



2015

Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der
COMBASS-Daten 2015 und
Dot.sys-Daten 2011-2015



ISD

Institut für interdisziplinäre
Sucht- und Drogenforschung

Herausgeberin

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

Text und Redaktion

Institut für interdisziplinäre Sucht- und
Drogenforschung (ISD, Hamburg)
Lokstedter Weg 24
20251 Hamburg
Tel.: 040/876 066 68
www.isd-hamburg.de

Layout, Satz

Eike Neumann-Runde, Hamburg

Produktion

typographics GmbH, Darmstadt

Dezember 2016

ISSN 2366-2344

Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.)

Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der COMBASS-Daten 2015

Eike Neumann-Runde, Dr. Jens Kalke
(Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Hamburg)

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

Landesauswertung der Dot.sys-Daten 2011-2015

Dr. Jens Kalke
(Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Hamburg)

Frankfurt a. M., Dezember 2016

Inhalt

Einführung	5
Landesauswertung der COMBASS-Daten	7
Kurzbeschreibung des Projektes COMBASS	8
Zusammenfassung	10
Zielsetzung und Datengrundlage	15
Klientinnen und Klienten	19
Betreuungen	31
Regionale Aspekte	38
Trends 2007 bis 2015	42
Ambulante Suchthilfe in Hessen 2015: Kontinuität und Veränderung	55
Literatur	61
Landesauswertung der Dot.sys-Daten	63
Suchtpräventionsstrukturen der hessischen Suchthilfe	64
Zusammenfassung	66
Das Dokumentationssystem Dot.sys	68
Datengrundlage und Zielsetzung der Auswertung	69
Trends 2011 bis 2015 der Suchtprävention in Hessen	70
Vergleich Bund – Hessen 2014	80
Einordnung der Dot.sys-Ergebnisse aus Sicht der HLS	83
Anhang	93
Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen	93
Liste der an der Dot.sys-Auswertung beteiligten Einrichtungen	99

Wolfgang Schmidt-Rosengarten, Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS)

Nach den positiven Rückmeldungen im letzten Jahr, werden auch in diesem Jahr die Ergebnisse der beiden computergestützten Dokumentationen der ambulanten Suchthilfe in Hessen als auch die der hessischen Fachstellen für Suchtprävention in einem Band publiziert.

Während die ambulante Suchthilfe in Hessen mit der Software Horizont arbeitet und kundenbezogene Daten abbildet, nutzen die Fachstellen für Suchtprävention das Programm Dot.sys, um die durchgeführten Maßnahmen zu dokumentieren.

Bereits in den letzten Jahren wurden in den *COMBASS*-Landesauswertungen wegen der minimalen Veränderung der Daten von Jahr zu Jahr, Trendanalysen über längere Zeiträume vorgenommen. Dadurch konnten deutliche Veränderungen bei den Konsumgewohnheiten, den Biographiemerkmalen der Klienten und Klientinnen und bei den erbrachten Leistungen aufgezeigt werden. Der erste Teil des vorliegenden Datenberichts widmet sich der Auswertung der ambulanten Suchthilfe. Die *COMBASS*-Grunddatenauswertung 2015 basiert auf den Daten von 103 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe, die von etwa 19.000 Klientinnen und Klienten und ca. 1.100 Angehörigen mit mindestens zwei Terminen in Anspruch genommen wurden. Weitere 3.700 Personen, die die Einrichtungen nur einmal aufgesucht haben, finden keinen Eingang in die Auswertungen.

In dem Bericht werden die soziodemografische Situation der Klientel der ambulanten hessischen Suchthilfe und die von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen beschrieben.

Die Basis der Trendanalyse stellen 88 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum von 2007-2015 an der *COMBASS*-Dokumentation beteiligt haben. Vor allem bei erstbetreuten Klientinnen und Klienten werden Veränderungen bezüglich des (problematischen) Konsumverhaltens sowie der Inanspruchnahme von Hilfen deutlich und damit wertvolle Erkenntnisse für die Praxis geliefert. Zusätzlich werden im *COMBASS*-Jahresbericht für 2015 in einer Regionalanalyse ausgewählte Ergebnisse der Landkreise, Großstädte sowie der Metropole Frankfurt vergleichend gegenübergestellt.

Die Resultate der *COMBASS*-Erhebung werden im vorliegenden Grunddatenbericht auch kommentiert. In einem separaten Textteil am Ende des Auswertungsberichtes äußert sich Prof. Dr. Martin Schmid von der Hochschule Koblenz/University of Applied Sciences zu einzelnen Befunden aus der Landesauswertung.

Die HLS sieht in dieser Ergänzung einen weiteren Schritt, mit den Ergebnissen der erhobenen Daten im Sinne einer Angebotsoptimierung weiter zu arbeiten. Herrn Prof. Dr. Schmid sei an dieser Stelle herzlich für seine sachkundigen Anmerkungen gedankt.

Für den Berichtsteil der Suchtprävention in Hessen mit einer Trendanalyse der Jahre 2011-2015 und einem Vergleich der auf Bundesebene veröffentlichten Daten aus 2014 mit den hessischen Daten 2014 bilden die von 29 Fachstellen für Suchtprävention dokumentierten Maßnahmen die Grundlage der Auswertungen. Die Datengrundlage stellen für jedes der betrachteten Jahre (2011-2015) die im jeweiligen Jahr begonnenen Maßnahmen dar. Die Anzahl der dokumentierten Maßnah-

men im Untersuchungszeitraum liegt relativ stabil zwischen 2.500 und 2.800 pro Jahr. Mit diesen Maßnahmen erreichen die Fachstellen 2015 etwa 23.000 Multiplikatoren und 55.000 Endadressaten, wie Kinder und Jugendliche.

Ich freue mich besonders, dass Frau Regina Sahl als Koordinatorin für Suchtprävention in der HLS die wissenschaftliche Auswertung in einem eigenen Kapitel kommentiert. Dies erleichtert den Leser und Leserinnen die Einordnung der erhobenen Zahlen.

Ein derart anspruchsvolles Arbeitsergebnis, wie sie der vorliegende Berichtsband darstellt, kann nur gelingen, wenn die daran beteiligten Personen und Institutionen konstruktiv und effektiv zusammenarbeiten.

Hierbei spielt die *COMBASS*-Steuerungsgruppe bei der HLS eine sehr wichtige Rolle. In ihr werden die Interessen aller am Projekt Beteiligten seit Jahren erfolgreich zusammengeführt. In der Steuerungsgruppe sind vertreten: die Träger, das Hessische Ministerium für Soziales und Integration, die Softwarefirma NTConsult, das auswertende Institut ISD Hamburg, die Stadt Frankfurt und die HLS. An dieser Stelle sei den Mitgliedern für ihre konstruktive und engagierte Mitarbeit auf das herzlichste gedankt.

Im Einzelnen haben zum Erfolg des vorliegenden Berichtes folgende Institutionen beigetragen:

- das Hessische Ministerium für Soziales und Integration durch die Finanzierung des Projektes,
- die beteiligten Träger und Einrichtungen sowie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die hohe Dokumentationsqualität und die Verbesserungsanregungen,
- das Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung in Hamburg (ISD), das als Auswertungsinstitut durch seine praxisnahe und konkrete Hilfestellung sowohl die Einrichtungen als auch die Steuerungsgruppe nachhaltig unterstützt hat,
- die Koordinatorin für Suchtprävention in der HLS, Frau Regina Sahl.

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Auswertungsergebnisse ist den jeweiligen Hauptkapiteln vorangestellt. Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.



Wolfgang Schmidt-Rosengarten
- Geschäftsführer -

Landesauswertung der *COMBASS*-Daten 2015

Eike Neumann-Runde, Dr. Jens Kalke
(Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Hamburg)

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

Kurzbeschreibung des Projektes COMBASS

Was ist COMBASS?

COMBASS steht für Computergestützte Basisdokumentation der Suchthilfe in Hessen. Die Aufgabe dieses Projektes (seit 2000) ist die Förderung einer einheitlichen und praxisnahen Dokumentation in der ambulanten Suchthilfe. Mit COMBASS werden auch die ambulanten Suchthilfestatistiken erstellt (siehe COMBASS-Berichte, weiter unten). Ferner fließen die statistischen Daten aus den ambulanten Einrichtungen in die Deutsche Suchthilfestatistik mit ein. Das im Rahmen der Kommunalisierung entwickelte Berichtswesen der kommunalen Gebietskörperschaften bedient sich seit dem Jahr 2006 ebenfalls der mit COMBASS erhobenen Daten.

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

Welche Daten werden erhoben?

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

Welche und wie viele Einrichtungen beteiligen sich an COMBASS?

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

Was ist der HKDS?

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

Der HKDS ist als chronologische Dokumentation angelegt; dadurch können Aussagen zu möglichen Effekten der Suchthilfe während und am Ende der Betreuungen getroffen werden. Es ist auch möglich, mit speziellen Auswertungsverfahren die längerfristigen Wirkungen der Suchthilfe zu untersuchen. Insgesamt umfasst der HKDS etwa 60 unterschiedliche Fragestellungen. Der HKDS wird laufend fortgeschrieben, um auf aktuelle Veränderungen reagieren zu können (z.B. Veränderungen im SGB II).

Was ist die ICD-10?

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

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

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

Was ist eine Betreuung?

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

Wie wird der Datenschutz bei der Landesauswertung gewährleistet?

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

Wie wird die Dokumentationsqualität sichergestellt?

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

Welche COMBASS-Berichte sind bisher erschienen?

Im Rahmen des COMBASS-Projektes wird beginnend mit dem Jahr 2003 eine Suchthilfestatistik für den ambulanten Bereich erstellt. Es gibt Grunddaten-Berichte sowie Spezialanalysen. Folgende Berichte sind bisher erschienen:

1. Grunddaten-Berichte 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014
2. Spezialanalysen: Regionale Aspekte, Cannabis, Inanspruchnahmeverhalten Ambulante Rehabilitation

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

Was ist HORIZONT?

HORIZONT ist eine Software für die ambulante Suchthilfe. Sie wird von der Firma NTConsult Informationssysteme GmbH vertrieben und seit dem Jahr 2000 flächendeckend von den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hessen eingesetzt. Das Programm HORIZONT ist als chronologische Dokumentation konzipiert. Damit können Veränderungen vor und während der Betreuung dokumentiert werden. Die Daten der vorliegenden Auswertung wurden mit der Programmversion HORIZONT 4.2 erhoben.

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht für das Jahr 2015 enthält eine ausführliche Beschreibung der Klientel der ambulanten Suchthilfe in Hessen sowie Daten zu den in Anspruch genommenen Betreuungen. Zudem enthält der Bericht eine Trendanalyse der Jahre 2007 bis 2015 sowie eine regionalspezifische Auswertung.

Im Jahr 2015 haben sich insgesamt 103 Einrichtungen an der Auswertung beteiligt. Werden die Auswertungsjahre seit 2003 herangezogen, kann insgesamt von einer stabilen Datenbasis gesprochen werden (Teilnahme: zwischen 99 und 109 Einrichtungen). Von diesen Einrichtungen wurden für das Jahr 2015 Hilfe- und Beratungsleistungen für insgesamt 18.910 verschiedene Klientinnen und Klienten dokumentiert. Hinzu kommen 1.154 Angehörige sowie Einmalkontakte bei insgesamt 3.683 Personen.

Statusbericht 2015

Geschlecht, Alter, Nationalität

Fast drei Viertel der Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe sind männlich (73 %). Die Klientinnen und Klienten sind im Durchschnitt 40,1 Jahre alt. 86 % von ihnen besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit; 32 % haben einen Migrationshintergrund.

Hauptdiagnosen

Bei 41 % der gesamten Klientel liegt die Hauptdiagnose Alkohol vor; es folgt die Gruppe der Opiatabhängigen (26 %). Die Hauptdiagnose Cannabis wurde bei 16 % aller Klientinnen und Klienten gestellt. Bei 7 % handelt es sich um pathologisch Glücksspielende und bei 4 % ist die Hauptproblemsubstanz ein Amphetaminderivat (bzw. MDMA, Halluzinogen). Welche Rolle dabei die Substanz Chrystal-Meth spielt, kann nicht gesagt werden, weil es bislang keine entsprechende Erfassungskategorie gibt. Noch seltener werden die Hauptdiagnosen Crack, Sedativa/Hypnotika oder Kokain vergeben (1 % bis 2 %).

Ein deutlich anderes Bild stellt sich dar, wenn ausschließlich die neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten betrachtet werden: Hier sind mit 45 % fast die Hälfte der Betroffenen Alkoholklientinnen bzw. -klienten. Höher als in der Gesamtgruppe liegt auch der Anteil der Hauptdiagnose Cannabis mit 24 %. Das Gleiche gilt auch für pathologisches Glücksspielen, wenn auch hier die Differenz nicht ganz so stark ist (10 %). Weitaus niedriger als in der Gesamtgruppe liegt hingegen der Anteil bei den Opiat-Neuaufnahmen: er beträgt nur 7 %.

Auswertungen nach Hauptdiagnosegruppen

Nicht nur innerhalb der Gesamtklientel, sondern auch in (fast) allen Hauptdiagnosegruppen überwiegt der Anteil der männlichen Klienten deutlich. Eine besonders starke Überrepräsentanz von Männern ist in der Gruppe der pathologisch Glücksspielenden (90 %) zu beobachten, gefolgt von der Kokain- (86 %) und Cannabisklientel (82 %).

Bei einer Betrachtung der Altersverteilung innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen wird deutlich, dass die Cannabisklientinnen und -klienten mit einem Durchschnittsalter von 25,8 Jahren weiterhin die jüngste Gruppe innerhalb der hessischen Suchthilfeklientel darstellen. Auch die Gruppe der Amphetaminkonsumierenden (bzw. MDMA, Halluzinogen) ist mit 31,6 Jahren noch weit unter dem Durchschnittsalter der Gesamtklientel. Demgegenüber sind über 60 % der Alkoholklientinnen und -klienten mindestens 45 Jahre alt; mit durchschnittlich 47,0 Jahren sind sie nach wie vor die älteste Gruppe.

Bei der Lebenssituation stellt sich die Lage wie folgt dar: Den größten Anteil derjenigen, die mit einer/m Partnerin/Partner (und ggf. Kindern) zusammenleben, gibt es bei den pathologisch Glücksspielenden mit einem Wert von 43 %. Ein hoher Anteil von Alleinlebenden findet sich bei der Alkoholklientel (40 %). Von den (vergleichsweise jungen) Cannabisklientinnen und -klienten leben viele noch bei den Eltern (47 %).

13 % der opiatabhängigen Personen leben in einer prekären Wohnsituation (provisorische Unterkunft, Obdachlosigkeit, Justizvollzugsanstalt). Am niedrigsten sind die entsprechenden Anteile mit jeweils 3 % bei der Alkoholklientel und bei den pathologisch Glücksspielenden. Diese Klientengruppen wohnen überdurchschnittlich häufig selbstständig (86 % bzw. 79 %).

Bei der Opiatklientel sind 68 % ohne Arbeit, wohingegen dieser Wert bei den pathologisch Glücksspielenden mit 20 % vergleichsweise niedrig ausfällt. Festzuhalten ist allerdings, dass die Arbeitslosigkeit in sämtlichen Hauptdiagnosegruppen diejenige der Allgemeinbevölkerung jeweils um ein Vielfaches übersteigt.

Dementsprechend spielen staatliche Transferleistungen eine sehr wichtige Rolle, vor allem beim Opiatklientel: Aus dieser Gruppe beziehen 54 % das Arbeitslosengeld II (ALG II); hinzu kommt ein Anteil von 10 %, die Sozialhilfe nach SGB XII erhalten.

Am häufigsten sind mit insgesamt 31 % die pathologischen Glücksspielerinnen und -spieler verschuldet; hier finden sich auch die höchsten Werte für hohe Schulden (22 % mit mehr als 25.000 Euro). Eher selten mit Schulden belastet sind Cannabiskonsumierende (26 %) und Alkoholklientinnen/ -klienten (33 %).

Betreuungen

44 % der Betreuungen kommen ohne Vermittlung zustande. Ebenfalls relativ häufig (37 %) werden Klientinnen und Klienten über professionelle Hilfen (andere Suchthilfeeinrichtungen, Ärzte etc.) in die Angebote der ambulanten Suchthilfe vermittelt. 8 % der Betreuungen erfolgen nach Vermittlung durch Justiz, JVA oder Ämter, 5 % durch das soziale Umfeld und jeweils 2 % über Arbeitgeber, Betrieb oder Schule bzw. mittels Arbeitsagenturen, Jobcentern oder Arbeitsgemeinschaften.

Die Beratung ist mit einem Anteil von 45 % die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Die Medikamentengestützte Behandlung ist mit 19 % die zweithäufigste Betreuungsform, gefolgt von der Ambulanten Rehabilitation mit 12 %. Bei jeweils 7 % der Betreuungen handelt es sich um Allgemeine Psychosoziale Betreuungen bzw. Vorbereitungen auf stationäre Behandlungen. Andere Betreuungsformen machen 10 % der Fälle aus.

Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller im Jahr 2015 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 228 Tage. Frauen werden dabei mit durchschnittlich 253 Tagen länger betreut als Männer (219

Tage). Die Opiatklientel wird von allen größeren Hauptdiagnosegruppen mit 451 Tagen im Mittel mit Abstand am längsten betreut.

Insgesamt 62 % der Betreuungen werden regulär abgeschlossen: dabei handelt es sich entweder um eine planmäßige Beendigung (48 %) oder um eine planmäßige Weitervermittlung in ein anderes Angebot (14 %). 30 % der Betreuungen werden durch die Klientin bzw. den Klienten und 3 % durch die Einrichtung abgebrochen; bei weiteren 3 % wird die Betreuung durch einen außerplanmäßigen Wechsel oder eine Verlegung beendet.

Betrachtet man die Suchtproblematik zum Betreuungsende, so zeigt sich, dass bei einem erheblichen Teil der Betreuungen (62 %) mindestens eine Verbesserung erreicht werden konnte (erfolgreich und verbessert zusammengefasst). Gut ein Viertel der Betreuungen wurden erfolgreich abgeschlossen (28 %), und bei etwas mehr als einem Drittel wurde eine Verbesserung der Problematik dokumentiert (34 %). 34 % der Klientinnen und Klienten weisen am Ende ihrer Betreuung eine unveränderte Suchtproblematik auf, und bei 5 % hat sich diese verschlechtert.

Regionale Aspekte

In einer vergleichenden Perspektive wurden die Daten – bezogen auf drei regionale Kategorien – ausgewertet: Landkreise (21), Großstädte (4) und Frankfurt am Main.

Der höchste Anteil weiblicher Personen unter der Suchthilfeklientel findet sich mit 29 % in Frankfurt. In den Landkreisen und kreisfreien Städten ist dieser Anteil etwas niedriger (27 % bzw. 26 %). Im Hinblick auf das Alter zeigen sich kaum regionalspezifische Unterschiede. Überall liegt das Durchschnittsalter der Gesamtklientel zwischen 40 und 41 Jahren.

Bei 43 % der 2015 in den Frankfurter Einrichtungen betreuten Klientinnen und Klienten handelt es sich um Opiatabhängige, während bei einem guten Viertel eine Alkoholdiagnose vorliegt (27 %). In den Landkreisen und Großstädten stellt sich dieses Verhältnis gänzlich anders dar: Die Anteile der Alkoholklientel liegen bei 45 % bzw. 44 %, während sich diejenigen für die Opiatklientel lediglich auf 19 % bzw. 24 % belaufen.

Der Anteil von Klientinnen und Klienten mit ausländischer Staatsbürgerschaft und/oder mit einem Migrationshintergrund ist in der Metropole Frankfurt am höchsten (22 % bzw. 38 %); in den Landkreisen am geringsten (11 % bzw. 28 %).

Bei der Analyse der Erwerbssituation fällt auf, dass in den Landkreisen und Großstädten der Anteil derjenigen, die über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz verfügen, wesentlich größer ist als in der Metropole Frankfurt (48 % bzw. 49 % zu 37 %). Korrespondierend damit ist in Frankfurt der Anteil der ALG II-Beziehenden am höchsten (40 %).

Trends 2007 bis 2015

Die Basis der Trendanalyse stellen 88 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum an der COMBASS-Dokumentation beteiligt haben. Die folgenden Auswertungen stellen die wichtigsten Veränderungen zwischen 2007 und 2015 dar. Es kann hier zu Abweichungen gegenüber den Ergebnissen des Statusberichtes 2015 kommen (N=103 Einrichtungen).

Der prozentuale Anteil der Angehörigen an allen betreuten Personen liegt im Betrachtungszeitraum relativ stabil bei 5 % bis 7 %. In absoluten Zahlen sind dies jährlich zwischen 960 und 1.230 Personen.

Die Anzahl betreuter Klientinnen und Klienten variiert von Jahr zu Jahr etwas: den höchsten Wert gab es mit 17.080 in 2007; den niedrigsten mit 15.566 in 2015. Dabei zeigt sich gleichzeitig, dass der Anteil der Neuaufnahmen – d. h. der Erstkontakt zur ambulanten Suchthilfe in Hessen findet im jeweiligen Jahr statt – zwischen den Jahren 2007 und 2015 von 35 % auf 31 % zurückgegangen ist.

Das Durchschnittsalter der Klientinnen und Klienten hat sich zwischen 2007 und 2015 kontinuierlich von 38,1 auf 40,6 Jahre erhöht (+2,5). Dabei zeigt sich, dass der Altersanstieg bei den Frauen (39,6 auf 42,7 Jahre) etwas größer ist als bei den Männern (von 37,7 auf 39,9 Jahre). Dagegen geht das durchschnittliche Alter der (jährlichen) Neuaufnahmen seit 2009 leicht zurück – in 2015 liegt der bisher niedrigste Wert mit 36,6 Jahren vor.

Wird eine solche Auswertung, bei der ausschließlich die Neuaufnahmen betrachtet werden, differenziert nach den drei Hauptdiagnosegruppen Alkohol, Opiate und Cannabis vorgenommen, ergeben sich bei der Alkoholklientel leicht schwankende Werte, die zwischen 43,2 und 45,0 Jahren liegen. Bei der Gruppe der Opiatabhängigen ist dagegen eine stetige Zunahme des Alters auszumachen: von 34,2 Jahre (2007) auf 38,7 Jahre (2015). Bei den Cannabisklienten ist das Altersniveau im Laufe der Zeit etwas gefallen; aktuell beträgt es 23,5 Jahre (2007: 24,7 Jahre).

Betrachtet man die Personen, für die eine ICD-10 Hauptdiagnose in Form von „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeitssyndrom“ dokumentiert worden ist, zeigt sich, dass sich der Anteil der Klientinnen und Klienten mit einer Alkoholproblematik seit dem Jahr 2007 auf einem relativ stabilen Niveau zwischen 40 % und 43 % bewegt. Bei der Opiatklientel wird dagegen der Trend eines abnehmenden relativen Anteils sichtbar: der Wert für 2015 beträgt 26 %, sechs Jahre zuvor waren es noch 33 %. Der Anteil der Cannabisklientel ist im Betrachtungszeitraum von 13 % auf 16 % angewachsen; derjenige der pathologisch Glücksspielenden hat sich bei 6 % eingependelt.

Bei den neu aufgenommenen Personen gibt es größere Schwankungen bei der Alkoholklientel: ihr relativer Anteil weist Werte zwischen 45 % und 53 % auf, ohne dass sich ein Trend in die eine oder andere Richtung abzeichnet. Demgegenüber reduziert sich der Anteil der Neuaufnahmen mit einer opiatbezogenen Hauptdiagnose drastisch: von 18 % in 2007 über 10 % in 2011 auf nur noch 7 % im aktuellen Beobachtungsjahr. Bei der Cannabisgruppe ist es im Dokumentationszeitraum zu einer deutlichen Steigerung ihres prozentualen Anteils gekommen: seit 2007 ist dieser von 19 % auf 26 % im Jahr 2015 angestiegen.

Der Anteil von erwerbstätigen Personen unter der Alkoholklientel ist seit dem Jahr 2007 um 10 Prozentpunkte von 39 % auf 49 % angewachsen. Gleichzeitig hat sich der Anteil der ALG I-Empfängerinnen und -empfänger halbiert (2007: 10 %, 2015: 5 %). Auch der entsprechende Wert für ALG II geht seit 2007 kontinuierlich zurück (von 34 % auf 27 %).

Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei der Opiatklientel festzustellen, wenn auch auf einem niedrigeren Niveau: Der Anteil der erwerbstätigen Personen ist seit 2007 leicht angestiegen (von 18 % auf 22 %) und derjenige der ALG I- und ALG II- Empfängerinnen und -empfänger ist zurückgegangen (von 7 % auf 4 % bzw. von 59 % auf 54 %).

Die Beratung ist seit 2007 die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform in der ambulanten Suchthilfe Hessens. Ihr relativer Anteil hat sich seit 2009 um 6 Prozentpunkte auf 47 % erhöht. Die zweithäufigste Betreuungsform der letzten Jahre ist mit einem Anteil zwischen 14 % und 16 % die Medikamentengestützte Behandlung, d. h. vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter. Die Ambulante Rehabilitation kommt ziemlich konstant auf einen prozentualen Anteil von gut 10 %.

Bei der Analyse der Betreuungsdauer der einzelnen Hauptdiagnosegruppen zeigt sich im betrachteten Zeitraum ein einziger deutlicher Trend: Die Betreuung der Opiatklientel weist im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen für das Jahr 2015 den mit Abstand höchsten Durchschnittswert auf, der darüber hinaus seit 2007 von 316 auf 472 Tage kontinuierlich angewachsen ist. Bei der Cannabis- und Alkoholklientel gibt es dagegen keine einheitliche Entwicklung bei der Betreuungsdauer; beide kommen auf schwankende Jahreswerte, die zwischen 178 und 206 Tagen liegen.

Zielsetzung und Datengrundlage

Im vorliegenden Jahresbericht 2015 werden die soziodemografische Situation der Klientel der ambulanten hessischen Suchthilfe und die von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen beschrieben. Hierbei wird eine vergleichende Perspektive eingenommen, indem nach den verschiedenen Hauptdiagnosegruppen getrennt ausgewertet wird. Es werden die soziale und die Betreuungssituation von acht verschiedenen Gruppen dargestellt: der Opiat-, Alkohol-, Cannabis-, Kokain-, Crack-, Amphetamin- und Sedativa-Klientel sowie der pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspieler. Anhand dieser Vorgehensweise können klientelbezogene Besonderheiten deutlich gemacht werden, die für die praktische Arbeit von Bedeutung sein können.

Darüber hinaus enthält der Bericht eine regionalspezifische Auswertung und eine Trendanalyse über die Jahre 2007 bis 2015. In der Regionalanalyse werden ausgewählte Ergebnisse der Landkreise, Großstädte sowie der Metropole Frankfurt vergleichend gegenübergestellt. Die Trendanalyse schreibt vor allem diejenigen Trends fort, die in der COMBASS-Steuerungsgruppe in den letzten Jahren zu besonderen Reflektionen und Diskussionen geführt haben. Dabei handelt es sich um den Anteil der Angehörigen und Neuaufnahmen, das Durchschnittsalter, die Hauptdiagnose und die Erwerbs- und Wohnsituation der Klientinnen und Klienten sowie die Betreuungsform, durchschnittliche Betreuungsdauer und Art der Beendigung der Betreuung.

Datengrundlage

Der vorliegende Bericht basiert auf den Daten von 103 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe. Die überwiegende Zahl dieser Einrichtungen wird durch Landesmittel gefördert. Zusätzlich sind die Daten einiger ausschließlich kommunal und/oder kirchlich finanzierter Einrichtungen im Bericht enthalten.

Alle beteiligten Einrichtungen erfassen ihre Daten mit dem computergestützten Dokumentationssystem HORIZONT. Ein Teil dieser Daten, der so genannte Hessische Kerndatensatz (HKDS), wird von der jeweiligen Einrichtung an das auswertende Institut übergeben. Der HKDS basiert auf dem Deutschen Kerndatensatz (KDS), welcher vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) verabschiedet wurde.

ERLÄUTERUNG

Es sei hier ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei einem Vergleich der Zahlen des vorliegenden Berichts mit anderen Suchthilfestatistiken (von Bund und Ländern) grundsätzlich auf die jeweilige „Klientendefinition“ zu achten ist. So wird beispielsweise in der deutschen Suchthilfestatistik eine andere Zählweise benutzt.¹ Diese stellt keine Auswertung über Einzelpersonen, sondern über Betreuungsvorgänge des jeweiligen Berichtsjahres dar. Dies kann, im Gegensatz zur vorliegenden Auswertung, dazu führen, dass Klienten mehrfach gezählt werden, wenn sie mehr als eine Betreuung im Berichtsjahr haben. Vergleiche sind hier also nur bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Auswertungsstrategien möglich.

Die beschriebene Schwierigkeit des direkten Vergleichs zweier Statistiken erstreckt sich jedoch nicht auf die Datenerfassung im Ganzen, sondern lediglich auf die für den vorliegenden Bericht gewählte Form der Auswertung. So ist beispielsweise eine Auswertung des Hessischen Kerndatensatzes nach den Kriterien der deutschen Suchthilfestatistik problemlos möglich. Deshalb fließen die Daten aus Hessen auch mit in diese nationale Statistik ein.

Im Folgenden werden Personen als Klientinnen und Klienten sowie Angehörige bzw. sonstige Bezugspersonen bezeichnet, die der Einrichtung namentlich bekannt sind und im Jahr 2015 eine Betreuung mit mindestens einem Termin bzw. mindestens einer Leistung in Anspruch genommen haben. Anonyme Kontakte werden hierbei nicht berücksichtigt.

Die übermittelten Daten wurden auch in diesem Jahr wieder umfangreichen Plausibilitätsüberprüfungen und Fehlerbereinigungen unterzogen. Innerhalb der ausgewerteten Datensätze finden sich sämtliche Personen selbstverständlich zu jeder Zeit ohne Namen und Adressen, diese sind nur den Einrichtungen bekannt. In den Datenexporten sind die Klientinnen und Klienten sowie die Angehörigen jedoch mit einem (nochmals verschlüsselten) HIV-Code gekennzeichnet, welcher es ermöglicht, nicht nur innerhalb einer Einrichtung Daten einer Person zuzuordnen, sondern auch über die Einrichtungen hinweg.²

Vorkommen identischer HIV-Codes in unterschiedlichen Einrichtungen

Um festzustellen, ob eine Person in mehreren Einrichtungen in Betreuung war, ist es möglich, die HIV-Codes zwischen allen 103 Einrichtungen zu vergleichen. Eine solche „Mehrfachbetreuung“ kann nacheinander oder auch parallel erfolgen. Das ist beispielsweise bei Vermittlungen zur Weiterbehandlung oder zur ergänzenden Betreuung der Fall oder wenn ein Klient oder eine Klientin zusätzlich zur Beratung und Betreuung Angebote der Krisen- und Überlebenshilfe in Anspruch genommen hat. Mehrfachbetreuungen können also das Ergebnis eines zielgerichteten Hilfeprozesses sein; sie dürfen nicht fälschlicherweise als Überversorgung interpretiert werden.

Kennt man diese Zahlen, lässt sich daraus ermitteln, wie viele unterschiedliche Personen von den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen der hessischen Suchthilfe betreut wurden (siehe Tabelle 1). Die so ermittelte Personenzahl stellt die Grundlage aller folgenden Berechnungen dar: Im Jahr 2015 handelt es sich dabei um 18.910 unterschiedliche Klientinnen und Klienten. Auf die

¹ Brand, H., Künzel, J. & Braun, B. (2015). Suchthilfe in Deutschland 2014. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforschung.

² Der HIV-Code ist ein anerkannter Pseudonymisierungsschlüssel. Er wird aus Vor- und Nachnamen, dem Geschlecht sowie dem Geburtsdatum der jeweiligen Person gebildet. Dabei besteht eine nur geringe Wahrscheinlichkeit, dass zwei Personen denselben HIV-Code zugewiesen bekommen. Dieses Verfahren erlaubt keine Re-Identifizierung der Klientinnen und Klienten und ist datenschutzrechtlich abgesichert.

gleiche Art und Weise lässt sich eine Zahl von 1.154 Angehörigen für das Jahr 2015 berechnen. Für beide Gruppen zusammen wurden insgesamt 22.340 Betreuungen dokumentiert.

Tabelle 1: Vorkommen identischer HIV-Codes in unterschiedlichen Einrichtungen, Klientinnen und Klienten

HIV-Code in	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2014	2015
einer Einrichtung	95 %	94 %	94 %	94 %	94 %	94 %	94,5 %	95 %
zwei Einrichtungen	4 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
drei Einrichtungen	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0,5 %	0,4 %
mehr als drei Einrichtungen	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Personen landesweit (N)	17.515	17.562	18.467	21.116	18.793	19.681	19.084	18.910

Seit 2010 besteht in Hessen die Möglichkeit, auch Kurzbetreuungen mit lediglich einem Kontakt, so genannte Einmalkontakte, betreuungsbezogen zu dokumentieren. Einmalkontakte entstehen beispielsweise, wenn im Erstkontakt festgestellt wurde, dass ein einmaliges Betreuungsgespräch ausreichend ist und/oder bei einer anderen Einrichtung ein adäquates Hilfeangebot besteht. Insgesamt lassen sich 3.683 unterschiedliche Personen für das Jahr 2015 finden, die ausschließlich solche Einmalkontakte in Anspruch nahmen. Da jedoch eine gemeinsame Auswertung von Einmalkontakten mit den längeren Betreuungen mit mehreren Kontakten als nicht sinnvoll erachtet wird, werden die dokumentierten Einmalkontakte aus den weiteren Analysen ausgeschlossen.

Mit 103 Einrichtungen zeigt sich auch im aktuellen Berichtsjahr eine ausgesprochen gute Beteiligung auf Seiten der dokumentierenden Einrichtungen (siehe Tabelle 2). Die Anzahl der dokumentierten Klientinnen und Klienten und die der Betreuungen liegen etwas unterhalb des Niveaus des Vorjahres. Entsprechend liegt auch die Zahl der dokumentierten Angehörigen und anderen Bezugspersonen geringfügig unter dem Wert des Vorjahres. Insgesamt zeigt sich über die Jahre eine stabile Datenbasis.

