



2022

Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der
COMBASS-Daten 2022 und
Dot.sys-Daten 2011-2022



Herausgeberin

im Auftrag des Hessischen Ministeriums
für Soziales und Integration:

Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS)
Zimmerweg 10
60325 Frankfurt a. M.
E-Mail: hls@hls-online.org
Internet: 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

November 2023

ISSN 2366-2344

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

Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der *COMBASS*-Daten 2022

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)

Mit einem Kommentar von
Prof. Dr. Martin Schmid
(Hochschule Koblenz)

Werner Heinz
(ehem. Leiter Suchthilfezentrum Bleichstrasse, Frankfurt)

Landesauswertung der *Dot.sys*-Daten 2011-2022

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

Frankfurt a. M., November 2023

Inhalt

Einführung	5
Landesauswertung der COMBASS-Daten	9
Kurzbeschreibung des Projektes COMBASS	10
Zusammenfassung	12
Zielsetzung und Datengrundlage	19
Personen aus dem sozialen Umfeld	23
Klient*innen	26
Betreuungen	43
Regionale Aspekte	50
Trends 2013 bis 2022	54
Klient*innen im Betreuten Wohnen	68
Zwanzig Jahre digitale Dokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen	71
Landesauswertung der Dot.sys-Daten	77
Suchtpräventionsstrukturen der hessischen Suchthilfe	78
Zusammenfassung	80
Das Dokumentationssystem Dot.sys	84
Datengrundlage und Zielsetzung der Auswertung	85
Trends 2011 bis 2022 der Suchtprävention in Hessen	86
Maßnahmen 2022 nach ihrer Zielebene	98
Einordnung der Dot.sys-Ergebnisse aus Sicht der HLS	102
Anhang	108
Anhang	116
Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen	116
Liste der an der Dot.sys-Auswertung beteiligten Einrichtungen	122

Einführung

Susanne Schmitt, Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS)

Vor Ihnen liegt der 20. Grunddaten-Bericht der Computerbasierten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS). Auf dieses besondere Jubiläum möchte ich gleich zu Beginn meines Vorwortes aufmerksam machen. Seit 20 Jahren liegt für Hessen jährlich eine qualitativ hochwertige landesweite Grunddatenauswertung vor. Durch die Beteiligung fast aller hessischen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen über diesen langen Zeitraum können inzwischen unterschiedliche Aspekte der Suchthilfe in Hessen beleuchtet und dadurch wertvolle Informationen für die Praxis geliefert werden.

Erstmalig ab dem Jahr 2022 werden die Daten der Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe und des Betreuten Wohnens separat ausgewertet. Dies ermöglicht zukünftig für beide Einrichtungstypen eine differenziertere Betrachtung der Daten und eine gezieltere Herangehensweise an ihre Analyse. Spezifische Trends und Entwicklungen lassen sich genauer identifizieren und ggfs. entsprechende Handlungsschritte ableiten. Die Ergebnisse der Einrichtungen des Betreuten Wohnens werden in einem eigenen Kapitel beschrieben.

Ergänzt wird der Bericht in diesem Jahr durch einen Kommentar von Prof. Dr. Martin Schmid (Hochschule Koblenz) und Werner Heinz (ehem. Leiter Suchthilfezentrum Bleichstrasse, Frankfurt). Die Autoren haben bereits in der Vergangenheit durch verschiedene Kommentare Einordnungen der Ergebnisse der Basisdokumentation vorgenommen. In diesem Bericht widmen sie sich einem Rückblick und Ausblick der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen.

Im diesjährigen Bericht werden ebenfalls wieder die Ergebnisse der beiden computergestützten Dokumentationen der ambulanten Suchthilfe in Hessen als auch der hessischen Fachstellen für Suchtprävention in einem Band publiziert. Vier Infografiken verdeutlichen bildhaft wichtige Auswertungsergebnisse beider Dokumentationssysteme.

Die ambulante Suchthilfe in Hessen arbeitet mit der Software Horizont um klientenbezogene Daten abzubilden, die Fachstellen für Suchtprävention nutzen das Programm Dot.sys 4.0 und erheben damit die selbst durchgeführten Maßnahmen.

Bereits in den letzten Jahren wurde 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 Klient*innen und bei den erbrachten Leistungen aufgezeigt werden.

Der erste Teil des vorliegenden Datenberichtes widmet sich der Auswertung der ambulanten Suchthilfe. Die COMBASS-Grunddatenauswertung 2022 basiert auf den Daten von 81 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe, die von knapp 17.000 Klient*innen und ca. 1.600 Personen aus dem sozialen Umfeld („Angehörige“ und Andere) in Anspruch genommen wurden. Weitere rund 3.900 Personen haben die Einrichtungen nur einmal aufgesucht haben. Da die Einmalkontakte einen nicht unwesentlichen Anteil der Beratungen und Betreuungen ausmachen, werden sie in die folgenden und zukünftigen Auswertungen integriert. Das addiert sich zu der Gesamtzahl von über 22.000 Ratsuchenden, die sich in 2022 an die ambulante Suchthilfe in Hessen gewandt haben.

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

Im **Kapitel „Trends 2013 bis 2022“** werden diejenigen Trends geschildert, die in der *COMBASS*-Steuerungsgruppe in den letzten Jahren zu besonderen inhaltlichen Reflektionen und Diskussionen geführt haben. Abweichungen gegenüber den Vorjahren können sich z.B. hinsichtlich der Angebotsstrukturen oder gesellschaftliche Rahmenbedingungen ergeben. Ausgewählte Ergebnisse werden jeweils getrennt für die drei großen Hauptprobleme - Alkohol, Opioide, Cannabinoide - berichtet.

Die Basis der Trendanalyse stellen 65 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum von 2013 bis 2022 an der *COMBASS*-Dokumentation beteiligt haben.

Vor allem bei erstbetreuten Klient*innen werden Veränderungen bezüglich des (problematischen) Konsumverhaltens sowie der Inanspruchnahme von Hilfen deutlich und liefern damit wertvolle Erkenntnisse für die Praxis.

Für den **Berichtsteil der Suchtprävention in Hessen der Dot.sys-Daten** 2011 bis 2022 bilden die von 29 Fachstellen für Suchtprävention dokumentierten Maßnahmen die Grundlage der Auswertungen. Die Datengrundlage stellt für jedes der betrachteten Jahre (2011 bis 2022) die im jeweiligen Jahr begonnenen Maßnahmen dar. Die Anzahl der dokumentierten Maßnahmen im Untersuchungszeitraum 2011 bis 2019 lag zwischen 2.300 und 2.800 pro Jahr. Mit diesen Maßnahmen erreichten die Fachstellen pro Jahr ca. 70.000 Personen: 15.000 Multiplikator*innen und 55.000 Endadressat*innen, wie Kinder und Jugendliche.

Lediglich in den beiden Jahren der Coronapandemie 2020 und 2021 wurden aufgrund von Kontaktbeschränkungen und Lockdowns rund 2.000 bzw. 2.300 Maßnahmen durchgeführt und ca. 33.000 bzw. 35.000 Personen erreicht. Erfreulicherweise stiegen die Zahlen in 2022 mit 2.700 Maßnahmen wieder auf ein hohes Niveau und insgesamt über 50.000 Personen wurden erreicht. Davon ca. 13.000 Multiplikator*innen und 37.000 Endadressat*innen, wie Kinder und Jugendliche.

Auch im diesjährigen Bericht wurden zu ausgewählten *COMBASS*- als auch *Dot.sys*-Daten erneut vier Info-Grafiken erstellt. Die Grafiken bieten einen strukturierten Überblick hinsichtlich der Klientel und erbrachten Leistungen in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen sowie der Suchtprävention in Hessen 2022.

Die **Trendanalyse für den Bereich der ambulanten Suchthilfe** zeigt einige Auffälligkeiten bei den Hauptproblemlagen:

- Bei der **Opioid-Klientel** wird ein starker Trend eines abnehmenden relativen Anteils in 2022 sichtbar: der Wert verringerte sich auf 15 % gegenüber 24 % im Jahr 2013.
- Der Anteil der **Cannabis-Klientel**, die das ambulante Suchthilfesystem aufgesucht haben, hat im betrachteten Zeitraum von 16 % auf 24 % zugenommen. Auch der relative Anteil der Cannabinoid-Konsument*innen, die neu aufgenommenen wurden, ist von 23 % auf 33 % angewachsen. Dies ist ein immenser Zuwachs.

Anhand der **Trendanalyse im Bereich der Suchtprävention** ist ein stetiger Zuwachs bei den substanzspezifischen Angeboten zu **Cannabis und Tabak** zu verzeichnen. Der prozentuale Anteil der cannabisbezogenen Maßnahmen der Fachstellen für Suchtprävention stieg im Berichtszeitraum (2011 bis 2022) von 34 % auf 61 %. Dies entspricht nahezu einer Verdoppelung.

Tabakspezifische Maßnahmen verzeichnen einen Zuwachs von 29 % auf 39 %. Dabei ist zu beachten, dass sich 30 % der suchtmittelspezifischen Maßnahmen mit E-Dampfprodukten wie E-Shisha und E-Zigarette beschäftigen.

Im Bereich der **Verhaltenssüchte** werden insgesamt 10 % der suchtpreventiven Maßnahmen durchgeführt. Der Anteil der Maßnahmen in der Kategorie „**Problematischer Umgang mit digitalen Medien**“ liegt bei 85 % gefolgt von der Kategorie „**Pathologischer Umgang mit Videospiele**n“ mit 49 % auf einem sehr hohen Niveau.

Während in den Coronajahren 2020 und 2021 der Anteil derjenigen Aktivitäten, die sich an Multiplikatoren*innen richteten stark anstieg (54 % und 55 %), sank ihr Anteil in 2022 auf 43 %. Dies ist ein Rückgang von 12 Prozentpunkten gegenüber dem Vorjahreswert. Umgekehrt weisen die Maßnahmen, die sich direkt an die Endadressat*innen richteten, im Berichtsjahr mit 52 % einen Höchstwert auf. In 2020 und 2022 lagen die Werte bei 37 % bzw. 39 %.

Ich freue mich besonders, dass Frau Regina Sahl als Koordinatorin für Suchtprevention in der HLS die wissenschaftliche Auswertung in einem eigenen Kapitel kommentiert. Dies erleichtert den Leser*innen 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 Mitarbeiter*innen durch die hohe Dokumentationsqualität und die Verbesserungsanregungen,
- die Firma NTConsult, durch die Weiterentwicklung des Programms HORIZONT,
- 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 Koordination für Suchtprevention in der HLS, Frau Regina Sahl.

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Auswertungsergebnisse ist den jeweiligen Hauptkapiteln vorangestellt.

Ich wünsche Ihnen beim Lesen viel Vergnügen



Susanne Schmitt

- Geschäftsführerin -

Landesauswertung der *COMBASS*-Daten 2022

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)

Mit einem Kommentar von
Prof. Dr. Martin Schmid
(Hochschule Koblenz)

Werner Heinz
(ehem. Leiter Suchthilfezentrum Bleichstrasse, Frankfurt)

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 Klient*innen- und Leistungsdokumentation. Sie ist so angelegt, dass trägerintern beide Bereiche ausgewertet werden. Auf Landesebene wird regelhaft die Klient*innendokumentation (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 rund 100 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe (auch einige Einrichtungen aus den Bereichen „Betreutes Wohnen“ und „Arbeits- und Beschäftigungsprojekte“). Das Dokumentationssystem wird an rund 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. Der HKDS ist eine betreuungsbezogene Dokumentation mit verlaufssensitiven Fragen. Auf der Grundlage des HKDS werden die *COMBASS*-Berichte erstellt.

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

Die Fragen werden nur soweit durch die Mitarbeiter*innen in den Einrichtungen beantwortet, wie diese im Laufe des Betreuungsprozesses anfallen und für eine adäquate Beratung und Betreuung notwendig sind. Zudem 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 Klient*innen 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 Klient*innen 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. Jährliche Grunddaten-Berichte 2003 bis 2022
2. Spezialanalysen: Regionale Aspekte, Cannabis, Inanspruchnahmeverhalten Ambulante Rehabilitation, Personen aus dem sozialen Umfeld

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. Die Daten der vorliegenden Auswertung wurden mit der Programmversion HORIZONT 5.0 erhoben.

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht für das Jahr 2022 beschreibt die Klientel der ambulanten Suchthilfe in Hessen und die von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen. Zudem enthält der Bericht eine Trendanalyse der Jahre 2013 bis 2022 sowie eine kurze Auswertung nach regionalen Kriterien. Erstmals erfolgt eine kurze, separate Beschreibung der im Betreuten Wohnen dokumentierten Klientel.

Im Jahr 2022 haben sich insgesamt 81 Einrichtungen an der Auswertung beteiligt. Von diesen Einrichtungen wurden Hilfe- und Beratungsleistungen für insgesamt 18.395 verschiedene Klient*innen dokumentiert. Davon handelt es sich bei 2.677 um Einmalkontakte. Hinzu kommen 2.827 Personen – darunter 1.210 Einmalkontakte – aus dem sozialen Umfeld („Angehörige“ und Andere).

Darüber hinaus beteiligt sich auch ein Teil der Einrichtungen des betreuten Wohnens am COMBASS-Projekt (N=17). Auf Beschluss der COMBASS-Steuerungsgruppe werden die Daten aus diesem Hilfebereich ab dem Berichtsjahr 2022 aus der Gesamtauswertung herausgenommen und in einem kurzen separaten Teil vorgestellt.

Statusbericht 2022

Personen aus dem sozialen Umfeld

Drei Viertel der Personen aus dem sozialen Umfeld („Angehörige“) sind weiblich, ein Viertel männlich. Bei 43 % bleibt es bei einem Einmalkontakt mit der Suchthilfe. Im Durchschnitt sind diese Personen 48,3 Jahre alt; Männer sind dabei etwas älter als Frauen. In der Mehrheit der Fälle (52 %) handelt es sich um Elternteile der Person mit einem Suchtproblem, wobei dieser Anteil bei den Männern größer ist als bei den Frauen. Bei Frauen liegt dafür der Anteil derer, die wegen eines Suchtproblems des Partners/der Partnerin kommen, mit 29 % deutlich höher als bei den Männern mit 14 %.

Geschlecht, Alter, Nationalität

Fast drei Viertel der Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe sind männlich (74 %). Die Klient*innen sind im Durchschnitt 37,9 Jahre alt. 76 % von ihnen besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit; 31 % haben einen Migrationshintergrund.

Hauptproblemgruppen

Bei 42 % der gesamten Klientel stellt die Hauptproblemsubstanz Alkohol dar; es folgen die Gruppen der Cannabinoid-Konsumierenden (24 %) und der Opioid-Abhängigen (14 %). Für 6 % steht das problematische Glücksspiel im Vordergrund. Jeweils 4 % kommen aufgrund des Konsums synthetischer Stimulanzien (Amphetaminderivate inklusive MDMA) oder Kokain zur hessischen Suchthilfe.

Ein etwas anderes Bild der Verteilung von Problemgruppen ergibt sich, wenn ausschließlich die neu aufgenommenen Klient*innen betrachtet werden: Hier liegt der Anteil der Klient*innen mit Alkoholkonsum als Hauptproblem mit 45 % etwas über dem Wert der Gesamtgruppe. Stärker ist hier die Hauptproblemgruppe Cannabinoide mit einem prozentualen Anteil von 30 % vertreten.

Weitaus niedriger als in der Gesamtgruppe liegt hingegen der Anteil bei den Opioid-Neuaufnahmen: er beträgt nur 5 %.

Auswertungen nach Hauptdiagnosegruppen

Nicht nur innerhalb der Gesamt-Klientel, sondern auch in (fast) allen Hauptproblemgruppen überwiegt der Anteil der männlichen Klienten deutlich. Eine besonders starke Überrepräsentanz von Männern ist in der Gruppe der problematisch Glücksspielenden (91 %) zu beobachten.

Bei einer Betrachtung der Altersverteilung innerhalb der einzelnen Hauptproblemgruppen wird deutlich, dass die Cannabinoid-Klient*innen mit einem Durchschnittsalter von 24,9 Jahren weiterhin die jüngste Gruppe innerhalb der hessischen Suchthilfe-Klientel darstellen. Demgegenüber sind die Alkohol- und Opioid-Klient*innen mit jeweils durchschnittlich 45,2 Jahren die beiden ältesten Hauptproblemgruppen.

Bei der Lebenssituation stellt sich die Lage wie folgt dar: Den größten Anteil derjenigen, die mit einem Partner oder einer Partnerin (und ggf. Kindern) zusammenleben, gibt es bei den problematisch Glücksspielenden mit einem Wert von 46 %. Ein hoher Anteil von Alleinlebenden findet sich dagegen bei der Opioid-Klientel (47 %). Von den (vergleichsweise jungen) Cannabinoid-Klient*innen leben viele noch bei den Eltern (47 %).

Bei den Konsumierenden von Opioiden leben 15 % in einer prekären Wohnsituation. Auch bei Cannabinoid-Klientel ist dieser Wert mit 6 % noch vergleichsweise hoch.

Bei der Opioid-Klientel sind 64 % ohne Arbeit, wohingegen dieser Wert bei den problematisch Glücksspielenden mit 18 % vergleichsweise niedrig ausfällt. Festzuhalten ist allerdings, dass die Arbeitslosigkeit in sämtlichen Hauptdiagnosegruppen diejenige der Allgemeinbevölkerung jeweils um ein Vielfaches übersteigt.

Am häufigsten ist die Gruppe der problematisch Glücksspielenden verschuldet: beinahe drei von vier Personen haben Schulden (71 %). Hier finden sich auch die höchsten Werte für hohe Schulden (28 % mit mehr als 25.000 Euro). Seltener mit Schulden belastet sind hingegen die Cannabinoid- (20 %) und Alkohol-Klient*innen (21 %).

Betreuungen

48 % der Betreuungen kommen ohne Vermittlung zustande. In einem Viertel der Fälle (25 %) werden Klient*innen über professionelle Hilfen (andere Suchthilfeeinrichtungen, ärztliche Praxen etc.) in die Angebote der ambulanten Suchthilfe vermittelt. 14 % der Betreuungen erfolgen nach Vermittlung durch Justiz, JVA oder Ämter, 8 % durch das soziale Umfeld. Sehr selten wird diese über Arbeitgeber, Betrieb oder Schule (2 %) sowie mittels Arbeitsagenturen, Jobcentern oder Arbeitsgemeinschaften (1 %) in die Wege geleitet.

Die Beratung ist mit einem Anteil von 58 % die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Die psychosoziale Betreuung Substituierter ist mit 9 % die zweithäufigste Betreuungsform. Bei jeweils 5 % der Betreuungen handelt es sich um Frühinterventionen oder um eine Ambulante Rehabilitation, bei jeweils 4 % um Vorbereitungen auf stationäre Behandlungen, Allgemeine Psychosoziale Beratungen oder um Maßnahmen der Suchtnachsorge. Andere Betreuungsformen machen 9 % der Fälle aus.

Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller im Jahr 2022 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 177 Tage. Frauen werden dabei mit durchschnittlich 186 Tagen länger betreut als Männer (175 Tage). Die Opioid-Klientel weist mit 414 Tagen den mit Abstand höchsten Wert auf. Die niedrigste durchschnittliche Betreuungsdauer findet sich bei den Cannabinoid-Konsumierenden (141 Tage).

Insgesamt 62 % der Betreuungen werden regulär abgeschlossen. Dabei handelt es sich entweder um eine planmäßige Beendigung (53 %) oder um eine planmäßige Weitervermittlung in ein anderes Angebot (9 %). 33 % der Betreuungen werden durch die Klient*innen und 2 % durch die Einrichtung abgebrochen; bei ebenfalls 2 % 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 eine Verbesserung erreicht werden konnte; bei 57 % wurde eine Verbesserung der Problematik dokumentiert. 39 % der Klient*innen weisen am Ende ihrer Betreuung eine unveränderte Suchtproblematik auf, bei 3 % hat sich diese verschlechtert und bei weniger als 1 % ist während der Betreuung mindestens eine neue Suchtproblematik aufgetreten.

Regionale Aspekte

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

Der Anteil weiblicher Personen unter der Suchthilfe-Klientel liegt in den drei regionalen Kategorien kaum auseinander: am höchsten ist er mit 27 % in Frankfurt und in den Landkreisen, am niedrigsten mit 24 % in den Großstädten. Auch im Hinblick auf das Alter zeigen sich nur geringfügige regionalspezifische Unterschiede. Das Durchschnittsalter der Gesamt-Klientel liegt zwischen 36,8 und 37,3 Jahren, wobei die Frauen in den Landkreisen und Großstädten ungefähr drei Jahre älter sind als die Männer (in Frankfurt besteht dieser Unterschied nicht).

Bei 29 % der im Jahr 2022 in den Frankfurter Einrichtungen betreuten Klient*innen handelt es sich um Opioid-Abhängige, während bei einem knappen Viertel ein Alkoholproblem im Vordergrund der Betreuung steht (24 %). In den Landkreisen und Großstädten stellt sich dieses Verhältnis gänzlich anders dar: Die Anteile der Alkohol-Klientel liegen hier bei 46 % bzw. 45 %, während sich diejenigen für die Opioid-Klientel auf 11 % bzw. 12 % belaufen.

Der Anteil von Personen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft liegt in der Metropole Frankfurt mit 42 % am höchsten, in den Landkreisen mit 19 % am niedrigsten. Ebenfalls sind Klient*innen mit einem Migrationshintergrund mit einem Anteil von 42 % in Frankfurt häufiger vorzufinden als in den vier anderen Großstädten mit 35 % (Landkreise: 27 %).

Bei der Betrachtung der Erwerbssituation zeigt sich, dass in den Landkreisen und Großstädten der Anteil derjenigen, die über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz verfügen, deutlich größer ist als in der Metropole Frankfurt (58 % bzw. 56 % zu 43 %). Korrespondierend damit ist in Frankfurt der Anteil der ALG II-Beziehenden am höchsten (32 %).

Trends 2013 bis 2022

Die Basis der Trendanalyse stellen 65 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum an der COMBASS-Dokumentation beteiligt haben. Die folgenden Auswertungen stellen die wichtigsten Entwicklungen zwischen 2013 und 2022 dar. Es kann hier zu Abweichungen gegenüber den Ergebnissen des Statusberichtes 2022 kommen (N=81 Einrichtungen).

Der prozentuale Anteil der Personen aus dem sozialen Umfeld an allen betreuten Personen lag über den ganzen Betrachtungszeitraum etwas schwankend bei 6 % bis 9 %.

Bei den betreuten Klient*innen ist der Anteil der Neuaufnahmen – d. h. der Erstkontakt zur ambulanten Suchthilfe in Hessen findet im jeweiligen Jahr statt – seit 2013 von 30 % auf 26 % zurückgegangen.

Werden die Entwicklungen bei den Personen aus dem sozialen Umfeld sowie bei den Klient*innen geschlechtsspezifisch betrachtet, zeigt sich, dass bei den Personen aus dem sozialen Umfeld der stark dominierende Anteil der Frauen seit 2013 von 78 % auf 74 % zurückgegangen ist. Bei den Klient*innen ist der Anteil der weiblichen Personen auf einem sehr konstanten, wenn auch niedrigeren Niveau: bei gut einem Viertel (27 % bzw. 28 %).

Das Durchschnittsalter der Klient*innen hat sich zwischen 2013 und 2022 um etwa ein Jahr von 38,3 auf 39,2 Jahre erhöht. Dabei zeigt sich, dass das Durchschnittsalter der Frauen kontinuierlich um 3 Jahre höher ist als das der Männer (2022: 41,5 zu 38,4 Jahre). Das durchschnittliche Alter der (jährlichen) Neuaufnahmen ist dagegen seit 2013 um etwa ein Jahr von 34,5 auf 33,6 Jahre gefallen.

Bei den Hauptproblemen der Klientel zeigt sich, dass der relative Anteil der Klient*innen mit einer Alkoholproblematik seit dem Jahr 2013 sich in einem Korridor zwischen 40 % und 44 % bewegt. Bei der Opioid-Klientel wird ein starker Trend eines abnehmenden relativen Anteils deutlich: der Wert für 2022 beträgt nur noch 15 %, neun Jahre zuvor waren es noch 24 %.

Der Anteil der Cannabinoid-Konsument*innen, die das ambulante Suchthilfesystem in Hessen aufsuchen, hat dagegen im betrachteten Zeitraum von 16 % auf 24 % zugenommen. Auch bei den Stimulanzien und Kokain ist ein leichter prozentualer Anstieg über die Jahre feststellbar (von 3 % auf 5 % bzw. von 2 % auf 4 %). Der aktuelle Anteil der problematisch Glücksspielenden liegt bei 5 %.

Bei den neu aufgenommenen Personen mit Alkoholproblemen ist der relative Anteil von 2013 bis 2019 von 48 % auf 40 % zurückgegangen, um im Jahr 2022 wieder auf 45 % anzusteigen. Der Anteil der Neuaufnahmen mit einem opioidbezogenen Hauptproblem hat sich über die Jahre halbiert: von 8 % in 2013 auf 4 % im aktuellen Beobachtungsjahr.

Der prozentuale Anteil der problematisch Glücksspielenden hat sich seit dem Jahr 2013 ebenfalls halbiert: von 10 % auf 5 %. Die (neu aufgenommene) Cannabinoid-Klientel hat dagegen seit 2013 deutlich an Bedeutung gewonnen: ihr relativer Anteil ist von 23 % auf 33 % angewachsen.

Bei der Alkohol-Klientel ist der prozentuale Anteil von erwerbstätigen Personen seit dem Jahr 2013 um 14 Prozentpunkte von 29 % auf 43 % angewachsen. Gleichzeitig hat sich der Anteil der ALG II-Empfänger*innen stark reduziert, von 34 % auf aktuell 18 %. Eine andere Entwicklung ist bei der Opioid-Klientel festzustellen: Der Anteil der erwerbstätigen Personen ist seit dem Jahr 2013 in

etwa auf dem gleichen Niveau, der entsprechende prozentuale Anteil bewegt sich zwischen 16 % und 18 %. Dagegen ist derjenige der ALG II-Empfänger*innen stark zurückgegangen: von 65 % auf 44 %. Gleichzeitig ist aber ein deutlicher Anstieg von SGB XII-Beziehenden zu registrieren: von 3 % auf 18 %.

Die Beratung ist die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform in der ambulanten Suchthilfe Hessens. Dabei ist ihr relativer Anteil zwischen 2013 und 2022 von 43 % auf 55 % angestiegen. Die zweithäufigste Betreuungsform der letzten neun Jahre ist mit einem aktuellen Wert von 9 % die Psychosoziale Betreuung für Substituierte (PSB). Hier ist ein Rückgang um 8 Prozentpunkte seit 2013 zu konstatieren. Bei der Ambulanten Rehabilitation (AR) ist es seit 2013 ebenfalls zu einem starken Rückgang von 13 % auf 6 % gekommen.

Bei der Art der Beendigung der Betreuung ergeben sich beim Anteil planmäßiger Beendigungen („regulär“ und „planmäßiger Wechsel“ zusammengefasst) unterschiedliche Entwicklungen, wenn die drei Hauptproblemgruppen betrachtet werden: So zeigt sich für die Alkohol-Klientel im gesamten Beobachtungszeitraum ein relativ stabiler Anteil zwischen 62 % und 65 %. Der entsprechende Wert für die Opioid-Klientel hat dagegen auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau weiter abgenommen: er beträgt aktuell nur noch 38 %. Bei der Cannabinoid-Klientel ist dagegen der Anteil planmäßiger Beendigungen über die Jahre von 62 % auf 69 % angestiegen.

Betreutes Wohnen

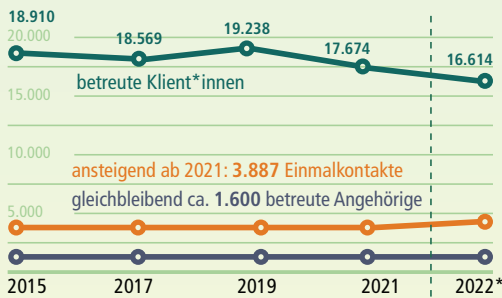
Im Jahresbericht 2022 werden erstmalig die Personen gesondert beschrieben, die im Bereich des Betreuten Wohnens erfasst werden. Es handelt sich dabei um insgesamt 1.469 Personen.

Der Frauenanteil liegt bei 39 % und der Anteil der Männer bei 61 %. Das durchschnittliche aktuelle Lebensalter beträgt 48,0 Jahre. 84 % der im Betreuten Wohnen dokumentierten Personen besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit. Der Anteil an Menschen mit einem Migrationshintergrund liegt bei rund einem Viertel (24 %). Hinsichtlich der Erwerbssituation zeigt sich, dass rund zwei Drittel (67 %) der Klientel arbeits- bzw. erwerbslos ist.

Bei mehr als der Hälfte der Personen im betreuten Wohnen steht ein Alkoholproblem (51 %) im Vordergrund, bei rund einem Fünftel ein Opioidproblem (21 %). Ein problematischer Cannabinoidkonsum als Hauptproblemlage wird für rund ein Zehntel der Klientel (12 %) benannt.

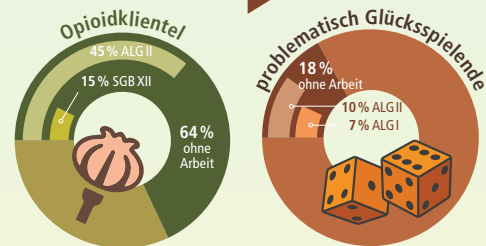
Klientel und erbrachte Leistungen der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hessen 2022

Inanspruchnahme der Beratungsstellen in den letzten Jahren nahezu konstant



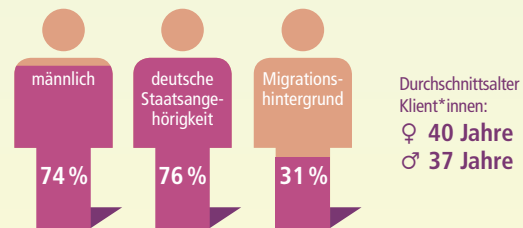
*Änderung der Auswertungslogik, d. h. ab 2022 ohne Einrichtungen des Betreuten Wohnens.

Erwerbssituation und Transferleistungen

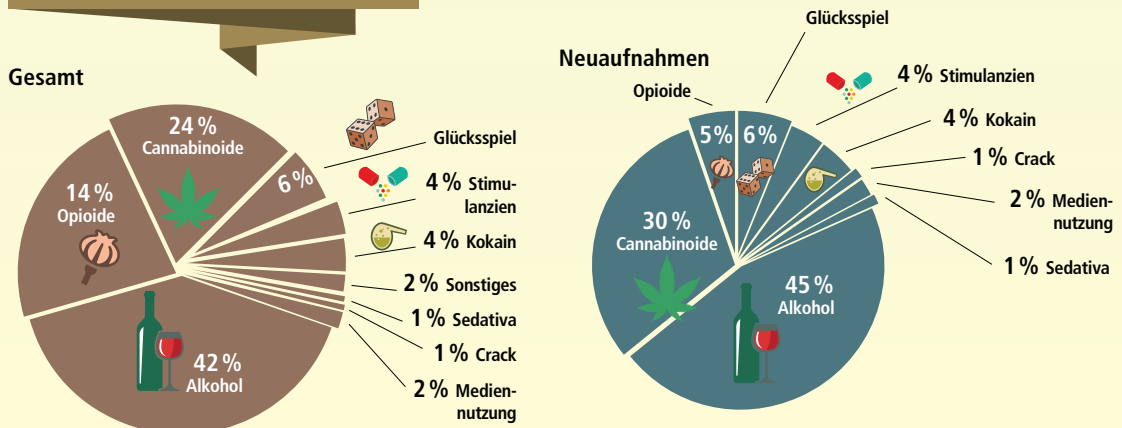


Die Arbeitslosigkeit ist in allen Hauptproblemgruppen höher als bei der Allgemeinbevölkerung.

Geschlecht, Alter, Nationalität der Klient*innen



Verteilung nach Hauptproblemen

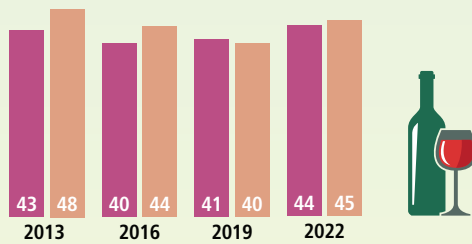


Hauptprobleme Alkohol, Opioide, Cannabinoide und Glücksspiel

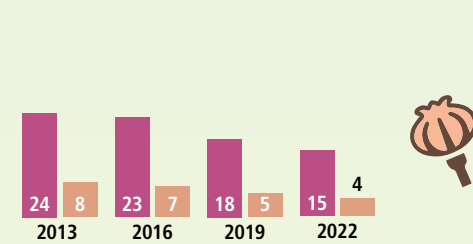
Die Basis der dargestellten Trendauswertungen stellen 65 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Betrachtungszeitraum an der COMBASS-Dokumentation beteiligt haben.

Trends 2013 - 2022

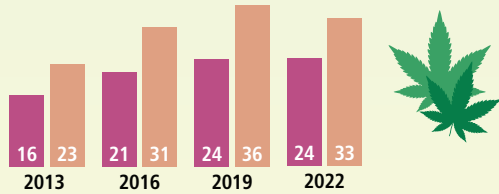
Anteil der Hauptproblemgruppe Alkohol an der Gesamtklientel und den Neuaufnahmen in %



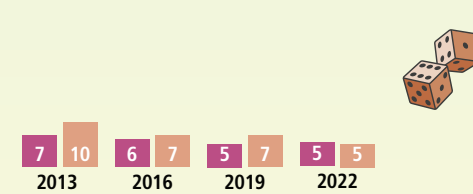
Anteil der Hauptproblemgruppe Opioide an der Gesamtklientel und den Neuaufnahmen in %



Anteil der Hauptproblemgruppe Cannabinoide an der Gesamtklientel und den Neuaufnahmen in %

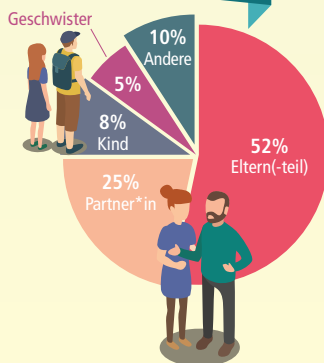


Anteil der Hauptproblemgruppe Glücksspiel an der Gesamtklientel und den Neuaufnahmen in %

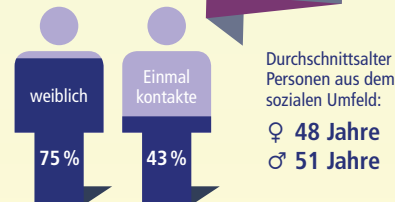


Angehörige und andere Personen aus dem sozialen Umfeld in Hessen 2022

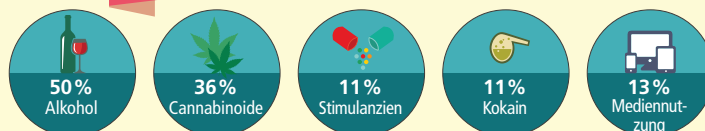
Beziehungsverhältnis zur Person mit Suchtproblem



Geschlecht, Einmalkontakte, Alter



Häufigste Suchtprobleme*



*aus Sicht der Angehörigen und Personen aus dem sozialen Umfeld, Mehrfachnennungen möglich

Zielsetzung und Datengrundlage

Im vorliegenden Jahresbericht 2022 werden die soziodemografische Situation der Klientel der ambulanten Suchthilfe in Hessen und die von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen beschrieben. Hierbei wird eine vergleichende Perspektive eingenommen, indem nach den verschiedenen Hauptproblemgruppen getrennt ausgewertet wird. Es werden die soziale und die Betreuungssituation von acht verschiedenen Gruppen dargestellt: der Opioid-, Alkohol-, Cannabinoid-, Kokain-, Crack-, Stimulanzien- und Sedativa-Klientel sowie der problematisch Glücksspielenden. Anhand dieser Vorgehensweise können klientelbezogene Besonderheiten deutlich gemacht werden, die für die praktische Arbeit von Bedeutung sein können.

Darüber hinaus enthält der Bericht eine kurze Beschreibung der im Betreuten Wohnen dokumentierten Klientel, der hilfesuchenden Menschen aus dem sozialen Umfeld der Betroffenen, eine regionalspezifische Auswertung und eine Trendanalyse über die Jahre 2013 bis 2022. 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 Personen aus dem sozialen Umfeld und Neuaufnahmen, das Durchschnittsalter, die Hauptprobleme und die Erwerbssituation der Klient*innen sowie die Betreuungsform, durchschnittliche Betreuungsdauer und Art der Beendigung der Betreuung.

Datengrundlage

Der vorliegende Bericht basiert vorwiegend auf den Daten von 81 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe. Die überwiegende Zahl dieser Einrichtungen wird durch Landesmittel gefördert, einige Einrichtungen sind ausschließlich kommunal und/oder kirchlich finanziert. Darüber hinaus beteiligt sich auch ein Teil der Einrichtungen des betreuten Wohnens am *COMBASS*-Projekt (N=17). Auf Beschluss der *COMBASS*-Steuerungsgruppe werden die Daten aus diesem Hilfebereich ab dem Berichtsjahr 2022 aus der Gesamtauswertung herausgenommen und in einem kurzen separaten Teil vorgestellt. Für die niedrigschwellige Drogenarbeit in Hessen gilt, dass nicht alle Einrichtungen dem *COMBASS*-Projekt angehören.

