oder stationärer Therapie vermittelt werden.

Dies lässt den Schluss zu, dass Klientinnen und Klienten die PSB eher anlassbezogen und bedarfsorientiert in Anspruch nehmen bzw. die offenen Angebote zur Alltagsbewältigung nutzen. Die Fachdokumentation bestätigt diese Entwicklung.

Finanzierung von Psychosozialer Betreuung für Substituierte

Nach der gegenwärtigen Rechtsauffassung des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, konkretisiert in der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung vom 17.12.2009), fällt die nach der BtMVV vorgesehene psychosoziale Betreuung nicht unter die Leistungspflicht der GKV. Die Kosten für die PSB als Leistung der Suchthilfe werden durch die Länder entweder im Rahmen von Zuwendungen an Träger der Suchthilfe oder durch Vereinbarungen nach §75 Abs. 3 SGB XII als Leistung der Eingliederungshilfe für seelisch Kranke (Suchtkranke) finanziert.

In Hamburg wird die PSB derzeit aus Zuwendungsmitteln gefördert. Es ist möglich, dass auch hier künftig Leistungen zur PSB auf Grundlage von Vereinbarungen nach dem SGB XII zur Eingliederungshilfe für seelisch kranke Menschen geschlossen werden. Diesbezügliche Verhandlungen waren nach einem Gerichtsbeschluss, der durch einen Suchthilfeträger erwirkt wurde, aufzunehmen. Fachpolitisch ist kritisch zu hinterfragen, ob dies vor dem Hintergrund des bereits gut ausgebauten zuwendungsgeförderten Angebotes von PSB sinnvoll ist. Dagegen sprechen:

- Der zusätzliche bürokratische Mehraufwand für Beantragung und Bewilligung der einzelfallbezogenen Leistungen, der für die Betroffenen eine höhere Zugangsschwelle bedeutet,
- die zu erwartenden Kostensteigerungen,
- die gegenüber den zuwendungsfinanzierten Einrichtungen geringeren fachbehördlichen Steuerungsmöglichkeiten,
- die absehbare Finanzierung der Leistungen der PSB nach SGB XII zu Lasten der zuwendungsgeförderten PSB.

Substituierte opiatabhängige Klientinnen und Klienten der Suchthilfe

Die Auswertung der BADO 2011 hat einen Focus auf die Auswertung der Daten substituiertes Klientinnen und Klienten der Suchthilfe (d. h. von ambulanter Suchthilfe sowie von Eingliederungshilfe) gelegt. Insgesamt wurden 2011 4.668 opiatabhängige Menschen betreut. Davon waren 3.353 Personen substituiert, dies sind mehr als drei Viertel der Substituierten in Hamburg. 2.127 der doku-

mentierten Personen erhielten PSB für Substituierte. Fast die Hälfte der Substituierten haben mehr als 5 Jahre Substitutionserfahrung. Zusätzlich kann festgehalten werden, dass die Anzahl der unterschiedlichen PSB-Betreuten nach einem Anstieg bis zum Jahr 2007 bei ca. 2.100 Personen stagniert. Der Rückgang der Menschen in Substitutionsbehandlung von 5.060 Personen in 2010 auf 4.528 Personen in 2011 hat nicht zu einem Rückgang an PSB-Betreuten geführt.

Im Verlauf der Behandlung stabilisiert sich ihre Wohnsituation zunehmend. Die justizielle Belastung nimmt ab. Bezüglich der Substanzen Heroin, Kokain und Crack weisen die Substituierten, die die ambulante Suchthilfe in Anspruch nehmen, geringeren Konsum auf als Nicht-Substituierte. Allerdings werden die Substanzen Alkohol, Cannabis und Sedativa in größerem Umfang konsumiert. Das heißt 56 % der Substituierten konsumieren Alkohol, 50 % Cannabis und ca. 43 % nehmen Sedativa oder Hypnotika. Ein kleinerer Anteil nimmt aber auch zusätzlich Heroin (ca. 30 %) und Crack (25 %).

Das weist zum einen darauf hin, dass mit der Substitution für viele eine Herauslösung aus der harten Drogenszene stattfindet, denn die überwiegend genutzten Suchtmittel sind außerhalb der harten Drogenszene bzw. legal zu erwerben. Aber es deutet auch darauf hin, dass die Suchtmittelabhängigkeit bezogen auf andere Substanzen als Opiate durch die Substitution in vielen Fällen nicht bewältigt wird.

Die körperliche Verfassung ist eher schlechter als bei den Nicht-Substituierten, was u. a. damit zu erklären ist, dass ein großer Teil (drei Viertel) der langfristig Substituierten mit HIV und Hepatitis C infiziert ist.

Die Anzahl der arbeitenden Menschen ist bei den bis zu 3 Jahre Substituierten höher als bei den Nicht-Substituierten, nicht jedoch bei jenen, die länger in der Behandlung sind.

Weiterhin sehen sich mehr Substituierte in der ambulanten Suchthilfe (ca. 35 %) „extrem psychisch belastet“ als Nicht-Substituierte (ca. 26 %). Hier ist mit der Dauer der Substitution kein Unterschied festzustellen. Die kurzzeitig Substituierten erhalten trotz hoher psychischer Belastung weniger Psychopharmaka als längerfristig Substituierte.

Es wird weiterhin deutlich, dass es sich bei den substituierten Opiatabhängigen, die die Angebote der Suchthilfe in Anspruch nehmen, um keine heterogene Gruppe handelt. Ein Teil der Substituierten erreicht im Rahmen der Substitution den Ausstieg aus der Drogenszene und den Einstieg in ein sozial integriertes Leben, dies insbesondere in den ersten Jahren nach Beginn der Substitution. Ziel der Suchthilfe ist es bezogen auf diese Gruppe, im Rahmen der Behandlung und Betreuung den Ausstieg und die Integration aktiv zu begleiten und zu fördern.

Insbesondere hochbelastete und langjährig Substituierte nehmen über viele Jahre immer wieder die Suchthilfe in Anspruch. Bezogen auf diese Gruppe richten sich die Ziele der Suchthilfe darauf, Teilhabe zu ermöglichen, Verschlechterungen des Zustandes zu verhindern und die Nutzung weiterführender Hilfe (z. B. medizinische, auch psychiatrische Versorgung) aktiv zu unterstützen. Unterstützung findet diese Einschätzung durch die PREMOS Studie zum Langzeitverlauf der Substitution, die zu dem Schluss kommt, dass langfristige Substitution – ähnlich wie andere schwere chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, Schizophrenie) – als komplexer Prozess im Zeitverlauf zu beschreiben ist. Auf Stadien günstiger Symptom- und Beschwerdelage scheinen immer wieder krisenhafte Zuspitzungen zu folgen.¹⁰⁶

Substituierte opiatabhängige Menschen mit Kindern

Seit mehreren Jahren nimmt die ambulante Suchthilfe ihre Klientinnen und Klienten auch als Eltern mit ihren besonderen Anforderungen wahr und achtet auf das Wohl der Kinder. Die Lebenssituation von Kindern Substituierter ist seit den Bremer Erkenntnissen über die Drogenexposition von Kindern Substituierter und besonders seit dem Todesfall des Mädchens Chantal in Hamburg in der öffentlichen und fachpolitischen Diskussion.

Die Sonderauswertung der BADO 2011 hat deshalb auch die Situation opiatabhängiger, substituierter Menschen mit Kindern betrachtet, die von der ambulanten Suchthilfe in Hamburg betreut werden. Vorab ist festzuhalten, dass Opiatabhängige mit und ohne Substitution eine stabilere Lebenssituation aufweisen, wenn sie mit Kindern im eigenen Haushalt zusammenleben. Dies soll aber nicht dahingehend verstanden werden, dass Kinder vorrangig als suchstabilisierend für die Eltern betrachtet werden. Das Kindeswohl steht in einer solchen Abwägung fachlich immer im Vordergrund.

Von den in der ambulanten Suchthilfe betreuten substituierten Opiatabhängigen lebten im Jahr 2011 343 (13 %) mit Kindern zusammen, wobei Frauen zu einem deutlich größeren Anteil (18 %) mit Kindern zusammenlebten als Männer (9 %). Vergleicht man substituierte opiatabhängige Menschen mit Kindern mit jenen ohne Kinder, dann ist festzustellen, dass die mit Kindern in einer besseren bzw. stabileren sozialen Lage sind. Dennoch muss davon ausgegangen werden, dass viele von ihnen hochbelastet sind:

106 Wittchen, H.-U. et al (2011): Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie & Center of Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies, Technische Universität Dresden.

- 96 % aller Substituierten mit Kindern leben in eigenem Wohnraum, bei denjenigen ohne Kinder trifft dies nur auf 72 % zu.
- Mehr als ein Viertel der substituierten Eltern geht einer geregelten Beschäftigung nach, im Vergleich zu 15 % der Klientinnen und Klienten, die nicht mit ihren Kindern zusammenleben.
- 78 % der substituierten Eltern mit Kindern im Haushalt haben deutlich häufiger eine(n) feste(n) Partner(in) als Substituierte ohne Kinder (36 %).
- Auch ist der Anteil an Partnerinnen und Partnern mit Suchtproblemen geringer (43 %), wenn Kinder mit im Haushalt leben, als bei den Substituierten ohne Kinder im Haushalt (60 %).
- Weiterhin haben Substituierte, die mit Kindern zusammenleben, mehr verlässliche Freunde und Bekannte (64 %) als diejenigen ohne Kinder (42 %).

Der Anteil der Substituierten, die Alkohol und Drogen konsumierten, ist bei jenen, die mit Kindern zusammenleben, deutlich geringer als bei den Substituierten ohne Kinder. Allerdings zeigt sich auch, dass immer noch ein Viertel der Substituierten mit Kindern im Haushalt Heroin konsumiert. Jeweils ein Zehntel der Substituierten mit Kindern gebraucht Kokain oder Crack.

Viele Kinder von opiatabhängigen Substituierten, die von der Suchthilfe betreut werden, wachsen in einem Umfeld auf, in dem ihre Entwicklung besonderen Gefährdungen ausgesetzt ist. Die Tatsache, dass die betroffenen Personen Angebote der Suchthilfe nutzen, weist darauf hin, dass sie bezüglich ihrer Suchterkrankung Unterstützung suchen. Damit ist eine gute Voraussetzung für Veränderungen und Verbesserungen – auch der Situation der Kinder – gegeben. Aber es sind zur Wahrnehmung des Erziehungsauftrages und zur Abwendung möglicher Kindeswohlgefährdungen auch spezifische Hilfen notwendig, wie sie das SGB VIII vorsieht.

Es wird sehr deutlich, dass es notwendig ist, die Lebenssituation der Kinder gemeinsam mit den Eltern im Blick zu behalten. Hier ist die Suchthilfe auf die Zusammenarbeit mit den substituierenden Ärztinnen und Ärzten und insbesondere mit der Jugendhilfe angewiesen. Die im Juli 2013 abgeschlossene Kooperationsvereinbarung zwischen den substituierenden Ärztinnen und Ärzten, der PSB und den ASD hat die Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Behandlungsangeboten und der Suchthilfe verbessert und die Aufmerksamkeit für die Situation der Kinder der Patientinnen und Patienten deutlich erhöht. Auch gehen die Suchthilfe und substituierende Ärztinnen und Ärzte verstärkt auf die ASD zu.

Substituierte opiatabhängige Menschen ohne Psychosoziale Betreuung

Im Rahmen einer Untersuchung des Gesundheitsamtes der Freien Hansestadt Bremen wurden alle Substituierten einer Bremer Schwerpunktpraxis befragt, auch jene, die keine weiteren Angebote der Suchthilfe (z. B. PSB) in Anspruch nahmen.¹⁰⁷ Als Ergebnis wird dort festgehalten, dass die Bandbreite der Substituierten von voll Berufstätigen reicht, die in niedriger Dosierung substituiert werden, keinen Beigebrauch haben und sozial weitgehend integriert sind, bis zu Schwerstabhängigen mit langjähriger Drogenkarriere, massivem Beigebrauch verschiedener Suchtmittel und starken gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen.

Zusammenfassung

- Für substituierte Menschen in Hamburg besteht ein umfassendes und differenziertes Angebot zur PSB, das aus Zuwendungsmitteln gefördert wird.
- Mehr als 50 % der substituierten opiatabhängigen Menschen in Hamburg erhalten Leistungen zur PSB.
- PSB wird durch Suchtberatungsstellen, in den Suchtambulanzen und durch ambulante Suchthilfeeinrichtungen mit Schwerpunkt PSB durchführt. Sofern Substituierte Leistungen der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte nach SGB XII in Anspruch nehmen, wird die PSB hier geleistet.
- Der größte Anteil der opiatabhängigen Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchthilfe ist substituiert.
- Von den Leistungen der Suchtberatungsstellen unterscheidet sich PSB durch:
 - den Auftrag aus der BtMVV und den Ausführungen des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen,
 - den sich daraus ergebendem engen Abstimmungsbedarf zwischen Suchthilfe und substituierenden Ärztinnen und Ärzten und
 - die besonders intensive Form der Einzelfallbetreuung.
- Bei ca. 13 % der substituierten, opiatabhängigen Menschen leben Kinder im eigenen Haushalt. Diese Kinder sind erhöhten Gefährdungen ausgesetzt.
- Aufgrund der Heterogenität der Gruppe der Substituierten unterscheidet sich auch der Hilfebedarf durch die Suchthilfe. Dieser reicht von der ausstiegsori-

107 Carneiro-Alves, E., Schmidt, F. (2010): Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Bremen – Ergebnisse einer PatientInnenbefragung in einer Bremer Schwerpunktpraxis. GBE-Praxisbericht. Gesundheitsamt Bremen.

entierten Vermittlung in weiterführende Behandlung bis zu niedrigschwelligen Hilfen zur Alltagsbewältigung und gesundheitlichen Versorgung.

Folgerungen

- Die jährlichen Sachberichte zur PSB sind um steuerungsrelevante Aspekte wie die Anzahl der betreuten Klientinnen und Klienten zu ergänzen. Vor diesem Hintergrund ist das PSB Fachcontrolling einzustellen, um entbehrliche Dokumentationspflichten zu vermeiden.
- Bei den substituierten opiatabhängigen Menschen handelt es sich um eine heterogene Gruppe. Es ist zu klären, ob und wie die Hilfen zielgruppengerecht differenziert werden können, so dass
 - jene, für die der Ausstieg aus der Suchtmittelabhängigkeit möglich ist, Zugänge zu weiterführenden Behandlungsformen erhalten und hierbei aktiv begleitet werden, z. B. indem dieses Angebot der PSB als gesondertes Leistungssegment im Rahmen von qualifizierten Beratungsstellen vorgehalten wird.
 - die substituierten Menschen in prekären gesundheitlichen und psychischen Lagen Hilfen zur Verhinderung der Verschlechterung und zur sozialen Integration erhalten, in dem Treffpunkte mit Gruppenangeboten und punktueller Beratung zeitlich unbefristet vorgehalten werden. Dabei soll die stabilisierende und tagesstrukturierende Wirkung der offenen Anlaufstellen für Substituierte gesichert werden.
- Es ist zu berücksichtigen, dass ein Teil dieser Klientinnen und Klienten sowohl Angebote der Suchthilfe als auch der PSB annimmt oder annehmen könnte. Hier gilt es, beide Leistungssegmente im Rahmen der neuen regionalen Verantwortung stärker ergänzend und kompensatorisch zusammenzuführen.
- Zu definieren ist, wann Befristungen der Einzelfallbetreuungen weiterhin sinnvoll sind und wenn ja, bezogen auf welche Zielgruppe.
- Der Anspruch, gemeinsam mit substituierten Eltern und den Kooperationspartnern der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens Kindern ein gesundes Aufwachsen in ihren Familien zu ermöglichen, ist verstärkt einzufordern.
- Ziel ist es, die bestehende Förderrichtlinie zur PSB zu überarbeiten. Dies erfolgt in einem fachlichen Diskurs mit den an der Substitution beteiligten Institutionen, wobei die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen sind.

4.1.4 Standorte der ambulanten Suchthilfe in Hamburg

Die derzeitigen Vereinbarungen mit den Trägern der ambulanten Suchthilfe sind so gestaltet, dass die überwiegende Anzahl der Angebote regional ausgerichtet ist. Auf Seiten der Klientinnen und Klienten besteht Wahlfreiheit, sie können auch Einrichtungen in anderen Stadtteilen oder Bezirken aufsuchen. Diese regionale Ausrichtung betrifft „niedrigschwellige Suchtberatungsstellen“, „Suchtberatungsstellen“, „Psychosoziale Betreuung“ sowie die „regionalen Suchtberatungsangebote für Jugendliche und junge Erwachsene“. Etwa zwei Drittel der Fachkraftstunden der ambulanten Suchthilfe stehen für Angebote mit regionaler Ausrichtung zur Verfügung. Es ist davon auszugehen, dass die regional ausgerichteten Einrichtungen auch sehr gute Voraussetzungen für die Kooperation mit anderen regional tätigen Institutionen haben, durch die für die Hilfesuchenden einzelfallorientierte Hilfeleistungen – über das Suchthilfesystem hinaus – gewährleistet werden können. Insofern ist es erstrebenswert, dass die überwiegende Anzahl der Ratsuchenden ein solches Angebot in Anspruch nehmen kann. Einzelne regionale Suchtberatungsstellen bieten zusätzliche spezialisierte Leistungen an, die von Klientinnen und Klienten aus ganz Hamburg genutzt werden können.

In etwa ein Drittel der Fachkraftstunden der ambulanten Suchthilfe stehen für Angebote zur Verfügung, die überregional ausgerichtet sind. Dazu gehören:

- die externe Beratung in Haft
- eine Beratungsstelle für 15- bis 35-Jährige und pathologisches Glücksspielen bezogen auf alle Altersgruppen
- eine Beratungsstelle für pathologisches Glücksspielen
- die frauen- und Mädchenspezifischen Beratungsstellen
- zwei niedrigschwellige Kontakt- und Beratungsstellen
- die PSB an den Suchtambulanzen
- die zentrale Suchtberatungsstelle für Kinder und Jugendliche

Die überregionalen Angebote richten sich an Menschen, die nicht in ihren Stadtteilen durch die Suchthilfe zu erreichen sind (Inhaftierte, Suchtmittelkonsumierende die Szenetreffpunkte aufsuchen, Patientinnen und Patienten der PSB-Ambulanzen) oder sie richten sich an eine kleinere Zielgruppe mit einem spezifischen Hilfebedarf wie sehr junge suchtgefährdete und suchtmittelabhängige Menschen oder traumatisierte Frauen.

Die folgende Abbildung gibt eine Übersicht über alle zuwendungsfinanzierten Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe. Im Schaubild ist die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr dargestellt. Die Entfernung der Stadtteile zur nächsten Suchtberatungsstelle mit regionaler Ausrichtung geht aus der farblichen Markierung hervor. Weiterhin sind die Metrobus-, S- und U-Bahnlinien im Schaubild dargestellt.