Tabelle 2: Datengrundlage

	Einrich- tungen	Summe der unterschiedlichen Klienten	Summe der unterschiedlichen Angehörigen	Betreuungen	Personen mit Einmal- kontakten**
2015	103	18.910 (19.874)*	1.154 (1.209)*	22.340	3.683
2014	102	19.084 (20.062)*	1.156 (1.219)*	23.953	4.032
2013	106	19.681 (20.713)*	1.336 (1.415)*	24.973	3.890
2012	104	19.547 (20.503)*	1.161 (1.227)*	24.772	3.504
2011	101	18.793 (19.898)*	1.088 (1.146)*	23.801	3.528
2010	107	21.419	1.473	25.123	---
2009	108	21.116	1.510	25.189	---
2008	107	19.357	1.419	23.467	---
2007	107	18.467	1.087	21.773	---
2006	101	17.591	943	20.485	---
2005	103	17.562	1.141	20.897	---
2004	99	17.023	1.236	20.131	---
2003	109	17.515	1.654	20.125	---

* Ab 2010 kommt eine ergänzte Klientendefinition zur Anwendung, die neben einer Leistung bzw. einem Termin auch eine dokumentierte Betreuung zur Bedingung macht. Zur besseren Vergleichbarkeit mit den Werten der Vorjahre wird daher in Klammern die Anzahl der unterschiedlichen Klientinnen und Klienten bzw. Angehörigen basierend auf der bis 2010 geltenden Definition ausgewiesen.

** Nicht alle Einrichtungen machen von der Möglichkeit zur Dokumentation der Einmalkontakte gebrauch. Veränderungen dieser Zahl über die Jahre dürfen demnach nicht mit Veränderungen des Inanspruchnahme-verhaltens gleichgesetzt werden.

Klientinnen und Klienten

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit jenen 18.910 Klientinnen und Klienten (ohne Angehörige), die im Jahr 2015 von der ambulanten Suchthilfe in Hessen erreicht werden konnten und für die neben einer Betreuung mindestens ein Termin bzw. eine Leistung dokumentiert worden ist. Der nachstehende Überblick bezieht sich auf grundlegende soziodemografische Merkmale wie Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Erwerbssituation. Dabei werden die einzelnen Hauptdiagnosegruppen getrennt – also beispielsweise Klientinnen und Klienten mit Alkohol- oder Opiatproblemen – hinsichtlich biografischer Merkmale und ihrer aktuellen sozialen Situation betrachtet. Die zuweilen auftretenden Diskrepanzen zwischen Anteilen an der gesamten Klientel und den nach Hauptdiagnosegruppen aufgeschlüsselten Tabellen resultieren aus unterschiedlichen Anteilen fehlender Werte für bestimmte Informationen.

Geschlecht • Alter • Nationalität

Wie in den Vorjahren sind 73 % der Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe männlich (siehe Tabelle 3). Zu Beginn der Betreuung in der Suchtberatungsstelle sind die Klientinnen und Klienten im Durchschnitt 40,1 Jahre alt, wobei die Frauen (41,8) durchschnittlich etwas mehr als zwei Jahre älter sind als die Männer (39,5).

86 % der Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchthilfe besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit; 14 % sind entweder Bürgerinnen und Bürger eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Union (5 %) oder eines Staates außerhalb der EU (9 %). 32 % der Klientel haben einen Migrationshintergrund; bei Männern (36 %) ist dies häufiger der Fall als bei Frauen (23 %). Das Verhältnis von Menschen mit deutschem Pass zu jenen ohne deutschen Pass entspricht nahezu der Verteilung innerhalb der hessischen Gesamtbevölkerung (Nichtdeutsche 2014: 13 %).³ Demgegenüber liegt der Anteil der Suchthilfeklientinnen und -klienten mit einem Migrationshintergrund etwas höher als der entsprechende Anteil in der Gesamtbevölkerung: Ende 2013 hatten 28 % der hessischen Bürgerinnen und Bürger einen Migrationshintergrund.⁴

³ <http://hessenschau.de/gesellschaft/auslaenderanteil-in-hessen-bei-13-prozent,kurz-auslaender-hessen-100.html>

⁴ https://www.hessen.de/sites/default/files/media/staatskanzlei/hsl_im_blick.pdf

Tabelle 3: Geschlechterverteilung, Alter, Nationalität und Migrationshintergrund

	männlich	weiblich	Gesamt
Geschlechterverteilung			
Klienten	73 %	27 %	100 %
N	13.791	5.119	18.910
Durchschnittliches Alter			
Klienten (in Jahren)	39,5	41,8	40,1
N	13.655	5.053	18.708
Staatsangehörigkeit			
Deutschland	84 %	90 %	86 %
EU	5 %	5 %	5 %
außerhalb EU	10 %	4 %	9 %
staatenlos	0,5 %	0,3 %	0,5 %
Gesamt N	13.115	4.854	17.969
Migrationshintergrund*			
Kind von Migranten	19 %	11 %	17 %
selbst migriert	22 %	14 %	20 %
kein Migrationshintergrund	64 %	77 %	68 %
Gesamt N	8.979	3.415	12.394

* Mehrfachnennungen möglich

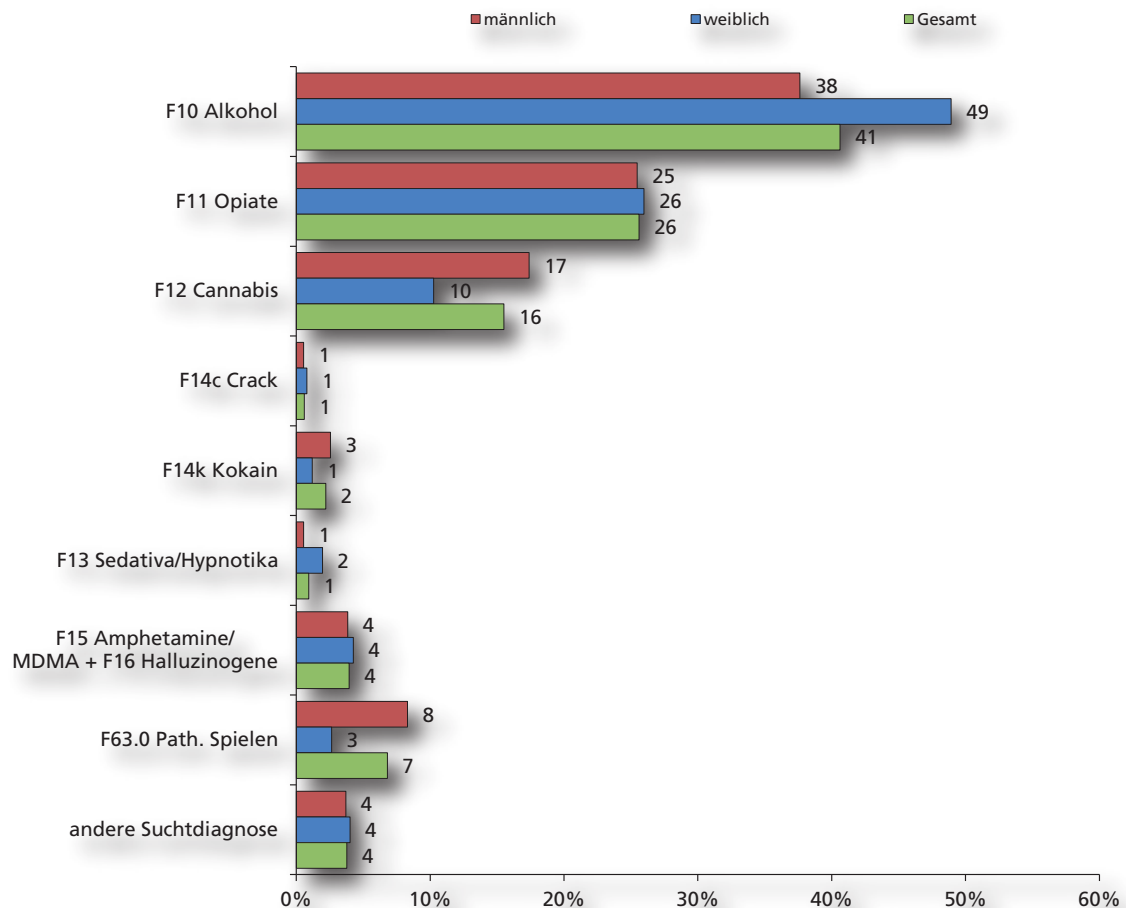
Ziel- und Diagnosegruppen

Wie in den Vorjahren werden die jeweiligen suchtspezifischen Hauptprobleme der Klientinnen und Klienten auf zweierlei Weise dargestellt: Zum einen können sie auf Grundlage einer Hauptdiagnose nach ICD-10 in verschiedene Diagnosegruppen eingeteilt werden, zum anderen können sie aber auch so genannten Zielgruppen zugeordnet werden. Letzteres erlaubt es, auch für jene Personen ein Hauptproblem zu bestimmen, für die im Zuge der Beratung bzw. Behandlung weder ein schädlicher Gebrauch noch eine Abhängigkeit im Sinne der ICD-10 festgestellt werden konnte.

Wird die „Zielgruppe“ als Ordnungskriterium genommen, so ist die Kategorie „Illegale Drogen“ mit 50 % der hessischen Klientinnen und Klienten nach wie vor am stärksten vertreten. Dahinter folgt mit 36 % „Alkohol“ und mit großem Abstand „pathologisches Spielen“ (7 %). 2 % fallen in die Kategorie „Jugendberatung“ und jeweils 1 % in „Medikamente“ oder „problematische Mediennutzung“.

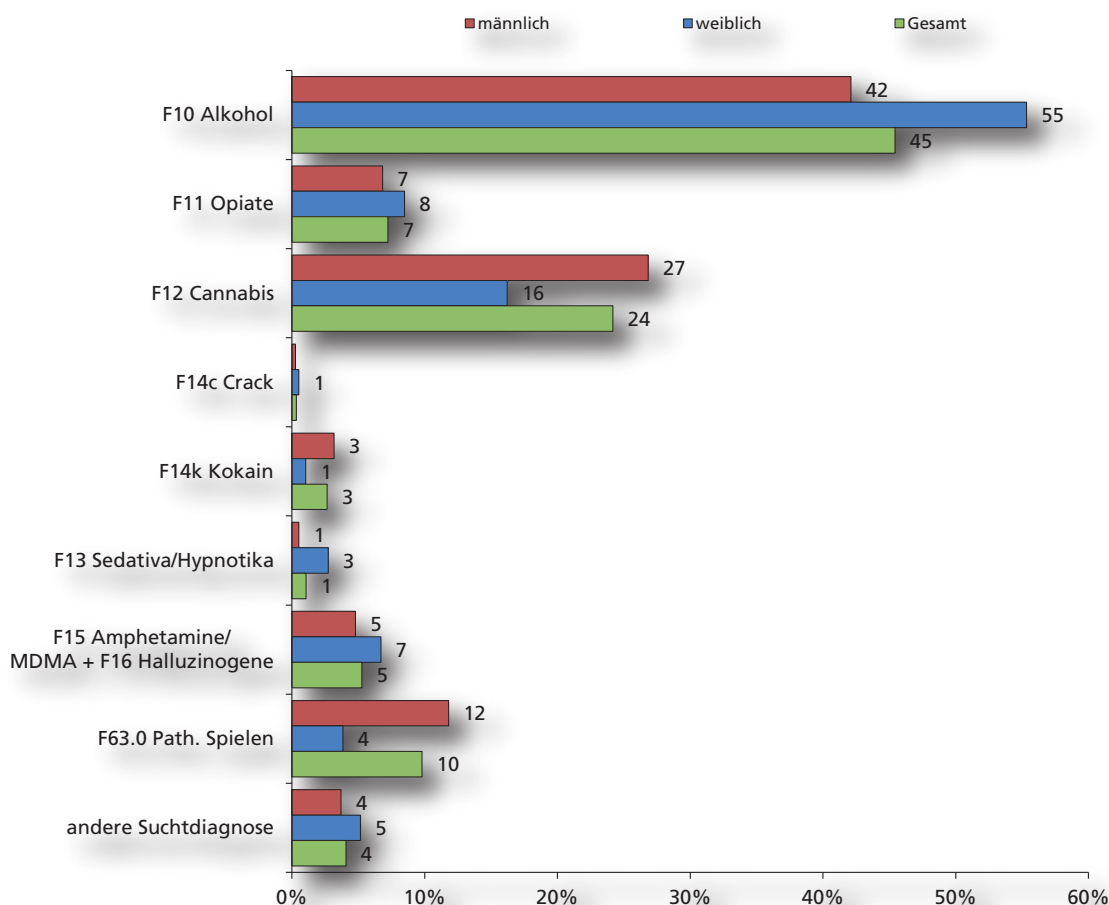
Die Verteilung nach den Hauptdiagnosen bietet ein differenzierteres Bild hinsichtlich der Suchtproblematiken: Demnach suchen 41 % der Klientinnen und Klienten aufgrund eines Alkoholproblems die ambulante Suchthilfe auf (siehe Abbildung 1). Für 26 % ist die Opiatabhängigkeit der hauptsächliche Grund für den Besuch einer Beratungs- oder Behandlungsstelle. Die Hauptdiagnose Cannabis wird bei 16 % der Gesamtklientel vergeben, und für 7 % steht das pathologische Glücksspiel im Vordergrund der Beratung bzw. Behandlung. Bei 4 % sind die Hauptproblemsubstanzen Amphetaminderivate (inklusive MDMA) oder Halluzinogene. 2 % kommen aufgrund ihres Kokainkonsums zur hessischen Suchthilfe und für jeweils 1 % der Klientel wird die Hauptdiagnose Sedativa/Hypnotika oder Crack vergeben. Bei insgesamt 4 % liegt eine andere Suchtdiagnose vor.

Abbildung 1: Hauptdiagnose (N= 17.161)



Ein anderes Bild ergibt sich, wenn ausschließlich die neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten betrachtet werden (siehe Abbildung 2): Hierbei handelt es sich zu 45 % um Alkoholklientinnen bzw. -klienten. Noch deutlicher oberhalb des Wertes für die Gesamtgruppe liegt der Anteil der Hauptdiagnose Cannabis mit 24 %. Und auch der Anteil für pathologisches Glücksspielen ist mit 10 % höher als der Anteil bei der Gesamtstichprobe. Weitaus niedriger als in der Gesamtgruppe ist hingegen der Anteil derer mit Hauptdiagnose Opiate: Lediglich 7 % der neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten haben 2015 die Suchthilfe wegen eines Opiatproblems aufgesucht.

Abbildung 2: Hauptdiagnose der erstmalig aufgenommenen Klientinnen und Klienten (N= 5.418)



Diagnosegruppen – soziodemografische Merkmale

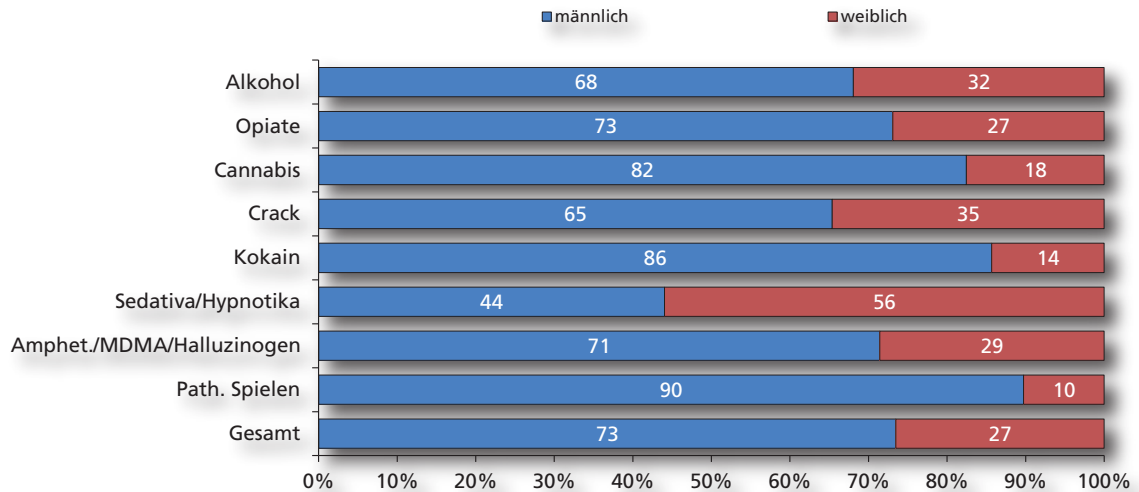
Wenn im Folgenden näher auf die soziodemografischen Merkmale der hessischen Klientel eingegangen wird, dann geschieht dies primär anhand von Vergleichen zwischen den oben vorgestellten Hauptdiagnosegruppen.⁵ Wo es sinnvoll erscheint, werden darüber hinaus auch Vergleiche mit der hessischen Gesamtbevölkerung in die Darstellung mit einbezogen. Die in den folgenden Auswertungen dargestellte Gesamtgruppe bezieht sich auf alle dokumentierten Klientinnen und Klienten mit einer suchtbefindlichen Diagnose.

Geschlecht · Alter · Nationalität

Auch in allen einzelnen Hauptdiagnosegruppen mit nennenswerten Fallzahlen überwiegt der Anteil der männlichen Klienten jeweils deutlich (siehe Abbildung 3). Die größte Überrepräsentanz von Männern findet sich in der Gruppe der pathologisch Glücksspielenden (90 %), gefolgt von der Kokain- (86 %) und der Cannabisklientel (82 %). Bei Opiat- (73 %) und Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogenklientinnen und -klienten (71 %) sind jeweils knapp drei Viertel männlich; etwas geringer fällt die Überrepräsentation männlicher Klienten mit 68 % bei der Hauptdiagnose Alkohol aus.

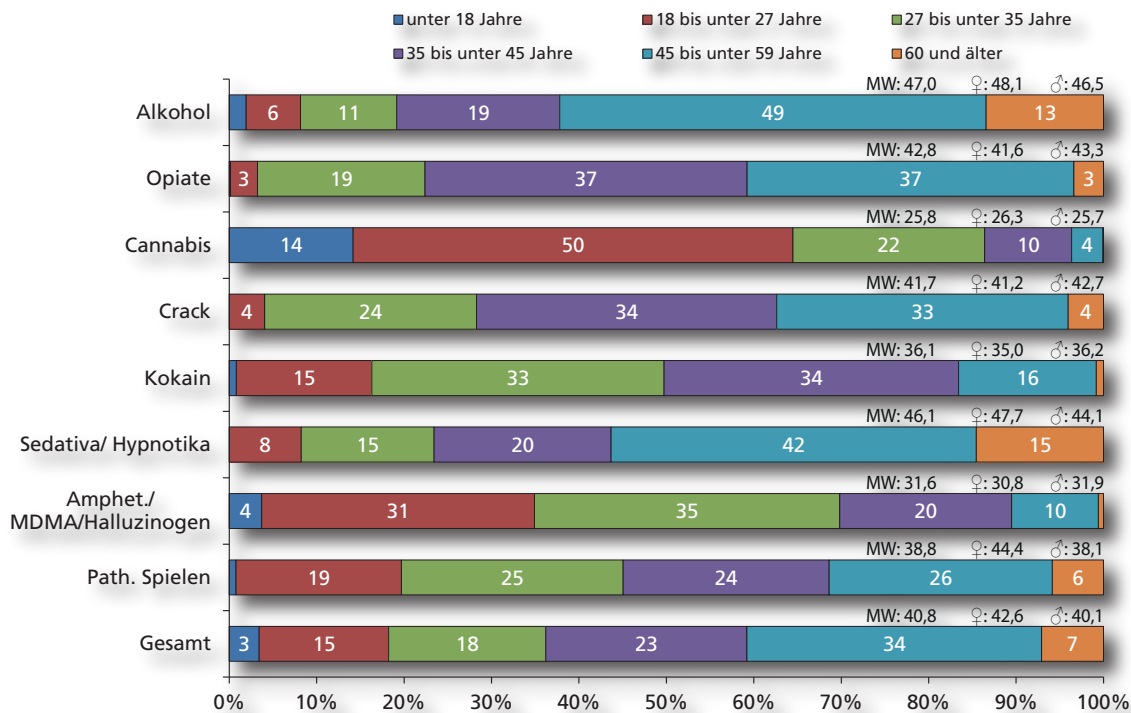
⁵ Bei der Interpretation der Ergebnisse muss stets beachtet werden, dass es sich vor allem bei der Crackklientel um eine zahlenmäßig kleine Gruppe handelt und nicht bei allen Klientinnen und Klienten auch zu allen Fragestellungen Angaben vorliegen.

Abbildung 3: Geschlechterverteilung nach Hauptdiagnose (N= 17.161)



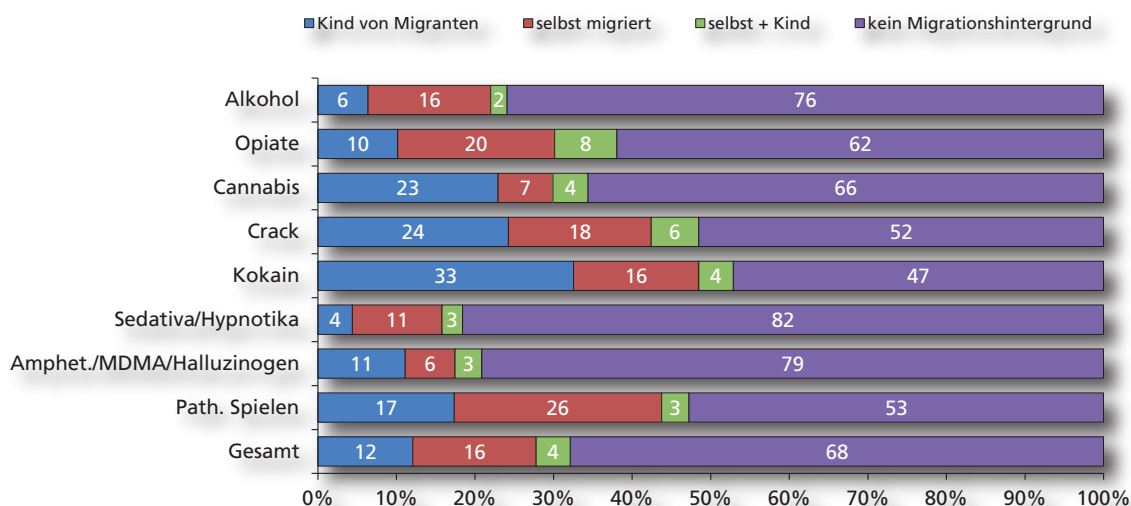
Bei einer Betrachtung der Altersverteilung innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen wird deutlich, dass die Cannabisklientinnen und -klienten nach wie vor mit einem Durchschnittsalter von 25,8 Jahren die deutlich jüngste Gruppe innerhalb der hessischen Suchthilfeklientel darstellen (siehe Abbildung 4); fast zwei Drittel sind jünger als 27 Jahre. Die Personen aus der zweitjüngsten Hauptdiagnosegruppe, der Amphetamin/MDMA/Halluzinogen-Klientel, sind mit durchschnittlich 31,6 Jahren knapp sechs Jahre älter. Auch das Durchschnittsalter der Kokainklientel (36,1) liegt unter dem Durchschnittsalter der Gesamtklientel, und auch pathologisch Glücksspielende sind im Schnitt, wenn auch nur etwas, jünger. Demgegenüber stellen Alkoholklientinnen und -klienten mit durchschnittlich 47 Jahren weiterhin die älteste Gruppe; 62 % sind mindestens 45 Jahre alt. Auch die Hauptdiagnosegruppe Sedativa/Hypnotika ist mit durchschnittlich 46,1 Jahren vergleichsweise alt. Neben der kleinen Gruppe der Crackklientel (41,7 Jahre) liegt auch bei Opiatklientinnen und -klienten das Durchschnittsalter etwas über dem der gesamten Klientel (42,8 Jahre). Aus dieser Gruppe sind mittlerweile 40 % mindestens 45 Jahre alt, und der Anteil junger Klientinnen und Klienten (unter 27 Jahren) ist mit 3 % so niedrig wie in keiner anderen Diagnosegruppe (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: Durchschnittliches Alter in Jahren, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 17.000)



Insgesamt 32 % der hessischen Suchthilfeklientel haben einen dokumentierten Migrationshintergrund. Im Jahr 2015 ist dieser Anteil bei der Kokainklientel mit insgesamt 53 % am höchsten, gefolgt von den Crack Konsumierenden (48 %) und den pathologisch Glücksspielenden mit 47 % (siehe Abbildung 5). Opiat- (38 %) und Cannabiskonsumierende (34 %) liegen hier jeweils nur leicht über dem Durchschnitt, während Personen, bei denen Probleme mit Amphetaminen/ MDMA/Halluzinogenen (21 %), Alkohol (24 %) oder Sedativa/Hypnotika (18 %) im Vordergrund stehen, deutlich seltener einen Migrationshintergrund haben.

Abbildung 5: Migrationshintergrund, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 11.314)

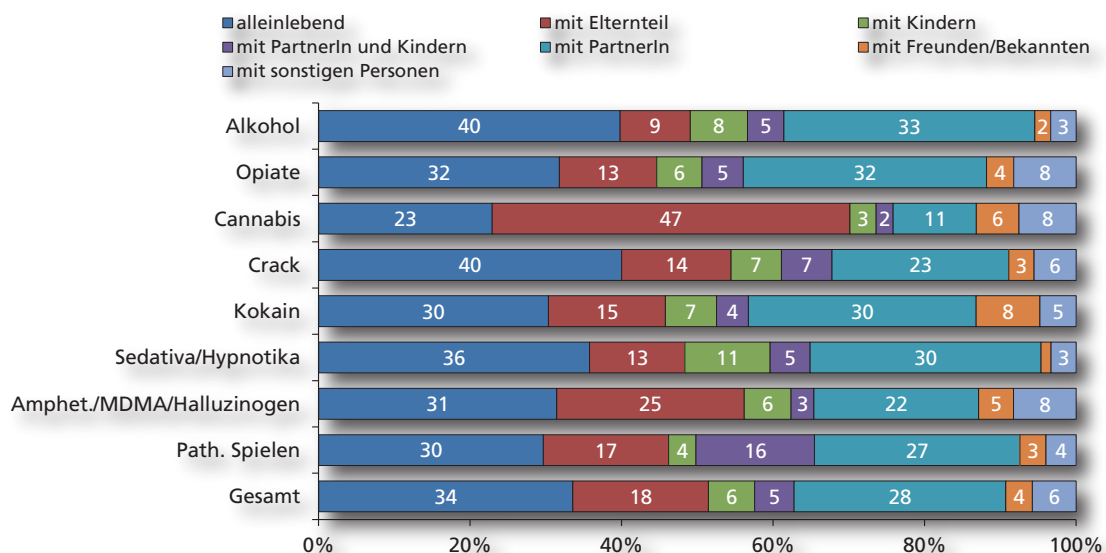


Familienstand · Lebenssituation

Was den formellen Familienstand betrifft, so sind mit 58 % deutlich mehr als die Hälfte der Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchthilfe in Hessen ledig. Insgesamt 24 % sind verheiratet; mit 18 % leben die meisten dieser Personen auch mit ihrem Ehemann oder ihrer Ehefrau zusammen. 16 % sind geschieden und 2 % verwitwet. Besonders hoch sind die Anteile der (noch) Unverheirateten bei den vergleichsweise jungen Menschen der Diagnosegruppen Cannabis (92 %) und Amphetamine/MDMA/Halluzinogene (81 %). Auch in der Kokain- (67 %) und Opiatklientel (62 %) sind relativ häufig ledige Personen anzutreffen. Besonders niedrig ist dieser Anteil hingegen mit 41 % bei der Alkoholklientel. In dieser Gruppe findet sich neben dem höchsten Anteil an Geschiedenen (22 %) auch ein relativ hoher Anteil an Verheirateten (33 %). Noch höher ist der Anteil der Verheirateten mit 36 % bei den pathologisch Spielenden. Mit 29 % ist in dieser Diagnosegruppe auch der Anteil derer, die mit ihrem Ehepartner bzw. -partnerin zusammenleben, am höchsten.

Zusätzlich zum Familienstand wird auch die konkrete Lebenssituation der Klientinnen und Klienten erfasst (siehe Abbildung 6). Die höchsten Anteile von Alleinlebenden finden sich bei der Alkohol- und der Crackklientel (jeweils 40 %), gefolgt von Sedativa/Hypnotika Konsumierenden mit 36 %. Die niedrigsten Werte finden sich bei Personen, die wegen Cannabis (23 %), pathologischem Glücksspiel oder Kokain (jeweils 30 %) die Suchthilfe aufsuchen. Während allerdings die vergleichsweise jungen Cannabisklientinnen und -klienten mit Abstand am häufigsten noch bei den Eltern leben (47 %), zeigt sich bei den Glücksspielenden der höchste Anteil von Personen, die mit der Partnerin bzw. dem Partner (sowie zum Teil auch Kindern) zusammen leben (insgesamt 43 %).

Abbildung 6: Lebenssituation, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 15.908)

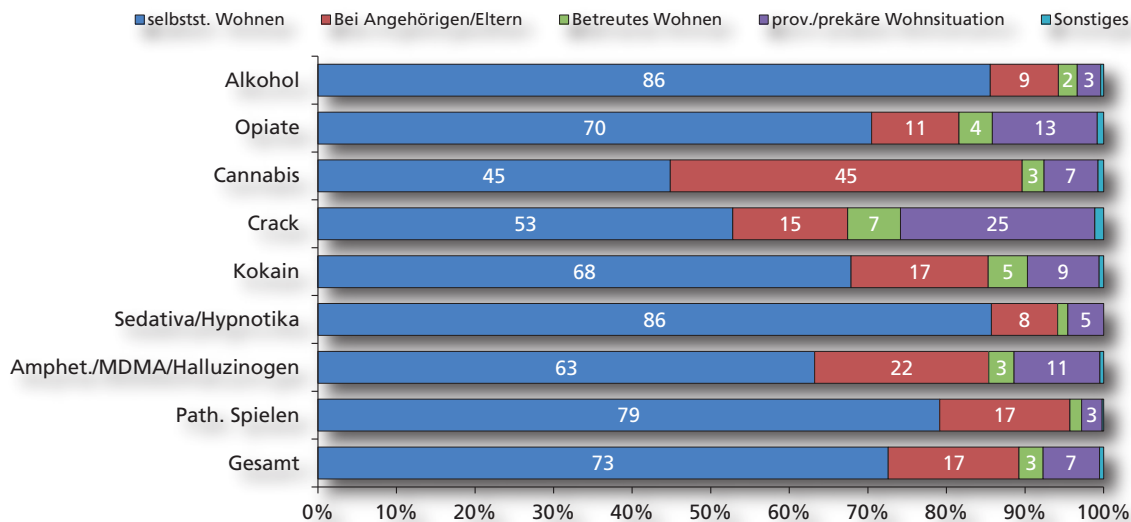


Wohnsituation

Mit 73 % wohnt der überwiegende Teil der hessischen Suchthilfeklientel selbstständig. 17 % leben bei Eltern oder Angehörigen, 3 % im Betreuten Wohnen und 7 % in prekären Wohnsituationen: Justizvollzugsanstalt, provisorische Unterkunft oder Obdachlosigkeit (siehe Abbildung 7). Diese Personen finden sich am häufigsten unter den Konsumierenden von Crack (25 %) und Opiaten (13 %). Am niedrigsten liegt dieser Anteil mit jeweils 3 % bei den pathologisch Glücksspielenden und der Alkoholklientel. Bei Alkohol sowie Sedativa/Hypnotika Konsumierenden zeigen sich

mit jeweils 86 % auch die höchsten Anteile für selbstständiges Wohnen. Der höchste Wert für das Wohnen bei den Eltern bzw. anderen Angehörigen liegt, wie bereits bei der Lebenssituation erkennbar, mit 45 % bei der Cannabisklientel vor.

Abbildung 7: Wohnsituation, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 16.363)

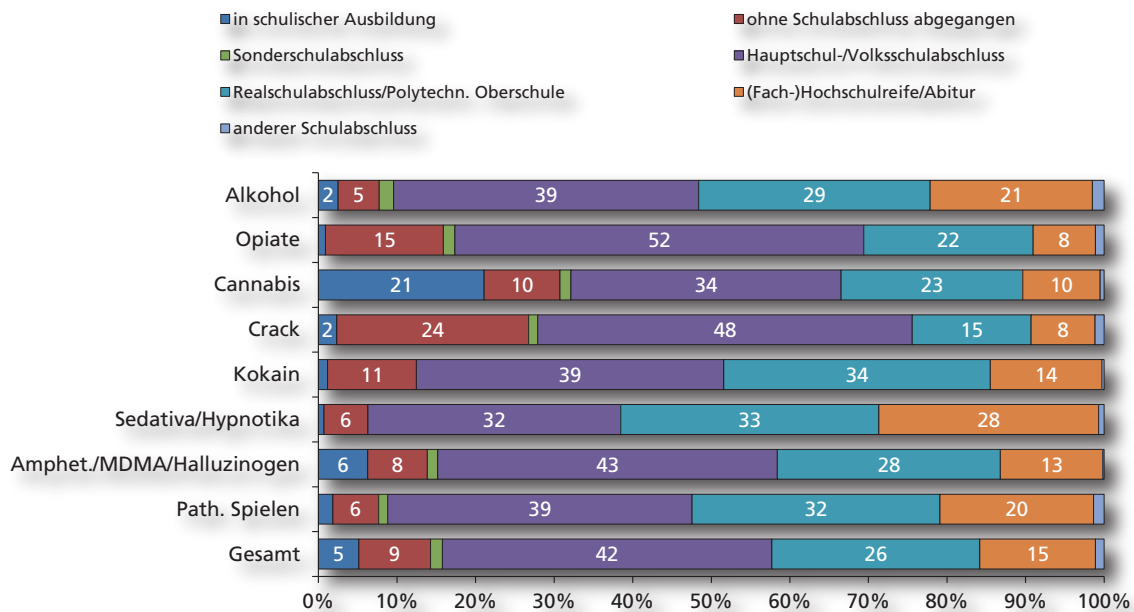


Schulabschluss und Ausbildung

Die Klientel der ambulanten Suchthilfe weist im Durchschnitt ein niedrigeres Niveau an Schulbildung auf als dies in der Allgemeinbevölkerung Hessens der Fall ist: 9 % haben keinen Schulabschluss, 42 % den Hauptschulabschluss, 26 % einen Realschulabschluss und lediglich 15 % Abitur; 5 % sind noch in schulischer Ausbildung (siehe Abbildung 8). In der hessischen Allgemeinbevölkerung hatten im Jahr 2011 32 % (Fach-)Abitur, 25 % Mittlere Reife, 33 % Hauptschulabschluss und 5 % keinen Abschluss; weitere 5 % besuchten noch die Schule.⁶ Ein besonders niedriger Bildungsstand liegt bei den Crack- und Opiatkonsumierenden vor, die mit 24 % bzw. 15 % die höchsten Anteile von Personen ohne Abschluss aufweisen. Die Opiatklientel besitzt mit 52 % auch den höchsten Anteil von Hauptschulabgängerinnen bzw. -abgängern und, gemeinsam mit der Crackklientel, mit jeweils 8 % den niedrigsten Anteil von Abiturientinnen und Abiturienten. Nach wie vor ist der Anteil der Personen, die noch zur Schule gehen, unter Cannabiskonsumierenden mit 21 % mit Abstand am höchsten. Eine relativ hohe Schulbildung liegt bei der Alkoholklientel vor: Hier sind lediglich 5 % ohne Schulabschluss abgegangen; gleichzeitig haben mit 21 % relativ viele Personen das (Fach-)Abitur gemacht. Ähnliche Werte zeigen sich bei der Glücksspielklientel sowie in der kleinen Gruppe der Sedativa-/Hypnotikakonsumierenden, die den höchsten Anteil an Personen mit Abitur aufweist.