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 seit 2017 gültigen Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS 3.0¹), welcher vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) verabschiedet wurde. Zudem enthält der HKDS landesspezifische Ergänzungen, die von der *COMBASS*-Steuerungsgruppe festgelegt wurden.²

Im Folgenden werden Klient*innen sowie Menschen aus dem sozialen Umfeld von Betroffenen gezählt, sofern sie im Jahr 2022 mindestens eine dokumentierte Betreuung in Anspruch genommen haben.

¹ <https://www.suchthilfestatistik.de/kds/kds-manual.html>

² https://www.isd-hamburg.de/dl/HKDS_2017.pdf

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 Definition von „Klient*innen“ zu achten ist. So wird beispielsweise in der deutschen Suchthilfestatistik eine andere Zählweise benutzt.²

Diese stellt keine Auswertung über Einzelpersonen, sondern über Betreuungsvorgänge des jeweiligen Berichtsjahres dar. Dies kann, im Gegensatz zur vorliegenden Auswertung, dazu führen, dass Klient*innen 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 die Deutsche Suchthilfestatistik ein.

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 Klient*innen und Personen aus dem sozialen Umfeld jedoch mit einem (nochmals verschlüsselten) Klientelpseudonym (HIV-Code) gekennzeichnet, welcher es ermöglicht, nicht nur innerhalb einer Einrichtung Daten einer (anonymisierten) Person zuzuordnen, sondern auch über die Einrichtungen hinweg.⁴

*Vorkommen identischer Klient*innen-Pseudonyme in unterschiedlichen Einrichtungen*

Ob eine Person in mehreren Einrichtungen in Betreuung war, kann durch einen Vergleich der Klient*innen-Pseudonyme zwischen allen beteiligten 81 Einrichtungen ermittelt werden. 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. Insgesamt wurden 3 % der dokumentierten Personen in mehr als einer Einrichtung erfasst (siehe Tabelle 1).

Mit Hilfe der Klientelpseudonyme lässt sich berechnen, 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 klientel-

³ Schwarzkopf, L., Künzel, J., Murawski, M. & Specht, S. (2022). Suchthilfe in Deutschland 2021. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforchung.

⁴ 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 Klient*innen und ist datenschutzrechtlich abgesichert.

bezogenen Auswertungen dar: im Jahr 2022 handelt es sich dabei um 18.395 unterschiedliche Klient*innen und 2.827 unterschiedliche Personen aus dem sozialen Umfeld der Betroffenen.

Tabelle 1: Vorkommen identischer Klientelpseudonyme in unterschiedlichen Einrichtungen

Klientelpseudonyme in	Klient*innen	Personen aus dem soz. Umfeld	Gesamt
einer Einrichtung	97 %	99 %	97 %
zwei Einrichtungen	3 %	1 %	3 %
drei Einrichtungen	0,1 %	0 %	0,1 %
mehr als drei Einrichtungen	0,0 %	0 %	0,0 %
Personen landesweit (N)	18.395	2.827	21.222

In Hessen besteht die Möglichkeit, auch Kurzbetreuungen mit lediglich einem Kontakt, so genannte Einmalkontakte, betreuungsbezogen zu dokumentieren. Einmalkontakte entstehen beispielsweise, wenn im Erstkontakt festgestellt wird, dass ein einmaliges Beratungsgespräch ausreichend ist oder bei einer anderen Einrichtung ein adäquates Hilfeangebot besteht. Insgesamt lassen sich 2.677 unterschiedliche Klient*innen für das Jahr 2022 finden, die ausschließlich solche Einmalkontakte in Anspruch nahmen (siehe Tabelle 2). Da Einmalkontakte einen nicht unwesentlichen Anteil der Beratungen und Betreuungen ausmachen, werden diese in die folgenden Auswertungen integriert.

Auf Grundlage der Klientelpseudonyme lässt sich eine Zahl von 2.846 Personen aus dem sozialen Umfeld („Angehörige“ und Andere) für das Jahr 2022 berechnen, wovon 1.210 Einmalkontakte sind.

Mit 81 Einrichtungen zeigt sich im aktuellen Berichtsjahr wieder eine ausgesprochen gute Beteiligung auf Seiten der dokumentierenden Einrichtungen. Bei der Betrachtung der Tabelle muss unbedingt bedacht werden, dass in den Vorjahren die Daten der Einrichtungen des betreuten Wohnens integriert waren (siehe oben). Hierdurch lassen sich die aktuellen Zahlen mit den Zahlen der Vorjahre nur bedingt vergleichen.

Tabelle 2: Datengrundlage

Jahr	Anzahl Einrichtungen	Summe der unterschiedlichen Klient*innen	Summe der unterschiedlichen Personen aus dem soz. Umfeld	Anzahl dokumentierter Betreuungen	Personen mit Einmalkontakten**
2022	81	16.614 +2.677*	1.636 +1.210*	19.801 +4.439*	(3.887)
2021	98	17.674 +2.584*	1.628 +1.166*	21.066 +4.307*	(3.750)
2020	97	18.352	1.567	21.751	3.148
2019	101	19.238	1.373	22.613	2.973
2018	100	18.325	1.279	21.708	3.248
2017	101	18.569	1.202	21.867	3.937
2016	103	18.610	1.166	22.132	3.973
2015	103	18.910	1.154	22.340	3.683
2014	102	19.084	1.156	23.953	4.032
2013	106	19.681	1.336	24.973	3.890
2012	104	19.547	1.161	24.772	3.504
2011	101	18.793	1.088	23.801	3.528
2013	106	19.681	1.336	24.973	3.890
2012	104	19.547	1.161	24.772	3.504
2011	101	18.793	1.088	23.801	3.528
Ab 2022: ohne Einrichtungen des betreuten Wohnens			Bis 2021: inkl. Einrichtungen des betreuten Wohnens		

* Einmalkontakte

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

Personen aus dem sozialen Umfeld

Im Folgenden werden detaillierte Daten zu den Personen präsentiert, die aufgrund eines Suchtproblems einer Person aus dem sozialen Umfeld die hessische Suchthilfe aufsuchten („Indexklient*in“). Die Tabelle 3 enthält einige Grunddaten zu diesen Personen.

Insgesamt haben im Jahr 2022 2.827 Personen aus dem sozialen Umfeld die ambulante Suchthilfe aufgesucht. Drei Viertel davon sind weiblich, ein Viertel männlich; eine Person hat ein anderes Geschlecht angegeben. Bei 43 % dieser Personen blieb es bei einem Einmalkontakt mit der Suchthilfe, bei Männern etwas häufiger als bei Frauen.

Im Durchschnitt sind diese Personen 48,3 Jahre alt, die Männer sind dabei etwas älter als die Frauen. In der Mehrheit der Fälle (52 %) handelt es sich um Elternteile der Person mit einem Suchtproblem, wobei dieser Anteil bei den Männern etwas größer ist als bei den Frauen. Bei Frauen liegt dafür der Anteil derer, die wegen eines Suchtproblems des Partners/der Partnerin kommen, mit 29 % deutlich höher als bei den Männern mit 14 %. Darüber hinaus sind 8 % der Personen aus dem sozialen Umfeld Kinder von Personen mit einem Suchtproblem, 5 % Geschwister und 10 % stehen in einem anderen familiären oder freundschaftlichen Verhältnis zur betreffenden Person (siehe Tabelle 3).

Was die (vermuteten) Suchtprobleme der Index-Klient*innen betrifft, so werden Alkohol (50 %) und Cannabinoide (36 %) mit Abstand am häufigsten genannt. Aber auch Mediennutzung (13 %), Stimulanzien und Kokain (jeweils 11 %) werden vergleichsweise oft angegeben, während Opioide mit 6 % sowie alle anderen angeführten (Sucht-)Probleme eher selten vorkommen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Geschlechterverteilung, Alter, Beziehungsverhältnis und Suchtproblem aus Sicht der Person aus dem sozialen Umfeld

	männlich	weiblich	Gesamt
Geschlechterverteilung			
Personen aus dem sozialen Umfeld	25 %	75 %	100 %
N	701	2.125	2.827
Einmalkontakte			
Anteil	45 %	42 %	43 %
N	312	896	1.208
Durchschnittliches Alter			
Klient*innen (in Jahren)	50,6	47,5	48,3
N	643	1.885	2.529
Beziehungsverhältnis zur Person mit Suchtproblem			
Partner*in	14 %	29 %	25 %
Kind	9 %	7 %	8 %
Geschwister	6 %	5 %	5 %
Eltern(-teil)	59 %	50 %	52 %
Andere	13 %	9 %	10 %
Gesamt N	670	2.067	2.738
Suchtproblem(e)**			
Alkohol	46 %	52 %	50 %
Opioide	6 %	6 %	6 %
Cannabinoide	37 %	36 %	36 %
Hypnotika/Sedativa	6 %	5 %	5 %
Kokain	9 %	11 %	11 %
Amphetaminen/Stimulanzien	10 %	11 %	11 %
Halluzinogenen	2 %	1 %	2 %
Tabak	6 %	6 %	6 %
Inhalanzien/ flüchtige Lösungsmittel	0,3 %	0,3 %	0,3 %
sonstige Substanzen/ multipler Substanzkonsum	6 %	5 %	5 %
Glücksspielen	7 %	9 %	8 %
Mediennutzung	16 %	12 %	13 %
Essverhalten	3 %	3 %	3 %
Sonstiges	20 %	15 %	16 %
Gesamt N	631	1.962	2.594

* für eine Person wurde das Geschlecht anderes dokumentiert

** aus Sicht der Person aus dem soz. Umfeld, Mehrfachantworten möglich

Betrachtet man die von den Personen aus dem sozialen Umfeld genannten Suchtprobleme nach dem jeweiligen Beziehungsverhältnis, so wird deutlich, dass unter den Partner*innen, Kindern und Geschwistern jeweils hohe Anteile zwischen 66 % und 74 % wegen eines (vermuteten) Alkoholproblems der betreffenden Person die Suchthilfe aufsuchen, wogegen in der größten

Angehörigengruppe Eltern(-teile) Cannabinoide mit 53 % dominieren. Alkohol spielt hier mit 34 % eine geringere Rolle, während Stimulanzien (15 %) und vor allem Mediennutzung (19 %) in dieser Gruppe überrepräsentiert sind. Unter den übrigen Angehörigengruppen zeigen sich ansonsten neben durchweg vergleichsweise geringen Anteilen von Cannabinoidproblemen vor allem hohe Werte für problematisches Glücksspiel unter den Partner*innen (12 %; siehe Tabelle 4).

In Tabelle 4 ist zudem das mittlere Lebensalter der Index-Klient*innen dargestellt. Insgesamt sind die Index-Klient*innen im Mittel 32,9 Jahre alt, gefolgt von den (auch) problematisch Glücksspielenden mit 35,7 Jahren. Am jüngsten sind Index-Klient*innen mit einer problematischen Mediennutzung (23,1 Jahre) und diejenigen, bei denen von einem Cannabisproblem ausgegangen wird (24,0 Jahre).

Tabelle 4: Suchtproblem aus Sicht der Person aus dem sozialen Umfeld (Mehrfachantworten), differenziert nach Beziehungsverhältnis

	Partner/in	Kind	Geschwi- ster	Eltern (-teil)	Andere	Alter Index- klientel*
Alkohol	73 %	74 %	66 %	34 %	56 %	41,0
Opioide	4 %	3 %	9 %	8 %	6 %	31,8
Cannabinoide	12 %	16 %	29 %	53 %	27 %	24,0
Hypnotika/ Sedativa	2 %	5 %	4 %	7 %	4 %	27,0
Kokain	10 %	3 %	12 %	11 %	10 %	30,8
Amphetamine/ Stimulanzien	6 %	2 %	9 %	15 %	10 %	26,4
Halluzinogene	0 %	0 %	2 %	2 %	2 %	24,1
Tabak	2 %	3 %	3 %	9 %	7 %	26,5
Inhalanzien/ flüchtige Lösungsmittel	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	*
sonst. Substanzen/ multipler Konsum	2 %	3 %	6 %	7 %	5 %	29,5
Glücksspiel	12 %	5 %	9 %	6 %	14 %	35,7
Mediennutzung	3 %	4 %	4 %	19 %	13 %	23,1
Essverhalten	1 %	2 %	3 %	4 %	3 %	29,3
Sonstiges	8 %	13 %	11 %	21 %	16 %	27,2
Gesamt	651	191	136	1.351	245	32,9 (N=2.133)

* Da das Suchtproblem als Mehrfachantwort vorliegt, kann eine Person auch mehrfach in die Mittelwertberechnung einbezogen werden. Hat eine Person beispielsweise einen problematischen Alkohol- und Cannabinoidkonsum, so fließt ihr Alter auch in beide Mittelwerte ein.

** N<30

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit jenen 18.395 dokumentierten Klient*innen (ohne Personen aus dem sozialen Umfeld; s.o.), die im Jahr 2022 von der ambulanten Suchthilfe in Hessen erreicht werden konnten und für die mindestens eine Betreuung dokumentiert worden ist. Der nachstehende Überblick bezieht sich auf grundlegende soziodemografische Merkmale wie Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Erwerbssituation. Dabei werden die einzelnen Hauptproblemgruppen getrennt – also beispielsweise Klient*innen mit Alkohol- oder Opioidproblemen – hinsichtlich biografischer Merkmale und ihrer aktuellen sozialen Situation betrachtet. Wo es sinnvoll erscheint, werden darüber hinaus auch Vergleiche mit der hessischen Gesamtbevölkerung in die Darstellung mit einbezogen.

Geschlecht • Alter • Nationalität

74 % der Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe sind männlich, 26 % weiblich (siehe Tabelle 5).⁵ Das aktuelle Lebensalter der Klient*innen liegt im Durchschnitt bei 37,9 Jahren, wobei die Frauen (40,0 Jahre) durchschnittlich knapp drei Jahre älter sind als die Männer (37,2 Jahre).

76 % der Klient*innen der ambulanten Suchthilfe besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit; die übrigen sind entweder Bürger*innen eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Union (5 %) oder eines Staates außerhalb der EU (18 %) bzw. sind staatenlos (1 %). 31 % der Klientel haben einen Migrationshintergrund; bei den Männern (35 %) ist dies häufiger der Fall als bei den Frauen (22 %). Der Anteil der Menschen ohne deutschen Pass liegt etwas über dem Wert innerhalb der hessischen Gesamtbevölkerung (Nichtdeutsche 2022: 18,7 %).⁶ Demgegenüber liegt der Anteil der Suchthilfe-Klient*innen mit einem Migrationshintergrund leicht unter dem Niveau der Gesamtbevölkerung: Im Jahr 2022 hatten 37 % der hessischen Bürger*innen einen Migrationshintergrund.⁷

⁵ Bei insgesamt 38 betreuten Personen (0,21 %) wurde als Geschlecht „anderes“ dokumentiert. Die Angaben der Personen werden im gesamten Bericht nicht extra ausgewiesen, fließen jedoch in die Gesamtauswertung mit ein.

⁶ <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/bevoelkerung-nichtdeutsch-laender.html>

⁷ Eigene Berechnung nach den Angaben aus <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrund-laender.html>

Tabelle 5: Geschlechterverteilung, Alter, Nationalität und Migrationshintergrund

	männlich	weiblich	Gesamt
Geschlechterverteilung			
Klient*innen	74 %	26 %	100 %
N	13.564	4.793	18.395
Durchschnittliches Alter			
Klient*innen (in Jahren)	37,2	40,0	37,9
N	13.260	4.595	17.890
Staatsangehörigkeit			
Deutschland	75 %	78 %	76 %
EU	5 %	4 %	5 %
außerhalb EU	19 %	16 %	18 %
staatenlos	2 %	1 %	1 %
Gesamt N	13.523	4.781	18.304
Migrationshintergrund			
kein Migrationshintergrund	65 %	78 %	69 %
selbst migriert	19 %	12 %	17 %
als Kind von Migranten geboren	16 %	9 %	14 %
Gesamt N	10.194	3.365	13.559

Hauptproblemgruppen

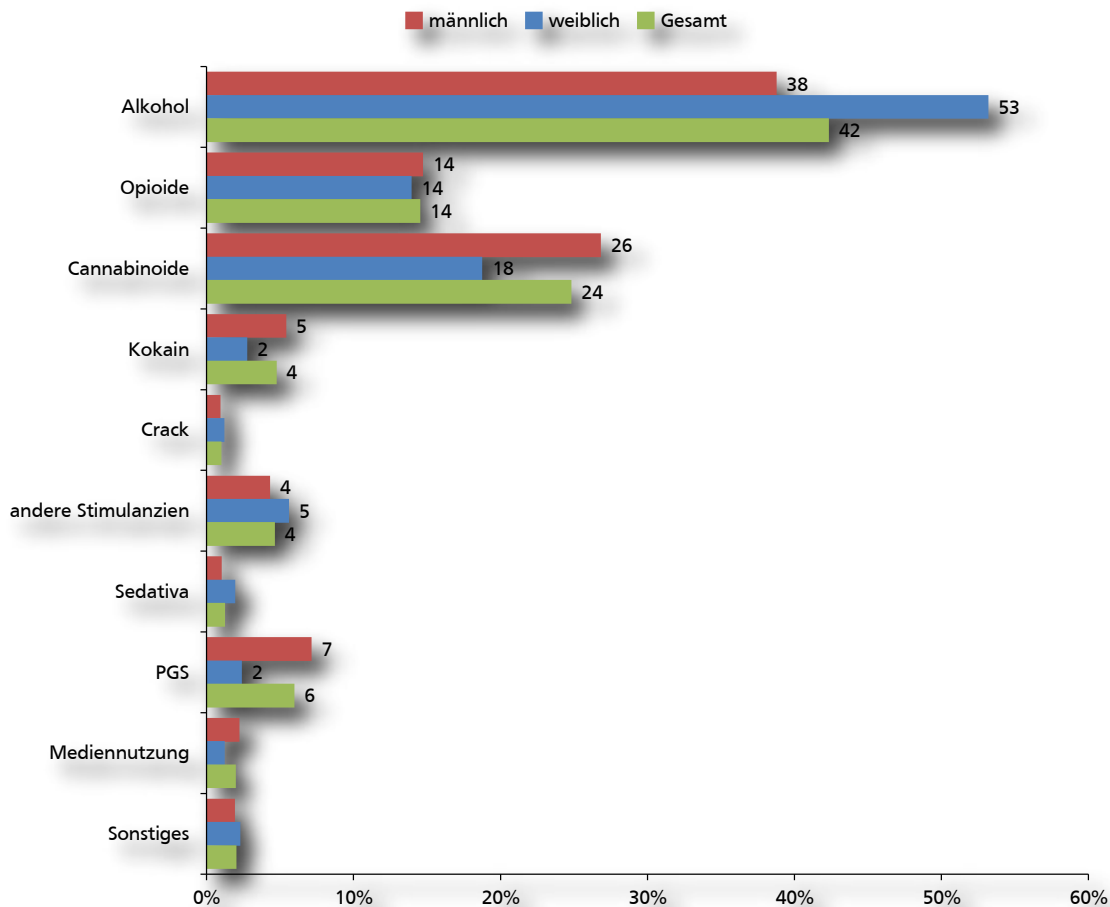
Für die Beschreibung der Suchtprobleme werden im neuen Hessischen Kerndatensatz (HKDS) zunächst alle zutreffenden Problembereiche wie Substanzkonsum, aber auch Verhaltensweisen wie Glücksspielen oder Medienkonsum angegeben. Im nächsten Schritt markieren die Mitarbeitenden in den einzelnen Bereichen Substanzkonsum, Glücksspielverhalten und Medienkonsum die jeweiligen Hauptprobleme. Zusätzlich bietet der HKDS weiterhin die Möglichkeit an, vorhandene suchtbezogene Diagnosen nach der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten“ (ICD-10) zu dokumentieren. Für die Bildung der Auswertungsgruppen werden diese Angaben zu den Hauptproblemen und die Suchtdiagnosen zusammengeführt.

Zunächst sei an dieser Stelle auf die 21 % der Klient*innen eingegangen, die aufgrund von „jugendbezogenen Problemlagen“ die Suchthilfe aufsuchen. Mit 53 % weisen mehr als die Hälfte dieser Gruppe Cannabinoide als Problemsubstanzen auf, 13 % sind (vor allem) wegen Alkohol in der Suchthilfe, 3 % wegen Stimulanzien, jeweils 2 % wegen exzessiver Mediennutzung oder Opioiden und jeweils 1 % wegen problematischem Glücksspiel, Kokain oder Sedativa. Bei 2 % wurden sonstige Problemlagen angegeben und bei 22 % keine Angaben hierzu gemacht.

Bezogen auf alle Klient*innen (inklusive der Klient*innen mit „jugendbezogenen Problemlagen“) ist Alkohol die deutlich häufigste Problemsubstanz: 42 % der Klient*innen suchen aufgrund eines Alkoholproblems die ambulante Suchthilfe auf (siehe Abbildung 3). 24 % kommen (hauptsächlich) wegen Cannabinoiden in eine Einrichtung, für 14 % ist ein Opioidproblem der Hauptgrund für eine suchtspezifische Beratung oder Behandlung und für 6 % steht das problematische Glücksspiel im Vordergrund. Jeweils 4 % kommen aufgrund des Konsums synthetischer Stimulanzien (Amphetaminderivate inklusive MDMA) oder Kokain zur hessischen Suchthilfe; 2 % wegen exzessiver Mediennutzung und bei jeweils 1 % der Klientel wird als Hauptproblem Sedativa/Hypnotika oder

Crack angesehen. Bei insgesamt 2 % liegt eine andere Problemlage vor, darunter u.a. 0,3 % mit dem Hauptproblem neue psychoaktive Substanzen (NPS).

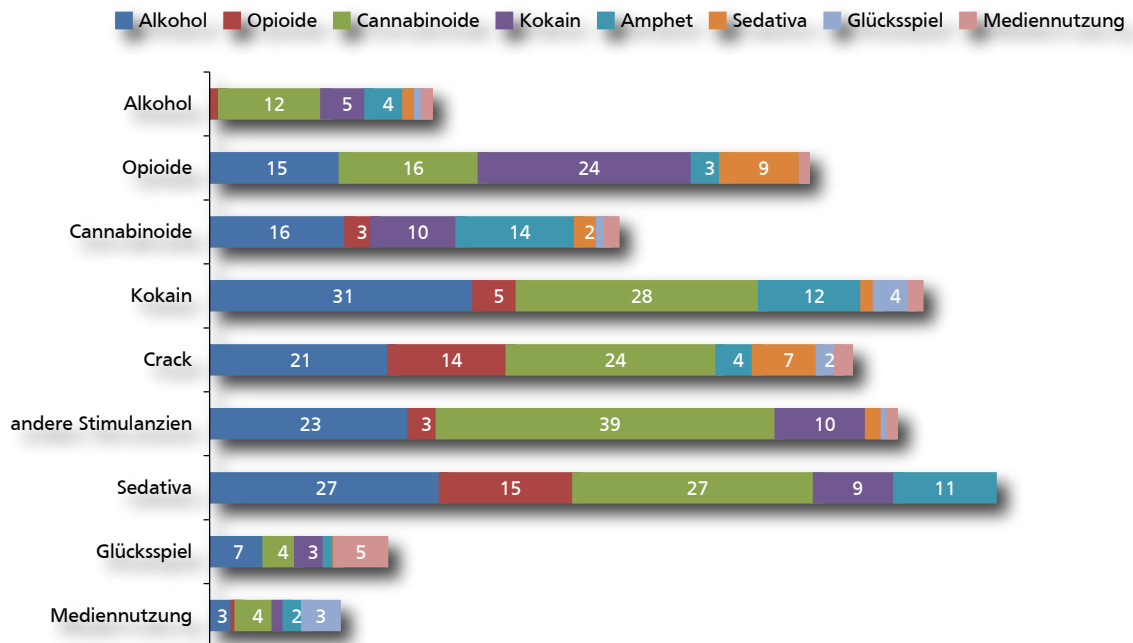
Abbildung 3: Hauptprobleme (N=14.237)



Die folgende Abbildung 4 zeigt weitere Suchtprobleme, die bei den Klient*innen einer Hauptproblemgruppe zusätzlich dokumentiert wurden. Denn es ist möglich, dass Klient*innen mehrere solcher zusätzlichen Suchtprobleme aufweisen. Durch eine solche Auswertung können das komplexe Sucht- und Konsumverhalten der Klient*innen und die entsprechenden Herausforderungen an die Hilfe sichtbar gemacht werden.

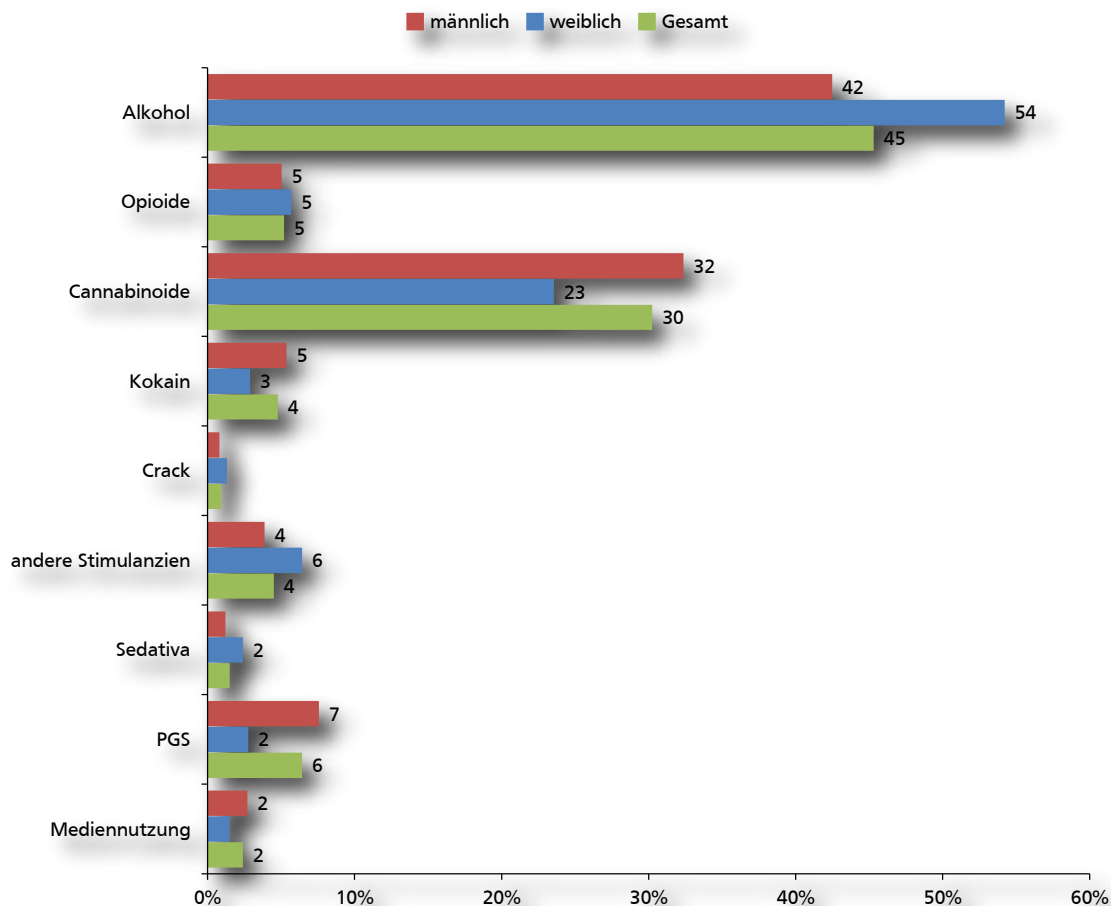
Die meisten solcher Probleme weist die kleine Gruppe der Sedativa-Konsumierenden auf: so haben hier z.B. jeweils 27 % auch eine Alkohol- oder Cannabinoidproblematik. Auch bei den Kokain-Klient*innen sind relativ viele weitere Probleme dokumentiert, ebenfalls am ehesten mit Alkohol oder Cannabinoiden; beide Substanzen sind auch insgesamt die am häufigsten dokumentierten zusätzlichen Probleme. Cannabinoide spielen bei der Stimulanzien-Klientel eine noch größere Rolle, während sich bei der Opioid-Klientel ein breiteres Spektrum an zusätzlichen Problemsubstanzen zeigt. Bei den Cannabinoid-Konsument*innen sind weitere Problembereiche weniger relevant, am ehesten Alkohol und Stimulanzien, während bei Alkohol- und Glücksspiel-Klient*innen solche zusätzlich dokumentierten Aspekte eine noch geringere Rolle spielen. Am wenigsten zusätzliche Suchtprobleme sind für exzessiv Medien-Nutzende dokumentiert (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: Hauptprobleme und weitere Suchtprobleme (Mehrfachantworten möglich)



Ein etwas anderes Bild der Verteilung von Problemgruppen ergibt sich, wenn ausschließlich die neu aufgenommenen Klient*innen betrachtet werden (siehe Abbildung 5): hier liegt zunächst der Anteil der Klient*innen mit Alkoholkonsum als Hauptproblem mit 45 % etwas über dem Wert für die Gesamtgruppe. Der Anteil derer mit Cannabinoiden als Hauptproblemsubstanz ist unter den neu Aufgenommenen mit 30 % einige Prozentpunkte höher als unter den Diagnosen insgesamt. Gleich hoch wie die entsprechenden Anteile in der Gesamtgruppe sind die Werte für pathologisches Glücksspiel, Kokain, Stimulanzien und exzessive Mediennutzung. Weitaus niedriger als bei allen Klient*innen ist der Anteil derer mit Opioiden als (hauptsächliche) Problemsubstanz: nur 5 % der neu aufgenommenen Klient*innen haben 2022 die Suchthilfe wegen ihres Opioidkonsums aufgesucht.

Abbildung 5: Hauptprobleme der erstmalig aufgenommenen Klient*innen (N=6.805)



Die folgende Tabelle 6 enthält zusätzlich zu den Suchtproblemen eine Einschätzung der Betreuer*innen zur Situation der Klientel im gesundheitlichen und sozialen Bereich, die über Sucht- und Konsumprobleme im engeren Sinne hinausgehen. Dazu weist die Tabelle die jeweiligen Anteile derer aus, bei denen der entsprechende Problembereich von den Mitarbeiter*innen der Suchthilfe im (bisherigen) Betreuungsprozess erörtert wurde. Dabei ist einerseits zu beachten, dass diese Abklärung von weiteren Problembereichen nur für einen Teil der Klient*innen dokumentiert worden ist. Zum anderen zeigt sich, dass bei den Anteilen der abgeklärten Fälle deutliche Unterschiede bestehen (Anteile zwischen 16 % und 47 %), die möglicherweise mit der Sensibilität und Intimität verschiedener Lebensbereiche zu tun haben.

Die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit ist mit 81 % der am häufigsten genannte Problembereich, gefolgt von der familiären Situation (69 %), der Schul-/Ausbildungs-/Arbeitssituation (63 %) und der körperlichen Gesundheit (54 %). Mit jeweils etwas weniger als der Hälfte werden – sofern diese Bereiche im Beratungsprozess abgeklärt werden – die Alltagsstrukturierung und der Freizeitbereich ebenfalls relativ häufig angegeben. Dahinter folgen die finanzielle Situation, die rechtliche Situation, das weitere soziale Umfeld und die Wohnsituation als angegebene Probleme. Weniger häufig spielen hier mit jeweils rund einem Viertel die Bereiche „Fahreignung“ und „andere Gewalterfahrungen“ eine Rolle; eigene Gewaltausübung und sexuelle Gewalterfahrungen werden mit 15 % bzw. 10 % eher selten angegeben (siehe Tabelle 6).

Gewalterfahrungen – vor allem sexueller, aber auch anderer Art – sind diejenigen Problembereiche, bei denen sich die Geschlechter am deutlichsten unterscheiden: sexuelle Gewalterfahrungen

werden von den Frauen um ein Vielfaches häufiger genannt, andere Gewalterfahrungen auch noch mehr als doppelt so oft wie von Männern. Auch Probleme mit körperlicher und psychischer Gesundheit, Familie, weiterem sozialen Umfeld und Wohnsituation sind bei der weiblichen Klientel stärker vertreten, wogegen Männer deutlich häufiger die rechtliche Situation, Fahreignung und eigene Gewaltausübung als Problem angeben.

Tabelle 6: Weitere Problembereiche

	männlich	weiblich	Gesamt	Abklärung
Psychische Gesundheit / Seelischer Zustand	77 %	90 %	81 %	47 %
Familiäre Situation (Partner*in/Eltern/Kinder)	65 %	78 %	69 %	40 %
Schul-/Ausbildungs-/Arbeits-/ Beschäftigungssituation	62 %	63 %	63 %	39 %
Körperliche/s Gesundheit / Befinden	51 %	62 %	54 %	37 %
Alltagsstrukturierung/Tagesstruktur	48 %	51 %	49 %	32 %
Freizeit(bereich)	47 %	46 %	47 %	30 %
Finanzielle Situation	46 %	43 %	45 %	32 %
Rechtliche Situation	45 %	28 %	41 %	32 %
Weiteres soziales Umfeld	38 %	45 %	39 %	29 %
Wohnsituation	32 %	36 %	33 %	32 %
Fahreignung	27 %	18 %	25 %	26 %
Andere Gewalterfahrungen	18 %	38 %	23 %	17 %
Gewaltausübung	17 %	9 %	15 %	17 %
Sexuelle Gewalterfahrungen	4 %	27 %	10 %	16 %

Hauptproblemgruppen – soziodemografische Merkmale

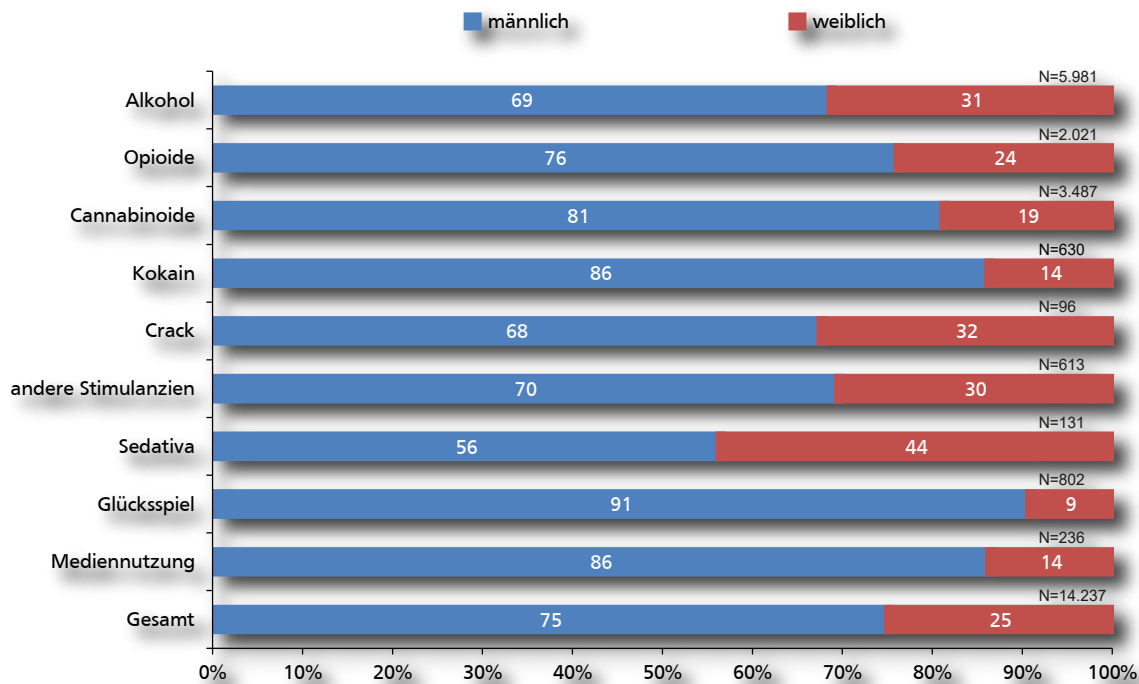
Wenn im Folgenden näher auf die soziodemografischen Merkmale der hessischen Klientel eingegangen wird, dann geschieht dies primär anhand von Vergleichen zwischen den oben vorgestellten Hauptproblemgruppen.⁸ Die in den folgenden Auswertungen dargestellte Gesamtgruppe bezieht sich auf alle Klient*innen mit einem dokumentierten Suchtproblem.

Geschlecht · Alter · Nationalität

In allen einzelnen Hauptproblemgruppen mit nennenswerten Fallzahlen überwiegt der Anteil der männlichen Klientel jeweils deutlich (siehe Abbildung 6). Die größte Überrepräsentanz von Männern findet sich in der Gruppe der problematisch Glücksspielenden (91 %), den Klient*innen mit exzessiver Mediennutzung und der Kokain-Klientel (jeweils 86 %) sowie der Cannabinoid-Klientel (81 %). Bei den Opioid-Klient*innen sind mit 76 % etwas mehr als drei Viertel männlich; dahinter folgen Stimulanzien- (70 %), Alkohol- (69 %) und die Crack-Klientel (68 %). Lediglich in der kleinen Gruppe der Sedativa-Konsumierenden liegt der Männeranteil (56 %) nicht sehr deutlich über dem der Frauen.