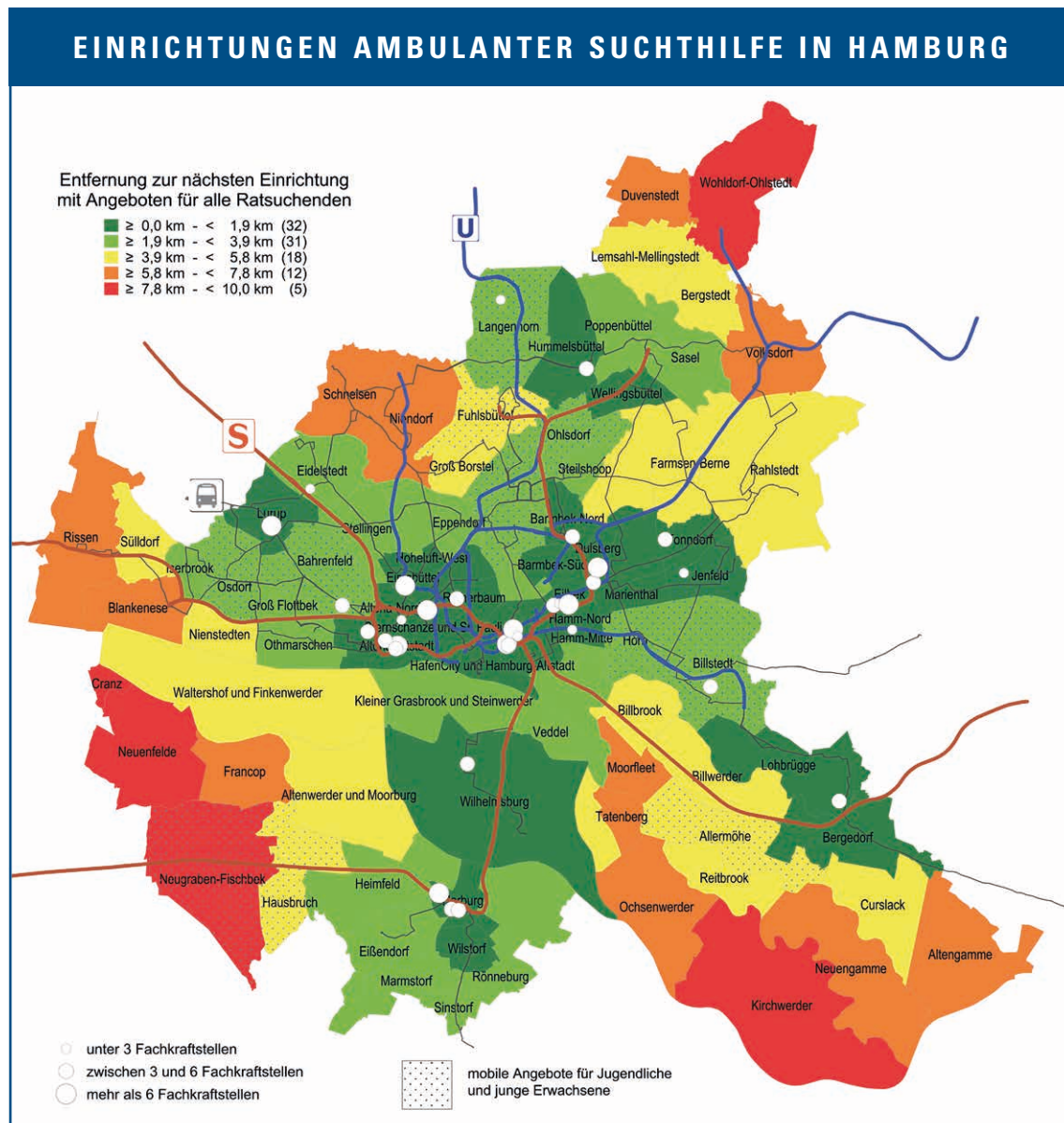


Abb. 10: Standorte der Einrichtungen ambulanter Suchthilfe in Hamburg und Entfernung zur nächsten regionalen Einrichtung, die sich an alle Ratsuchenden mit Suchtproblemen wendet¹⁰⁸

108 Martens, M., Neumann, E. (2012): Sonderauswertung der BADO zur regionalen Herkunft der Klientinnen und Klienten der Suchthilfe 2009 und 2011 für die BGV. Hamburg, September 2012.

Deutlich wird, dass alle Suchtberatungsangebote in Hamburg mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreicht werden können. Damit ist eine gute Voraussetzung dafür gegeben, dass sie durch alle betroffenen Hamburgerinnen und Hamburger wahrgenommen werden könnten. Die größten Entfernungen zu den Beratungsstellen sind im Süden und im Osten Hamburgs zu überwinden.

Durchschnittlich stehen für je Tausend Hamburgerinnen und Hamburger 114 Fachkraftstunden für regional ausgerichtete Suchtberatung zur Verfügung. Diese Stunden lassen sich vorläufig 3 Regionen zuordnen:

- West (Altona, Eimsbüttel)
- Nord-Ost (Hamburg-Nord, Wandsbek)
- Mitte-Süd (Hamburg-Mitte, Harburg und Bergedorf)

Wenn man der Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner dieser Regionen die jeweils regional ausgerichteten Fachkraftstunden gegenüberstellt, dann wird deutlich, dass die Region West im Verhältnis zum Bevölkerungsanteil über mehr Stunden verfügt, als und die Regionen Nord/ Ost und Mitte/ Süd.

ANTEIL DER FACHKRAFTSTUNDEN NACH REGIONEN

Region	Bevölkerungsanteil	Fachkraftstundenanteil
West	29 %	41 %
Nord-Ost	39 %	32 %
Mitte-Süd	32 %	27 %

Tabelle 8: Anteil der Fachkraftstunden nach Regionen¹⁰⁹

Im Kapitel 2 ist auf die Zusammenhänge zwischen Armut bzw. Arbeitslosigkeit und Gesundheit sowie Suchtverhalten hingewiesen worden. Das ZIS hat im Rahmen seiner Regionalauswertung sichtbar gemacht, welche Stadtteile überdurchschnittlich von Arbeitslosigkeit betroffen sind und welche dieser Stadtteile durch die Suchthilfe über- bzw. unterdurchschnittlich erreicht werden.¹¹⁰ Abbildung 11 zeigt, dass die überwiegende Anzahl der Stadtteile mit überdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit überproportional durch die Suchthilfe erreicht wird. Dies trifft aber nicht auf alle zu, einige belastete Stadtteile weisen einen unterdurchschnittlichen Anteil an Klientinnen und Klienten der Suchthilfe auf. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Bemühungen verstärkt werden sollten, die Menschen mit Suchtprob-

¹⁰⁹ Eigene Auswertung.

¹¹⁰ Als Indikator hierfür wurde der überdurchschnittliche Anteil Arbeitsloser in der Bevölkerung eines Stadtteils genutzt. Zu erwarten ist, dass der Hilfebedarf dort mindestens ebenso hoch oder höher ist wie in anderen Stadtteilen (siehe auch Kapitel 2).

lemen aus diesen Stadtteilen zu erreichen. Dies betrifft die (in der Abb. 11 gelb markierten) Stadtteile Rahlstedt, Hausbruch, Heimfeld, Eißendorf, Wilsdorf, Eilbek, Hamm-Nord,¹¹¹ Ottensen und Neustadt. Die Stadtteile liegen überwiegend im Hamburger Osten und Südwesten.

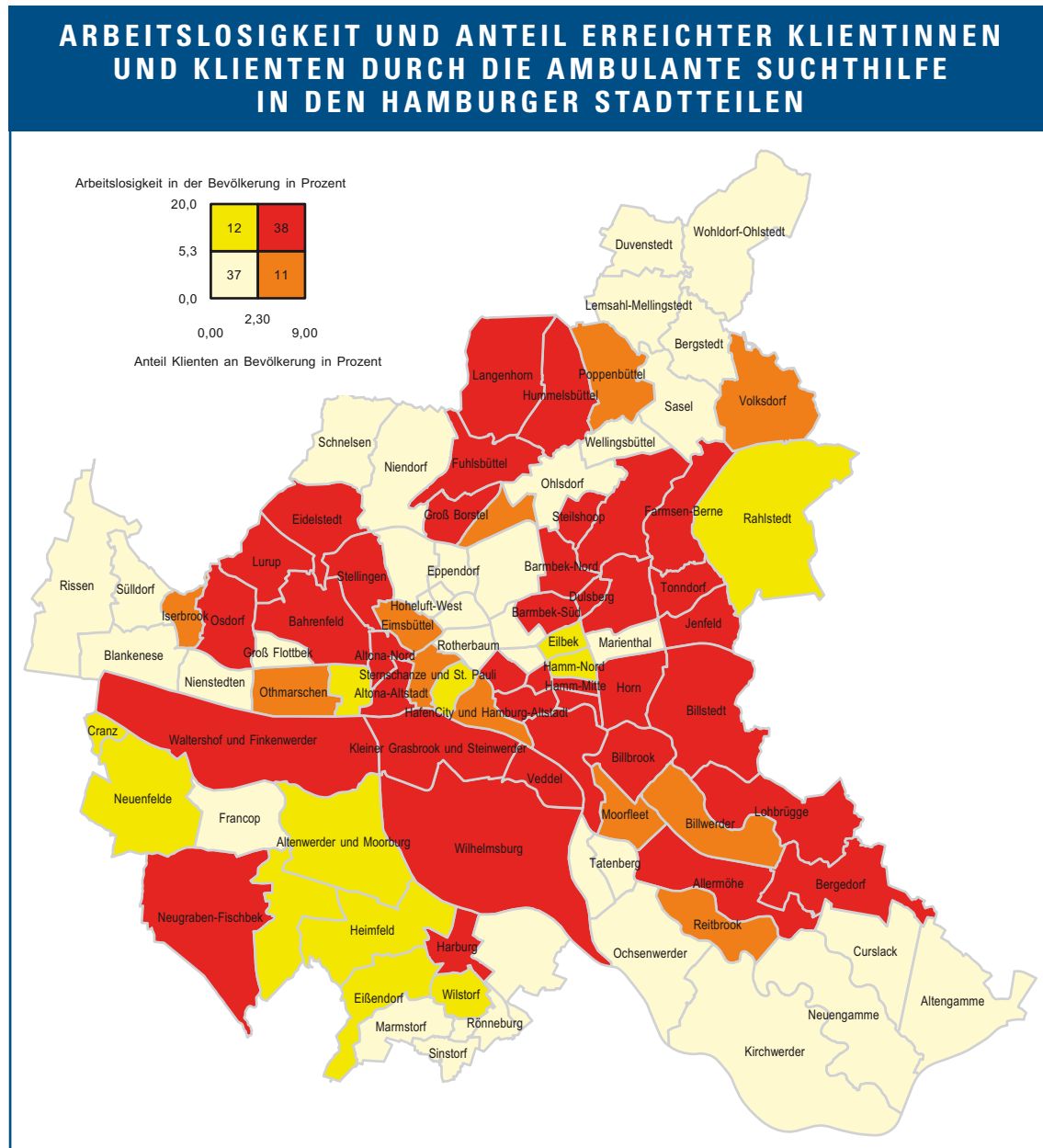


Abb. 11: Arbeitslosigkeit und Anteil erreichter Klientinnen und Klienten durch die ambulante Suchthilfe in den Hamburger Stadtteilen¹¹²

111 Der Stadtteil Hamm wird seit dem 01.01.2011 nicht mehr in Hamm-Nord, Hamm-Mitte und Hamm Süd unterteilt. Die Auswertung des ZIS orientiert sich an der in 2010 gewählten Darstellungsform.

112 Martens, M., Neumann, E: Sonderauswertung der BADO zur regionalen Herkunft der Klientinnen und Klienten der Suchthilfe 2009 und 2011 für die BGV. Hamburg, September 2012.

Aufgrund der unterschiedlichen Reichweite der Suchthilfe in belasteten Stadtteilen und der unterschiedlichen Verfügbarkeit von Fachkraftstunden in den Regionen wird bei der geplanten Regionalisierung eine entsprechende räumliche Einteilung festzulegen sein. Es sollen nicht mehr als 3 bis 5 Regionen gebildet werden.

Zusammenfassung

- Eine ambulante Suchthilfe, die die betroffenen Menschen mit ihren Multiproblemlagen in den Mittelpunkt stellt, bedarf der systematischen Kooperation mit weiterführenden Hilfeangeboten, die auch außerhalb der Suchthilfe liegen, so z. B. der Jugendhilfe, den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, den Standorten des Jobcenters t.a.h. Diese Kooperationspartner haben überwiegend eine regionale Ausrichtung bzw. einen regionalen Versorgungsauftrag.
- Die Mehrzahl der für Suchtberatung zur Verfügung stehenden Fachkraftstunden stehen in Einrichtungen zur Verfügung, die eine regionale Ausrichtung haben. Betrachtet man die regional eingesetzten Fachkraftstunden für ambulante Suchthilfe, so ist ein Schwerpunkt im Hamburger Westen festzustellen. Der Hamburger Nord-Osten und Mitte-Süd verfügt, orientiert an der Einwohnerzahl, über weniger regional eingesetzte Fachkraftstunden.
- Die überregionalen Angebote haben da ihre Berechtigung, wo Menschen außerhalb ihrer Wohngegend durch die Suchthilfe zu erreichen sind oder kleinere Zielgruppen mit spezifischem Hilfebedarf angesprochen werden sollen.
- Die ambulante Suchthilfe erreicht die überwiegende Anzahl der Stadtteile mit überdurchschnittlich hohen sozialen Belastungen in überdurchschnittlichem Maß. Wenige Stadtteile mit hoher sozialer Belastung werden jedoch unterdurchschnittlich durch die ambulante Suchthilfe erreicht.
- Um die Verfügbarkeit und Orientierung der ambulanten Suchthilfe hinsichtlich der Reichweite der belasteten Zielgruppe sicherzustellen, ist eine Regionalisierung durch eine entsprechende räumliche Einteilung festzulegen.

Folgerungen

- Um die differenzierten und einzelfallorientierten Leistungen des ambulanten Suchthilfesystems in ausreichendem Maß für alle Stadtgebiete präsent zu machen, sind regionale Zuständigkeiten und die entsprechende Verantwortlichkeit festzulegen. Dazu müssen Versorgungsregionen definiert werden, für die die Suchthilfeeinrichtungen jeweils einen Versorgungsauftrag übernehmen. Dazu gehört auch die Verantwortung für die systematische und regional orientierte Vernetzung mit anderen Hilfesystemen, um die federführende Fallverantwort-

lichkeit der jeweiligen Einrichtung wahrnehmen zu können. Dabei ist im Rahmen der Ressourcenverantwortung der Träger eine Verlagerung von Fachkraftstunden nicht auszuschließen. Die dafür notwendigen Kriterien sind durch die Fachbehörde festzulegen.

- Einrichtungen mit überregionaler Ausrichtung können weiterhin sinnvoll sein. Dabei ist auch die bestehende regionale Zusammensetzung der Klientinnen und Klienten dieser Einrichtungen zu berücksichtigen.
- Die Festlegung zur Neugestaltung der regional orientierten Versorgung mit ambulanter Suchthilfe erfolgt aufgrund der folgenden Kriterien:
 - a) Beschreibung des Versorgungsgebiets,
 - b) Beschreibung der notwendigen Angebote,
 - c) Darstellung der erforderlichen Vernetzungsstrukturen zur Realisierung einzel-fallbezogener Hilfen,
 - d) Ermittlung der notwendigen Anzahl der Fachkräfte je Versorgungsgebiet.
- Dazu sind vertiefende, auf die einzelnen Regionen bezogene Analysen vorzunehmen. Auf dieser Basis sind die Entscheidungen zu treffen, wie die örtlichen Zuständigkeiten und fachlichen Schwerpunktsetzungen einzelner Einrichtungen innerhalb eines definierten Versorgungsgebietes und die Überleitung einzelner überregionaler Angebote der ambulanten Suchthilfe in regionale Angebote ausgestaltet sein sollen.
- Es bedarf dabei der engen Beteiligung der Suchthilfeträger. Ziel ist, diesen Prozess in gemeinsamer Verantwortung zu gestalten.

4.1.5 Qualitätssicherung und -entwicklung der zuwendungsgeförderten ambulanten Suchthilfe

Die fachbehördliche Steuerung ist zum einen geprägt durch die gesetzlichen und politischen Vorgaben, zum anderen von der Überzeugung, dass sich eine Weiterentwicklung der Qualität nur dann bewirken lässt, wenn die Leistungsanbieter einbezogen sind.

Ein wesentlicher Baustein für die Qualitätsentwicklung ist deshalb die mit den Trägern der ambulanten Suchthilfe vereinbarte Rahmenvereinbarung über Qualitätsstandards. Sie beschreibt sowohl die strukturellen als auch die fachlichen Qualitätsstandards zum Betrieb von ambulanten Suchthilfeangeboten. Zu deren Einhaltung verpflichten sich sowohl die Trägerorganisationen als auch die Fachbehörde.

Die erste Rahmenvereinbarung über Qualitätsstandards wurde 1996 abgeschlossen. Sie gilt jeweils für 3 Jahre und wird regelmäßig überprüft und aktualisiert, zuletzt 2011 für die Jahre 2012 bis 2014. In Teilen sind die in der Rahmenvereinbarung definierten Standards noch durch zusätzliche Vereinbarungen unterfüttert worden.

Fachrat Drogen- und Sucht

Auf Grundlage der Rahmenvereinbarung arbeitet der „Fachrat Drogen und Sucht“, der sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Träger der ambulanten Suchthilfe in Hamburg zusammensetzt. Er begleitet die Umsetzung der Rahmenvereinbarung und berät die Fachbehörde in Grundsatzfragen zur Fortentwicklung der Sucht- und Drogenhilfe. Das Gremium tritt auf Einladung der Leitung der Fachabteilung Drogen und Sucht in der Regel alle 2 Monate zusammen. Projektbezogen werden befristete Arbeitsgruppen eingesetzt. Die Aufgabe des Fachrates Drogen und Sucht ist es, Entwicklungsbedarfe zu erkennen, zu analysieren und unmittelbar in die Tätigkeit der Einrichtungen zu integrieren. Er hat sich in hohem Maß zur fachpolitischen Steuerung und Weiterentwicklung der Suchthilfe bewährt.

Basisdatendokumentation der ambulanten Suchthilfe

Alle Unterzeichner der Rahmenvereinbarung nehmen an der BADO teil. Hier werden klientenbezogene Daten gesammelt und durch den BADO e. V. mit sehr hohem Anspruch an den Datenschutz ausgewertet, so dass eine Rückverfolgung zu den einzelnen Klientinnen und Klienten nicht möglich ist. Der BADO e. V. wird zu gleichen Teilen aus freien Trägern der Suchthilfe und der Fachbehörde getragen, so dass für Transparenz bei der Auswertung der Daten gesorgt ist. Die gewonnenen Daten fließen unmittelbar in das trägerinterne Qualitätsmanagement ein. Die Fachbehörde nutzt die Daten zur Steuerung und Weiterentwicklung der Suchthilfe. So haben die Ergebnisse der BADO zu erhöhter Aufmerksamkeit für die Belange suchtkranker Eltern und ihrer Kinder geführt, ebenso wie zu den Themenfeldern Wohnen, Arbeiten und Migration. Seit 2011 dokumentieren auch die Einrichtungen der Eingliederungshilfe in der BADO (siehe Kapitel 4.2).