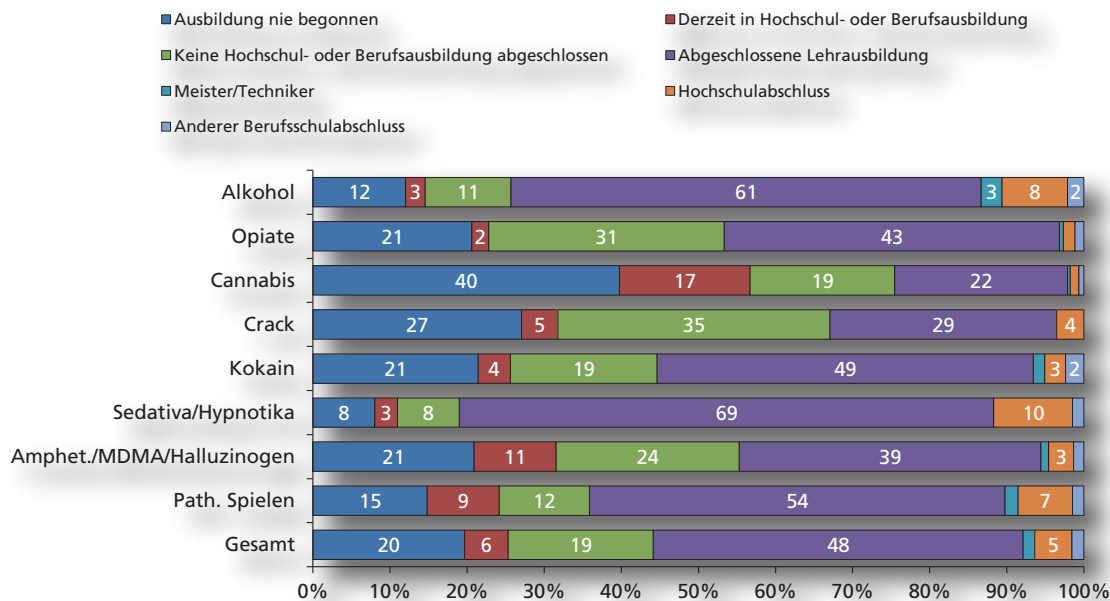
⁶ https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:06,BEG_4_4_6,m,table

Abbildung 8: Schulabschluss, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 15.278)



Mit 48 % verfügt nahezu die Hälfte der Suchthilfeklientel über eine abgeschlossene Berufsausbildung, weitere 6 % über einen Hochschul- oder Meister-/Technikerabschluss (siehe Abbildung 9). Ebenfalls 6 % befinden sich aktuell in Hochschul- bzw. Berufsausbildung. Demgegenüber haben 19 % ihre Ausbildung bzw. ihr Studium nicht abgeschlossen und 20 % haben nie eine Ausbildung bzw. Studium begonnen. Bei letzterer Angabe ist allerdings zu beachten, dass hier auch diejenigen enthalten sind, die sich noch in der schulischen Ausbildung befinden. Dies ist insbesondere für die Cannabisklientinnen und -klienten relevant, von denen 21 % noch zur Schule gehen (siehe oben) und dementsprechend auch mit 40 % der höchste Wert unter allen Diagnosegruppen für die Erfassungskategorie „Ausbildung nie begonnen“ vorliegt. Zusätzlich befinden sich in dieser Gruppe mit 17 % die meisten Auszubildenden bzw. Studierenden. Die höchsten Anteile für Klientinnen und Klienten mit abgeschlossener Berufsausbildung sind in den Diagnosegruppen Sedativa/Hypnotika (69 %) und Alkohol (61 %), gefolgt von den pathologisch Spielenden (54 %) vorhanden. Auch Hochschulabschlüsse sind in der Alkohol- (8 %) und Sedativa/Hypnotikaklientel (10 %) am stärksten vertreten. Crack- (35 %) und Opiatkonsumierende (31 %) weisen die höchsten Anteile für nicht abgeschlossene Hochschul- bzw. Berufsausbildungen auf.

Abbildung 9: Ausbildungsabschluss, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 14.839)



Erwerbssituation und Schulden

Um die soziale Situation der Suchthilfeklientel zu bewerten, erscheint zunächst ein Abgleich mit der Arbeitslosenquote der Allgemeinbevölkerung sinnvoll. Diese Quote lag in Hessen im Jahresdurchschnitt 2015 bei 5,5 %.⁷ Demgegenüber beziehen 40 % der Klientinnen und Klienten der Suchthilfe Arbeitslosengeld (ALG I oder ALG II); weitere 4 % erhalten Sozialhilfe nach SGB XII (siehe Abbildung 10).

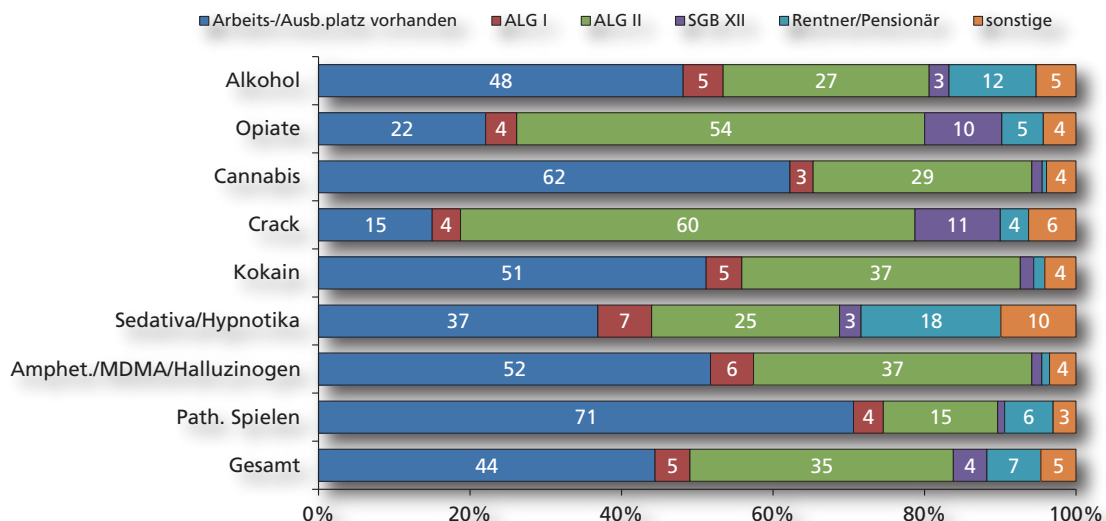
Im Jahr 2015 sind mit insgesamt 75 % die Crackklientinnen und -klienten diejenige Gruppe, die am häufigsten arbeits- bzw. erwerbslos sind. Ebenfalls häufig ohne Arbeit sind die Opiatklientinnen und -klienten: 68 % von ihnen beziehen Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe. Am niedrigsten liegt der Arbeitslosenanteil bei den Glücksspielenden (20 %), gefolgt von Cannabis- (33 %) und Alkoholkonsumierenden (35 %). Festzuhalten ist allerdings weiterhin, dass die Arbeitslosigkeit in sämtlichen Hauptdiagnosegruppen diejenige der Allgemeinbevölkerung jeweils um ein Vielfaches übersteigt.

Insgesamt bestreitet mit 44 % weiterhin weniger als die Hälfte der hessischen Suchthilfeklientel ihren Lebensunterhalt mit bezahlter Arbeit. Am häufigsten haben Glücksspielende einen Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz (71 %), gefolgt von der Cannabisklientel (62 %).

7 % der Suchthilfeklientel sind Rentnerinnen bzw. Rentner. Am höchsten ist der Anteil mit 18 % bei der Sedativa-/Hypnotikaklientel, gefolgt von den Alkoholkonsumierenden (12 %); dies korrespondiert damit, dass es sich bei diesen Gruppen um die durchschnittlich ältesten handelt.

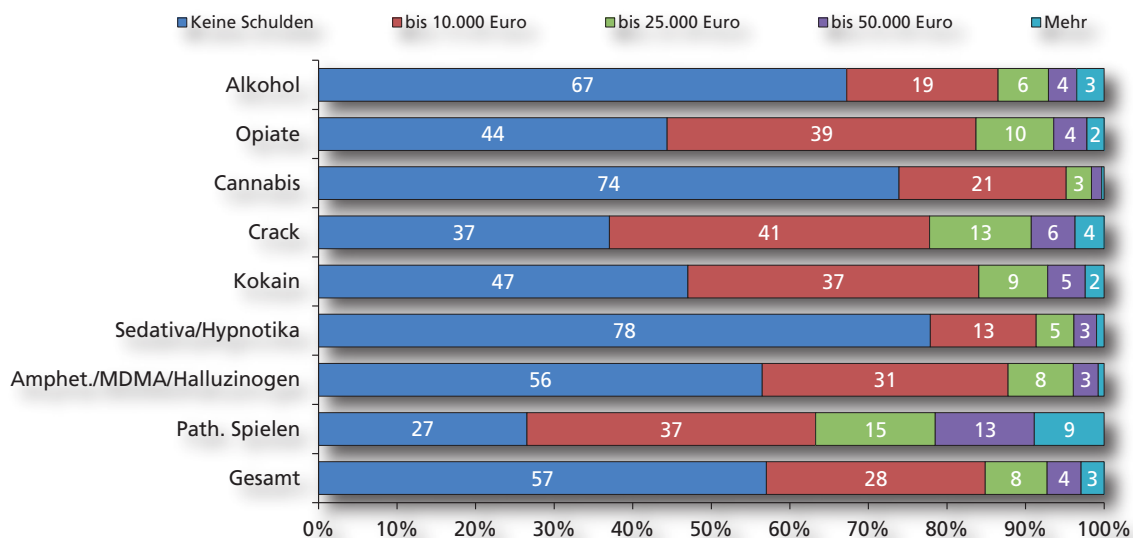
⁷ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2514/umfrage/entwicklung-der-arbeitslosenquote-in-hessen-seit-1999/>

Abbildung 10: Erwerbssituation, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 15.814)



43 % der Klientinnen und Klienten haben aktuell Schulden (siehe Abbildung 11). In der Mehrheit der Fälle (28 % der gesamten Suchthilfeklientel) handelt es sich dabei um (vergleichsweise moderate) Geldbeträge von bis zu 10.000 Euro. 8 % haben zwischen 10.000 und 25.000 Euro, 4 % zwischen 25.000 und 50.000 Euro und 3 % mehr als 50.000 Euro Schulden. Am häufigsten sind mit insgesamt 73 % pathologische Glücksspielerinnen und -spieler verschuldet; hier finden sich auch die höchsten Werte für hohe Schulden (z. B. insgesamt 22 % mit mehr als 25.000 Euro). Ebenfalls relativ hohe Anteile von Schuldnerinnen und Schuldnern zeigen sich bei der Crack- und Opiatklientel mit 63 % bzw. 56 %, wobei jeweils eine Häufung bei eher niedrigen Schuldenbeträgen von maximal 10.000 Euro zu beobachten ist. Auch die sehr kleine Teilstichprobe der Crackkonsumierenden (63 %) weist überdurchschnittlich häufig Schulden auf. Eher selten mit Schulden belastet sind hingegen die Personen der Diagnosegruppen Sedativa/Hypnotika (22 %), Cannabis (26 %) und Alkohol (33 %).

Abbildung 11: Schuldensituation, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 10.820)

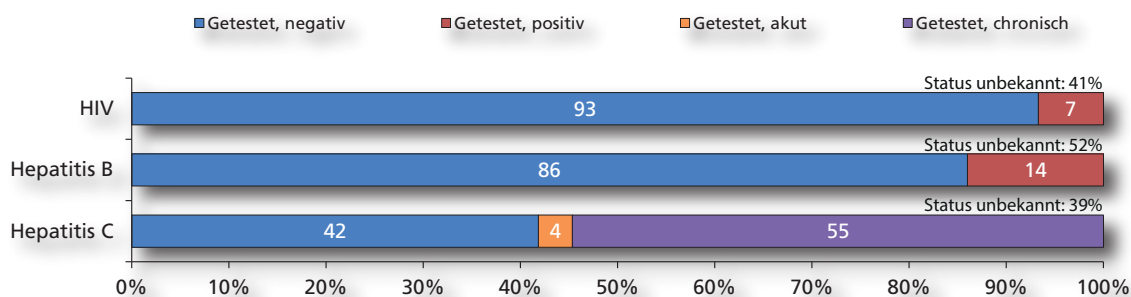


Gesundheitliche Situation

Im Hinblick auf die Gesundheitssituation folgen zunächst Daten zum Infektionsstatus bezüglich intravenös übertragbarer Krankheiten. Diese beschränken sich auf die Diagnosegruppe Opiate, da es sich um die einzige Klientel mit einem hohen Anteil intravenös Konsumierender handelt (siehe Abbildung 12).

Insgesamt 7 % dieser Gruppe geben an, HIV-positiv zu sein. Allerdings existiert insgesamt mit 39 % nach wie vor eine große Anzahl von Opiatklientinnen und -klienten, die bislang nicht auf HIV getestet worden sind bzw. bei denen der Test länger als 12 Monate zurückliegt. Ein nur etwas geringerer Anteil von Personen, deren Infektionsstatus unbekannt ist, liegt in Bezug auf Hepatitis C (HCV) vor (37 %). Allerdings ist hier mit insgesamt 59 % die Infektionsrate deutlich höher als bei HIV. Im Hinblick auf Hepatitis B schließlich ist mehr als der Hälfte der Klientel ihr Infektionsstatus unbekannt; 14 % der getesteten Klientinnen und Klienten wurden positiv getestet. Es zeigen sich nur geringe geschlechtsbezogene Differenzen im Hinblick auf den Infektionsstatus: Frauen sind etwas häufiger HIV-positiv oder HCV-positiv als Männer, haben sich aber auch geringfügig häufiger auf die jeweiligen Viren testen lassen.

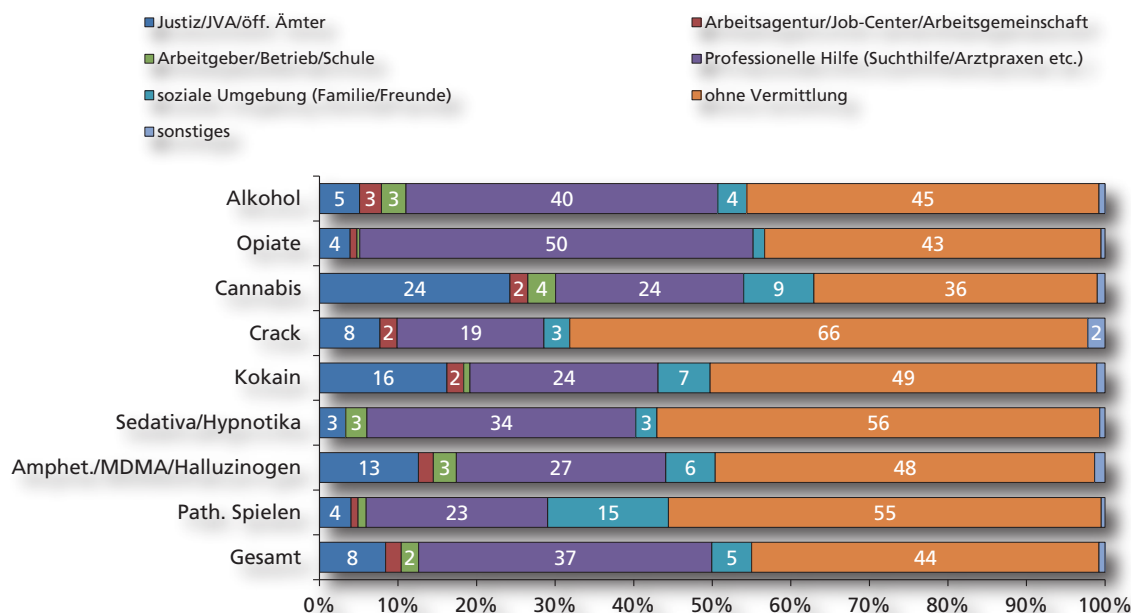
Abbildung 12: Gesundheitliche Situation / Infektionsstatus der Opiat-Klientel



Betreuungen

In diesem Abschnitt werden Auswertungen zu den Betreuungen vorgestellt. Dies betrifft in Anspruch genommene Betreuungsformen, die Betreuungsdauer und Daten zur Beendigung der Betreuung.⁸ Begonnen wird jedoch mit Informationen darüber, über welche Vermittlungswege die Klientinnen und Klienten in eine Einrichtung gelangen. Dabei zeigt sich zunächst, dass 44 % aller Betreuungen ohne Vermittlung zustande kommen (siehe Abbildung 13). Ebenfalls häufig – mit einem Wert von 37 % – werden Klientinnen und Klienten über professionelle Hilfen (andere Suchthilfeeinrichtungen, Ärzte etc.) in die Angebote der ambulanten Suchthilfe vermittelt. 8 % der Betreuungen erfolgen nach Vermittlung durch Justiz, JVA oder Ämter, 5 % durch das soziale Umfeld und jeweils 2 % über Arbeitgeber, Betrieb oder Schule bzw. mittels Arbeitsagenturen, Jobcentern oder Arbeitsgemeinschaften.

Abbildung 13: Vermittlung in die Betreuung, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 16.626)



Dabei zeigen die Alkoholklientinnen und -klienten weiterhin nur relativ geringe Abweichungen zum durchschnittlichen Wert der Gesamtklientel, wohingegen die Opiatabhängigen mit 50 % überdurchschnittlich häufig durch professionelle Hilfen und eher selten über Justiz/JVA/Ämter oder die soziale Umgebung vermittelt werden. Bei der Cannabisklientel ist dagegen die Vermittlung über Justiz oder Ämter mit 24 % sowie diejenige über die soziale Umgebung mit 9 % jeweils deutlich überrepräsentiert. Eine Inanspruchnahme ohne Vermittlung (36 %) sowie Professionelle Hilfen (24 %) spielen hier jeweils eine geringere Rolle als bei anderen Klientelen. Letzteres trifft auch auf die Hauptdiagnosegruppen Crack (19 %), Pathologisches Spielen (23 %), Kokain (24 %) und Amphetamine/Halluzinogene (27 %) zu. Hier ist die Inanspruchnahme einer Beratung durch Eigeninitiative mit Werten zwischen 48 % und 66 % jeweils überrepräsentiert. Bei den Amphet-

⁸ Im Projekt COMBASS werden drei generelle Hilfebereiche unterschieden: „Ambulante Beratung“, „Betreutes Wohnen“ und „Arbeitsprojekte“. Den mit Abstand größten Anteil von 93 % aller Betreuungen nimmt, ähnlich wie in den Vorjahren, die Kategorie „Ambulante Beratung“ ein. Rund 7 % der Betreuungen werden im „Betreuten Wohnen“ (inklusive betreutem Einzelwohnen) und weniger als 1 % im Rahmen der Arbeitsprojekte durchgeführt. Die folgenden Betrachtungen beziehen sich auf Ambulante Beratung sowie die Arbeitsprojekte, die gemeinsam dargestellt werden, weil zwischen diesen beiden Klientelen keine wesentlichen Unterschiede bestehen.

amin-/Halluzinogen- (13 %) und Kokainklientinnen und -klienten (16 %) zeigen sich überdurchschnittliche Werte bei der Vermittlung durch Justiz bzw. Ämter. Bei den pathologisch Glücksspielenden hingegen liegt mit 15 % der höchste Wert für eine Vermittlung über die soziale Umgebung vor.

Betreuungsformen

Im nächsten Auswertungsschritt werden die zentralen Betreuungsformen, erneut nach ihren wichtigsten Hauptdiagnosegruppen differenziert, betrachtet. Hierbei handelt es sich um die Betreuungstypen, die im Folgenden kurz erläutert werden.

ERLÄUTERUNG

Beratung: Eine professionell durchgeführte Beratung ist eine fundierte konkrete Entwicklungs- und Lebenshilfe. Dabei kann es sich sowohl um eine kurzfristige informationsorientierte Beratung als auch um eine mittel- bis längerfristig angelegte problemorientierte Beratung handeln. Die Beratungstätigkeit erfordert eine flexible, an dem individuellen Bedarf der Klientin/des Klienten orientierte Vorgehensweise.

Medikamentengestützte Behandlung: Dabei handelt es sich um eine strukturierte, interdisziplinär angelegte ambulante Behandlung mit einem Substitutionsmittel (Methadon, Polamidon, Buprenorphin, Codein). In der Regel ist damit in diesem Bericht die Psychosoziale Betreuung Substituierter gemeint. Auch die psychosoziale Betreuung im Rahmen einer Behandlung mit einer Anti-Craving-Substanz – das sind Medikamente, die das Suchtverlangen unterdrücken sollen – fällt darunter.

Allgemeine Psychosoziale Betreuung: Diese umfasst komplexe Angebote für chronisch beeinträchtigte substanzabhängige Klientinnen und Klienten. Die durchgeführten Tätigkeiten betreffen sowohl den sozialen und psychischen als auch den somatischen Bereich und erfordern mittel- bis langfristige Interventionen. Die psychosoziale Betreuung benötigt eine intensive Informations- und Kooperationsarbeit mit allen am Hilfesystem beteiligten Einrichtungen.

(Bemerkung: Substituierte werden nicht in dieser Kategorie, sondern unter „Medikamentengestützte Behandlung“ erfasst.)

Ambulante Rehabilitation (AR): Die AR nach der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ ist eine strukturierte Entwöhnungsbehandlung, die von anerkannten Behandlungsstätten entweder im Anschluss an oder alternativ zu einer stationären Entwöhnung durchgeführt wird. Die AR setzt Motivation und Fähigkeit zur suchtmittelabstinenten Lebensführung, ein stabilisierendes soziales Umfeld und eine zuverlässige Mitarbeit in der Therapie voraus. Darüber hinaus muss die Ausprägung der Störungen auf seelischem, körperlichem und sozialem Gebiet eine ambulante Behandlung zulassen. Leistungsträger sind die Rentenversicherungen und Krankenkassen. Die Ambulante Rehabilitation sollte nach maximal 18 Monaten (bzw. bei poststationärer AR nach 12 Monaten) abgeschlossen sein.

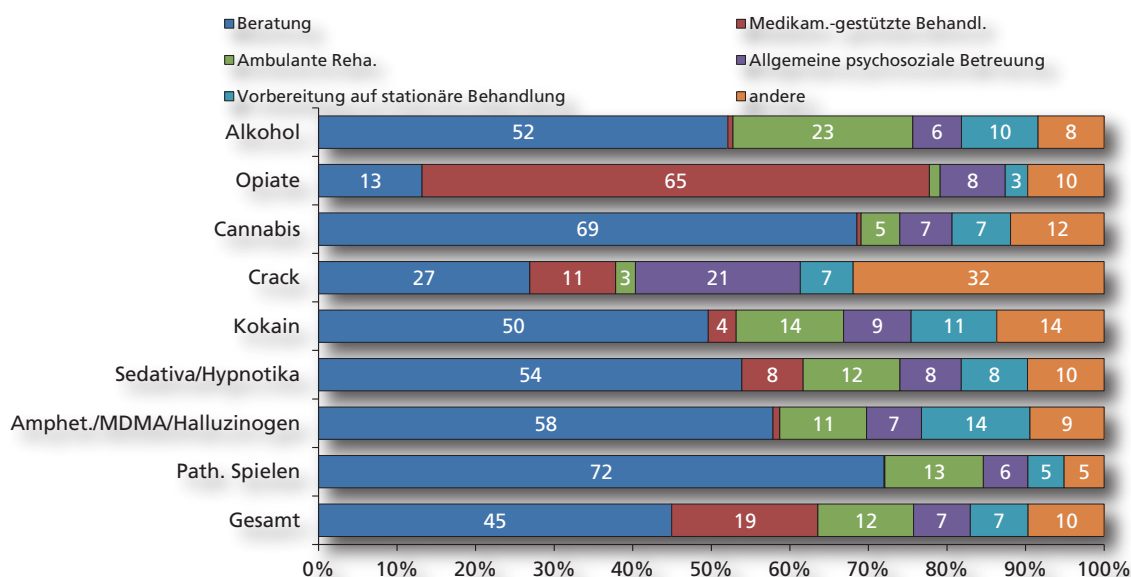
Vorbereitung auf stationäre Behandlung: Hierbei handelt es sich um Beratungs- oder Betreuungstätigkeiten, die auf eine stationäre Therapie/Rehabilitation vorbereiten.

Wie die Abbildung 14 zeigt, ist die Beratung mit einem Anteil von 45 % die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Die Medikamentengestützte Behandlung

ist mit 19 % die zweithäufigste Betreuungsform, gefolgt von der Ambulanten Rehabilitation mit 12 %. Bei jeweils 7 % der Betreuungen handelt es sich um Allgemeine Psychosoziale Beratungen bzw. um Vorbereitungen auf stationäre Behandlungen. Andere Betreuungsformen machen 10 % der Fälle aus.

Wie in den Vorjahren zeigen sich vor allem bei der Opiatklientel deutliche Unterschiede zur Gesamtverteilung: Nahezu zwei Drittel der Betreuungen in dieser Gruppe entfallen auf die Medikamentengestützte Behandlung (65 %), die in allen anderen Diagnosegruppen abgesehen von Sedativa/Hypnotika (8 %) praktisch keine Rolle spielt. Beratung (13 %) sowie Ambulante Rehabilitation (1 %) sind bei den Opiatabhängigen hingegen von untergeordneter Bedeutung. Bei der Alkoholklientel wird die Ambulante Rehabilitation mit einem Anteil von 23 % vergleichsweise häufig in Anspruch genommen. Hohe Anteile für die Beratung liegen bei den pathologischen Glücksspielenden (72 %) sowie bei der Cannabisklientel (69 %) vor.

Abbildung 14: Betreuungsform, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 16.894)



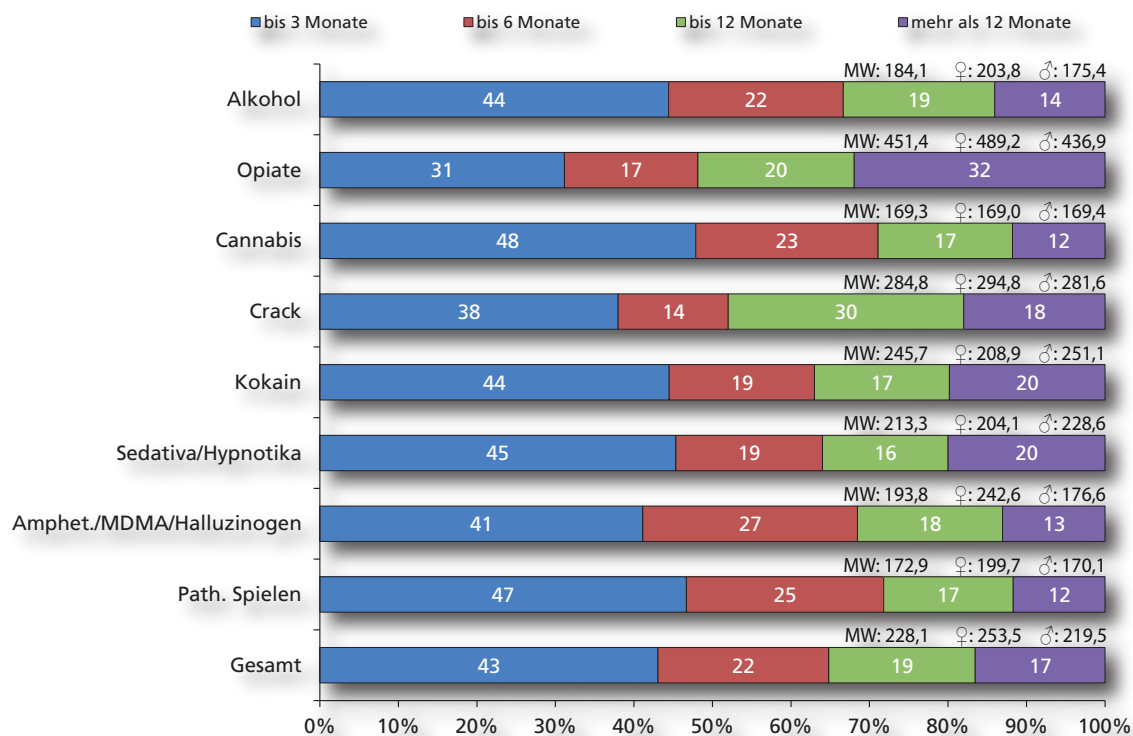
Betreuungsdauer

Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller im Jahr 2015 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 228 Tage (siehe Abbildung 15). Frauen werden dabei mit durchschnittlich 253 Tagen länger betreut als Männer (219 Tage). Die Opiatklientel weist mit 451 Tagen den mit Abstand höchsten Wert auf. Ansonsten liegen nur die Werte für die Crack- und Kokainklientel jeweils über dem Durchschnitt. Die niedrigsten durchschnittlichen Betreuungsdauern finden sich bei den Cannabiskonsumierenden (169 Tage) und den Glücksspielenden (173 Tage), aber auch die große Gruppe der Alkoholklientinnen und -klienten weist mit 184 Tagen einen relativ niedrigen Wert auf.

Wie die Abbildung 15 zeigt, dauern insgesamt fast zwei Drittel der im Jahr 2015 abgeschlossenen Betreuungen nicht länger als ein halbes Jahr – 43 % sind maximal 3 Monate lang, weitere 22 % zwischen 3 und 6 Monaten. 19 % liegen zwischen 6 und 12 Monaten und 17 % dauern länger als ein Jahr. In der Betrachtung der Hauptdiagnosegruppen weist die Opiatklientel mit 32 % den größten Anteil längerer Betreuungen (über 12 Monate) auf. Der höchste Anteil kurzer Betreuungspha-

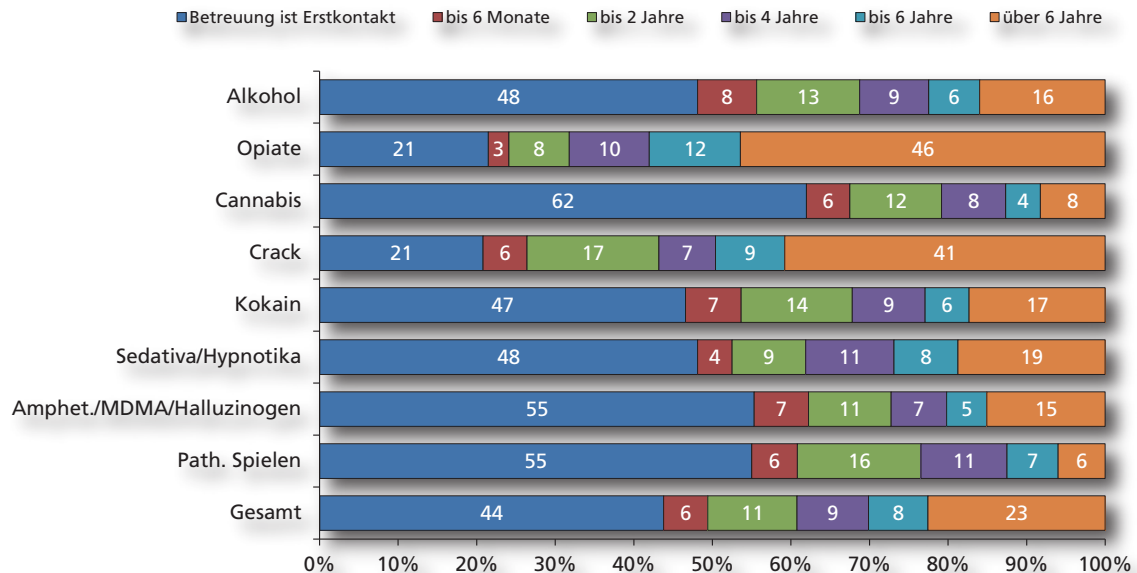
sen (weniger als 3 Monate) zeigt sich bei der Cannabisklientel (48 %), gefolgt von den Glücksspielenden (47 %).

Abbildung 15: Durchschnittliche Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in Tagen, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 9.510)



Bei der Betrachtung der aktuellen Betreuungsdauer ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese immer nur als eine Momentaufnahme gelten kann. Für den überwiegenden Teil der dokumentierten Betreuungen gilt, dass diese nicht die erste Betreuung innerhalb der an COMBASS beteiligten Suchthilfeeinrichtungen ist (56 %, siehe Abbildung 16). Am deutlichsten wird dies bei den Crack- und Opiatklientinnen bzw. -klienten: Bei jeweils nur 21 % der Betreuungen handelt es sich um so genannte Erstkontakte. Bei 46 % der aktuellen Betreuungen Opiatkonsumierender liegt der früheste Betreuungsbeginn in irgendeiner der COMBASS-Einrichtungen bereits länger als 8 Jahre zurück. Relativ hohe Quoten von Erstkontakt-Betreuungen weisen hingegen Cannabiskonsumierende (62 %) auf, gefolgt von der Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogenklientel und pathologisch Glücksspielenden (jeweils 55 %).