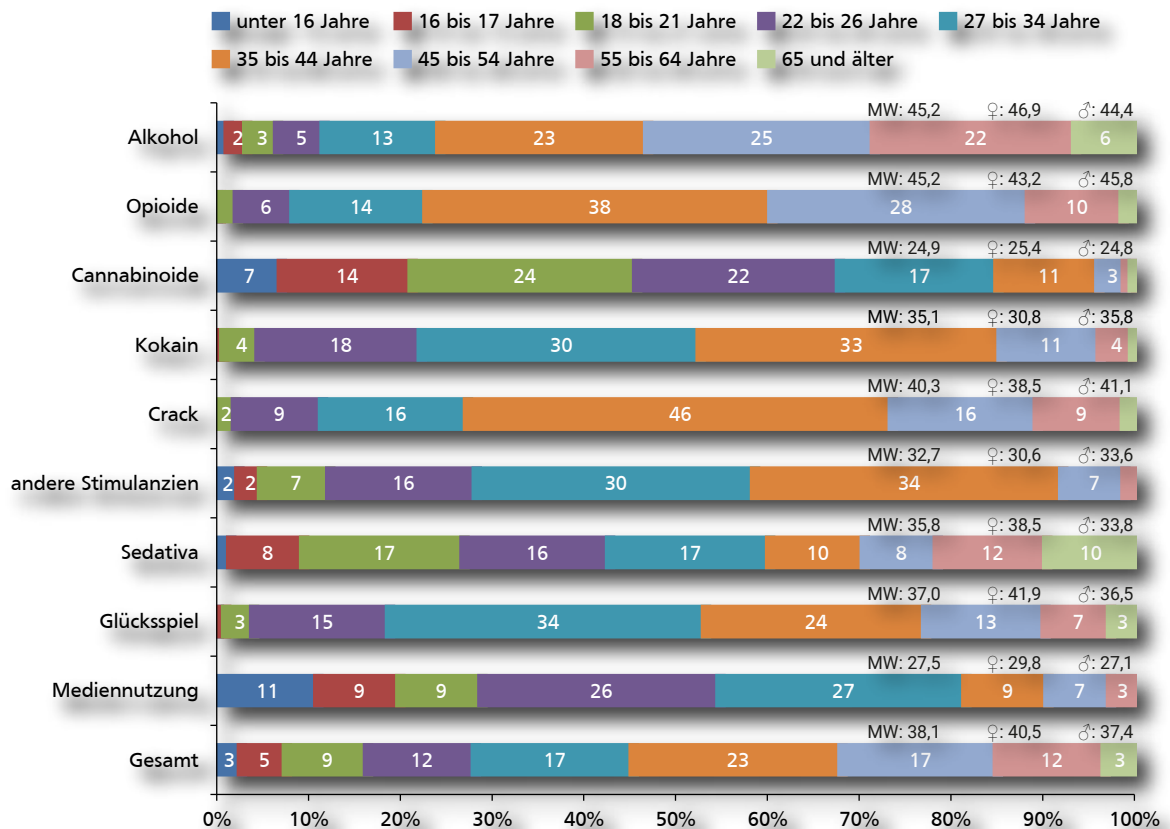
⁸ Bei der Interpretation der Ergebnisse muss stets beachtet werden, dass es sich vor allem bei der Sedativa-Klientel um eine zahlenmäßig kleine Gruppe handelt und nicht bei allen Klient*innen auch zu allen Fragestellungen Angaben vorliegen.

Abbildung 6: Geschlechterverteilung nach Hauptproblemgruppe



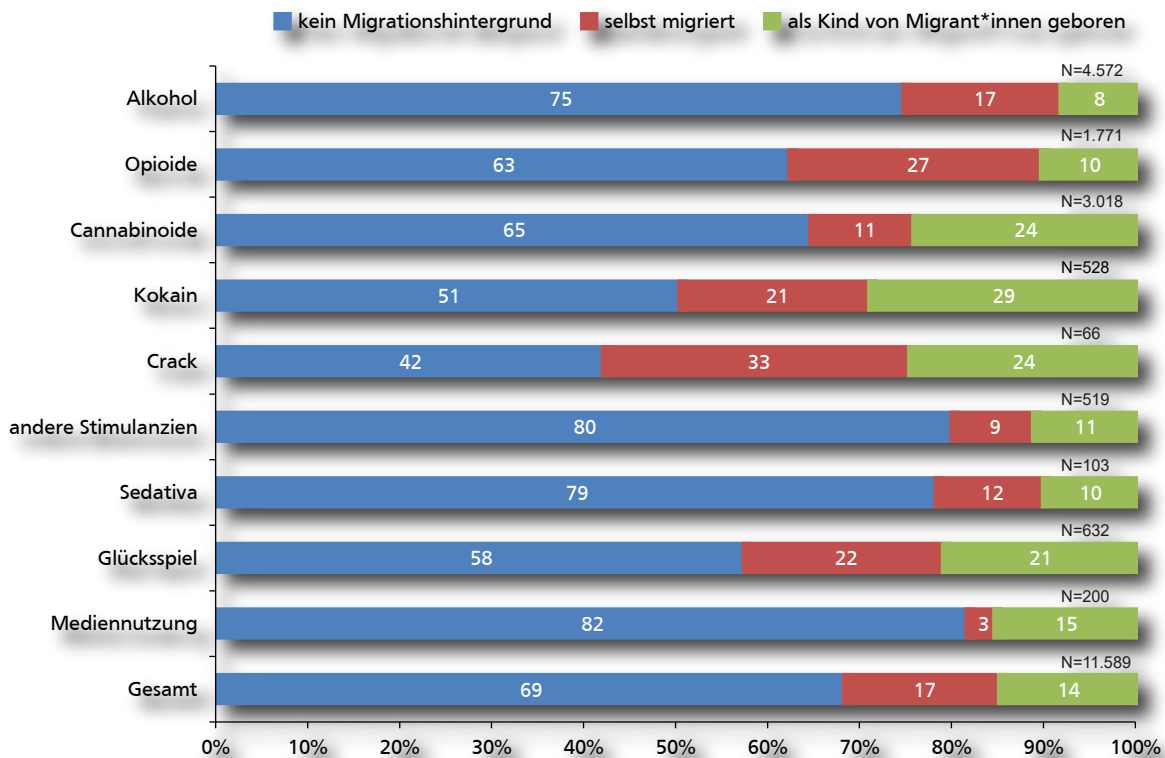
Bei einer Betrachtung der Altersverteilung innerhalb der einzelnen Hauptproblemgruppen wird deutlich, dass die Cannabinoid-Klient*innen nach wie vor mit einem Durchschnittsalter von 24,9 Jahren die jüngste Gruppe innerhalb der hessischen Suchthilfe-Klientel darstellen (siehe Abbildung 7); 67 % sind jünger als 27 Jahre und mit 21 % gibt es nur hier sowie in der kleinen Gruppe mit exzessiver Mediennutzung (20 %) einen nennenswerten Anteil minderjähriger Klient*innen. Exzessive Mediennutzer*innen sind mit 27,5 Jahren die zweitjüngste Gruppe; die drittjüngste Hauptproblemgruppe, die Stimulanzien-Klientel, ist mit durchschnittlich 32,7 Jahren bereits mehr als fünf Jahre älter. Auch das Durchschnittsalter der Kokain-Klientel (35,1 Jahre), der Sedativa-Konsument*innen (35,8 Jahre) und der problematisch Glücksspielenden (37,0 Jahre) liegt jeweils unter dem Durchschnittsalter der Gesamt-Klientel. Demgegenüber sind Alkohol-Klient*innen mit durchschnittlich 45,2 Jahren weiterhin die älteste Hauptproblemgruppe, allerdings gleichauf mit Opioid-Konsument*innen. Auch Crack Konsumierende sind mit durchschnittlich 40,3 Jahren vergleichsweise alt. Bei der Opioid-Klientel ist der Anteil junger Klient*innen (unter 27 Jahre) mit 9 % am niedrigsten von allen Hauptproblemgruppen.

Abbildung 7: Alter in Kategorien, differenziert nach Hauptproblemgruppe (N=14.080)



Wie schon erwähnt, haben insgesamt 31 % der hessischen Suchthilfe-Klientel einen dokumentierten Migrationshintergrund. Im Jahr 2022 ist dieser Anteil bei der Crack-Klientel mit insgesamt 58 % am höchsten, gefolgt von den Kokain Konsumierenden mit 49 %. Auch bei problematisch Glücksspielenden ist der Anteil derer mit Migrationshintergrund mit 42 % vergleichsweise hoch (siehe Abbildung 8). Etwas überrepräsentiert sind Personen mit Migrationshintergrund bei den Opioid-Klient*innen (37 %) und den Cannabinoid-Konsumierenden (35 %). Personen, bei denen Probleme mit Mediennutzung (18 %), Sedativa (21 %), Stimulanzien (20 %), oder Alkohol (25 %) im Vordergrund stehen, haben hingegen deutlich seltener einen Migrationshintergrund.

Abbildung 8: Migrationshintergrund, differenziert nach Hauptproblemgruppe



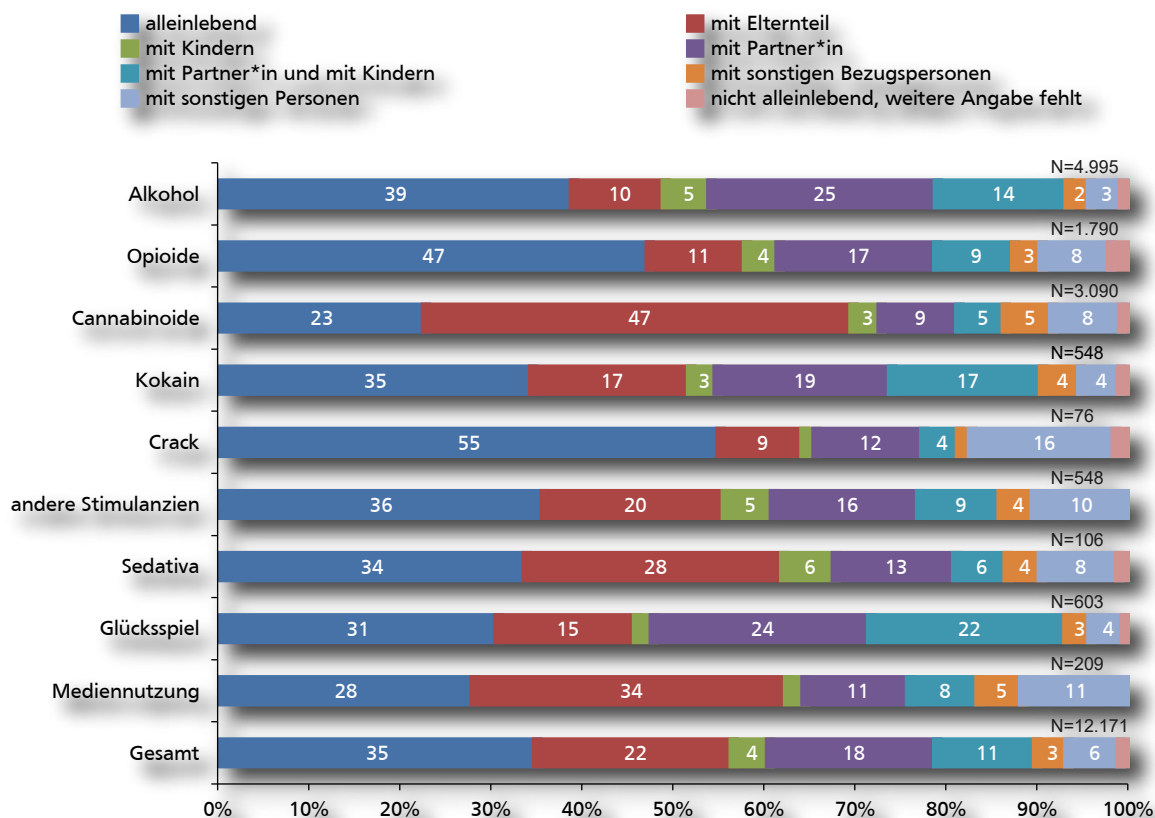
Lebenssituation

35 % aller Klient*innen leben alleine, 29 % mit Partner bzw. Partnerin und ggf. Kindern und 22 % bei den Eltern (siehe Abbildung 9). Die höchsten Anteile von Alleinlebenden sind bei der Crack- (55 %) und Opioid-Klientel (47 %) feststellbar, gefolgt von den Alkohol-Konsumierenden (39 %). Klient*innen mit Stimulanzien als Hauptproblemsubstanzen liegen hier knapp über dem Durchschnitt (36 %), Kokain-Konsument*innen genau im Durchschnitt und die Sedativa-Klientel knapp darunter (34 %). Die niedrigsten Werte lassen sich bei Personen finden, die wegen Cannabinoiden (23 %), Mediennutzung (28 %) oder problematischem Glücksspiel (31 %) die Suchthilfe aufsuchen. Cannabinoid-Klient*innen (47 %) und diejenigen mit exzessiver Mediennutzung (34 %) leben am häufigsten noch bei den Eltern, während sich bei den Glücksspielenden der höchste Anteil von Personen zeigt, die mit der Partnerin bzw. dem Partner (sowie zum Teil auch mit Kindern) zusammenleben (insgesamt 46 %). Auch bei der Alkohol- (39 %) und Kokain-Klientel (36 %) ist dieser Wert vergleichsweise hoch.

In Hessen insgesamt (2018; alle Altersgruppen inklusive Kinder) beträgt der Anteil der Alleinlebenden an der Gesamtbevölkerung 20 %. Ledige Kinder, die mit mindestens einem Elternteil zusammenleben, stellen 24 % der Bevölkerung. 3 % sind alleinerziehende Eltern (entspricht „mit Kindern“ in Abbildung 9). 28 % leben mit Partner*in ohne Kinder und 23 % mit Partner*in und Kindern. Weitere 2 % sind alleinstehend, leben aber mit anderen Personen zusammen: mit sonstigen Personen und mit sonstigen Bezugspersonen. Demnach wohnen die Klient*innen der Suchthilfe fast doppelt so häufig allein oder mit anderen Personen zusammen wie der hessische Durchschnitt, wogegen der Anteil derer, die mit Partner*in und ggf. auch Kindern zusammenwohnen, in der Allgemeinbevölkerung deutlich höher ist als bei der Suchthilfe-Klientel.⁹

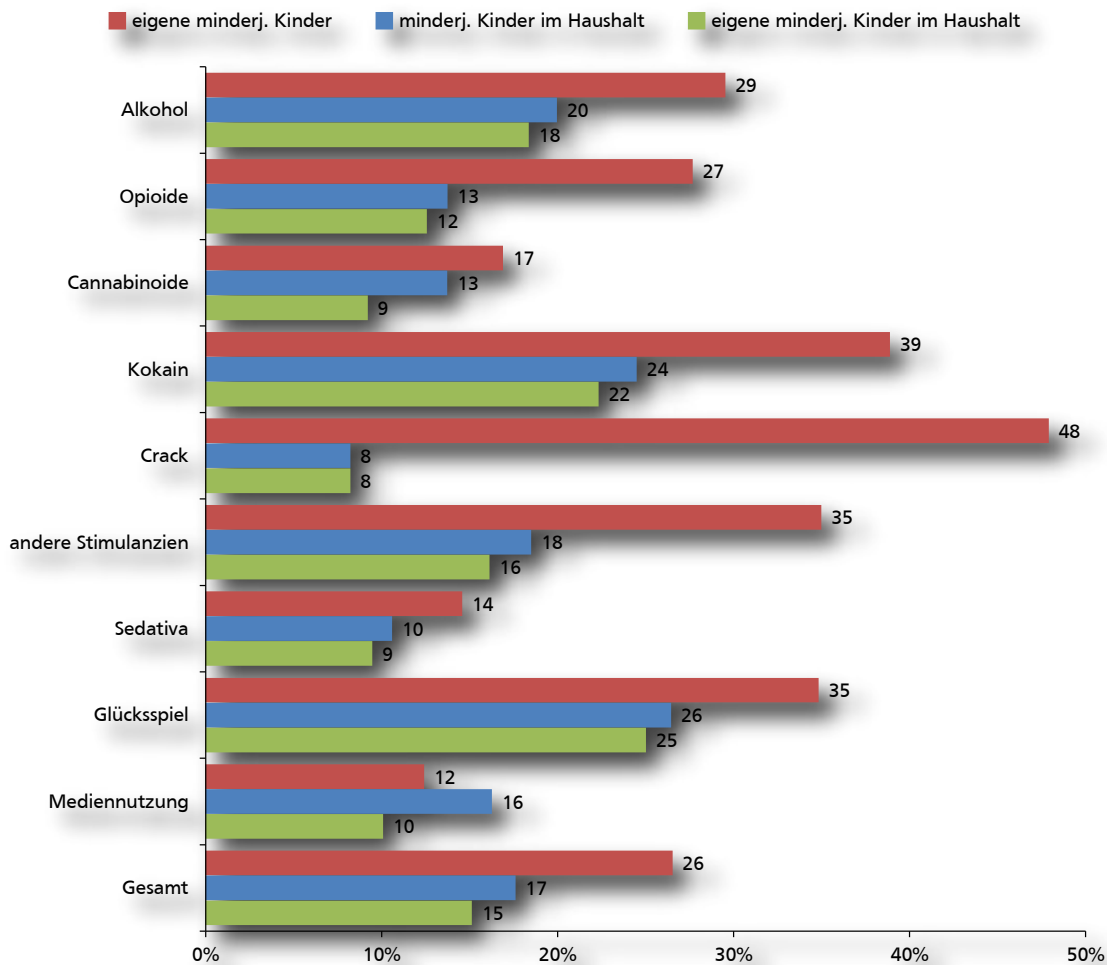
⁹ Eigene Berechnungen aus <https://statistik.hessen.de/sites/statistik.hessen.de/files/AI9-j18.pdf>

Abbildung 9: Lebenssituation, differenziert nach Hauptproblemgruppe



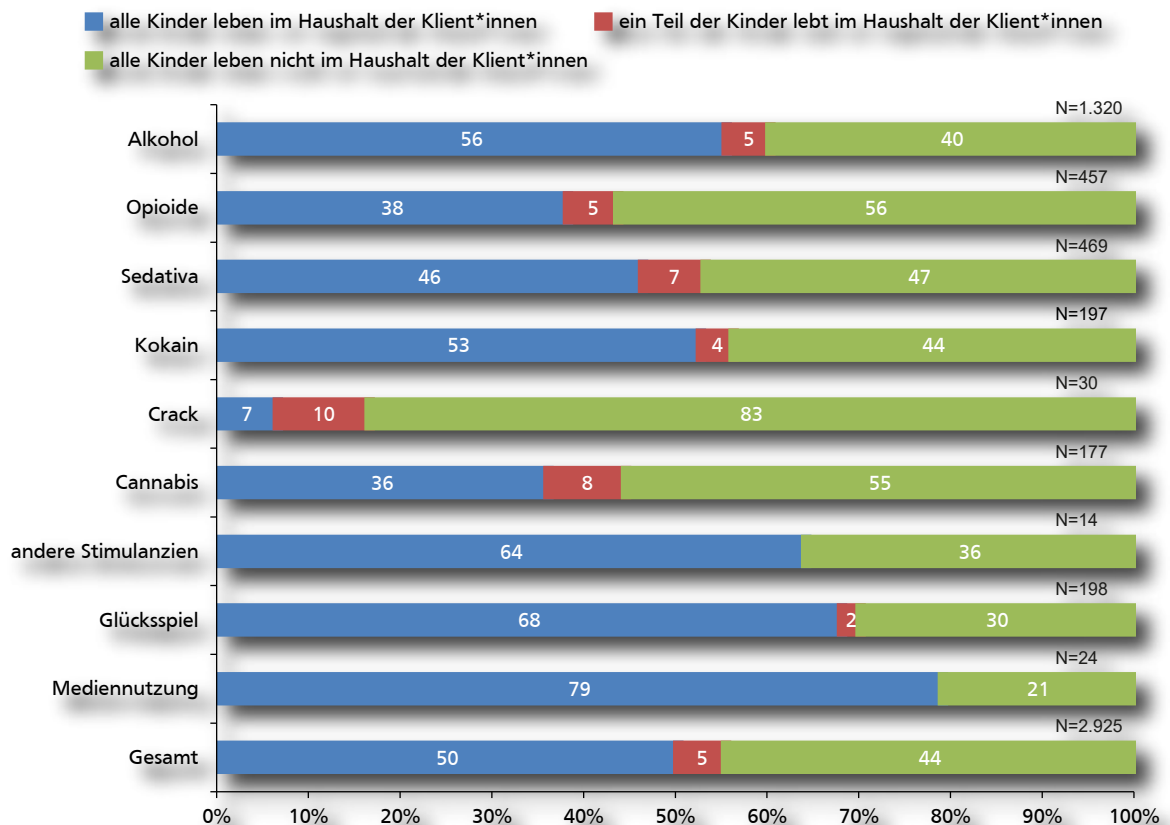
26 % aller Klient*innen haben minderjährige Kinder, 15 % leben mit ihren eigenen minderjährigen Kindern auch in einem gemeinsamen Haushalt. Zudem haben 2 % Kinder im Haushalt, die nicht ihre eigenen sind, so dass insgesamt 17 % der Suchthilfe-Klientel mit minderjährigen Kindern zusammenleben (siehe Abbildung 10). Am höchsten ist der Anteil von Personen mit minderjährigen Kindern mit 48 % unter den Crack- und mit 39 % unter den Kokain-Konsument*innen, wobei in der Crack-Klientel der Anteil derer mit Kindern im Haushalt mit 8 % besonders niedrig ist. Im Vergleich leben am häufigsten problematisch Glücksspielende mit ihren minderjährigen Kindern in einem gemeinsamen Haushalt (25 %); dementsprechend hat auch ein vergleichsweise hoher Prozentanteil von ihnen minderjährige Kinder (35 %). Ebenso hoch ist dieser Anteil bei den Stimulanzien-Konsument*innen, wobei weniger als die Hälfte derer mit Kindern aus dieser Gruppe auch mit ihren eigenen Kindern zusammenleben. Leicht überdurchschnittlich sind die Werte für Personen mit minderjährigen Kindern bei Opioid- und Alkohol-Klient*innen, wobei Letztere etwas häufiger auch Kinder unter 18 Jahren im Haushalt haben. Besonders selten eigene Kinder haben exzessive Medien-Nutzer*innen (12 %); sie leben aber relativ oft mit anderen Minderjährigen – vermutlich zumeist Geschwistern – zusammen (16 %). Auch in der anderen besonders jungen Problemgruppe, den Cannabinoide-Konsumierenden, ist der Anteil der Eltern minderjähriger Kinder mit 17 % unterdurchschnittlich; sie leben aber auch eher selten mit unter 18-Jährigen zusammen (13 %).

Abbildung 10: Minderjährige Kinder, differenziert nach Hauptproblemgruppe



In Abbildung 11 ist differenziert wiedergegeben, inwiefern minderjährige Kinder bei den jeweiligen Klient*innen leben oder nicht. Insgesamt leben bei genau der Hälfte derer mit Kindern unter 18 Jahren alle diese Kinder im eigenen Haushalt, bei weiteren 5 % nur ein Teil dieser Kinder und bei 44 % lebt keines der Kinder im eigenen Haushalt. Crack- (83 %), Opioid- (56 %) und Cannabinoid-Klient*innen (55 %) sind die Hauptproblemgruppen, bei denen sich unter jenen mit Kindern die höchsten Anteile von nicht im Haushalt lebenden Kindern zeigen. Demgegenüber liegen, abgesehen von den exzessiv Medien-Nutzenden, bei denen sich die Anteile auf sehr wenige Personen beziehen, die Anteile von Eltern, bei denen alle minderjährigen Kinder im Haushalt leben, bei den problematischen Glücksspieler*innen (68 %), der Stimulanzien- (64 %) und der Alkohol-Klientel (56 %) vergleichsweise hoch.

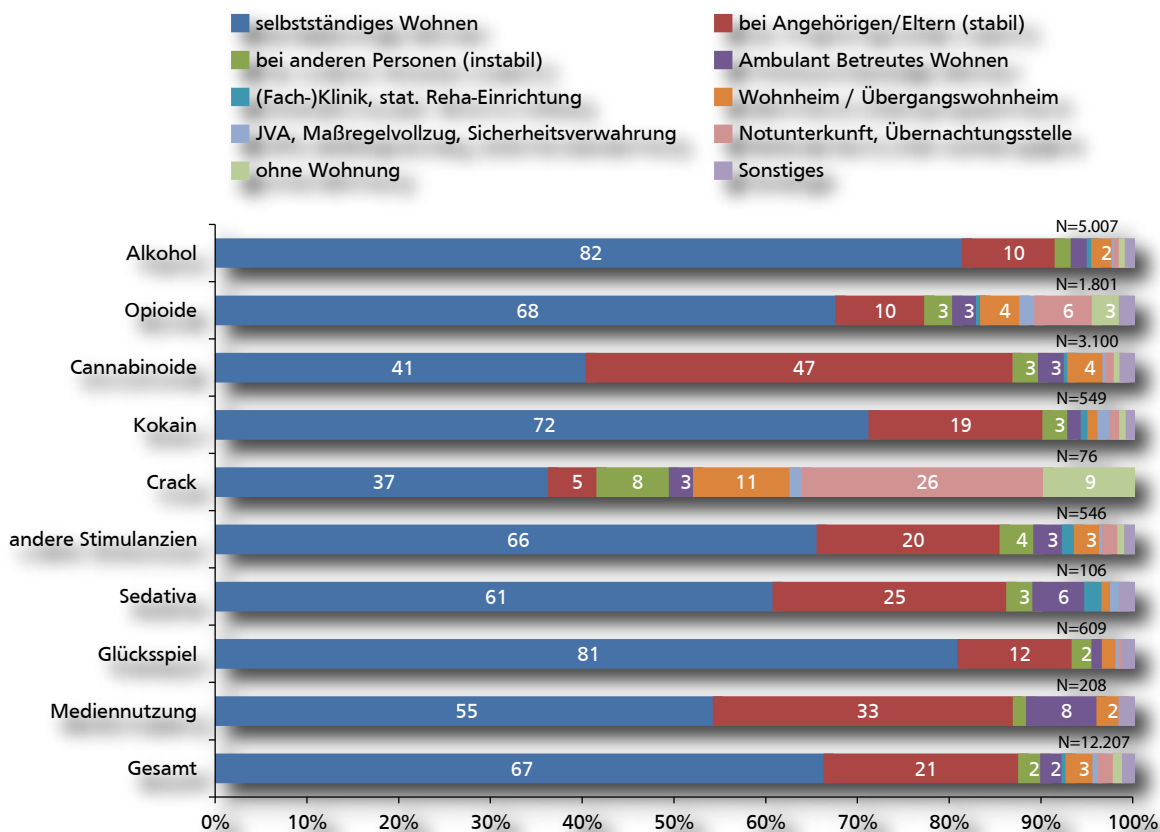
Abbildung 11: Aufenthaltsort der minderjährigen Kinder, differenziert nach Hauptproblemgruppe



Wohnsituation

Mit 88 % wohnt der überwiegende Teil der hessischen Suchthilfe-Klientel selbstständig bzw. bei Eltern oder Angehörigen (siehe Abbildung 12). Dagegen leben jeweils 2 % bei anderen Personen oder in betreuten Wohnformen und 8 % befinden sich in einer prekären Wohnsituation (Justizvollzugsanstalt, (Übergangs-)Wohnheim, Notschlafstelle oder Obdachlosigkeit). Personen in prekären Wohnsituationen finden sich am häufigsten unter den Konsumierenden von Crack (47 %) und Opioiden (15 %); auch bei Cannabinoid- und Stimulanzien-Konsument*innen (jeweils 6 %) ist dieser Wert vergleichsweise hoch. Bei den übrigen Hauptproblemgruppen leben jeweils nur wenige in einer prekären Wohnsituation.

Abbildung 12: Wohnsituation, differenziert nach Hauptproblemgruppe

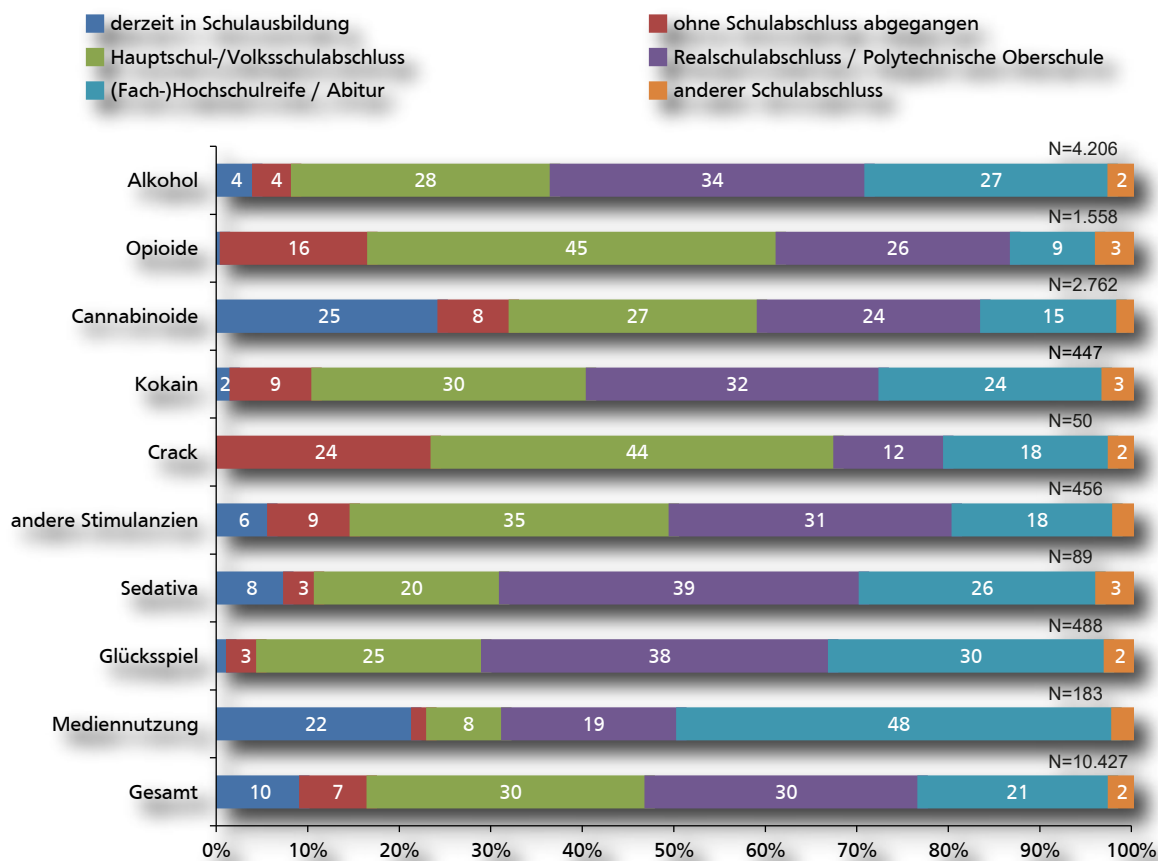


Schulabschluss und Ausbildung

Die Klientel der ambulanten Suchthilfe weist im Durchschnitt ein niedrigeres Niveau an Schulbildung auf als dies in der Allgemeinbevölkerung Hessens der Fall ist: 7 % haben keinen Schulabschluss, jeweils 30 % einen Haupt- oder Realschulabschluss und lediglich 21 % Abitur; 10 % sind noch in schulischer Ausbildung (siehe Abbildung 13). In der hessischen Allgemeinbevölkerung (ab 15 Jahren) hatten im Jahr 2019 36,9 % ein Abitur, 26,5 % einen Realschulabschluss, 26,9 % einen Hauptschulabschluss und 4,6 % keinen Abschluss.¹⁰ Ein besonders niedriger Bildungsstand liegt in der kleinen Gruppe derer mit Hauptproblem Crack mit 24 % Personen ohne Abschluss vor, gefolgt von den Opioid-Konsumierenden mit 16 %. In diesen beiden Klientelgruppen gibt es mit 44 % bzw. 45 % auch die höchsten Anteile von Hauptschulabgänger*innen; bei der Opioid-Klientel liegt mit 9 % auch der niedrigste Anteil von Abiturient*innen vor. Nach wie vor ist der Anteil der Personen, die noch zur Schule gehen, unter Cannabinoid-Konsumierenden mit 25 % und exzessiv Medien-Nutzenden mit 22 % besonders hoch. Bei jenen mit Hauptproblem Mediennutzung ist zudem eine relativ hohe Schulbildung festzustellen: Hier sind lediglich 1 % ohne Schulabschluss abgegangen, gleichzeitig haben mit 48 % die meisten (Fach-)Abitur. Auch bei der Glücksspiel- (30 %), Alkohol- (27 %) und Sedativa-Klientel (26 %) sind die Anteile der Abiturient*innen relativ hoch.

¹⁰ <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=12211-9014&bypass=true&levelindex=1&levelid=1692966161404> (abgerufen am 25.8.2023)

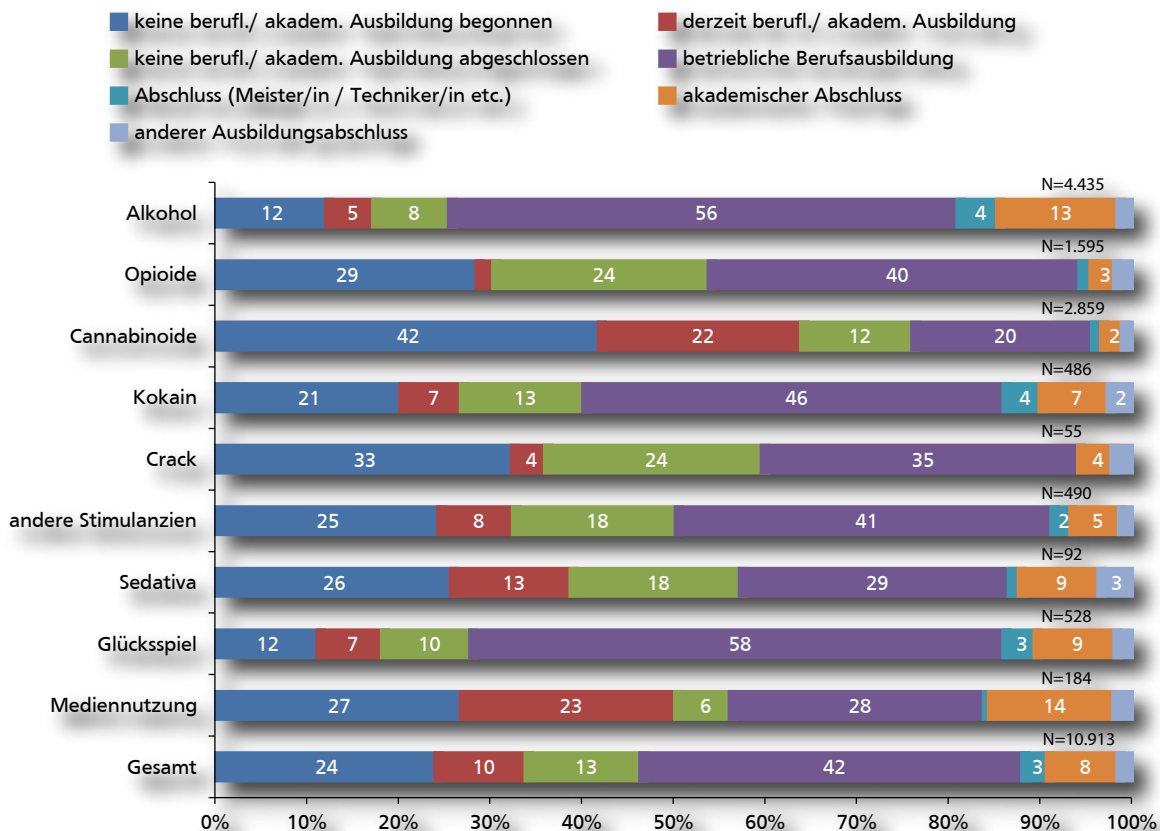
Abbildung 13: Schulabschluss, differenziert nach Hauptproblemgruppe



42 % der Suchthilfe-Klientel verfügen über eine abgeschlossene Berufsausbildung, weitere 8 % über einen Hochschulabschluss, 3 % über einen Meister-/Technikerabschluss und 1 % über einen anderen Abschluss (siehe Abbildung 13); 10 % befinden sich aktuell in der Hochschul- bzw. Berufsausbildung. Demgegenüber haben 13 % ihre Ausbildung bzw. ihr Studium nicht abgeschlossen und 24 % haben bisher noch keine Ausbildung oder Studium begonnen.¹¹ Die höchsten Anteile für Klient*innen mit abgeschlossener Berufsausbildung oder abgeschlossenem Studium (inklusive Meister/Techniker und andere Abschlüsse) sind in den Hauptproblemgruppen Alkohol (75 %) und problematisches Glücksspielen (71 %) vorhanden. Opioid- und Crack-Konsument*innen weisen mit jeweils 24 % die höchsten Anteile für eine nicht abgeschlossene Hochschul- bzw. Berufsausbildung auf. Während exzessiv Mediennutzende (23 %) und Cannabinoid-Konsumierende mit 22 % die höchsten Werte für eine derzeit laufende Ausbildung vorweisen, zeigt sich bei den Mediennutzer*innen (14 %) auch der höchste Wert für eine akademische Ausbildung, gefolgt von der Alkohol-Klientel mit 13 %.

¹¹ Unter jenen, die nie eine Ausbildung bzw. ein Studium begonnen haben, befinden sich auch diejenigen, die noch zur Schule gehen. Dies erklärt auch die vergleichsweise hohen Werte bei der Cannabinoid- und der Mediennutzungsklientel.

Abbildung 14: Ausbildungsabschluss, differenziert nach Hauptproblemgruppe



Erwerbssituation und Schulden

Um die soziale Situation der ambulanten Suchthilfe-Klientel zu bewerten, erscheint zunächst ein Abgleich mit der Arbeitslosenquote der Allgemeinbevölkerung sinnvoll. Diese Quote lag in Hessen im Jahresdurchschnitt 2022 bei 4,8%.¹² Demgegenüber beziehen 27% der Klient*innen der Suchthilfe Arbeitslosengeld (ALG I oder ALG II); weitere 4% erhalten Sozialhilfe nach SGB XII (siehe Abbildung 15).