Steuerung der Qualität über Zuwendungsbescheide und -verträge

Zur Gewährung der Zuwendungen zur Förderung der ambulanten Suchthilfe werden Zuwendungsbescheide erteilt oder Zuwendungsverträge abgeschlossen. In den einzelnen Zuwendungsbescheiden bzw. -verträgen sind neben den Leistungsbeschreibungen auch die erwarteten qualitätssichernden Maßnahmen aufgeführt, sie umfassen Teambesprechungen, Supervision, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Darüber hinaus sind die Träger aufgefor-

dert, einrichtungsbezogene Qualitätssicherung in Form eines Qualitätsmanagements voranzutreiben. Diese qualitätssichernden Maßnahmen werden jährlich in den Sachberichten beschrieben.

Bestandteil der Sachberichte ist auch die Be- bzw. Auswertung der Leistungsdocumentation und die einrichtungsbezogene Auswertung der BADO. Die Sachberichte stellen die Grundlage für das fachbehördliche Controlling dar. Die im Rahmen des Controlling getroffenen Verabredungen zur Weiterentwicklung fließen in die Vereinbarungen der Folgejahre ein, wenn nötig ist auch eine unterjährige Umsteuerung möglich.

Weiterentwicklung der fachbehördlichen Steuerung der ambulanten Suchthilfe

Diagnostik, psychosoziale Beurteilung und Hilfeplanung

Das Suchthilfesystem in Hamburg ist zielgruppenspezifisch ausdifferenziert und in das Netz der gesamten sozialen und gesundheitlichen Versorgung integriert. Zentrale Elemente einer erfolgreichen und personenzentrierten Suchthilfe sind neben der Motivation zur Verhaltensänderung die sozialpädagogische Diagnostik, also das Erkennen und systematische Erfassen der Problemlage. Auf dieser Grundlage wird der Unterstützungsbedarf geklärt und ein Hilfeplan erstellt. Dies gilt sowohl für die Suchtberatung als auch für die Suchtbehandlung. Die Akademie Sucht des ZIS am UKE hat deshalb im Auftrag der Fachbehörde eine Fortbildung zur Diagnostik, Bedarfsklärung und Hilfeplanung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe initiiert, zu der auch ein begleitendes Manual gehörte. 170 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Suchthilfe nahmen 2007/2008 an dieser Fortbildung teil. 2012 verständigte sich der Fachrat Drogen und Sucht auf ein übergreifendes Verfahren zur Hilfeplanung. Bei der Anwendung dieses Verfahrens können die eingesetzten Instrumente zur Diagnose und zur Hilfeplanung bei den Trägern der ambulanten Suchthilfe variieren.

Einsetzung eines einheitlichen Messinstruments zur Hilfeplanung

Ein Instrument, das für die Hilfeplanung genutzt werden kann, ist die International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)). Die ICF dient fach- und länderübergreifend als einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen. Mit der ICF können die bio-psycho-sozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst werden. Die Klassifi-

kation wurde 2001 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und liegt seit 2005 in deutscher Sprache vor. Für die Anwendung des ICF im Rahmen von ambulanter Suchthilfe spricht eine Reihe von Argumenten:

- In Deutschland ist das soziale Sicherungssystem stark gegliedert. Die Abstimmung der Unterstützungsleistungen, die ggf. durch unterschiedliche Träger erbracht werden, wird nicht nur aufgrund von unterschiedlichen Zielsetzungen, sondern auch durch unterschiedliches Vokabular geprägt. Mit ICF kann dieses Vokabular vereinheitlicht werden.
- Durch die ICF rückt der rehabilitative Gedanke mehr in den Focus und ermöglicht damit eine präzisere Zielorientierung der Hilfeleistung.
- Durch die Anwendung der ICF werden Veränderungen einheitlich dokumentierbar.
- Die Klassifikation systematisiert die Beschreibungen der fördernden und hindernden Faktoren für Veränderungsprozesse. Die Ressourcen der Betroffenen werden in die Hilfeplanung einbezogen.
- Auf Grundlage der ICF bestimmt der individuelle Hilfebedarf das Handeln.
- Die ICF baut auf dem in der Suchtkrankenhilfe schon lange gebräuchlichen bio-psycho-sozialen Modell auf.

Wegen der deutlichen Vorteile der ICF wurden 2011 in die Items der Basisdatendokumentation bereits Elemente aufgenommen, die auf Ressourcen der Betroffenen schließen lassen. Damit ist eine erste Voraussetzung für die systematische Implementierung des ICF geschaffen worden.

Zusammenfassung

- Die zuwendungsmittelgeförderte ambulante Suchthilfe wird auf Grundlage von zwischen Fachbehörde und Trägern der Suchthilfe definierten Standards gefördert, die kontinuierlich weiterentwickelt und in einer Rahmenvereinbarung über Qualitätsstandards festgeschrieben werden.
- Der Fachrat Drogen und Sucht, in dem alle zuwendungsgeförderten Träger der Suchthilfe vertreten sind, begleitet die Umsetzung der Rahmenvereinbarung und berät die Fachbehörde in Grundsatzfragen zur Fortentwicklung der Sucht- und Drogenhilfe.
- Die fachbehördliche Steuerung erfolgt über Zuwendungsbescheide und -verträge sowie ein fachliches Controlling, das an der Leistungserbringung und der Sicherung der fachlichen Qualität orientiert ist.

- Zentrales Element der Qualität der ambulanten Suchthilfe ist eine genaue und abgestimmte Diagnostik und Hilfeplanung, die Ressourcen ebenso wie Defizite einbezieht. Hierzu kann der ICF als ein Instrument genutzt werden, mit dem die psychosoziale Gesundheit in standardisierter Weise beschrieben werden kann.

Folgerungen

- Die Qualitätsentwicklung der zuwendungsgeförderten ambulanten Suchthilfe findet bereits auf einem hohen Standard statt.
- Die Steuerung ist weiter zu präzisieren, insbesondere um den Aspekt der Vorgehensweise bei der Diagnostik und Hilfeplanung und der Wirksamkeit der Hilfen. Dabei ist gemeinsam mit den Trägern der Suchthilfe zu prüfen wie die Nutzung der ICF in der ambulanten Suchthilfe sichergestellt werden kann.

4.2 EINGLIEDERUNGSHILFE FÜR WESENTLICH SEELISCHE BEHINDERTE (SUCHTKRANKE) MENSCHEN NACH DEM SOZIALGESETZBUCH (SGB) ZWÖLFTES BUCH (XII)

4.2.1 Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen

„Mit dem zum 1. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – wurden die Rechtsvorschriften zur Rehabilitation und Eingliederung behinderter Menschen zusammengefasst, die Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen und der Katalog der zu erbringenden Leistungen in den vier Leistungsgruppen (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gem. §§ 26 ff SGB IX, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gem. §§ 33 ff SGB IX, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen gem. §§ 44 ff SGB IX sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gem. §§ 55 ff SGB IX) weitgehend harmonisiert.

Für abhängigkeitskranke Menschen kommen als Träger für Leistungen zur Teilhabe je nach Zielsetzung und Inhalt der einzelnen Leistungen und den Anspruchsvoraussetzungen die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger, die Altersversicherung der Landwirte, die Unfallversicherungsträger, die Sozialhilfeträger, die Träger der Jugendhilfe und die Bundesagentur für Arbeit in Betracht.

Unabhängig oder in Verbindung mit den Leistungen zur Teilhabe der vorgenannten Rehabilitationsträger können

- Leistungen der Krankenbehandlung, insbesondere Entzugsbehandlungen, bei denen gem. § 27 SGB IX ebenfalls die Ziele des § 26 Abs. 1 SGB IX zu betrachten sind,
- Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI),
- Hilfen nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 2),
- Leistungen der Eingliederungshilfe (§ 54 SGB XII) und
- Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XII

in Betracht kommen.“¹¹³

Gesetzliche Zuordnung

Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist eine Leistung der Sozialhilfe. Nach § 53 SGB XII haben Personen, die durch eine Behinderung wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt sind oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalls, insbesondere nach Art und Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgaben der Eingliederungshilfe erfüllt werden können.

Rechtliche Grundlagen der Leistungserbringung

Suchtkranke Menschen können einen Anspruch auf Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII haben, wenn durch die bestehende Suchtkrankheit eine wesentliche Teilhabe einschränkung vorliegt.

„Nach § 2 SGB XII werden Leistungen der Sozialhilfe nur nachrangig erbracht. Hat der abhängigkeitskranke Mensch Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe oder andere Leistungen gegen andere Sozialleistungsträger, insbesondere gegen die Sozialversicherungsträger, so muss er diese in Anspruch nehmen. Auch gehen Soll- und Kann-Leistungen anderer Leistungsträger den Leistungen im Rahmen der Sozialhilfe vor.“¹¹⁴

Die Abgrenzung zu anderen Leistungen erfolgt über die Zielsetzung. Ist das Ziel der Maßnahme die gesundheitliche Wiederherstellung, so handelt es sich um eine medizinische Rehabilitation im Sinne der §§ 26 ff. SGB IX. Dient die Maßnahme der Wiedereingliederung in die Gesellschaft, sind es Leistungen am Leben in der Gemeinschaft nach §§ 53 ff. SGB XII.

¹¹³ Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Heft 12, S. 88 u. 89.

¹¹⁴ Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Heft 12, S. 104.

4.2.2 Ziele der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen

Durch die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen soll im Rahmen der nachrangigen Sozialhilfe die Möglichkeit zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben sichergestellt werden. Die Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII) sind grundsätzlich dazu bestimmt, die Leistungsberechtigten soweit wie möglich zur Selbsthilfe zu befähigen und ihnen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft sowie die Führung eines menschenwürdigen Lebens zu ermöglichen. Dazu gehören:

- Verhütung einer drohenden oder Beseitigung oder Milderung einer vorhandenen Behinderung oder deren Folgen
- Gesellschaftliche Eingliederung unter Berücksichtigung der individuellen Möglichkeiten und Bedürfnisse
- Ermöglichung der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft
- Unterstützung zur Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit
- Befähigung zu einer weitestgehend von Hilfe unabhängigen Lebensführung

4.2.3 Fachbehördliche Aufgaben im Rahmen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen

In der BGV ist die Fachabteilung Drogen und Sucht als überörtlicher Sozialhilfeträger für die Steuerung und Finanzierung einer fachlich qualifizierten Versorgung zuständig und nimmt gleichzeitig zentral die Durchführung operativer Aufgaben im Bereich der Eingliederungshilfe für Suchtkranke wahr. Operative Aufgaben sind Antragsprüfung und einzelfallbezogene Bewilligung von Leistungen der Eingliederungshilfe für Suchtkranke gemäß §§ 53ff SGB XII, die durch ein zentrales behördliches Sachgebiet „Eingliederungshilfe für Suchtkranke“ erfüllt werden. Somit ist gegenüber den Leistungsempfängern als auch gegenüber den Leistungserbringern (anerkannte Suchthilfeeinrichtungen) gewährleistet, dass die Bearbeitung zentral und aus einer Hand erfolgt.

Die Zugehörigkeit zum leistungsberechtigten Personenkreis der seelisch behinderten (suchtkranken) Menschen wird, in der Regel auf der Grundlage einer fachärztlichen Stellungnahme, durch das Sachgebiet Eingliederungshilfe festgestellt.

4.2.4 Hilfeformen und Maßnahmen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen

Die Freie und Hansestadt Hamburg hält für suchtmittelabhängige Menschen stationäre und ganztags ambulante Einrichtungen vor. Differenziert nach Zielgruppen werden stationäre und teilstationäre Angebote in Übergangseinrichtungen und Nachsorgeeinrichtungen angeboten (siehe Tabelle 9). Diese Einrichtungen wenden sich an Personen, die eine schlechte Prognose hinsichtlich des Abstinenzstatus (im Anschluss an einen medizinischen Entzug) oder einer Konsumreduktion haben.

Übergangseinrichtungen

Der Aufenthalt in einer Übergangseinrichtung soll es den Betroffenen ermöglichen, in einem geschützten Rahmen mit professioneller Unterstützung Abstand von der Szene zu bekommen und Perspektiven für weitere Schritte zur Problembewältigung zu entwickeln.

Ziele sind:

- Stabilisierung der Abstinenzfähigkeit, in der Regel nach einer Entgiftung, und Motivation zur weiterführenden medizinischen Rehabilitation
- soziale, körperliche und psychische Stabilisierung
- Förderung und Stärkung der Motivation zu einem suchtmittelunabhängigen Leben
- die Anbahnung, Vermittlung und Unterstützung des Übergangs in weiterführende Hilfen, insbesondere in fachspezifische Behandlungsformen, z. B. psychiatrische Behandlung und/oder selbständige Wohnverhältnisse.

Maßnahmen der Eingliederungshilfe in Übergangseinrichtungen finden in der Regel vor einer stationären medizinischen Rehabilitation und/oder nach einer Entgiftung statt. Bei diesen stationären Angeboten handelt es sich immer um kurzfristige und zeitlich begrenzte Maßnahmen.

Nachsorgeeinrichtungen

Die soziale Rehabilitation in Einrichtungen der Nachsorge schließt in der Regel an medizinische Rehabilitation bzw. Adaption an. Ihre Aufgaben sind:

- die Unterstützung zur Sicherung einer abstinenten Lebensführung und die Verlängerung der abstinenten Phasen

- die Verbesserung der seelischen Gesundheit
- Abwendung einer fortschreitenden Chronifizierung der Sucht
- Unterstützung und Koordinierung der sozialen Rehabilitation
- Eröffnung des Zugangs zu anderen erforderlichen Hilfeangeboten im Sinne eines Case Managements
- gesellschaftliche Reintegration in ein längerfristig zufriedenes und drogenfreies Leben
- entwickeln von Strategien zur Überwindung der Suchterkrankung im Sinne "der Hilfe zur Selbsthilfe"

EINRICHTUNGEN MIT ANGEBOTEN DER EINGLIEDERUNGSHILFE FÜR SEELISCH BEHINDERTE (SUCHTKRANKE) MENSCHEN

Name der Einrichtung	Träger der Einrichtung	Art der Maßnahme	Plätze	stat.	teil stat.
STZ Haus Osterberg	Martha Stiftung	Übergangseinrichtung Maßnahme überwiegend Konsumenten/innen legaler Drogen	36	36	
Therapeutische Gemeinschaft Jenfeld (TGJ)	Alida Schmidt- Stiftung	Übergangseinrichtung Maßnahme überwiegend Konsumenten/innen legaler Drogen	35	35	
TGJ Soziale Rehabilitation	Alida Schmidt- Stiftung	Nachsorgeeinrichtung überwiegend legale Drogen	36	11	25
Soziale Orientierung	Jugend hilft Jugend e. V.	Übergangseinrichtung Maßnahme überwiegend Konsumenten/innen illegaler Drogen	17	17	
Malteser Nordlicht	Malteser Werke gGmbH	Übergangseinrichtung Maßnahme überwiegend Konsumenten/innen illegaler Drogen	26		26
Projektverbund Wohngruppen (Clean WG, Thedestraße, Kriwo, Projekt Care)	Jugendhilfe e. V.	Übergangseinrichtung Maßnahme überwiegend für Konsumenten/innen illegaler Drogen	110	42	68
STZ Nachsorge für Frauen und Mütter mit Kindern	Martha Stiftung	Nachsorgeeinrichtung überwiegend legale Drogen	15	15	
Nachsorgewohn- gruppen für Drogenabhängige (NWG) Therapiehilfe	HPL Therapie- hilfe gGmbH	Nachsorgeeinrichtung überwiegend legale Drogen	21	21	

Name der Einrichtung	Träger der Einrichtung	Art der Maßnahme	Plätze	stat.	teil stat.
Projekt NOX	Jugendhilfe e. V.	Übergangseinrichtung Maßnahme überwiegend für Konsumenten/innen illegaler Suchtmittel. Kurzfristige Aufnahme in Notsituationen ist möglich. Räumliche Nähe zum Drob Inn	32	32	
Sachsenwaldau (SAWA) ¹¹⁵	f & w fördern und wohnen AÖR	Übergangseinrichtung für ältere alkohol- oder drogenabhängige Menschen sowie Menschen mit Doppel-diagnosen und CMA	160 Plätze gesamt für verschie- dene Zielgrup- pen	160	

Tabelle 9: Einrichtungen mit Angeboten der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen

Auswärtige Einrichtungen

Ziel ist es, ausreichende und passgenaue Hilfen für suchtkranke Menschen innerhalb Hamburgs vorzuhalten. Dieses Ziel wird durch entsprechende Vereinbarungen (s. u.) verfolgt. Maßnahmen der Eingliederungshilfe außerhalb Hamburgs sollen nur dann in Anspruch genommen werden, wenn die Einrichtung geeignet ist und sie dem ausdrücklichen Wunsch der Antragstellerin bzw. des Antragstellers entspricht (§ 9 SGB IX Wunsch und Wahlrecht der Leistungsberechtigten). Bei suchtkranken Menschen kann dies z. B. der Fall sein, wenn sich die Antragstellerin bzw. der Antragsteller einem destruktiven und gewaltbereiten Umfeld entziehen muss.

4.2.5 Steuerung und Qualitätssicherung der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen

Die BGV stellt die Steuerung und Finanzierung einer fachlich qualifizierten Versorgung sicher. Als Steuerungsinstrumente dienen Vereinbarungen über die erwarteten Leistungen, das Berichtswesen, das fachliche Controlling und die Fachgremien.

¹¹⁵ Die Vereinbarung nach § 75 SGB XII für die Einrichtung wird durch die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) abgeschlossen und ist eine sozialtherapeutische Einrichtung für Frauen und Männer mit langjähriger Abhängigkeit von Suchtmitteln. Durch das Sachgebiet Eingliederungshilfe für Suchtkranke der Fachabteilung Drogen und Sucht wird sie als Übergangseinrichtung belegt. Diese Leistung stellt einen Teilaspekt ihres Angebotes dar.

Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII

Als überörtlicher Sozialhilfeträger ist die BGV Verhandlungspartner für Freie Träger bei Abschlüssen von Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII über Angebote der Eingliederungshilfe für suchtkranke Menschen. Die Voraussetzungen zum Abschluss von Vereinbarungen beruhen auf der Grundlage des Landesrahmenvertrags nach § 79 Abs. 1 SGB XII zwischen den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege und der Freien und Hansestadt Hamburg. Die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) verhandelt diesen Vertrag federführend, die BGV ist beteiligt.

Zwischen dem Träger der Einrichtung bzw. des Dienstes und dem Träger der Sozialhilfe werden nach den in diesem Vertrag festgelegten Kriterien Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen, die Vergütung und die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen vereinbart.

Berichtswesen und fachliches Controlling

Alle Träger mit denen eine Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII abgeschlossen wurde, sind verpflichtet, jährlich einen Bericht zu erstellen, der auch Maßnahmen der Qualitätssicherung umfasst und in den Erkenntnisse aus dem einzelfallbezogenen Berichtswesen¹¹⁶ einfließen. Die Jahresberichte folgen einer einheitlichen Struktur, die zwischen der Fachbehörde und den Freien Trägern vereinbart wurde. Sie bilden die Grundlage für mindestens einmal jährlich stattfindende Besprechungen, die im Rahmen des fachbehördlichen Controllings stattfinden.

Seit 2011 nehmen alle Träger aus dem Bereich der Eingliederungshilfe auch an der BADO der Suchthilfe teil. Durch die Teilnahme der Einrichtungen der Eingliederungshilfe an dem Hamburger Basisdatendokumentationssystem wird ein umfassender Blick auf die Inanspruchnahme der Angebote des gesamten Hamburger Suchthilfesystems ermöglicht. Mehrjährige Auswertungen der BADO können Veränderungen oder Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Zielgruppen bei der Inanspruchnahme ambulanter Beratungsstellen und dem Versorgungssystem der Eingliederungshilfe verdeutlichen und neuen Steuerungsbedarf im Suchthilfesystem aufzeigen.