Abbildung 16: Zeitlicher Abstand zum ersten dokumentierten Betreuungsbeginn (N= 18.008)



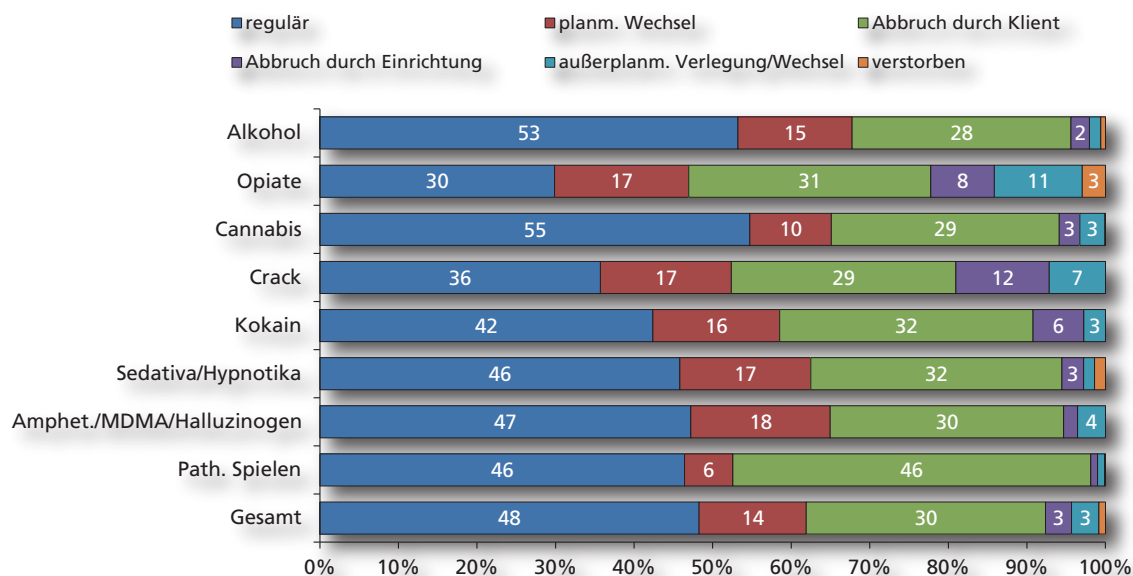
Betreuungsende

Zum Jahresende waren 53 % der 2015 verzeichneten Betreuungen beendet; dementsprechend dauerten 47 % noch an. Bei der Opiatklientel zeigt sich dabei mit 34 % der niedrigste Anteil an beendeten Betreuungen, gefolgt von den Crackklientinnen und -klienten (40 %), während vergleichsweise hohe Quoten beendeter Betreuungen bei den pathologisch Glücksspielenden (64 %), der Alkohol- (61 %) und der Cannabisklientel (59 %) vorliegen.

Insgesamt 62 % der Betreuungen werden regulär abgeschlossen: dabei handelt es sich entweder um eine planmäßige Beendigung (48 %) oder um eine planmäßige Weitervermittlung in ein anderes Angebot (14 %; siehe Abbildung 17). 30 % der Betreuungen werden durch die Klientin bzw. den Klienten und 3 % durch die Einrichtung abgebrochen; bei weiteren 3 % wird die Betreuung durch einen außerplanmäßigen Wechsel oder eine Verlegung beendet. 1 % der Klientinnen und Klienten verstarben während der Betreuung.

Zwischen den Hauptdiagnosegruppen zeigen sich erhebliche Differenzen hinsichtlich des Beendigungsgrundes: So brechen pathologisch Glücksspielende am häufigsten ihre Betreuung selbst ab (46 %), während sich die übrigen Diagnosegruppen jeweils nicht merklich vom Durchschnitt unterscheiden (siehe Abbildung 17). Bei den Opiat- und Crackabhängigen führt vergleichsweise häufig ein außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Betreuungsform oder ein Abbruch der Betreuung durch die Einrichtung zum Betreuungsende (11 % bzw. 7 %). Opiat- und Crackkonsumierende weisen zudem die höchsten Anteile für Abbrüche durch Einrichtungen (8 % bzw. 12 %) und die geringste Zahl an regulären Beendigungen auf (30 % bzw. 36 %). Vergleichsweise häufig werden Betreuungen bei der Cannabis- (55 %) und der Alkoholklientel (53 %) regulär beendet.

Abbildung 17: Beendigungsgrund, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 9.071)

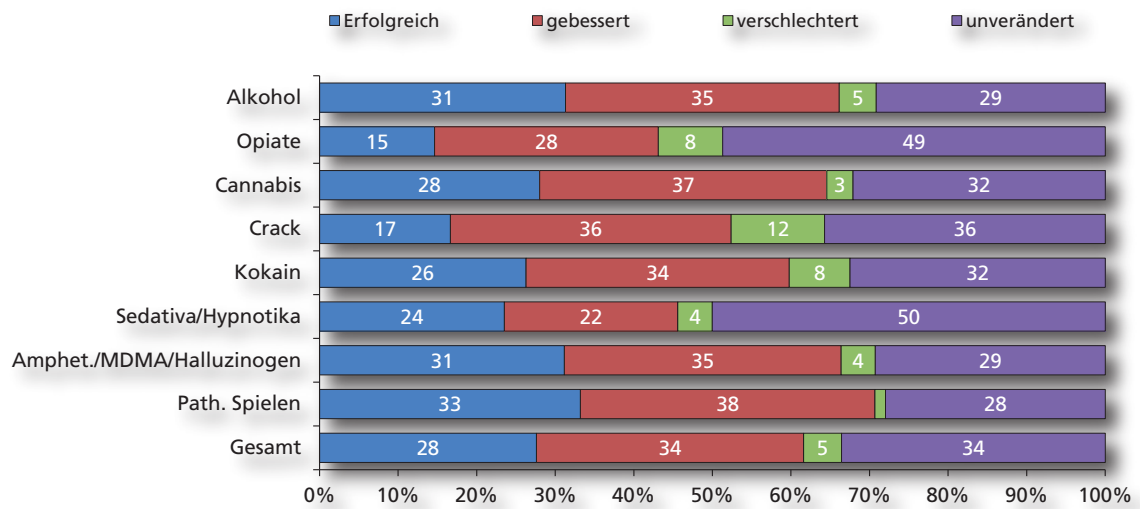


Betrachtet man die Suchtproblematik zum Betreuungsende, so zeigt sich, dass bei einem erheblichen Teil der Betreuungen (62 %) mindestens eine Verbesserung erreicht werden konnte (erfolgreich und verbessert zusammengenommen; siehe Abbildung 18). 28 % der Betreuungen wurden erfolgreich abgeschlossen, bei 34 % wurde eine Verbesserung der Problematik dokumentiert. 34 % der Klientinnen und Klienten weisen am Ende ihrer Betreuung eine unveränderte Suchtproblematik auf und bei 5 % hat sich diese verschlechtert.

Die Opiatklientel unterscheidet sich hinsichtlich der Problematik am Betreuungsende mit Abstand am deutlichsten von den übrigen Hauptdiagnosegruppen: mit 43 % zeigt sich hier der niedrigste Anteil von Klientinnen und Klienten, deren Problematik sich mindestens verbessert hat, während sich die Situation bei fast der Hälfte (49 %) nicht verändert und bei 8 % verschlechtert hat.⁹ Ein ebenso hoher Wert für eine verschlechterte Problematik zeigt sich bei der Kokainklientel, während Crackkonsumierende mit 12 % hier einen noch höheren Anteil aufweisen. Der höchste Anteil von Betreuungen mit mindestens gebesserter Problematik ist aktuell unter den pathologisch Glücksspielenden zu beobachten (71 %), gefolgt von den Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogen- und Alkoholkonsumierenden (jeweils 66 %) und der Cannabisklientel (65 %). Auch der Anteil der im engeren Sinne erfolgreich abgeschlossenen Betreuungen liegt bei der Glücksspielklientel am höchsten (33 %), gefolgt von Alkohol- und Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogenkonsumierenden (jeweils 31 %).

⁹ Insbesondere der Wert für eine unveränderte Problematik kann zum Teil auch dadurch zustande gekommen sein, dass bei den Anwendern unterschiedliche Dokumentationspraktiken vorherrschen, mit denen eine anhaltende Einnahme eines Substitutionsmittels bei Betreuungsende erfasst wird.

Abbildung 18: Problematik am Betreuungsende, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 8.294)



Regionale Aspekte

An dieser Stelle erfolgt eine kurze regionalspezifische Auswertung mit ausgewählten Ergebnissen. In einer vergleichenden Perspektive werden dabei die Daten über die Klientel und die in Anspruch genommenen Betreuungen aus folgenden drei regionalen Kategorien genutzt:

- Landkreise (Einrichtungen in Städten und Gemeinden, die in den 21 hessischen Landkreisen beheimatet sind),
- Großstädte (Einrichtungen aus den kreisfreien Städten Kassel, Wiesbaden, Darmstadt und Offenbach),
- Frankfurt am Main (obwohl es sich ebenfalls um eine kreisfreie Stadt handelt, werden Einrichtungen aus Frankfurt wegen des speziellen Charakters als Metropole gesondert betrachtet).

Der höchste Anteil weiblicher Personen unter der Suchthilfeklientel findet sich mit 29 % in Frankfurt (siehe Tabelle 4). In den Landkreisen und kreisfreien Städten ist dieser Anteil etwas niedriger (27 % bzw. 26 %). Im Hinblick auf das Alter zeigen sich kaum regionalspezifische Unterschiede. Überall liegt das Durchschnittsalter der Gesamtklientel zwischen 40 und 41 Jahren, wobei das Durchschnittsalter der Klientinnen in den Landkreisen (42,1 Jahre), das der Klienten hingegen in Frankfurt am höchsten ausfällt (40,7 Jahre).

Bei 43 % der 2015 in den Frankfurter Einrichtungen betreuten Klientinnen und Klienten handelt es sich um Opiatabhängige, während bei einem guten Viertel eine Alkoholdiagnose vorliegt (27 %). In den Landkreisen und Großstädten stellt sich dieses Verhältnis gänzlich anders dar: Die Anteile der Alkoholklientel liegen bei 45 % bzw. 44 %, während sich diejenigen für die Opiatklientel lediglich auf 19 % bzw. 24 % belaufen. Ein weiterer bemerkenswerter Unterschied ist beim Anteil pathologisch Glücksspielender zu beobachten, der in den vier Großstädten mit 10 % am höchsten ist, während er in Frankfurt mit 5 % halb so gering ausfällt.

Das Durchschnittsalter ist in allen vier Hauptdiagnosegruppen in Frankfurt am höchsten. Relativ groß sind die Altersunterschiede vor allem bei den pathologisch Glücksspielenden (40,6 Jahre zu 38,3 bzw. 38,7 Jahren).

Der Anteil von Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft liegt in der Metropole Frankfurt mit 22 % am höchsten, in den Landkreisen mit 11 % am niedrigsten. Klientinnen und Klienten mit einem Migrationshintergrund sind mit 38 % in Frankfurt und mit 37 % in den vier anderen Großstädten deutlich häufiger vorzufinden als in den Landkreisen mit 28 %.

Bei der Betrachtung der Erwerbssituation zeigt sich, dass in den Landkreisen und Großstädten der Anteil derjenigen, die über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz verfügen, größer ist als in der Metropole Frankfurt (48 % bzw. 49 % zu 37 %). Korrespondierend damit ist in Frankfurt der Anteil der ALG-II Beziehenden am höchsten (40 %). Die genannten Unterschiede sind im Wesentlichen auf die unterschiedliche Verteilung der Hauptdiagnosen zurückzuführen (hoher Anteil von Opiatabhängigen in Frankfurt).

Bei der Analyse einiger ausgewählter Daten zur Betreuung zeigen sich zwischen den drei regionalen Kategorien weitere Unterschiede: So ist erwähnenswert, dass die Medikamentengestützte Behandlung (d. h. vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter) in Frankfurt auf einen

Anteil von 30 % aller Betreuungen kommt. Auch dies steht im Zusammenhang mit dem hohen Anteil von Opiatabhängigen in der Mainmetropole (siehe oben). In den Landkreisen und kreisfreien Städten kommt ihr dagegen mit 12 % bzw. 16 % eine nicht ganz so bedeutsame Rolle zu. In diesen regionalen Bezugsräumen ist jeweils die Beratung mit Anteilen von 53 % bzw. 46 % die mit Abstand häufigste Betreuungsform.

Bei der durchschnittlichen Dauer abgeschlossener Betreuungen fällt auf, dass Betreuungen in Frankfurt im Schnitt mit 292 Tagen am längsten dauern und Betreuungen in den vier übrigen Großstädten mit 195 Tagen die geringste Dauer aufweisen. Aufgeschlüsselt nach Hauptdiagnosegruppen ergibt sich dann ein heterogenes Bild: So werden pathologisch Glücksspielende in den vier Großstädten (193 Tage) deutlich länger betreut als in den Landkreisen (163 Tage) oder in Frankfurt (169 Tage). Cannabisklientinnen und -klienten sind hingegen in der Mainmetropole mit 249 Tagen deutlich länger in Betreuung als in Landkreisen (154 Tage) oder anderen Großstädten (137 Tage). Auch bei der Alkohol- und Opiatklientel zeigen sich bei der Betreuungsdauer größere Abweichungen im regionalen Vergleich.

Beim Beendigungsgrund werden ebenfalls Unterschiede sichtbar: Werden die regulären Beendigungen und planmäßigen Wechsel in eine andere Einrichtung als positive Abschlüsse zusammengezählt, liegen die entsprechenden Werte von 67 % (Landkreise), 59 % (Großstädte) und 56 % (Frankfurt) noch etwas weiter auseinander.

Tabelle 4: Klientel und Betreuungen im regionalen Vergleich

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Klienten			
Männlich	73 %	74 %	71 %
Weiblich	27 %	26 %	29 %
Gesamt N	10.924	3.837	3.985
Altersgruppe des Klienten			
bis 18 Jahre	5 %	6 %	3 %
18 bis 27 Jahre	18 %	14 %	13 %
27 bis 35 Jahre	18 %	17 %	17 %
35 bis unter 45 Jahre	21 %	22 %	27 %
45 bis unter 59 Jahre	31 %	34 %	34 %
60 und älter	7 %	7 %	6 %
Lebensalter in Jahren (Mittelwert)			
Männlich	38,8	40,1	40,7
Weiblich	42,1	41,6	41,4
Gesamt	39,7	40,5	40,9
Gesamt N	10.822	3.800	3.923
Hauptdiagnose			
Alkohol	45 %	44 %	27 %
Opiate	19 %	24 %	43 %
Cannabis	17 %	14 %	14 %
Crack	0 %	0 %	2 %
Kokain	2 %	2 %	4 %
Sedativa/Hypnotika	1 %	1 %	1 %
Amphet./MDMA/Halluzinogen	5 %	3 %	3 %
Path. Spielen	6 %	10 %	5 %
andere Suchtdiagnose	5 %	2 %	3 %
Gesamt N	9.822	3.524	3.653
Lebensalter nach Hauptdiagnose			
Alkohol	47,1	46,3	47,9
Opiate	41,9	43,6	43,7
Cannabis	25,3	26,4	26,7
Path. Spielen	38,3	38,7	40,6
Staatsangehörigkeit			
Deutschland	88 %	85 %	75 %
andere EU-Länder	4 %	5 %	8 %
Nicht EU-Länder	7 %	9 %	14 %
staatenlos	0,4 %	0,4 %	1 %
keine Angabe	1 %	1 %	3 %
Gesamt N	10.641	3.729	3.658

Fortsetzung Tabelle 4: Klientel und Betreuungen im regionalen Vergleich

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Migrationshintergrund (Mehrfachantworten möglich)			
selbst migriert	17 %	24 %	23 %
Kind von Migranten	14 %	21 %	20 %
kein Migrationshintergrund	72 %	63 %	62 %
Gesamt N	7.208	2.191	2.874
Erwerbssituation Betreuungsbeginn			
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	48 %	49 %	37 %
ALG I	5 %	4 %	3 %
ALG II	31 %	34 %	40 %
SGB XII	3 %	3 %	8 %
Rentner/Pensionär	8 %	6 %	6 %
Sonstige	5 %	4 %	5 %
Gesamt N	9.626	3.451	3.417
zeitl. überwiegender Abschnittstyp der Betreuung			
Beratung	53 %	46 %	33 %
Medikam.-gestützte Behandl.	12 %	16 %	30 %
Ambulante Reha.	12 %	14 %	8 %
Allg. psychosoz. Betreuung	7 %	6 %	8 %
Vorb. auf stat. Behandlung	8 %	7 %	5 %
Andere	9 %	10 %	16 %
Gesamt N	9.983	3.773	4.162
Beendigungsgrund (beendete Betreuungen)			
Regulär	54 %	47 %	41 %
planm. Wechsel	13 %	12 %	15 %
Abbruch durch Klient	28 %	34 %	30 %
Abbruch durch Einrichtung	2 %	3 %	6 %
außerplanm. Verlegung/Wechsel	2 %	3 %	7 %
verstorben	1 %	1 %	1 %
Gesamt N	5.642	2.328	1.982
Durchschnittliche Dauer in Tagen (beendete Betreuungen)			
Alkohol	203,9	163,7	163,5
Opiate	468,0	363,2	481,9
Cannabis	154,4	136,8	248,6
Path. Spielen	163,0	193,1	169,1
Gesamt	218,3	195,1	292,0

Trends 2007 bis 2015

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Trends in den Grunddaten der hessischen Suchthilfestatistik dargestellt. Beginnend mit dem Jahr 2007 werden Veränderungen bzw. Kontinuitäten in 2-Jahres-Schritten bis 2015 berichtet. Inhaltlich ist hierbei zwischen der Klienten- und der Betreuungsebene zu unterscheiden.

Es werden diejenigen Trends geschildert, die in der *COMBASS*-Steuerungsgruppe in den letzten Jahren zu besonderen inhaltlichen Reflektionen und Diskussionen geführt haben. Es handelt sich dabei um die Anteile der Angehörigen und Neuaufnahmen, das Durchschnittsalter, die Hauptdiagnose, die Erwerbssituation und die Wohnsituation der Klientinnen und Klienten sowie die Betreuungsform, die durchschnittliche Betreuungsdauer und die Art der Beendigung der Betreuung. Ausgewählte Ergebnisse werden jeweils getrennt für die drei größten Hauptdiagnosegruppen – Alkohol, Opiate, Cannabis – berichtet.

Die Basis der folgenden Auswertungen stellen 88 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum an der *COMBASS*-Dokumentation beteiligt haben. Wurden Klientinnen und Klienten oder Angehörige in dem jeweiligen Auswertungsjahr von mehreren der 88 Einrichtungen betreut, so wurden diese Personen nur einmal gezählt. Mit dieser Vorgehensweise wird eine Verzerrung der Ergebnisse durch eine unterschiedliche (jährliche) Datengrundlage ausgeschlossen.

Angehörige, Klientinnen und Klienten

Der prozentuale Anteil der Angehörigen an allen betreuten Personen liegt seit dem Jahr 2007 relativ stabil zwischen 5 % und 7 % (siehe Tabelle 5). Die absolute Anzahl von betreuten Angehörigen schwankt zwischen 965 und 1.225 (2015: 1.014). Die Anzahl betreuter Klientinnen und Klienten variiert ebenfalls: den höchsten Wert gab es mit 17.080 im Jahr 2007; seitdem pendelt der Wert zwischen 15.600 und 16.300. Dabei zeigt sich gleichzeitig, dass der Anteil der Neuaufnahmen – d. h. der Erstkontakt zur ambulanten Suchthilfe in Hessen findet im jeweiligen Jahr statt – zwischen den Jahren 2009 und 2015 von 36 % auf 31 % stetig zurückgegangen ist. In absoluten Zahlen ausgedrückt sind dies seit 2007 über 1.000 Neuaufnahmen weniger.

Werden die Entwicklungen bei den Angehörigen sowie bei den Klientinnen und Klienten geschlechtsspezifisch betrachtet, zeigt sich, dass bei den Angehörigen der stark dominierende Anteil der Frauen seit 2009 mit 76 % bzw. 77 % sehr stabil ist (siehe Tabelle 5). Bei den Klientinnen und Klienten liegt der Anteil der weiblichen Personen ebenfalls auf einem sehr konstanten, wenn auch niedrigeren Niveau: bei gut einem Viertel (25 % bis 27 %).

Tabelle 5: Anteil Angehörige, Klientinnen und Klienten, 2007 bis 2015 (gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2015
Klientinnen und Klienten	95 % 17.080	93 % 15.654	94 % 16.321	93 % 16.267	94 % 15.566
Angehörige	5 % 965	7 % 1.225	6 % 1.030	7 % 1.163	6 % 1.014
Anteil Frauen					
Klientinnen	25 %	26 %	27 %	27 %	27 %
Angehörige	67 %	76 %	77 %	77 %	77 %
Anteil Neuaufnahmen					
Klientinnen und Klienten	35 % 5.920	36 % 5.646	33 % 5.308	32 % 5.202	31 % 4.857

Alter der Klientinnen und Klienten

Wie der Tabelle 6 zu entnehmen ist, hat sich das Durchschnittsalter der Klientinnen und Klienten zwischen 2007 und 2015 von 38,1 auf 40,6 Jahre erhöht (+2,5). Das Durchschnittsalter ist dabei während dieses Zeitraumes kontinuierlich von Jahr zu Jahr angestiegen. Dabei zeigt sich, dass der Altersanstieg bei den Frauen (+3,1) größer ist als bei den Männern (+2,2). Dagegen geht das durchschnittliche Alter der (jährlichen) Neuaufnahmen seit 2009 leicht zurück – in 2015 liegt der bisher niedrigste Wert mit 36,6 Jahren vor.

Tabelle 6: Durchschnittsalter nach Geschlecht, 2007 bis 2015 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2015
Männer	37,7	38,4	39,0	39,1	39,9
Frauen	39,6	40,5	41,5	41,9	42,7
Gesamt	38,1	39,0	39,6	39,9	40,6
Gesamt N	16.833	15.605	16.275	16.157	15.428
Neuaufnahmen	36,8	37,5	37,3	36,7	36,6
Neuaufnahmen N	5.784	5.608	5.274	5.104	4.743

Zusammen genommen könnten diese beiden Entwicklungen derart interpretiert werden, dass die Haltekraft der ambulanten Suchthilfe bei ihrer Klientel erhöht werden konnte, während bei den Neuaufnahmen seit Jahren die gleichen – darunter auch jüngere – Altersgruppen erreicht werden. Ein differenzierter Blick auf die verschiedenen Hauptdiagnosegruppen zeigt jedoch, dass es hier unterschiedliche Entwicklungen gibt.

Wird eine solche Auswertung differenziert nach den drei Hauptdiagnosegruppen Alkohol, Opiate und Cannabis vorgenommen, ergibt sich bei der Alkoholklientel für die Jahre 2007 bis 2013 ein in etwa gleichbleibendes Durchschnittsalter mit gut 45 Jahren; in 2015 legt dieses dann gleich um fast zwei auf 47,0 Jahre zu (Neuaufnahmen schwankend mit Werten zwischen 43,2 und 45,0 Jah-

ren) (siehe Tabelle 7). Bei der Gruppe der Opiatabhängigen ist dagegen eine sehr kontinuierliche Zunahme des Alters auszumachen. Im Jahr 2007 lag dieses bei 36,5 (alle) bzw. 34,2 Jahren (Neuaufnahmen) – acht Jahre später sind diese Werte auf 42,9 bzw. 38,7 Jahre angewachsen. Bei der Cannabisklientel ist das Altersniveau relativ stabil: es beträgt knapp 26 Jahre bei allen Klientinnen und Klienten. Bei den Neuaufnahmen hat es sogar im Verlaufe der Zeit leicht abgenommen (2015: 23,5 Jahre).

Tabelle 7: Durchschnittsalter nach Hauptdiagnosegruppe (Alkohol, Opiate, Cannabis), 2007 bis 2015 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2015
Alle Klienten					
Alkohol	45,1	45,3	45,4	45,4	47,0
Opiate	36,5	38,1	39,6	41,3	42,9
Cannabis	25,6	25,7	25,9	25,7	25,7
Neuaufnahmen					
Alkohol	43,7	44,1	43,5	43,2	45,0
Opiate	34,2	36,2	36,6	38,0	38,7
Cannabis	24,7	24,3	24,3	23,8	23,5

Wenn in einem dritten Schritt das Alter der neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten getrennt nach verschiedenen Alterskategorien betrachtet wird, ergibt sich zum einen, dass bei den Opiatabhängigen der Anteil der 45- bis 59-jährigen Personen seit 2007 stetig angewachsen ist: von 12 % (2007) über 18 % (2009) auf aktuelle 23 % (2015) (siehe Tabelle 8). Gleichzeitig hat sich der Anteil der jüngeren Opiatklientinnen und -klienten verringert. Waren im Jahr 2007 noch 24 % der Klientinnen und Klienten jünger als 27 Jahre, beträgt der entsprechende Anteil im Jahr 2015 nur noch ein Drittel des Ausgangswertes: 8 %. Bei der Alkoholklientel hat dagegen der Anteil jüngerer Personen (< 27 Jahre) im Zeitraum 2007 bis 2013 deutlich zugenommen: er ist von 9 % auf 16 % angewachsen, was mit dem HALT-Projekt zusammenhängen dürfte, das insbesondere auf jüngere Menschen abzielt (Kurzintervention bei alkoholintoxikierten Personen). In 2015 ist dieser Wert auf 13 % zurückgegangen. Bei der Cannabisklientel ist bemerkenswert, dass die Gruppe der minderjährigen Personen seit 2007 (11 %) kontinuierlich stärker wird und im Jahr 2015 einen Anteil von 23 % aufweist.

Tabelle 8: Alterskategorien nach Hauptdiagnosegruppe (Alkohol, Opiate, Cannabis), 2007 bis 2015 (Neuaufnahmen, gleiche Einrichtungen, N=88)¹⁰

	2007	2009	2011	2013	2015
Alkohol					
bis 18 Jahre	1 %	2 %	5 %	6 %	4 %
18 bis unter 27 Jahre	8 %	8 %	11 %	10 %	9 %
27 bis unter 35 Jahre	13 %	11 %	11 %	12 %	12 %
35 bis unter 45 Jahre	30 %	27 %	20 %	21 %	19 %
45 bis unter 59 Jahre	40 %	44 %	45 %	42 %	44 %
60 und älter	7 %	8 %	8 %	9 %	12 %
Gesamt	2.027	2.727	2.783	2.472	2.149
Opiate					
bis 18 Jahre	0 %	1 %	2 %	1 %	1 %
18 bis unter 27 Jahre	24 %	18 %	13 %	14 %	7 %
27 bis unter 35 Jahre	31 %	32 %	35 %	26 %	32 %
35 bis unter 45 Jahre	32 %	31 %	30 %	33 %	35 %
45 bis unter 59 Jahre	12 %	18 %	18 %	23 %	23 %
60 und älter	0 %	1 %	2 %	3 %	2 %
Gesamt	676	728	521	427	337
Cannabis					
bis 18 Jahre	11 %	16 %	18 %	23 %	23 %
18 bis 27 Jahre	62 %	57 %	53 %	51 %	52 %
27 bis 35 Jahre	17 %	18 %	19 %	17 %	16 %
35 bis unter 45 Jahre	8 %	7 %	7 %	6 %	7 %
45 bis unter 59 Jahre	2 %	2 %	2 %	3 %	2 %
60 und älter	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Gesamt	703	1.138	1.012	1.108	1.228

Hauptdiagnose

Betrachtet man die Personen, für die eine ICD-10 Hauptdiagnose in Form von „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeitssyndrom“ dokumentiert worden ist, zeigt sich, dass sich der Anteil der Klientinnen und Klienten mit einer Alkoholproblematik seit dem Jahr 2007 zwar leicht schwankend, aber dennoch auf einem relativ stabilen Niveau zwischen 40 % und 43 % bewegt (siehe Tabelle 9). Bei der Opiatklientel wird dagegen der Trend eines deutlich abnehmenden relativen Anteils sichtbar: der Wert für 2015 beträgt 26 %, acht Jahre zuvor waren es noch 33 %. Der Anteil der Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten, die das ambulante Suchthilfesystem in Hessen aufsuchen, hat im betrachteten Zeitraum von 13 % auf 16 % zugenommen. Der Anteil der pathologisch Glücksspielenden liegt seit dem Jahre 2009 stabil bei 5 % bzw. 6 %. Eine hohe Konstanz weisen auch die Anteile für die Kokainklientel (2 %).

¹⁰ In dieser und weiteren Tabellen kann es vorkommen, dass die Summe für einige Jahre nicht exakt 100 % ergibt. Dies ist auf Auf- bzw. Abrundungen der Prozentwerte zurückzuführen.

Tabelle 9: Hauptdiagnose der Klienten, 2007 bis 2015 (gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2015
Alkohol	41 % 5.599	42 % 6.523	43 % 7.067	41 % 6.744	40 % 6.263
Opiate	33 % 4.421	30 % 4.659	29 % 4.720	27 % 4.440	26 % 4.046
Cannabis	13 % 1.756	14 % 2.222	14 % 2.236	14 % 2.341	16 % 2.549
Crack	2 % 250	1 % 120	1 % 103	0 % 67	1 % 87
Kokain	2 % 291	2 % 267	2 % 273	2 % 391	2 % 351
Sedativa/Hypnotika	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 189	1 % 142
Amphet./MDMA/ Halluzinogen	2 % 282	3 % 428	3 % 438	3 % 550	4 % 645
Path. Spielen	2 % 213	5 % 759	5 % 880	6 % 1.044	6 % 925
Essstörung	1 % 80	0 % 74	0 % 62	0 % 58	0 % 37
Andere	5 % 624	4 % 602	3 % 542	3 % 443	3 % 521
Gesamt	13.516	15.654	16.321	16.267	15.566

Bei den bisher berichteten Zahlen zur Hauptdiagnose wurde nicht zwischen den Personen unterschieden, die bereits in den Jahren zuvor in den beteiligten Suchthilfeeinrichtungen betreut wurden und denen, die die Beratungs- und Behandlungsangebote im jeweiligen Auswertungsjahr das erste Mal in Anspruch genommen haben. Diese Differenzierung soll nun im Folgenden vorgenommen werden, da sich dadurch die Entwicklung des Inanspruchnahmeverhaltens nach den verschiedenen Hauptdiagnosegruppen noch einmal anders darstellt.

Bei den neu aufgenommenen Personen mit Alkoholproblemen ist ein von Jahr zu Jahr schwankender Anteil festzustellen, der sich zwischen 45 % und 53 % bewegt (siehe Tabelle 10). Demgegenüber hat sich der Anteil der Neuaufnahmen mit einer opiatbezogenen Hauptdiagnose kontinuierlich reduziert: von 18 % in 2007 über 13 % in 2009 auf nur noch 7 % im letzten Beobachtungsjahr. In absoluten Zahlen bedeutet dies eine Abnahme von 715 auf 344 Neuaufnahmen (damit ist sie aktuell nur noch die viert größte Hauptdiagnosegruppe).

Die (neu aufgenommene) Cannabisklientel hat dagegen seit 2007 an Bedeutung gewonnen: ihr relativer Anteil ist von 19 % auf 26 % angewachsen. Bei der Gruppe der pathologisch Glücksspielenden ist es im Dokumentationszeitraum ebenfalls zu einer sehr deutlichen Steigerung ihres prozentualen Anteils gekommen: zwischen 2007 und 2013 ist dieser von 2 % auf 10 % angestiegen, fällt im Jahr 2015 dann leicht auf 8 %. Hier dürfte sich die verstärkte Ausrichtung der hessischen Suchthilfe auf die Betreuung dieser Klientel in den letzten Jahren widerspiegeln.

Die Anteile der neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten mit den Hauptdiagnosen Kokain und anderen Suchtdiagnosen entsprechen weitgehend den Werten, die für die Gesamtklientel ermittelt worden sind (siehe oben). Sie sind über die Jahre relativ stabil geblieben. Bei den Amphetaminen ist es bei den Neuaufnahmen zu einer Zunahme gekommen (von 2 % auf 6 %). Hierunter dürften auch Personen sein, die Crystal Meth konsumiert haben. Eine separate Erfassungskategorie für diese Substanz wird es ab dem Jahr 2017 geben (mit dem neuen KDS). Hier sollte die weitere Entwicklung genau beobachtet werden.

Tabelle 10: Hauptdiagnose der neu aufgenommenen Klienten, 2007 bis 2015
(gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2015
Alkohol	50 % 2.036	48 % 2.738	53 % 2.800	48 % 2.517	45 % 2.196
Opiate	18 % 715	13 % 734	10 % 525	8 % 439	7 % 344
Cannabis	19 % 752	20 % 1.140	19 % 1.017	22 % 1.131	26 % 1.254
Crack	1 % 53	0 % 23	1 % 32	0 % 16	0 % 11
Kokain	2 % 95	2 % 92	2 % 91	3 % 137	3 % 134
Sedativa/Hypnotika	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 76	1 % 52
Amphet./MDMA/ Halluzinogen	2 % 101	3 % 171	3 % 158	4 % 226	6 % 269
Path. Spielen	2 % 97	9 % 484	9 % 462	10 % 517	8 % 407
Essstörung	1 % 31	1 % 35	1 % 29	1 % 30	0 % 12
Andere	5 % 183	4 % 229	4 % 194	2 % 113	4 % 178
Gesamt	4.063	5.646	5.308	5.202	4.857

Erwerbssituation

Der Anteil von erwerbstätigen Personen unter der Alkoholklientel ist seit dem Jahr 2007 um 10 Prozentpunkte von 39 % auf 49 % angewachsen (siehe Tabelle 11). Gleichzeitig hat sich der Anteil der ALG I-Empfängerinnen und -empfänger halbiert (2007: 10 %, 2015: 5 %). Auch der entsprechende Wert für ALG II geht seit 2007 kontinuierlich zurück: von 34 % auf 27 % in 2015.