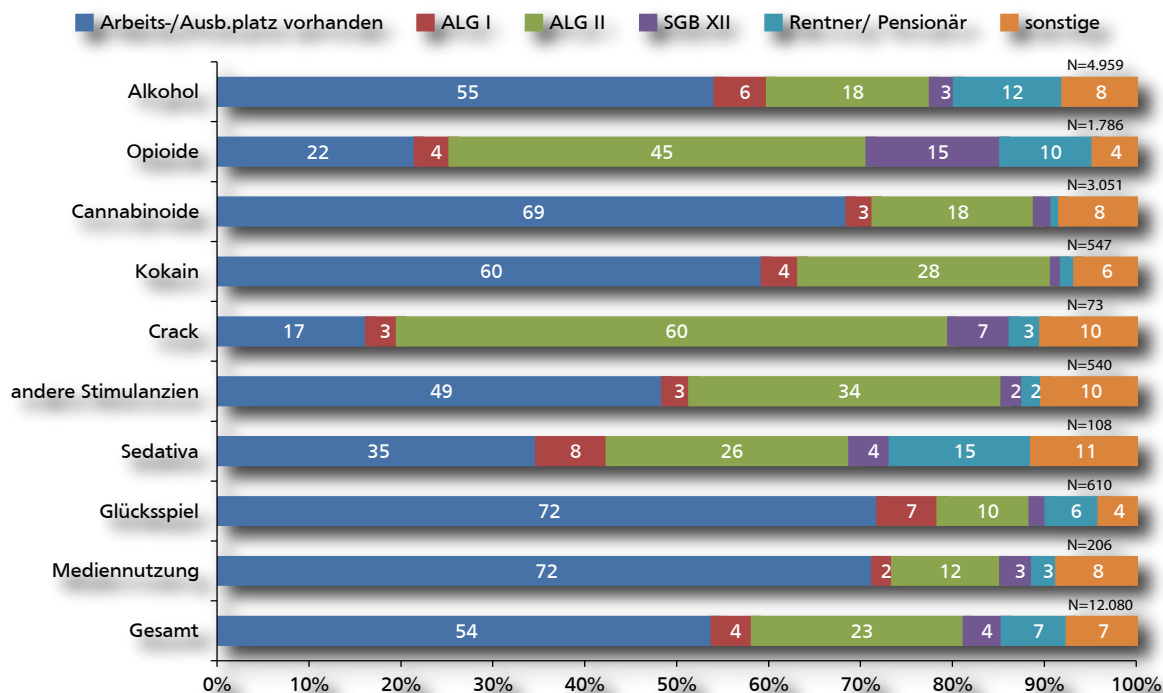
Mit insgesamt 70% sind die Crack-Klient*innen diejenige Gruppe, die am häufigsten arbeits- bzw. erwerbslos (ALG I/ALG II/SGBX II) ist, gefolgt von den Opioid-Konsument*innen (64%). Auch Klient*innen mit Stimulanzien (39%) oder Sedativa (38%) als Problemsubstanz sind vergleichsweise oft arbeits- bzw. erwerbslos. Am niedrigsten liegt der Arbeitslosenanteil bei den exzessiv Mediennutzer*innen (17%), gefolgt von den Glücksspielenden (18%) und den Cannabinoid-Konsumierenden (23%). Festzuhalten ist allerdings weiterhin, dass die Arbeitslosigkeit in sämtlichen Hauptproblemgruppen diejenige der Allgemeinbevölkerung jeweils um ein Vielfaches übersteigt.

Insgesamt bestreiten lediglich 54% der hessischen Suchthilfe-Klientel ihren Lebensunterhalt mit bezahlter Arbeit (bzw. sind noch in der Schule oder Ausbildung). Am häufigsten haben mit jeweils 72% Glücksspielende und Mediennutzer*innen einen Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz, gefolgt von der Cannabinoid- (69%) und der Kokain-Klientel (60%). 7% der Suchthilfe-Klientel sind Rentner*innen. Am höchsten ist dieser Anteil mit 15% bei der Sedativa-Klientel, gefolgt von den

¹² <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2514/umfrage/entwicklung-der-arbeitslosenquote-in-hessen-seit-1999/>

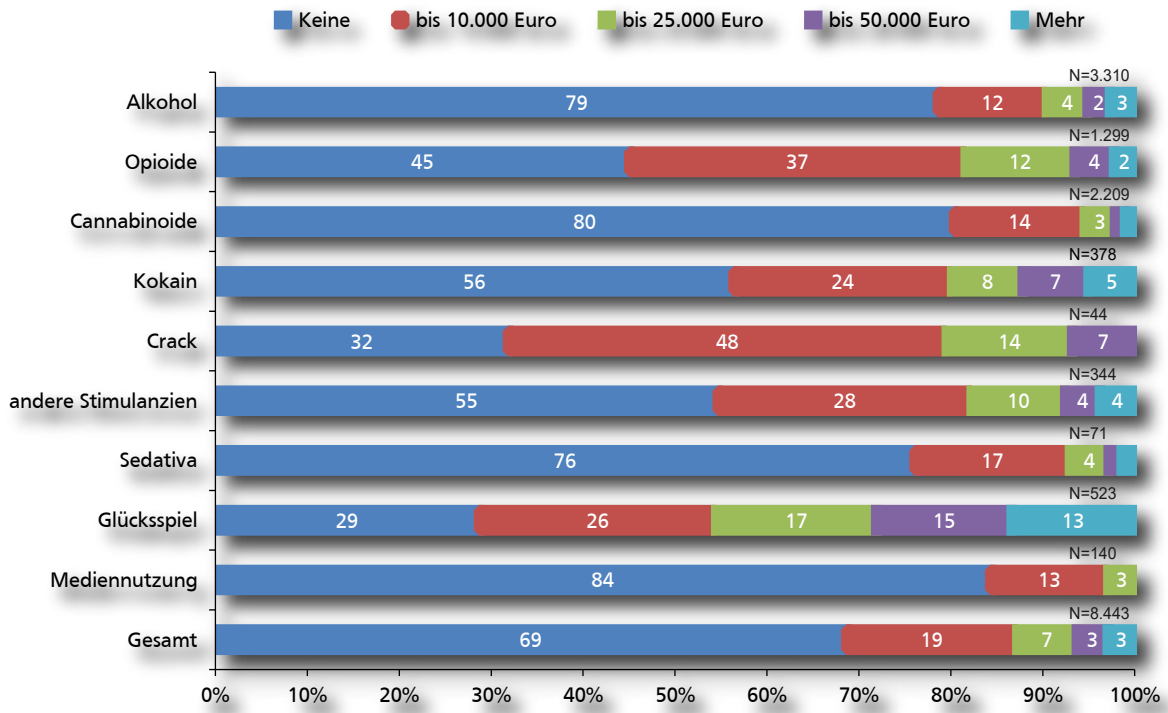
Alkohol-Konsumierenden mit 12 %. Weitere Erwerbssituationen wie z.B. Elternzeit, Krankenstand oder Hausfrau/Hausmann sind in der Kategorie „sonstige“ zusammengefasst.

Abbildung 15: Erwerbssituation, differenziert nach Hauptproblemgruppe



31 % der Klient*innen haben – nach den Einschätzungen der Mitarbeiter*innen der Suchthilfe – aktuell als problematisch anzusehende Schulden (siehe Abbildung 16). In der Mehrheit der Fälle (19 % der gesamten Suchthilfe-Klientel) handelt es sich dabei um (vergleichsweise moderate) Geldbeträge von bis zu 10.000 Euro. 7 % haben zwischen 10.000 und 25.000 Euro, 3 % zwischen 25.000 und 50.000 Euro und ebenfalls 3 % mehr als 50.000 Euro Schulden. Am häufigsten sind mit insgesamt 71 % problematische Glücksspieler*innen verschuldet; hier finden sich auch die höchsten Werte für hohe Schulden (28 % mit mehr als 25.000 Euro). Ebenfalls relativ hohe Anteile von Schuldner*innen zeigen sich bei der Crack-Klientel mit 68 % und der Opioid-Klientel (55 %), wobei jeweils – wie bei den meisten anderen Hauptproblemgruppen – eine Häufung bei eher niedrigen Schuldenbeträgen von maximal 10.000 Euro zu beobachten ist. Eher selten mit Schulden belastet sind hingegen die Personen der Hauptproblemgruppen Mediennutzung (16 %), Cannabinoide (20 %) und Alkohol (21 %).

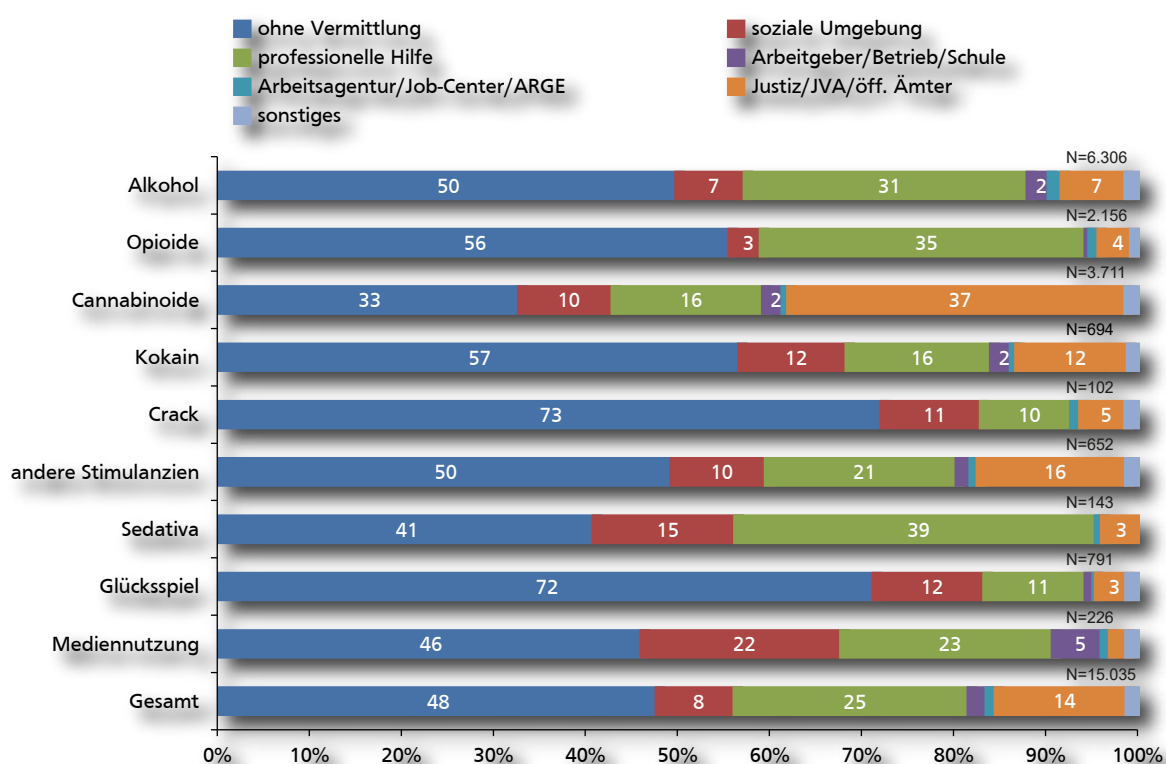
Abbildung 16: Schuldenituation, differenziert nach Hauptproblemgruppe



Betreuungen

In diesem Abschnitt werden Auswertungen zu den Betreuungen vorgestellt. Dies betrifft die in Anspruch genommene Betreuungsform, die Betreuungsdauer und Daten zur Beendigung der Betreuung. Zunächst folgen an dieser Stelle aber Informationen darüber, über welche Vermittlungswege die Klient*innen in eine Einrichtung gelangen. Dabei zeigt sich zunächst, dass 48 % aller Betreuungen ohne Vermittlung zustande kommen (siehe Abbildung 17). In einem Viertel der Fälle (25 %) werden Klient*innen über professionelle Hilfen (andere Suchthilfeeinrichtungen, Ärzte etc.) in die Angebote der ambulanten Suchthilfe vermittelt. 14 % der Betreuungen erfolgen nach Vermittlung durch Justiz, JVA oder Ämter, 8 % durch die soziale Umgebung, 2 % über Arbeitgeber, Betrieb oder Schule und jeweils 1 % über Arbeitsagenturen, Jobcenter oder Arbeitsgemeinschaften bzw. sonstige Instanzen.

Abbildung 17: Vermittlung in die Betreuung, differenziert nach Hauptproblemgruppe



Dabei zeigen die Alkohol-Klient*innen eher geringe Abweichungen zum durchschnittlichen Wert der Gesamt-Klientel; lediglich die Vermittlung über Justiz/JVA/Ämter erfolgt hier mit 7 % vergleichsweise selten und professionelle Hilfen sind mit 31 % relativ häufig die vermittelnde Instanz. Auch die Opioidabhängigen werden mit 35 % überdurchschnittlich häufig durch professionelle Hilfen und eher selten über Justiz/JVA/Ämter (4 %) vermittelt, außerdem spielt die soziale Umgebung (3 %) eher selten eine Rolle. Bei der Cannabinoid-Klientel ist die Vermittlung über Justiz oder Ämter mit 37 % sehr deutlich überrepräsentiert; sie ist hier die häufigste Vermittlungsinstanz. Die Stimulanzien-Konsument*innen sind die einzige weitere Gruppe, bei der dieser Wert mit 16 % über dem Durchschnitt liegt. Eine Inanspruchnahme ohne Vermittlung (33 %) sowie über professionelle Hilfen (16 %) spielt bei der Cannabinoid-Klientel jeweils eine geringere Rolle als bei anderen Klientelen. Letzteres trifft auch auf die Hauptproblemgruppen Crack (10 %), problematisches Glücksspielen (11 %) und Kokain (16 %) zu. Exzessive Mediennutzer*innen weisen mit 22 % den höchsten Wert für eine Vermittlung durch die soziale Umgebung auf, gefolgt von

Sedativa-Konsument*innen mit 15 %. In der kleinen Gruppe der Crack Konsumierenden (73 %) werden Betreuungen am häufigsten durch Eigeninitiative in Anspruch genommen, dicht gefolgt von der Glücksspiel-Klientel (72 %).

Betreuungsformen

Im nächsten Auswertungsschritt werden die zentralen Betreuungsformen, erneut nach den wichtigsten Hauptproblemgruppen differenziert, betrachtet. Hierbei handelt es sich um folgende Betreuungsformen:

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 den individuellen Bedarfen der Klient*innen orientierte Vorgehensweise.

Psychosoziale Betreuung Substituierter (PSB): Hierbei handelt es sich um eine strukturierte, interdisziplinär angelegte und substitutionsbegleitende ambulante Behandlung. 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 Klient*innen. 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: Die Betreuung von Substituierten werden nicht in dieser Kategorie, sondern unter „Psychosoziale Betreuung Substituierter (PSB)“ erfasst.)

Ambulante Rehabilitation (AR): Die AR nach der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ ist eine strukturierte Entwöhnungsbehandlung, die von anerkannten Behandlungsstätten alternativ zu einer stationären Entwöhnung durchgeführt wird. Es gibt ebenfalls die Möglichkeit, im Anschluss an eine stationäre Entwöhnung eine AR durchzuführen: entweder als Kombinationsbehandlung, d.h. ein achtwöchiger stationärer Aufenthalt und direkt im Anschluss AR, oder als ambulante Weiterbehandlung, die von der Klinik beantragt werden muss. 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.

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

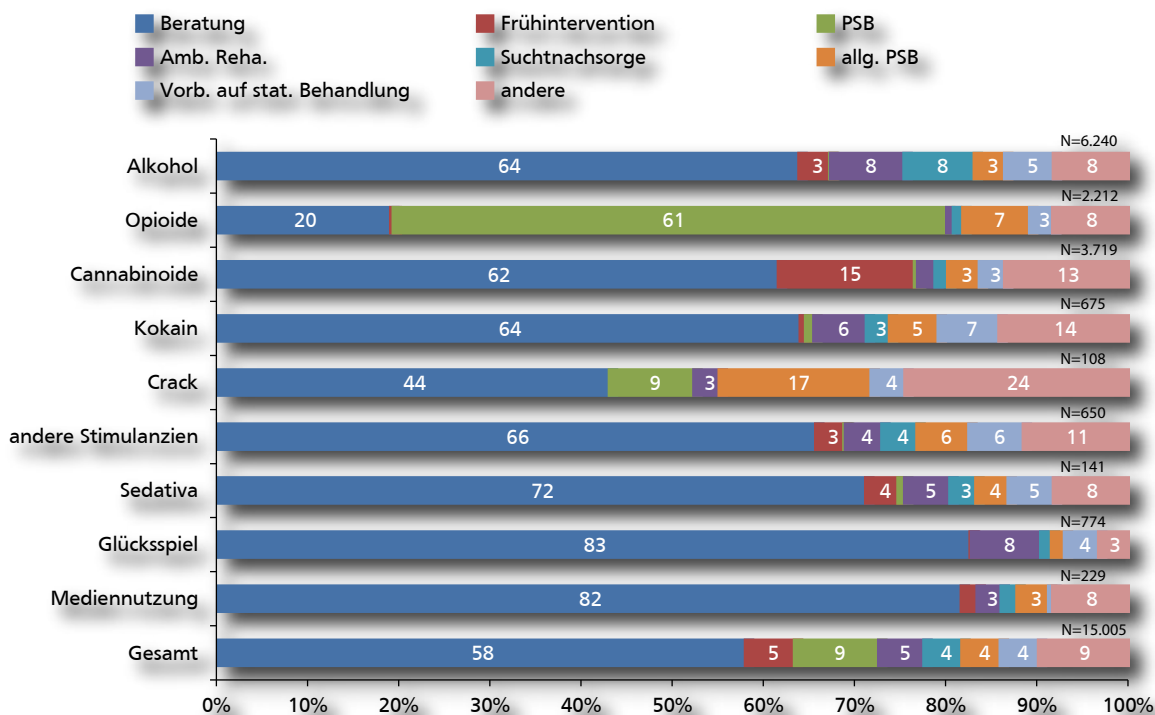
Frühintervention: Hierbei handelt es sich um Interventionen, die darauf abzielen, Suchtmittel-Konsument*innen „früh zu erreichen“, um einer Verfestigung des Suchtverhaltens/ einer Abhängigkeit vorzubeugen (z. B. die Projekte HaLT und Fred).

Nachsorge: Nachsorge ist ein wichtiges Instrument zur Sicherung der Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation und ist bei Abhängigkeitserkrankungen wegen der komplexen Beeinträchtigungen von besonderer Bedeutung. Die Nachsorge kommt bei Abhängigkeitskranken grundsätzlich im Anschluss an eine stationäre und ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation in Betracht. Die Nachsorge unterstützt Abhängigkeitskranke beim Transfer des Erlernten in den Alltag und bei der Sicherung des Rehabilitationserfolges. Leistungsträger sind seit 2012/2013 die Rentenversicherungen und Krankenkassen.

Wie die Abbildung 18 zeigt, ist die Beratung mit einem Anteil von 58 % die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Die psychosoziale Betreuung Substituierter (PSB) ist mit 9 % die zweithäufigste Betreuungsform. Bei jeweils 5 % der Betreuungen handelt es sich um Frühinterventionen oder um eine Ambulante Rehabilitation, bei jeweils 4 % um Vorbereitungen auf stationäre Behandlungen, Allgemeine Psychosoziale Beratungen oder um Maßnahmen der Suchtnachsorge. Andere Betreuungsformen machen 9 % der Fälle aus.

Wie in den Vorjahren zeigen sich vor allem bei der Opioid-Klientel deutliche Unterschiede zur Gesamtverteilung: 61 % der Betreuungen in dieser Gruppe entfallen auf die psychosoziale Betreuung Substituierter. Beratung (20 %) sowie Ambulante Rehabilitation (1 %) sind bei den Opioidabhängigen hingegen von untergeordneter Bedeutung; Suchtnachsorge und Frühintervention haben hier fast keine Bedeutung. Bei der Alkohol-Klientel wird die Suchtnachsorge und die Ambulante Rehabilitation mit einem Anteil von jeweils 8 % sowie die Beratung mit 64 % vergleichsweise häufig in Anspruch genommen. Hohe Anteile für die Beratung liegen außerdem bei den problematisch Glücksspielenden (83 %), Klient*innen mit exzessiver Mediennutzung (82 %) sowie den Sedativa-Konsument*innen (72 %) vor. Die Gruppe der Cannabinoide-Konsumierenden ist die einzige mit einem nennenswerten Anteil von Frühintervention – sie ist hier die zweithäufigste Betreuungsform (15 %).

Abbildung 18: Betreuungsform, differenziert nach Hauptproblemgruppe

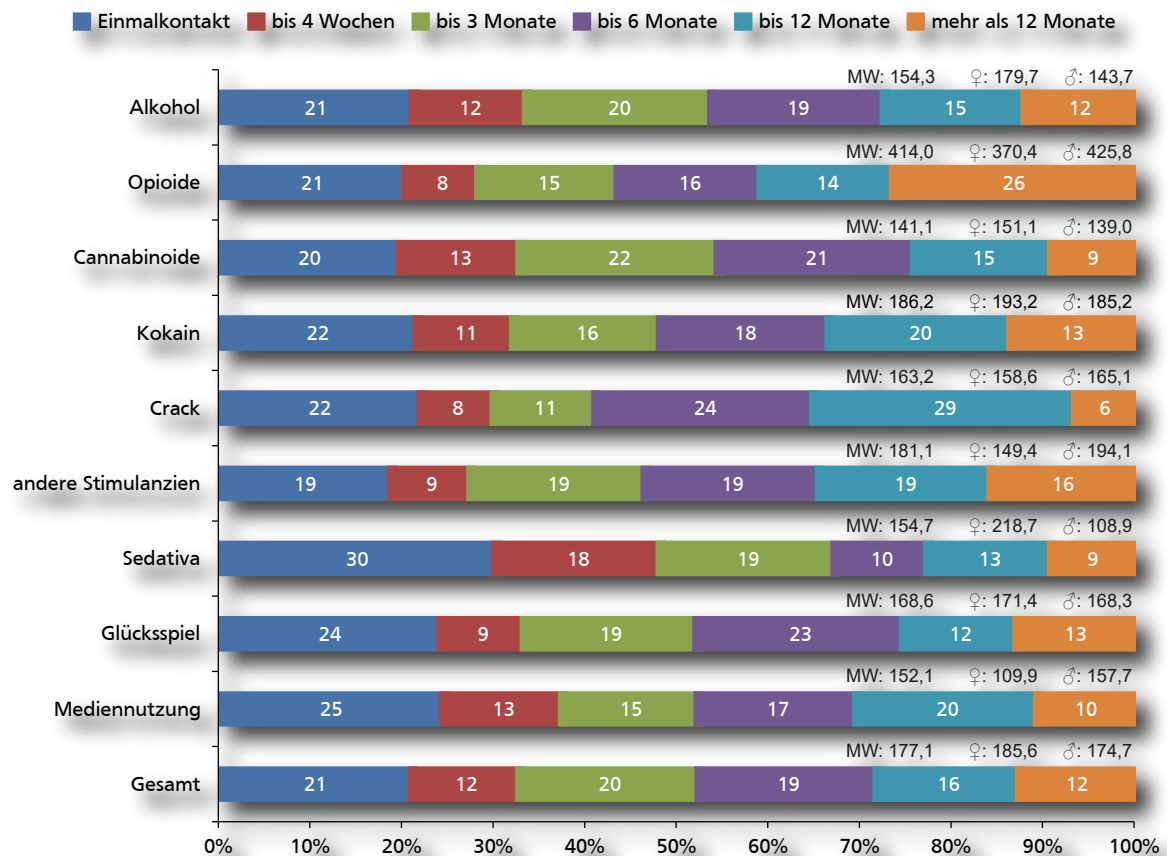


Betreuungsdauer

Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller im Jahr 2022 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 177,1 Tage (siehe Abbildung 19). Frauen werden dabei mit durchschnittlich 185,6 Tagen etwas länger betreut als Männer (174,7 Tage). Die Opioid-Klientel weist mit 414,0 Tagen den mit Abstand höchsten Wert auf. Etwas über dem Durchschnittswert liegen hier die Konsument*innen von Kokain (186,2 Tage) und Stimulanzien (181,1 Tage). Die niedrigsten durchschnittlichen Betreuungsdauern finden sich bei der Cannabinoid-Klientel (141,1 Tage), der kleinen Gruppe der exzessiv Medien-Nutzenden (152,1 Tage) und den Alkohol-Konsumierenden (154,3 Tage).

Wie die Abbildung 19 zeigt, beschränken sich 21 % der im Jahr 2022 abgeschlossenen Betreuungen auf Einmalkontakte. Weitere 51 % dauern nicht länger als ein halbes Jahr – 12 % sind maximal 4 Wochen lang, weitere 20 % zwischen 1 und 3 Monaten und fast ebenso viele (19 %) zwischen 3 und 6 Monaten. 16 % liegen zwischen 6 und 12 Monaten und 12 % dauern länger als ein Jahr. In der Betrachtung der Problemgruppen gibt es zunächst nur geringe Unterschiede, was den Anteil der Einmalkontakte angeht: dieser bewegt sich jeweils zwischen 19 % und 25 %, ausgenommen die kleine Gruppe der Sedativa Konsumierenden, bei der sich 30 % aus Einmalkontakten rekrutieren. Konsument*innen von Sedativa weisen mit 67 % auch insgesamt den mit Abstand größten Anteil von kurzen Betreuungsphasen (weniger als 3 Monate) auf; dahinter folgen die Cannabinoid- (55 %) und die Alkohol-Klientel (53 %). In der Opioid-Klientel liegt mit 26 %, gefolgt von den Stimulanzien-Konsumierenden mit 16 %, der größte Anteil längerer Betreuungen (über 12 Monate) vor.

Abbildung 19: Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in Kategorien, differenziert nach Hauptproblemgruppe (N= 8.149)



Betreuungsende

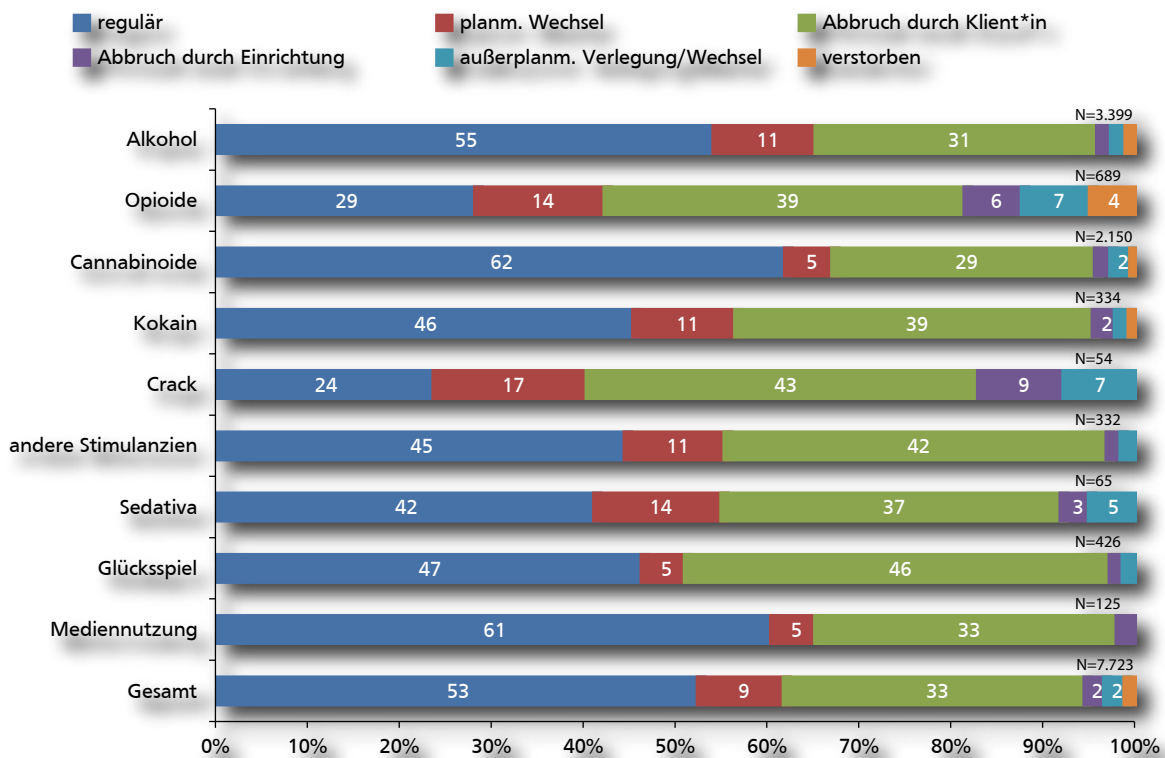
Zum Jahresende waren 60 % der 2022 erfassten Betreuungen beendet; dementsprechend dauern 40 % noch an. Bei der Opioid-Klientel (37 %) zeigt sich der niedrigste Anteil an beendeten Betreuungen, während eine vergleichsweise hohe Quote beendeter Betreuungen bei der Cannabinoid-Klientel, den exzessiv Medien-Nutzenden und den problematischen Glücksspieler*innen (jeweils 66 %) vorliegt.

Insgesamt 62 % der Betreuungen werden regulär abgeschlossen: Dabei handelt es sich entweder um eine planmäßige Beendigung (53 %) oder um eine planmäßige Weitervermittlung in ein anderes Angebot (9 %; siehe Abbildung 20). 33 % der Betreuungen werden durch die Klient*innen und 2 % durch die Einrichtung abgebrochen; bei ebenfalls 2 % wird die Betreuung durch einen außerplanmäßigen Wechsel oder eine Verlegung beendet. 0,8 % der Klient*innen verstarben während der Betreuung.

Zwischen den Hauptproblemgruppen zeigen sich erhebliche Differenzen hinsichtlich des Beendigungsgrundes: So brechen problematisch Glücksspielende (46 %) am häufigsten ihre Betreuung selbst ab, gefolgt von der Crack- (43 %) und der Stimulanzien-Klientel (42 %); bei Cannabinoiden (29 %) und Alkohol (31 %) ist dies hingegen unterdurchschnittlich häufig der Fall. Bei den Opioid- und Crackabhängigen (jeweils 7 %) führt vergleichsweise häufig ein außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Betreuungsform zum Betreuungsende. Diese beiden Hauptproblemgruppen weisen zudem mit 29 % bzw. 24 % besonders geringe Zahlen an regulären

Beendigungen auf. Vergleichsweise häufig werden Betreuungen bei der Cannabinoid-Klientel (62 %) regulär beendet, gefolgt von den Mediennutzer*innen (61 %).

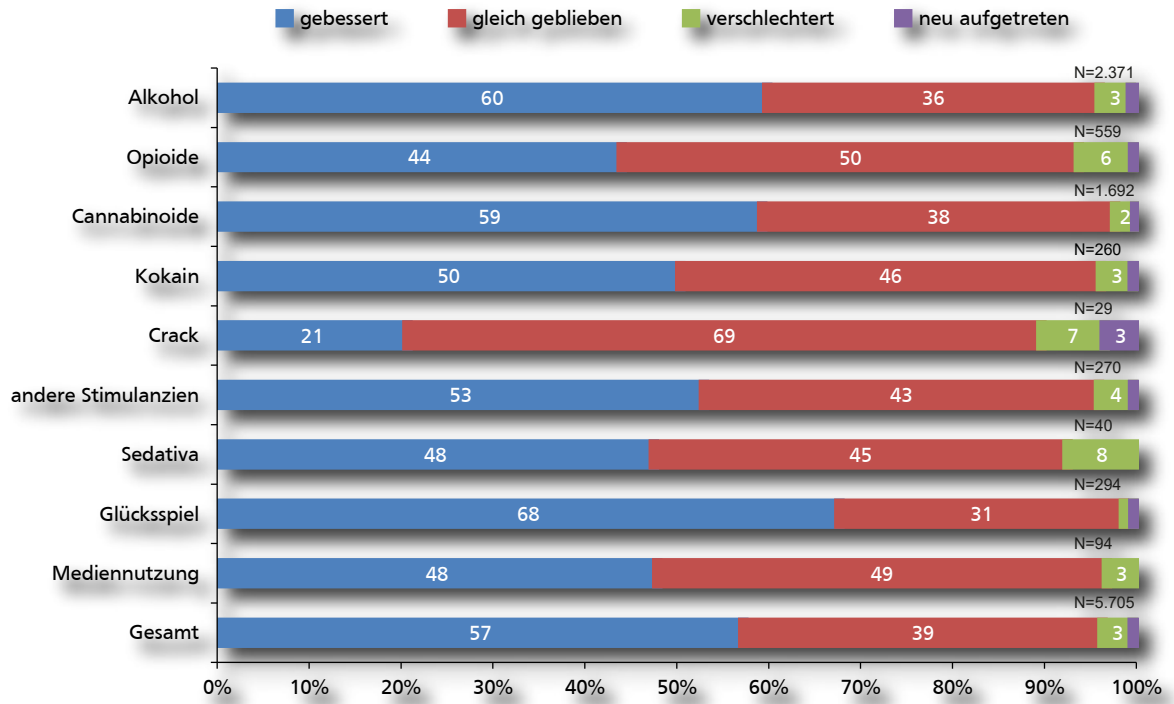
Abbildung 20: Beendigungsgrund, differenziert nach Hauptproblemgruppe



Betrachtet man die Suchtproblematik zum Betreuungsende, so zeigt sich, dass bei einem erheblichen Teil der Betreuungen eine Verbesserung erreicht werden konnte; bei 57 % wurde eine Verbesserung der Problematik dokumentiert (siehe Abbildung 21). 39 % der Klient*innen weisen am Ende ihrer Betreuung eine unveränderte Suchtproblematik auf, bei 3 % hat sich diese verschlechtert und bei weniger als 1 % ist während der Betreuung mindestens eine neue Suchtproblematik aufgetreten.

Die Crack- und Opioid-Klientel unterscheiden sich hinsichtlich der Problematik am Betreuungsende deutlich von den übrigen Hauptproblemgruppen: Mit 21 % bzw. 44 % zeigen sich hier besonders niedrige Anteile von Klient*innen, deren Problematik sich verbessert hat. Bei den Crack-Klient*innen hat sich die Situation bei 69 % nicht verändert, bei der Opioid-Klientel sind es mit 50 % etwas weniger. Der höchste Anteil von Betreuungen mit einer gebesserten Problematik ist aktuell unter den problematisch Glücksspielenden zu beobachten (68 %), gefolgt von Alkohol- (60 %) und Cannabinoid-Konsument*innen (59 %).

Abbildung 21: Problematik am Betreuungsende, differenziert nach Hauptproblemgruppe



Regionale Aspekte

An dieser Stelle erfolgt eine kurze regionalspezifische Auswertung mit ausgewählten Ergebnissen. In einer vergleichenden Perspektive werden dabei die Daten des Jahres 2022 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 Anteil weiblicher Personen unter der Suchthilfe-Klientel liegt in den drei regionalen Kategorien kaum auseinander: am höchsten ist er mit 27 % in Frankfurt und in den Landkreisen, am niedrigsten mit 24 % in den Großstädten (siehe Tabelle 7). Auch im Hinblick auf das Alter zeigen sich nur geringfügige regionalspezifische Unterschiede. Das Durchschnittsalter der Gesamtklientel liegt zwischen 36,8 und 37,3 Jahren, wobei die Frauen in den Landkreisen und Großstädten ungefähr drei Jahre älter sind als die Männer (in Frankfurt besteht dieser Unterschied nicht).

Größere Abweichungen ergeben sich jedoch, wenn nach den Hauptproblemgruppen differenziert wird: Bei 29 % der im Jahr 2022 in den Frankfurter Einrichtungen betreuten Klient*innen handelt es sich um Opioidabhängige, während bei einem knappen Viertel ein Alkoholproblem im Vordergrund der Betreuung steht (24 %). In den Landkreisen und Großstädten stellt sich dieses Verhältnis gänzlich anders dar: Die Anteile der Alkohol-Klientel liegen hier bei 46 % bzw. 45 %, während sich diejenigen für die Opioid-Klientel auf 11 % bzw. 12 % belaufen. Ansonsten fällt noch auf, dass der Anteil der problematisch Glücksspielenden in den Großstädten vergleichsweise hoch ist (9 %). Wird ein solcher Vergleich nach dem Durchschnittsalter der jeweiligen Klientel durchgeführt, ergeben sich im Großen und Ganzen keine nennenswerten Unterschiede.

Der Anteil von Personen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft liegt in der Metropole Frankfurt mit 42 % am höchsten, in den Landkreisen mit 19 % am niedrigsten. Ebenfalls sind Klient*innen mit einem Migrationshintergrund mit einem Anteil von 42 % in Frankfurt häufiger vorzufinden als in den vier anderen Großstädten mit 35 % (Landkreise: 27 %).

Bei der Betrachtung der Erwerbssituation zeigt sich, dass in den Landkreisen und Großstädten der Anteil derjenigen, die über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz verfügen, deutlich größer ist als in der Metropole Frankfurt (58 % bzw. 56 % zu 43 %). Korrespondierend damit ist in Frankfurt der Anteil der ALG-II-Beziehenden (jetzt Bürgergeld) am höchsten (32 %). Die genannten Unterschiede sind im Wesentlichen auf die unterschiedliche Verteilung der Hauptprobleme zurückzuführen (hoher Anteil von Opioidabhängigen in Frankfurt).