Fachgremium Eingliederungshilfe

Die Qualitätssicherung wird durch das Fachgremium Eingliederungshilfe unterstützt. Mitglieder des Fachgremiums sind Trägervertreterinnen und -vertreter der stationären und teilstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die Leis-

116 Das mit den Leistungserbringern vereinbarte einzelfallbezogene Berichtswesen gegenüber dem Sachgebiet Eingliederungshilfe für seelisch behinderte suchtkranke Menschen dient der Hilfeplanung im Einzelfall.

tungen für suchtkranke Menschen erbringen. Im Fachgremium werden aktuelle Themen und Entwicklungen aus dem Bereich Eingliederungshilfe mit der BGV beraten und Empfehlungen ausgesprochen. In der Regel trifft sich das Gremium zweimal im Jahr.

4.2.6 Modernisierung und Anpassung an aktuelle bauliche Standards der Einrichtungen für seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen

In den Jahren 2009 und 2012 wurde durch Neubauten von 2 Einrichtungen für vorrangig von Alkohol abhängigen Menschen den aktuellen bundesweiten Standards entsprochen und damit auch eine Verbesserung der Angebotsstruktur in der Eingliederungshilfe für suchtkranke Menschen in Hamburg erzielt.

Weiterhin konnten mit Mitteln der Hamburger Konjunkturoffensive 2009/2010 dringend notwendige Neubauten für 2 Übergangseinrichtungen für Drogenabhängige zur Verfügung gestellt werden. Damit einhergehend wurde eine Erweiterung um 5 Plätze vorgenommen. Zielsetzung der baulichen Veränderungen war neben der Anpassung an bestehende bauliche Qualitätsstandards auch eine Verringerung der Inanspruchnahme stationärer auswärtiger Einrichtungen.

Erwähnenswert ist, dass einer der Neubauten in unmittelbarer Nachbarschaft zur ebenfalls neu erbauten Fachklinik Hamburg-Mitte (ehemals ProjektYork) errichtet werden konnte. Die Fachklinik Mitte wird durch die Deutsche Rentenversicherung belegt und bietet stationäre medizinische Rehabilitation für Drogenabhängige. Damit wurden sehr gute Voraussetzungen für die Kooperation zwischen den Leistungsarten und passgenaue einzelfallbezogene Hilfen geschaffen.

4.2.7 Entwicklung der Inanspruchnahme der Angebote und der Kosten in den Jahren 2009–2012

In den letzten Jahren ist ein kontinuierlicher Anstieg der Kosten und der Anzahl der Leistungsbeziehenden zu verzeichnen. Im Jahr 2008 haben 1.478 Personen Maßnahmen der Eingliederungshilfe für Suchtkranke in Hamburg in Anspruch genommen. Im Jahr 2012 waren es bereits 1.596, damit bildet sich eine Steigerungsrate im Jahr 2012 gegenüber dem Vorjahr in Höhe von 3,3 % (siehe Tabelle 10) ab.

Gleichzeitig (siehe Tabelle 10) sind die Ausgaben von 10.455 Mio. € im Jahr 2008 auf 13.695 Mio. € im Jahr 2012 angestiegen. Der Anstieg der Ausgaben für Maßnahmen der Eingliederungshilfe entspricht 2012 im Vergleich zum Vorjahr 9,5 %.

MITTELABFLUSS UND ANSTIEG DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN

Haushalts-jahr	Mittelabfluss in Mio €	prozentuale Steigerung	Haushalts-jahr	Anzahl unterschiedlicher Personen	prozentuale Steigerung
2008	10.455		2008	1.478	
2009	11.117	6,33	2009	1.497	1,29
2010	11.808	6,22	2010	1.507	0,67
2011	12.501	5,87	2011	1.545	2,52
2012	13.694	9,54	2012	1.596	3,30

Tabelle 10: Mittelabfluss und Anstieg der Leistungsberechtigten¹¹⁷

Der Anstieg der Kosten der Eingliederungshilfe für Suchtkranke in Hamburg geht einher mit einem allgemeinen Anstieg der Kosten auch in sonstigen Bereichen der Eingliederungshilfe. So informierte das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein mit Datum vom 16. Dezember 2011: „Am Jahresende 2010 haben in Hamburg 15.900 Personen Sozialhilfe in Form der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen erhalten, das sind sieben Prozent mehr als im Vorjahr. Damit setzte sich der in den Vorjahren beobachtete Anstieg weiter fort. Im Vergleich zu 2007 erhöhte sich die Zahl der Unterstützten sogar um 20 Prozent.“¹¹⁸

In den letzten Jahren war u. a. in Verbindung mit der demografischen Entwicklung ein Wandel in der Klientinnen- und Klientenstruktur in der Eingliederungshilfe für suchtkranke Menschen zu beobachten. Diese sind zunehmend durch ansteigendes Lebensalter und zunehmende Komorbidität gekennzeichnet. Diese Veränderungen führten in den letzten Jahren häufig zu einem höheren (intensiverem) Hilfebedarf und längeren Betreuungszeiten. Hinzu kommt, dass mehr suchtkranke Menschen Hilfebedarf aufweisen und Maßnahmen der Eingliederungshilfe beantragen.

Die gestiegene Anzahl der Leistungsberechtigten und die zunehmend längere Aufenthaltsdauer in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe haben zu einem gestiegenen Platzbedarf geführt. Seit 2009 wurden daher 18 neue Plätze geschaffen, so dass die Anzahl auf 328 erweitert werden konnte. Dennoch ist der Anteil der außerhalb Hamburgs untergebrachten Leistungsberechtigten seit 2010 sukzessive angestiegen und lag 2012 bei annähernd 25 %.

Die Eingliederungshilfe für Suchtkranke hat den Anspruch, einzelfallorientiert passende Hilfen zur Verfügung zu stellen. Die differenzierte Diagnostik und Hilfeplanung sind hierbei wichtige Instrumente. Die Wirksamkeit der Eingliederungs-

¹¹⁷ Haushaltscontrolling BGV (2013).

¹¹⁸ Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein Anstalt des öffentlichen Rechts (2011): Statistik informiert ... Nr. 152/2011 16.12.2011.

hilfe für seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen soll überprüft werden können. Damit betritt Hamburg bundesweit Neuland.

Es ist zu erwarten, dass sowohl die möglichst präzise einzelfallbezogene Hilfeplanung und -gewährung als auch Erkenntnisse über die Wirksamkeit der Hilfen dazu beitragen, die Kostenentwicklung aufzuhalten. Weiterhin gilt es, bei der Hilfeplanung zu berücksichtigen, dass einige Leistungen, die die Eingliederungshilfe zur Verfügung stellt, auch durch das differenzierte ambulante Hilfesystem für suchtkranke Menschen erbracht und dort abgerufen werden können.

Bundesweite Festlegungen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte suchtkranke Menschen

Unter dem Leitbild einer inklusiven Gesellschaft, in der alle Menschen selbstbestimmt leben können, müssen auch gesetzliche Leistungen der Eingliederungshilfe SGB XII betrachtet werden. Das Selbstbestimmungsrecht sowie auch die Orientierung am individuellen Bedarf des einzelnen behinderten Menschen stehen dabei im Vordergrund. Die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe wird sich künftig an den Bund- und Länder-Vereinbarungen vom 24.06.2012 orientieren: „Deshalb werden Bund und Länder unter Einbeziehung der Bund-Länder-Finanzbeziehungen ein neues Bundesleistungsgesetz in der nächsten Legislaturperiode erarbeiten und In-Kraft-setzen, das die rechtlichen Vorschriften zur Eingliederungshilfe in der bisherigen Form ablöst“¹¹⁹. Hierbei sind auch für die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen grundsätzliche Veränderungen zu erwarten.

Zusammenfassung

- Mit Leistungen zur Eingliederungshilfe soll für wesentlich seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen die Teilhabe am Gemeinschaftsleben sichergestellt werden.
- In Hamburg steht ein differenziertes Angebot an Leistungen der Eingliederungshilfe für Suchtkranke zur Verfügung, das qualitativ über einen hohen Standard verfügt.
- Als überörtlicher Sozialhilfeträger schließt die BGV Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 XII über Angebote der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen ab und steuert die Qualität und Quantität der Angebote.

¹¹⁹ Vorbemerkung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zum Grundlagenpapier, aus BAGüS Mitglieder-Info Nr. 52/2012.

- Über Vereinbarungen nach § 75 Abs.3 SGB XII der BGV werden 328 Plätze in Hamburg vorgehalten. Zusätzlich werden Plätze in der Hamburger Einrichtung Sachsenwaldau (SAWA) durch die BGV belegt.
- Die Zuständigkeit für die Antragsprüfung und die einzelfallbezogene Bewilligung von Leistungen der stationären und teilstationären Eingliederungshilfe für suchtkranke Menschen liegt bei der BGV.
- Das Berichtswesen der Eingliederungshilfe baut auf der ICF auf, damit ist die Voraussetzung gegeben, bio-psycho-soziale Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch zu erfassen (siehe Kapitel 4.1.5).
- Das Fachgremium Eingliederungshilfe sichert den Informationsaustausch und begleitet die konzeptionelle Weiterentwicklung. Hier arbeiten die Träger der Eingliederungshilfe für Suchtkranke und die BGV zusammen.
- Seit 2009 ist ähnlich wie im gesamten Bereich der Eingliederungshilfe eine Zunahme der Personen zu beobachten, die Leistungen in Anspruch nehmen.
- Gleichzeitig werden die Maßnahmen der Eingliederungshilfe für Suchtkranke durchschnittlich über einen längeren Zeitraum benötigt.
- Es ist zu erwarten, dass die Bundesregierung ein neues Bundesleistungsgesetz erarbeitet und in-Kraft-setzt, das die rechtlichen Vorschriften zur Eingliederungshilfe in der bisherigen Form ablösen wird.

Folgerungen

- Im Zusammenhang mit einer veränderten Gesetzgebung ist darauf zu achten, dass weiterhin angemessene Versorgungsmöglichkeiten für wesentlich seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen in einem übersichtlichen und transparenten System der Eingliederungshilfen sichergestellt werden.
- Die zunehmende Anzahl von Leistungsberechtigten, die längerfristige Maßnahmen benötigen, führt zu einem Anstieg der Inanspruchnahme auswärtiger Einrichtungen.
- Die geringe Platzzahlerweiterung in Hamburger Einrichtungen und die zusätzliche Belegung der Einrichtung Sachsenwaldau führen zu Kostensteigerungen.
- Zusätzlich zu schaffende ambulante Leistungsangebote auf Grundlage von Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII über Maßnahmen der Eingliederungshilfe für Suchtkranke sind kompensatorisch zu Lasten von zuwendungsfinanzierten Leistungen zu finanzieren.

- Um die Kostenentwicklung aufhalten zu können und gleichzeitig den Leistungsberechtigten passende Hilfen zur Verfügung zu stellen, sind für die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Suchtkranke folgende Eckpunkte zu berücksichtigen:
 - Konsequente Orientierung am individuellen Bedarf, von einer einrichtungsbezogenen Betrachtung hin zum personenzentrierten Ansatz
 - Konsequente Durchführung einer umfassenden Gesamtplanung der Hilfebedarfe der Leistungsberechtigten
 - Die im Hilfeplan vereinbarten Ziele sind regelmäßig hinsichtlich ihrer Erreichung zu prüfen
 - Schaffung angemessener Wohnraumversorgung für suchtkranke Menschen durch die zuständigen Stellen als Voraussetzung zur Weiterentwicklung wohnraumorientierter Versorgung und aufsuchender Hilfen. Stärkere Berücksichtigung der Kostenträgerschaft anderer Hilfesysteme, z. B. SGB V, SGB XI
 - Umsteuerung hin zur verstärkten Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsmöglichkeiten im Suchthilfebereich
 - Minimierung von Schnittstellen
 - Stärkung des Fachcontrollings in der Eingliederungshilfe für Suchtkranke durch die Weiterentwicklung der Datenerhebung mit dem Ziel, die Wirksamkeit von Leistungen sichtbar zu machen. Hierzu sollen auch die zukünftig zu erwartenden Auswertungen der BADO ab 2011 berücksichtigt werden.
 - Die Wirksamkeit der Eingliederungshilfe für Suchtkranke soll evaluiert werden, um so weitere Anhaltspunkte für eine effiziente und bedarfsgerechte Steuerung zu entwickeln.

5. MEDIZINISCHE SUCHTBEHANDLUNG

Auch wenn im Rahmen des Suchthilfeberichtes die spezialisierten Angebote für Menschen mit identifizierter Suchtstörung dargestellt werden, so ist es dennoch notwendig darauf hinzuweisen, dass nur ein Teil der Betroffenen diese Angebote tatsächlich wahrnimmt (siehe Kapitel 1.1). Dies trifft insbesondere auf Menschen mit alkoholbezogenen Störungen zu. Nach einer Untersuchung aus Lübeck aus dem Jahr 2000¹²⁰ hatten etwa 30 % der alkoholabhängigen Menschen Kontakt zu Suchthilfe bzw. Suchtselbsthilfe. Aber 80 % der alkoholabhängigen Menschen suchten mindestens einmal im Jahr eine praktische Ärztin bzw. einen praktischen Arzt oder eine Internistin bzw. einen Internisten auf. Etwa 25 % der Abhängigen und 14 % der Alkohol Missbrauchenden waren einmal im Jahr im Krankenhaus. Diese Daten zeigen auf, dass die Einrichtungen der medizinischen Versorgung gute Zugangsvoraussetzungen für Menschen mit alkoholbezogenen Störungen haben. Insofern ist es notwendig, die Aufmerksamkeit im Rahmen der Institutionen ärztlicher Versorgung für suchtbezogene Störungen zu erhöhen. Die Wirksamkeit von motivationalen Kurzinterventionen bei riskant konsumierenden Patientinnen und Patienten ist durch mehrere Studien gut belegt. Bewährte Verfahren zur Kurzdiagnostik, denen im Bedarfsfall eine umfassendere Diagnose nach ICD 10 angeschlossen werden kann, liegen vor.¹²¹ Nach Bewertung der gesetzlichen Krankenkassen ist die Erbringung dieser Leistung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ein selbstverständlicher Bestandteil der Qualität ihres Angebotes und somit in der Grundpauschale enthalten, jedoch nicht gesondert ausgewiesen. In den Krankenhäusern bedarf es der Bereitstellung personeller Ressourcen¹²² und der Bereitschaft, den Umgang mit Patientinnen und Patienten mit suchtbezogenen Störungen in das jeweilige Qualitätsmanagementsystem aufzunehmen.

Die spezialisierte medizinische Suchtbehandlung umfasst Leistungen des Gesundheitswesens, die ambulant und stationär erbracht und vorrangig durch Krankenkassen oder Rentenversicherungsträger finanziert werden. Zu den Leistungserbringern gehören niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, psychiatrische Krankenhäuser bzw. -abteilungen und Freie Träger der Suchthilfe. Die Kostenträgerschaft ist unterschiedlich und erfolgt nach dem SGB V, SGB VI und SGB IX. Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Leistungen ist zumin-

120 Rumpf, H.-J., Meyer, C. et.al. (2000): Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -missbrauchern: Ergebnisse der TACOS Bevölkerungsstudie. Sucht 46.

121 Brief Alcohol Screening Instrument for Medical Care (BASIC), Cut down annoyed, guilty, eye-opener (CAGE), Lübecker Alkoholismus-Screening-Test (LAST). Zitiert nach: Empfehlung zur Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen. Zustimmung vom Drogen- und Suchtrat am 07.12.2011 zur Kenntnis genommen.

122 Hierzu liegen u. a. gute Erfahrungen mit Liaisondiensten in Kooperation mit Suchtberatungsstellen vor.

dest eine Krankenversicherung oder – wenn der Kostenträger der Rentenversicherer ist – ein Antrag, der in der Regel einen durch sozialpädagogische Fachkräfte erstellten Sozialbericht umfasst.

5.1 SUBSTITUTION OPIATABHÄNGIGER

Die medizinische Behandlung der Opiatabhängigkeit mit Substituten ist als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Gesetze, Verordnungen und Leitlinien geregelt und reglementiert.¹²³ Sie nimmt insofern eine Sonderstellung innerhalb der ambulanten medizinischen Behandlung suchtkranker Menschen ein. In der Betäubungsmittel-Verschreibungs-verordnung (BtMVV) sind die Voraussetzungen festgelegt, unter denen Ärztinnen und Ärzte opiatabhängige Patientinnen und Patienten mit zugelassenen Substitutionsmitteln behandeln dürfen. Für einzelne Bereiche der Substitution hat der Gesetzgeber der Bundesärztekammer die Möglichkeit eingeräumt, Richtlinien zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger zu erlassen, die den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft widerspiegeln. Diese Richtlinien wurden von der Bundesärztekammer am 22.03.2002 erstmalig verabschiedet und zuletzt am 19.10.2010 umfassend novelliert.

Weiterhin sind gesonderte Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die Substitution zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen. Die Verantwortung für die Durchführung der Substitutionsbehandlung liegt bei den substituierenden Ärztinnen und Ärzten. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) sichert die regelkonforme Behandlung und die Qualität im Rahmen ihres Auftrages. Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) hat eine fachkundige Kommission zur Beratung bei der Erteilung von Genehmigungen für Substitutionsbehandlungen sowie für die Qualitätssicherung und die Überprüfung der Indikation durch Stichproben im Einzelfall (Qualitätssicherungskommission) eingerichtet.

Oberstes Ziel einer Substitutionsbehandlung ist die Suchtmittelfreiheit. Im Rahmen von umfassenden Therapiekonzepten sind Ärztinnen und Ärzte auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen angewiesen. Die spezialisierte Suchthilfe ist mit der PSB an der Erreichung der identifizierten Therapieziele beteiligt sowie im Rahmen des Angebotes von ambulanter und stationärer Rehabilitation.

123 Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz – BtMG), die Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung - BtMVV), die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger und die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung.

Ziel der Substitution ist zunächst, in ein selbstbestimmtes und sozial integriertes Leben zurückfinden. Langfristig sollen die Patientinnen und Patienten motiviert werden, nach einer weiterführenden Suchttherapie ganz ohne das Substitut auszukommen. Die PREMOS Studie¹²⁴ weist jedoch im Rahmen einer Langzeituntersuchung darauf hin, dass nur wenige Substituierte die Abstinenz vom Substitut erreichen (4 % der Behandelten werden als gesichert abstinent beschrieben) und das Absetzen des Substituts mit hohen Risiken für Rückfälle und Todesfälle einhergeht.

Bei der Substitutionsbehandlung bekommen die Suchtkranken von den Ärztinnen und Ärzten oder den von ihnen beauftragten Apothekerinnen und Apothekern ein Medikament verabreicht, das ihre Entzugsserscheinungen lindert. Opiate wie Heroin müssen nicht mehr auf dem illegalen Markt beschafft werden. Damit ist eine wichtige Voraussetzung für die Herauslösung aus der Kriminalität und dem sozialen Umfeld der Drogenszene gegeben.