Tabelle 11: Erwerbssituation der Alkoholklienten, 2007 bis 2015 (gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2015
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	39 %	45 %	47 %	48 %	49 %
ALG I	10 %	7 %	6 %	6 %	5 %
ALG II	34 %	32 %	30 %	28 %	27 %
SGB XII	4 %	2 %	2 %	2 %	3 %
berufliche Rehabilitation	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
sonstige	12 %	14 %	15 %	15 %	15 %
Gesamt	3.498	5.942	6.433	5.986	5.718

Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei der Opiatklientel festzustellen, wenn auch auf einem weit- aus niedrigeren Niveau: Der Anteil der erwerbstätigen Personen ist seit 2007 leicht angestiegen (von 18 % auf 22 %) und derjenige der ALG I- und ALG II- Empfängerinnen und -empfänger ist zurückgegangen (von 7 % auf 4 % bzw. von 59 % auf 54 %) (siehe Tabelle 12). Insgesamt bleibt aber die berufliche Situation der Opiatklientel deutlich problematisch, was ihren besonderen Hil- febedarf kennzeichnet.

Tabelle 12: Erwerbssituation der Opiatklienten, 2007 bis 2015 (gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2015
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	18 %	19 %	20 %	21 %	22 %
ALG I	7 %	5 %	5 %	5 %	4 %
ALG II	59 %	61 %	59 %	56 %	54 %
SGB XII	9 %	7 %	7 %	8 %	10 %
berufliche Rehabilitation	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Sonstige	6 %	7 %	7 %	9 %	9 %
Gesamt	2.907	4.346	4.449	4.088	3.772

Auch bei der Cannabisklientel hat der Anteil der erwerbstätigen Personen zwischen 2007 und 2015 deutlich zugenommen, er liegt aktuell bei 63 % (siehe Tabelle 13). Bei den ALG I-Berechtig- ten ist seit 2007 ein prozentualer Rückgang zu konstatieren (von 6 % auf 3 %), der Anteil der ALG II-Berechtigten liegt seit 2007 – mit leichten Schwankungen – auf einem ähnlichen Niveau wie bei der Alkoholklientel (2015: 28 %).

Tabelle 13: Erwerbssituation der Cannabisklienten, 2007 bis 2015 (gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2015
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	53 %	57 %	57 %	64 %	63 %
ALG I	6 %	5 %	4 %	3 %	3 %
ALG II	30 %	30 %	30 %	26 %	28 %
SGB XII	2 %	1 %	2 %	1 %	1 %
berufliche Rehabilitation	2 %	2 %	3 %	2 %	1 %
Sonstige	7 %	5 %	4 %	3 %	3 %
Gesamt	1.381	1.976	1.995	2.006	2.183

Wohnsituation

Bei der Wohnsituation sind bei den drei betrachteten Klientelen - insgesamt betrachtet - (kleinere) Veränderungen über die Jahre festzustellen. Bei der Alkoholklientel schwanken die Anteile für diejenigen, die selbstständig wohnen, zwischen 81 % und 86 % (siehe Tabelle 14). Die Anteile für eine prekäre Wohnsituation liegen mit 3 % bzw. 4 % auf einem stabilen Niveau. Insgesamt existiert hier keine Entwicklung, die in eine bestimmte Richtung weist.

Tabelle 14: Wohnsituation der Alkoholklienten, 2007 bis 2015 (gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2015
Selbstständiges Wohnen	81 %	84 %	83 %	82 %	86 %
Bei Angehörigen/Eltern	7 %	10 %	11 %	12 %	9 %
Betreutes Wohnen	2 %	2 %	3 %	2 %	2 %
Prekäre Wohnsituation	3 %	4 %	4 %	4 %	3 %
sonstiges	7 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,4 %
Gesamt	5.532	6.167	6.736	6.363	5.946

Bei der Opiatklientel zeigt sich eine Entwicklung, nach der seit 2007 immer mehr Personen über eine stabile Wohnsituation verfügen und selbstständig wohnen; ihr relativer Anteil ist von 65 % auf 70 % angestiegen (siehe Tabelle 15). Gleichzeitig hat aber auch der Anteil derjenigen, die in einer prekären Wohnsituation leben, von 10 % auf 14 % zugenommen. Bei der Kategorie „Betreutes Wohnen“ ist eine stetige Abnahme zu konstatieren (von 7 % auf 4 %).

Tabelle 15: Wohnsituation der Opiatklienten, 2007 bis 2015 (gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2015
Selbstständiges Wohnen	65 %	64 %	66 %	67 %	70 %
Bei Angehörigen/Eltern	13 %	15 %	13 %	13 %	11 %
Betreutes Wohnen	7 %	6 %	5 %	4 %	4 %
Prekäre Wohnsituation	10 %	13 %	14 %	15 %	14 %
sonstiges	6 %	1,1 %	0,8 %	0,7 %	0,8 %
Gesamt	4.427	4.535	4.649	4.361	3.969

Bei der Cannabisklientel stellt sich die Situation seit 2007 so dar, dass sich gleichbleibend stabil 44 % bzw. 45 % in einer selbstständigen Wohnsituation befinden (siehe Tabelle 16). Darüber hinaus wohnen aktuell (2015) genauso viele Personen – das ist gegenüber den anderen Hauptdiagnosegruppen ein vergleichsweise hoher Anteil – (noch) bei den Eltern oder Angehörigen (45 %). Auch hier hat sich der Anteil derjenigen, die sich in einer prekären Wohnsituation befinden, im Beobachtungszeitraum erhöht, sogar mehr als verdoppelt: von 3 % auf 7 %.

Tabelle 16: Wohnsituation der Cannabisklienten, 2007 bis 2015 (gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2015
Selbstständiges Wohnen	45 %	45 %	44 %	45 %	45 %
Bei Angehörigen/Eltern	41 %	47 %	45 %	45 %	45 %
Betreutes Wohnen	6 %	3 %	4 %	3 %	3 %
Prekäre Wohnsituation	3 %	5 %	6 %	7 %	7 %
sonstiges	5 %	0,3 %	1 %	0,5 %	1 %
Gesamt	1.750	2.162	2.142	2.227	2.429

Betreuungsform

Die Beratung ist seit 2007 die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform in der ambulanten Suchthilfe Hessens. Ihr relativer Anteil hat von 2007 und 2009 deutlich von 50 % auf 41 % abgenommen; seitdem ist jedoch ein Anstieg beinahe auf das alte Ausgangsniveau festzustellen (47 % in 2015, siehe Tabelle 17). Die zweithäufigste Betreuungsform der letzten Jahre ist mit einem Anteil von 14 % bzw. 16 % die Medikamentengestützte Behandlung, d. h. vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter. Die Betreuungsform Ambulante Rehabilitation hat sich bei etwa 10 % eingependelt. Das Gleiche gilt für die Allgemeine Psychosoziale Betreuung. Der Anteil der Betreuungsart „Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung“ liegt relativ konstant bei 5 % bis 6 %. In der Kategorie „Andere“, die im Jahr 2015 12 % aller Betreuungen ausmacht, werden verschiedene andere Betreuungsarten, wie schulische und berufliche Integrationshilfen oder Raucherentwöhnung zusammengefasst.

Bei den berichteten Prozentangaben zur Betreuungsform ist zu beachten, dass die absolute Anzahl der dokumentierten Betreuungen von 2007 bis 2011 angewachsen ist (von 19.840 auf 23.397) und seitdem wieder fällt (auf 21.695 im Jahr 2015).

Tabelle 17: Betreuungsform der Klienten, 2007 bis 2015 (gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2015
Beratung	50 %	41 %	42 %	44 %	47 %
Medikam.-gestützte Behandl.	14 %	14 %	16 %	16 %	16 %
Ambulante Reha.	8 %	10 %	11 %	11 %	10 %
Allg. psychosoziale Betreuung	9 %	13 %	11 %	10 %	10 %
Vorb. auf stat. Behandlung	5 %	7 %	7 %	6 %	6 %
andere	14 %	15 %	13 %	12 %	12 %
Gesamt	19.840	21.643	23.397	23.241	21.695

Wird auch hier ein Blick auf die drei Hauptdiagnosegruppen geworfen, ergeben sich differenziertere Erkenntnisse. Es zeigt sich dann zum einen, dass die Bedeutung der Beratung bei der Alkoholklientel seit 2011 wieder zugenommen hat (von 44 % auf 52 %) – bei einem gleichbleibenden Stellenwert der Ambulanten Rehabilitation (2015: 22 %). Zum anderen ist bei der Opiatklientel die Entwicklung bei der Medikamentengestützten Behandlung auffällig. Ihr Anteil stieg im Beobachtungszeitraum von 43 % auf 60 % (siehe Tabelle 19). Die Ergebnisse bei der Cannabisklientel sind dadurch gekennzeichnet, dass die Bedeutung der Frühintervention über die Jahre zugenommen hat (von 2 % auf 9 %); bei gleichzeitigem Rückgang der Medizinisch-Psychologischen Untersuchung (MPU, von 12 % von 4 %)(siehe Tabelle 20). Ferner ist auch hier seit 2011 ein starker Anstieg des relativen Anteils bei der Betreuungsform Beratung zu beobachten (von 49 % auf 61 %) – fast wieder auf den Ausgangswert des Jahres 2007 (62 %).

Tabelle 18: Betreuungsform der Alkoholklienten, 2007 bis 2015 (gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2015
Beratung	55 %	46 %	44 %	48 %	52 %
Ambulante Reha.	17 %	21 %	23 %	22 %	22 %
MPU-Beratung	4 %	4 %	4 %	3 %	2 %
Vorb. auf stat. Behandlung	8 %	10 %	10 %	10 %	8 %
Allg. psychosoziale Betreuung	2 %	6 %	5 %	5 %	4 %
andere	15 %	14 %	14 %	11 %	12 %
Gesamt	6.033	6.960	8.016	7.464	7.166

Tabelle 19: Betreuungsform der Opiatklienten, 2007 bis 2015 (gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2005
Beratung	27 %	16 %	14 %	15 %	15 %
Medikam.-gestützte Behandl	43 %	47 %	56 %	58 %	60 %
ambulante Reha	2 %	2 %	2 %	2 %	1 %
Vorb. auf stat. Behandlung	5 %	6 %	5 %	3 %	3 %
Allg. psychosoziale Betreuung	10 %	13 %	7 %	6 %	6 %
Begl. Betr. während anderer Maßn.	4 %	5 %	5 %	6 %	5 %
Andere	9 %	12 %	11 %	10 %	10 %
Gesamt	5.269	6.017	6.245	5.815	5.012

Tabelle 20: Betreuungsform der Cannabisklienten, 2007 bis 2015 (gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2015
Beratung	62 %	50 %	49 %	56 %	61 %
Allg. psychosoziale Betreuung	2 %	7 %	8 %	7 %	4 %
MPU-Beratung	12 %	11 %	9 %	5 %	4 %
Vorb. auf stat. Behandlung	6 %	7 %	7 %	6 %	6 %
Frühintervention	2 %	6 %	5 %	7 %	9 %
Ambulante Behandlung	1 %	4 %	5 %	4 %	2 %
Andere	14 %	14 %	16 %	15 %	15 %
Gesamt	1.905	2.406	2.748	2.965	3.168

Betreuungsdauer

Bei der Analyse der Betreuungsdauer der einzelnen Hauptdiagnosegruppen zeigt sich im betrachteten Zeitraum vor allem ein eindeutiger Trend bei den Opiatabhängigen: Die Betreuung dieser Klientinnen und Klienten weist im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen für das Jahr 2015 den mit Abstand höchsten Durchschnittswert auf, der darüber hinaus seit 2007 von 316 auf 472 Tage stark angewachsen ist (siehe Tabelle 21). Bei der Alkoholklientel gibt es dagegen keine einheitliche Entwicklung bei der Betreuungsdauer. Hier liegen schwankende Jahreswerte vor, die zwischen 189 und 206 Tagen liegen. Die Entwicklung bei den pathologisch Glücksspielenden über die Zeit ist ebenfalls uneinheitlich (Werte zwischen 142 und 184 Tagen). Bei dieser Gruppe liegt für das Jahr 2015 mit 174 Tagen die niedrigste durchschnittliche Betreuungsdauer von allen Hauptdiagnosegruppen vor. Bei der Cannabisklientel ist seit dem Jahr 2009 eine Abnahme der durchschnittlichen Betreuungsdauer zu konstatieren (2015: 178 Tage).

Tabelle 21: Durchschnittliche Betreuungsdauer der Klienten, 2007 bis 2015 (in Tagen, abgeschlossene Betreuungen, gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2015
Alkohol	195	189	189	206	198
Opiate	316	339	369	379	472
Cannabis	198	204	203	195	178
Crack	289	347	220	230	295
Kokain	267	283	246	237	208
Amphet./MDMA/Halluzinogen	228	216	245	207	208
Path. Spielen	184	142	178	165	174
Insgesamt	230	237	231	234	239
N Betreuungen	9.669	9.385	10.845	10.341	10.062

Art der Beendigung der Betreuung

Bei der Art der Beendigung der Betreuung ergeben sich bei den drei betrachteten Hauptdiagnosegruppen teilweise unterschiedliche Trends. Werden die beiden positiven Kategorien „regulär“ und „planmäßiger Wechsel“ zusammengefasst, ergeben sich für die drei Hauptdiagnosegruppen im gesamten Beobachtungszeitraum in etwa gleichbleibende Anteile: 65 % bis 69 % bei der Alkoholklientel (siehe Tabelle 22), bei der Opiatklientel 44 % bis 49 % (siehe Tabelle 23) und 59 % bis 65 % bei der Cannabisklientel (siehe Tabelle 24). Interessant ist aber als einzelner Befund, dass bei der Opiatklientel der Anteil der regulär beendeten Beratungen kontinuierlich steigt, gleichzeitig aber diejenigen für den planmäßigen Wechsel und für die vorzeitigen Entlassungen ohne Einverständnis über die Jahre deutlich gesunken sind.

Tabelle 22: Art der Beendigung der Betreuung bei den Alkoholklienten, 2007 bis 2015 (gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2015
regulär	47 %	50 %	50 %	52 %	51 %
planmäßiger Wechsel	22 %	16 %	15 %	14 %	16 %
vorzeitig auf ärztl./therap. Veranlassung	* /	1 %	1 %	1 %	2 %
vorzeitig mit ärztl./therap. Einverständnis	* /	3 %	5 %	5 %	5 %
vorzeitig ohne ärztl./therap. Einverständnis	28 %	26 %	25 %	24 %	23 %
disziplinarisch	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
außerplanmäßige Verlegung/Wechsel	0 %	2 %	2 %	2 %	2 %
verstorben	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Gesamt	3.514	4.057	4.485	4.189	3.951

* / = teilweise andere Erfassungssitems

Tabelle 23: Art der Beendigung der Betreuung bei den Opiatklienten, 2007 bis 2015 (gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2015
regulär	23 %	24 %	25 %	29 %	30 %
planmäßiger Wechsel	26 %	20 %	20 %	18 %	18 %
vorzeitig auf ärztl./therap. Veranlassung	* /	2 %	3 %	2 %	1 %
vorzeitig mit ärztl./therap. Einverständnis	* /	4 %	5 %	6 %	4 %
vorzeitig ohne ärztl./therap. Einverständnis	41 %	34 %	30 %	29 %	26 %
disziplinarisch	5 %	5 %	7 %	7 %	8 %
außerplanmäßige Verlegung/Wechsel	3 %	8 %	9 %	8 %	11 %
verstorben	2 %	2 %	2 %	2 %	3 %
Gesamt	2.345	2.440	2.294	1.875	1.563

* / = teilweise andere Erfassungssitems

Tabelle 24: Art der Beendigung der Betreuung bei den Cannabisklienten (gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2015
regulär	47 %	50 %	48 %	51 %	55 %
planmäßiger Wechsel	14 %	9 %	11 %	11 %	10 %
vorzeitig auf ärztl./therap. Veranlassung	* /	0 %	1 %	1 %	1 %
vorzeitig mit ärztl./therap. Einverständnis	* /	3 %	3 %	3 %	4 %
vorzeitig ohne ärztl./therap. Einverständnis	35 %	33 %	33 %	30 %	25 %
disziplinarisch	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
außerplanmäßige Verlegung/Wechsel	2 %	2 %	2 %	3 %	3 %
verstorben	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Gesamt	1.062	1.206	1.358	1.392	1.560

* / = teilweise andere Erfassungssitems

Ambulante Suchthilfe in Hessen 2015: Kontinuität und Veränderung

Ein Kommentar zum COMBASS-Jahresbericht 2015

Prof. Dr. Martin Schmid¹¹

Wer bei der Lektüre der aktuellen COMBASS-Auswertung der Dokumentation der hessischen Suchthilfe nach dramatischen Veränderungen gegenüber den Berichten der Vorjahre sucht, wird wohl eher enttäuscht werden. Wie in früheren Jahren haben sich mehr als 100 ambulante Suchthilfeeinrichtungen aus Hessen an der Datenerhebung und -auswertung beteiligt und einen anonymisierten Auszug aus ihrer IT-gestützten Klientendokumentation der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS) und dem Hamburger Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) für eine hessenweite Auswertung zur Verfügung gestellt. Im Folgenden werden zunächst die über die Jahre recht stabilen Daten zur Arbeit der hessischen Suchthilfe zusammenfassend betrachtet. In einem zweiten Schritt werden dann verschiedene Gruppen von Klientinnen und Klienten herausgegriffen, für die sich in der Trendanalyse und auch im aktuellen Bericht dann doch interessante Unterschiede und Veränderungen zeigen.

Kontinuität: Die Arbeit der hessischen Suchthilfe

In den 103 ambulanten hessischen Suchthilfeeinrichtungen, die sich im Jahr 2015 an der COMBASS-Auswertung beteiligt haben, wurden neben 18.910 Klientinnen und Klienten 1.154 Angehörige von Menschen mit Suchtproblemen und mindestens 3.683 so genannte „Einmalkontakte“ – also Ratsuchende, die nur ein einziges Mal in der Einrichtung waren und über die deshalb nur wenig Informationen vorliegen – beraten. Das sind insgesamt mehr als 23.700 Menschen, die sich im Jahr 2015 mit ihren Anliegen an die an der Auswertung teilnehmenden Einrichtungen gewandt haben. Im Durchschnitt entspricht das mehr als 230 Ratsuchenden je Einrichtung. Diese Zahlen liegen seit Jahren auf einem vergleichbaren Niveau und schwanken nur geringfügig. In diesen Zahlen drückt sich die hohe Bedeutung aus, die die ambulante Suchtkrankenhilfe in Hessen für die Beratung, Behandlung und Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen – oder in der Terminologie des DSM 5 ausgedrückt: Menschen mit substanzbezogenen Störungen – hat. Dabei muss man berücksichtigen, dass Menschen mit substanzbezogenen Störungen prinzipiell unterschiedliche Wege zu Hilfe und Behandlung offen stehen. Dazu gehören z.B. das Netz der Selbsthilfegruppen, Hausarztpraxen oder andere Einrichtungen des Gesundheitssystems. In den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, die überwiegend von Wohlfahrtsverbänden getragen werden, dominiert ein bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis und die meisten Beschäftigten gehören den psychosozialen Berufsgruppen an. Dass es bei den Zahlen der Ratsuchenden in der COMBASS-Dokumentation keine großen Veränderungen gibt, drückt auch eine seit Jahren gleichbleibend hohe Akzeptanz dieser Einrichtungen bei Menschen mit substanzbezogenen Störungen und ihren Angehörigen aus.

¹¹ Martin Kraus von der Suchthilfe Wetzlar ist zu danken für wertvolle Hinweise und Tipps zu den Daten und möglichen Interpretationen.

Da es zu den Einmalkontakten kaum Informationen gibt und sich Angehörige von Ratsuchenden mit einer substanzbezogenen Störung doch deutlich unterscheiden, beziehen sich alle folgenden Anmerkungen wie auch der *COMBASS*-Bericht ausschließlich auf die 18.910 Personen, die in den Einrichtungen als Klientinnen und Klienten dokumentiert wurden und zu denen umfangreichere Informationen vorlagen.

Dass es Suchtproblemen sowohl in der Großstadt als auch in eher ländlichen Regionen gibt, zeigt die Verteilung der Klientinnen und Klienten auf Landkreise und kreisfreie Städte. Rund 58 % der Klientinnen und Klienten wurden in Einrichtungen in den hessischen Landkreisen beraten, während auf Hessens größte Stadt Frankfurt (mit inzwischen über 730.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) gut 21 % und auf die weiteren kreisfreien Großstädte Darmstadt, Kassel, Offenbach und Wiesbaden gut 20 % entfallen. Rechnet man diese Klientenzahlen allerdings auf Fallzahlen je 100.000 Einwohner um, so zeigt sich, dass in den Großstädten mehr als doppelt so viele Klientinnen und Klienten je 100.000 Einwohnern dokumentiert wurden (Landkreise: 233 je 100.000, Darmstadt, Kassel, Offenbach und Wiesbaden 509 je 100.000 und Frankfurt am Main 544 je 100.000 Einwohner). Ob dies an einem zwischen Stadt und Land unterschiedlichen Konsumverhalten und unterschiedlichen Risiken für substanzkonsumbezogene Störungen oder an einer unterschiedlichen Ausstattung mit ambulanten Suchthilfeeinrichtungen liegt, kann anhand der vorliegenden Daten nicht bewertet werden.

Hauptdiagnose Alkohol

Der weitaus größte Teil der Klientinnen und Klienten der ambulanten hessischen Suchthilfe kommt wegen Problemen mit Alkohol in die Einrichtungen. Obgleich aktuelle Studien zum risikanten Alkoholkonsum (Gomes de Matos et al. 2016, S. 274) unter Verwendung geschlechtsspezifischer Grenzwerte nur noch geringe Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich des Konsums riskanter Mengen Alkohols finden, sind 68 % der Alkoholklientel der ambulanten hessischen Suchtkrankenhilfe Männer und 32 % Frauen. Das mag daran liegen, dass sich die Angleichung im Konsumverhalten zwischen Männern und Frauen bei Alkohol erst bei jüngeren Alterskohorten – etwa bei den nach 1990 Geborenen – zeigt (Slade et al. 2016), diese Altersgruppe in der hessischen ambulanten Suchthilfe aber weniger als 20 % der Klientinnen und Klienten mit einer alkoholbezogenen Diagnose ausmacht. Das Durchschnittsalter der Klientinnen und Klienten mit einer alkoholbezogenen Substanzkonsumstörung ist in den letzten Jahren sogar leicht angestiegen und liegt aktuell bei 47 Jahren. Es bleibt zu beobachten, ob sich in den folgenden Jahren das Ausmaß alkoholbezogener Störungen zwischen Männern und Frauen weiter angleichen wird und ob sich dann diese Konvergenz auch in den Beratungsstellen zeigt. Das hohe Durchschnittsalter und die niedrige Zahl von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Alkoholproblemen deutet darauf hin, dass es den Einrichtungen gut gelingt, Menschen mit alkoholbezogenen Störungen in der Lebensmitte zu erreichen, dass damit aber die Möglichkeiten der Früherkennung und Frühintervention bei Alkohol noch nicht hinreichend genutzt werden. Möglicherweise sind zur Erhöhung der Erreichbarkeit jüngerer Alkoholorisikogruppen andere Ansätze wie z.B. die *HaLT*-Projekte erforderlich (Zimmermann et al. 2016). Andererseits geht auch hoher jugendlicher Alkoholkonsum nicht unbedingt mit einer entsprechenden ICD-10-Diagnose einher, so dass möglicherweise Jugendliche mit Alkoholproblemen nicht in die entsprechenden Diagnosegruppe des *COMBASS*-Berichts eingegangen sind.

Klientinnen und Klienten mit einer Alkoholdiagnose wohnen zu 86 % in einer eigenen Wohnung, haben überwiegend eine abgeschlossene Schulausbildung und immerhin fast zur Hälfte (48 %) einen Arbeitsplatz bzw. einen Ausbildungsplatz. Die Arbeitslosigkeit liegt niedriger als bei den anderen Diagnosegruppen, aber immer noch deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Zwei Drittel sind schuldenfrei, und nur 13 % haben mehr als 10.000 Euro Schulden. Knapp ein Viertel nimmt in der ambulanten Suchthilfeeinrichtung an einer ambulanten Rehabilitation teil, 10 % bereiten sich auf eine stationäre Behandlung vor, beim Rest wird meist als Betreuungsform „Beratung“ angegeben. Im Durchschnitt dauert die ambulante Betreuung in der Suchthilfe rund ein halbes Jahr. In 68 % der Fälle endet die Betreuung regulär oder mit einem geplanten Wechsel – oftmals wahrscheinlich in die stationäre Behandlung. Bei 66 % haben sich die Probleme zum Betreuungsende mindestens gebessert. Nicht bei allen ist die Betreuung erfolgreich, bei einem Drittel bleibt die Problematik unverändert (oder ist gar verschlechtert), und bei rund der Hälfte der Klientinnen und Klienten ist die aktuelle Betreuung nicht die erste Betreuung in einer ambulanten Suchthilfeeinrichtung. Dennoch wird hinter diesen Zahlen ein Bild erkennbar von einer Klientel in den mittleren Jahren, die eher noch gut sozial integriert lebt und von einer professionellen Betreuung in den ambulanten Einrichtungen erkennbar profitiert.

Die gesunkene Zahl der MPU-Beratungen dürfte mit veränderten Rahmenbedingungen rund um die Medizinisch-Psychologische Untersuchung zu erklären sein. Der Anteil der Alkoholdiagnosen an allen Klientinnen und Klienten liegt zwar in Frankfurt niedriger als in den anderen kreisfreien Städten und in den Landkreisen, setzt man aber die absoluten Zahlen in Relation zur jeweiligen Bevölkerung, so zeigt sich, dass je 100.000 Einwohner in den Großstädten in Hessen (inklusive Frankfurt) mehr Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen erreicht werden als in den Landkreisen. Auch hier muss offen bleiben, ob das an größeren Alkoholproblemen in Städten liegt oder an einer größeren Zahl oder besseren Erreichbarkeit ambulanter Einrichtungen. In der Trendanalyse ist der Anteil von Klientinnen und Klienten mit einer Alkoholdiagnose zwischen 2007 und 2015 annähernd gleich geblieben.

Hauptdiagnose Opiate

Ganz anders sieht die regionale Verteilung bei der Hauptdiagnose Opiate aus. Während diese Gruppe in Frankfurt 43 % aller Klientinnen und Klienten stellt, sind es in den anderen kreisfreien Großstädten 24 % und in den Landkreisen nur 19 %. In absoluten Zahlen ergibt das für Frankfurt weniger als die 1.809 Personen, die in der letzten Konsumraumdokumentation als Klientinnen und Klienten mit Wohnraum Frankfurt gezählt wurden (Förster/Stöver 2015, S.73). Der Anteil der Klientinnen und Klienten mit der Hauptdiagnose Opiate ist in der Trendanalyse von 33 % im Jahr 2007 auf 26 % im Jahr 2015 zurückgegangen. Noch stärker fällt dieser Rückgang bei den Neuaufnahmen auf: Hatten in der Trendanalyse 2007 noch 18 % der Neuaufnahmen eine Opiatdiagnose, so geht dieser Anteil in den Folgejahren auf 7 % im Jahr 2015 zurück. In absoluten Zahlen bedeutet das, dass von insgesamt 5.418 im Jahr 2015 in den 103 beteiligten Einrichtungen neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten gerade einmal 380 eine Opiatdiagnose hatten. Der Anteil der Klientinnen und Klienten mit einer opiatbezogenen Substanzkonsumstörung ist seit einigen Jahren rückläufig, und besonders deutlich wird dies bei den Neuaufnahmen. Dazu passen die Zahlen zur Altersverteilung: Das Durchschnittsalter opiatabhängiger Klientinnen und Klienten liegt inzwischen bei 42,8 Jahren. Ganze 3 % sind jünger als 28 Jahre, 40 % sind 45 Jahre alt oder älter. Auch bei den Neuaufnahmen liegt das Durchschnittsalter inzwischen bei 38,7 Jahren, wobei 25 % älter als 44 Jahre sind. Unklar ist, was genau diese Zahlen bedeuten. Sind das Menschen, die schon länger Heroin konsumieren, aber erst im mittleren Alter erstmals in Kontakt mit der Suchthilfe kommen? Oder hatten sie schon Kontakt zur Suchthilfe, waren aber nicht in der COMBASS-Datenbank dokumentiert? Oder sind dies tatsächlich Menschen, die in ihren mittleren Jahren mit dem Konsum von Opiaten angefangen haben? Aus den USA ist bekannt, dass es dort eine größere Zahl neuer Heroinkonsumenten gibt, die anderes als bei früheren Heroinwellen über opioidhaltige Schmerzmedikamente in den mittleren Jahren an Heroin gekommen sind (National Institute on Drug Abuse 2015). Bislang ist eine solche Entwicklung in Deutschland nicht bekannt. Es wäre hilf-

reich, Näheres über die Hintergründe insbesondere in Bezug auf den Konsumbeginn bei den älteren Neuaufnahmen zu wissen.

Dass das Durchschnittsalter der Klientinnen und Klienten mit einer Opiatdiagnose seit Jahren ansteigt, liegt aber nicht nur an der niedrigen Zahl der Neuaufnahmen, sondern auch am vergleichsweise niedrigen Anteil der beendeten Betreuungen. Dazu passen dann wiederum die sehr langen Betreuungszeiten, die im Durchschnitt (bei den abgeschlossenen Betreuungen) inzwischen bei 451 Tagen liegen und damit mehr als doppelt so lang sind wie bei Alkohol. 46 % der Klientinnen und Klienten mit einer Opiatdiagnose werden (mit Unterbrechungen) seit mehr als acht Jahren in ambulanten Einrichtungen in Hessen betreut. 65 % und damit fast zwei Drittel sind in medikamentengestützter Behandlung, womit eine medizinische Substitutionsbehandlung mit psychosozialer Betreuung gemeint ist. In der Trendanalyse ist dieser Anteil in den letzten acht Jahren von 43 % auf 60 % angestiegen. Ambulante Rehabilitation spielt mit 1 % nahezu keine Rolle, und die Vorbereitungen auf eine stationäre Behandlung sind auf inzwischen 3 % zurückgegangen. Ganz offensichtlich ist die Substitutionsbehandlung inzwischen zur Standardbehandlung bei Opiatabhängigkeit in Deutschland geworden. Interessant ist ein Vergleich mit dem Bericht zum Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM 2016). Diesem Bericht zufolge ist die Zahl der gemeldeten Substitutionspatienten in Deutschland seit einigen Jahren recht stabil und lag zum Stichtag 1.7.2015 bundesweit bei 77.200. Für Hessen wurden zu diesem Stichtag 7.505 Substitutionspatienten dokumentiert. Da es sich bei dieser Zahl um eine Stichtagszahl handelt, dürfte die Zahl der im Laufe des Jahres 2015 in Hessen substituierten Opiatabhängigen noch höher liegen. Deutlich darunter liegt die Zahl von gut 3.000 Klientinnen und Klienten in der hessischen ambulanten Suchthilfe mit einer Opiatdiagnose, die sich in medikamentengestützter Behandlung befanden.

Die soziale Integration der Opiatklientinnen ist schlechter als bei anderen Diagnosegruppen. Über 50 % haben keine Berufsausbildung, 58 % beziehen Arbeitslosengeld I oder II und weitere 10 % Grundsicherung nach SGB XII. Der Anteil der regulären Beendigungen liegt mit 30 % am niedrigsten von allen Hauptdiagnosen, und 43 % der Fälle, bei denen sich die Probleme am Betreuungsende zumindest gebessert hatten, stehen 57 % unveränderte oder sogar verschlechterte Fälle gegenüber. Andererseits ist der Anteil der regulären Beendigungen seit 2007 kontinuierlich angestiegen. Die Substitutionsbehandlung hat sicher dazu beigetragen, dass Opiatabhängige inzwischen deutlich älter werden. Wie die PREMOS-Studie gezeigt hat, geht damit allerdings nur in einem Teil der Fälle auch eine bessere soziale Integration einher. Frei von Straßendrogen und auch frei vom Substitutionsmittel waren der PREMOS-Studie zufolge nach sechs Jahren Substitution gerade einmal 4 % der Patientinnen und Patienten (Wittchen et al. 2011). Die COMBASS-Daten deuten darauf hin, dass sich die Rolle der ambulanten Suchthilfe für die Behandlung Opiatabhängiger deutlich verändert hat. Wenn auch der Anteil der opiatabhängigen Klientinnen und Klienten rückläufig ist, so zeigt sich doch, dass für einen Teil dieser Gruppe die ambulante Suchthilfe eine wichtige Anlauf- und Unterstützungsstelle bis ins hohe Alter bleiben wird. Damit verschieben sich dann allerdings auch die Themen und Ziele der Beratung und Betreuung.

Bei den Daten zu HIV- und Hepatitis-Infektionen bietet sich ein Blick in die Daten der DRUCK-Studie (RKI 2016) an, die auch in Frankfurter Drogenhilfeeinrichtungen durchgeführt wurde. In den COMBASS-Daten ist der Infektionsstatus bei mehr als einem Drittel unbekannt. Für die DRUCK-Studie wurden eigene Testungen durchgeführt. In der DRUCK-Studie liegt der Anteil der positiven Testergebnisse in Frankfurt für HIV bei 9 %, für Hepatitis B bei 27 % und für Hepatitis C bei 48 %. Ein direkter Vergleich mit den Prävalenzdaten aus der COMBASS-Auswertung, die sich auf das Flächenbundesland Hessen und nicht nur auf die Stadt Frankfurt beziehen, verbietet sich zwar, aber

die Daten der DRUCK-Studie liegen für alle drei Infektionen deutlich über den hessischen Daten. Angesichts der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten insbesondere bei Hepatitis C kommt den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen hier eine besondere Beratungsaufgabe zu.