Bei der Analyse einiger ausgewählter Daten zur Betreuung zeigen sich zwischen den drei regionalen Kategorien weitere Unterschiede: so ist erwähnenswert, dass die Psychosoziale Betreuung

Substituierter in Frankfurt einen Anteil von 21 % aller Betreuungen ausmacht. Auch dies steht im Zusammenhang mit dem hohen Anteil von Opioidabhängigen in der Mainmetropole (siehe oben). In den Landkreisen und kreisfreien Städten kommt ihr dagegen mit einem Anteil von jeweils 6 % eine untergeordnete Bedeutung zu. In diesen regionalen Bezugsräumen ist die Beratung mit Prozentwerten von jeweils 68 % die mit Abstand häufigste Betreuungsform (Frankfurt: 48 %). Der höchste Anteil bei der Ambulanten Rehabilitation findet sich in den Großstädten mit 11 %.

Bei der durchschnittlichen Dauer abgeschlossener Betreuungen fällt auf, dass in Frankfurt im Schnitt mit 281,1 Tagen die Betreuungen am längsten dauern. Die entsprechenden Werte für die Landkreise und Großstädte betragen 158,5 bzw. 153,7 Tage. Aufgeschlüsselt nach Hauptproblemgruppen zeigt sich, dass dieses vor allem mit der Betreuungsdauer bei den Opioidabhängigen (542,0 Tage) zusammenhängt; aber auch bei der Alkohol- und Cannabis-Klientel hat Frankfurt die deutlich höchsten Durchschnittswerte.

Beim Beendigungsgrund werden ebenfalls Unterschiede sichtbar: Werden die regulären Beendigungen und planmäßigen Wechsel in eine andere Einrichtung als positive Abschlüsse zusammengezählt, kommen die Landkreise mit 68 % auf den höchsten Wert; die Großstädte folgen mit 58 %, und Frankfurt kommt hier auf einen Wert von 50 %.

Tabelle 7: Klientel und Betreuungen im regionalen Vergleich

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Geschlecht			
Männlich	73 %	76 %	72 %
Weiblich	27 %	24 %	27 %
Anderes	0,2 %	0,1 %	0,5 %
Gesamt N	10.805	4.281	3.255
Lebensalter in Kategorien			
bis 18 Jahre	9 %	8 %	7 %
18 bis unter 27 Jahre	21 %	20 %	20 %
27 bis unter 35 Jahre	16 %	18 %	17 %
35 bis unter 45 Jahre	21 %	23 %	26 %
45 bis unter 60 Jahre	24 %	25 %	25 %
60 und älter	8 %	7 %	5 %
Lebensalter in Jahren (Mittelwert)			
Männlich	36,3	36,7	36,9
Weiblich	39,8	39,4	37,0
Anderes	24,9	19,0	19,6
Gesamt	37,2	37,3	36,8
Gesamt N	10.637	4.142	3.063
Hauptdiagnose			
Alkohol	46 %	45 %	24 %
Opioide	11 %	12 %	29 %
Stimulanzien	5 %	3 %	3 %
Kokain	4 %	4 %	7 %
Crack	0,3 %	1 %	2 %
Sedativa	1 %	1 %	2 %
Cannabinoide	25 %	22 %	27 %
Probl. Spielen	5 %	9 %	5 %
Mediennutzung	1 %	3 %	1 %
Sonstiges	2 %	1 %	1 %
Gesamt N	8.346	3.492	2.390
Lebensalter nach Hauptdiagnose			
Alkohol	45,6	42,5	44,3
Opioide	40,9	42,8	42,6
Cannabinoide	24,5	24,9	24,0
Probl. Spielen	36,8	36,1	37,1
Staatsangehörigkeit			
Deutschland	81 %	76 %	58 %
andere EU-Länder	3 %	5 %	7 %
Nicht EU-Länder	15 %	17 %	30 %
staatenlos	1 %	1 %	5 %
Gesamt N	10.805	4.281	3.255

Fortsetzung Tabelle 7: Klientel und Betreuungen im regionalen Vergleich

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Migrationshintergrund			
kein Migrationshintergrund	73 %	65 %	58 %
selbst migriert	15 %	18 %	24 %
als Kind von Migrant*innen geboren	12 %	18 %	19 %
Gesamt N	8.154	3.314	2.113
Erwerbssituation Betreuungsbeginn			
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	58 %	56 %	43 %
ALG I	4 %	4 %	5 %
ALG II	19 %	22 %	32 %
SGB XII	3 %	3 %	7 %
Rentner*in/Pensionär*in	8 %	6 %	4 %
Sonstige	8 %	8 %	9 %
Gesamt N	8.195	3.285	1.910
zeitl. überwiegender Abschnittstyp der Betreuung			
Beratung	68 %	68 %	48 %
Psychosoz. Betr. Substituierter (PSB)	6 %	6 %	21 %
Ambulante Reha.	9 %	11 %	4 %
Allg. psychosoz. Betreuung	4 %	2 %	5 %
Vorb. auf stat. Behandlung	4 %	5 %	4 %
Andere	10 %	7 %	18 %
Gesamt N	10.339	4.122	2.979
Durchschnittliche Dauer in Tagen (beendete Betreuungen)			
Alkohol	157,3	136,6	180,4
Opioide	338,9	311,4	542,0
Cannabinoide	118,9	152,2	204,5
Probl. Spielen	200,9	129,2	185,7
Gesamt	158,5	153,7	281,1
Beendigungsgrund (beendete Betreuungen)			
Regulär	57 %	52 %	39 %
planm. Wechsel	11 %	6 %	11 %
Abbruch durch Klient*in	28 %	37 %	40 %
Abbruch durch Einrichtung	2 %	2 %	5 %
außerplanm. Verlegung/Wechsel	1 %	3 %	5 %
verstorben	1 %	1 %	2 %
Gesamt N	4.984	2.239	1.293

Trends 2013 bis 2022

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Trends in den Grunddaten der hessischen Suchthilfe-statistik dargestellt. Beginnend mit dem Jahr 2013 werden Veränderungen bzw. Kontinuitäten in 3-Jahres-Schritten berichtet. Inhaltlich ist hierbei zwischen der Klient*innen- 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. Veränderungen bzw. Kontinuitäten wurden dabei auch auf die Angebotsstrukturen (z. B. Glücksspiel-Klientel) oder gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (z. B. Erwerbssituation) zurückgeführt.

Im Einzelnen werden die Anteile der Personen aus dem sozialen Umfeld und Neuaufnahmen, das Durchschnittsalter, das Hauptproblem und die Erwerbssituation der Klient*innen sowie die Betreuungsform, die durchschnittliche Betreuungsdauer und die Art der Beendigung der Betreuung betrachtet. Ausgewählte Ergebnisse werden jeweils getrennt für die drei größten Hauptproblemgruppen¹³ – Alkohol, Opioide, Cannabinoide – berichtet.

Die Basis der folgenden Auswertungen stellen 65 Einrichtungen¹⁴ dar, die sich über den gesamten Betrachtungszeitraum an der *COMBASS*-Dokumentation beteiligt haben. Wurden Klient*innen oder Personen aus dem sozialen Umfeld in dem jeweiligen Auswertungsjahr von mehreren der beteiligten Einrichtungen betreut, so wurden bei der Zählung der Klient*innen diese Personen nur einmal erfasst. Mit dieser Vorgehensweise wird eine Verzerrung der Ergebnisse durch eine unterschiedliche (jährliche) Datengrundlage ausgeschlossen. Es muss jedoch bei der Betrachtung der folgenden Analysen stets bedacht werden, dass sich damit auch die genannten absoluten Zahlen nur auf einen Teil der dokumentierten Klient*innen insgesamt beziehen.

Personen aus dem sozialen Umfeld, Klient*innen

Der prozentuale Anteil der Personen aus dem sozialen Umfeld¹⁵ an allen betreuten Personen lag über den ganzen Betrachtungszeitraum etwas schwankend bei 6 % bis 9 % (siehe Tabelle 8). Die absolute Anzahl der betreuten Personen aus dem sozialen Umfeld erreicht aber in 2022 mit 1.212 ihren Höchststand. Dagegen ist die Anzahl der betreuten Klient*innen seit 2013 (relativ) kontinuierlich gesunken, von 14.031 auf aktuell 12.042. Der Anteil der Neuaufnahmen – d. h. der Erstkontakt zur ambulanten Suchthilfe in Hessen findet im jeweiligen Jahr statt – ist seit 2013 von 30 % auf 26 % (2022) zurückgegangen. Dementsprechend ist auch bei der absoluten Zahl der Neuaufnahmen eine (relativ konstante) Abnahme zu beobachten; im Jahr 2022 sind es 3.129 Neuaufnahmen.

Es ist dabei insgesamt zu beachten, dass Schwankungen in der Anzahl der betreuten Personen auch mit der personellen Situation in den Einrichtungen oder anderen strukturellen Faktoren zusammenhängen können.

¹³ Im Hessischen Datensatz 2017 ist die Angabe von Diagnosen nicht (mehr) notwendig, um die suchtspezifischen Probleme der Klient*innen zu beschreiben. Für die Bildung der Auswertungsgruppen werden daher die Angaben aus den Hauptproblemsubstanzen/ Verhaltenssüchten sowie den Angaben zu Suchtdiagnosen zusammengeführt.

¹⁴ Insgesamt haben sich mehr Einrichtungen über diesen Zeitraum an der Datensammlung beteiligt, aufgrund von unterschiedlichen trägerinternen Löschrufen und Datenschutzkonzepten liegen jedoch die Daten nicht von allen Einrichtungen über den gesamten Zeitraum vor.

¹⁵ Einmalkontakte werden hier nicht mitgezählt

Werden die Entwicklungen bei den Personen aus dem sozialen Umfeld sowie bei den Klient*innen geschlechtsspezifisch betrachtet, zeigt sich, dass bei den Personen aus dem sozialen Umfeld der stark dominierende Anteil der Frauen seit 2013 von 78 % auf 74 % zurückgegangen ist (siehe Tabelle 8). Bei den Klient*innen ist der Anteil der weiblichen Personen auf einem sehr konstanten, wenn auch niedrigeren Niveau: bei gut einem Viertel (27 % bzw. 28 %).

Tabelle 8: Anteil Personen aus dem sozialen Umfeld, Klient*innen, 2013 bis 2022 (gleiche Einrichtungen, N=65)

	2013	2016	2019	2022
Klient*innen	93 %	94 %	92 %	91 %
	14.031	13.220	13.694	12.042
Personen aus dem soz. Umfeld	7 %	6 %	8 %	9 %
	991	871	1.117	1.212
Anteil Frauen				
Klientinnen	28 %	27 %	27 %	27 %
Personen aus soz. Umfeld	78 %	77 %	74 %	74 %
Anteil Neuaufnahmen				
Klient*innen	30 %	27 %	28 %	26 %
	4.200	3.533	3.817	3.129

Alter der Klient*innen

Wie der Tabelle 9 zu entnehmen ist, hat sich das Durchschnittsalter der Klient*innen zwischen 2013 und 2022 um etwa ein Jahr von 38,3 auf 39,2 Jahre erhöht. Dabei zeigt sich, dass das Durchschnittsalter der Frauen kontinuierlich um 3 Jahre höher ist als das der Männer (2022: 41,5 zu 38,4 Jahre). Das durchschnittliche Alter der (jährlichen) Neuaufnahmen ist dagegen seit 2013 um etwa ein Jahr von 34,5 auf 33,6 Jahre gefallen.

Tabelle 9: Durchschnittsalter nach Geschlecht, 2013 bis 2022 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=65)

	2013	2016	2019	2022
Männer	37,4	38,0	37,9	38,4
Frauen	40,4	41,1	41,1	41,5
Gesamt	38,3	38,8	38,7	39,2
Gesamt N	15.655	15.158	15.203	13.687
Neuaufnahmen	34,5	34,0	32,9	33,6
Neuaufnahmen N	5.548	4.981	4.882	4.223

Zusammengenommen könnten diese beiden Entwicklungen derart interpretiert werden, dass die Haltekraft der ambulanten Suchthilfe bei ihrer Klientel sehr stabil ist, während bei den Neuaufnahmen seit Jahren auch jüngere Altersgruppen erreicht werden. Ein differenzierter Blick auf die

verschiedenen Hauptproblemgruppen zeigt jedoch, dass es hier teilweise unterschiedliche Entwicklungen gibt.

Wird eine solche Auswertung differenziert nach den Hauptproblemgruppen Alkohol, Opioide und Cannabinoide vorgenommen, ergibt sich bei der Alkohol-Klientel ein seit dem Jahr 2013 ansteigendes Durchschnittsalter von 44,4 auf 46,6 Jahre (siehe Tabelle 10). Bei den Neuaufnahmen stellt sich dagegen mit Werten zwischen 42,0 und 42,9 Jahren das Durchschnittsalter in dieser Gruppe als stabil dar. Bei der Gruppe der Opioidabhängigen ist eine viel deutlichere Zunahme des Alters bei allen Klient*innen auszumachen. Im Jahr 2013 lag das mittlere Alter bei 41,1 Jahren – neun Jahre später ist dieser Wert auf 46,5 angewachsen. Bei den Neuaufnahmen in dieser Hauptproblemgruppe ist das Durchschnittsalter bis zum Jahr 2019 auf 40,3 Jahre angestiegen und ist dann in den letzten drei Jahren wieder zurückgegangen; der aktuelle Wert beträgt 38,6 Jahre. Dagegen zeigt sich bei der Cannabinoid-Klientel ein stabiles Altersniveau: es liegt bei gut 26 Jahren. Das gilt auch für die Neuaufnahmen, bei denen das mittlere Alter bei 22,8 bis 24,0 Jahren liegt.

Tabelle 10: Durchschnittsalter nach Hauptproblemgruppe (Alkohol, Opioide, Cannabis), 2013 bis 2022 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=65)

	2013	2016	2019	2022
Alle Klient*innen				
Alkohol	44,4	45,5	46,1	46,6
Opioide	41,1	43,2	45,5	46,5
Cannabinoide	25,9	26,2	25,5	26,2
Neuaufnahmen				
Alkohol	42,0	42,1	42,9	42,2
Opioide	37,6	39,2	40,3	38,6
Cannabinoide	23,5	24,0	22,8	23,8

Wenn in einem dritten Schritt das Alter der neu aufgenommenen Klient*innen getrennt nach verschiedenen Alterskategorien betrachtet wird, zeigt sich, dass es bei der Alkohol- und Cannabinoid-Klientel im Zeitraum 2013 bis 2022 kaum Veränderungen im Trend gegeben hat (siehe Tabelle 11). Dagegen fällt bei den Opioidabhängigen zum einen auf, dass sich der Anteil derjenigen Personen, die zwischen 27 und 35 Jahre alt sind, von 28 % auf 17 % kontinuierlich reduziert hat. Zum anderen ist in dieser Gruppe der prozentuale Wert für die Gruppe der 60+-Jährigen seit 2013 von 1 % auf 8 % angestiegen.

Tabelle 11: Alterskategorien nach Hauptproblemgruppe (Alkohol, Opioide, Cannabis), 2013 bis 2022 (Neuaufnahmen, gleiche Einrichtungen, N=65)¹⁶

	2011	2014	2017	2020
Alkohol				
unter 18 Jahre	9 %	8 %	8 %	7 %
18 bis unter 27 Jahre	11 %	12 %	11 %	13 %
27 bis unter 35 Jahre	11 %	11 %	12 %	14 %
35 bis unter 45 Jahre	21 %	21 %	21 %	20 %
45 bis unter 60 Jahre	38 %	35 %	34 %	32 %
60 und älter	10 %	12 %	15 %	14 %
Gesamt N	2.120	1.746	1.696	1.580
Opioide				
unter 18 Jahre	1 %	1 %	1 %	3 %
18 bis unter 27 Jahre	13 %	9 %	11 %	21 %
27 bis unter 35 Jahre	28 %	25 %	23 %	17 %
35 bis unter 45 Jahre	35 %	34 %	32 %	32 %
45 bis unter 60 Jahre	21 %	29 %	29 %	19 %
60 und älter	1 %	1 %	4 %	8 %
Gesamt N	368	267	197	145
Cannabis				
unter 18 Jahre	26 %	24 %	30 %	26 %
18 bis unter 27 Jahre	50 %	47 %	49 %	49 %
27 bis unter 35 Jahre	16 %	17 %	13 %	13 %
35 bis unter 45 Jahre	6 %	8 %	6 %	9 %
45 bis unter 60 Jahre	2 %	4 %	3 %	3 %
60 und älter	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,5 %
Gesamt N	1.007	1.201	1.523	1.189

Hauptprobleme

Bei den Hauptproblemen der Klientel zeigt sich, dass der relative Anteil der Klient*innen mit einer Alkoholproblematik seit dem Jahr 2013 sich in einem Korridor zwischen 40 % und 44 % bewegt (siehe Tabelle 12). Bei der Opioid-Klientel wird ein starker Trend eines abnehmenden relativen Anteils deutlich: der Wert für 2022 beträgt nur noch 15 %, neun Jahre zuvor waren es noch 24 %. Der Anteil der Cannabinoid-Konsument*innen, die das ambulante Suchthilfesystem in Hessen aufsuchen, hat dagegen im betrachteten Zeitraum von 16 % auf 24 % zugenommen. Auch bei den Stimulanzien und Kokain ist ein leichter prozentualer Anstieg über die Jahre feststellbar (von 3 % auf 5 % bzw. von 2 % auf 4 %). Der aktuelle Anteil der problematisch Glücksspielenden liegt bei 5 %.

¹⁶ 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 12: Hauptprobleme der Klientel, 2013 bis 2022 (gleiche Einrichtungen, N=65)

	2013	2016	2019	2022
Alkohol	43 % 5.714	40 % 5.091	41 % 5.485	44 % 5.198
Opioide	24 % 3.175	23 % 2.875	18 % 2.491	15 % 1.745
Stimulanzen	3 % 413	4 % 551	5 % 687	5 % 614
Kokain	2 % 332	3 % 318	3 % 451	4 % 496
Sedativa	0,2 % 31	0,3 % 33	0,6 % 80	1,0 % 125
Cannabinoide	16 % 2.161	21 % 2.602	24 % 3.197	24 % 2.873
Glücksspiel	7 % 997	6 % 704	5 % 739	5 % 565
Andere	4 % 589	4 % 505	3 % 381	3 % 307
Gesamt N	13.412	12.679	13.511	11.923

Werden nur die neu aufgenommenen Personen mit Alkoholproblemen betrachtet, zeigt sich, dass ihr relativer Anteil von 2013 bis 2019 von 48 % auf 40 % zurückgegangen ist, um im Jahr 2022 wieder auf 45 % anzusteigen (siehe Tabelle 13). Der Anteil der Neuaufnahmen mit einem opioidbezogenen Hauptproblem hat sich über die Jahre halbiert: von 8 % in 2013 auf 4 % im aktuellen Beobachtungsjahr. In absoluten Zahlen bedeutet dies eine Abnahme von 381 auf 149 Neuaufnahmen. Die (neu aufgenommene) Cannabinoid-Klientel hat dagegen seit 2013 deutlich an Bedeutung gewonnen: ihr relativer Anteil ist von 23 % auf 33 % angewachsen (mit einem Höchstwert von 36 % im Jahr 2019).

Der prozentuale Anteil der problematisch Glücksspielenden hat sich seit dem Jahr 2013 ebenfalls halbiert: von 10 % auf 5 %. Die Entwicklung bei den Stimulanzen und Kokain entspricht in etwa den Werten, die für die Gesamt-Klientel ermittelt worden sind (siehe oben).

Tabelle 13: Hauptprobleme der neu aufgenommenen Klientel, 2013 bis 2022 (gleiche Einrichtungen, N=65)

	2013	2016	2019	2022
Alkohol	48 % 2.148	44 % 1.750	40 % 1.731	45 % 1.646
Opioide	8 % 381	7 % 270	5 % 198	4 % 149
Stimulanzien	3 % 155	5 % 194	5 % 212	5 % 178
Kokain	2 % 105	2 % 92	4 % 163	4 % 144
Sedativa	0,1 % 4	0,3 % 10	0,6 % 27	1,4 % 52
Cannabinoide	23 % 1.016	31 % 1.203	36 % 1.538	33 % 1.205
Glücksspiel	10 % 463	7 % 260	7 % 283	5 % 194
Andere	5 % 220	4 % 165	3 % 138	3 % 94
Gesamt N	4.492	3.944	4.290	3.662

Erwerbssituation

Die Erwerbssituation der Gesamt-Klientel in der ambulanten Suchthilfe in Hessen hat sich in den Jahren 2013 bis 2022 deutlich verändert. Betrug der Anteil der Erwerbstätigen im Jahr 2013 noch 25 %, sind es neun Jahre später 35 % (siehe Tabelle 14). Gleichzeitig ist der Anteil der ALG-II-Beziehenden (seit 2023 Bürgergeld) deutlich von 41 % auf 23 % zurückgegangen. Trotz dieser positiven Entwicklung bleibt die Erwerbssituation für einen Großteil der Klient*innen prekär. Das zeigt in differenzierter Form die folgende Auswertung nach den Hauptproblemgruppen.

Tabelle 14: Erwerbssituation der Gesamt-Klientel, 2013 bis 2022 (gleiche Einrichtungen, N=65)

	2013	2016	2019	2022
erwerbstätig	25 %	25 %	33 %	35 %
in Schule/Ausbildung	15 %	15 %	16 %	16 %
ALG I	5 %	5 %	4 %	4 %
ALG II	41 %	39 %	26 %	23 %
SGB XII	1 %	3 %	5 %	5 %
berufliche Rehabilitation	1 %	1 %	1 %	1 %
sonstige	11 %	12 %	14 %	16 %
Gesamt N	10.419	9.507	11.460	10.293

Bei der Alkohol-Klientel ist der prozentuale Anteil von erwerbstätigen Personen seit dem Jahr 2013 um 14 Prozentpunkte von 29 % auf 43 % angewachsen (siehe Tabelle 15). Gleichzeitig hat sich der Anteil der ALG-I-Empfänger*innen stark reduziert, von 34 % auf aktuell 18 %.

Tabelle 15: Erwerbssituation der Alkohol-Klientel, 2013 bis 2022 (gleiche Einrichtungen, N=65)

	2013	2016	2019	2022
erwerbstätig	29 %	30 %	42 %	43 %
in Schule/Ausbildung	12 %	9 %	7 %	8 %
ALG I	6 %	6 %	5 %	5 %
ALG II	34 %	33 %	21 %	18 %
SGB XII	1 %	1 %	3 %	3 %
berufliche Rehabilitation	1 %	2 %	1 %	1 %
sonstige	18 %	20 %	20 %	22 %
Gesamt N	4.222	3.589	4.569	4.389

Eine andere Entwicklung ist bei der Opioid-Klientel festzustellen: Der Anteil der erwerbstätigen Personen ist seit dem Jahr 2013 in etwa auf dem gleichen Niveau, der entsprechenden prozentuale Anteil bewegt sich zwischen 16 % und 18 % (siehe Tabelle 16). Dagegen ist derjenige der ALG-II-Empfänger*innen stark zurückgegangen: von 65 % auf 44 %. Gleichzeitig ist aber ein deutlicher Anstieg von SGB-XII-Beziehenden zu registrieren: von 3 % auf 18 %. Insgesamt ist damit die berufliche Situation der Opioid-Klientel (sogar zunehmend) sehr problematisch. In dieser Gruppe ist ein besonderer Hilfebedarf vorhanden.

Tabelle 16: Erwerbssituation der Opioid-Klientel, 2013 bis 2022 (gleiche Einrichtungen, N=65)

	2013	2016	2019	2022
erwerbstätig	17 %	18 %	18 %	16 %
in Schule/Ausbildung	2 %	2 %	2 %	2 %
ALG I	4 %	3 %	3 %	3 %
ALG II	65 %	57 %	47 %	44 %
SGB XII	3 %	7 %	15 %	18 %
berufliche Rehabilitation	1 %	1 %	1 %	0 %
sonstige	8 %	12 %	14 %	16 %
Gesamt N	2.639	2.378	2.222	1.559

Auch bei der Cannabinoid-Klientel hat der Anteil der erwerbstätigen Personen im Beobachtungszeitraum zugenommen; der aktuelle Wert von 25 % ist der bisher höchste (siehe Tabelle 17). Der Prozentanteil von ALG II-Empfänger*innen hat sich seit 2013 von 30 % auf 18 % reduziert. Ferner gibt es einen hohen – fast gleichbleibenden – Anteil von Personen, die sich in der Ausbildung befinden, studieren oder zur Schule gehen (2022: 42 %).

Tabelle 17: Erwerbssituation der Cannabinoid-Klientel, 2013 bis 2022 (gleiche Einrichtungen, N=65)

	2013	2016	2019	2022
erwerbstätig	17 %	18 %	24 %	25 %
in Schule/Ausbildung	45 %	42 %	42 %	42 %
ALG I	3 %	4 %	3 %	3 %
ALG II	30 %	32 %	20 %	18 %
SGB XII	0 %	0 %	2 %	3 %
berufliche Rehabilitation	3 %	2 %	1 %	1 %
sonstige	2 %	2 %	8 %	9 %
Gesamt N	1.778	1.974	2.714	2.553

Betreuungsform

Die Beratung ist die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform in der ambulanten Suchthilfe Hessens. Dabei ist ihr relativer Anteil zwischen 2013 und 2022 von 43 % auf 55 % angestiegen (siehe Tabelle 18). Dabei hat die deutlichste Steigerung in den letzten drei Jahren stattgefunden (+8 Prozentpunkte).

Die zweithäufigste Betreuungsform der letzten neun Jahre ist mit einem aktuellen Wert von 9 % die Psychosoziale Betreuung für Substituierte (PSB). Hier ist ein Rückgang um 8 Prozentpunkte seit 2013 zu konstatieren. Bei der Ambulanten Rehabilitation (AR) ist es seit 2013 ebenfalls zu einem starken Rückgang von 13 % auf 6 % gekommen.

Die prozentualen Anteile der Betreuungsform „Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung“ haben sich zwischen 2013 und 2022 von 7 % auf 4 % reduziert. Die Allgemeinen Psychosozialen Betreuung weist einen aktuellen Wert von 3 % auf und liegt damit zwei Prozentpunkte unterhalb des Ausgangswertes im Jahr 2013. In der Kategorie „Andere“, die im Jahr 2022 einen Wert von 11 % aller Betreuungen ausmacht, werden verschiedene andere Betreuungsarten, wie schulische und berufliche Integrationshilfen oder Raucherentwöhnung, zusammengefasst

Tabelle 18: Betreuungsform der Klientel, 2013 bis 2022 (gleiche Einrichtungen, N=65)

	2013	2016	2019	2022
Beratung	43 %	44 %	47 %	55 %
Frühintervention	4 %	3 %	5 %	5 %
PSB für Substituierte	17 %	17 %	14 %	9 %
Ambulante Reha.	13 %	10 %	7 %	6 %
Suchtnachsorge	0,2 %	3 %	4 %	5 %
Allg. psychosoziale Betreuung	5 %	6 %	5 %	3 %
Vorbereitung auf stat. Behandlung	7 %	6 %	5 %	4 %
Andere	12 %	11 %	13 %	11 %
Gesamt N	13.035	12.135	12.482	10.804

Wird auch hier ein Blick auf die drei Hauptproblemgruppen geworfen, ergeben sich differenziertere Erkenntnisse. Es zeigt sich dann zum einen, dass die Bedeutung der Beratung bei der Alkohol-Klientel seit 2013 stetig zugenommen hat (von 45 % auf 57 % in 2022) (siehe Tabelle 19). Gleichzeitig hat sich der zahlenmäßige Stellenwert der Ambulanten Rehabilitation (AR) verringert (zusammengerechnete Anteile 2013: 24 %, 2022: 11 %) ¹⁷.

Bei der Opioid-Klientel ist die dominierende Stellung der Psychosozialen Betreuung für Substituierte auffällig. Im Beobachtungszeitraum bis 2019 stieg ihr Anteil zunächst von 62 % auf 67 % an, im Jahr 2022 liegt der Wert jedoch mit 61 % deutlich darunter (siehe Tabelle 20). Die Beratung spielt bei dieser Klientel eine untergeordnete Rolle, wobei sich die Anteile bis zum Jahr 2019 mit 12 % bzw. 13 % stabil zeigten, um dann bis 2022 auf 18 % anzusteigen. Der Rest verteilt sich auf verschiedene andere Betreuungsformen.

Bei der Cannabinoid-Klientel hat – aber nicht so nicht stark wie bei den Alkohol-Klient*innen – die zahlenmäßige Bedeutung der Beratung über die Jahre zugenommen, von 56 % auf aktuell 61 % (siehe Tabelle 21). Das Gleiche gilt für die Frühintervention, deren relativer Anteil im Jahr 2022 bei 13 % liegt. Gleichzeitig ist es zu einem Rückgang der Bedeutung der Medizinisch-Psychologischen Untersuchung (MPU) und der Allgemeinen Psychosozialen Begleitung (PSB) gekommen (MPU: von 5 % auf 2 %; PSB: von 5 % auf 3 %).

Tabelle 19: Betreuungsform der Alkohol-Klientel, 2013 bis 2022 (gleiche Einrichtungen, N=65)

	2013	2016	2019	2022
Beratung	45 %	48 %	53 %	57 %
AR Vorbereitungsphase	3 %	3 %	2 %	2 %
AR Behandlungsphase	8 %	10 %	8 %	7 %
AR Poststationär	13 %	7 %	2 %	0 %
AR Weiterbehandlung	--	0,3 %	1 %	2 %
Suchtnachsorge	0,3 %	5 %	9 %	9 %
Vorbereitung auf stat. Behandlung	9 %	8 %	7 %	6 %
MPU-Beratung	2 %	2 %	2 %	1 %
PSB Wohngruppen (Einzel/Gruppe)	5 %	4 %	3 %	2 %
Allg. psychosoziale Betreuung	15 %	14 %	14 %	14 %
Anderes	4.969	4.228	4.553	4.172
Gesamt N	5.259	4.889	4.521	3.990

¹⁷ Das hängt mit dem Wegfall der „AR Poststationär“ zusammen. An ihre Stelle sind die Betreuungsformen „Suchtnachsorge“ (seit 2012) als definiertes Modul der Rentenversicherung, die aber keine Reha-Leistung mehr darstellt (nur geringere Leistungssätze), und die „Ambulante Weiterbehandlung“ (seit 2015/16) getreten. Die Ambulante Weiterbehandlung ist die ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung der vorherigen stationären Phase.

Tabelle 20: Betreuungsform der Opioid-Klientel, 2013 bis 2022 (gleiche Einrichtungen, N=65)

	2013	2016	2019	2022
Beratung	13 %	13 %	12 %	18 %
PSB für Substituierte	62 %	66 %	67 %	61 %
amb. Reha	3 %	1 %	1 %	1 %
Suchtnachsorge	--	0,2 %	0,5 %	1 %
Vorbereitung auf stat. Behandlung	4 %	3 %	2 %	3 %
Allg. psychosoziale Betreuung	6 %	7 %	7 %	8 %
Begl. Betr. während anderer Maßn.	3 %	2 %	2 %	2 %
Anderes	9 %	8 %	10 %	7 %
Gesamt N	2.875	2.549	2.195	1.478

Tabelle 21: Betreuungsform der Cannabinoid-Klientel, 2013 bis 2022 (gleiche Einrichtungen, N=65)

	2013	2016	2019	2022
Beratung	56 %	58 %	54 %	61 %
Allgemeine PSB	5 %	6 %	6 %	3 %
MPU-Beratung	5 %	3 %	2 %	2 %
Vorbereitung auf stat. Behandlung	6 %	5 %	4 %	3 %
Frühintervention	8 %	9 %	16 %	13 %
Ambulante Behandlung	4 %	2 %	1 %	1 %
Suchtnachsorge	1 %	1 %	2 %	4 %
Anderes	14 %	17 %	15 %	13 %
Gesamt N	1.942	2.270	2.810	2.445

Betreuungsdauer

Die durchschnittliche Betreuungsdauer ist bei der gesamten Klientel zwischen 2013 und 2019 von 187,3 auf 207,2 Tage angestiegen und ist dann in den folgenden drei Jahren mit 186,6 Tagen wieder bei seinem Ausgangswert angekommen (siehe Tabelle 22). Dies dürfte vor allem mit der Zunahme von Einmalkontakten auf einen Höchstwert von 21 % im Jahr 2022 zusammenhängen. Ansonsten zeigen sich in der kategorialen Betrachtung keine nennenswerten Verschiebungen über die Jahre.

Tabelle 22: Durchschnittliche Betreuungsdauer der gesamten Klientel, 2013 bis 2022 (in Tagen und Kategorien, abgeschlossene Betreuungen, gleiche Einrichtungen, N=65)

	2013	2016	2019	2022
Insgesamt				
Einmalkontakt	14 %	17 %	15 %	21 %
bis 4 Wochen	14 %	14 %	16 %	13 %
bis 3 Monate	23 %	22 %	22 %	20 %
bis 6 Monate	19 %	18 %	18 %	18 %
bis 12 Monate	16 %	16 %	15 %	15 %
über 12 Monate	14 %	14 %	14 %	13 %
Mittelwert (in Tagen)	187,3	195,5	207,2	186,6
Gesamt N	7.524	7.115	8.188	6.500

Wird die Betreuungsdauer bei den einzelnen Hauptproblemgruppen analysiert, zeigt sich bei den Opioidabhängigen, dass die Betreuung dieser Klient*innen im Vergleich mit den beiden anderen Hauptgruppen mit Abstand am längsten dauert. Der Durchschnittswert für das Jahr 2022 beträgt 459,9 Tage (siehe Tabelle 23). Zuvor war ein starker Anstieg zu beobachten, mit einem Höchstwert von 556,9 Tagen im Jahr 2019. In dem Jahr war auch der Anteil derjenigen, die seit 12 Monaten und länger in Betreuung sind, mit 35 % sehr hoch; inzwischen ist dieser Wert auf 28 % zurückgegangen.

Auch bei der Alkohol-Klientel ist die durchschnittliche Betreuungsdauer im aktuellen Berichtsjahr gefallen, und zwar sogar auf einen Niedrigwert von 165 Tagen. In den Jahren zuvor lag dieser Wert etwas schwankend zwischen 174,4 und 188,3 Tagen. Genauso wie in der Gesamt-Klientel liegt der Anteil der Einmalkontakte mit 21 % im Jahr 2022 auf einem Höchststand, was auch die vergleichsweise niedrige Betreuungsdauer erklären dürfte.

Bei der Cannabinoid-Klientel ist dagegen die durchschnittliche Betreuungsdauer im Jahr 2022 auf 141,9 Tage wieder angestiegen. In den Jahren 2013 bis 2019 sank die mittlere Betreuungsdauer von 170,1 auf 126 Tage. Entsprechend ist hier auch im Jahr 2022 ein (leichter) prozentualer Anstieg bei den Kategorien zu verzeichnen, die eine Betreuungsdauer über 3 Monate ausweisen.

Tabelle 23: Durchschnittliche Betreuungsdauer nach Hauptproblemgruppe, 2013 bis 2022 (in Tagen und Kategorien, abgeschlossene Betreuungen, gleiche Einrichtungen, N=65)

	2013	2016	2019	2022
Alkohol				
Einmalkontakt	12 %	16 %	15 %	21 %
bis 4 Wochen	15 %	13 %	15 %	13 %
bis 3 Monate	25 %	21 %	21 %	20 %
bis 6 Monate	19 %	19 %	19 %	18 %
bis 12 Monate	17 %	16 %	17 %	15 %
über 12 Monate	13 %	14 %	13 %	13 %
Mittelwert (in Tagen)	175,9	188,3	174,4	165,0
Gesamt N	3.461	3.051	3.393	2.885
Opioide				
Einmalkontakt	14 %	18 %	13 %	21 %
bis 4 Wochen	14 %	14 %	11 %	8 %
bis 3 Monate	15 %	16 %	13 %	15 %
bis 6 Monate	17 %	13 %	11 %	14 %
bis 12 Monate	17 %	14 %	16 %	13 %
über 12 Monate	22 %	26 %	35 %	28 %
Mittelwert (in Tagen)	274,4	336,8	556,9	459,9
Gesamt N	1.216	1.017	1.041	571
Cannabinoide				
Einmalkontakt	13 %	16 %	14 %	19 %
bis 4 Wochen	13 %	15 %	21 %	14 %
bis 3 Monate	25 %	26 %	27 %	22 %
bis 6 Monate	20 %	19 %	19 %	21 %
bis 12 Monate	18 %	15 %	12 %	14 %
über 12 Monate	11 %	8 %	7 %	9 %
Mittelwert (in Tagen)	170,1	147,6	126,0	141,9
Gesamt N	1.368	1.703	2.201	1.828

Art der Beendigung der Betreuung

Bei der Art der Beendigung der Betreuung fällt auf, dass der Anteil regulär beendeter Betreuungen zwischen 2013 und 2022 von 47 % auf 54 % angestiegen ist. Dagegen hat es einen ganz leichten Rückgang beim planmäßigen Wechsel in eine andere Behandlungsform gegeben (von 11 % auf 9 %) (siehe Tabelle 24). Werden diese beiden Kategorien zusammen als „planmäßige Beendigung“ betrachtet, ist es zu einer insgesamt positiven Zunahme von 58 % auf 63 % gekommen.