Seit 2003 stellt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in den jährlich veröffentlichten Berichten zum Substitutionsregister Daten zur Substitution zur Verfügung. In Hamburg wurden im Jahr 2011 4.528 Patientinnen und Patienten behandelt. Damit war die Anzahl der Substituierten erstmals seit 2003 etwas rückläufig. Zuvor war ein jährlicher Anstieg zu verzeichnen. Hamburg zählt zu den Ländern, die je 100.000 Einwohner mit 255 Substituierten den zweitgrößten Anteil aufweist. Nur Bremen meldet mit 284 Substituierten pro 100.000 Einwohner mehr Substituierte.

Die Behandlung von opiatabhängigen Menschen ist 2011 von 98 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt worden. Die Praxen liegen im ganzen Stadtgebiet verteilt, wobei ein deutlicher Schwerpunkt auf dem Hamburger Westen mit über 50 % der Ärztinnen und Ärzte liegt, die mehr als 50 Patientinnen und Patienten substituieren. Eine besondere Bedeutung haben in Hamburg die vier Substitutionsambulanzen in Altona, Wandsbek und Harburg und an der Asklepios Klinik Nord in Langenhorn (siehe 5.2.1). Diese gehören seit 2007 zu Asklepios Kliniken Hamburg GmbH. Hier werden jährlich rund 1.600 verschiedene Personen substituiert. Davon entfallen ca. 30 % der Patientinnen und Patienten auf Altona, 30 % auf Wandsbek, 20 % auf Harburg und weitere 20 % auf die Ambulanz Nord. Anfänglich versorgten die Ambulanzen Substituierte, die keinen Zugang zu niedergelassenen Ärzten fanden. Seit ca. 10 Jahren wird dort ärztliche Schwerpunkt-

124 Wittchen, H.-U. et al (2011): Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome, Fn Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie & Center of Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies, Technische Universität Dresden.

behandlung von Substituierten angeboten, die nicht nur die Substitution, sondern auch die Behandlung von somatischen und psychischen Erkrankungen in einem Netzwerk mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen umfasst. Weiterhin versorgen die Ambulanzen Patientinnen und Patienten während der Praxisschließungen (Urlaub, Krankheit) der niedergelassenen substituierenden Ärztinnen und Ärzte. Aufgrund der Verfügbarkeit der Ambulanzen in Altona und in Langenhorn an 7 Tagen in der Woche stehen diese z. B. auch bei Haftentlassungen oder Krankenhausentlassungen am Wochenende zur Verfügung.

Substitutionsbehandlung mit Diamorphin

In den Städten Hamburg, Hannover, Köln, Bonn, Frankfurt, Karlsruhe und München wurde von 2002 bis 2006 das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger durchgeführt. Es handelte sich dabei um eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Als Ergebnis wurde deutlich, dass der in die Studie eingeschlossene Personenkreis von schwer opiatabhängigen Menschen, die mit anderen Therapieformen gescheitert waren, von der Diamorphinbehandlung deutlich profitierte. Seit 2010 ist die Diamorphinbehandlung in die Regelversorgung der GKV übergegangen.¹²⁵ Diese darf in einer genehmigten Einrichtung, der Diamorphinambulanz, durchgeführt werden. Hier stehen bis zu 100 Behandlungsplätze zur Verfügung. Die Diamorphinambulanz ist an die Ambulanz Altona angeschlossen (siehe Tabelle 11). Die PSB ist für 6 Monate verpflichtend und wird direkt in der Substitutionsambulanz durchgeführt.

5.2 SUCHTBEHANDLUNG AN KRANKENHÄUSERN

In den Hamburger Krankenhäusern stehen zahlreiche spezialisierte Angebote für suchtkranke Menschen zur Verfügung. Dabei handelt es sich sowohl um stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgungsangebote. Qualifizierte Entgiftung, die neben dem körperlichen Entzug auch eine Motivationsbehandlung umfasst und dadurch gute Voraussetzungen für eine weiterführende Therapie schafft, wird von 10 Hamburger Krankenhäusern angeboten.

Dennoch ist festzuhalten, dass der Großteil der Suchtkranken in somatischen Abteilungen behandelt bzw. entgiftet wird, ohne dass sie eine systematische suchtbetonte und motivierende Intervention zur Verhaltensänderung erhalten. So weist die Krankenhausdiagnosestatistik darauf hin, dass im Jahr 2011 über 1.000

¹²⁵ Die Diamorphinbehandlung ist in der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger) des Gemeinsamen Bundesausschuss vom 18.03.2010 und in der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger – 19.02.2010 geregelt.

stationäre Behandlungen von Hamburgerinnen und Hamburgern wegen akuter Alkoholintoxikation (vergleiche Abb. 2 Kapitel 1.1) stattgefunden haben. Weiterhin werden in Krankenhäusern Patientinnen und Patienten nach Unfällen und einer Vielzahl von Erkrankungen behandelt, die in unmittelbarem Zusammenhang mit Suchtstörungen liegen können, wie z. B. Leberschäden, Kreislaufkrankungen, Stoffwechselstörungen, Entzündungen an Nieren, Harnwegen und Schleimhäuten, Herzschäden, Muskel- und Nervenerkrankungen.

Unter den 18- bis 64-jährigen Patientinnen und Patienten in Deutschen Allgemeinkrankenhäusern sind 10–20 % Alkoholabhängige zu erwarten und etwa 5 %, die Alkohol in missbräuchlicher Weise nutzen.¹²⁶ Insgesamt muss davon ausgegangen werden, dass sich in Krankenhäusern signifikant erhöhte Prävalenzzahlen von Suchterkrankung und Suchtgefährdung als in der Allgemeinbevölkerung finden. Offenbar ist ein Krankenhausaufenthalt eine günstige Situation, um Verhaltensänderungen zu initiieren, indem wegen der aktuell erfahrenen Erkrankung eine besondere Offenheit für Veränderungen besteht. Dies macht sich das Hamburger Projekt HaLT auch zu Nutze, wo alkoholintoxikierte Kinder und Jugendliche eine Erstintervention am Krankenbett der Akutkrankenhäuser erhalten. Aus der begleitenden Statistik der Suchtberatung Kö 16 a geht hervor, dass die Betroffenen und ihre Eltern in hohem Maß erreicht werden können.

Neben den Angeboten in den allgemeinspsychiatrischen Abteilungen stehen für Suchtkranke spezialisierte ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote zur Verfügung.

5.2.1 Ambulante Angebote an Krankenhäusern

Ambulante Versorgungsangebote¹²⁷ sind Teil der medizinischen Versorgung, die durch Krankenhäuser in Hamburg angeboten werden. Häufig werden die Klinik-Ambulanzen nach Überweisung einer niedergelassenen Ärztin bzw. eines niedergelassenen Arztes aufgesucht, dies ist aber nicht Voraussetzung für die Behandlung.

In Hamburg stehen insgesamt 8 ambulante Versorgungsangebote für Menschen mit Suchtstörungen an Hamburger Krankenhäusern zur Verfügung, davon nehmen 4 Substitutionsbehandlungen vor. 2 Spezialambulanzen für Jugendliche und Erwachsene werden im Rahmen des Ambulanzentrums (Medizinisches Versorgungszentrum) des UKE vorgehalten (siehe Tabellen 11 und 12).

126 Rall, P.(2012): Liaisondienst Rems-Murr-Klinik Schorndorf – ein Modellprojekt zur Frühintervention im Allgemeinkrankenhaus. In: Sucht Aktuell Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e. V. Hrsg.: Fachverband Sucht e. V./1.2012.

127 Ein Teil der genannten Angebote werden als Suchtambulanzen, andere als Institutsambulanzen geführt.

SUCHTAMBULANZEN DER HAMBURGER KRANKENHÄUSER

Suchtambulanz	Träger	Zielgruppe
Suchtambulanz Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll	Asklepios Kliniken Hamburg GmbH	Menschen mit Abhängigkeits- erkrankungen (Alkohol, Medikamente, Tabak, illegale Drogen, pathologisches Glücksspielen, problematische Internetnutzung, Substituierte s. Kapitel 4.1.1)
Ambulanz Wandsbek Externe Ambulanz der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll	Asklepios Kliniken Hamburg GmbH	Substituierte s. Kapitel 4.1.1.
Ambulanz Harburg Externe Ambulanz der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll	Asklepios Kliniken Hamburg GmbH	Substituierte s. Kapitel 4.1.1.
Ambulanz Altona Externe Ambulanz der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll	Asklepios Kliniken Hamburg GmbH	Substituierte und mit Diamorphin Substituierte s. Kapitel 4.1.1.
Spezialambulanz für Suchtmedizin und abhängiges Verhalten	UKE	Alkohol- und medikamenten- abhängige Erwachsene
Spezialambulanz für Suchtmedizin und abhängiges Verhalten	UKE (DZSKJ)	Kinder und Jugendliche mit Konsum illegaler Drogen

Tabelle 11: Suchtambulanzen der Hamburger Krankenhäuser

AMBULANZEN IM AMBULANZZENTRUM DES UKE MIT ANGEBOTEN FÜR SUCHTERKRANKE

Ambulanz	Träger	Zielgruppe
Ambulanz für seelisch erkrankte Kinder und Jugendliche	Ambulanzzentrum des UKE GmbH Medizinisches Versorgungszentrum	Seelisch erkrankte Kinder und Jugendliche (Schwerpunkt Sucht- erkrankungen)
Ambulanzzentrum des UKE GmbH – Bereich Psychotherapie	Ambulanzzentrum des UKE GmbH Medizinisches Versorgungszentrum	Erwachsene mit psychischen Problemen (u. a. durch Alkohol und andere Suchtmittel)

Tabelle 12: Ambulanzen im Ambulanzzentrum des UKE mit Angeboten für Suchterkrankte

5.2.2 Teilstationäre medizinische Suchtbehandlung

Die teilstationäre Behandlung ist eine Krankenhausleistung, die eine regelmäßige Verweildauer von weniger als 24 Stunden umfasst. Die Patientinnen und Patienten verbringen dort einen bestimmten Tagesabschnitt, die restliche Zeit aber außerhalb des Krankenhauses. Kostenträger sind die Krankenkassen.

TAGESKLINIKEN DER KRANKENHÄUSER MIT EINEM ANGEBOT FÜR SUCHTERKRANKE

Tagesklinik	Träger	Zielgruppe	Plätze
Suchttagesklinik Arbeitsbereich Suchtmedizin und abhängiges Verhalten UKE	Freie und Hansestadt Hamburg	Alkohol- und Medikamenten- abhängige Erwachsene Einschließlich eines Angebots für eine teilstationäre Behand- lung von Erwachsenen mit einer alkoholbedingten Leber- erkrankung	5
Suchttagesklinik für Jugendliche Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik UKE	Freie und Hansestadt Hamburg	Jugendliche mit problema- tischem Drogenkonsum (Alkohol, Drogen, Schnüffel- stoffe u. a., Medien und Glücksspiel)	7
Suchttagesklinik Alstertor der Klinik für Abhängigkeits- erkrankungen der Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll	Asklepios Kliniken Hamburg GmbH	Alkohol- und Medikamenten- abhängige Erwachsene	24

Tabelle 13: Tageskliniken der Krankenhäuser mit einem Angebot für Suchterkrankte

5.2.3 Stationäre medizinische Suchtbehandlung

Die stationäre medizinische Suchtbehandlung besteht in der Regel aus dem qualifizierten Entzug, der Behandlung von Begleit- und Suchtfolgeerkrankungen sowie der Erarbeitung therapeutischer Anschlussmaßnahmen.

Im qualifizierten Entzug geht es neben der körperlichen Entgiftung und der Behandlung von Entzugsbeschwerden und Suchtfolgeerkrankungen im Wesentlichen um eine Motivationsbehandlung zur Förderung des Krankheitsverständnisses und zur Entwicklung der Fähigkeit und Bereitschaft, anschließend den Kontakt mit suchtspezifischen Einrichtungen aufzunehmen. Die Behandlungsziele lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Entgiftung (ggf. medikamentengestützt)
- Förderung des Krankheitsverständnisses und der Veränderungsbereitschaft
- Rückfallprophylaxe und Rückfallmanagement
- Förderung von Ressourcen und Fähigkeiten, die eine Stärkung der Abstinenzmotivation bewirken
- Kenntnis des Suchthilfesystems

Basierend auf der körperlichen Entgiftung, die medikamentengestützt unter intensiver pflegerischer Begleitung erfolgt, schließt sich eine Motivationsbehandlung an. In Einzel- und Gruppentherapien werden die Patientinnen und Patienten ermutigt, ihre eigene Lebenssituation realistisch wahrzunehmen sowie eigene Zukunftsperspektiven und konkrete Zielvorstellungen zu entwickeln. Sie werden unterstützt, die ersten weiterführenden Hilfen in Anspruch zu nehmen und den Weg in die ambulante oder stationäre Entwöhnungstherapie zu bahnen. Die Behandlungsdauer beträgt bis zu 3 Wochen.

Die erfolgreiche Entgiftung ist Voraussetzung für den Antritt einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation.

Der qualifizierte Entzug für Erwachsene wird in 10 Hamburger Krankenhäusern angeboten. Zwei Krankenhäuser davon befinden sich im Hamburger Umland. Hervorzuheben ist, dass neben psychiatrischen Stationen auch eine Station für Innere Medizin qualifizierte Entgiftungen in Hamburg durchführt.

ANGEBOTE ZUR STATIONÄREN SUCHTBEHANDLUNG DER KRANKENHÄUSER ZUM QUALIFIZIERTEN ENTZUG FÜR ERWACHSENE

Krankenhaus	Erkrankung	Betten/ Plätze**
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	26 Betten
Schön Klinik Hamburg Eilbek Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	Doppeldiagnosen Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	bedarfs- und belegungsabhängig
Asklepios Klinik Harburg Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	belegungsabhängig 18-20
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll Klinik für Abhängigkeitserkrankungen	Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit Abhängigkeit von Glücksspielen	50 (legale Drogen) 60 (illegale Drogen)
Albertinen-Krankenhaus Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie	Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	bis zu 16
Asklepios Westklinikum Hamburg Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	24
Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf Schwerpunkt innerhalb der Inneren Medizin	Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	belegungsabhängig ca. 18–20
Bethesda Krankenhaus Bergedorf Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	18

Krankenhaus	Erkrankung	Betten/ Plätze**
Heinrich Sengelmann Krankenhaus* Suchtmedizin Bella Vista – Niedrigschwelliger Drogenentzug	Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit	18*
Fachklinik Bokholt*(Therapiehilfe e. V.) Akupunkturgestützte Entzugsbehandlung	Drogenabhängigkeit	11*

* Krankenhäuser im Hamburger Umland, die an der Versorgung der Hamburger Bevölkerung teilnehmen.
Die angegebene Bettenzahl bezieht sich lediglich auf die in den Hamburger Krankenhausplan aufgenommenen Kapazitäten.
** Angaben der Krankenhäuser

Tabelle 14: Angebote zur stationären Suchtbehandlung der Krankenhäuser zum qualifizierten Entzug für Erwachsene

Für Kinder und Jugendliche wird der qualifizierte Entzug in zwei Krankenhäusern angeboten. Ein Krankenhaus davon eines Hamburger Trägers befindet sich im Hamburger Umland.

ANGEBOTE ZUR STATIONÄREN SUCHTBEHANDLUNG DER KRANKENHÄUSER ZUM QUALIFIZIERTEN ENTZUG FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Krankenhaus	Erkrankung	Betten/ Plätze
UKE Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik Jugend-Suchtstation in Kooperation mit dem DZSKJ	Alkoholabhängigkeit Drogenabhängigkeit Abhängigkeit von Computer-/ Rollenspielen/Glücksspiel	12
Fachklinik Bokholt* (Therapiehilfe e. V.) Akupunkturgestützte Entzugsbehandlung	Drogenabhängigkeit	12*

* Krankenhäuser im Hamburger Umland, die an der Versorgung der Hamburger Bevölkerung teilnehmen.
Die angegebene Bettenzahl bezieht sich lediglich auf die in den Hamburger Krankenhausplan aufgenommenen Kapazitäten.

Tabelle 15: Angebote zur stationären Suchtbehandlung der Krankenhäuser zum qualifizierten Entzug für Kinder und Jugendliche

Über die genannten Angebote hinaus sind Schwerpunkte für bestimmte Erkrankungen oder/und Zielgruppen zu nennen, die in einigen Krankenhäusern angeboten werden:

- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf – Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Jugend-Suchtstation in Kooperation mit dem DZSKJ Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Suchtstörungen und zusätzlichen komorbiden Störungen; Weiterbehandlung nach dem qualifizierten Entzug

- Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll - Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, Behandlung von chronisch mehrfach geschädigten Abhängigkeitserkrankten und Schwangeren, Behandlung von Abhängigkeitserkrankten, die zusätzlich an einer Psychose erkrankt sind.
- Schön Klinik Hamburg Eilbek – Psychiatrie und Psychotherapie, Station für Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeit sowie Station für Borderline mit Sucht, Behandlung von Abhängigkeitserkrankten, die zusätzlich an einer Persönlichkeitsstörung oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind.

5.3 MEDIZINISCHE REHABILITATION

Entwöhnungsbehandlungen für suchtmittelabhängige Personen werden im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erbracht. Die medizinische Rehabilitation hat zum Ziel, die drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft durch frühzeitige Einleitung der erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Primärer Kostenträger für Maßnahmen der Suchtrehabilitation sind die Rentenversicherungen. Die Krankenversicherung tritt ein, wenn gegenüber der Rentenversicherung keine Anwartschaften erworben wurden. Die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und dem Rentenversicherungsträger regeln mehrere Vereinbarungen und Konzepte.¹²⁸ Die Suchtrehabilitation wird in unterschiedlichen Leistungsformen angeboten. Kriterien, die bei der Entscheidung über die im Einzelfall zweckmäßigste Leistungsform zu berücksichtigen sind, haben die Leistungsträger in den Vereinbarungen definiert.

An Maßnahmen zur ambulanten, teilstationären und stationären medizinischen Rehabilitation haben Hamburgerinnen und Hamburger teilgenommen:

TEILNAHME AN MASSNAHMEN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION

Jahr	Anzahl der angetretenen Entwöhnungsbehandlungen		Gesamt
	DRV-Bund	DRV-Nord	
2010	1113	1088	2201
2011	1198	1091	2289

Tabelle 16: Teilnahme an Maßnahmen der Medizinischen Rehabilitation

¹²⁸ Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker vom 04.05.2001.

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 03.12. 2008.

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18.08.2011.

Etwas mehr als die Hälfte der Behandelten kann abschließend als „gebessert in der Hauptdiagnose“ eingestuft werden.

Die Gesamtzahl der Angaben bezieht sich auf die Daten der Klientinnen und Klienten, die zum Zeitpunkt der Antragstellung ihren Wohnsitz in Hamburg hatten. Die von der DRV-Bund und DRV-Nord erhobenen Zahlen geben die Anzahl der Hamburgerinnen und Hamburger wieder, die eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation angetreten haben, unabhängig davon, ob diese Maßnahmen in einer Hamburger oder einer auswärtigen Einrichtung in Anspruch genommen wurden und unabhängig davon, ob eine ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen wurde.

5.3.1 Ambulante medizinische Rehabilitation

Die ambulante medizinische Rehabilitation richtet sich an suchtkranke Menschen, die zu eigenständiger Lebensführung in der Lage sind und deshalb den stabilisierenden Rahmen eines stationären Aufenthalts nicht benötigen. Um ambulante medizinische Rehabilitation durchführen zu können, ist eine Anerkennung als Behandlungseinrichtung durch die Deutsche Rentenversicherung erforderlich. Die Maßnahme wird in den Räumlichkeiten der Beratungsstellen durchgeführt.