Hauptdiagnose Cannabis

Während der Anteil der Hauptdiagnose Opiate seit Jahren zurückgeht, steigt der Anteil von Klientinnen und Klienten mit einer Cannabis-Diagnose kontinuierlich an und liegt im Jahr 2015 bei 16 %. Bei den Neuaufnahmen haben die Cannabis-Klienten die Opiatklienten mit 24 % zu 7 % bereits deutlich überholt. Wie erwartet sind Klientinnen und Klienten mit einer Cannabis-Diagnose mit 25,8 Jahren im Durchschnitt deutlich jünger als Klientinnen und Klienten mit Opiat- oder Alkohol-Diagnosen. Bei den Neuaufnahmen mit Cannabis-Diagnosen lag das Durchschnittsalter noch niedriger. 14 % der Cannabis-Klientel sind jünger als 18 Jahre, wobei wiederum bei den Neuaufnahmen ein höherer Anteil Minderjähriger erreicht wird. Hier gelingt es der ambulanten Suchthilfe offensichtlich zunehmend, auch junge Menschen mit problematischem Cannabiskonsum zu erreichen. Passend zum jüngeren Alter weichen auch die anderen Daten zur Lebenssituation von Cannabisklientinnen und -klienten von anderen Hauptdiagnosen ab. So wohnen deutlich mehr noch bei ihren Eltern, sind in Schule, Berufs- oder Hochschulausbildung und haben einen Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz. Nur 4 % haben mehr als 10.000 Euro Schulden. Am auffälligsten ist der Unterschied bei der Vermittlung in die ambulante Suchthilfe und dem hohen Anteil (24 %) der Vermittlungen durch „Justiz, JVA oder öffentliche Ämter“. Für ein Viertel der Vermittlungen bei Cannabis scheint das BtMG verantwortlich zu sein. Die Betreuungsdauer ist mit einem knappen halben Jahr eher kurz, wobei die meisten Beendigungen regulär erfolgen. In 55 % der Fälle sind die Probleme, die zur Beratung geführt haben, am Betreuungsende zumindest gebessert. Auch bei Cannabis liegen die Fallzahlen je 100.000 Einwohner in den Großstädten deutlich über den Fallzahlen in den Landkreisen.

Klientinnen und Klienten mit der Hauptdiagnose Cannabis werden inzwischen offensichtlich recht früh erreicht, sind noch recht gut sozial integriert, wenn sie in die Beratungsstellen kommen, und profitieren mehrheitlich von der Beratung.

Pathologisches Spielen

Ein wiederum anderes Bild zeigt sich, wenn man die Daten zum pathologischen Spielen betrachtet. Die Zahl der Klientinnen und Klienten mit der Hauptdiagnose Pathologisches Spielen ist in der Trendanalyse von 2 % im Jahr 2007 auf 6 % im Jahr 2015 angestiegen. Bei dieser Diagnose ist der Männeranteil mit 90 % am höchsten. Mit einem Durchschnittsalter von 38,8 Jahren verteilen sich diese Klienten (und die wenigen Klientinnen) fast gleichmäßig über die Altersklassen zwischen 18 und 59 Jahren.

Der Migrationshintergrund liegt mit 46 % höher als bei Alkohol, Opiaten und Cannabis. Der Anteil der Arbeitslosengeld I- und Arbeitslosengeld II-Bezieher liegt mit 19 % unter dem entsprechenden Anteil in den anderen Hauptdiagnosen, aber immer noch klar über der Arbeitslosenquote in der Allgemeinbevölkerung. Die Verschuldung ist höher als bei den anderen Diagnosen. Bei der Vermittlung in die Suchthilfe spielen der soziale Nahraum, Familie und Freunde eine größere Rolle als bei den anderen Diagnosen. Die Betreuungsdauer liegt mit 172,9 Tagen zwischen den entsprechenden Werten bei Alkohol und Cannabis. Mit 46 % ist der Anteil der regulären Beendigungen genauso hoch wie der Anteil der Abbrüche durch die Klienten.

Am Betreuungsende haben sich die Probleme der Klienten in 71 % der Fälle zumindest gebessert. Insgesamt beschreiben diese Daten recht gut die Verläufe beim pathologischen Spielen, die sich von anderen Hauptdiagnosen abgrenzen lassen. Dem weitaus größten Teil dieser Klientinnen und Klienten geht es nach einer etwa halbjährigen Beratung in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen besser als vor der Aufnahme.

Auch wenn der diesjährige *COMBASS*-Bericht keine dramatischen kurzfristigen Veränderungen zu den Vorjahresberichten aufweist, so lassen sich ihm doch differenzierte Beschreibungen einzelner Klientengruppen entnehmen, deren Zusammensetzung und Charakteristika sich über die letzten Jahren in kleinen Schritten immer wieder verschoben haben. Es bleibt Aufgabe der ambulanten Suchthilfe in Hessen, auf diese Veränderungen immer wieder durch strukturelle, personelle und methodische Weiterentwicklungen zu reagieren.

- BfArM (2016): Bericht zum Substitutionsregister. Online unter http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht.pdf?__blob=publicationFile&v=12.
Letzter Aufruf: 04.12.2016.
- Brand, H., Künzel, J. & Braun, B. (2015). Suchthilfe in Deutschland 2014. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Förster, S., Stöver, H. (2015): Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2014. Frankfurt am Main: Frankfurt University of Applied Sciences/ISFF.
- Gomes de Matos et al. (2016): Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. *Sucht*, 62, 271-281.
- National Institute on Drug Abuse NIDA (2015): Prescription Opioids and Heroin. Online unter <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/relationship-between-prescription-drug-abuse-heroin-use/subset-users-may-naturally-progress-rx-opioids-to-heroin>. Letzter Aufruf 4.12.2016.
- Robert Koch Institut (RKI) (2016): Abschlussbericht der Studie "Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland" (DRUCK-Studie), Berlin. DOI: 10.17886/rkipubl-2016-007.2.
- Slade, T. et al. (2016): Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and metaregression. *BMJ Open* 2016;6:e011827. doi:10.1136/bmjopen-2016-011827.
- Wittchen, H.-U. et al. (2011): Ziele und Methodik der PREMOS-Studie (Predictors, Moderators and Outcome of Substitutions Treatments). In: *Suchtmed* 13 (5) 213-226 (2011).
- Zimmermann, U. et al. (2015): Risiko-und Schutzfaktoren bei Alkoholvergiftungen im Kindes-und Jugendalter. Prognostizieren und Erkennen mittel- und langfristiger Entwicklungsgefährdungen nach jugendlichen Alkoholvergiftungen. Online unter http://www.halt-projekt.de/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=100. Letzter Aufruf: 4.12.2016.

Landesauswertung der Dot.sys-Daten 2011-2015

Dr. Jens Kalke
(Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Hamburg)

Suchtpräventionsstrukturen der hessischen Suchthilfe

Wie sieht das Netzwerk der Suchtprävention der hessischen Suchthilfe aus?

In Hessen besteht ein flächendeckendes Netzwerk suchtpreventiver Unterstützung und Information in allen Landkreisen und kreisfreien Städten, sichergestellt durch die Fachkräfte der hessischen Fachstellen für Suchtprävention.

Wie werden die Fachstellen finanziert?

Im Rahmen der Kommunalisierung der Fördermittel stellt das Hessische Ministerium für Soziales und Integration den 21 Landkreisen und 5 kreisfreien Städten finanzielle Mittel für den Bereich Suchtprävention zur Verfügung. Somit werden die Fachstellen durch das Land Hessen und mit Komplementärmitteln der jeweiligen Gebietskörperschaften finanziert.

Wo sind die Fachstellen strukturell verankert?

Die Fachstellen sind in der Regel bei den Sucht- und Drogenberatungsstellen der Träger der freien Wohlfahrtspflege eingerichtet und mit hauptamtlichen Fachkräften besetzt, deren Aufgaben ausschließlich in der Suchtprävention liegen.

Wie viele Fachstellen gibt es in Hessen?

2015 standen 29 Fachstellen mit 40 (Teilzeit-) Mitarbeiter/-innen zur Verfügung.

Was sind die Schwerpunkte der Arbeit der Fachstellen?

Die Tätigkeiten der hessischen Fachstellen für Suchtprävention lassen sich in sechs Bereiche gliedern:

1. Informations- und Kommunikationsarbeit
2. Projektkonzeption und -durchführung
3. Bildungsarbeit/Multiplikatorenschulungen
4. Fachberatung
5. Netzwerkarbeit
6. Evaluation/Qualitätssicherung.

Wie werden die Fachstellen überregional koordiniert?

Die landesweite Koordination der Suchtprävention im Bereich der Suchthilfeträger hat das Hessische Ministerium für Soziales und Integration an die Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS) delegiert.

Wie ist die landesweite Koordinierungsstelle ausgestattet?

Die Finanzierung der Koordination erfolgt durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration. Im Berichtszeitraum wurde jeweils eine volle Stelle für die Koordination sowie anteilig eine Verwaltungskraft finanziert.

Welche Aufgaben hat die landesweite Koordinierungsstelle der HLS?

Die Koordinationsstelle Suchtprävention unterstützt, koordiniert und vernetzt die Arbeit der Fachstellen auf Landesebene und kooperiert darüber hinaus mit den anderen Bundesländern und entsprechenden Institutionen auf Bundes- und Landesebene ebenso wie mit den Trägern der Fachstellen.

Wie ist die Kooperation der Fachstellen mit der HLS institutionalisiert?

Der Arbeitskreis der hessischen Präventionsfachkräfte (AHEP) bildet eine wichtige Koordinations-schnittstelle zwischen der HLS und den Fachstellen. Im Arbeitskreis finden der fachliche Informationsaustausch, die Konsensbildung in inhaltlichen Fragen, Maßnahmenabstimmung und Arbeitsteilung, Berichterstattung und Dokumentation statt. Die Durchführung gemeinsamer Projekte wird besprochen und Fortbildungen für Multiplikatoren konzipiert. Um arbeitsfähige Gruppengrößen zu gewährleisten und Reisekosten zu minimieren, teilt sich der Arbeitskreis in eine Regionalgruppe Nord- und Südhessen (AHEP Nord bzw. Süd). Darüber hinaus sind regelmäßige Fortbildungen der HLS und die Teilnahme an Qualitätszirkeln obligatorischer Bestandteil der Arbeit der Fachstellen, um die Qualität der suchtpreventiven Arbeit zu sichern.

Wie dokumentieren die Fachstellen ihre Arbeit?

Seit Januar 2005 werden die Maßnahmen der Fachstellen in Hessen mit dem bundesweit eingeführten computergestützten Dokumentationsprogramm für die Suchtprävention „Dot.sys“ einheitlich erfasst. Das Dokumentationssystem wurde in 2002 in einer Unterarbeitsgruppe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit Mitgliedern aus Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen erarbeitet. Dokumentiert werden alle suchtpreventiven Maßnahmen der Fachkräfte. Dieses Dokumentationssystem berücksichtigt die Interessen der Bundesländer, des Bundes und der Europäischen Union und ermöglicht gleichzeitig eine Schnittstelle zu anderen Dokumentationssystemen. Seit 2011 steht mit der neuen Version „Dot.sys 3.0“ erstmals eine Online-Datenbank zur Dokumentation von suchtpreventiven Maßnahmen zur Verfügung.

Was passiert mit den dokumentierten Daten in Dot.sys?

Die Daten werden von der HLS jährlich zu einer Landesauswertung zusammengefasst. Darüber hinaus setzen die Fachkräfte das Dokumentationssystem auch für ihre regionale Berichterstattung ein.

Im Rahmen der Kommunalisierung werden für die Sozialberichterstattung der Kommunen die Dot.sys Daten der Fachstellen (nach Landkreisen aufgeschlüsselt) von der HLS an das Hessische Ministerium für Soziales und Integration und an die Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention weitergeleitet. Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration übermittelt die Dot.sys Daten an alle Kommunen.

Landesauswertung der Dot.sys-Daten

Zusammenfassung

Trends 2011 bis 2015 der Suchtprävention in Hessen

- Im Jahr 2015 hatten 71 % aller durchgeführten Maßnahmen einen universellen Ansatz. 12 % betreffen die selektive Prävention. Den geringsten Wert weist mit 4 % die indizierte Prävention auf. Darüber hinaus beziehen sich 13 % auf die strukturelle Prävention (Verhältnisprävention). Seit dem Jahr 2011 hat sich an dieser Verteilung der Maßnahmen nach ihrer Präventionsart im Wesentlichen nichts geändert.
- Der Anteil multiplikatorenbezogener Arbeit ist von Jahr zu Jahr zurückgegangen (von 58 % auf 53 %). Gleichzeitig haben die Tätigkeiten, die sich direkt an die Endadressaten/-innen wenden, zugenommen (von 34 % auf 39 %). Die Öffentlichkeitsarbeit stellt sich mit Werten zwischen 7 % bis 9 % relativ stabil dar.
- Jedes Jahr werden in Hessen – relativ gleichbleibend – zwischen 23.000 und 25.000 Multiplikatoren/-innen informiert und geschult. Bei den Endadressaten/-innen ist eine Zunahme erreichter Personen festzustellen: Seit dem Jahr 2011 ist die Zahl von 40.000 kontinuierlich auf 55.000 angewachsen.
- Bei den meisten Maßnahmen mit einem Substanzbezug geht es (auch) um das Thema Alkohol; hier ist seit 2011 ein leichter Rückgang des prozentualen Anteils zu konstatieren (von 92 % auf 86 %). An zweiter Stelle folgt der Themenbereich Cannabis, der seit 2011 einen Bedeutungszuwachs erfahren hat: sein Anteil ist von 34 % auf 42 % gestiegen.
- Ungefähr die Hälfte aller Aktivitäten wird in dem Setting Schule durchgeführt, wobei sein relativer Anteil von Jahr zu Jahr etwas schwankt (zwischen 47 % und 51 %). Ein deutlicher Anstieg des relativen Anteils hat im Setting Freizeit stattgefunden: er ist von 5 % auf 11 % angewachsen. Ähnliches kann für das Setting Familie gesagt werden (von 4 % auf 9 %). Bei allen anderen Settings hat es dagegen in den Jahren 2011 bis 2015 keine Trends in die eine oder andere Richtung gegeben.
- Bei den Zielsetzungen der suchtpreventiven Maßnahmen steht an erster Stelle die Zunahme des Wissens bei den entsprechenden Zielgruppen. Etwa 70 % aller Aktivitäten verfolgen dieses Ziel – und das relativ konstant über die einbezogenen Jahre. Am zweithäufigsten wird die Stärkung/Veränderung von Einstellungen genannt. Auch hier liegen relativ stabile Werte vor (42 % bis 45 %). Bei der Kompetenzförderung ist die Schwankungsbreite etwas größer (31 % bis 37 %). Dagegen hat die Bedeutung der Förderung der Risikokompetenz kontinuierlich von Jahr zu Jahr zugenommen (von 12 % in 2011 auf 20 % in 2015).
- Auch wenn es in einigen Feldern – wie gezeigt – bemerkenswerte Entwicklungen gegeben hat, kann insgesamt von einer hohen Konstanz in der suchtpreventiven Arbeit der Fachstellen für Suchtprävention gesprochen werden.

Vergleich Bund 2014 – Hessen

- Beim folgenden Vergleich ist zu berücksichtigen, dass die letzten für das Bundesgebiet veröffentlichten Zahlen aus dem Jahr 2014 stammen, die sich darüber hinaus nur auf einige Auswertungsaspekte beziehen. Deshalb besitzt der folgende Vergleich nur eine eingeschränkte Aussagekraft.
- Bei der Präventionsart zeigen die bundesweiten Zahlen einen geringeren Anteil universeller Prävention (59 %) sowie einen höheren Anteil indizierter Prävention (15 %) im Vergleich zu Hessen (68 % bzw. 5 %).
- Während bei der bundesweiten Auswertung die Maßnahmen für Endadressaten/-innen auf einen Anteil von 58 % und diejenigen für Multiplikatoren/-innen auf 39 % kommen, betragen die entsprechenden Anteile in Hessen 33 % und 59 %.
- Die Zahlen für den Bund weisen gegenüber Hessen einen geringeren Anteil für alkoholbezogene (78 % zu 88 %) und gleichzeitig einen deutlich höheren für cannabisbezogene Maßnahmen (51 % zu 38 %) aus.
- Während beim bedeutsamsten Setting – der Schule – fast gleich hohe Anteile existieren (48 % zu 47 %), zeigen sich bei anderen Settings unterschiedliche Prozentanteile für Bund und Hessen. So kommen die Settings Familie und Freizeit bundesweit auf höhere Anteile (13 % zu 8 % bzw. 7 %). Bei der Jugendarbeit gibt es für Hessen prozentual mehr Nennungen (12 % zu 8 %).

Das Dokumentationssystem Dot.sys

Seit dem Jahr 2006 werden die Maßnahmen der Suchtvorbeugung in allen Bundesländern einheitlich erfasst. Das bundesweite Dokumentationsprogramm „Dot.sys“ entstand aus einer Initiative der Landeskoordinator/-innen der Suchtvorbeugung (u. a. der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS)). Es wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Zusammenarbeit mit den Landeskoordinatoren/-innen und der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) entwickelt.

Dot.sys dient der Erhebung und Dokumentation der durchgeführten Suchtpräventionsmaßnahmen in Deutschland. An der Datenerfassung beteiligen sich hauptamtlich in der Suchtprävention tätige Mitarbeiter/-innen aus Fachstellen und Beratungsstellen aller 16 Bundesländer. Diese dokumentieren ihre suchtpreventiven Aktivitäten mit Dot.sys. Für die Datensammlung wird ein einheitliches elektronisches Erfassungssystem genutzt. Mit der Version Dot.sys 3.0 wurde eine Online-Datenbank zum Einsatz gebracht.

Zur Gewährleistung der Praxisrelevanz von Dot.sys und Qualität der Datenerhebung wird das System hinsichtlich des zugrunde liegenden Kategoriensystems sowie seiner Erhebungslogik regelmäßig geprüft und bei Bedarf ergänzt und überarbeitet. Für die inhaltliche und methodische Weiterentwicklung von Dot.sys ist eine Arbeitsgruppe bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Bundesländer (Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Hamburg, Hessen) und der BZgA eingerichtet worden. Das System ist so konzipiert, dass die Daten auf drei verschiedenen Ebenen ausgewertet werden können:

1. Einrichtungsebene

Die Fachkräfte und Einrichtungsleitungen können eine direkte Auszählung und Aufbereitung ihrer Daten zur Jahresberichterstattung vornehmen.

2. Landesebene

Die Landeskoordinatoren/-innen können die gesammelten Daten der Fachkräfte für die Landesauswertung und -berichterstattung sowie Steuerung nutzen. Der vorliegende Bericht betrifft diese Ebene.

3. Bundesebene

Die BZgA führt die Daten aus den Bundesländern zusammen, wertet sie aus und veröffentlicht ausgewählte Ergebnisse, die auch zur Präventionsberichterstattung auf internationaler Ebene dienen.

Datengrundlage und Zielsetzung der Auswertung

Die Basis der vorliegenden Auswertung stellen die suchtpreventiven Maßnahmen dar, die die Fachstellen für Suchtprävention in den hessischen Landkreisen und kreisfreien Städten durchgeführt und mit Hilfe von Dot.sys dokumentiert haben. Insgesamt haben sich alle 29 Fachstellen an der Datenerhebung beteiligt.

In dem vorliegenden Bericht wird schwerpunktmäßig eine Trendbetrachtung für Hessen über einen Zeitraum von fünf Jahren vorgenommen. Es soll hierbei der Frage nachgegangen werden, welche Veränderungen bzw. Konstanten sich in der suchtpreventiven Arbeit der Fachstellen im Zeitraum 2011 bis 2015 ergeben haben. Dieses geschieht in Zwei-Jahres-Schritten (2011, 2013, 2015). Die Datengrundlage dafür bilden die im jeweiligen Jahr begonnenen Maßnahmen. Deren Zahl liegt relativ stabil zwischen 2.500 und 2.800 pro Jahr (siehe Tabelle 25).¹ In einem zweiten, kleineren Kapitel wird ein Vergleich zwischen einigen veröffentlichten bundesweiten Zahlen und der Situation in Hessen durchgeführt.² Die Bundeszahlen liegen für das Jahr 2015 noch nicht vor, so dass sich der Vergleich auf das Jahr 2014 bezieht.³

Beide Analysen können wertvolle empirische Hinweise für die Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen Suchtprävention in Hessen geben. Beide Auswertungen betreffen zentrale Kategorien des Dot.sys-Datensatzes.

¹ Es kann zu geringfügigen Abweichungen zu den Fallzahlen des Jahresberichtes 2011 kommen, weil in diesem Bericht auch Maßnahmen mitgezählt worden sind, die über den Jahreswechsel gelaufen sind (also in 2010 begonnen wurden). Dies betrifft aber weniger als 1 % aller Maßnahmen.

² Bei den bundesweiten Zahlen handelt es sich um die Dot.sys-Zahlen aus 16 Bundesländern (also inklusive Hessen).

³ Bericht 2015 (Teil Prävention) des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, München (DBDD 2016). Die Datengrundlage der darin ausgewählten Dot.sys-Auswertungen stellen 35.189 dokumentierte Maßnahmen aus dem Jahr 2014 dar. Die Zahlen für das Jahr 2015 sind noch nicht veröffentlicht.

Trends 2011 bis 2015 der Suchtprävention in Hessen

Präventionsart

In der Suchtprävention wird zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention unterschieden. Die universelle Prävention richtet sich an die gesamte Bevölkerung eines Landes, eines Bundeslandes, einer Stadt oder auch an Mitarbeitende eines Betriebes oder an Schüler/-innen einer Schule. Selektive Prävention fokussiert auf Gruppen oder Personen, die auf Grund bestimmter bekannter Bedingungen einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, später Suchtprobleme zu entwickeln. Indizierte Prävention bezieht sich auf Einzelpersonen, die aufgrund ihrer bereits vorhandenen problematischen Verhaltensweisen gefährdet sind, eine Abhängigkeit zu entwickeln.

Werden die durchgeführten Maßnahmen nach diesem Raster klassifiziert, ergibt sich für die suchtpreventive Arbeit in Hessen das folgende Bild: Im Jahr 2015 besaßen 71 % aller durchgeführten Maßnahmen einen universellen Ansatz (siehe Tabelle 25). 12 % betrafen die selektive Prävention. Den geringsten Wert weist mit 4 % die indizierte Prävention auf. Darüber hinaus beziehen sich 13 % auf die strukturelle Prävention (Verhältnisprävention). Seit dem Jahr 2011 hat sich an dieser Verteilung der Maßnahmen nach ihrer Präventionsart im Wesentlichen nichts geändert.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass der Anteil von Präventionsmaßnahmen, die gleichermaßen für Mädchen (Frauen) und Jungen (Männer) geschlechtsspezifische Inhalte beinhalten, im Zeitraum 2011 bis 2015 von 24 % auf 33 % angestiegen ist. Eine kulturspezifische Ausrichtung weisen – auf jährlich relativ stabilem Niveau – zwischen 13 % und 16 % aller Maßnahmen auf.

Tabelle 25: Präventionsart der Maßnahmen 2011-2015

	2011	2013	2015
universell	72,6 %	67,1 %	70,7 %
selektiv	11,1 %	12,7 %	12,4 %
indiziert	5,2 %	7,0 %	4,1 %
strukturell	11,1 %	13,2 %	12,8 %
N	2.554	2.741	2.702

Zielebene

Bei der Zielebene der suchtpreventiven Maßnahmen hat es in dem betrachteten Zeitraum nennenswerte Veränderungen gegeben: Der Anteil derjenigen jährlichen Aktivitäten, die sich an Multiplikatoren/-innen richten, ist von 58 % auf 53 % zurückgegangen (siehe Tabelle 26). Diese Zielebene besitzt damit nach wie vor den größten Anteil. Gleichzeitig haben aber die Tätigkeiten, die sich direkt an die Endadressaten/-innen wenden, von 34 % auf 39 % zugenommen. Die Öffent-

lichkeitsarbeit stellt sich dagegen mit Werten von 7 % bis 9 % relativ stabil dar, auch wenn hier ein kleiner stetiger Zuwachs zu verzeichnen ist.

Tabelle 26: Zielebene der Maßnahmen 2011-2015

	2011	2013	2015
Multiplikatoren/-innen	58,3 %	54,9 %	52,5 %
Endadressaten/-innen	34,3 %	37,3 %	38,7 %
Öffentlichkeitsarbeit	7,4 %	7,8 %	8,8 %
N	2.554	2.741	2.705

Werden im nächsten Schritt die Daten daraufhin ausgewertet, welche Personengruppen der Multiplikatoren/-innen genau angesprochen werden, zeigt sich für die Jahre 2011 bis 2015 ein insgesamt relativ konstantes Bild: An erster Stelle steht – ausgehend von 2015 – der schulische Bereich (43 % bis 46 %), gefolgt von der Kinder- und Jugendarbeit (21 % bis 24 %) und der Kommune (17 % bis 20 %) (siehe Tabelle 27). Die Bedeutung des zuletzt Genannten ist im Beobachtungszeitraum leicht angestiegen. Daneben werden nur noch nennenswerte Veränderungen in den Feldern Suchthilfe und Peers sichtbar (von 13 % auf 20 % bzw. 9 % auf 13 %). Es gibt auch Bereiche, in denen Maßnahmen für Multiplikatoren/-innen eher selten sind, beispielsweise in und für Betriebe/-n (3 % bis 6 %).

Tabelle 27: Zielebene der Maßnahmen, Multiplikatoren/-innen 2011-2015 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2013	2015
Schule	45,6 %	44,5 %	43,2 %
Kinder-/Jugendhilfe/Jugendarbeit	21,1 %	23,5 %	23,2 %
Kindertagesstätten	17,1 %	15,1 %	14,5 %
Kommune/Landkreis/Behörde	16,6 %	18,6 %	20,0 %
Gesundheitswesen	13,7 %	11,9 %	13,5 %
Suchthilfe	13,4 %	18,4 %	19,7 %
Peers	9,3 %	12,4 %	12,7 %
Eltern/Familie	9,1 %	8,2 %	7,1 %
Strafwesen/Polizei	8,8 %	7,4 %	7,8 %
Freizeitbereich	7,0 %	7,4 %	9,3 %
Politik	6,4 %	7,8 %	6,1 %
Kirche	6,2 %	7,7 %	8,0 %
Betrieb	3,4 %	5,6 %	5,4 %
Sonstige	5,7 %	5,0 %	7,5 %
N	1.490	1.505	1.418

Bei den suchtpreventiven Maßnahmen, die sich direkt an die Endadressaten/-innen richten, ergibt sich ein eindeutiger Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche. Im Jahr 2015 erreicht diese Zielgruppe einen Höchstwert von über 70 % (siehe Tabelle 28). Noch kann hier aber nicht von einem langfristigen Trend eines noch weiteren Bedeutungszuwachses gesprochen werden, da die jährlichen Werte schwankend sind. Es folgen – mit weitem Abstand – die Bereiche „Eltern/Familie“ und „konsumerfahrene Jugendliche/Erwachsene“ (Anteile zwischen 15 % und 19 %). Dabei ist der relative Anteil der Zielebene „Eltern/Familie“ über die Jahre von 19 % auf 15 % leicht zurückgegangen. Ansonsten ergibt sich für den betrachteten Zeitraum eine relativ stabile Verteilung der potentiellen Zielebenen, wobei festzuhalten ist, dass einzelne Settings nur eine geringfügige Bedeutung haben. Beispielsweise liegt der Wert bei den Gruppen der Studierenden und Senioren/-innen in allen Jahren unter 2 %.

Tabelle 28: Zielebene der Maßnahmen, Endadressaten/-innen 2011-2015 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2013	2015
Kinder und Jugendliche	63,9 %	60,4 %	70,9 %
Eltern/Familienmitglieder	18,5 %	17,5 %	15,4 %
konsumerfahrene Jugendliche/Erwachsene	18,4 %	18,6 %	17,2 %
Probierkonsumenten	9,6 %	16,6 %	11,2 %
Auszubildende	6,3 %	9,4 %	5,9 %
unspezifisch/Gesamtbevölkerung	5,4 %	4,9 %	2,1 %
Migranten/innen	3,8 %	2,8 %	1,8 %
Beschäftigte im Betrieb	3,0 %	3,3 %	1,6 %
sozial Benachteiligte	2,6 %	4,5 %	1,1 %
Studenten/innen	1,7 %	1,9 %	1,1 %
Senioren/innen	1,6 %	0,5 %	1,0 %
Straffällige	1,0 %	1,8 %	2,5 %
suchtbelastete Lebensgemeinschaften	0,8 %	1,1 %	0,1 %
Sonstige	1,4 %	2,6 %	1,5 %
N	876	1.023	1.045

Die nächste Auswertung betrifft die Altersgruppen. Diese Kategorie wird ausschließlich bei denjenigen Maßnahmen erhoben, die sich direkt an die Endadressaten/-innen wenden. Es zeigt sich, dass sich gut 60 % dieser Aktivitäten an die Gruppe der Jugendlichen richtet (siehe Tabelle 29). Das ist unverändert seit dem Jahr 2011 so der Fall. Es folgen die Altersgruppen der Kinder und jungen Erwachsenen, wobei es hier bei der erst genannten Gruppe im Jahr 2015 einen sehr deutlich Anstieg auf 40 % gegeben hat. Insgesamt ist aber kein Trend in die eine oder andere Richtung erkennbar, so dass hier die weitere Entwicklung abzuwarten bleibt. Maßnahmen für Senioren/-innen werden gleichbleibend selten durchgeführt.

Tabelle 29: Altersgruppen der Endadressaten/-innen 2011-2015 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2013	2015
Kinder (bis 13 Jahre)	28,4 %	23,2 %	40,4 %
Jugendliche (14 bis 17 Jahre)	61,3 %	60,6 %	61,0 %
Junge Erwachsene (18 bis 27 Jahre)	31,8 %	34,4 %	27,8 %
Erwachsene (28 bis 64 Jahre)	24,7 %	25,8 %	17,3 %
Senioren/innen (ab 65 Jahre)	2,4 %	4,8 %	2,4 %
N	876	1.023	1.045

Für die Zielebene der Öffentlichkeitsarbeit wird erfasst, in welcher konkreten Form diese stattfindet. Der Blick auf die folgende Tabelle 30 macht deutlich, dass die dominierende Form der Öffentlichkeitsarbeit die Pressemitteilung ist (Jahresanteile zwischen 40 % und 47 %). Aber auch der Informations-/Aktionsstand, die Herausgabe von Flyern und verschiedene Internetaktivitäten (Websites, Soziale Netzwerke) haben eine wichtige Bedeutung in der vielschichtigen Öffentlichkeitsarbeit der Fachstellen. Insgesamt kann bei diesem Auswertungskriterium – trotz jährlicher Schwankungen bei einzelnen Formen – von einer stabilen Situation seit 2011 gesprochen werden.

Tabelle 30: Formen der Öffentlichkeitsarbeit 2011-2015 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2013	2015
Pressemitteilung	44,7 %	46,5 %	40,4 %
Informations-/Aktionsstand	36,7 %	26,8 %	32,9 %
Flyer	27,2 %	25,4 %	26,3 %
Erstellung Websites, Rubriken Internet	26,6 %	24,4 %	27,9 %
Soziales Netzwerk Internet	18,6 %	21,6 %	25,4 %
Plakat	18,6 %	19,7 %	20,1 %
Broschüre	18,6 %	16,0 %	13,8 %
Interview	17,0 %	25,4 %	16,3 %
Merchandising	5,9 %	10,3 %	11,3 %
Beitrag, Spot	5,3 %	5,6 %	4,2 %
Newsletter	2,7 %	0,9 %	1,7 %
Anzeige	2,1 %	3,3 %	2,9 %
eigene Zeitschrift/Zeitung	2,1 %	1,4 %	1,7 %
Betreuung Blog	-	0,5 %	-
Sonstiges	15,4 %	16,4 %	10,8 %
N	188	213	240

Die letzte Auswertung, die die Zielebene betrifft, ist die Frage nach der Anzahl erreichter Personen. Auch hier zeigt sich teilweise eine relativ hohe Kontinuität in der suchtpreventiven Arbeit: Pro durchgeführter Multiplikatoren-Maßnahme sind im Durchschnitt jedes Jahr 16 Personen geschult bzw. informiert worden (siehe Tabelle 31). Das sind hochgerechnet zwischen 23.000 und 25.000 Personen pro Jahr.

Bei den Endadressaten/-innen ist dagegen eine Zunahme erreichter Personen festzustellen: Seit dem Jahr 2011 ist die Zahl von 40.000 kontinuierlich auf 55.000 angewachsen. Das kommt dadurch zustande, weil einerseits die Anzahl durchgeführter Maßnahmen zugenommen hat (von 799 auf 993) und gleichzeitig im Durchschnitt mehr Personen pro Maßnahme erreicht worden sind (von Ø51 auf Ø56 Personen).

Tabelle 31: Anzahl der erreichten Personen Multiplikatoren/-innen und Endadressaten/-innen 2011-2015

	2011	2013	2015
Multiplikatoren/-innen			
Durchschnittliche Teilnehmeranzahl	16,1	15,7	15,7
Insgesamt	25.068	24.649	23.079
N	1.557	1.570	1.470
Endadressaten/-innen			
Durchschnittliche Teilnehmeranzahl	50,5	52,1	55,7
Insgesamt	40.350	49.808	55.310
N	799	956	993

Inhaltsebene

Bei der Analyse der Ergebnisse zur inhaltlichen Ebene der Maßnahmen – auch hier waren Mehrfachnennungen möglich – wird deutlich, dass die meisten der durchgeführten Maßnahmen auf die Stärkung der Lebenskompetenzen der primären Zielgruppe abzielen. Für die betrachteten Jahre liegen die entsprechenden Anteile bei 58 % bzw. 57 % (siehe Tabelle 32). An zweiter Stelle folgen die Maßnahmen, die einen substanzspezifischen Bezug besitzen. Hier ist für die betrachteten Jahre 2011 bis 2015 ein Anstieg um 5 Prozentpunkte von 46 % auf 51 % zu konstatieren. Aktivitäten zu dem Thema Verhaltenssüchte finden vergleichsweise seltener statt; ihr relativer Anteil liegt jedoch mittlerweile bei 21 %.

Wird danach ausgewertet, in welcher Kombination Inhalte zusammen behandelt werden, zeigt sich, dass bei den meisten Maßnahmen ausschließlich ein Inhalt thematisiert wird. Das gilt in 2015 für gut drei Viertel aller Maßnahmen (76 %). In den Jahren 2011 und 2013 betrug dieser Wert sogar 85 %. Bei 6 % der Maßnahmen werden – über die Jahre gleichbleibend – alle drei Themenkomplexe zusammen behandelt. Den Rest stellen Maßnahmen dar, bei denen es jeweils um zwei der drei genannten Inhalte geht.