Tabelle 24: Art der Beendigung der Betreuung bei der gesamten Klientel, 2013 bis 2022 (gleiche Einrichtungen, N=65)

	2013	2016	2019	2022
regulär	47 %	49 %	51 %	54 %
planmäßiger Wechsel	11 %	10 %	8 %	9 %
vorz. auf ärztl./therap. Veranl.	1 %	1 %	1 %	1 %
vorz. mit ärztl./therap. Einverst.	5 %	6 %	5 %	5 %
vorz. ohne ärztl./therap. Einverst.	30 %	28 %	31 %	28 %
disziplinarisch	2 %	2 %	1 %	1 %
außerplanm. Verlegung/Wechsel	3 %	4 %	2 %	2 %
verstorben	1 %	1 %	1 %	1 %
Gesamt N	6.056	5.551	6.407	4.905

Es ergeben sich bei den drei Hauptproblemgruppen teilweise unterschiedliche Entwicklungen, wenn die einzelnen Erfassungskategorien der Beendigungsart betrachtet werden. Werden auch hier die beiden positiven Kategorien „regulär“ und „planmäßiger Wechsel“ zusammengefasst, zeigt sich für die Alkohol-Klientel im gesamten Beobachtungszeitraum ein relativ stabiler Anteil zwischen 62 % und 65 % (siehe Tabelle 25). Der entsprechende Wert für die Opioid-Klientel hat dagegen auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau weiter abgenommen: er beträgt aktuell nur noch 38 % (siehe Tabelle 26). Bei der Cannabinoid-Klientel ist dagegen der Anteil planmäßiger Beendigungen über die Jahre von 62 % auf 69 % angestiegen (siehe Tabelle 27).

Tabelle 25: Art der Beendigung der Betreuung bei der Alkohol-Klientel, 2013 bis 2022 (gleiche Einrichtungen, N=65)

	2013	2016	2019	2022
regulär	53 %	53 %	52 %	55 %
planmäßiger Wechsel	11 %	11 %	10 %	10 %
vorz. auf ärztl./therap. Veranl.	2 %	1 %	1 %	1 %
vorz. mit ärztl./therap. Einverst.	6 %	6 %	5 %	6 %
vorz. ohne ärztl./therap. Einverst.	26 %	25 %	29 %	25 %
disziplinarisch	1 %	1 %	1 %	1 %
außerplanm. Verlegung/Wechsel	1 %	2 %	2 %	1 %
verstorben	1 %	1 %	1 %	1 %
Gesamt N	2.864	2.402	2.682	2.176

Tabelle 26: Art der Beendigung der Betreuung bei der Opioid-Klientel, 2013 bis 2022 (gleiche Einrichtungen, N=65)

	2013	2016	2019	2022
regulär	32 %	32 %	33 %	27 %
planmäßiger Wechsel	15 %	10 %	9 %	11 %
vorz. auf ärztl./therap. Veranl.	1 %	2 %	1 %	1 %
vorz. mit ärztl./therap. Einverst.	4 %	6 %	4 %	5 %
vorz. ohne ärztl./therap. Einverst.	31 %	27 %	37 %	36 %
disziplinarisch	5 %	5 %	5 %	4 %
außerplanm. Verlegung/Wechsel	8 %	13 %	7 %	7 %
verstorben	3 %	5 %	4 %	8 %
Gesamt N	948	782	812	427

Tabelle 27: Art der Beendigung der Betreuung bei der Cannabinoid-Klientel, 2013 bis 2022 (gleiche Einrichtungen, N=65)

	2013	2016	2019	2022
regulär	52 %	57 %	63 %	64 %
planmäßiger Wechsel	10 %	6 %	5 %	5 %
vorz. auf ärztl./therap. Veranl.	1 %	1 %	1 %	1 %
vorz. mit ärztl./therap. Einverst.	4 %	4 %	3 %	4 %
vorz. ohne ärztl./therap. Einverst.	30 %	27 %	26 %	25 %
disziplinarisch	1 %	2 %	1 %	1 %
außerplanm. Verlegung/Wechsel	2 %	3 %	1 %	1 %
verstorben	0 %	0 %	0 %	0 %
Gesamt N	1.088	1.325	1.761	1.419

Klient*innen im Betreuten Wohnen

Im Folgenden werden erstmalig die Personen gesondert beschrieben, die im Bereich des Betreuten Wohnens durch das COMBASS-Projekt erfasst werden. Hierbei werden die Daten aller Personen eingeschlossen, die entweder von einer der beteiligten Einrichtungen des Betreuten Wohnens dokumentiert oder über die entsprechende Betreuungsart aller Einrichtungen kenntlich gemacht wurden.

Für das Jahr 2022 wurden über das COMBASS-Projekt insgesamt 1.469 Personen für das Betreute Wohnen dokumentiert, wobei 683 Personen von 17 Einrichtungen des Betreuten Wohnens direkt übermittelt und 683 Personen über den Betreuungstyp zugeordnet wurden.¹⁸ Der Frauenanteil liegt bei 39 % und der Anteil der Männer bei 61 %. Für 4 Personen (0,3 %) wurde das Geschlecht „anderes“ dokumentiert.¹⁹ Das durchschnittliche aktuelle Lebensalter beträgt 48,0 Jahre, wobei die dokumentierten Frauen mit 48,5 Jahren im Mittel ein wenig älter als die Männer sind (47,7 Jahre). Bei mehr als der Hälfte der Personen im betreuten Wohnen steht ein Alkoholproblem (51 %) im Vordergrund, bei rund einem Fünftel ein Opioidproblem (21 %). Ein problematischer Cannabinoidkonsum als Hauptproblemlage wird für rund ein Zehntel der Klientel (12 %) benannt.

84 % der im Betreuten Wohnen dokumentierten Personen besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit. Der Anteil an Menschen mit einem Migrationshintergrund liegt bei rund einem Viertel (24 %). Hinsichtlich der Erwerbssituation zeigt sich, dass lediglich 10 % der Klientel einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz haben. Rund zwei Drittel (67 %) der Klientel ist arbeits- bzw. erwerbslos (ALG I/ ALG II/SGBXII), wobei hier mit 49 % vor allem der Bezug von ALG II im Vordergrund steht.

Die Betreuungsdauer der 2022 im Betreuten Wohnen abgeschlossenen Betreuungen beträgt im Mittel 756,5 Tage. Für Frauen werden mit einer durchschnittlichen Dauer von 1.053,3 Tagen deutlich längere Betreuungen dokumentiert als für Männer (585,5 Tage). Ein Drittel der Betreuungen wird regulär abgeschlossen, also entweder durch eine planmäßige Beendigung (22 %) oder eine planmäßige Weitervermittlung (11 %). Bei einem weiteren Drittel (32 %) wird die Betreuung durch die Klient*innen abgebrochen, wobei dies bei Frauen (37 %) anteilig häufiger als bei den Männern (29 %) der Fall ist.

¹⁸ An dieser Stelle sei angemerkt, dass sich nicht alle Einrichtungen des Betreuten Wohnens in Hessen am COMBASS-Projekt beteiligen. Insofern kann die Landesauswertung der COMBASS Daten hier nur einen Ausschnitt der Gesamtgruppe bieten.

¹⁹ Bei 2 betreuten Personen wurde keine Angabe zum Geschlecht dokumentiert.

Tabelle 28: Klientel und Betreuungen im betreuten Wohnen

	männlich	weiblich	Gesamt
Geschlecht	61 %	39 %	100 %
	883	566	1.453
Problembereiche			
Alkohol	48 %	56 %	51 %
Opioide	22 %	21 %	21 %
Stimulanzien	4 %	5 %	4 %
Kokain	5 %	1 %	3 %
Crack	2 %	1 %	2 %
Sedativa	1 %	2 %	1 %
Cannabinoide	13 %	10 %	12 %
PGS	0 %	1 %	1 %
Mediennutzung	0 %	0 %	0 %
Sonstiges	5 %	4 %	4 %
Gesamt	747	499	1.246
Alter			
18 bis unter 27 Jahre	8 %	8 %	8 %
27 bis unter 35 Jahre	14 %	15 %	14 %
35 bis unter 45 Jahre	27 %	26 %	26 %
45 bis unter 59 Jahre	41 %	40 %	40 %
60 und älter	10 %	12 %	11 %
Alter aktuell	47,7	48,5	48,0
Gesamt	886	566	1.452
1.Staatsangehörigkeit			
deutsch	84 %	84 %	84 %
EU	4 %	8 %	6 %
sonstige	11 %	8 %	10 %
staatenlos	1 %	1 %	1 %
Gesamt	892	571	1.463
Migrationshintergrund			
kein Migrationshintergrund	77 %	75 %	76 %
selbst migriert	15 %	16 %	16 %
als Kind von Migrant*innen geboren	8 %	9 %	8 %
Gesamt	607	451	1.058
Erwerbssituation			
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	10 %	10 %	10 %
ALG I	7 %	5 %	6 %
ALG II	51 %	46 %	49 %
SGB XII	11 %	13 %	12 %
Rentner/Pensionär	12 %	18 %	15 %
sonstige	8 %	8 %	8 %
Gesamt	635	460	1.095

Fortsetzung Tabelle 28: Klientel und Betreuungen im regionalen Vergleich

	männlich	weiblich	Gesamt
Anteil beendeter Betreuungen	24 %	21 %	23 %
Gesamt	1.008	660	1.668
Durchschnittliche Dauer in Tagen (beendete Betreuungen)	585,5	1.053,3	756,5
Gesamt	243	140	383
Beendigungsgrund (beendete Betreuungen)			
regulär	24 %	19 %	22 %
planm. Wechsel	12 %	9 %	11 %
Abbruch durch Klient*in	29 %	37 %	32 %
Abbruch durch Einrichtung	18 %	15 %	17 %
außerplanm. Verlegung / Wechsel	9 %	11 %	10 %
verstorben	7 %	9 %	8 %
Gesamt	202	127	329

Zwanzig Jahre digitale Dokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen

Kritische Bestandsaufnahme, Anregungen und Potentiale

Ein Kommentar von

Werner Heinz und Prof. Dr. Martin Schmid

Im Oktober 2004 erschien die erste Landesauswertung der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS). Herausgeberin war die Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS) im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums, die Daten bezogen sich auf das Jahr 2003 und das Vorwort stammte von der damaligen Hessischen Sozialministerin Silke Lautenschläger. 20 Jahre später liegt die Auswertung der Daten für das Jahr 2022 vor. Herausgeberin ist immer noch die HLS, Sozialminister in Hessen ist inzwischen Kai Klose.

20 Jahre Datenerhebungen und Landesauswertungen zur ambulanten Suchthilfe in Hessen sind zurecht ein Anlass, mit einer guten Portion Stolz zurückzublicken auf das Projekt COMBASS. Angesichts der verbreiteten Klage über die mangelhafte Digitalisierung in Deutschland, gerade auch im Gesundheitsbereich, erscheint es im Rückblick erstaunlich, dass bereits im Jahr 2000 in der ambulanten Suchthilfe in Hessen mit der Einführung eines einheitlichen digitalen Dokumentationssystems begonnen worden war. 20 Jahre später während der Coronapandemie hat eine verwunderte Öffentlichkeit gelernt, dass zwischen Gesundheitsämtern in Deutschland noch per Fax kommuniziert wurde und es keine Standards für die Datenerfassung und -weitergabe gab. Da war die Suchthilfe längst weiter: In den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen wird seit 2003 digital und nach einheitlichen Standards dokumentiert und standardisierte Schnittstellen stellen sicher, dass die hessischen Daten in anonymisierter Form in die deutsche und europäische Suchthilfestatistik einfließen können.

Nach 20 Jahren digitaler Dokumentation in der Praxis der Suchthilfe ist es auch an der Zeit, die Nutzung dieser Daten für Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung und für eine faktenbasierte Weiterentwicklung des Hilfesystems zu hinterfragen. Denn die digitale Dokumentation und die Datenauswertungen können ihre Potentiale nur dann entfalten, wenn alle Beteiligten auf den verschiedenen Ebenen die Daten und Auswertungsergebnisse nutzen, um die Angebote zu verbessern, an veränderte Klient*innengruppen, Konsummuster, Problemlagen und Rahmenbedingungen anzupassen, fachliche Standards weiterzuentwickeln und Schwachstellen zu erkennen und zu verbessern. Das gilt für die Fachkräfte und Leitungen in den beteiligten Einrichtungen, für die beteiligten Träger und Geschäftsführungen und auch für die politische Ebene in Kommunen, Landkreisen und im Ministerium.

Zu diesem Zweck erhalten alle beteiligten Einrichtungen neben der Landesauswertung jährlich ihre einrichtungsspezifischen Auswertungen, die als Grundlage für Qualitätssicherung und empiriegestützte Weiterentwicklung der Angebote in den Einrichtungen genutzt werden können. Mehrere COMBASS-Landesauswertungsberichte enthielten neben standardisierten Grundausswertungen, Trendanalysen und regionalen Analysen auch Kommentare, die aus der Vielzahl von Auswertungsergebnissen Anforderungen und Potentiale für die Weiterentwicklung der ambulanten Suchthilfe in Hessen herauszuarbeiten versuchten. Zu der interessantesten Frage – ob diese oder andere Anregungen aus den Landesauswertungen zu Diskussionen und Veränderungen

in Einrichtungen, bei Trägern oder in der Suchthilfepolitik des Landes geführt haben – liegen leider keine Daten vor.

Als Grundlage für diesen aktuellen Kommentar im 20. Jahr nach der Einführung von *COMBASS* wurde ein Review über die seit 2009 in unregelmäßigen Abständen erschienenen Kommentierungen erstellt. Dabei interessierte insbesondere, wie sich die Themen der Kommentare verändert haben und ob sich zu diesen Themen in den folgenden Jahren Veränderungen in den Daten zeigten.

Ein detaillierter Abgleich der Daten und Befunde, auf die sich die Kommentare bezogen, mit den entsprechenden Daten aus 2022 lässt allerdings auf der Ebene der großen Überblickszahlen keine Wirkungen erkennen. Hier wäre für das kommende Jahr eine Spezialanalyse zu empfehlen, etwa zu spezialisierten Angeboten und zielgruppenspezifischen Innovationen im Angebotsprofil einzelner beteiligter Einrichtungen

Drei Themenblöcke waren in den Kommentaren wiederholt thematisiert worden. Sie sind auch 2023 unverändert relevant.

- Im ersten Block geht es um die Frage, welche Konsument*innengruppen oder Diagnosegruppen die ambulanten Suchthilfeeinrichtungen aufsuchen. Gleichzeitig wird analysiert, wie sich verschiedene Konsumenten- oder Diagnosegruppen in den Daten abbilden und wie Konsummuster dokumentiert werden.
- In einem zweiten Block geht es darum, welche Leistungen, Behandlungen oder Betreuungsformen bei diesen Klient*innengruppen angewandt werden und welche Veränderungen dabei erkennbar werden.
- Und drittens wird der Frage nachgegangen, wie sich in den *COMBASS*-Auswertungsberichten die Vernetzung zu anderen Hilfesystemen abbildet und wie diese Vernetzungsstrukturen zu den Bedarfen der Klient*innen passen.

Diagnosegruppen und Konsummuster

Seit 20 Jahren kommen die meisten Klient*innen wegen alkoholbezogener Suchtprobleme in die ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hessen. Diese Klient*innen sind meist in den mittleren Jahren und haben vermutlich oft bereits mehrere Jahre des riskanten oder abhängigen Konsums erlebt. Der Anteil der Klient*innen unter 27 Jahren liegt bei den Neuaufnahmen seit Jahren recht konstant um die 20 %. Das sollte Anlass für Überlegungen sein, wie durch die systematische Implementierung von spezifischen Frühinterventionsprogrammen die Erreichbarkeit von jüngeren Menschen mit problematischem Alkoholkonsum erreicht werden kann.

Vor 20 Jahren waren Heroinabhängige die zweitgrößte Klient*innengruppe in der ambulanten Suchthilfe in Hessen. Das hat sich längst geändert: der Anteil der Opioidgruppe ist von über 30 % in den ersten Jahren der digitalen Dokumentation auf inzwischen 14 % zurückgegangen und liegt bei den Neuaufnahmen bei 5 %. Der größte Teil der Opioidabhängigen wird inzwischen in medizinischen Einrichtungen außerhalb der ambulanten Suchthilfe substituiert. Nur für einen Teil dieser Patient*innen in Substitutionsbehandlung ist die ambulante Suchthilfe ein attraktives Angebot, um mit den durchaus vorhandenen psychosozialen Problemlagen besser zurechtzukommen. Laut Bericht zum Substitutionsregister (BfArM 2023) waren zum Stichtag 1.7.2022 7.704 Menschen in Hessen in Substitutionsbehandlung. In *COMBASS* sind für das Jahr 2022 etwa 2.000 Opioidabhängige dokumentiert. Das Durchschnittsalter dieser Gruppe steigt der aktuellen Trend-

analyse zufolge immer weiter an. Auch das wirft Fragen auf: Welche Bedeutung haben Opioid-abhängige aktuell für die Suchthilfe? Welche Angebote gibt es für älter werdende Substituierte, die inzwischen das Rentenalter erreichen und an den somatischen und psychischen Folgen lang-jährigen Opioidkonsums leiden? Bei den Neuaufnahmen ist aktuell auf insgesamt niedrigem Niveau ein Anstieg jüngerer Klient*innen zu erkennen. Das mag ein Rauschen in den Daten dar-stellen, dem keine größere Bedeutung zukommt. Sollten diese Daten aber auf tatsächliche Ver-änderungen hinweisen – etwa auf ein neues Interesse in jüngeren Alterskohorten an Opioiden – dann wäre dies eine bedeutsame Erkenntnis. Hier wären ergänzende Berichte aus den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen interessant.

Die zweitgrößte Klient*innengruppe sind inzwischen Menschen mit Cannabisproblemen. Auch bei dieser Gruppe stellt sich die Frage, wie jüngere Konsumierende systematisch – etwa durch Früh-interventionsprogramme – erreicht werden können. Angesichts der zu erwartenden gesetzlichen Veränderungen bei Cannabis sollte sich die ambulante Suchthilfe auf veränderte Anfragen und Problemwahrnehmungen vorbereiten. Auch wenn eine Legalisierung von Cannabis kontrovers diskutiert wird, sind sich doch die Suchtexpert*innen in einem Punkt einig: Eine Legalisierung von Cannabis sollte von einer umfassenden Präventionskampagne und von einem Ausbau der Hilfeangebote für Menschen begleitet werden, die Probleme mit Cannabis entwickeln. Hier sind Suchthilfe und Suchthilfepolitik gleichermaßen gefragt: Präventions- und Behandlungsangebote müssen entwickelt und ausgebaut werden, und beides muss auch finanziert werden.

Die mediale Berichterstattung zu Crack vor allem im Frankfurter Bahnhofsviertel passt nicht zu den Fallzahlen zu Crack in der aktuellen Landesauswertung. Auch aktuelle Studien zur offenen Frank-furter Drogenszene (Werse/Kamphausen 2023) weisen darauf hin, dass Crack dort inzwischen zur dominierenden Droge geworden ist. Der aktuellen Konsumraumdokumentation (Stöver/Förster 2023) zufolge ging es in der Hälfte der mehr als 130.000 Konsumvorgänge in den Frankfurter Konsumräumen im Jahr 2022 um Crack – teils in Kombination mit Heroin, teils als Monokonsum. Möglicherweise sind bei Crack zwei Gruppen zu unterscheiden: Opioidabhängige in oder außerhalb der Substitutionsbehandlung, die zusätzlich Crack konsumieren, und reine Crack-Konsumierende ohne opioidbezogene Probleme. Entweder bildet die digitale Dokumentation diese Zielgruppen nicht hinreichend ab oder die ambulante Suchthilfe erreicht außerhalb der Konsumräume diese Zielgruppen nur unzureichend.

Jenseits von Crack fällt auf, dass Menschen, die Kokain und/oder andere Stimulanzen konsumieren, nur sehr begrenzt die Angebote der ambulanten Suchthilfe nutzen. Das könnte daran liegen, dass diese Zielgruppe andere Angebote und auch andere Fachkräfte mit anderen Kompetenzen benötigt. Junge Menschen mit problematischem Alkohol- und/oder Cannabiskonsum und typischen Jugendproblemen, ältere Opioidabhängige in Substitutionsbehandlung mit langsam steigendem Pflegebedarf und leistungsbereite Berufstätige, die mit Kokain ihre Leistungs- und ihre Erlebnis-fähigkeiten steigern wollen, sind sehr unterschiedliche Zielgruppen. Diese unterschiedlichen Gruppen lassen sich wohl kaum mit den gleichen Angeboten erreichen und auch nicht mit den gleichen Kompetenzen beraten oder behandeln. Problematisches Spielen und problematische Mediennutzung als weitere Zielgruppen erfordern eine weitere Ausdifferenzierung der Angebote und der Kompetenzen.

Leistungen, Behandlungen oder Betreuungsformen

Betrachtet man die Angaben zur Betreuungsform, so fällt bei allen Diagnosegruppen außer Opioiden auf, dass die Kategorie „Beratung“ dominiert. Das scheint zunächst einmal eine Selbstverständlichkeit für ambulante Suchtberatungsstellen zu sein. Die Daten zur Betreuungsdauer weisen allerdings darauf hin, dass ein erheblicher Teil der Klient*innen länger als drei Monate und nicht wenige länger als 6 oder 12 Monate betreut werden. Mit zunehmender Betreuungsdauer wäre zu erwarten, dass von unspezifischer „Beratung“ zu spezifischen Leistungsangeboten, wie z.B. ambulanter Rehabilitation oder „Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung“, gewechselt wird. Hingegen fällt auf, dass gerade bei der Gruppe der Klient*innen mit alkoholbezogenen Problemen der Anteil der „Beratungen“ in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat und der Anteil der „ambulanten Rehabilitation“ und der „Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung“ zurückgegangen sind. Bei Alkohol stellt sich die Frage, ob die S3-Leitlinien zu „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (DGPPN/DG-SUCHT 2020) in den Einrichtungen bekannt und implementiert sind.

Angesichts der dokumentierten „weiteren Problembereiche“ mit hohen Nennungen für u.a. die psychische Gesundheit, die familiäre Situation, die Schul-, Ausbildungs- und Arbeitssituation, die körperliche Gesundheit, die Alltagsstrukturierung und die finanzielle Situation deutet sich an, dass viele Klient*innen der ambulanten Suchthilfe in Hessen nicht nur Beratung, sondern suchtspezifische Behandlung und spezifische Hilfeangebote an den Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme benötigen. In der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit (vgl. z.B. Dettmers/Bischkopf 2019) werden solche behandelnden Angebote der Sozialen Arbeit unter dem Begriff der „klinischen sozialen Arbeit“ diskutiert, die sich in ein interdisziplinäres bio-psycho-soziales Behandlungsverständnis einfügt. Klinische Soziale Arbeit findet bei weitem nicht nur in der Klinik statt, oft aber an der Schnittstelle zum Gesundheitssystem. Für die Suchthilfe haben insbesondere Sommerfeld (2019) und Sommerfeld et al. (2016) ein Konzept klinischer Sozialer Arbeit entwickelt, das gleichermaßen Fragen der Integration und Inklusion in gesellschaftliche Teilsysteme wie auch Fragen der Lebensführung aufgreift und weit über klassische Beratung und Vermittlung hinausgeht und der Sozialen Arbeit einen eigenständigen Zuständigkeitsbereich zuspricht. An eine eigenständige soziale Diagnostik (Hansjürgens/Schulte-Derne 2020) schließen dann jeweils passende spezifische Interventionsformen an. Es bietet sich an, die fallbezogene digitale Dokumentation in der ambulanten Suchthilfe in Hessen auch für eine so verstandene soziale Diagnostik zu nutzen.

Vernetzung zu anderen Hilfesystemen

In den Landesauswertungen sind wenig Daten zu den Vernetzungsstrukturen mit anderen Hilfesystemen enthalten. Nimmt man die Angaben zu den Vermittlungen, also zu den Sektoren, aus denen die Klient*innen in die ambulante Suchthilfe vermittelt werden, so stellen sich eine Reihe von Fragen. Die Vermittlungen aus anderen professionellen Hilfesystemen wie dem Gesundheitssystem sind zurückgegangen und nur sehr wenige Klient*innen werden von Jobcentern oder der Agentur für Arbeit vermittelt. Nach den Sozialreformen von 2005 und der Verabschiedung des SGB II sah es für einige Jahre so aus, als ob insbesondere mit den Jobcentern Verträge über Vermittlungen von Klient*innen geschlossen werden würden, die auch die Finanzierung von spezifischen Leistungspaketen beinhalten. Auch wenn die Arbeitslosigkeit insgesamt und auch bei den Klient*innen der ambulanten Suchthilfe in Hessen zurückgegangen ist, haben doch weiterhin viele Klient*innen mit Problemen im Bereich Erwerbsleben und auch mit finanziellen Problemen zu kämpfen. Allein aus den COMBASS-Daten kann nicht abgeleitet werden, wie gut die ambulante Suchthilfe mit anderen Hilfesystemen wie dem Gesundheitssystem, der Beschäftigungsförderung oder z.B. der Wohnungslosenhilfe vernetzt ist. Bei älter werdenden Opioid-Klient*innen geht es um die Ver-

netzung mit Pflegeeinrichtungen und der Altenhilfe, bei Frühinterventionen und Cannabis um Kooperation mit der Jugendhilfe. Unklar ist auch, welche Bedeutung das Bundesteilhabegesetz (BTHG) und die Eingliederungshilfe für die Suchthilfe inzwischen haben und wie die auf Inklusion zielenden Veränderungen im Eingliederungsrecht inzwischen in den betroffenen Segmenten der Suchthilfe umgesetzt wurden. Unstrittig dürfte aber sein, dass eine auf Integration und Inklusion in gesellschaftliche Funktionssysteme zielende ambulante Suchthilfe ihre Klient*innen durch Kooperation mit anderen Hilfesystemen besser unterstützen kann. Insbesondere Klinische Sozialarbeit im zuvor angerissenen Verständnis ist auf Vernetzung mit anderen Hilfesystemen und Funktionssystemen angewiesen.

Aktuelle Prävalenzschätzungen zu problematischem Alkoholkonsum (vgl. z.B. Rauschert et al. 2022, Möckl et al. 2023) bestätigen ältere Analysen, die darauf hinwiesen, dass insgesamt nur ein vergleichsweise kleiner Teil der Menschen mit alkoholbezogenen Problemen in Kontakt zu professionellen Suchthilfeeinrichtungen steht (Kraus et al. 2015). Durch Vernetzung mit Arztpraxen, Kliniken oder Hilfesysteme wie der Wohnungslosenhilfe (vgl. z.B. Bäuml et al. 2017) könnten mehr Menschen mit Alkoholproblemen von der professionellen Suchthilfe erreicht werden. Eine aktuelle Studie hat auf die Bedeutung ambulanter Suchthilfeeinrichtungen für Anschlussmaßnahmen nach stationärem Alkoholentzug hingewiesen (Reichl et al. 2023).

Auswertungen zu Kooperationen während der Betreuung und zu Vermittlungen aus der ambulanten Suchthilfe in andere Hilfesysteme oder z.B. in stationäre oder ambulante Rehabilitationseinrichtungen sind in den Landesauswertungen leider nicht enthalten. Auf der Grundlage der Landesauswertungen bleibt unklar, welche Bedeutung Kooperation und Weitervermittlungen aktuell haben. Die Daten hierzu liegen aber vor und können auf Einrichtungsebene analysiert werden.

Perspektiven

Die Digitalisierung der ambulanten Suchthilfe in Hessen hat vor über 20 Jahren mit der Einführung einer standardisierten Dokumentation, mit der Ausstattung der Einrichtungen mit IT-Hardware und mit den landesweiten Auswertungen begonnen. Das war damals nur möglich im Rahmen eines landesweiten Projektes, das vom Sozialministerium gefördert und von allen Trägern, Einrichtungen und Verbänden unterstützt wurde. Seither liegen umfangreiche Daten zur ambulanten Suchthilfe in standardisierter und anonymisierter Form vor, die auch für die Gesundheitsberichterstattung in Hessen und für das neu geschaffene Hessische Landesamt für Gesundheit und Pflege interessant sein könnten. Inzwischen geht die digitale Transformation der Suchthilfe (vgl. z.B. Schmid/Vogt 2021) weiter, und mit digitalen und hybriden Ansätzen in Beratung und Behandlung lassen sich andere Klient*innengruppen erreichen und die Reichweite der Suchthilfe insgesamt erweitern. Vielleicht ist es Zeit für eine erneute Kraftanstrengung aller Beteiligten, um die Anregungen und offenen Fragen, die sich aus der digitalen Dokumentation ergeben, zu diskutieren und gemeinsam Veränderungen umsetzen zu können.

Literatur

- Bäumli, J. (2017): Die SEEWOLF-Studie. Seelische Erkrankungen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2023): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2023. Online unter https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Substitutionsregister/_node.html. (Zugriff am 03.11.2022)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) / Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT) (2020): S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html> (Zugriff am 03.11.2022).
- Hansjürgens, R. & Schulte-Derne, F. (Hrsg.) (2020): Soziale Diagnostik in der Suchthilfe. Leitlinien und Instrumente für die Soziale Arbeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kraus, L. et al. (2015): Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch Alkoholabhängige. Suchttherapie 2015; 16(01): 18-26.
- Möckl, J. et al. (2023): Estimating the prevalence of alcohol-related disorders and treatment utilization in Bremen 2016/2017 through routine data linkage. Front. Psychiatry, 26 January 2023, Sec. Addictive Disorders, Volume 14 – 2023, DOI: 10.3389/fpsy.2023.1002526.
- Rauschert, C. et al. (2022): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021. Dtsch Arztebl Int 2022; 119: 527-34; DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0244.
- Reichl, D. et al. (2023): Nutzung von Anschlussmaßnahmen nach stationärem Alkoholentzug. Annahmen zum Stand der Vernetzung im deutschen Suchthilfesystem. SUCHT (2023), 69 (5), 243–254.
- Schmid, M. & Vogt, I. (2021): Digitale Transformation in der Suchthilfe. In: Wolff, M.; Looser, W. & Cvetanovska-Pllashniku, G. (Hrsg). Multiprofessionelle Behandlung von Suchterkrankungen: Praxishandbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Bern: Hogrefe 2021 S. 287 - 305
- Sommerfeld, P. (2019): Integration und Lebensführung – Theorie gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In: S. Dettmers & J. Bischof (Hrsg.): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (S. 28-38). München: Ernst Reinhardt.
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rügger, C. & Hollenstein, L. (2016): Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: VS.
- Stöver, H. & Förster, S. (2023): Drogenkonsumraum-Dokumentation. Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Jahresbericht 2022. Dokumentationszeitraum 01.01. – 31.12.2022. Frankfurt am Main: ISFF.
- Werse, B. & Kamphausen, G. (2023): MoSyD Szenestudie 2022. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Frankfurt: CDR.

Landesauswertung der Dot.sys-Daten 2011-2022

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?

2022 standen 29 Fachstellen mit 44 (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/Multiplikator*innenschulungen
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 Multiplikator*innen konzipiert. Um arbeitsfähige Gruppengrößen zu gewährleisten und Reisekosten zu minimieren, teilt sich der Arbeitskreis in die Regionalgruppen 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 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. Im Jahr 2011 wurde erstmals eine Online-Datenbank zur Dokumentation von suchtpreventiven Maßnahmen zum Einsatz gebracht. Seit 2019 gibt es eine neue Version (Dot.sys 4.0), mit der in Hessen die erbrachten Maßnahmen dokumentiert werden.

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 sowie deren Träger weitergeleitet. Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration übermittelt die Dot.sys Daten an alle Kommunen.

Landesauswertung der Dot.sys-Daten

Zusammenfassung

Im aktuellen Auswertungsjahr 2022 wurden von den Fachstellen für Suchtprävention in Hessen insgesamt 2.670 Maßnahmen durchgeführt, womit wieder das Niveau vor der Corona-Pandemie erreicht werden konnte. Die zentralen Ergebnisse der Auswertung dieser Tätigkeiten für das Berichtsjahr 2022 sind:

- Präventionsart: 75 % aller durchgeführten Maßnahmen besitzen einen universellen Ansatz; 8 % betreffen die selektive Prävention. Den geringsten Wert weist mit 5 % die indizierte Prävention auf. Darüber hinaus beziehen sich 13 % auf die strukturelle Prävention (Verhältnisprävention).
- Zielebene: Der Anteil derjenigen Aktivitäten, die sich an Multiplikator*innen richten, beträgt 43 %. Das ist ein Rückgang von 12 Prozentpunkten gegenüber dem Vorjahreswert (55 %). Umgekehrt weisen die Maßnahmen, die sich direkt an die Endadressat*innen richten, im Berichtsjahr mit 52 % einen Höchstwert auf.
- Inhaltsebene: Ein gutes Drittel der durchgeführten Maßnahmen beinhaltet die Förderung von Lebenskompetenzen und Substanzen (34 %). An zweiter Stelle stehen Maßnahmen, die sich ausschließlich auf die Lebenskompetenzen beziehen (23 %). 18 % aller Maßnahmen weisen einen ausschließlichen Substanzbezug auf; bei 10 % gilt dies für die Verhaltenssuchte. Bei 13 % aller Maßnahmen geht es um alle drei Themenbereiche.
- Setting: Über die Hälfte aller Aktivitäten werden im Setting Schule durchgeführt (55 %). Danach folgt das Setting Suchthilfe mit einem Anteil von aktuell 12 %. Bei allen anderen Settings liegen die jeweiligen relativen Anteile unter 10 %.
- Zielsetzung: Bei den Präventionsmaßnahmen gibt es einerseits Individuen-bezogene Zielsetzungen. Hier steht im Jahr 2022 mit Abstand an erster Stelle die Zunahme des Wissens mit 82 %. Es folgt die Zielsetzung „Stärkung/Veränderung von Einstellungen“ mit 44 % vor der Zielsetzung „Kompetenzförderung/Ressourcenstärkung“ mit einem Anteil von 37 %. Andererseits bestehen Zielsetzungen, die auf strukturelle Aspekte abzielen. Die Werte für die Ziele „Stärkung der Vernetzung“ und „Aufbau von Strukturen“ betragen für das Jahr 2022 30 % und 19 %.
- Durchführungsformat: 80 % aller Maßnahmen sind im analogen Format durchgeführt worden. Der hybride Anteil beträgt 6 % und 15 % der Maßnahmen haben digital stattgefunden.
- Bei einer Trendbetrachtung des Zeitraumes 2011 bis 2022 fällt vor allem auf, dass es im Jahr 2022 zu einem Bedeutungszuwachs der Maßnahmen für Endadressat*innen und des Settings Schule gekommen ist. Dagegen sind multiplikatorenbezogene Maßnahmen, das Setting Suchthilfe und die Vernetzungsarbeit an Bedeutung zurückgegangen.

Der Bericht enthält ferner einen Vergleich der in 2022 durchgeführten Maßnahmen nach ihrer Zielebene. Die Fachstellen haben dabei die Zielgruppe der jeweiligen Maßnahme nach den Kategorien „Endadressat*innen“ und „Multiplikator*innen“ erfasst. Bei dieser Spezialanalyse werden folgende Besonderheiten sichtbar:

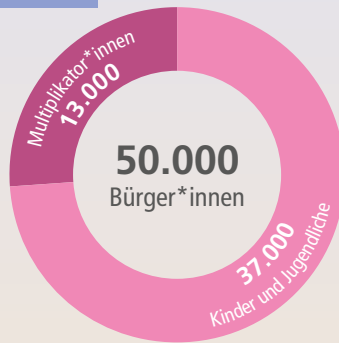
- Präventionsart: Bei den Endadressat*innen dominieren universell ausgerichtete Maßnahmen (83 %). Bei den Multiplikatorenbezogenen Maßnahmen beträgt der entsprechende Wert 64 %; hier besteht ein vergleichsweise hoher Anteil von struktureller Prävention (27 %). Diese Präventionsart spielt dagegen bei den Endadressat*innen so gut wie keine Rolle (0,4 %).
- Setting: Bei den Maßnahmen für Endadressat*innen steht mit Abstand das Setting Schule mit einem Prozentwert von 74 % an erster Stelle. Daneben gibt es noch die beiden Settings Freizeit und Familie, die auf einen zweistelligen Anteil kommen (jeweils 12 %). Auch bei den Maßnahmen, die sich an Multiplikator*innen richten, rangiert das Setting Schule vorne; hier aber nur mit einem Wert von 40 %. Es folgen die Bereiche Suchthilfe mit 23 % und Jugendarbeit mit 15 %.
- Durchführungsformat: Während die allermeisten Maßnahmen für die Endadressat*innen analog stattfinden (96 %), ist es bei den Multiplikator*innen so, dass fast 40 % der Maßnahmen in digitaler oder hybrider Form durchgeführt werden (38 %).

Suchtprävention in Hessen

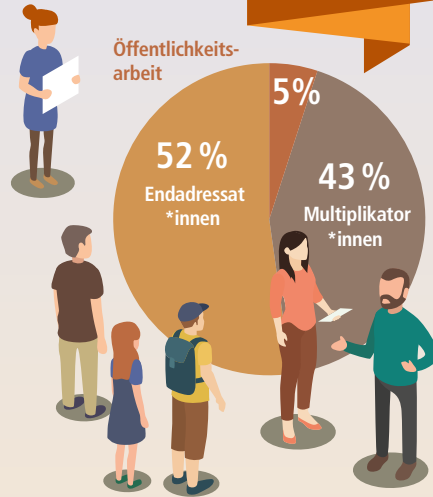
Landesauswertung der Dot.sys-Daten 2022

Erreichte Teilnehmer*innen

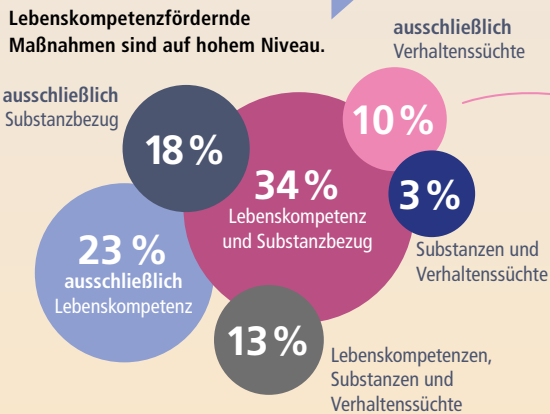
Im Jahr 2022 erreichten die 29 Fachstellen für Suchtprävention in den 26 Landkreisen und kreisfreien Städten in Hessen mit rund 2.700 Maßnahmen über 50.000 Bürger*innen.