Für die ambulante medizinische Rehabilitation werden in der Regel bis zu 80 Rehabilitationseinheiten bewilligt. Die Maßnahme sollte innerhalb von 12 Monaten zum Abschluss gebracht werden. Verlängerungen sind möglich.

In folgenden Hamburger Einrichtungen werden Maßnahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation durchgeführt:

ANERKANNTE BEHANDLUNGSEINRICHTUNGEN FÜR AMBULANTE MEDIZINISCHE REHABILITATION		
Einrichtung	Träger	Zielgruppe (Schwerpunkt)
AS – Aktive Suchthilfe	Aktive Suchthilfe e. V.	Pathologische Glückspielerinnen und -spieler
Beratungsstelle Frauenperspektiven	Frauenperspektiven e. V.	Frauen die von legalen und illegalen Drogen abhängig sind
Die BOJE	Gemeindepsychiatrische Dienste Hamburg-Nordost GmbH	Abhängige legaler und illegaler Drogen bis 35 Jahre/ Pathologische Glückspielerinnen und -spieler
Die Brücke Conventstraße	Die Brücke e. V.	Abhängige legaler und illegaler Drogen sowie Substituierte
Die Brücke Große Bergstraße	Die Brücke e. V.	Abhängige legaler und illegaler Drogen sowie Substituierte
Die Brücke Walddörferstraße	Die Brücke e. V.	Abhängige legaler und illegaler Drogen sowie Substituierte

Einrichtung	Träger	Zielgruppe (Schwerpunkt)
KODROBS Altona	Jugend hilft Jugend e. V.	Abhängige legaler und illegaler Drogen sowie Substituierte
KODROBS Bergedorf	Jugend hilft Jugend e. V.	Abhängige legaler und illegaler Drogen
KODROBS Wilhelmsburg	Jugend hilft Jugend e. V.	Abhängige legaler und illegaler Drogen
Lukas Suchthilfzentrum Hamburg-West	Diakonisches Werk Hamburg-West/Südholstein e. V.	Abhängige legaler und illegaler Drogen
M.A.T und Seehaus Harburg	Therapiehilfe e. V.	Abhängige legaler und illegaler Drogen sowie Substituierte
M.A.T West	Therapiehilfe e. V.	Abhängige legaler und illegaler Drogen sowie Substituierte
MAEX	Therapiehilfe e. V.	Abhängige legaler und illegaler Drogen sowie Substituierte
Seehaus	Therapiehilfe e. V.	Abhängige legaler und illegaler Drogen sowie Substituierte
STZ Beratungsstelle Barmbek	Martha Stiftung	Abhängige legaler und illegaler Drogen
STZ Beratungsstelle Harburg	Martha Stiftung	Abhängige legaler und illegaler Drogen
STZ Beratungsstelle Hummel	Martha Stiftung	Abhängige legaler und illegaler Drogen
Suchtberatung Jenfeld Beratungs- und Behandlungsstelle AHA	Alida Schmidt-Stiftung	Abhängige legaler Drogen
Viva Wandsbek	Jugendhilfe e. V.	Abhängige legaler und illegaler Drogen sowie Substituierte

Tabelle 17: Anerkannte Behandlungseinrichtungen für ambulante medizinische Rehabilitation

5.3.2 Teilstationäre bzw. ganztagsambulante Rehabilitation (SGB V, SGB VI)

Neben den ambulanten Maßnahmen werden auch ganztägig ambulante Angebote vorgehalten. Der Begriff „ganztägig ambulante“ ersetzt hierbei den Begriff „teilstationär“.

Das Wesen der ganztägig ambulanten Maßnahmen besteht darin, dass die therapeutischen Angebote tagsüber in einem tagesklinischen Setting stattfinden.

Die Maßnahme wird in der Regel bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen für bis zu 12 Wochen, bei Drogenabhängigen für bis zu 20 Wochen bewilligt. Die Bewilligungsdauer orientiert sich an den akzeptierten Rehabilitationskonzepten. Verlängerungen sind möglich.

ANERKANNTE BEHANDLUNGSEINRICHTUNGEN FÜR TEILSTATIONÄRE BZW. GANZTAGSAMBULANTE MEDIZINISCHE REHABILITATION

Einrichtung	Träger	Zielgruppe	Plätze
STZ Tagesklinik	Martha Stiftung	Alkohol- und Medikamenten-abhängige	33
Teilstationäre Drogen-langzeittherapie	Jugend hilft Jugend e. V.	Drogenabhängige und Subs-tituierte	10
Tagesklinik CHANGE	Therapiehilfe e. V.	Drogenabhängige	18

Tabelle 18: Anerkannte Behandlungseinrichtungen für teilstationäre bzw. ganztagsambulante medizinische Rehabilitation

5.3.3 Ambulante Nachsorge nach stationärer Rehabilitation (SGB VI)

Die ambulante medizinische Rehabilitation/Nachsorge schließt sich zeitnah an einen stationären Aufenthalt an und wird in der Regel noch während des Aufenthalts in der Rehabilitationseinrichtung beantragt. Kostenträger sind die Rentenversicherungsträger. Die Nachsorge kommt in Betracht, wenn der Anschluss an eine Selbsthilfegruppe nicht ausreicht und eine ambulante Psychotherapie (§ 28 SGB V) nicht indiziert oder nicht ausreichend ist. Ziel der Nachsorge ist die dauerhafte Erhaltung und Festigung der Abstinenz. Dies soll insbesondere durch Unterstützung in Krisenfällen, Verhinderung von Rückfällen sowie durch die Erhaltung der Abstinenzmotivation und ggf. der Integration in den Arbeitsmarkt erreicht werden. Für die ambulante Nachsorge werden in der Regel 20 Rehabilitationseinheiten bewilligt. Eine Verlängerung ist möglich. Die in Tabelle 17 dargestellten anerkannten Behandlungseinrichtungen bieten die ambulante Nachsorge nach stationärer Rehabilitation an.

5.3.4 Stationäre medizinische Rehabilitation für suchtkranke Menschen (SGB V, SGB VI)

Stationäre Maßnahmen werden in spezialisierten Fachkliniken durchgeführt. Traditionell gewachsen ist die Unterscheidung der Angebote danach, welche Suchtmittel konsumiert werden. Stehen der Konsum von illegalen Drogen im Vordergrund, beträgt die Maßnahme ca. 10 Monate. Besteht eine Abhängigkeit von legalen Suchtmitteln, wird durch die Kostenträger in der Regel eine Behandlungszeit von 16 Wochen bewilligt.

EINRICHTUNGEN ZUR STATIONÄREN MEDIZINISCHEN REHABILITATION IN HAMBURG, SCHLESWIG-HOLSTEIN UND NIEDERSACHSEN

Einrichtung	Träger	Zielgruppe	Plätze
Fachklinik COME IN!	Therapiehilfe e. V.	Jugendliche Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen	30
Fachklinik Bokholt (Entwöhnung)	Therapiehilfe e. V.	Drogenabhängige, auch Cannabis	22
Fachklinik DO IT!	Therapiehilfe e. V.	Drogenabhängige Substituierte	42
Fachklinik Peers Hoop	Therapiehilfe e. V.	Drogenabhängige	30
Sozialtherapeutische Wohngemeinschaften	Jugend hilft Jugend e. V.	Drogenabhängige	20
TheKi	Jugend hilft Jugend e. V.	Drogenabhängige, Substituierte, Kindern können mit in der Einrichtung untergebracht werden	10
Therapeutischer Hof Toppenstedt	Diakonisches Werk Hamburg-West/Südholstein e. V.	Drogenabhängige	30
Fachklinik Hamburg- Mitte	Jugendhilfe e. V.	Drogenabhängige Substituierte	44
Fachkrankenhaus Hansenberg	Alida Schmidt-Stiftung	Alkohol- und Medikamentenabhängige	100
STZ Fachklinik	Martha Stiftung	Alkohol- und Medikamentenabhängige, Kinder können mitgebracht werden	48 Zusätzlich bis zu 6 Kinder
Therapiezentrum Psychose und Sucht	Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll, auxiliar Gesellschaft mbH	Suchtmittelabhängige Erwachsene, die an einer Psychose erkrankt sind	25

Tabelle 19: Einrichtungen zur stationären medizinischen Rehabilitation in Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen

Der Ausbau der STZ Fachklinik um eine Suchtstation für Eltern, die eine Betreuung der Kinder während des Aufenthalts ermöglicht, wurde im Rahmen des Hamburger Konjunkturprogramms finanziell unterstützt. Der Neubau der Fachklinik Hamburg-Mitte erhielt ebenfalls eine finanzielle Förderung durch die Hamburger Konjunkturoffensive (siehe Kapitel 3.2.6), damit konnte die Anzahl der Plätze für stationäre medizinische Rehabilitation für Drogenabhängige in Hamburg, die den Qualitätsstandards der Rentenversicherung genügen, stabil gehalten werden.

5.3.5 Stationäre Einrichtungen zur externen Adaption nach stationärer medizinischer Rehabilitation suchtkranker Menschen (SGB VI)

Die Adaptionsphase schließt sich an die Rehabilitationsphase an. Hierbei wird unterschieden zwischen der internen und der externen Adaption. Die interne Adaption bildet in der Regel die Abschlussphase während des Aufenthaltes in der Fachklinik und ist fester Bestandteil der stationären Rehabilitation. Eine externe Adaption kommt dann in Betracht, wenn weiterer Unterstützungsbedarf im Anschluss an die stationäre Maßnahme besteht. Sie hat primär die Wiedereingliederung der Patientin bzw. des Patienten in den Arbeitsmarkt und die Gesellschaft zum Ziel (Arbeitsstelle, Arbeitserprobungen, Praktika, etc.).

Während die interne Adaption integraler Bestandteil des Behandlungskonzeptes der fachklinischen Behandlung ist, ist für die externe Adaption eine erneute Kostenzusage Voraussetzung. Diese wird in der Regel für den Zeitraum von 3 Monaten ausgesprochen.

EINRICHTUNGEN ZUR EXTERNEN ADAPTION NACH STATIONÄRER MEDIZINISCHER REHABILITATION SUCHTKRANKER MENSCHEN			
Einrichtung	Träger	Zielgruppe	Plätze
Therapeutische Gemeinschaft Jenfeld: Adaption	Alida Schmidt-Stiftung	Alkohol- und Medikamentenabhängige	30
DO IT! Externe Adaption	Therapiehilfe e. V.	Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige	17

Tabelle 20: Einrichtungen zur externen Adaption nach stationärer medizinischer Rehabilitation suchtkranker Menschen

5.4 MASSREGELVOLLZUG/UNTERBRINGUNG IN EINER ENTZIEHUNGSANSTALT¹²⁹

Die gesetzliche Aufgabe des Maßregelvollzugs ist die „Besserung und Sicherung“ der nach § 64 StGB untergebrachten suchtkranken Personen. Deren Behandlung, mit dem Ziel der Heilung bzw. Besserung, hat sich gemäß § 136 Strafvollzugsgesetz (StVollzG) nach ärztlichen Gesichtspunkten zu richten.

¹²⁹ Mit dem heute nicht mehr gebräuchlichen Begriff der „Entziehungsanstalt“, der im Gesetz genutzt wird, ist die nach geltender medizinischer Praxis ausgerichtete Behandlung von Suchterkrankungen im Rahmen des Maßregelvollzugs gemeint.

Der Freiheitsentzug schuldunfähiger (§ 20 StGB¹³⁰) bzw. schuldverminderter (§ 21 StGB¹³¹) suchtkranker Straftäterinnen und Straftäter wird legitimiert durch die Abwendung einer Gefahr für die Allgemeinheit und die Erfordernis, den psychisch kranken und suchtkranken Straftäterinnen und Straftäter zu bessern. Der Maßregelvollzug ist deshalb gleichermaßen durch den Auftrag bestimmt, sowohl eine qualitativ hochwertige Therapie für die Patientinnen und Patienten als auch die Sicherheit der Allgemeinheit in dem erforderlichen Maße zu gewährleisten.

Bei verminderter Schuldfähigkeit kann zusätzlich zur Maßregel eine Freiheitsstrafe verhängt werden. In der Zuständigkeit der BGV liegen die freiheitsentziehenden Maßregeln der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB.

§ 64 StGB – Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.

Die Unterbringung nach § 64 StGB dauert in der Regel maximal 2 Jahre, eine zeitige Freiheitsstrafe kann ergänzend verhängt werden. Im Gegensatz zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB kann die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB auch bei voll erhaltener Schuldfähigkeit erfolgen.

Die Entscheidung über die Einweisung in den Maßregelvollzug ist ebenso wie die Entlassung den zuständigen Gerichten vorbehalten. Die Vollstreckung von Maßregeln § 64 StGB erfolgt in Hamburg in der Abteilung für forensische Psychiatrie der Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll.

130 § 20 StGB – Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen: Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

131 § 21 StGB – Verminderte Schuldfähigkeit: Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

Nach § 38 Hamburger Maßregelvollzugsgesetz (HmbMVollzG) trägt die Freie und Hansestadt Hamburg die Kosten der Unterbringung, soweit nicht ein Träger von Sozialleistungen zur Gewährung von gleichartigen Leistungen verpflichtet ist oder die untergebrachte Person zu den Kosten beizutragen hat.

2011 standen 39 Behandlungsplätze zur Verfügung. 71 Patientinnen und Patienten wurden aufgrund ihrer Suchterkrankung nach § 64 StGB im Maßregelvollzug behandelt.

Zwischen Maßregelvollzug und Suchthilfe bestehen gute Kooperationsbezüge. Problematisch erweist sich immer noch die stationäre Versorgung von substituierten Patientinnen und Patienten nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug (stationäre Langzeittherapie, stationäre Nachsorge).

Zusammenfassung

- In Hamburg wird ein umfassendes, vielfältiges und hochdifferenziertes medizinisches Hilfesystem zur Behandlung von Suchterkrankungen vorgehalten, das von unterschiedlichen Kosten- und Leistungsträgern sowie Anbietern vorgehalten und von den Betroffenen in Anspruch genommen wird.
- Menschen mit Suchtstörungen nutzen Angebote der medizinischen Versorgung häufig, ohne dass ihre Problemlage erkannt wird, so dass außerhalb der suchtspezifischen medizinischen Angebote keine systematische Intervention bei Suchtstörungen zu erwarten ist.
- Die Leistungen der medizinischen Suchtbehandlung und der Rehabilitation werden durch andere Kostenträger finanziert (SGB V, VI). Die zuwendungsfinanzierten Maßnahmen der Suchthilfe unterstützen die Inanspruchnahme dieser Leistungen.

Folgerungen

- Mit den bestehenden Angeboten sind sehr gute Voraussetzungen geschaffen, je nach individuellem Hilfebedarf, passende Unterstützung für suchtkranke Menschen sicher zu stellen.
- Im Rahmen der medizinischen Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und bei stationären Krankenhausaufenthalten sollen suchtkgefährdete Patientinnen und Patienten identifiziert und durch Kurzinterventionen für Verhaltensänderungen bezüglich ihres Suchtmittelkonsums motiviert werden. Dafür gilt es, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, z. B. indem der Umgang mit Suchtstörungen in krankenhausinternen Qualitätsstandards etabliert wird. Die hierzu in Hamburg bereits vorhandenen Konzepte sind zu nutzen.

- Die Vielzahl der teilweise hochspezialisierten Teilsysteme innerhalb der Versorgung suchtkranker Menschen birgt auch die Gefahr der Fragmentierung. Es ist übergreifend darauf zu achten, dass in jedem Einzelfall der Bedarf der Betroffenen im Mittelpunkt steht und nicht die aktuell verfügbare Einzelmaßnahme.
- Um den Betroffenen die passgenauen Hilfen vermitteln zu können, bedarf es größerer Transparenz, welche Hilfen bezogen auf welches Problem angeboten werden können und es bedarf der Nutzung übergreifender Standards, auf deren Grundlage Diagnostik und Hilfeplanung vorgenommen wird, wie die ICF (siehe Kapitel 4.1.5).
- Bei der Weiterentwicklung der Suchthilfe in Hamburg ist die Fragestellung zu berücksichtigen, wie die Hilfeprozesse so gesteuert werden können, dass für alle Betroffenen die Interventionen individuell geplant und sektorenübergreifend erbracht werden können. Dafür sind systematische Vernetzungs- bzw. Kooperationsstrukturen aufzubauen.

6. SUCHTSELBSTHILFE

Unter Selbsthilfe wird ein selbstorganisierter Zusammenschluss von Menschen verstanden, die ein vergleichbares Problem oder Anliegen haben und sich gegenseitig bei der Bewältigung unterstützen möchten. Selbsthilfegruppen dienen im Wesentlichen dem Informations- und Erfahrungsaustausch von Betroffenen und Angehörigen, der praktischen Lebenshilfe sowie der gegenseitigen emotionalen Unterstützung.

Die Selbsthilfe weist Besonderheiten auf, die sie von anderen Organisationsformen unterscheidet. Hierzu gehört insbesondere das hohe ehrenamtliche Engagement mit entsprechend zeitlichem und finanziellem Aufwand. Eine weitere Besonderheit ist die Selbstorganisation. Selbsthilfe wird von Betroffenen gestaltet – sie organisiert sich selbstständig und eigenverantwortlich. So ist die Suchtselbsthilfe ein eigenständiges und unabhängiges Angebot, das die professionellen Angebote der Suchtkrankenhilfe ergänzt.

Insbesondere bezogen auf die große Gruppe der alkoholabhängigen Menschen hat sich seit vielen Jahren ein umfassendes Netz von Selbsthilfegruppen und -organisationen gebildet. Die größten Suchtselbsthilfeorganisationen in Hamburg sind die Anonymen Alkoholiker, der Deutsche Guttempler-Orden (I.O.G.T.) e. V. Landesverband Hamburg, die ELAS-Suchtselbsthilfe des Diakonische Werkes Hamburg, die Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe des Landesverbands Hamburg e. V., das Blaue Kreuz Deutschland e. V. Landesverband Hamburg und der Kreuzbund Diözesanverband Hamburg e. V. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von kleineren Organisationen. Abhängigen illegaler Drogen oder Menschen mit Medikamentenabhängigkeit scheint es schwerer zu fallen, Selbsthilfeinitiative zu entwickeln. Die Suchtberatungsstellen fördern die Bildung von Selbsthilfegruppen aktiv, z. B. nach Abschluss der ambulanten medizinischen Rehabilitation.

Die Selbsthilfe stellt sich als heterogen dar und diese Heterogenität ist ihre Stärke. Für betroffene Menschen heißt das, dass entweder schon ein passendes Selbsthilfeangebot zur Verfügung steht oder selbst ein Angebot initiiert werden kann, das den eigenen Erwartungen und Möglichkeiten entspricht.