Tabelle 32: Inhaltsebene der Maßnahmen 2011-2015 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2013	2015
Lebenskompetenz	58,1 %	57,2 %	58,3 %
Substanzbezug	46,4 %	48,2 %	51,2 %
Verhaltenssüchte	14,3 %	15,5 %	21,0 %
N	2.554	2.741	2.704

Bei den allermeisten Maßnahmen mit einem Substanzbezug geht es (auch) um den Inhalt Alkohol, auch wenn hier seit 2011 ein leichter Rückgang des prozentualen Anteils zu konstatieren ist (von 92 % auf 86 %) (siehe Tabelle 33). An zweiter Stelle folgt der Themenbereich Cannabis, der seit 2011 einen Bedeutungszuwachs erfahren hat: sein Anteil ist von 34 % auf 42 % gestiegen. Ebenfalls hat der Anteil tabakbezogener Maßnahmen in dem betrachteten Zeitraum leicht zugenommen (29 % bis 32 %). Bei allen anderen Substanzen ist dagegen keine Entwicklung in die eine oder andere Richtung festzustellen: nach Höchstwerten im Jahr 2013 sind sie zwei Jahre später im Großen und Ganzen wieder auf das Niveau des Jahres 2011 gefallen. Das gilt auch für die Kategorie Amphetamine/Speed, deren Wert von 10 % fast wieder ihrem relativen Anteil von 2011 entspricht.⁴

Tabelle 33: Inhaltsebene der Maßnahmen, Substanzbezug 2011-2015 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2013	2015
Alkohol	91,6 %	89,9 %	85,6 %
Cannabis	34,1 %	38,5 %	42,3 %
Tabak	29,1 %	29,5 %	32,2 %
Medikamente	9,9 %	14,9 %	10,0 %
Amphetamine/Speed	9,4 %	16,0 %	9,8 %
Ecstasy	8,2 %	13,6 %	6,3 %
Opiate	7,9 %	12,2 %	6,8 %
Kokain	7,6 %	11,9 %	5,0 %
Halluzinogene	6,7 %	9,6 %	3,8 %
Biogene Drogen	4,6 %	8,8 %	2,7 %
Lösungsmittel	3,1 %	4,5 %	2,4 %
N	1.184	1.147	1.321

Da der Anteil cannabisbezogener Maßnahmen zwischen 2011 und 2015 stetig angewachsen ist, soll mit einer weiteren Auswertung der Frage nachgegangen werden, ob hierbei ein Zusammenhang mit anderen behandelten Substanzen besteht. Es zeigt sich jedoch, dass dieser Anstieg allein darauf zurückzuführen ist, dass der Anteil von Maßnahmen mit ausschließlichem Cannabisbezug

⁴ Die Möglichkeit, Methamphetamine („Crystal Meth“) separat zu dokumentieren, wurde im Laufe des Jahres 2015 geschaffen. Eine valide Auswertung hierüber ist ab dem Jahr 2016 möglich.

sehr deutlich angestiegen ist (von 8 % auf 21 %) (siehe Tabelle 34).⁵ Dieses Ergebnis unterstreicht noch einmal den Bedeutungszuwachs, den dieses Thema in der suchtpräventiven Arbeit der letzten Jahre erfahren hat.

Tabelle 34: Substanzbezug Cannabis 2011-2015

	2011	2013	2015
ausschließlich Cannabis	8,2 %	15,1 %	20,9 %
Cannabis & Alkohol	57,3 %	36,0 %	49,6 %
Cannabis, Alkohol & andere illegale Drogen	33,7 %	47,3 %	27,2 %
Cannabis & andere illegale Drogen	0,7 %	1,6 %	2,4 %
N	403	509	585

Auch die Maßnahmen, die sich auf Verhaltenssüchte beziehen, können in Dot.sys differenziert erfasst werden. Die Auswertung zeigt, dass derartige Aktivitäten in erster Linie vom Thema „Internet-/Computersucht“ dominiert werden. Das ist – über die Jahre gleichbleibend – bei über 80 % der Fall (siehe Tabelle 35). Es folgen Maßnahmen, die sich mit dem problematischen Umgang mit anderen Medien beschäftigen: Hier existieren größere zahlenmäßige Schwankungen. Im Jahr 2015 gab es einen Spitzenwert von 76 %. Die Inhalte „Esstörungen“ und „pathologisches Glücksspiel“ kommen dagegen seltener vor, wobei die Relevanz dieser Bereiche in den letzten fünf Jahren deutlich zugenommen hat (von 14 % auf 20 % bzw. 12 % auf 22 %).

Tabelle 35: Inhaltsebene der Maßnahmen, Verhaltenssüchte 2011-2015 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2013	2015
Internet-/Computersucht	82,4 %	85,4 %	82,4 %
problematischer Umgang andere Medien	58,0 %	54,6 %	76,0 %
Esstörungen	13,5 %	13,9 %	20,3 %
pathologisches Glücksspiel	11,5 %	22,4 %	21,5 %
Sonstige	2,7 %	4,0 %	0,7 %
N	364	425	567

Setting

Das Setting beschreibt die Umgebung, das Milieu oder den institutionellen Rahmen, in denen eine suchtpräventive Maßnahme stattfindet. In Hessen steht hierbei an erster Stelle die Schule: Ungefähr die Hälfte aller Aktivitäten wird in diesem Setting durchgeführt, wobei sein relativer Anteil von Jahr zu Jahr etwas schwankt (siehe Tabelle 36). Es folgt – mit weitem Abstand – das Setting

⁵ Hierbei handelt es sich beispielsweise um Maßnahmen der Frühintervention („Fred“), um Elternabende oder um spezielle Veranstaltungen zum Thema „Cannabis & Führerschein“.

Jugendarbeit (13 % bzw. 12 %). Ein deutlicher Anstieg des relativen Anteils hat im Setting Freizeit stattgefunden: er ist von 5 % auf 11 % angewachsen. Ähnliches kann für das Setting Familie gesagt werden (von 4 % auf 9 %). Bei allen anderen Settings hat es in den Jahren 2011 bis 2015 keine Trends in die eine oder andere Richtung gegeben. Diese Settings weisen für das letzte betrachtete Jahr (2015) relative Anteile von unter 10 % aus, darunter u. a. Kita und Betrieb.

Tabelle 36: Settings der Maßnahmen 2011-2015 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2012	2013
Schule	50,5 %	46,9 %	52,3 %
Jugendarbeit	13,0 %	11,7 %	12,1 %
Kindertagesstätte	11,4 %	9,4 %	8,8 %
Politik/Kommune/Behörde/etc.	7,6 %	8,1 %	8,3 %
unspezifisch (Öffentlichkeit/Bevölkerung)	7,4 %	8,1 %	6,5 %
Suchthilfe	6,9 %	9,8 %	9,7 %
Gesundheitswesen	5,5 %	4,3 %	5,0 %
Freizeit	5,2 %	6,3 %	10,5 %
Betrieb	4,9 %	6,3 %	4,9 %
Familie	4,3 %	4,7 %	9,0 %
Erwachsenen-/Familienbildung	3,4 %	2,4 %	2,8 %
Strafwesen/Polizei	2,6 %	1,9 %	2,3 %
Hochschule/Fachhochschule	2,6 %	1,7 %	2,4 %
Kirche	2,5 %	3,2 %	3,1 %
Sport	0,6 %	0,6 %	0,5 %
Fahrschule	0,0 %	0,0 %	0,1 %
Sonstiges	2,1 %	2,0 %	2,3 %
N	2.366	2.528	2.465

Umsetzungsebene

Die nächste Tabelle zeigt die so genannte Umsetzungsebene der Maßnahmen. Damit ist die Form oder Methodik der Maßnahme gemeint. Wie in vielen vorangegangenen Auswertungen ergeben sich auch hier kaum nennenswerte Veränderungen für die untersuchte Zeitspanne. Die wichtigste Rolle spielen Trainings/Schulungen mit Anteilen zwischen 37 % und 43 % (siehe Tabelle 37). Die Kooperation bzw. Koordination mit Dritten betrifft – gleichbleibend – etwa jede vierte Maßnahme (23 % bis 26 %). An dritter Stelle folgt die Präventionsberatung (10 % bis 12 %). Alle anderen Umsetzungsformen kommen auf geringere Anteile. Darunter sind auch welche, die aufgrund ihres hohen Aufwandes naturgemäß nur selten vorkommen (z. B. die Fachtagung).

Tabelle 37: Umsetzungsebene der Maßnahmen 2011-2015

	2011	2013	2015
Trainings/Schulungen	39,0 %	36,7 %	42,7 %
Kooperation/Koordination	23,4 %	25,7 %	22,9 %
Präventionsberatung	12,0 %	10,0 %	9,8 %
Ausstellung/Projekttag/Aktionswochen	8,7 %	8,6 %	9,4 %
Vortrag/Referat	7,5 %	7,9 %	7,2 %
Informationsvermittlung	6,8 %	8,5 %	5,9 %
Fachtagung	1,6 %	1,6 %	1,6 %
Information/Vermittlung Hilfsdienste	0,8 %	0,9 %	0,4 %
N	2.366	2.528	2.464

Zielsetzung

Bei den Präventionsmaßnahmen gibt es einerseits verhaltensbezogene Zielsetzungen. Hier steht an erster Stelle die Zunahme des Wissens bei den entsprechenden Zielgruppen. Etwa 70 % aller Aktivitäten verfolgen dieses Ziel – und das relativ konstant über die einbezogenen Jahre (siehe Tabelle 38). Am zweithäufigsten wird die Stärkung/Veränderung von Einstellungen genannt. Auch hier liegen relativ stabile Werte vor (42 % bis 45 %). Bei der Kompetenzförderung ist die Schwankungsbreite etwas größer (31 % bis 37 %). Dagegen hat die Bedeutung der Förderung der Risikokompetenz kontinuierlich von Jahr zu Jahr zugenommen (von 12 % in 2011 auf 20 % in 2015). Andererseits bestehen Zielsetzungen, die auf strukturelle Aspekte oder die Öffentlichkeitsarbeit abzielen. Hier kommen die beiden Ziele „Stärkung der Vernetzung“ und „Aufbau von Strukturen“ auf Werte, die um bzw. über 30 % liegen. Dabei hat die Bedeutung der erst genannten Zielsetzung in den letzten Jahren leicht zugenommen. Die Öffentlichkeitsarbeit weist relativ stabile Anteile zwischen 17 % und 19 % auf.

Tabelle 38: Zielsetzung der Maßnahmen 2011-2015 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2013	2015
Zunahme Wissen	69,8 %	72,7 %	68,2 %
Stärkung/Veränderung von Einstellungen	43,4 %	45,0 %	42,0 %
Kompetenzförderung/Ressourcenstärkung	36,6 %	31,2 %	33,7 %
Förderung von Risikokompetenz	12,0 %	14,2 %	19,7 %
Verhaltensmodifikation	14,6 %	13,9 %	14,8 %
Stärkung der Vernetzung	31,9 %	32,4 %	34,2 %
Aufbau von Strukturen	28,0 %	30,1 %	30,0 %
hohe Öffentlichkeitswirksamkeit	16,8 %	19,4 %	18,5 %
N	2.554	2.741	2.705

Evaluationsstatus

Abschließend soll ein Blick auf den Evaluationsstatus der durchgeführten Maßnahmen geworfen werden. Bei durchschnittlich über 70 % aller Aktivitäten ist eine Evaluation nicht vorgesehen bzw. liegt eine solche nicht vor (siehe Tabelle 39). Dieser Anteil ist im Zeitraum 2011 bis 2015 von 69 % auf 73 % leicht angestiegen. Im etwa gleichen Umfang ist der Anteil bereits vorhandenen Evaluationen zurückgegangen (von 20 % auf 15 %). Der Anteil laufender Evaluation ist mit 11 % bzw. 12 % stabil.

Tabelle 39: Evaluation der Maßnahmen 2011-2015

	2011	2013	2015
nicht vorgesehen	68,8 %	72,4 %	73,2 %
aktuell durchgeführt	11,6 %	11,1 %	11,4 %
bereits vorhanden	19,7 %	16,6 %	15,3 %
N	2.554	2.741	2.705

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich einige interessante Veränderungen in der suchtpreventiven Arbeit in Hessen im betrachteten Zeitraum 2011 bis 2015 zeigen. Diese betreffen vor allem die folgenden Aspekte (in Klammern die Zahlen von 2011 und 2015):

- Zielebene: Der Anteil multiplikatorenbezogener Arbeit ist von Jahr zu Jahr zurückgegangen (von 58 % auf 53 %). Gleichzeitig haben die Tätigkeiten, die sich direkt an die Endadressaten/-innen wenden, zugenommen (von 34 % auf 39 %).
- Inhaltsebene: Der Themenbereich Cannabis hat seit 2011 einen Bedeutungszuwachs erfahren (von 34 % auf 42 %).
- Setting: Bei den beiden Settings Freizeit und Familie hat ein deutlicher Anstieg ihres relativen Anteils stattgefunden (von 5 % auf 11 % und von 4 % auf 9 %).
- Zielsetzung: Die Bedeutung der Förderung der Risikokompetenz hat kontinuierlich von Jahr zu Jahr zugenommen (von 12 % auf 20 %).
- Evaluationsstatus: Der prozentuale Anteil nicht evaluiertter Maßnahmen ist leicht angewachsen (von 69 % auf 73 %).

Bei den meisten analysierten Kriterien hat es dagegen keine oder kaum nennenswerte Veränderungen gegeben. Deshalb kann insgesamt von einer hohen Konstanz in der suchtpreventiven Arbeit der Fachstellen für Suchtprävention gesprochen werden.

Vergleich Bund – Hessen 2014

In diesem Kapitel wird ein Vergleich zwischen bundesweiten und hessischen Dot.sys-Auswertungen angestellt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die letzten für das Bundesgebiet veröffentlichten Zahlen aus dem Jahr 2014 stammen, die sich darüber hinaus nur auf einige Auswertungsaspekte beziehen (DBDD 2016).⁶ Deshalb besitzt der folgende Vergleich nur eine eingeschränkte Aussagekraft; gleichzeitig zeigen sich schon auf dieser Auswertungsebene einige interessante Unterschiede.

Bei der ersten Gegenüberstellung, der Präventionsart, zeigen die bundesweiten Zahlen einen geringeren Anteil universeller Prävention (59 %) sowie einen höheren Anteil indizierter Prävention (15 %) im Vergleich zu Hessen (siehe Tabelle 40). Die Werte für die selektive und strukturelle Prävention sind dagegen in etwa vergleichbar (14 % zu 13 % bzw. 11 % zu 14 %).

Tabelle 40: Präventionsart der Maßnahmen 2014

	Bund	Hessen
universell	59 %	68 %
selektiv	14 %	13 %
indiziert	15 %	5 %
strukturell	11 %	14 %
N	35.189	2.773

Auch beim zweiten Vergleich ergeben sich starke Abweichungen: Während bei der bundesweiten Auswertung die Maßnahmen für Endadressaten/-innen auf einen Anteil von 58 % und diejenigen für Multiplikatoren/-innen auf 39 % kommen, betragen die entsprechenden Anteile in Hessen 33 % und 59 % (siehe Tabelle 41). Damit liegt beinahe ein umgekehrtes Verhältnis bei diesen beiden Kategorien vor. Ebenfalls gestalten sich die Anteile für die Öffentlichkeitsarbeit unterschiedlich (3 % zu 9 %).

Tabelle 41: Zielebene der Maßnahmen 2014

	Bund	Hessen
Multiplikatoren/-innen	39 %	59 %
Endadressaten/-innen	58 %	33 %
Öffentlichkeitsarbeit	3 %	9 %
N	35.189	2.773

⁶ Das betrifft sowohl die Ober- als auch die Unterkategorien. Beispielsweise sind bei der „Umsetzungsebene“ nur drei von insgesamt acht Items ausgewiesen. Ferner sind die bundesweiten Dot.sys-Zahlen in gerundeten Prozentangaben (ohne Dezimale) veröffentlicht worden.

Beim Substanzbezug stellt sich die Situation so dar, dass die bundesweiten Zahlen gegenüber Hessen einen deutlich geringeren Anteil für Alkohol (78 %) und gleichzeitig einen deutlich höheren für Cannabis (51 %) ausweisen (siehe Tabelle 42). Ein weiterer nennenswerter Unterschied findet sich bei Ecstasy; hier beträgt das Verhältnis 14 % (Bund) zu 9 % (Hessen). Bei allen anderen Substanzen betragen die Abweichungen weniger als fünf Prozentpunkte.

Tabelle 42: Inhaltsebene der Maßnahmen, Substanzbezug 2014 (Mehrfachnennung möglich)

	Bund	Hessen
Alkohol	78 %	88 %
Cannabis	51 %	38 %
Tabak	37 %	33 %
Amphetamine/Speed	21 %	17 %
Ecstasy	14 %	9 %
Medikamente	13 %	13 %
Opiate	11 %	8 %
Kokain	10 %	7 %
Halluzinogene	8 %	6 %
Biogene Drogen	7 %	5 %
Lösungsmittel	4 %	3 %
N	20.304	1.332

Das Setting ist ebenfalls ein Kriterium, bei dem sich größere Unterschiede zwischen der Bundes- und Hessen-Ebene finden lassen. Während beim bedeutsamsten Setting – der Schule – quasi gleich hohe Anteile existieren (48 % zu 47 %), zeigen sich bei fast allen anderen der ausgewiesenen Settings unterschiedliche Prozentanteile für Bund und Hessen (siehe Tabelle 43). So kommen die Settings Familie und Freizeit bundesweit auf höhere Anteile (13 % zu 8 % bzw. 7 %). Bei der Jugendarbeit ist es umgekehrt: Hier gibt es für Hessen prozentual mehr Nennungen (12 % zu 8 %).

Tabelle 43: Inhaltsebene der Maßnahmen, Substanzbezug 2014 (Mehrfachnennung möglich)

	Bund	Hessen
Schule	48 %	47 %
Familie	13 %	8 %
Freizeit	13 %	7 %
Suchthilfe	11 %	10 %
Betrieb	9 %	5 %
Jugendarbeit	8 %	12 %
Gesundheitswesen	8 %	5 %
N	35.189	2.531

Bei den drei angegebenen Kategorien für die Umsetzungsebene ergibt sich in der Vergleichsperspektive das folgende Bild: Die Trainings/Schulungen haben auf der Bundes- und Hessen-Ebene

in etwa die gleiche Bedeutung (42 % bzw. 37 %) (siehe Tabelle 44). Während die Präventionsberatung bundesweit einen größeren Anteil aufweist (21 % zu 13 %), ist dies bei der Kooperation/Koordination umgekehrt (13 % zu 25 %).⁷

Tabelle 44: Umsetzungsebene der Maßnahmen 2014

	Bund	Hessen
Trainings/Schulungen	42 %	37 %
Kooperation/Koordination	13 %	25 %
Präventionsberatung	21 %	13 %
N	35.189	2.531

Auch bei der Dimension „Zielsetzung der Maßnahmen“ sind Unterschiede zwischen Bund und Hessen vorhanden, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Bundesebene hier bei allen vier betrachteten Zielsetzungen auf höhere Werte kommt.⁸ Die Rangfolge ist aber die Gleiche. An erster Stelle folgt die Wissensvermittlung (76 % und 70 %), gefolgt von Stärkung/Veränderung der Einstellung (54 % und 42 %) und der Kompetenzförderung (35 % und 32 %) (siehe Tabelle 45). Maßnahmen, die direkt auf ein erwünschtes Verhalten abzielen, kommen auf Anteile von 20 % bzw. 14 %.

Tabelle 45: Zielsetzung der Maßnahmen 2014 (Mehrfachnennung möglich)

	Bund	Hessen
Zunahme Wissen	76 %	70 %
Stärkung/Veränderung von Einstellungen	54 %	42 %
Kompetenzförderung/Ressourcenstärkung	35 %	32 %
Verhaltensmodifikation	20 %	14 %
N	35.189	2.773

Die Ergebnisse beim Evaluationsstatus durchgeführter Maßnahmen sind ähnlich: Für die bundesweite Situation liegt für das Jahr 2014 ein Wert von 26 % aller Maßnahmen vor, die bereits evaluiert worden sind bzw. sich aktuell in der Evaluierung befanden. In Hessen beträgt der entsprechende Anteil 23 %.

In der Zusammenschau ergeben sich große Unterschiede, wenn ein Vergleich zwischen den hessischen und den bundesweiten Dot.sys-Zahlen durchgeführt wird. Dann zeigt sich insbesondere, dass in Hessen die universelle Prävention, Maßnahmen für Multiplikatoren/-innen und das Thema Alkohol eine vergleichsweise bedeutsame Rolle spielen.

⁷ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass für den Bund nicht die Ergebnisse aller Kategorien der Umsetzungsebene veröffentlicht worden sind und von daher die aufsummierten Prozentwerte unter 100 % liegen.

⁸ Die insgesamt geringeren Prozentwerte in Hessen dürften damit zu tun haben, dass in diesem Bundesland als Zielsetzungen die Vernetzung und der Aufbau von Strukturen in der suchtpreventiven Arbeit eine wichtige Rolle spielen (siehe hierzu die entsprechende Tabelle im vorangegangenen Kapitel).

Einordnung der Dot.sys-Ergebnisse aus Sicht der HLS

Regina Sahl, Koordinationsstelle Suchtprävention der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V.

Die landesweiten Auswertungsergebnisse zeigen sich im Berichtszeitraum 2011-2015 insgesamt stabil und inhaltlich nachvollziehbar. Während auf konzeptioneller und methodischer Ebene der dokumentierten Maßnahmen wenig Veränderung festzustellen ist, lassen sich bezüglich der Inhalte und spezifischen Zielgruppen der Maßnahmen Trends und neue Entwicklungen erkennen. Beide Befunde decken sich mit den Beobachtungen der Koordinierungsstelle für Suchtprävention der HLS und den Erfahrungen der Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention.

Aktuelle Herausforderungen und Trends der hessischen Suchtprävention

Multiplikatorenarbeit ist Kernstück der hessischen Suchtprävention: 53 % der Maßnahmen (2015)

Die Auswertung zeigt, dass sich der Großteil der dokumentierten Maßnahmen an Multiplikatoren richtete – der prozentuale Anteil liegt im Jahr 2015 bei 53 % der Maßnahmen (1.420 von insgesamt 2.705 Maßnahmen).

Multiplikatorenarbeit ist rückläufig

Werden die suchtpreventiven Maßnahmen der Fachstellen für Suchtprävention der vorliegenden Auswertung betrachtet, so ergibt sich, dass der relative Anteil der dokumentierten Maßnahmen – der sich an Multiplikatoren richtete – **leicht zurückgegangen ist: von 58 % auf 53 %**. Auch in Bezug auf die absoluten Zahlen der Jahre 2011 und 2015 ist ein Rückgang von 1.488 auf 1.420 Maßnahmen festzustellen. Im Jahr 2013 lag die absolute Zahl der Maßnahmen bei 1.504.

Erweitert man den Betrachtungszeitraum, so zeigen die vorangegangenen Dot.sys-Auswertungsergebnisse, dass der Anteil der Maßnahmen für Multiplikatoren seinen Höhepunkt in den Jahren 2008 und 2009 mit 65 % und 61 % hatte.⁹ Langfristig betrachtet ist somit ein Rückgang um 18 % von 1.737 auf 1.420 Maßnahmen zu verzeichnen. Auch die prozentualen Anteile verdeutlichen diesen rückläufigen Trend (2008: 65 %; 2015: 53 %).

Der Ansatz der Multiplikatoren-Arbeit lag im Berichtszeitraum konstant über 50 % und entspricht mit diesem prozentualen Anteil noch den Anforderungen einer ressourcenorientierten und nachhaltigen Suchtprävention.

Lehrkräfte werden am häufigsten angesprochen: 11.000 Lehrkräfte (2015)

Die Auswertung zeigt, dass Lehrkräfte die am häufigsten angesprochene Zielgruppe unter den Multiplikatoren darstellt. Ihr relativer Anteil ist stabil geblieben mit 46 % in 2011 und 43 % in 2015 (2013: 45 %). Insgesamt konnten rund 11.000 Lehrkräfte (2015) angesprochen werden.

⁹ In absoluten Zahlen ausgedrückt waren das auf der Zielebene der Multiplikatoren 1.737 Maßnahmen (2008), 1.522 Maßnahmen (2009) und 1.501 Maßnahmen (2010).

Diese Entwicklungen zeigen einen eindeutigen Trend auf, **der kritisch hinterfragt und bewertet werden muss**. Denn mit der vorhandenen Personalstruktur der hessischen Fachstellen für Suchtprävention ist eine Schwerpunktsetzung auf Multiplikatorenarbeit unerlässlich, um auch in Zukunft nachhaltig und erfolgreich suchtpreventive Aktivitäten in Hessen anbieten und umsetzen zu können. Suchtprävention zielt nämlich darauf ab Lebenswelten¹⁰ von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen positiv zu beeinflussen, individuelle Kompetenzen zu stärken sowie Fort- und Weiterbildung für Bezugs- und Schlüsselpersonen zu sichern. Lehrkräfte, pädagogische Fachkräfte und Erziehende, die einen guten Kontakt zu Kindern und Jugendlichen aufbauen können, verfügen – als Vertrauenspersonen mit stabiler Beziehung – in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern in Kindergärten, Schulen, Vereinen und Kommunen über nachhaltige Einflussmöglichkeiten. Sie fördern soziale und emotionale Fähigkeiten sowie suchtpreventive Strukturen und ermöglichen dadurch eine höhere Effektivität und Nachhaltigkeit in der Suchtprävention. Darüber hinaus können durch den Multiplikatoren-Ansatz wesentlich mehr Kinder und Jugendliche durch den „Schneeballeffekt“ mit suchtpreventiven Maßnahmen erreicht werden.¹¹

Zuwachs an Maßnahmen für Endadressaten und Endadressatinnen

Die Analyse der Zielgruppen zeigt gleichzeitig einen Zuwachs an Maßnahmen für Endadressat/-innen **von 34 % auf 39 %**.¹²

Kinder und Jugendliche sind die am häufigsten angesprochene Zielgruppe in dieser Kategorie. Ihr Anteil liegt 2015 bei einem Höchstwert von 71 %.

Erweitert man auch hier den Betrachtungszeitraum, so zeigen die Dot.sys-Auswertungsergebnisse, dass die Maßnahmen für Endadressat/-innen seit 2008 kontinuierlich von 28 % (2008: 756) auf 37 % (2013: 1.019) und 39 % in 2015 angewachsen sind. Das ist eine Steigerungsrate von 38 %.

Diese Entwicklung spiegelt die aktuelle Bedürfnislage der Zielgruppen der hessischen Suchtprävention wider, darf aber nicht dazu führen, dass von dem professionellen und effektiven Ansatz der Multiplikatorenarbeit abgewichen wird.

Frühe Prävention: Soziale Kompetenzen und emotionale Fähigkeiten schützen vor einer Suchtentwicklung.

Die Auswertungsergebnisse bezüglich der Inhalte der Maßnahmen lassen erkennen, dass über die Hälfte der Maßnahmen suchtmittelunspezifisch ausgerichtet (durchschnittlich 58 %) und in der universellen Prävention¹³ (durchschnittlich 70 %) angesiedelt waren.

Langzeitstudien aus den USA belegen einen positiven Effekt frühzeitiger Interventionen auf die Entwicklungschancen von Kindern, auf Bildung und Gesundheit im weiteren Lebensverlauf.¹⁴ Aufgezeigt werden konnte zudem ein positiver wirtschaftlicher Effekt auf öffentliche Kassen bei langfristig angelegten Interventionen.¹⁵ Präventive Maßnahmen sollten sinnvollerweise bereits in der

¹⁰ wie Familie, Kindertagesstätte, Schule und Betrieb.

¹¹ Wird die Anzahl der Teilnehmer/-innen der Multiplikatorenschulungen (insgesamt 23.000) mit einem Faktor 20 multipliziert (z.B. eine Lehrkraft erreicht mindestens 20 Schüler/-innen), werden durch den „Schneeballeffekt“ insgesamt ca. 460.000 Personen erreicht.

¹² Auch in Bezug auf die absoluten Zahlen der Jahre 2011 und 2015 ist ein Anstieg von 876 auf 1.046 Maßnahmen festzustellen. Das ist eine Steigerungsrate von 19%.

¹³ Universelle Prävention richtet sich an die Allgemeinbevölkerung, die gesamte Gruppe (z.B. eine Schulklasse). Sie fördert und erhält Gesundheit (ohne spezifischen Problembezug), sie stärkt die allgemeine Lebenskompetenz, soziale und emotionale Fähigkeiten. Alle wissenschaftlichen Erkenntnisse beweisen, dass dieser Präventionsabsatz der wirkungsvollste und nachhaltigste ist.

¹⁴ Heckmann 2006 <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/zur-wirksamkeit-frueher-unterstuetzungsangebote/> 21.10.2015

¹⁵ Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Werkbuch Präventions-kette, S. 12, Hannover

frühen Kindheit ansetzen, z.B. im Kindergartenalter, um Verhaltensstörungen und einen negativen Entwicklungsverlauf zu verhindern und eine gesunde Entwicklung von Kindern zu unterstützen. Zudem können suchtpreventive Maßnahmen im Vorschulalter langfristig der Entwicklung von Gewalt- und Suchtproblemen im Jugendalter vorbeugen. Insbesondere Kinder, die aufgrund ihrer familiären und umweltbedingten Lebensumstände Risikofaktoren ausgesetzt sind, können von solchen Maßnahmen profitieren.¹⁶

Die Fachkräfte der hessischen Fachstellen für Suchtprävention bieten daher beispielweise das standardisierte und evaluierte Programm **„Papilio“ hessenweit in Kindertagesstätten** an. In den letzten elf Jahren sind rund 30.000 Kinder und 1.500 pädagogische Fachkräfte in Kindertagesstätten mit diesem Programm erreicht worden. Die Anzahl der Papilio-Maßnahmen im Berichtszeitraum 2011-2015 beläuft sich auf rund 480. Da das Programm Papilio evaluiert ist, ergibt sich für den Bereich Kindertagesstätte ein vergleichsweise hoher Anteil evaluierter Projekte, der mit 34 % der Maßnahmen über dem Durchschnitt aller dokumentierten suchtpreventiven Maßnahmen in Hessen (27 %) liegt.

Zudem verfügt das Programm über weitere wichtige „Gelingens-Bedingungen“ für eine erfolgreiche Umsetzung. Denn neben benutzerfreundlichen Materialien, Maßnahmen zur Verbreitung und zielgerichteten Fortbildungsangeboten für die Erzieher/-innen ist vor allem ein durchdachtes System der Implementation, Qualitätssicherung und Supervision notwendig. Alle diese wichtigen Bedingungen erfüllt Papilio.

Der Einsatz von substanzspezifischen Maßnahmen steigt weiter an

Der Anteil der substanzspezifischen Maßnahmen ist im Berichtszeitraum kontinuierlich von **46 % auf 51 %** angestiegen. Mit 1.185 Maßnahmen (2011) auf 1.384 Maßnahmen (2015) ist dies eine Steigerungsrate um 17 %. Der prozentuale Anteil der Maßnahmen ohne Substanzbezug („allgemeine Lebenskompetenzförderung“) ist im Berichtszeitraum mit 58 % stabil geblieben.

Erweitert man auch hier den Betrachtungszeitraum (2008-2015), so zeigt sich allerdings eine abnehmende Tendenz des Anteils der Maßnahmen ohne Substanzbezug von 64 % auf 58 %.¹⁷ Einen gegenläufigen Trend zeigen die Anteile der substanzspezifischen Maßnahmen. Deren prozentualen Anteile steigen kontinuierlich an: von 31 % (2008) bis auf 51 % (2015).¹⁸

Die Auswertung zeigt darüber hinaus eine eindeutige Rangfolge der unterschiedlichen Substanzen – Alkohol, Cannabis und Tabak – in den zurückliegenden Jahren.

Alkohol-Prävention ist stark nachgefragt: 86 % der suchtmittelspezifischen Maßnahmen (2015)

Das Thema „Alkohol“ stand im Berichtszeitraum im Vordergrund (rund 1.100 Maßnahmen pro Jahr), gefolgt von Angeboten der Cannabis- und Tabakprävention (durchschnittlich 38 % und 30 %). Dieser Bedarf für suchtpreventive Aktivitäten kann auch aus den aktuellen BZgA-Studien-ergebnissen abgeleitet werden. Denn nach wie vor gibt es relevante Anteile regelmäßigen Alkoholkonsums¹⁹ unter den 12- bis 17-Jährigen (10 %) und den 18- bis 25-Jährigen (34 %).²⁰

¹⁶ www.papilio.de

¹⁷ 2008: 1.719 Maßnahmen; 2013 und 2015: 1.569 und 1.576 Maßnahmen.

¹⁸ Die Anteile der substanzspezifischen Maßnahmen steigen kontinuierlich an von 31 % (2008: 816 Maßnahmen) auf 46 % (2011: 1.185) bis auf 51 % (2015: 1.384 Maßnahmen). Das zeigt eine Steigerungsrate um 70 %.

¹⁹ mindestens einmal in der Woche

²⁰ BZgA Infoblatt, Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015, zentrale Studienergebnisse, 6. April 2016

„HaLT in Hessen“ kommt an: 11 % aller Maßnahmen (2015)

„Hart am Limit“, das Frühinterventionsprojekt in der Alkoholprävention, ermöglicht in 19 hessischen Standorten eine systematische und frühzeitige Ansprache für Kinder und Jugendliche, die mit einer Alkoholvergiftung stationär behandelt werden müssen.

In vielen Regionen in Hessen werden die beiden Bausteine des HaLT-Projektes in Zusammenarbeit bzw. unter Federführung der lokalen Fachstelle für Suchtprävention durchgeführt. Die Aktivitäten des proaktiven Bausteines, die auf einem kommunalen Suchtpräventionskonzept basieren, werden in einer Steuerungsgruppe vor Ort abgestimmt und umgesetzt. Die Auswertungsergebnisse zeigen deutlich, dass das evaluierte Projekt „HaLT“ in den Regionen angekommen ist. Die Fachstellen für Suchtprävention haben im Berichtszeitraum rund 1.100 HaLT-Aktivitäten im proaktiven Baustein organisiert und durchgeführt. Bezogen auf alle durchgeführten suchtpreventiven Maßnahmen in Hessen im Jahr 2015 beträgt der Anteil 11 % (211 Maßnahmen).