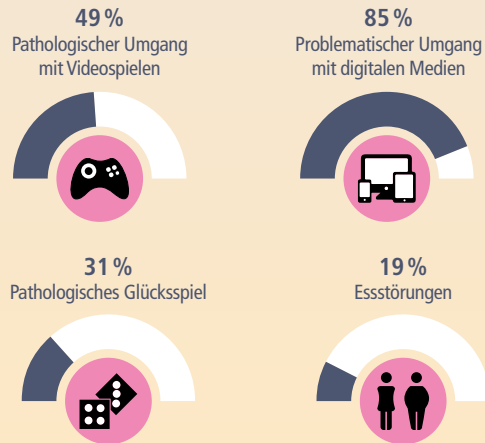
Dialoggruppen der Maßnahmen



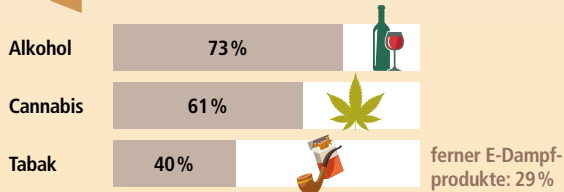
Inhalte der Maßnahmen



Hier sind Maßnahmen zur Medienkompetenz weiterhin gefragt.



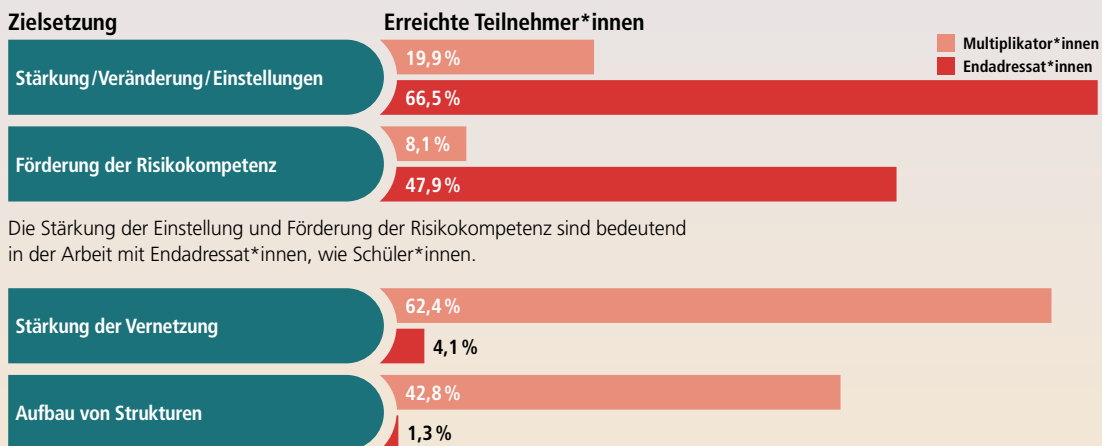
Substanzspezifische Maßnahmen



Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der Dot.sys-Daten 2022 – Maßnahmen nach Zielgruppen

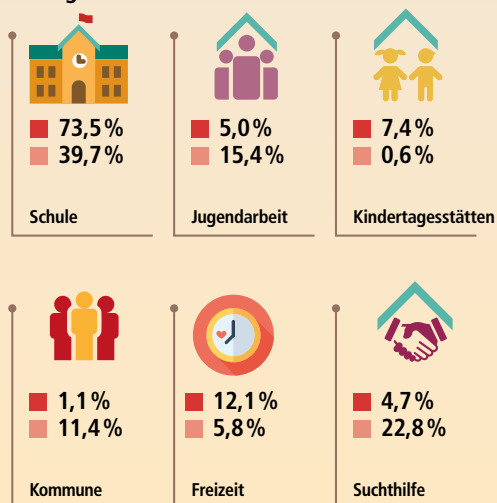
Merkmale zielgruppenorientierter Maßnahmen für Endadressat*innen und Multiplikator*innen



Die Stärkung der Einstellung und Förderung der Risikokompetenz sind bedeutend in der Arbeit mit Endadressat*innen, wie Schüler*innen.

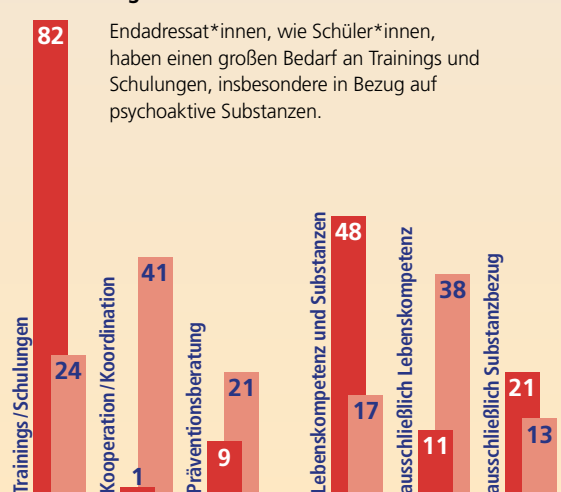
In der Multiplikator*innenarbeit ist die Stärkung der Vernetzung und der Aufbau von Strukturen entscheidend für eine erfolgreiche Suchtprävention.

Setting



Umsetzungsebene

Inhaltsebene



Endadressat*innen, wie Schüler*innen, haben einen großen Bedarf an Trainings und Schulungen, insbesondere in Bezug auf psychoaktive Substanzen.

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 Landeskoordinator*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 14 Bundesländer („Fachkräftedokumentation“). 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 erstmalig 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 Vertreter*innen 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 Landeskoordinator*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.

Im Jahre 2017 wurde in Hessen der Datensatz 3.0 mit einer Excel-Datei dokumentiert, da die technische Betreuung von Dot.sys an eine neue Softwarefirma vergeben werden sollte und es durch die Ausschreibungsabläufe zu zeitlichen Verzögerungen gekommen ist.

Seit 2019 gibt es eine neue bundesweite Version Dot.sys 4.0, mit der in Hessen beginnend mit dem Jahr 2018 die erbrachten Maßnahmen dokumentiert werden.

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.

Ab dem Jahr 2018 ist dabei zu berücksichtigen, dass sich bei der neuen Dot.sys-Version 4.0 einige Item-Kataloge grundlegend geändert haben. Bei anderen wurden aufgrund aktuellerer Entwicklungen im Sucht- und Drogenbereich kleinere Ergänzungen vorgenommen. Insgesamt betrachtet ermöglichen aber die Erfassungskategorien der alten und neuen Dot.sys-Versionen vergleichende und Trendanalysen.

In dem vorliegenden Bericht wird schwerpunktmäßig eine Trendbetrachtung für Hessen über einen Zeitraum von zwölf Jahren angestellt. Eine solche Analyse kann wertvolle empirische Hinweise für die Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen Suchtprävention in Hessen geben. Es soll hierbei der Frage nachgegangen werden, welche Veränderungen bzw. Konstanten sich in der suchtpreventiven Arbeit der Fachstellen im Zeitraum 2011 bis 2022 ergeben haben. Dieses geschieht bis zum Jahr 2019 in Vier-Jahres-Schritten (2011/2015/2019). Aufgrund der besonderen Situation durch die Corona-Pandemie werden ferner die Jahre 2020 bis 2022 einzeln dargestellt.

Der Bericht enthält ferner einen Vergleich der durchgeführten Maßnahmen nach ihrer Zielebene, mit der die Maßnahmen nach ihren Zielgruppen „Endadressat*innen“ oder „Multiplikator*innen“ klassifiziert werden können, weil es hier im aktuellen Auswertungsjahr 2022 besonders große Veränderungen gegeben hat.

Die Datengrundlage für die genannten Auswertungen bilden die im jeweiligen Jahr begonnenen Maßnahmen. Deren Zahl lag in den Jahren 2011 bis 2019 relativ stabil zwischen 2.500 und 2.700 pro Jahr (siehe Tabelle 29). In den beiden Jahren 2020 und 2021 waren es deutlich weniger Maßnahmen, worin die eingeschränkten Arbeitsbedingungen während der Corona-Pandemie zum Ausdruck kommen dürften. Im aktuellen Auswertungsjahr 2022 wurden 2.670 Maßnahmen durchgeführt, womit wieder das Niveau vor der Corona-Pandemie erreicht werden konnte.

Trends 2011 bis 2022 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 aufgrund bestimmter bekannter Bedingungen einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, später Suchtprobleme zu entwickeln. Indizierte Prävention bezieht sich auf Einzelpersonen, die wegen ihrer bereits vorhandenen problematischen Verhaltensweisen gefährdet sind, eine Abhängigkeit zu entwickeln.

Werden die durchgeführten Maßnahmen nach diesem Raster für das Jahr 2022 klassifiziert, ergibt sich für die suchtpräventive Arbeit in Hessen das folgende Bild: 75 % aller durchgeführten Maßnahmen besitzen einen universellen Ansatz; 8 % betreffen die selektive Prävention (siehe Tabelle 29). Den geringsten Wert weist mit 5 % die indizierte Prävention auf. Darüber hinaus beziehen sich 13 % auf die strukturelle Prävention (Verhältnisprävention). In der Trendbetrachtung ergeben sich hier im Großen und Ganzen seit 2011 keine auffälligen Veränderungen.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass der Anteil von Präventionsmaßnahmen, die für Mädchen (Frauen) und/oder Jungen (Männer) geschlechtsspezifische Inhalte umfassen, im Zeitraum 2011 bis 2022 uneinheitlich zwischen 16 % und 36 % schwankte. Eine kulturspezifische Ausrichtung wiesen bis zum Jahr 2021 zwischen 10 % und 14 % aller Maßnahmen auf. Für das Jahr 2022 liegt jetzt mit 8 % der geringste Wert vor.

Tabelle 29: Präventionsart der Maßnahmen 2011-2022

	2011	2015	2019	2020	2021	2022
universell	72,6 %	70,7 %	79,0 %	70,9 %	72,4 %	74,8 %
selektiv	11,1 %	12,4 %	7,9 %	8,4 %	9,7 %	8,0 %
indiziert	5,2 %	4,1 %	3,1 %	5,9 %	5,7 %	4,5 %
strukturell	11,1 %	12,8 %	10,0 %	14,8 %	12,2 %	12,8 %
N	2.554	2.702	2.647	1.971	2.283	2.670

Zielebene

Im Jahr 2022 beträgt der Anteil derjenigen Aktivitäten, die sich an Multiplikatoren*innen richten, 43 % (siehe Tabelle 30). Das ist ein Rückgang von 12 Prozentpunkten gegenüber dem Vorjahreswert (55 %). Davor war dieser zuerst kontinuierlich gesunken (von 58 % in 2011 auf 45 % in 2019), um danach wieder anzusteigen. Umgekehrt hatten die Tätigkeiten, die sich direkt an die Endadressat*innen wenden, von 2011 bis 2019 von 34 % auf 50 % zugenommen. Dann ist der entsprechende Prozentanteil in den Jahren 2020 und 2021 deutlich gefallen; im Berichtsjahr weist er jetzt mit 52 % einen Höchstwert aus. Die Öffentlichkeitsarbeit beträgt aktuell 5 %. Im Betrachtungszeitraum sind hier Schwankungen in einem prozentualen Bereich zwischen 5 % und 9 % zu verzeichnen.

Tabelle 30: Zielebene der Maßnahmen 2011-2022

	2011	2015	2019	2020	2021	2022
Multiplikator*innen	58,3 %	52,5 %	45,1 %	53,6 %	54,5 %	42,6 %
Endadressat*innen	34,3 %	38,7 %	49,6 %	37,4 %	39,0 %	52,1 %
Öffentlichkeitsarbeit	7,4 %	8,8 %	5,3 %	9,0 %	6,4 %	5,3 %
N	2.554	2.705	2.647	1.971	2.283	2.670

Werden im nächsten Schritt die Daten daraufhin ausgewertet, welche Personengruppen im Bereich Multiplikator*innen genau angesprochen werden, fällt für das Jahr 2022 auf, dass im Bereich der Schule seit dem Jahr 2011 erstmalig der Prozentwert mit 41 % wieder angestiegen ist (siehe Tabelle 31). Der prozentuale Anteil für die Kinder-/Jugendarbeit ist dagegen mit aktuell 23 % sehr stabil. Gleiches gilt für Maßnahmen, die sich auf die Kommune beziehen, mit einem Anteil von 19 % im Jahr 2022. Zu einem stetigen Rückgang ist es bis 2021 bei der multiplikatorenbezogenen Arbeit in Kindertagesstätten gekommen (von 17 % auf 7 %); im aktuellen Berichtsjahr steigt er erstmals wieder an (10 %). Die Entwicklung bei der Zielgruppe „Suchthilfe/-prävention“ stellt sich dagegen gänzlich anders dar: Der entsprechende Anteil betrug im Ausgangsjahr 2011 nur 13 %, im Jahr 2021 waren es schon 30 %; dieser Wert konnte 2022 bestätigt werden.¹

¹ Ferner werden auch Übungsleiter*innen und Honorarkräfte für die Durchführung von Projekten geschult (die Aktivitäten dieser Personen werden aber nicht mit Dot.sys dokumentiert).

Tabelle 31: Zielebene der Maßnahmen, Multiplikator*innen 2011-2022 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2015	2019	2020	2021	2022
Schule	45,6 %	43,2 %	40,8 %	37,1 %	36,3 %	40,9 %
Kinder-/Jugendarbeit	21,1 %	23,2 %	23,2 %	23,8 %	24,4 %	22,8 %
Kindertagesstätten	17,1 %	14,5 %	10,8 %	12,9 %	7,0 %	9,6 %
Kommune/Landkreis/ Behörde	16,6 %	20,0 %	17,8 %	18,9 %	20,0 %	19,1 %
Gesundheitswesen	13,7 %	13,5 %	9,0 %	10,5 %	10,5 %	12,2 %
Suchthilfe/ Suchtprävention	13,4 %	19,7 %	27,7 %	27,5 %	30,4 %	30,2 %
Peers	9,3 %	12,7 %	6,5 %	5,8 %	4,3 %	4,7 %
Eltern/Familie	9,1 %	7,1 %	5,4 %	6,9 %	4,7 %	7,5 %
Strafwesen/Polizei	8,8 %	7,8 %	6,9 %	5,5 %	4,7 %	6,3 %
Freizeitbereich	7,0 %	9,3 %	-	-	-	-
Ehrenamtlicher Freizeitbereich	-	-	5,7 %	4,7 %	3,5 %	4,3 %
Ehrenamtliche Selbsthilfe	-	-	2,5 %	2,0 %	2,6 %	3,2 %
Ehrenamtliche Migrationsarbeit	-	-	1,5 %	3,2 %	1,1 %	2,6 %
Politik	6,4 %	6,1 %	4,4 %	4,0 %	2,4 %	3,0 %
Kirche	6,2 %	8,0 %	4,1 %	5,5 %	4,5 %	5,7 %
Betrieb	3,4 %	5,4 %	4,5 %	7,0 %	6,0 %	5,5 %
Glücksspielwesen	-	-	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,6 %
Behindertenhilfe	-	-	-	-	0,9 %	1,1 %
Sonstige	5,7 %	7,5 %	2,9 %	3,9 %	2,1 %	3,9 %
N	1.490	1.418	1.194	1.056	1.245	1.137

Bei den suchtpreventiven Maßnahmen, die sich direkt an die Endadressat*innen richten, beziehen sich aktuell 78 % auf den Bereich „Kinder und Jugendliche“ (siehe Tabelle 32). Hier ergab sich schon immer (mit etwas schwankenden Werten) ein klarer Schwerpunkt bei der Zielebene der Endadressat*innen; die Zahl für das Jahr 2022 stellt einen Höchstwert dar. Danach kommen zwei Zielgruppen, deren Anteile knapp zweistellig sind, die im gesamten Betrachtungszeitraum ebenfalls sehr schwankende Werte zeigen: Die Zielgruppe der konsumerfahrenen Jugendlichen/Erwachsenen kommt aktuell auf einen Anteil von 13 %, die Probierkonsument*innen auf 10 %. Dagegen sind die Werte für „Eltern/Familie“ seit 2011 kontinuierlich zurückgegangen, um im aktuellen Berichtsjahr einen Niedrigstwert von nur 5 % aufzuweisen. Bei allen anderen Zielgruppen liegt der relative Prozentanteil (deutlich) unter 10 Prozent; hier hat es in den letzten 12 Jahren nur wenige Veränderungen gegeben.

Tabelle 32: Zielebene der Maßnahmen, Endadressat*innen 2011-2022 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2015	2019	2020	2021	2022
Kinder und Jugendliche	63,9 %	70,9 %	74,4 %	66,9 %	65,8 %	78,1 %
Eltern/Familie	18,5 %	15,4 %	11,1 %	10,0 %	10,9 %	5,4 %
konsumerfahrene Jugendliche/ Erwachsene	18,4 %	17,2 %	11,4 %	16,3 %	18,6 %	13,2 %
Probierkonsument*innen	9,6 %	11,2 %	15,2 %	15,5 %	14,4 %	10,1 %
Auszubildende	6,3 %	5,9 %	4,3 %	5,8 %	6,2 %	5,6 %
unspezifisch/ Gesamtbevölkerung	5,4 %	2,1 %	1,1 %	1,4 %	2,1 %	0,8 %
Migrant*innen	3,8 %	1,8 %	5,4 %	8,3 %	6,5 %	5,0 %
Flüchtlinge	-	-	3,7 %	7,5 %	3,8 %	3,0 %
Beschäftigte im Betrieb	3,0 %	1,6 %	3,5 %	0,4 %	2,4 %	1,4 %
sozial Benachteiligte	2,6 %	1,1 %	0,8 %	7,9 %	3,0 %	2,8 %
Student*innen	1,7 %	1,1 %	1,4 %	2,6 %	2,0 %	1,1 %
Senior*innen	1,6 %	1,0 %	0,7 %	0,4 %	0,2 %	0,1 %
Straffällige	1,0 %	2,5 %	2,4 %	5,2 %	4,5 %	2,3 %
suchtbelastete Lebensgemeinschaften	0,8 %	0,1 %	0,8 %	5,4 %	1,1 %	1,7 %
Menschen mit Behinderungen	-	-	-	-	0,1 %	0,4 %
Sonstige	1,4 %	1,5 %	1,4 %	1,8 %	1,5 %	0,7 %
N	876	1.045	1.312	737	891	1.392

Die nächste Auswertung betrifft die Altersgruppen. Diese Kategorie wird ausschließlich bei denjenigen Maßnahmen erfasst, die sich direkt an die Endadressat*innen wenden. Es zeigt sich für das Jahr 2022, dass sich 72 % dieser Aktivitäten an die Gruppe der Jugendlichen richten (siehe Tabelle 33). Seit 2011 liegt dieser Anteil immer bei über 60 %; mit dem aktuellen Wert wird der bislang höchste relative Anteil erreicht. Es folgen die Altersgruppen der Kinder (34 %) und jungen Erwachsenen (25 %), bei denen seit 2011 eher schwankende Anteile zu beobachten sind. Maßnahmen für Senior*innen werden sehr selten durchgeführt; im Jahr 2022 beträgt ihr Anteil nur etwas über ein Prozent.

Tabelle 33: Altersgruppen der Endadressat*innen 2011-2022 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2015	2019	2020	2021	2022
Kinder (bis 13 Jahre)	28,4 %	40,4 %	40,5 %	39,6 %	34,6 %	34,2 %
Jugendliche (14 bis 17 Jahre)	61,3 %	61,0 %	60,3 %	60,2 %	66,7 %	71,6 %
Junge Erwachsene (18 bis 27 Jahre)	31,8 %	27,8 %	26,6 %	31,2 %	29,9 %	25,0 %
Erwachsene (28 bis 64 Jahre)	24,7 %	17,3 %	16,9 %	14,1 %	18,4 %	8,5 %
Senior*innen (ab 65 Jahre)	2,4 %	2,4 %	1,4 %	0,9 %	2,1 %	1,3 %
N	876	1.045	1.312	737	891	1.392

Für die Zielebene der Öffentlichkeitsarbeit wird seit dem Jahr 2018 mit einem neuen Erfassungskatalog gearbeitet, deshalb kann hier keine längere Trendbetrachtung erfolgen, sondern nur die Darstellung der Ergebnisse der letzten fünf Jahre. Diese kurzfristige Entwicklung ist sehr uneinheitlich. So zeigt die Dokumentation, dass die wichtigste Form der Öffentlichkeitsarbeit im Jahr 2022 die personalkommunikativen Maßnahmen mit einem Anteil von 41 % sind (siehe Tabelle 34). Danach folgen die Printmedien, die auf einen prozentualen Anteil von 38 % kommen.

In den Jahren 2020 und 2021 hatte sich die Verteilung der verschiedenen Formen der Öffentlichkeitsarbeit noch gänzlich anders dargestellt – zum Beispiel die hohen Anteile bei den Online-Medien (52 % bzw. 47 %) –, was mit den geänderten Arbeitsbedingungen unter der Corona-Pandemie zusammenhängen dürfte.

Tabelle 34: Formen der Öffentlichkeitsarbeit 2018 - 2022 (Mehrfachnennung möglich)

	2018	2019	2020	2021	2022
Printmedien	47,3 %	45,4 %	23,6 %	26,5 %	37,6 %
Pressearbeit	47,3 %	41,1 %	25,8 %	38,1 %	26,2 %
Personalkommunikative Maßnahmen	34,5 %	36,9 %	9,6 %	9,5 %	41,1 %
Online-Medien	27,3 %	25,5 %	52,2 %	46,9 %	26,2 %
„Give aways“ (Aktionspakete, T-Shirt,Sticker)	13,6 %	18,4 %	3,4 %	8,2 %	23,4 %
Vortrag, Workshop, Podiumsdiskussion	9,1 %	12,1 %	4,5 %	4,8 %	3,5 %
Dialogische Online-Kommunikation	7,3 %	6,4 %	9,0 %	19,0 %	12,1 %
Hörfunk, Kino, Fernsehen	4,5 %	2,8 %	2,8 %	1,4 %	3,5 %
massenhaft verbreitete Speichermedien (z. B. USB mit Inhalten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Sonstiges	10,0 %	7,1 %	7,3 %	2,7 %	7,1 %
N	110	141	178	147	141

Die letzte Auswertung zur Zielebene betrifft die Anzahl erreichter Personen. Hier zeigt sich zunächst bei den Multiplikator*innen, dass die Anzahl geschulter/informierter Personen pro durchgeführter Maßnahme im Durchschnitt im Jahr 2022 bei 11 liegt (siehe Tabelle 35). Bis 2019

betrug der entsprechende Wert noch 15 bzw. 16 Personen. Insgesamt konnten hier im aktuellen Berichtsjahr fast 13.000 Personen erreicht werden.

Bei den Endadressat*innen beträgt der aktuelle Durchschnittswert pro Maßnahme 26 Personen, so dass insgesamt über 36.000 Personen erreicht werden konnten. Vor dem Beginn der Coronapandemie (2020) war die Anzahl erreichter Endadressat*innen noch höher. Dabei lag der Durchschnittswert pro Maßnahme in einem (schwankenden) Bereich zwischen 44 und 56 Personen.

Tabelle 35: Anzahl der erreichten Personen Multiplikator*innen und Endadressat*innen 2011-2022 (absolute Werte)

	2011	2015	2019	2020	2021	2022
Multiplikator*innen						
Mittlere Teilnehmendenanzahl	16,1	15,7	15,4	11,8	10,8	11,3
Insgesamt	25.068	23.079	19.558	12.461	13.446	12.848
N	1.557	1.470	1.270	1.056	1.245	1.137
Endadressat*innen						
Mittlere Teilnehmendenanzahl	50,5	55,7	43,5	28,4	24,3	26,3
Insgesamt	40.350	55.310	53.244	20.902	21.651	36.610
N	799	993	1.224	736	891	1.392

Inhaltsebene

Bei der Erfassung der Inhaltsebene ist seit dem Jahr 2018 gleich zweimal die Dokumentationslogik geändert worden. Eine Trendbetrachtung ist deshalb noch nicht möglich; der Fokus liegt hier auf den aktuellen Ergebnissen (2022). Danach geht es bei einem guten Drittel der durchgeführten Maßnahmen um die Förderung von Lebenskompetenzen und Substanzen (34%) (siehe Tabelle 36). An zweiter Stelle stehen Maßnahmen, die sich ausschließlich auf die Lebenskompetenzen beziehen (23%). 18% aller Maßnahmen weisen einen ausschließlichen Substanzbezug auf; bei 10% gilt dies für die Verhaltenssuchte. Bei 13% aller Maßnahmen geht es um alle drei Themenbereiche. Auf den geringsten Anteil kommen Maßnahmen, die Substanzen und Verhaltenssuchten thematisieren (3%).

Die Ergebnisse aus den vier Vorjahren sind hier informationshalber ausgewiesen.

Tabelle 36: Inhaltsebene der Maßnahmen 2018 bis 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
ausschließlich Lebenskompetenz	39,1 %	36,5 %	40,3 %	34,1 %	22,9 %
Lebenskompetenz und Substanzen	39,8 %	44,6 %	41,2 %	31,6 %	33,6 %
ausschließlich Substanzbezug	8,5 %	6,1 %	7,6 %	10,5 %	18,0 %
Verhaltenssüchte	12,6 %	12,9 %	10,9 %	-	-
ausschließlich Verhaltenssüchte	-	-	-	8,6 %	9,9 %
Substanzen und Verhaltenssüchte	-	-	-	3,5 %	2,9 %
Lebenskompetenz, Substanzen und Verhaltenssüchte	-	-	-	11,7 %	12,7 %
N	2.317	2.647	1.971	2.283	2.670

Bei den allermeisten Maßnahmen aus dem Jahr 2022 geht es um das Thema Alkohol (74 %) (siehe Tabelle 37). Das war im gesamten Beobachtungszeitraum der Fall. Es zeigt sich hier jedoch ein kontinuierlicher Rückgang des prozentualen Anteils um insgesamt 18 Prozentpunkte (von 92 % auf 74 %). An zweiter Stelle folgt der Themenbereich Cannabis mit aktuell 61 %, der seit 2019 einen sehr starken Bedeutungszuwachs erfahren hat. Auch das Thema Medikamente hat in den letzten Jahren an Relevanz gewonnen (2011: 10 %, 2022: 16 %). Bei allen anderen Substanzen ist dagegen im Beobachtungszeitraum keine klare Entwicklung in die eine oder andere Richtung festzustellen; hier liegen teilweise deutliche Schwankungen vor.

Tabelle 37: Inhaltsebene der Maßnahmen, Substanzbezug 2011-2022 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2015	2019	2020	2021	2022
Alkohol	91,6 %	85,6 %	80,5 %	77,7 %	75,2 %	73,5 %
Cannabis	34,1 %	42,3 %	62,2 %	59,8 %	61,9 %	61,3 %
Tabak	29,1 %	32,2 %	42,2 %	40,0 %	40,4 %	39,4 %
E-Dampfprodukte	-	-	30,0 %	31,0 %	27,1 %	29,5 %
Medikamente	9,9 %	10,0 %	14,5 %	15,8 %	15,5 %	15,9 %
Amphetamine/Speed	9,4 %	9,8 %	16,3 %	18,4 %	16,0 %	12,7 %
Methamphetamine	-	-	5,4 %	3,4 %	5,7 %	5,1 %
Ecstasy	8,2 %	6,3 %	17,1 %	14,8 %	13,1 %	12,3 %
Opiate	7,9 %	6,8 %	6,3 %	7,5 %	9,4 %	9,6 %
Kokain	7,6 %	5,0 %	8,4 %	11,2 %	12,5 %	10,6 %
Halluzinogene	6,7 %	3,8 %	6,3 %	7,4 %	7,8 %	7,3 %
Biogene Drogen	4,6 %	2,7 %	3,4 %	4,3 %	2,4 %	2,0 %
Lösungsmittel	3,1 %	2,4 %	2,7 %	1,8 %	2,6 %	2,0 %
Neue Psychoaktive Substanzen	-	-	10,2 %	15,0 %	14,1 %	14,9 %
N	1.184	1.384	1.341	963	1.308	1.794

Werden Verhaltenssüchte behandelt, geht es inhaltlich vor allem um den problematischen Umgang mit digitalen Medien. Für 2022 beträgt der entsprechende Wert 85 %. Die Prozentanteile

für die anderen Kategorien lauten (mehrere Angaben möglich): Pathologischer Umgang Videospiele 49 %, Pathologisches Glücksspiel 31 % und Essstörungen 19 %.

Die einzelnen Verhaltenssüchte werden seit 2018 anders erfasst. Dass in den Jahren 2021 und 2022 (fast) überall höhere Werte und deutlich mehr Maßnahmen als in den Vorjahren dokumentiert worden sind, könnte auf die nochmalige Veränderung der Dokumentationslogik bei der Inhaltsebene (in 2021) zurückzuführen sein (siehe oben).

Tabelle 38: Inhaltsebene der Maßnahmen, Verhaltenssüchte 2018-2022 (Mehrfachnennung möglich)

	2018	2019	2020	2021	2022
Problematischer Umgang digitale Medien	90,4 %	86,8 %	83,2 %	88,1 %	84,6 %
Pathologischer Umgang Videospiele	44,3 %	42,5 %	36,0 %	47,8 %	49,0 %
Pathologisches Glücksspiel	15,1 %	8,8 %	15,9 %	27,0 %	31,1 %
Essstörungen	2,7 %	2,3 %	5,6 %	14,7 %	19,4 %
N	291	341	214	544	681

Setting

Das Setting beschreibt die Umgebung, das Milieu oder den institutionellen Rahmen, in denen eine suchtpreventive Maßnahme stattfindet. In Hessen steht hierbei an erster Stelle die Schule: Über die Hälfte aller Aktivitäten wurden in diesem Setting im Jahr 2022 durchgeführt (55 %); das ist der zweithöchste Wert seit 2011 (siehe Tabelle 39).² Danach folgt das Setting Suchthilfe mit einem Anteil von aktuell 12 %. Der Prozentanteil ist hier über die Jahre angestiegen – 2011 waren es noch 7 % –, um das erste Mal wieder zu fallen (auf 12 %). In allen anderen Settings liegen die aktuellen Werte unter 10 Prozentpunkten. Hier ist vor allem der starke Rückgang im Setting Kindertagesstätte bemerkenswert. Bei allen anderen Settings werden für den betrachteten Zeitraum keine eindeutigen Trends in die eine oder andere Richtung sichtbar.

² Die Verteilung nach Schultypen innerhalb des Settings Schule stellt sich für das Jahr 2022 wie folgt dar: Grundschule = 11,7 %; Schulart mit zwei Bildungsgängen = 20,1 %; Schulart mit zwei oder drei Bildungsgängen = 44,4 %; Gymnasium = 28,4 %; Berufsbildende Schule/Oberstufenzentrum = 18,7 %; Förderschule = 6,8 % (mehrere Angaben pro Maßnahme möglich). Diesen Kategorienkatalog gibt es seit der neuen Dot.sys-Version (2018).

Tabelle 39: Settings der Maßnahmen 2011-2022 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2015	2019	2020	2021	2022
Schule	50,5 %	52,3 %	56,7 %	48,0 %	46,5 %	55,2 %
Jugendarbeit	13,0 %	12,1 %	8,7 %	11,5 %	14,2 %	9,1 %
Kindertagesstätte	11,4 %	8,8 %	6,1 %	7,1 %	4,3 %	3,4 %
Politik/Kommune/Behörde/etc.	7,6 %	8,3 %	6,2 %	7,4 %	6,5 %	5,4 %
unspezifisch (Öffentlichkeit/Bevölkerung)	7,4 %	6,5 %	1,4 %	1,9 %	2,9 %	2,3 %
Suchthilfe	6,9 %	9,7 %	10,9 %	13,9 %	15,9 %	12,1 %
Gesundheitswesen	5,5 %	5,0 %	4,3 %	6,5 %	6,1 %	4,8 %
Freizeit	5,2 %	10,5 %	16,2 %	11,4 %	7,9 %	8,8 %
Betrieb	4,9 %	4,9 %	4,9 %	5,8 %	5,9 %	4,6 %
Familie	4,3 %	9,0 %	13,0 %	8,6 %	8,3 %	8,8 %
Erwachsenen-/Familienbildung	3,4 %	2,8 %	3,4 %	5,7 %	5,3 %	4,1 %
Strafwesen/Polizei	2,6 %	2,3 %	2,0 %	3,0 %	2,9 %	2,5 %
Hochschule/ Fachhochschule	2,6 %	2,4 %	2,1 %	2,6 %	2,3 %	1,0 %
Kirche	2,5 %	3,1 %	1,0 %	0,9 %	1,4 %	1,2 %
Sport	0,6 %	0,5 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %
Fahrschule	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %
Flüchtlingshilfe/ Migrationsdienst	-	-	1,5 %	1,3 %	1,0 %	1,1 %
Behindertenhilfe	-	-	-	-	0,4 %	0,2 %
Sonstiges	2,1 %	2,3 %	1,8 %	2,0 %	2,0 %	1,9 %
N	2.366	2.465	2.506	1.793	2.136	2.670

Umsetzungsebene

Die nächste Tabelle zeigt die so genannte Umsetzungsebene der Maßnahmen. Damit ist die Form oder Methodik der Maßnahme gemeint. Im Jahr 2022 beträgt der prozentuale Anteil für Trainings/ Schulungen 56 % – der bislang höchst gemessene Wert (siehe Tabelle 40). Im Gegenzug fällt die Kategorie Kooperation/Koordination mit 19 % auf ihren niedrigsten Wert. Insgesamt betrachtet gab es hier in den letzten 12 Jahren größere Schwankungen. Das gilt auch für die Präventionsberatung mit wechselnden Prozentwerten zwischen 9 % und 20 %. Bei allen anderen Umsetzungsformen liegen die relativen Anteile bei unter 10 Prozent.

Tabelle 40: Umsetzungsebene der Maßnahmen 2011-2022

	2011	2015	2019	2020	2021	2022
Trainings/Schulungen	39,0 %	42,7 %	50,8 %	41,6 %	41,8 %	56,1 %
Kooperation/Koordination	23,4 %	22,9 %	21,0 %	26,8 %	27,1 %	18,7 %
Präventionsberatung	12,0 %	9,8 %	9,1 %	19,9 %	19,3 %	14,1 %
Ausstellung/Projekttag/ Aktionswochen	8,7 %	9,4 %	6,9 %	4,3 %	3,3 %	3,9 %
Vortrag/Referat	7,5 %	7,2 %	6,5 %	4,8 %	6,3 %	5,6 %
Informationsvermittlung	6,8 %	5,9 %	4,1 %	-	-	-
Fachtagung	1,6 %	1,6 %	1,4 %	1,7 %	1,3 %	0,9 %
Information/Vermittlung	0,8 %	0,4 %	0,3 %	1,0 %	0,8 %	0,8 %
Hilfsdienste	0,8 %	0,4 %	0,3 %	1,0 %	0,8 %	0,8 %
N	2.366	2.464	2.506	1.682	2.136	2.529

Zielsetzung

Bei den Präventionsmaßnahmen gibt es einerseits Individuen-bezogene Zielsetzungen. Hier steht im Jahr 2022 mit Abstand an erster Stelle die Zunahme des Wissens bei den entsprechenden Zielgruppen. Dieses Ziel verfolgen 82 % aller Aktivitäten; auch hier liegt für das aktuelle Berichtsjahr ein Höchstwert vor (siehe Tabelle 41). Das Gleiche gilt für die Zielsetzung „Stärkung/Veränderung von Einstellungen“ mit 44 %, vor der Zielsetzung „Kompetenzförderung/Ressourcenstärkung“ mit einem Anteil von 37 %.

Bei diesen drei Zielsetzungen gab es in den Jahren 2011 bis 2022 etwas schwankende, aber doch jeweils in einem ähnlichen Korridor liegende Werte. Dagegen hat die Bedeutung der Förderung der Risikokompetenz zwischen 2011 bis 2022 sehr stark zugenommen (von 12 % auf 30 %). Dagegen hat sich der Prozentanteil bei der Kategorie „Verhaltensmodifikation“ in diesem Zeitraum um ein Drittel reduziert (von 15 % auf 10 %).

Andererseits bestehen Zielsetzungen, die auf strukturelle Aspekte oder die Öffentlichkeitsarbeit abzielen. Die Werte für die Ziele „Stärkung der Vernetzung“ und „Aufbau von Strukturen“ betragen für das Jahr 2022 30 % und 19 % (siehe Tabelle 41). Das sind bei diesen beiden Kategorien die niedrigsten Prozentwerte seit 2011. Das Ziel „hohe Öffentlichkeitswirksamkeit“ weist einen aktuellen Wert von 10 % auf. Die Entwicklungen bei dieser Art von Zielsetzungen sind im Beobachtungszeitraum insgesamt betrachtet eher schwankend gewesen.