Die Heterogenität und die Unabhängigkeit der Selbsthilfe bringen es mit sich, dass kein erschöpfendes Zahlenmaterial über Selbsthilfegruppen zur Verfügung steht. Über die Anzahl der Personen, die in Hamburg Selbsthilfegruppen aufsuchen, oder sogar über soziodemographische Besonderheiten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Selbsthilfegruppen liegen wenig systematischen Erhebungen vor. Eine Ausnahme bildet die bundesweite Erhebung von fünf Selbsthilfe- und

Abstinenzverbänden.¹³² In 2010 wurden durch die Gruppen-Selbsthilfeverbände 72.212 Personen erreicht, 31.237 Frauen und 40.975 Männer. Die Gruppenteilnehmenden waren zu 72,4 % suchtkrank (32 % Frauen und 68 % Männer), etwas mehr als 22 % sind Angehörige. Der Altersschwerpunkt bei den Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern liegt zwischen 50 und 60 Jahren. Das weist darauf hin, dass die Selbsthilfegruppen über Jahre hinweg Bestand haben.

Von den 52.000 Suchtkranken hatte der überwiegende Anteil Alkoholprobleme (86 %), gefolgt von Mehrfachabhängigkeit (6 %) und Medikamentenabhängigkeit (3 %).

Etwas mehr als ein Drittel der Suchtkranken hat eine stationäre Behandlung in einer Fachklinik für Suchtkranke durchlaufen, ein knappes Drittel hat überhaupt keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen und das letzte Dritte teilt sich in etwa die Betroffenen, die ambulante medizinische Reha durchlaufen haben (18 %) und diejenigen, die einen Entzug bzw. eine qualifizierte Entgiftung hatten und dann die Selbsthilfe für sich nutzten.

Etwa 13 % der Suchtkranken wurden in 2010 rückfällig, zwei Drittel der rückfälligen Menschen konnten durch die Gruppen stabilisiert werden.

Ob sich diese Daten auf alle Selbsthilfegruppen übertragen lassen, ist nicht zu klären, aber sie bieten einen Einblick in die große Bedeutung der Selbsthilfegruppen, die über die Sicherung der Erfolge der professionellen Suchthilfe hinausreicht.

In Hamburg werden Selbsthilfegruppen durch die Kontakt und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS) unterstützt, diese dienen gleichzeitig als Anlaufstellen für Menschen, die geeignete Selbsthilfegruppen suchen. Weiterhin bieten die KISS an:

- Begleitung bei der Gründung von Selbsthilfegruppen
- Beratung von Gruppen zu Fragen finanzieller Förderung
- Vergabe kleiner finanzieller Mittel in Höhe von bis zu 650 € je Gruppe pro Jahr
- Moderation schwieriger Gruppenprozesse
- Seminare für Selbsthilfegruppen

¹³² Statistik 2010: Erhebung der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände Blaue Kreuz Suchtkrankenhilfe, Blaues Kreuz in der ev. Kirche e. V., Freundeskreise der Suchtkrankenhilfe Bundesverband e. V., Guttempler Deutschland e. V., Kreuzbund e. V. Selbsthilfe und Helfergemeinschaft für Suchtkranke und Angehörige. Dortmund, Hamburg, Hamm, Kassel, Wuppertal, im September 2011.

Nach Auskunft von KISS kann in Hamburg von annähernd 1.500 Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich ausgegangen werden. Davon lassen sich etwa 380 Gruppen dem Bereich der Suchtselbsthilfe zuordnen.

Die Suchtselbsthilfegruppen stellen einen wichtigen Baustein in der Versorgung suchtmittelabhängiger Menschen dar. Die Verbindung zwischen professionellen Angeboten in der Suchthilfe und den ehrenamtlich durchgeführten Selbsthilfegruppen ist von großer Bedeutung für eine gelingende und nachhaltige Unterstützung von Betroffenen und deren Angehörigen. In Hamburg hat es sich deshalb positiv bewährt, dass die professionellen Einrichtungen der Suchthilfe auf eine wertschätzende Kooperation mit der Suchtselbsthilfe bedacht sind und die Vernetzung mit Selbsthilfegruppen aktiv unterstützen. Viele Selbsthilfegruppen treffen sich in den Räumlichkeiten von Suchtberatungsstellen und erhalten hier ggf. auch zusätzliche Hilfestellung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Zusammenfassung

- Selbsthilfe ist ein selbstorganisierter Zusammenschluss von Menschen, die ein vergleichbares Problem oder Anliegen haben und sich gegenseitig bei dessen Bewältigung unterstützen. Selbsthilfegruppen dienen dem Informations- und Erfahrungsaustausch von Betroffenen und Angehörigen, der praktischen Lebenshilfe sowie der gegenseitigen emotionalen Unterstützung.
- Selbsthilfe ist in hohem Ausmaß auf Eigeninitiative und ehrenamtliches Engagement angewiesen.
- In Hamburg sind etwa 380 Selbsthilfegruppen bekannt.
- Die Selbsthilfe wird ebenso wie die Förderung aller gesundheitsbezogener Selbsthilfegruppen durch KISS unterstützt.
- Die Einrichtungen der Suchthilfe in Hamburg erkennen den hohen Wert der Selbsthilfe an und unterstützen die Bildung von Selbsthilfegruppen bzw. bieten ihnen ihre Räumlichkeiten als Treffpunkte an.

Folgerungen

- Der Selbsthilfe Suchtkranker kommt eine wichtige Bedeutung bei der Bewältigung von Suchterkrankungen zu und zwar sowohl für die Betroffenen selber, als auch für ihre Angehörigen.
- Die ambulante Suchthilfe muss weiterhin in enger Kooperation mit Selbsthilfegruppen und -organisationen arbeiten, zur Bildung von Selbsthilfegruppen anregen und diese auch unterstützen und fördern, in dem z. B. kostenfrei Räumlichkeiten bereitgestellt werden.

7. FACHBEHÖRDLICHE STEUERUNG

Interbehördliche Steuerung der Sucht- und Drogenpolitik

Zur behördenübergreifenden Steuerung der Sucht- und Drogenpolitik in Hamburg besteht seit 2001 die Amtsleiterrunde Drogen. Sie wurde durch den damaligen Innensenator und heutigen ersten Bürgermeister Olaf Scholz initiiert und hatte zunächst zum Ziel, die behördlichen Maßnahmen zur Eindämmung von Drogenszenen zu koordinieren. In ihr sind die zuständigen Amtsleitungen von BGV und BASFI, BSB, Behörde für Justiz und Gleichstellung (JB) und Staatsanwaltschaft, BIS, der Polizei und des Bezirksamts Hamburg-Mitte (stellvertretend für alle Bezirke) vertreten. Den Vorsitz der Amtsleiterrunde Drogen hat die Amtsleitung Gesundheit der BGV.

Die Amtsleiterrunde Drogen bearbeitet das gesamte Spektrum sucht- und drogenpolitischer Themen. Sie gewährleistet die interbehördliche Abstimmung und steuert die Umsetzung sucht- und drogenpolitischer Maßnahmen. Ihre Tätigkeit, insbesondere zur Bewältigung von Aufgaben, die nur durch koordiniertes Handeln aller betroffenen Behörden erreicht werden, hat sich in hohem Maß bewährt. Die Sitzungen finden aktuell zweimal jährlich statt, die Frequenz kann dem Steuerungsbedarf angepasst werden.

Koordination der Suchtprävention

Suchtprävention ist eine Querschnittsaufgabe, die neben der federführenden BGV in den Ausführungsbereichen verschiedener fachbehördlicher Felder verankert ist. Die Ständige Arbeitsgruppe Suchtprävention (STAGS) ist das Gremium, in dem die interbehördliche Steuerung der Suchtprävention zwischen BASFI, BSB, JB, BIS und Bezirken stattfindet. Sie dient der Stärkung der hamburgweiten Aktivitäten zur Suchtprävention, der Erhöhung der Effizienz der eingesetzten Ressourcen, der Verbesserung der Qualität, der Optimierung der Schnittstellen und der Förderung der Zusammenarbeit. Die STAGS arbeitet im Auftrag der Amtsleiterrunde Drogen und berichtet regelmäßig über Arbeitsergebnisse. Die Fachstellen für Suchtprävention und ggf. weitere Gäste können an den Sitzungen beteiligt werden. Die Sitzungen finden alle 2 Monate statt, die Sitzungsfrequenz wird dem Steuerungsbedarf angepasst.¹³³

¹³³ Die Grundlagen und Ziele der Suchtprävention für Kinder und Jugendliche werden in einer gesonderten Drucksache dargestellt.

Abstimmung und Steuerung zwischen Trägern der Suchthilfe und der Fachbehörde

Fachrat Drogen und Sucht

Der Fachrat Drogen und Sucht (siehe Kapitel 4.1.5) berät die Fachbehörde in Grundsatzfragen zur Fortentwicklung der Sucht- und Drogenhilfe und die Fachbehörde informiert die Träger über aktuelle Entwicklungen. Projektbezogen werden befristete Arbeitsgruppen eingesetzt. Die Aufgabe des Fachrats Drogen und Sucht ist es, Entwicklungsbedarf zu erkennen, zu analysieren und unmittelbar in die Tätigkeit der Einrichtungen zu integrieren. Das Gremium trifft auf Einladung der Leitung der Fachabteilung Drogen und Sucht alle 2 Monate zusammen.

Fachgremium Eingliederungshilfe

Aufgabe des Fachgremiums Eingliederungshilfe (siehe Kapitel 4.2.5) ist die Abstimmung zwischen der Fachbehörde und den Trägervertreterinnen und -vertretern der stationären und teilstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die Leistungen für suchtkranke Menschen erbringen. Ziel ist die stetige Weiterentwicklung und Qualitätssicherung der Eingliederungshilfe für Suchtkranke. In der Regel trifft das Gremium zweimal im Jahr zusammen.

Abstimmung zwischen Kosten- und Leistungsträgern der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe

Im Jahr 2005 wurde ein Abstimmungsgremium der Kosten- und Leistungsträger sowie Anbieter von Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention eingerichtet, dessen Ziel es sein sollte, grundsätzliche Fragen der Weiterentwicklung des Suchtkrankenhilfesystems und der Suchtprävention insbesondere im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erörtern, eine Analyse und Beseitigung von Schwachstellen in der Zusammenarbeit von Kosten- und Leistungsträgern vorzunehmen und Finanzierungsfragen zu beraten. Wenn Analyse und Beseitigung der Schwachstellen und die Erörterung von Finanzierungsfragen auch nicht unproblematisch sind, so hat sich die Diskussion übergreifender inhaltlicher Fragestellungen, die die Weiterentwicklung der Suchthilfe betreffen, jedoch bewährt und zu fruchtbaren Ergebnissen geführt. Zum Beispiel hat das Abstimmungsgremium eine Unterarbeitsgruppe gebildet, die die Kampagne gegen Medikamentenmissbrauch „MIT DENKEN - Bewusster Umgang mit Medikamenten“ seit 2010 mit hohem Engagement begleitet (siehe Kapitel 1.2). Das Gremium soll deshalb zukünftig anlassbezogen zur Umsetzung übergreifender fachlicher Projekte einberufen werden.

Folgerung

- Zur interbehördlichen Steuerung der Drogen- und Suchtpolitik ist eine Amtsleiterrunde Drogen und die Ständige Arbeitsgruppe Suchtprävention eingesetzt. Die Amtsleiterrunde Drogen und die Ständige Arbeitsgruppe Suchtprävention haben sich bewährt.
- Zur Abstimmung zwischen der Fachbehörde, Anbietern von Suchtprävention und Suchthilfe arbeiteten drei Gremien. Hierbei hat sich der Fachrat Drogen und Sucht in hervorragender Weise bewährt. Aber auch das Fachgremium Eingliederungshilfe ist für die trägerübergreifende Steuerung der Fachbehörde notwendig. Die fachliche Abstimmung zwischen den Kosten- und Leistungsträgern und Anbietern von Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention im Rahmen eines Koordinationsgremiums bleibt hinter den Erwartungen zurück. Der Informationsaustausch und die Kooperation bei der Durchführung von übergreifenden Projekten sind jedoch erhaltenswert.
- Eine Abstimmung zwischen den Kostenträgern wäre sinnvoll, wegen ihrer grundsätzlichen Bedeutung jedoch kaum auf der Ebene eines Bundeslandes möglich.

8. **BILANZ UND ENTWICKLUNGSBEDARF**

Der Bericht gibt eine Übersicht über die vielfältigen Angebote der Suchthilfe in Hamburg und ordnet sie in den Kontext der vorhandenen Daten und Fakten ein. Deutlich wird, dass die Hamburger Suchthilfe qualitativ und quantitativ sehr gut ausgebaut ist. Sie wird durch unterschiedliche Kostenträger finanziert, eine übergreifende Abstimmung bezüglich der Effizienz und Vernetzung der Angebote findet jedoch noch nicht ausreichend statt (siehe Kapitel 7).

Die zuwendungsfinanzierten ambulanten Angebote werden kontinuierlich durch umfassende Qualitätsentwicklungs- und Steuerungsprozesse begleitet. Die Suchtberatungsstellen nehmen im hochdifferenzierten System der durch verschiedene Kostenträger finanzierten Suchthilfe eine wichtige Stellung ein. Hier erhalten suchtgefährdete und suchtkranke Menschen und ihre Angehörigen voraussetzungslos Beratung und Unterstützung. Damit gelingt es, sie im Vorfeld von medizinischer Behandlung und Rehabilitation zu erreichen, Überleben zu sichern und fundierte Diagnostik und Hilfeplanung durchzuführen. Für einen sehr großen Teil der betroffenen Menschen ist es möglich, mit Hilfe der Beratungsstellen ihre Suchtproblematik zu bewältigen oder zumindest die Lebenssituation und ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Im Bedarfsfall erfolgt eine Vermittlung in passgenaue, weiterführende Hilfen.

Dennoch werden Optimierungsmöglichkeiten gesehen, die jeweils in den Folgerungen der einzelnen Kapitel dargestellt sind. Daraus ergeben sich eine Vielzahl von Aufgaben, die sich zentralen Orientierungspunkten zuordnen lassen, denen folgende Annahmen zugrunde liegen:

- Suchtgefährdete und suchtkranke Menschen kommen aus verschiedenen kulturellen und sozialen Milieus, sie unterscheiden sich hinsichtlich Alter und Geschlecht, bezüglich der konsumierten Suchtmittel bzw. der pathologischen Verhaltensweisen, ihrer Bildung, ihrer gesundheitlichen Situation und ihrer Lebenssituation. (siehe Kapitel 1 und 2)
- Suchterkrankungen müssen immer auch als Symptom darunterliegender Problemlagen betrachtet werden und haben Auswirkungen in somatischer, psychischer und sozialer Hinsicht. Menschen mit hohen sozialen und psychischen Belastungen haben auch erhöhte Risiken für Abhängigkeitsentwicklungen (siehe Kapitel 2 und 4).
- Suchthilfe in Hamburg besteht aus einer Vielzahl von Angeboten, die für den Einzelfall frühzeitig und in geeigneter Weise zugänglich gemacht werden müssen (siehe Kapitel 4 bis 6)

Daraus folgt, dass

- alle Menschen mit Suchtproblemen, aber insbesondere diejenigen mit erhöhten Belastungen, schwellenlose Zugänge zur Suchthilfe erhalten sollen,
- innerhalb der Suchthilfe Kooperationen systematisiert werden müssen, um einzelfallbezogen passgenaue Hilfen zur Verfügung stellen zu können,
- der Verlauf von Hilfeprozessen optimiert und Doppelstrukturen verhindert werden können, wenn die Suchthilfe mit benachbarten Hilfesystemen zusammenarbeitet und andere Hilfesysteme auf die Suchthilfe zurückgreifen.

Aufgabe der fachbehördlichen Steuerung ist es, die strukturellen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Hamburger Suchthilfe ihren Aufgaben in optimierter Weise nachgehen kann. Schwerpunkte werden dabei sein:

- Die Festlegung von regionalen Zuständigkeiten mit klar definierten Verantwortlichkeiten, auch bezüglich der federführenden Fallverantwortlichkeit für die Suchtberatung und die PSB für Substituierte, um die systematische Zusammenarbeit mit weiteren regionalen Angeboten angrenzender Hilfesysteme zu sichern und Angebote am regionalen Bedarf ausrichten zu können.
- Ein nächster denkbarer Schritt wäre die Ausweisung regionaler Budgets. Ob und in welcher Form diese sinnvoll ist, soll mit den Trägern der Suchtkrankenhilfe erörtert werden.
- Einzelne hamburgweit tätige Einrichtungen bleiben erhalten, wenn das aufgrund der Größe und des Hilfebedarfs der Zielgruppe notwendig ist. (Kapitel 4.1.4).
- In die Steuerung der ambulanten Suchthilfe soll als ein Kriterium die Erreichung der unterschiedlichen Zielgruppen einbezogen werden, diese sind u. a. nach Region, Alter, Geschlecht, Herkunft und Substanzproblematik zu differenzieren (Kapitel 1, 2, 4).
- Die psychosoziale Betreuung für substituierte, opiatabhängige Menschen ist weiter zielgruppenspezifisch zu differenzieren und so zu gestalten, dass sie einerseits den Bedürfnissen chronisch suchtkranker Menschen an Unterstützung zur Teilhabe und Inklusion entspricht, andererseits Prozesse der sozialen Integration (z. B. Arbeit, Wohnen) und die Nutzung der medizinischen Rehabilitation aktiv fördert und sichert. Dabei sind die Schnittmengen zwischen der Suchthilfe und der PSB zu nutzen. (Kapitel 1.3.2, 2.5 und 4.1.3).

- Die Angebote der Eingliederungshilfe für wesentlich seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen sind hinsichtlich der Wirksamkeit zu evaluieren und weitere Anhaltspunkte für eine effiziente und bedarfsgerechte Steuerung zu entwickeln (4.2.3).
- Die frühe Intervention bei Suchtgefährdung und Suchterkrankung - auch bezogen auf Medikamentenmissbrauch - durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ist zu unterstützen. In den Krankenhäusern sind Qualitätsstandards für den Umgang mit suchtgefährdeten und suchtkranken Patientinnen und Patienten zu etablieren und die Entwicklung solcher Standards modellhaft zu begleiten (Kapitel 5.2).
- Die nachgewiesene Wirksamkeit der Suchtberatung ist weiterhin abzusichern und die WHO- Standards des ICF sind zu etablieren (Kapitel 4.1.5 und 4.2.7).

Die Umsetzung dieser Aufgaben erfolgt in Kooperation mit den Institutionen und Akteuren der Suchthilfe.