Nach fünf Jahren kann festgehalten werden, dass sich „HaLT“ als Marke etabliert und einen Bekanntheitsgrad in Politik und Bevölkerung erreicht hat. „HaLT“ hat dazu beigetragen, dass sich in mehr als zwei Drittel der hessischen Landkreise und kreisfreien Städte Suchtpräventionsnetzwerke entwickelt haben, die systematisch und effektiv zusammenarbeiten, um Jugendliche zu einem risikoarmen Umgang mit Alkohol anzuhalten.

Vor dem Hintergrund der Evaluationsergebnisse und der positiven Praxiserfahrungen von „HaLT“ sehen wir die Wichtigkeit, sowohl von kommunaler Seite als auch von Seiten der Krankenkassen, eine gute Lösung für die Verstetigung des Projektes herbeizuführen. Vielleicht bietet das neue Präventionsgesetz hier einen Ansatzpunkt.

Cannabis-Prävention: der Anteil cannabisbezogener Maßnahmen wächst stetig

Der prozentuale Anteil cannabisbezogener Maßnahmen der Fachstellen für Suchtprävention ist in den Jahren 2011 bis 2015 von 34 % auf 42 % angestiegen.²¹ Die Auswertung zeigt deutlich, dass es sich hierbei nicht um Angebote handelt, die Cannabis in Kombination mit anderen Suchtmitteln – wie Alkohol oder illegalen Drogen – thematisieren, sondern **ausschließlich um cannabisbezogene Maßnahmen**. Denn der Anteil der Maßnahmen mit alleinigem Cannabisbezug ist deutlich angestiegen von 8 % (2011) auf 21 % (2015). Das unterstreicht den Bedeutungszuwachs, den dieses Thema in der suchtpreventiven Arbeit der letzten Jahre erfahren hat.

Diese Entwicklungen spiegeln unter anderem auch die Diskussion um die Lockerung des Cannabisverbotes wieder. Die Auswertung kann derart interpretiert werden, dass die hessischen Fachstellen für Suchtprävention diese aktuellen Entwicklungen wahrnehmen und adäquat auf den Bedarf der Zielgruppen, z.B. mit spezifisch cannabispräventiven Angeboten, reagieren. So wurde beispielsweise der Cannabis-Parcours „Quo Vadis“ in Schulklassen eingesetzt, Multiplikatoren-Schulungen für Lehrkräfte, Ausbilder und Eltern zum Stand der Legalisierungsdebatte und zu rechtlichen Grundlagen durchgeführt sowie Cannabisprävention mit Auszubildenden im Bereich der betrieblichen Suchtprävention organisiert und umgesetzt.

Die Stärkung der Risikokompetenz hat an Bedeutung gewonnen

Im Bereich der universellen und selektiven Prävention setzen die Fachstellen für Suchtprävention unterschiedliche **alkohol-, tabak- und cannabispräventive Programme** um, die u.a. die konzeptionellen Ansätze der Bildung kritischer Einstellungen und die Stärkung der Risikokompetenz bein-

²¹ Der Anteil der cannabisbezogenen Maßnahmen ist angestiegen von 403 auf 585 Maßnahmen (2011-2015).

halten. Dass die Förderung der Risikokompetenz an Bedeutung gewonnen hat, zeigt die Auswertung in der entsprechenden Kategorie, denn hier ist ein kontinuierlicher Anstieg von 12 % (306 Maßnahmen) auf 20 % (533 Maßnahmen) zu erkennen. Die Fachstellen für Suchtprävention arbeiten im Bereich der schulischen Alkoholprävention beispielsweise mit diesem Ansatz bei dem evaluierten Workshop „Tom und Lisa“, dem „KlarSicht MitmachParcours und -Koffer zu Tabak und Alkohol“ sowie den „JugendFilm-Tagen Nikotin und Alkohol - Alltagsdrogen im Visier“.

Anstieg der Maßnahmen in den Settings Freizeit und Familie

Nach den Ergebnissen der Auswertung hat in den Settings Freizeit und Familien ein deutlicher Anstieg des relativen Anteils von 5 % auf 11 % und von 4 % auf 9 %²² stattgefunden. Die Fachkräfte der Fachstellen bieten eine Reihe von suchtpreventiven Angeboten für das Setting **Freizeit** an, wie beispielsweise im Bereich der Alkoholprävention die Peer-Projekte (mit mobiler, alkoholfreier Cocktailbar) „Scouteinsätze“, „Saftwerk“ bzw. „Saftbar“ und „Juice-Box“. Darüber hinaus fallen in dieses Setting Maßnahmen wie Ferienspielangebote und Kooperationen mit Jugendpflegen sowie suchtpreventive Mitmachangebote in öffentlichen Räumen und in Jugendzentren.

Das Setting **Familie** wird mit einem vielfältigen Portfolio im Bereich der suchtmittelspezifischen wie suchtmittelunspezifischen Suchtprävention angesprochen: Eltern-Schüler-Workshops, Elternkurse und -abende, Volkshochschul-Vorträge in Mehrgenerationenhäusern, Seminare für Väter und Söhne bzw. Mütter und Töchter sowie Medienkompetenzseminare für Eltern und interaktive Familienparcours (ehemals Elternführerschein).

Maßnahmen zur Medien-Kompetenz weiterhin auf hohem Niveau

Insgesamt liegt der Anteil der Maßnahmen, die sich auf stoffungebundene Suchtformen²³ beziehen, in der Kategorie „problematischer Umgang mit dem Internet/Computer“ bei durchschnittlich 83 % gefolgt von der Kategorie „problematischer Umgang mit anderen Medien“ mit durchschnittlich 63 % auf einem sehr hohen Niveau. Damit haben die Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention im Jahr 2015 landesweit rund 520 Maßnahmen zum Thema „Medienkompetenz“ durchgeführt.

Im Rahmen des Projekts „Netz mit Webfehlern?“[®] der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen und der Techniker Krankenkasse wurden in 2011-2015 von den Fachstellen für Suchtprävention hessenweit 78 regionale Informationsveranstaltungen, Fortbildungen und Medienfachtage für Eltern/Angehörige, Kinder/Jugendliche und für Lehrkräfte zur Sensibilisierung für das Thema realisiert. Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zum Projekt „Netz mit Webfehlern?“[®] war ebenfalls sehr erfreulich. Eine Sensibilisierung der Bevölkerung für das Problem der Computer- und Internetsucht dürfte damit erreicht worden sein.

Evaluationsstatus²⁴ der hessischen Angebote

In der Suchtprävention haben Evaluations- und Dokumentationsverfahren eine bedeutende Funktion zur Überprüfung von Qualität und Nachhaltigkeit der suchtpreventiven Aktivitäten. Aus diesem Grund wurde auch im bundesweiten Dokumentationssystem Dot.sys der Dokumentations- und Evaluationsstatus jeder Maßnahme erfasst. Damit sollen Aussagen zu Qualitätsmerkmalen der suchtpreventiven Maßnahmen ermöglicht werden.

²² Freizeit: 123 auf 259 Maßnahmen (2011-2015); Familie: 102 auf 222 Maßnahmen (2011-2015)

²³ Stoffungebundene Suchtformen wie Internet-/Computersucht, problematischer Umgang mit anderen Medien wie Handy, Essstörungen, pathologisches Glücksspiel.

²⁴ Evaluationsstatus: ist bereits vorhanden / wird aktuell durchgeführt

Die Auswertungsergebnisse zeigen, dass der Anteil der evaluierten Maßnahmen in 2015 bei 27 % liegt. Der prozentuale Anteil nicht evaluerter Maßnahmen ist leicht angewachsen (von 69 % auf 73 %).

Mit Blick auf die Qualitätsmerkmale der Maßnahmen wird deutlich, dass bestimmte Bereiche suchtpreventiver Aktivitäten häufiger evaluiert worden sind als der Durchschnitt aller suchtpreventiven Angebote. So liegt der prozentuale Anteil evaluerter Angebote in Kindertagesstätten und Grundschulen höher: bei 34 % und 33 %. Dieses gilt ebenfalls für Fortbildungsmaßnahmen der Fachkräfte (35 %). Und im Bereich der Kompetenzförderung und Früherkennung/Frühhintervention sind diese Werte gleichfalls mit 35 % und 38 % überdurchschnittlich hoch. Diese Ergebnisse sind nachvollziehbar und erfreulich, denn in der Regel werden Querschnittsaufgaben wie Gremien- und Netzwerkarbeit nicht evaluiert, hingegen unterliegen gruppenbezogene Qualifizierungsmaßnahmen einem Bewertungsverfahren oder die Fachkräfte arbeiten bereits mit evaluierten und standardisierten Programmen.

Die landesweite Dot.sys-Auswertung 2015 zeigt, dass die Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention in Hessen besonders aktiv bei den folgenden fünf Suchtpräventions-Programmen waren:

- HaLT in Hessen (11,3 %; 211 Maßnahmen)
- Papilio (5,6 %; 105 Maßnahmen)
- Klarsicht-Parcours (3,1 %; 58 Maßnahmen)
- Tom und Lisa (2,9 %; 55 Maßnahmen)
- Klasse2000 (2,8 %; 52 Maßnahmen)

Das heißt zusammengefasst, dass es sich bei jedem vierten durchgeführten Programm²⁵ in Hessen um eine evaluierte und standardisierte Maßnahme der Suchtprävention handelt. Diese Programme werden in der Regel systematisch und strukturiert von den landesweit tätigen Fachkräften der Fachstellen für Suchtprävention angeboten.

Die hessische Suchtprävention zeigt ihr spezifisches Kompetenz-Profil

Das spezifische Profil der hessischen Suchtprävention wird im Vergleich mit einzelnen Auswertungsergebnissen des Bundes deutlich. Dann zeigt sich ein besonders hoher Anteil der universellen Prävention in Hessen (68 % zu 59 % bundesweit), d.h. ein eindeutiger Schwerpunkt liegt hier in der universellen Prävention.

Die Wurzeln für viele Verhaltensauffälligkeiten liegen in der frühen Kindheit.²⁶ Die Lebenserfahrungen des Kindes im Zusammenspiel mit biologischen Ausgangsbedingungen sowie Risiko- und Schutzfaktoren können zu dysfunktionalen Bewältigungsstrukturen, unzureichenden Problemlösefähigkeiten, zu Einschränkungen bei der Affektregulation usw. führen.²⁷ Vor diesem Hintergrund hat sich die Hessische Landesregierung und die Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. mit ihren Fachstellen für Suchtprävention der Freien Wohlfahrtspflege darauf verständigt, möglichst frühzeitig suchtpreventive Angebote für Eltern, Erziehende, Multiplikatoren und Kinder

²⁵ Das Dokumentationssystem unterscheidet zwischen „Programmen/Kampagnen“ (N= 1.866, 2015) und „Einzelmaßnahmen“ (N= 839, 2015).

²⁶ Petermann, Niebank, Scheithauer, Entwicklungswissenschaft: Entwicklungspsychologie-Genetik-Neuropsychologie, Springer Lehrbuch, Berlin, Heidelberg, 2003

²⁷ Fröhlich-Gildhoff, Rönau-Böse, Resilienz, München, 2011

zu realisieren, um die Verfestigung von Verhaltensauffälligkeiten und süchtigem Verhalten zu verhindern.²⁸

Bei der Gegenüberstellung der Maßnahmen für Endadressaten und Multiplikatoren zeichnet sich ein beinahe umgekehrtes Verhältnis der beiden Kategorien ab. Auf Bundesebene stehen die Endadressaten im Mittelpunkt suchtpreventiver Maßnahmen. Das spezifisch hessische Suchtpräventions-Profil zeigt die Multiplikatorenarbeit als ihr Kernstück. Denn die hessische Suchtprävention zielt darauf ab, Lebenswelten²⁹ positiv zu beeinflussen, Kompetenzen zu stärken sowie Qualifizierung für Schlüsselpersonen zu sichern.

Bei den Maßnahmen mit Substanzbezug ergeben die bundesweiten gegenüber den hessischen Zahlen einen geringeren Anteil für Alkohol und gleichzeitig eine höheren für Cannabis. Dieses Ergebnis für Maßnahmen mit Alkoholbezug kann mit der Ausgestaltung des „HaLT“-Projektes in Hessen begründet werden. Dieses Projekt hat dazu beigetragen, dass sich in mehr als zwei Drittel der hessischen Landkreise und kreisfreien Städte Präventionsnetzwerke entwickelt haben, die systematisch und effektiv zusammen arbeiten, um den risikoarmen Umgang mit Alkohol bei Jugendlichen zu fördern.

Bezüglich der cannabisbezogenen Maßnahmen zeichnet sich eine kontinuierliche Annäherung an die bundesweiten Zahlen ab. Die Auswertung 2015 weist einen Anstieg um 4 Prozentpunkte auf 42 % aller Maßnahmen mit Substanzbezug aus.

Das heißt, die Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention setzen neben universeller Prävention ergänzend für spezifische (Risiko)Gruppen selektive bzw. suchtmittelspezifische Maßnahmen und für bereits riskant-konsumierende Kinder und Jugendliche indizierte Präventionsmaßnahmen um (siehe Tabelle 46 im Anhang: Übersicht der Suchtpräventions-Programme und Maßnahmen in Hessen).

Darüber hinaus zeigt sich das spezifische Profil der hessischen Suchtprävention im Bereich der verhältnispräventiven Maßnahmen an den Werten für strukturelle Prävention (14 %) wie auch der Initiierung von Kooperation und Koordination von Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention (25 %), die im Vergleich zur Bundesebene (11 % und 13 %) in Hessen etwas höher liegen.

Verhältnispräventive Maßnahmen und Netzwerkaktivitäten gewinnen in der Suchtprävention zunehmend an Bedeutung. Trotz des Wissens um die vergleichsweise hohe Effektivität von Verhältnisprävention werden viele Maßnahmen jedoch nur halbherzig umgesetzt oder kontrolliert. Vieles spricht dafür, dass verhältnispräventive Ansätze dann wirken, wenn alle relevanten Personen und Akteure in (Kommune), Familie, Schule und Peer-Group einbezogen werden.³⁰

Verstärkte Kooperation und Koordination ist notwendig um begrenzte Ressourcen zu bündeln und ihre unwirtschaftliche Verendung z.B. durch die mehrfache Entwicklung ähnlicher Maßnahmen zu minimieren. Wirksame Kooperation ist gekennzeichnet durch eine vertragliche Vereinba-

²⁸ Des Weiteren sei darauf hingewiesen, dass durch die Implementierung von universellen Maßnahmen ein Stigmatisierungseffekt einer potenziell riskant konsumierenden oder süchtigen Subgruppe entfällt. Und letztlich profitieren auch Kinder, die keinerlei Risiko aufweisen und die ohne eine derartige Maßnahme kein süchtiges Verhalten oder andere Fehlanpassungen entwickeln würden, im Sinne einer allgemeinen Kompetenzförderung von einem solchen Angebot der frühen Suchtprävention.

²⁹ wie Familie, Kindertagesstätte, Schule und Betrieb

³⁰ Jens Kalke und Sven Buth, Verhältnisorientierte Suchtprävention in proJugend 3/2009.

rung, klar definierte und abgestimmte Arbeitsaufträge sowie ressortübergreifende Einbindung von Partnern.

Fazit und Empfehlungen

Die hessische Suchtprävention hat sich in den letzten Jahren zunehmend professionalisiert und ein spezifisches Kompetenz-Profil angelegt. Es haben sich hessische Strukturen herausgebildet, die eine flächendeckende und systematische Organisation und Umsetzung von qualifizierten, suchtpreventiven Angeboten und Maßnahmen im Bereich der universellen, selektiven und indizierten Prävention ermöglichen. Die vorliegende landesweite Dot.sys-Dokumentation und professionelle Auswertung schaffen die Grundlage für eine Weiterentwicklung dieser Suchtpräventionsarbeit, indem sie hilfreiche Hinweise für die Ausgestaltung der regionalen und landesweiten suchtpreventiven Arbeit geben.

Für die Hessische Landestelle für Suchtfragen ist es wichtig, dass die folgenden strukturellen und inhaltlichen Bedingungen weiterhin bei der Organisation und Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen berücksichtigt werden:

- Verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze sollten kombiniert werden.
- Die Implementierung evidenzbasierter und praxiserprobter Programme ist zu fördern.
- Die Multiplikatorenarbeit ist als zentraler Ansatz in den Mittelpunkt zu stellen.
- Der Arbeit mit Gruppen ist Vorrang vor der Arbeit mit Einzelnen (Intervention) zu geben.
- Die suchtpreventiven Aktivitäten sollten im Wesentlichen über Projekte und Programme für die spezifischen Zielgruppen umgesetzt werden.
- Die Netzwerkarbeit ist weiterzuentwickeln bzw. zu verstetigen: Suchtprävention als Gemeinschaftsaufgabe in Kommune und Landkreis ist nur durch eine interdisziplinäre und instituti-
onsübergreifende Vernetzung und Kooperation möglich.

Diese Bedingungen können alle Akteure der hessischen Suchtprävention dabei unterstützen, ihr Arbeitsfeld zu spezifizieren und weiterzuentwickeln sowie die Qualität suchtpreventiver Maßnahmen zu verbessern, um weiterhin nachhaltig suchtpreventive Aktivitäten in Hessen anbieten und umsetzen zu können.

Zudem muss der Rückgang der Multiplikatorenarbeit in den nächsten Jahren kritisch beobachtet und diskutiert werden, damit die hessische Suchtprävention – mit den vorhandenen Personalressourcen – auch weiterhin ihre Breitenwirkung entfalten kann. Über eine qualitätsgesicherte Maßzahl sollte gesprochen werden.

Für die engagierte und erfolgreiche Zusammenarbeit bedanken wir uns bei allen Fachkräften der Fachstellen für Suchtprävention, ihren Trägern, dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration und allen anderen Multiplikatoren und Kooperationspartnern der Suchtprävention.

Wir freuen uns auf eine weitere gute, kreative und erfolgreiche Zusammenarbeit!
Regina Sahl

Tabelle 46: Übersicht der Suchtpräventions-Programme und Maßnahmen in Hessen³¹

Frühe Kindheit 0-6 Jahre - Krippe, Kindergarten

- | | |
|------------------------|--|
| Universelle Prävention | <ul style="list-style-type: none"> - Papilio und Pailio-ElternClub - Kiks up - Der spielzeugfreie Kindergarten - Die Bücherschatzkiste |
|------------------------|--|

Kindheit 7-13 Jahre - Grundschule, Weiterführende Schule

- | | |
|------------------------|---|
| Universelle Prävention | <ul style="list-style-type: none"> - Klasse, Klasse - Klasse 2000 - Das kleine Ich bin ICH - Netz mit Webfehlern?® - Elternabende und -kurse - Klarsicht-Koffer Parcours - Netbag - Glücksspielprävention - Jugend-Film-Tage |
|------------------------|---|

- | | |
|----------------------|---|
| Selektive Prävention | <ul style="list-style-type: none"> - Pep – Persönlichkeitsförderung - Klarsicht-Koffer Parcours - Netbag |
|----------------------|---|

Jugend 14 bis 18 Jahre - Weiterführende Schule, Ausbildung

- | | |
|------------------------|--|
| Universelle Prävention | <ul style="list-style-type: none"> - Netz mit Webfehlern?® - Prev@work - Klarsicht-Koffer Parcours - Jugend-Film-Tage - Netbag - Elternabende und -kurse - mobile Alkoholfreie Cocktailbar - Glücksspielsuchtprävention - Tom und Lisa - Konfirmation und Alkohol - Cannabisprävention für Schüler und Lehrkräfte |
|------------------------|--|

³¹ Diese Tabelle zeigt beispielhaft Präventionsprogramme für die unterschiedlichen Lebensphasen. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern gewährt einen Einblick in das breite Spektrum der hessischen Suchtprävention.

Jugend 14 bis 18 Jahre - Weiterführende Schule, Ausbildung

Selektive Prävention	<ul style="list-style-type: none"> - Pep-Persönlichkeitsförderungs-Programm - Klarsicht-Koffer Parcours - Netbag - Prev@work - mobile Alkoholfreie Cocktailbar - FreD - AlkoFreD - Tom und Lisa - Konfirmation und Alkohol - Cannabisprävention für Schüler und Lehrkräfte
Indizierte Prävention	<ul style="list-style-type: none"> - HaLT reaktiv

Frühes Erwachsenenalter 19-27 Jahre - Ausbildung, Beruf

Universelle Prävention	<ul style="list-style-type: none"> - Halt proaktiv - Prev@work - Elternabende und -kurse - mobile Alkoholfreie Cocktailbar - Glücksspielprävention
Selektive Prävention	<ul style="list-style-type: none"> - FreD - AlkoFreD

Erwachsenenalter und Alter 28 Plus

Universelle Prävention	<ul style="list-style-type: none"> - HaLT proaktiv - Prev@work - Kinder aus suchbelasteten Familien - mobile Alkoholfreie Cocktailbar - Glücksspielsuchtprävention
------------------------	---

Anhang

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
1	Jugend- und Drogenberatung - Suchthilfe im Vogelsbergkreis	Alsfeld	Ev. kirchlicher Zweckverband Ev. Dekanate JDB im Vogelsbergkreis
2	Beratungs- und Behandlungszentrum für Abhängigkeitserkrankungen	Bad Hersfeld	Zweckverb. für Diakonie in den Kirchenkr. Hersfeld u. Rotenburg
3	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis	Bad Homburg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
4	Betreutes Wohnen im Wetteraukreis in Friedberg, Bad Nauheim und Ockstadt	Bad Nauheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
5	ags - Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtgefährdete, Abhängige und Angehörige	Bad Soden a. Ts.	Arbeitsgemeinschaft gegen Suchtgefahren e.V.
6	Betreutes Wohnen	Bensheim	Wohngemeinschaft Bergstraße e.V.
7	"Der Treff" - Beratungszentrum Biedenkopf	Biedenkopf	Bürgerinitiative Sozialpsychiatrie e.V.
8	Suchtkranken- und Angehörigenberatung	Biedenkopf	Diakonisches Werk in Hessen und Nassau, Frankfurt
9	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Wetteraukreis, Außenstelle Büdingen	Büdingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
10	Suchthilfezentrum Darmstadt - Beratung und Behandlung	Darmstadt	Caritasverband Darmstadt e.V.
11	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Dieburg	Caritasverband Darmstadt e.V.
12	Drogenberatung für den Landkreis Darmstadt-Dieburg	Dieburg	Kreisverwaltung des Landkreises Darmstadt-Dieburg
13	Suchthilfezentrum Wildhof - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Dietzenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
14	Suchtberatung	Dillenburg	Diakonisches Werk Dillenburg
15	Betreutes Wohnen Bremthal - Therapeutische Einrichtung Eppstein	Eppstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
16	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Erbach	Caritasverband Darmstadt e.V.

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnahme	Ort	Träger
17	Betreutes Wohnen im Suchthilfezentrum	Erbach	DRK Kreisverband Odenwaldkreis
18	Suchtberatungsstelle im Suchthilfezentrum	Erbach	DRK Kreisverband Odenwaldkreis
19	Fachstelle für Suchthilfe und Prävention	Eschwege	Diakonisches Werk Werra-Meißner
20	Mobile Beratung in der Stadt Flörsheim	Flörsheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
21	Kontaktladen "La Strada" - Drogenhilfe und Prävention	Frankfurt am Main	AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.
22	Projekt OSSIP	Frankfurt am Main	AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.
23	Drogennotruf	Frankfurt am Main	BASIS - Beratung, Arbeit, Jugend & Kultur e.V.
24	Substitutionsambulanz Grüne Straße	Frankfurt am Main	Bürgerhospital Frankfurt am Main
25	"Claire" - Beratungsstelle für suchtmittelabhängige Frauen	Frankfurt am Main	Calla - Verein zur Förderung der Lebensqualität von Frauen mit Suchtproblemen
26	Fachambulanz für Suchtkranke - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Frankfurt am Main	Caritasverband Frankfurt e.V.
27	Evangelische Suchtkrankenberatung	Frankfurt am Main	Ev. Regionalverband Frankfurt am Main
28	Fachstelle Sucht-Prävention und Therapie. Psychosoziale Beratungs- u. Behandlungsstelle	Frankfurt am Main	Frankfurter Therapieverbund Hessischer Guttempler-Einrichtungen gGmbH
29	BWG Rotlintstraße 76 und Betreutes Einzelwohnen	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
30	Café FriedA - Kontaktcafé und Sozialdienst	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
31	Eastside - Übernachtungs- und Tagesanlaufstelle	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
32	Lichtblick	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
33	Betreute Wohngemeinschaft Eschenbachhaus	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
34	Betreute Wohngemeinschaft Wittelsbacherallee einschl. Betreutes Einzelwohnen	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsname	Ort	Träger
35	Betreutes Wohnen Bahnweg	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
36	Betreutes Wohnen für Menschen mit alkoholbedingten Folgeerkrankungen in Frankfurt	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
37	Bildungszentrum Hermann Hesse	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
38	Drogennotdienst	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
39	Jugenberatung und Suchthilfe Am Merianplatz	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
40	Jugenberatung und Suchthilfe Sachsenhausen	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
41	Stationäre Nachsorge Broßwitzstraße	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
42	Suchthilfezentrum Bleichstraße	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
43	Tagesstätte Bahnweg	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
44	"drop in" - Fachstelle Nord für Suchtfragen	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
45	Jugend- und Drogenberatung Höchst	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
46	Kontaktladen "Café Fix"	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
47	Frauenberatungsstelle	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. und Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V.
48	Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke	Friedberg	Caritasverband Gießen e. V.
49	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Wetteraukreis	Friedberg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
50	Ärztliche Suchthilfe Fulda	Fulda	Ärztliche Suchthilfe Fulda gGmbH
51	Sucht- und Drogenberatungsstelle - Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke und Angehörige	Fulda	Caritasverband für die Regionen Fulda und Geisa e.V.
52	Fachstelle für Sucht	Fulda	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Fulda e.V.

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
53	Jugend- und Drogenberatungsstelle Gelnhausen / Schlüchtern	Gelnhausen	AWO Kreisverband Main-Kinzig e.V.
54	Fachambulanz für Suchtkranke	Gelnhausen	CV für den Main-Kinzig-Kreis e.V.
55	SuchtHilfeZentrum Gießen - Schanzenstraße	Gießen	Arbeitsgemeinschaft Rauschmittelprobleme
56	Paritätische Nachsorge - Einrichtung für Suchtkranke Haus Gilserberg / Haus Haina-Battenhausen	Gilserberg	Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband
57	Jugend- und Drogenberatung	Hanau	Diakonisches Werk Ev. der Kirchenkreise Hanau-Stadt und Hanau-Land
58	Suchtberatung für Erwachsene	Hanau	Diakonisches Werk Ev. der Kirchenkreise Hanau-Stadt und Hanau-Land
59	Suchtberatung für Erwachsene Hanau, Betreutes Einzelwohnen	Hanau	Diakonisches Werk Ev. der Kirchenkreise Hanau-Stadt und Hanau-Land
60	Betreute Wohngemeinschaft und Betreutes Einzelwohnen für Menschen mit einer Alkoholproblematik und weiteren schwerwiegenden Erkrankungen	Hattersheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e. V.
61	Aufsuchende Suchthilfe in der Stadt Hattersheim	Hattersheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
62	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Heppenheim	Caritasverband Darmstadt e.V.
63	Drogenberatung im Landkreis Kassel	Hofgeismar	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
64	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe im Main-Taunus-Kreis	Hofheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
65	Jugend- und Drogenberatung Schwalm-Eder Kreis	Homburg (Efze)	Kreisausschuß des Schwalm-Eder-Kreises
66	Suchthilfe und Suchtprävention für Karben	Karben	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
67	Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Blaukreuz -Zentrum	Kassel	Blaukreuzverein Kassel e.V.
68	Beratungs- und Behandlungsstelle für alkohol- und medikamentenabhängige Erwachsene und Spieler	Kassel	Diakonisches Werk Kassel-Stadt, -Land und Kaufungen

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsname	Ort	Träger
69	Frühintervention für suchtmittelabhängige Schwangere	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
70	Jugend- und Suchtberatung - Ambulante Rehabilitation "JuS"	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
71	Substitutionsfachambulanz "SAM"	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
72	Substitutionsfachambulanz "SAM2"	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
73	Betreute Wohngemeinschaft "Carlotta" der Frauentherapie "Camille"	Königstein	Calla - Verein zur Förderung der Lebensqualität von Frauen mit Suchtproblemen
74	Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen	Korbach	Zweckverband des diakonischen Werkes Waldeck-Frankenberg
75	Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen - Betreutes Wohnen	Korbach	Zweckverband des diakonischen Werkes Waldeck-Frankenberg
76	Mobile Beratung in der Gemeinde Kriftel	Kriftel	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
77	PRISMA - Jugend- und Drogenberatungsstelle für den Kreis Bergstraße	Lampertheim	AWO Bergstrasse Soziale Dienste gGmbH
78	Suchtberatungsstelle	Limburg	Diakonisches Werk Limburg-Weilburg
79	Jugend- und Drogenberatungsstelle Limburg	Limburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
80	Aufsuchende Suchtberatung Maintal	Maintal	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
81	Suchtberatungsstelle des Blauen Kreuzes	Marburg	Blaues Kreuz in Deutschland. Ortsverein Marburg
82	Sucht und Drogenberatung	Marburg	Diakonisches Werk Oberhessen
83	Betreutes Wohnen Teichwiese	Marburg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
84	Jugend-, Drogen-, & Suchtberatung	Mörfelden-Walldorf	Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe e.V.
85	Suchtberatungsstelle im Rheingau-Taunus-Kreis	Oestrich-Winkel	Neue Hoffnung e.V.
86	Psychosoziale Beratung und Behandlung für Suchtkranke	Offenbach	Caritasverband Offenbach e.V.
87	Suchthilfezentrum Wildhof - Betreutes Wohnen	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
88	Suchthilfezentrum Wildhof - Kontaktladen "Bella Vista"	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
89	Suchthilfezentrum Wildhof - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
90	Fachambulanz für Suchtkranke	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.
91	Jugend- und Drogenberatung	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.
92	Betreutes Wohnen	Rüsselsheim	Regionales Diakonisches Werk Groß-Gerau
93	Jugendberatung und Suchthilfe in den Städten Bad Soden, Eschborn, Schwalbach und der Gemeinde Sulzbach	Schwalbach	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
94	Jugend- und Suchtberatungsstelle	Schwalmsstadt	Hephata Hess. Diakoniezentrum e.V.
95	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Rheingau-Taunus-Kreis	Taunusstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
96	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Rheingau-Taunus-Kreis - Betreutes Wohnen	Taunusstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
97	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis - Außenstelle für den Hintertaunus	Usingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
98	Jugend- und Drogenberatungsstelle	Weilburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
99	Integrierte Beratungsstelle Wetter	Wetter	Bürgerinitiative Sozialpsychiatrie e.V.
100	Suchthilfe Wetzlar e.V. - Betreutes Wohnen	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
101	Suchthilfe Wetzlar e.V. - Integrierte Jugend-, Drogen- und Suchtberatungsstelle	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
102	Fachambulanz für Suchtkranke	Wiesbaden	Caritasverband Wiesbaden e.V.
103	Suchthilfezentrum Wiesbaden	Wiesbaden	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.

Liste der an der Dot.sys-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsname	Ort	Träger
1	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Hersfeld-Rotenburg	Bad Hersfeld	Zweckverband für Diakonie in den Kirchenkreisen Hersfeld und Rotenburg
2	Fachstelle Suchtprävention für den Hochtaunuskreis	Bad Homburg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
3	Fachstelle Suchtprävention und Suchthilfekoorordinator der Stadt Darmstadt	Darmstadt	Stadt Darmstadt
4	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Darmstadt-Dieburg	Darmstadt-Dieburg	Kreisausschuss des Landkreises Darmstadt-Dieburg, Jugendamt
5	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Offenbach	Dietzenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
6	Fachstelle Suchtprävention für die Stadt Offenbach	Dietzenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
7	Fachstelle Suchtprävention für den Odenwaldkreis	Erbach	Deutsches Rotes Kreuz – Kreisverband Odenwaldkreis e.V.
8	Fachstelle Suchtprävention für den Werra-Meißner-Kreis	Eschwege	Diakonisches Werk Werra-Meißner
9	Fachstelle Prävention für die Stadt Frankfurt am Main	Frankfurt/Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. (VAE)
10	Fachstelle Suchtprävention für den Wetteraukreis	Friedberg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
11	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Fulda	Fulda	Caritasverband für die Regionen Fulda und Geisa e.V.
12	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Fulda	Fulda	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Fulda e.V.
13	Fachstelle Suchtprävention für den Main-Kinzig-Kreis	Gelnhausen	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Main-Kinzig e.V.
14	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Gießen	Gießen	Arbeitsgemeinschaft Rauschmittelp Probleme e.V.
15	Fachstelle Suchtprävention für die Stadt Hanau	Hanau	Diakonisches Werk der Ev. Kirchenkreise Hanau-Stadt und Hanau-Land
16	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Kassel	Hofgeismar	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
17	Fachstelle Suchtprävention für den Main-Taunus-Kreis	Hofheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
18	Fachstelle Suchtprävention für den Schwalm-Eder-Kreis	Homburg (Efze)	Kreisausschuß des Schwalm-Eder-Kreises

Liste der an der Dot.sys-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnahme	Ort	Träger
19	Fachstelle Suchtprävention für die Stadt Kassel	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
20	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Waldeck-Frankenberg	Korbach	Zweckverband Diakonisches Werk Waldeck-Frankenberg
21	Fachstelle Suchtprävention für den Kreis Bergstraße	Lampertheim	Arbeiterwohlfahrt Bergstrasse Soziale Dienste gGmbH
22	Fachstelle Suchtprävention für den Vogelsbergkreis	Lauterbach	Ev. Kirchlicher Zweckverband Beratungszentrum Vogelsberg
23	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Limburg-Weilburg	Limburg/Lahn	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
24	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Groß-Gerau	Mörfelden-Walldorf	Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe e.V.
25	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Groß-Gerau	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.
26	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Marburg-Biedenkopf	Stadtallendorf	Zweckverband Diakonisches Werk Oberhessen
27	Fachstelle Suchtprävention für den Rheingau-Taunus-Kreis	Taunusstein-Hahn	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
28	Fachstelle Suchtprävention für den Lahn-Dill-Kreis	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
29	Fachstelle Suchtprävention für die Stadt Wiesbaden	Wiesbaden	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.

Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der COMBASS-Daten 2015 und Dot.sys-Daten 2011-2015

2015



*Kompetent durch Erfahrung
Innovativ durch Flexibilität*