GLOSSAR

- ASD** Allgemeine Soziale Dienste der Bezirke
- AUDIT** Alcohol Use Disorders Identification Test
- BADO** Basisdatendokumentation der Suchthilfe in Hamburg
- BAGüS** Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
- BfA** Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
- BfArM** Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
- BfS** Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V.
- BIS** Behörde für Inneres und Sport
- BGV** Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
- BMG** Bundesministerium für Gesundheit
- BSB** Behörde für Schule und Berufsbildung
- BtMG** Betäubungsmittelgesetz
- BtMVV** Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
- BZgA** Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- DHS** Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- Drogen- und Suchtrat** Beratendes Gremium der Drogenbeauftragten der Bundesregierung
- DRV** Deutsche Rentenversicherung
- DSM IV** Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen
- DZSKJ** Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters
- EKhD** Erstkonsum harter Drogen
- ELAS** Diakonie Hamburg; ENDLICH LEBEN – ANDERS SEIN
- ESPAD** Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen
- FHH** Freie und Hansestadt Hamburg
- G-BA** Gemeinsamer Bundesausschuss: Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland
- GKV** Gesetzliche Krankenversicherung
- GPD** Gemeindepsychiatrische Dienste Hamburg Nordost GmbH
- HLS** Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.
- HmbMVollzG** Hamburger Maßregelvollzugsgesetz
- ICD** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IFT	Institut für Therapieforschung München
Jobcenter t.a.h	Jobcenter team.arbeit.hamburg
KhD	Konsumentinnen und Konsumenten harter Drogen
KISS	Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen
Kö 16 a	Suchtberatung Königstraße 16 a für Kinder, Jugendliche und Angehörige, BGV
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVH	Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
LAST	Lübecker Alkoholismus-Screening-Test
LKA	Landeskriminalamt
LI	Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung
PINTA	Studie zur Prävalenz der Internetabhängigkeit
PSB	Psychosoziale Betreuung für Substituierte
SCHULBUS	Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln
SDS	Severity of Dependence Scala
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB II	Sozialgesetzbuch II (Grundsicherung für Arbeitssuchende)
SGB III	Sozialgesetzbuch III (Arbeitsförderung)
SGB V	Sozialgesetzbuch V (Gesetzliche Krankenversicherung)
SGB VI	Sozialgesetzbuch VI (Gesetzliche Rentenversicherung)
SGB VIII	Sozialgesetzbuch VIII (Kinder- und Jugendhilfe)
SGB IX	Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)
SGB XI	Sozialgesetzbuch XI (Soziale Pflegeversicherung)
SGB XII	Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe)
STAGS	Ständige Arbeitsgruppe Suchtprävention
StGB	Strafgesetzbuch
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
THC	Tetrahydrocannabinol, psychoaktiver Wirkstoff der Cannabispflanze
WHO	Weltgesundheitsorganisation
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
ZIS	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung am Universitätsklinikum Eppendorf

LITERATURVERZEICHNIS

Adler, G. et. al. Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie: Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter: Depression-Demenz-Versorgung. 2009.

Antonovsky, A., Franke, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen.

Apothekerkammer Hamburg, Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Ärztekammer Hamburg (2011): Verordnung von Benzodiazepinen und deren Analoga. Gemeinsame Handlungsempfehlung. Hamburg 2011.

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ (2010): Kinder von psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern. Diskussionspapier vom 27.04.2010. Online verfügbar unter:
[http://www.agj.de/pdf/5/Kinder_psychisch_kranker_Eltern%20\(2\).pdf](http://www.agj.de/pdf/5/Kinder_psychisch_kranker_Eltern%20(2).pdf).

Baumgärtner, T. (2009): Jugendliche und Computerspiele. Zusammenfassende Kurzbeschreibung ausgewählter Ergebnisse der SCHULBUS-Studie, Sondererhebung 2009. Hamburg.

Baumgärtner, T. (2011): Die epidemiologische Entwicklung des Suchtmittelkonsums in Hamburg unter Berücksichtigung der Situation in Berlin und der Bundesrepublik Deutschland: ein zusammenfassender Überblick. BfS-Berichte Eva 11-2.

Baumgärtner, T. (2011): Jugendliche – Migration – Rauschmittelkonsum. Zusammenfassende Ergebnisse der SCHULBUS-Studie. Vortrag an der Evangelischen Hochschule Freiburg am 26.04.2011.

Baumgärtner, T. (2012): Alkoholintoxikationen 2000–2010 bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. HLS/BfS-Berichte EVA 12/01. Hamburg: BfS.

Baumgärtner, T. (2012): Hamburger SCHULBUS-Studie 2009. Sonderauswertung für die BGV.

Baumgärtner, T. (2012): Problematisches Internetnutzungsverhalten. Zusammenfassung der Ergebnisse einer Kurzabfrage zum Nachfragevorkommen von Betroffenen bzw. deren Angehörigen in Hamburger Suchthilfeeinrichtungen. Präsentationsfolien anlässlich der HLS-Jahrestagung der HLS e. V. Hamburg.

Baumgärtner, T. (2013): Alkoholmissbrauch bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. Graphische Visualisierung der Krankenhausdiagnosestatistiken zu den Fallzahlen der wegen akuter Alkoholintoxikation vollstationär behandelten Patient/Innen 2000–2011. Hamburg: BfS der HLS e. V. 2013.

Baumgärtner, T. (2013): Hamburger SCHULBUS-Studie 2012. Sonderauswertung für die BGV.

Baumgärtner, T. et al. (2013): Die Verbreitung des Suchtmittelgebrauchs unter Jugendlichen in Hamburg 2004–2012. Basisauswertung der SCHULBUS-Daten im jahresübergreifenden Vergleich. HLS/BfS Berichte SB 13-06-B1.

Baumgärtner, T.: Die Verbreitung des Rauschmittelkonsums unter Jugendlichen und Erwachsenen in Hamburg. Ausgewählte Ergebnisse der SCHULBUS-Studie und dem epidemiologischen Suchtsurvey. Präsentationsfolien anlässlich der Landespressekonferenz in Hamburg am 20.09.2011

Behörde für Inneres und Sport (BIS). Polizei: Daten für Hamburg 29.03.2012.

Blaues Kreuz Suchtkrankenhilfe, Blaues Kreuz in der ev. Kirche e. V., Freundeskreise der Suchtkrankenhilfe Bundesverband e. V. Guttempler Deutschland e. V., Kreuzbund e. V. Selbsthilfe und Helfergemeinschaft für Suchtkranke und Angehörige (2011): Erhebung der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände. Statistik 2010. Dortmund, Hamburg, Hamm, Kassel, Wuppertal, im September 2011.

Bühringer, G; Kraus, L.; Sonntag, D. u. a. (2007): Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel und Bevölkerungsrisiken. Sucht 53, 269–308.

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS). Mitglieder-Info Nr. 52/2012.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Heft 12. Frankfurt 2006.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008): Glücksspielverhalten und problematisches Glücksspielen in Deutschland 2007. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010): Glücksspielverhalten in Deutschland 2007 und 2009; Ergebnisse aus zwei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen. Köln.

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

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012): Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland, Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsumfragen 2007, 2009 und 2011. Köln.

Buth, S. et. al. (2011): Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation. BADO e. V., Hamburg 2012. Online verfügbar unter: <http://www.bado.de/publikationen/>.

Buth, S. et al (2012): Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2011 der Hamburger Basisdatendokumentation Hrsg. BADO e. V. Online verfügbar unter: <http://www.bado.de/publikationen/>.

Buth, S.; Stöver, H. (2008): Glücksspielteilnahme und Glücksspielprobleme in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. Suchttherapie 9, 3 bis 11.

Carneiro-Alves, E., Schmidt, F. (2010): Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Bremen – Ergebnisse einer Patient/Innenbefragung in einer Bremer Schwerpunktpraxis. GBE-Praxisbericht. Gesundheitsamt Bremen.

DG-Sucht & DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Medikamentenabhängigkeit. (Sedativa-Hypnotika, Analgetika, Psychostimulantien). AWMF-Leitlinien-Register Nr.076/009; 2006.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2012): Drogen – und Suchthilfebericht 2012.

Empfehlung zur Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen. Konsenspapier der AG „Schnittstellenprobleme in der Versorgung Suchtkranker“ des Drogen- und Suchtrats der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Zustimmung vom Drogen- und Suchtrat zur Kenntnis genommen am 07.12.2011. Online verfügbar unter: <http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/Downloads/Beschlusspapier-Fruherkennung.pdf>.

Freie und Hansestadt Hamburg (2009). Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.): Familie - Kind - Sucht. Vereinbarung zwischen den Trägern der Suchthilfe und den Allgemeinen Sozialen Diensten in Hamburg. Hamburg 2009. Online verfügbar: <http://www.hamburg.de/contentblob/2452156/data/broschuere-familie-kind-sucht.pdf>.

Freie und Hansestadt Hamburg (2012) Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz: Kooperationsvereinbarung zur Zusammenarbeit der Substituierenden Ärztinnen und Ärzte mit den Einrichtungen der Psychosozialen Betreuung Suchtkranker und den Allgemeinen Sozialen Diensten in Hamburg. Hamburg 2012. <http://www.hamburg.de/contentblob/3508526/data/kooperationsvereinbarung-bgv.pdf>.

Freie und Hansestadt Hamburg. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (2008) Rahmenvereinbarung Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr. Hamburg 2008. Online verfügbar unter: <http://www.hamburg.de/contentblob/600804/data/rahmenvereinbarung-zur-kooperation.pdf>.

Gemeinsames Arbeitsprogramm 2012, der Agentur für Arbeit, des Jobcenters team.arbeit.hamburg und der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration veröffentlicht am 30.11.2011. Online verfügbar unter: <http://www.hamburg.de/contentblob/3043172/data/arbeitsmarktpolitisches-programm.pdf>.

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 03.12.2008. Online verfügbar unter: http://www.suchthilfe.de/basis/rahmenkonzept_ambulante_reha_sucht_12_2008.pdf.

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18.08.2011. Online verfügbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/246576/publicationFile/31747/gem_rahmenkonzept_amb_reha_abhaengigkeitskranker_2011.pdf;j-sessionid=CED73C14FB5E3C4CCD0947EB3CF93A48.cae01.

Glaeske (2010): Medikamente – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Jahrbuch Sucht 2011. Geesthacht 2011.

Horch, K., Bergmann, E. (2002): Berechnung der Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Robert-Koch-Institut. Berlin 2002.

Jahrbuch Sucht 2013. Hrsg.: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. Lengerich 2013.

Kammerl, R. et al. (2012): Exzessive Internetnutzung in Familien. Zusammenhänge zwischen der exzessiven Computer- und Internetnutzung Jugendlicher und dem (medien) erzieherischen Handeln in den Familien. Ein Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Frauen, Senioren und Jugend. Berlin 2012. Online verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/EXIF-Exzessive-Internetnutzung-in-Familien>.

Köhler, J., Naumann, B. (2004): Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen durch die BfA – Aktueller Stand und Perspektiven. Die Angestelltenversicherung. Zeitschrift der Bundesversichertenanstalt für Angestellte. 5/6/04.

Kraus, L. et al (2010): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey. Tabellenband zur Prävalenz von Alkoholkonsum, episodischem Rauschtrinken und problematischem Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter 1995/2009. München: IFT.

Kraus, L. et al. (2010): Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg, IFT Berichte Bd. 177. München. Online verfügbar unter: <http://www.hamburg.de/contentblob/3078458/data/ift-bericht.pdf>.

Kraus, L. et al. (2010): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen. Online verfügbar unter: <http://www.ift.de/index.php?id=408>.

Kroll L. E., Lampert, T. (2012): Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 1(3). Online verfügbar unter: www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 18.10.2012).

Lampert T, Kroll L. E. (2010): Armut und Gesundheit. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 5/2010. Online verfügbar unter: www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 01.12.2010).

Landeskriminalamt Hamburg: Rauschgiftjahresbericht 2011. Hamburg, Juni 2012.

Martens, M. et al (2012): Epidemiologie der Verschreibung von Medikamenten in Hamburg. Epidemiologie der Verschreibung von Medikamenten in Hamburg. Freie und Hansestadt Hamburg. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.) Hamburg 2012. Online verfügbar unter: <http://www.hamburg.de/contentblob/3315450/data/epidemiologie-der-verschreibung-von-medikamenten.pdf>.

Martens, M. et al. (2005): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2005 der Hamburger Basisdatendokumentation Hamburg Bado e.V. (Hrsg.). Online verfügbar unter: <http://www.bado.de/publikationen/>.

Martens, M. et al. (2010): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2009 der Hamburger Basisdatendokumentation. Hamburg: Bado e. V. (Hrsg.). Online verfügbar unter: <http://www.bado.de/publikationen/>.

Martens, M. et al. (2011): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2010 der Hamburger Basisdatendokumentation, Hamburg: Bado e. V. (Hrsg.). Online verfügbar unter: <http://www.bado.de/publikationen/>.

Martens, M., Neumann, E: Sonderauswertung der BADO zur regionalen Herkunft der Klientinnen und Klienten der Suchthilfe 2009 und 2011 für die BGV. Hamburg, Dezember 2012.

Meixner, S. (2010): Exzessive Internetnutzung im Jugendalter. In: Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis 55 (1), S. 3–7.

Missel, P. et al: Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Alkohol und Medikamentenabhängige. Fachverband Sucht e. V. Sucht Aktuell 1/2012.

Mostard, S.: Schätzungen der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland (2010). Das Gesundheitswesen. Stuttgart. New York.

Muras, L., Püschel, K. Heinemann, A. Iwersen-Bergmann, S. (2012): Immer weniger Drogentote. In: Hamburger Ärzteblatt 2/2013.

Pabst, A. (2011): Sonderauswertung des epidemiologischen Suchtsurveys 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg. München: IFT.

Pabst, A.; Kraus, L. (2008): Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends: Ergebnisse des epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: Sucht 54.

Polizei Hamburg, Verkehrsdirektion: Verkehrsbericht 2011.

Rahmenvereinbarung zwischen den Freien Trägern der Suchtkrankenhilfe und der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz über Qualitätsstandards in der ambulanten Sucht- und Drogenarbeit in Hamburg 2012–2014.

Rall, P.(2012): Liaisondienst Rems-Murr-Klinik Schorndorf – ein Modellprojekt zur Frühintervention im Allgemeinkrankenhaus. In: Sucht Aktuell Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e. V. Hrsg.: Fachverband Sucht e. V./1.2012.

Rosenkranz, M. et al (2013) Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2012 der Hamburger Basisdatendokumentation, Hamburg, BADO e. V. (Hrsg). Online verfügbar unter: <http://www.bado.de/publikationen/>.

Rumpf, H.-J. et al. (2011): Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Greifswald/Lübeck.

Rumpf, H.-J., Bischof, G., John, U. (2009): In: Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland. Aktion Psychisch Kranke. Bonn 2009.

Rumpf, H.-J., Meyer, C. et.al. (2000): Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -missbrauchern: Ergebnisse der TACOS Bevölkerungsstudie. Sucht 46.

Rumpf, H-J.: Pathologisches Spielen und Epidemiologie, Universität Greifswald Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Lübeck.

Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): „Materialien zum Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Expertise von Albert Lenz: Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Ressourcen durch Angebote der Jugendhilfe“, 2009.

Seligman, Martin E. P. (1979): Erlernte Hilflosigkeit. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2011): Statistik informiert ... Spezial VII 2011.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2011): Statistik informiert ... Nr. 152/2011 16. Dezember 2011.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2013): Statistik informiert ... Nr. 92/2013.

Thomasius, R. et al. (Hrsg.) (2009): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart 2009.

Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker vom 04.05.2001. Online verfügbar unter:
http://www.suchthilfe.de/basis/vereinb_abhaengigkeitserkr5-2001.pdf.

Voigt, I.: Suchtbelastete Eltern zwischen Hilfe und Kontrolle. Beitrag zur Fachtagung Kinder-Sucht Eltern am 30.05.2006 in Hamburg.

Wittchen, H.-U. et al (2011): Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome.
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie & Center of Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies, Technische Universität Dresden.

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Prävalenzstudien.	30
Tabelle 2:	Mehrmals monatliches Glückspiel unter Jugendlichen 2009.	31
Tabelle 3:	Reine Glückspielproblematik vs. Glückspiel und weitere Suchtprobleme	32
Tabelle 4:	Ausbildungssituation	42
Tabelle 5:	Suchtberatungsstellen in Hamburg.	63
Tabelle 6:	Beratungsstellen mit niedrigschwelligen Hilfen.	73
Tabelle 7:	Einrichtungen mit dem Schwerpunkt PSB Substituierter.	78
Tabelle 8:	Anteil der Fachkraftstunden nach Regionen	90
Tabelle 9:	Einrichtungen mit Angeboten der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte (suchtkranke) Menschen	101
Tabelle 10:	Mittelabfluss und Anstieg der Leistungsberechtigten	105
Tabelle 11:	Suchtambulanzen der Hamburger Krankenhäuser.	114
Tabelle 12:	Ambulanzen im Ambulanzzentrum des UKE mit Angeboten für Suchterkrankte	114
Tabelle 13:	Tageskliniken der Krankenhäuser mit einem Angebot für Suchterkrankte	115
Tabelle 14:	Angebote zur stationären Suchtbehandlung der Krankenhäuser zum qualifizierten Entzug für Erwachsene	116
Tabelle 15:	Angebote zur stationären Suchtbehandlung der Krankenhäuser zum qualifizierten Entzug für Kinder und Jugendliche.	117
Tabelle 16:	Teilnahme an Maßnahmen der Medizinischen Rehabilitation.	118
Tabelle 17:	Anerkannte Behandlungseinrichtungen für ambulante medizinische Rehabilitation	119
Tabelle 18:	Anerkannte Behandlungseinrichtungen für teilstationäre bzw. ganztagsambulante medizinische Rehabilitation.	121
Tabelle 19:	Einrichtungen zur stationären medizinische Rehabilitation in Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen	122
Tabelle 20:	Einrichtungen zur externen Adaption nach stationärer medizinischer Rehabilitation suchtkranker Menschen	123

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1:	Anzahl der wegen Alkoholintoxikation bundesweit in Krankenhäusern stationär behandelten Hamburgerinnen und Hamburger	10
Abb. 2:	Problematischer Alkoholkonsum nach Altersgruppen in Hamburg	12
Abb. 3:	Alter der Alkohol klientinnen und -klienten in der ambulanten Suchthilfe	13
Abb. 4:	Altersstruktur der Cannabisklientinnen und -klienten in der ambulanten Suchthilfe	22
Abb. 5:	Anzahl der Erstkonsumentinnen und -konsumenten harter Drogen (EKhD)	25
Abb. 6:	Altersstruktur der durch die ambulante Suchthilfe betreuten Opiatkonsumentinnen und -konsumenten	27
Abb. 7:	Standorte des Jobcenters team.arbeit.hamburg	40
Abb. 8:	Direkte und indirekte Kosten alkoholassoziierter Krankheiten	53
Abb. 9:	Suchthilfe in Hamburg	56
Abb. 10:	Standorte der Einrichtungen ambulanter Suchthilfe in Hamburg und Entfernung zur nächsten regionalen Einrichtung, die sich an alle Ratsuchenden mit Suchtproblemen wendet	89
Abb. 11:	Arbeitslosigkeit und Anteil erreichter Klientinnen und Klienten durch die ambulante Suchthilfe in den Hamburger Stadtteilen	91

IMPRESSUM:

Suchthilfebericht 2013

Herausgeber:

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Abteilung Gesundheit, Fachabteilung Drogen und Sucht
Billstraße 80, 20539 Hamburg

Gestaltung:

eigenart grafik und idee, www.eigenart.biz

Druck: LD Medien- und Druckgesellschaft mbH

Bezug:

Einzelexemplare dieser Broschüre sind erhältlich unter Angabe des
Stichwortes „Suchthilfebericht 2013“ bei:

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)
Broschürenversand
Billstraße 80, 20539 Hamburg
Tel: 040 / 428 37-2368 oder unter
E-Mail: publikationen@bgv.hamburg.de

Abteilung Gesundheit im Internet:
www.hamburg.de/gesundheit

Stand: Januar 2014

Anmerkung zur Verteilung

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelferinnen und Wahlhelfern zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bürgerschafts-, Bundestags- und Europawahlen sowie die Wahl zur Bezirksversammlung.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Die genannten Beschränkungen gelten unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Druckschrift dem Empfänger oder der Empfängerin zugegangen ist. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.



Hamburg

Behörde für Gesundheit
und Verbraucherschutz

www.hamburg.de/bgv