Tabelle 41: Zielsetzung der Maßnahmen 2011-2022 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2015	2019	2020	2021	2022
Zunahme von Wissen	69,8 %	68,2 %	79,1 %	74,2 %	79,7 %	82,1 %
Stärkung/Veränderung von Einstellungen	43,4 %	42,0 %	42,1 %	38,5 %	39,8 %	44,3 %
Kompetenzförderung/Ressourcenstärkung	36,6 %	33,7 %	30,9 %	29,5 %	30,4 %	36,7 %
Förderung von Risikokompetenz	12,0 %	19,7 %	29,7 %	21,9 %	23,4 %	29,6 %
Verhaltensmodifikation	14,6 %	14,8 %	6,7 %	5,7 %	8,9 %	10,1 %
Stärkung der Vernetzung	31,9 %	34,2 %	32,8 %	41,0 %	41,6 %	30,0 %
Aufbau von Strukturen	28,0 %	30,0 %	25,8 %	29,6 %	25,8 %	19,3 %
hohe Öffentlichkeitswirksamkeit	16,8 %	18,5 %	10,4 %	13,5 %	13,3 %	10,1 %
N	2.554	2.705	2.647	1.971	2.283	2.670

Anzahl und Dauer der Termine

Mit Dot.sys können auch die Anzahl und Dauer der Termine je durchgeführter Maßnahme dokumentiert werden. Für das Jahr 2022 weist die folgende Tabelle 42 einen Anteil von 75 % für Maßnahmen aus, die im Rahmen eines einzigen Termins durchgeführt worden sind. Damit ist beinahe der Wert aus dem Jahr 2019 (76 %) wieder erreicht; insgesamt ist hier ein über die Jahre schwankender Wert festzustellen. Das trifft auch auf Maßnahmen mit zwei oder drei Terminen zu, die sich in einem Korridor zwischen 14 % und 20 % bewegen. Der Anteil von suchtpreventiven Maßnahmen, die sich aus mehr als drei Terminen zusammensetzen, ist seit dem Jahr 2011 dagegen kontinuierlich zurückgegangen. Maßnahmen mit sehr vielen Terminen (>10) kommen kaum noch vor.

Tabelle 42: Anzahl der Termine 2011-2022

	2011	2015	2019	2020	2021	2022
einer	63,3 %	64,5 %	76,2 %	71,6 %	69,8 %	74,5 %
2 bis 3	17,6 %	19,9 %	14,2 %	17,5 %	17,4 %	18,0 %
4 bis 6	10,4 %	9,9 %	6,6 %	7,5 %	9,4 %	5,8 %
7 bis 10	3,8 %	2,6 %	1,4 %	1,5 %	1,8 %	1,0 %
mehr als 10	4,8 %	3,0 %	1,6 %	2,0 %	1,6 %	0,8 %
N	2.366	2.463	2.506	1.793	2.136	2.529

Bei der Dauer der einzelnen Termine ergibt sich für das Jahr 2022 das folgende Bild: 59 % der Maßnahmen dauern bis zu 2 Stunden und 28 % bis zu einem halben Tag (siehe Tabelle 43). Suchtpreventive Projekte, die einen größeren Zeitumfang in Anspruch nehmen (>½ Tag), betreffen insgesamt 13 % der Maßnahmen. Damit haben umfassendere Programme das erste Mal wieder einen Bedeutungszuwachs erfahren, da im Zeitraum 2011 bis 2021 ihr Prozentanteil auf nur noch 9 % zurückgegangen war.

Tabelle 43: Dauer der Termine 2011-2022

	2011	2015	2019	2020	2021	2022
bis 2 Stunden	42,1 %	49,5 %	49,9 %	60,6 %	62,0 %	58,8 %
>2 Stunden bis ½ Tag	38,7 %	32,8 %	36,0 %	30,5 %	29,1 %	27,8 %
>½ Tag bis 1 Tag	15,3 %	14,7 %	12,6 %	8,1 %	8,1 %	11,8 %
>1 Tag	3,9 %	3,0 %	1,4 %	0,8 %	0,7 %	1,5 %
N	2.366	2.463	2.506	1.793	2.136	2.529

Evaluationsstatus

Wird ein Blick auf den Evaluationsstatus der durchgeführten Maßnahmen geworfen, zeigt sich, dass bei dem größten Teil aller Aktivitäten im Jahr 2022 eine Evaluation nicht vorgesehen ist (85 %) (siehe Tabelle 44). Dieser Anteil war schon im Zeitraum 2011 bis 2021 von 69 % auf 86 % angestiegen. Parallel ist der Anteil bereits vorhandener Evaluationen kontinuierlich zurückgegangen, von 20 % im Jahr 2011 auf noch 12 % im aktuellen Berichtsjahr. Ein gleicher abnehmender Trend zeigt sich ebenfalls in der Kategorie „aktuell durchgeführt“ (von 12 % auf 3 %).

Tabelle 44: Evaluation der Maßnahmen 2011-2022

	2011	2015	2019	2020	2021	2022
nicht vorgesehen	68,8 %	73,2 %	83,8 %	82,3 %	85,7 %	84,9 %
aktuell durchgeführt	11,6 %	11,4 %	2,6 %	3,6 %	3,5 %	3,2 %
bereits vorhanden	19,7 %	15,3 %	13,6 %	14,1 %	10,8 %	11,9 %
N	2.554	2.705	2.647	1.971	2.283	2.670

Durchführungsformat

Abschließend sollen die Ergebnisse für die Maßnahmen nach ihrem Durchführungsformat dargestellt werden. Das kann hier aus den schon genannten Gründen ausschließlich für die Jahre 2020 bis 2022 erfolgen (siehe vorne). Danach sind im aktuellen Berichtsjahr 80 % aller Maßnahmen im analogen Format durchgeführt worden (siehe Tabelle 45). Der hybride Anteil beträgt 6 %, und 15 % der Maßnahmen haben digital stattgefunden. Gegenüber den beiden Vorjahren, die stark von den Restriktionen der Corona-Pandemie geprägt waren, hat damit das analoge Durchführungsformat einen sehr deutlichen Bedeutungszuwachs erfahren.

Tabelle 45: Durchführungsformat der Maßnahmen 2020 bis 2022

	2020	2021	2022
Analog	70,8 %	59,7 %	79,6 %
Digital	22,1 %	31,0 %	14,5 %
Hybrid	7,1 %	9,3 %	5,9 %
N	1.954	2.279	2.670

Maßnahmen 2022 nach ihrer Zielebene

Bei allen 2.670 Maßnahmen wurde die Zielebene für das Jahr 2022 dokumentiert. Nach dieser Erfassung richten sich 1.392 Maßnahmen an Endadressat*innen und 1.137 an Multiplikator*innen (siehe Tabelle 46).³

Die folgenden Auswertungen beinhalten Ergebnisse, bei denen größere Unterschiede zwischen diesen beiden Maßnahmentypen sichtbar werden. Sie können Hinweise auf Besonderheiten in der praktischen Arbeit geben. Dieser Vergleich wird durchgeführt, weil es hier im Jahr 2022 sehr deutliche Veränderungen gegeben hat: die Maßnahmen für Endadressat*innen haben um 13 Prozentpunkte zugenommen; im Gegenzug sind diejenigen für Multiplikator*innen um 12 Prozentpunkte zurückgegangen (siehe vorne).

Bei der Präventionsart zeigt sich, dass bei den Endadressat*innen universell ausgerichtete Maßnahmen sehr stark dominieren (83 %) (siehe Tabelle 46). Bei den multiplikatorenbezogenen Maßnahmen beträgt der entsprechende Wert 64 %; hier besteht ein vergleichsweise hoher Anteil von struktureller Prävention (27 %). Diese Präventionsart spielt bei den Endadressat*innen so gut wie keine Rolle (0,4 %).

Tabelle 46: Präventionsart der Maßnahmen nach Zielebene

	Endadressat*innen	Multiplikator*innen
universell	83,1 %	64,2 %
selektiv	9,5 %	6,8 %
indiziert	7,0 %	1,8 %
strukturell	0,4 %	27,2 %
N	1.392	1.137

Auch beim Setting zeigen sich sehr deutliche Unterschiede, wenn nach der Zielebene differenziert wird: So steht bei den Maßnahmen für Endadressat*innen mit Abstand das Setting Schule mit einem Prozentwert von 74 % an erster Stelle (siehe Tabelle 47). Daneben gibt es noch die Settings Freizeit und Familie, die auf einen zweistelligen Anteil kommen (jeweils 12 %). Auch bei den Maßnahmen, die sich an Multiplikator*innen richten, rangiert das Setting Schule vorne; hier aber nur mit einem Wert von 40 %. Es folgen die Bereiche Suchthilfe mit 23 % und Jugendarbeit mit 15 %.

³ Darüber hinaus gibt es 141 Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit. Aufgrund ihrer geringen Fallzahl wird diese Zielebene bei der folgenden Analyse nicht berücksichtigt.

Tabelle 47: Settings der Maßnahmen nach Zielebene (Mehrfachnennung möglich)

	Endadressat*innen	Multiplikator*innen
Schule	73,5 %	39,7 %
Jugendarbeit	5,0 %	15,4 %
Kindertagesstätte	0,6 %	7,4 %
Politik/Kommune/Behörde/etc.	1,1 %	11,4 %
unspezifisch (Öffentlichkeit/ Bevölkerung)	1,5 %	3,6 %
Suchthilfe	4,7 %	22,8 %
Gesundheitswesen	2,3 %	8,5 %
Freizeit	12,1 %	5,8 %
Betrieb	4,9 %	4,7 %
Familie	11,7 %	6,3 %
Erwachsenen-/Familienbildung	2,1 %	7,0 %
Strafwesen/Polizei	3,4 %	1,8 %
Hochschule/Fachhochschule	0,6 %	1,7 %
Kirche	0,9 %	1,7 %
Sport	0,1 %	0,3 %
Fahrschule	0,3 %	0,1 %
Flüchtlingshilfe/Migrationsdienst	1,0 %	1,3 %
Behindertenhilfe	0,2 %	0,3 %
Sonstiges	1,5 %	2,7 %
N	1.392	1.137

Die Inhaltsebene stellt sich so dar, dass bei den Endadressat*innen ein wesentlich höherer Anteil der Maßnahmen das Thema Lebenskompetenzen und Substanzen betreffen bzw. einen ausschließlichen Substanzbezug haben, als das bei den Multiplikatorenbezogenen Maßnahmen der Fall ist (48 % zu 17 % bzw. 21 % zu 13 %) (siehe Tabelle 48). Demgegenüber haben Maßnahmen, die sich ausschließlich auf die Förderung von Lebenskompetenzen beziehen, bei der Zielgruppe der Multiplikator*innen einen höheren Stellwert als bei den Endadressat*innen (38 % zu 11 %).

Tabelle 48: Inhaltsebene der Maßnahmen nach Zielebene

	Endadressat*innen	Multiplikator*innen
Lebenskompetenz, Substanzen und Verhaltenssüchte	7,0 %	19,6 %
Lebenskompetenz & Substanzen	48,3 %	16,9 %
Substanzen & Verhaltenssüchte	3,7 %	1,9 %
ausschließlich Lebenskompetenz	11,0 %	38,0 %
ausschließlich Substanzbezug	21,2 %	12,6 %
ausschließlich Verhaltenssüchte	8,8 %	11,0 %
N	1.392	1.137

Bei der Zielsetzung der Maßnahmen gibt es ebenfalls stärkere Abweichungen zwischen den beiden Zielgruppen. Die Individuen-bezogenen Zielsetzungen sind bei allen Kategorien bei den Endadressat*innen deutlich stärker vertreten als bei den Multiplikator*innen; beispielsweise betragen

bei der Stärkung/Veränderung von Einstellungen die entsprechenden Werte 67 % zu 20 % (siehe Tabelle 49). Bei den eher strukturell ausgerichteten Maßnahmen ist es anders: Hier kommen überall die multiplikatorenbezogenen Maßnahmen auf wesentlich höhere Prozentanteile, insbesondere bei der Stärkung der Vernetzung (62 % zu 4 %).

Tabelle 49: Zielsetzung der Maßnahmen nach Zielebene (Mehrfachnennung möglich)

	Endadressat*innen	Multiplikator*innen
Zunahme von Wissen	90,1 %	73,5 %
Stärkung/Veränderung von Einstellungen	66,5 %	19,9 %
Kompetenzförderung/Ressourcenstärkung	55,3 %	17,4 %
Förderung von Risikokompetenz	47,9 %	8,1 %
Verhaltensmodifikation	16,7 %	2,3 %
Stärkung der Vernetzung	4,1 %	62,4 %
Aufbau von Strukturen	1,3 %	42,8 %
hohe Öffentlichkeitswirksamkeit	4,0 %	8,3 %
N	1.392	1.137

Bei der Umsetzungsebene der Maßnahmen besteht ein vollkommen unterschiedliches Profil: So kommen bei den Endadressat*innen die Trainings/Schulungen auf einen prozentualen Anteil von 82 %, während dieser bei den Multiplikator*innen 24 % beträgt (siehe Tabelle 50). Gleichzeitig weist bei der zweitgenannten Zielgruppe die Kooperation/Koordination einen Wert von 41 % auf, was – erwartungsgemäß – bei den Endadressant*innen quasi keine Rolle spielt. Bei den Umsetzungsebenen „Präventionsberatung“ und „Vortrag/Referat“ zeigen sich ebenfalls sehr deutliche Unterschiede.

Tabelle 50: Umsetzungsebene der Maßnahmen nach Zielebene

	Endadressat*innen	Multiplikator*innen
Trainings/Schulungen	82,4 %	24,0 %
Kooperation/Koordination	0,9 %	40,5 %
Präventionsberatung	8,5 %	20,8 %
Ausstellung/Projekttag/Aktionswochen	5,2 %	2,2 %
Vortrag/Referat	1,9 %	10,1 %
Fachtagung	0,1 %	1,8 %
Information/Vermittlung Hilfsdienste	0,9 %	0,6 %
N	1.392	1.137

Ein letzter Unterschied betrifft das Durchführungsformat: Während die allermeisten Maßnahmen für die Endadressat*innen analog stattfinden (96 %), ist es bei den Multiplikator*innen so, dass fast 40 % der Maßnahmen in digitaler oder hybrider Form durchgeführt werden (38 %) (siehe Tabelle 51).

Tabelle 51: Durchführungsformat der Maßnahmen nach Zielebene

	Endadressat*innen	Multiplikator*innen
analog	95,6 %	62,2 %
digital	3,6 %	25,7 %
hybrid	0,8 %	12,1 %
N	1.392	1.137

Einordnung der Dot.sys-Ergebnisse aus Sicht der HLS

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

Cannabisprävention 2022 – hessische Präventionsfachkräfte klären landesweit über Gründe, Wirkung und Risiken des Cannabiskonsums auf

Die Dot.sys-Auswertung für das Jahr 2022 zeigt: Das landesweite Netzwerk der hessischen Fachstellen für Suchtprävention informierte und sensibilisierte Eltern, Erwachsene, Multiplikator*innen und Jugendliche mit über 1.100 Maßnahmen (von insgesamt 2.670 Maßnahmen in 2022) zu den Folgen und Wirkungsweisen des Konsums von Cannabis. Die Präventionsfachkräfte erreichten damit in 2022 bereits 19.000 Personen: 4.000 Multiplikator*innen, wie z.B. Lehrkräfte, und 15.000 Schüler*innen. Der Bedarf an cannabispräventiven Aktivitäten und Angeboten war insbesondere bei den hessischen Schüler*innen sehr groß.

Suchtprävention ist wirksam und wichtig

Nach Zahlen der BZgA aus dem Jahr 2021 hat in Deutschland schon fast jede*r zehnte 12- bis 17-Jährige einmal Cannabis konsumiert (9,3 %).⁴ Bundesweit haben 25 % der jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert, 12 % in den letzten 30 Tagen. 1,6 % der Jugendlichen und 8,6 % der jungen Erwachsenen konsumieren regelmäßig, das heißt häufiger als zehnmal in den letzten 12 Monaten.

Suchtprävention kann entscheidend dazu beitragen, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ein gesundes Leben zu ermöglichen. Es wurde kürzlich erneut in Studien nachgewiesen, dass in die Suchtprävention investierte Mittel eine hohe Effizienz in der Vermeidung von volkswirtschaftlichen Folgekosten haben.^{5,6}

Jugendliche sind durch den Konsum von Cannabis deutlich gefährdeter als Erwachsene. Darauf wiesen die Fachkräfte der hessischen Fachstellen und die Koordinationsstelle Suchtprävention der HLS – auch anlässlich der aktuellen Diskussion um die Neuregulierung der Cannabisgesetzgebung – in ihren Präventionsveranstaltungen immer wieder hin. In der Übergangsphase zwischen Kindheit und Erwachsenenalter finden im Gehirn wichtige Reifungs- und Umbauprozesse statt, die durch den Konsum von Cannabis massiv beeinträchtigt werden können. So kann es vermehrt zu Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Depressionen und Psychosen kommen.

⁴ Orth, B. & Merkel, C. Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkohol-surveys 2021 zu Rauchen, Alkohol, Cannabis und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln 2022.

⁵ Pressemitteilung der Deutschen Hautstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) vom 12.7.2023.

⁶ Schätzungen zufolge verursacht der Alkoholkonsum in Deutschland volkswirtschaftliche Kosten in Höhe von etwa 57,04 Milliarden Euro pro Jahr. Bei den durch Tabakkonsum verursachten gesamtwirtschaftlichen direkten und indirekten Kosten im Jahr 2018 geht man von etwa 97,42 Milliarden Euro aus. Die jährlichen Ausgaben für den Konsum illegaler Drogen in Deutschland wurden im Jahr 2010 auf 5,2–6,1 Milliarden Euro geschätzt, und die Folgekosten des schädlichen Konsums von Cannabis wurden in 2016 auf circa 975 Millionen Euro pro Jahr geschätzt. Entnommen aus Rauschert, Christian & Möckl, Justin & Seitz, Nicki-Nils & Jg, & Wilms, Nicolas & Olderbak, Sally & Kraus, Ludwig. (2022). Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021. Deutsches Ärzteblatt. 119. 527-34. 10.3238/arztebl.m2022.0244.

Die Fachkräfte klärten in ihren Präventionsveranstaltungen über die Risiken und Folgen auf und warnten davor, dass Suchtmittel und andere psychoaktive Substanzen nicht in die Hände von Kindern und Jugendlichen gehören. Das gilt sowohl für Cannabis als auch für Alkohol, Tabak und E-Zigaretten sowie „Vapes“. Darüber hinaus zeigten sie Strategien auf, um einen riskanten Konsum zu vermeiden bzw. dessen Risiken zu reduzieren.

Die Fachkräfte sprachen den Konsum frühzeitig und konsequent an, damit Jugendliche erst gar nicht zu Cannabis, Alkohol und Tabak greifen. Es ging darum, gezielt und ehrlich mit Jugendlichen über ihren Konsum zu sprechen, sich darüber auszutauschen, was Drogen und Suchtmittelkonsum bedeuten, welchen Zweck sie erfüllen und ob sie das eigene Wohlbefinden beeinflussen und verbessern können.

Beispielsweise bot eine Fachstelle in einem Workshop die Möglichkeit an, dass sich Schüler*innen (und Lehrkräfte) in der Klasse mit der Rechtslage, den Gründen, Wirkungsweisen und Folgen einer Suchtentwicklung, der risikoarmen Nutzung von psychoaktiven Substanzen und den Hilfs- und Informationsangeboten auseinandersetzen konnten. Denn Kinder und Jugendliche befinden sich selbst noch in einer Lebensphase, in der Konsummuster und Einstellungen zu Suchtmitteln entwickelt und festgelegt werden. Eine kritische Auseinandersetzung innerhalb des Klassenverbandes anzustoßen ist somit förderlich, um eigene wie fremde Einstellungen zu reflektieren und eine eigene Haltung zum Suchtmittelkonsum zu entwickeln.

Cannabisprävention braucht passgenaue Angebote und Ressourcen

Um der großen Nachfrage nach cannabispräventiven Angeboten und Informationen, insbesondere bei Schüler*innen (nach der Pandemie) nachzukommen und adäquat mit passgenauen Angeboten begegnen zu können, benötigt die professionelle Suchtprävention der Suchthilfe dringend mehr Personalressourcen⁷.

Zudem ist es nicht ausreichend, lediglich das System der hessischen Suchtprävention zu stärken. Auch das Setting Schule steht vor großen Herausforderungen. Denn mit den bestehenden Ressourcen stößt die hessische (wie schulische) Suchtprävention bereits an ihre Grenzen und läuft somit Gefahr, den Anforderungen an eine veränderte Sucht- und Drogenpolitik im Bereich der Sucht- und Cannabisprävention nicht mehr adäquat begegnen zu können.

Insbesondere im Setting Schule heißt das, bei Kindern und Jugendlichen die soziale Kompetenz zu fördern, sie für die soziale Einflussnahme durch Gleichaltrige zu sensibilisieren, sie in Selbstkontrolle zu stärken und ihre Problemlösekompetenz zu trainieren. Gleichzeitig sollten familiäre wie kommunale Schutzfaktoren auf- und ausgebaut werden.

Darüber hinaus sind mehr Angebote zur Förderung der Gesundheits- und Risikokompetenz notwendig: für Jugendliche – auch bereits konsumierende Jugendliche – ihre Eltern, Fachkräfte und/oder Verantwortliche in Ausbildungsbetrieben und Lehrkräfte in Schulen.

Ein Teil der cannabis konsumierenden Jugendlichen weist einen problematischen Cannabiskonsum auf. Darauf weisen die oben genannten Zahlen der BZgA hin. Hier müssen insbesondere Fachkräfte und Multiplikator*innen im Kontakt mit konsumierenden Menschen verharmlosende Haltungen ansprechen, gemeinsam überdenken und gezielt Verantwortung übernehmen. Denn Cannabis ist keine harmlose Droge, ob legalisiert oder nicht.

⁷ Insbesondere im Bereich der Suchtprävention bei Kindern, Jugendlichen und vulnerablen Dialoggruppen.

Was sind die Ursachen für diese Entwicklungen? Was brauchen Jugendliche? Welche Unterstützung benötigen die Lehr- und Fachkräfte in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern, wie beispielsweise Schule oder Jugendarbeit und -hilfe? Wie können Eltern und Erziehende gestärkt und unterstützt werden? Um diese Fragen adäquat zu beantworten, braucht es mehr qualitätsgesicherte Angebote in der Suchtprävention. Denn Jugendliche wie Erwachsene müssen in ihrem Wissen und in ihren Ressourcen gestärkt werden, damit sie kompetent Entscheidungen für ein gesundes Leben bzw. für einen risikoarmen Konsum treffen können. Dies ist auch Aufgabe der Suchtprävention und kann in guter, professioneller Qualität nur durch eine politische Stärkung und eine verlässliche wie angemessene Finanzierung ermöglicht werden. Es gibt eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung für den Schutz dieser Gruppen.

Suchtprävention braucht Verantwortung und Verbindlichkeit auf allen Ebenen

Auch Schulen wird heutzutage viel abverlangt, aber ohne eine systematisch-strukturierte Cannabisprävention und eine konsequente Vermittlung ins Hilfesystem, wenn Probleme auftreten, ist das bisherige „Gießkannenprinzip“ nicht zielführend und nachhaltig.

Die universelle Prävention muss unabdingbar im Prozess der (geplanten) Teil-Legalisierung des Cannabiskonsums flächendeckend und verbindlich gestärkt werden. Wissenschaftliche Erkenntnisse sprechen dafür, dass es auch für jüngere Altersklassen schon wirksame Methoden gibt, einem späteren Cannabiskonsum vorzubeugen. Hier müssen allerdings substanzspezifische und unspezifische Präventionsinhalte berücksichtigt werden. Wirksame Suchtpräventionsarbeit arbeitet in diesem Kontext mit der Vermittlung von sozialen Kompetenzen und der Sensibilisierung für soziale Einflussnahme. Auch förderliche Rahmenbedingungen zu gestalten ist wichtig. So kommt die BZgA-Expertise 2020 zu dem Schluss, dass Resilienz fördernde Ansätze, allgemeine verhaltens- und verhältnisbezogene Schutzfaktoren fördern sowie präventive Effekte auf den Konsum illegaler Substanzen, wie Cannabis, haben.⁸

Um die Entstehung von Suchterkrankungen zu reduzieren bzw. zu vermeiden, braucht es Engagement und Verantwortung auf allen Ebenen: Bund, Land und Kommune. Darüber hinaus ist es wichtig, eine landesweite Strategie zu entwickeln, die auf Bundes- wie regionaler Ebene gut verzahnt sowie abgestimmt, organisiert und durchgeführt wird.

Die geplante Legalisierung von Cannabis greift zu kurz, wenn lediglich im Bereich des Suchthilfesystems Angebote zur Suchtprävention und Suchthilfe weiterentwickelt werden. Herausforderungen betreffen auch die Kinder- und Jugendhilfe sowie den Jugendschutz: Maßnahmen der Suchtprävention und Frühintervention sind auch zu entwickeln für die offene Kinder- und Jugendarbeit, Jugendverbände, kommunale wie kirchliche Freizeitmaßnahmen und Angebote der Jugendförderung sowie Sozialarbeit an Schulen. In all diesen Bereichen sind sucht- wie cannabispräventive Angebote und Frühintervention weiterzuentwickeln bzw. auszubauen. Auch die Erziehungs- und Familienberatung ist als Anlaufstelle für Eltern und Erziehende bei Konflikten und Problemen (z.B. wegen riskantem Alkohol- und/oder Cannabiskonsum) mit ihren Kindern in der Adoleszenz gefragt, ebenso ambulante und stationäre Angebote der Hilfen zur Erziehung.

⁸ Wirkungsorientierte Prävention des Konsums von Cannabis und anderen illegalen Drogen. Factsheet zur BZgA-Expertise Suchtprävention 2020.

Cannabisprävention: Angebote und Aktivitäten

Das landesweite Netzwerk der 29 hessischen Fachstellen für Suchtprävention sensibilisiert mit seinen Angeboten gezielt junge Menschen für die Folgen des Cannabiskonsums.

Die Aktivitäten der Fachkräfte im Bereich der Cannabisprävention haben – nach den Zahlen der Dot.sys-Auswertung – mit aktuell 61 % der suchtmittelspezifischen Maßnahmen seit 2019 einen sehr starken Bedeutungszuwachs erfahren. Die Fachkräfte setzen dabei auf altersgerechte und lebensweltbezogene Aufklärungs- und Kommunikationsangebote in Schulen (660 Maßnahmen) bei Lehrkräften wie Schüler*innen – in Präsenz und digital.

In den außerschulischen Settings waren die Fachkräfte sehr stark vertreten, wie beispielsweise mit 116 Maßnahmen im Freizeitbereich, 89 cannabispräventiven Angeboten in der Jugendarbeit und ebenfalls 89 Angeboten in der Familienarbeit. In der Regel wurden diese Maßnahmen in Präsenz durchgeführt (961 cannabispräventive Maßnahmen), 126 Angebote konnten zudem digital umgesetzt werden und 57 Projekte fanden in einem hybriden Format statt. Insgesamt haben die Fachstellen für Suchtprävention im Aufgabenbereich Cannabisprävention 4.251 Multiplikator*innen und 15.339 Endadressat*innen, wie Schüler*innen und Jugendliche, erreicht.

In 627 Workshops und 51 Fachvorträgen konnten die Präventionsfachkräfte aktuelle und wissenschaftlich fundierte Informationen der Cannabisprävention für junge Menschen sowie für Fachkräfte und schon drogenaffine junge Menschen vermitteln und darüber aufklären.

Suchtprävention heißt, über die Auswirkungen des Konsums zielgruppengerecht aufzuklären und riskantes Konsumverhalten früh zu erkennen und diesem entgegenzuwirken. Die hessischen Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention verfügen hier bereits über ein breites Angebot entsprechender Projekte und Aktivitäten. Mit passgenauen Angeboten unterstützen die Fachkräfte zudem Eltern und Multiplikator*innen, wie Schulsozialarbeitende, Jugendpfleger*innen und Gruppenleitende der Vereine. Eine Übersicht der qualifizierten Angebote der Fachstellen befindet sich im Anhang dieses Berichtes (Seite 108).

Wirkungsorientierte Cannabisprävention kann neben dem schulischen Setting auch in kommunalen Ansätzen, in familienorientierten Angeboten oder computerbasiert stattfinden. Derzeit werden mehrere etablierte Präventionsprojekte auf Länderebene auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert, um diese im Anschluss – ab 2024 – bundesweit anzubieten und zu implementieren:

- der „Grüne Koffer – Methodenset Cannabisprävention“ ab 8. Klasse,
- der interaktive „Quo Vadis Parcours“ für die Klassenstufen 8-10 sowie die Jugendarbeit,
- das Curriculum „Cannabis Kompakt“ mit drei Unterrichtseinheiten (inklusive Leitfaden) für 8. und 9. Klasse für Lehrkräfte,
- ein Leitfaden für „virtuelle Elternabende“,
- das erlebnispädagogische Modellprojekt „HöhenRausch“.

Auch die hessischen Fachstellen für Suchtprävention werden ab 2024 an den bundesweit durch die BZgA durchgeführten Schulungen teilnehmen können und diese evaluierten Programme, wie der „Grüne Koffer“ und „Quo Vadis Parcours“, zukünftig einsetzen.

Fallen junge Menschen (14 bis 21 Jahre) durch illegalen Substanzkonsum, insbesondere Cannabis, oder übermäßigen Alkoholkonsum auf, muss eingeschritten werden. Die Fachstellen für Suchtprävention wie auch die Suchtberatungsstellen bieten hierzu kostenfreie Beratung und Hilfe an. Zum Beispiel über das FreD-Programm, einem Programm zur „Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumierenden“, das speziell auf jugendlichen Alkohol- und Substanzmissbrauch

zugeschnitten ist. In Hessen wird FreD durch ausgebildete FreD-Trainer*innen an 14 Standorten angeboten.

Darüber hinaus bieten die Fachstellen für Suchtprävention wie auch die Suchtberatungsstellen landesweit kostenfreie, wohnortnahe Beratung und Hilfe an.

ANGEBOTE DER FACHSTELLEN

HLS-Informationsbroschüren für Eltern und für Jugendliche zum Cannabis-konsum im Jugendalter:

- „Elterninfo Cannabis“ Elternratgeber
- „Cannabis“ Informationsbroschüre für Jugendliche

Unterrichtsmaterialien für Lehrkräfte:

- „Cannabis – Materialien für die Suchtprävention in den Klassen 8-12“
- „Der Cannabis Case. Alles was Du wissen solltest – Begleitheft mit DVD“
- Faltblatt „Die Sucht und ihre Stoffe – Cannabis“
- Broschüre „Cannabis – Basisinformation“
- „Kiffen ist riskant – Ein Heft in Leichter Sprache“

BMG-Informations-Kampagne „Cannabis legal, aber...“:

Die bisherige Cannabispolitik stößt an ihre Grenzen. Der Cannabiskonsum hat trotz des derzeitigen Verbots von Erwerb und Besitz in den letzten Jahren zugenommen. Daher muss die Cannabispolitik mit Blick auf den Gesundheitsschutz reformiert werden. Die zentralen Ziele sind, den Gesundheitsschutz zu stärken, die Aufklärung über Risiken zu intensivieren, präventive Maßnahmen zu verstärken, den illegalen Markt für Cannabis einzudämmen und den Schutz von Kindern und Jugendlichen zu verbessern.

- www.bundesgesundheitsministerium.de/infos-cannabis.html

BZgA-Informationsangebote der Cannabisprävention:

Die BZgA stellt unter www.cannabispraevention.de Qualitätsstandards zur Durchführung von Cannabisprävention im Jugendalter sowie qualitätsgesicherte Informationsmaterialien und weiterführende Links zur Verfügung.

- Online-Portal für Jugendliche, Fach- und Lehrkräfte sowie Eltern:
www.cannabispraevention.de
- Online-Portal für junge Erwachsene, Fach- und Lehrkräfte sowie Eltern:
www.drugcom.de
- Individualisiertes Verhaltensänderungsprogramm „Quit the Shit“:
www.quit-the-shit.net

Leitfäden zur Suchtprävention für die Jugend- und Erziehungshilfe:

- Suchtprävention in der Heimerziehung. Handbuch zum Umgang mit legalen wie illegalen Drogen, Medien und Ernährung. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), 4. Auflage 2020.
- Nah dran! Ein Wegweiser zur Suchtprävention in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe. Landschaftsverband Westfalen-Lippe LWL-Koordinationsstelle Sucht. Münster, Dezember 2021.
- Nah dran! Erfahrungsberichte zur Suchtprävention in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe. Landschaftsverband Westfalen-Lippe LWL-Koordinationsstelle Sucht. Münster, Mai 2021.

Beispiele von Angeboten zur Cannabisprävention der hessischen Fachstellen für Suchtprävention

Cannabis-Methodenkoffer „GrasimKopf“

Axel von Donop, Fachstelle für Suchtprävention für Stadt und Landkreis Fulda, Diakonie

Die Fachstelle der Diakonie hat zusammen mit der Fachstelle für Suchtprävention der Caritas Fulda einen Cannabis-Methodenkoffer „GrasimKopf“ entwickelt. Dieser Koffer kam Dezember 2021 erstmals zum Einsatz. Im Jahr 2022 wurde der Koffer von der Fachstelle der Diakonie neun Mal in verschiedenen Schulklassen eingesetzt. Die Fachstelle hat zudem eine interne Evaluation durchgeführt. Als besonders geeignet wurde die Methode „Hanfsack“ und die unterschiedlichen „Kleingruppen-Angebote“ zu den Themen Gründe, Wirkung und Folgen benannt.

Des Weiteren gab es sechs Einzelmaßnahmen in Schulen zur Cannabisprävention, wie „Führerschein und Cannabis“, „Cannabis und Risiko“ und „Cannabis und Schule“.

Zielgruppen- und bedarfsorientierte Cannabisprävention

Heike Walter und Kira Cromm, Fachstellen für Suchtprävention für die Stadt und Landkreis Kassel

Die Fachstellen für Suchtprävention für die Stadt und den Landkreis Kassel setzen zum einen das evaluierte Projekt „Cannabis – Quo Vadis“ um. Zum anderen ist Cannabis nahezu in allen Workshops ab dem Jahrgang 8 ein Thema. Dazu werden zielgruppen- und bedarfsorientiert verschiedene Methoden genutzt.

Methodenworkshop zur Cannabisprävention

Michelle Denk, Fachstelle Suchtprävention Darmstadt

Die Droge Cannabis wird mittlerweile in vielen Teilen der Gesellschaft als Alltagsdroge wahrgenommen. Auch die Cannabis-Legalisierungsdebatten in Politik und Gesellschaft haben in vielen Teilen der Bevölkerung eher zu Verwirrungen, Mythen und Halbwahrheiten rund um die Droge Cannabis geführt. Besonders junge Menschen werden davon abgelenkt, sich kritischer mit dem Thema „Cannabis und Sucht“ auseinanderzusetzen. Dieser Workshop wurde durch die Fachstelle Suchtprävention Darmstadt von Netzwerk ROPE e.V. entwickelt. Die Methoden sind eine Zusammenfassung aus häufig angewendeten und bewährten Methoden zur Cannabisprävention.

Die Inhalte beziehen sich in erster Linie auf die Droge Cannabis und können z. B. in Schulklassen und Ausbildungsgruppen ab 12 Teilnehmer*innen durchgeführt werden. Ebenfalls können Fachkräfte von diesen Workshops profitieren und in den entsprechenden Institutionen Anwendung finden. Die Stationen können an die verschiedenen Schulklassen und Schulformen angepasst werden. Schüler*innen und Lehrkräfte setzen sich in der Klasse/Gruppe mit den Informationen, Rechtslagen, Gründen, der Wirkung, Folgen, der Suchtentwicklung und Hilfs- und Informationsangeboten auseinander. Des Weiteren bieten die Inhalte der Methoden eine kritische Auseinandersetzung innerhalb der Klasse/Gruppe rund um das Thema Cannabis.

Ziel ist es, dass sich besonders junge Menschen zum Thema Cannabis informieren können, Risiken und Gefahren des Konsums kennenlernen und dadurch ihre Möglichkeit sehen, sich zu schützen. Die Methoden sind gut im Klassenverband oder ähnlichen Gruppen anwendbar.

Der Workshop wird durch pädagogische Fachkräfte moderiert und angeleitet.

VOLLKLAR – Ein Programm für junge Konsumierende von Alkohol & Cannabis

Christina Heimeroth, Fachstelle für Suchtprävention für den Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Junge Konsument*innen von Cannabis und/oder Alkohol kommen häufig auf Weisung durch das Gericht oder die Bewährungshilfe in das Suchthilfezentrum Hersfeld-Rotenburg. Das Interesse der zuweisenden Stellen ist die selbstkritische Auseinandersetzung der jungen Menschen mit dem missbräuchlichen Umgang und eine Verhaltensänderung. Dies entspricht aber häufig nicht den Interessen der Betroffenen. Als Lösung dieser Diskrepanz wurde ein zielgruppenspezifisches Gruppenangebot im Sinne einer frühen Intervention bei Cannabis- und Alkoholmissbrauch in der Fachstelle entwickelt.

Das Programm stützt sich auf vorhandene, z.T. evaluierte und evidenzbasierte Programme, berücksichtigt die aktuellen Entwicklungsphasen und -aufgaben und ermöglicht im Gruppensetting mit Gleichaltrigen Lernerfahrungen mit Impulsen zur Reflexion und idealerweise auch zur Veränderung des eigenen riskanten Verhaltens.

VOLLKLAR wurde als interaktives Gruppentraining entwickelt und basiert auf einem pädagogisch-ressourcenorientierten Ansatz, der auf die Stärken und Individualität der Teilnehmenden ausgerichtet ist. Zielgruppen sind junge Konsument*innen von Cannabis und Alkohol zwischen 16 und 27 Jahren. Neben Informationen über Wirkweise und mögliche intrapsychische Funktionen psychoaktiver Substanzen sollen Einsichten in eigene Konsummuster gewonnen sowie Unterschiede von Genuss, Missbrauch und Abhängigkeit erarbeitet werden. Aus dem Erkennen eigener Gewohnheiten und eigener Ressourcen sollen die Teilnehmenden persönliche Ziele entwickeln, lernen, ihre eigenen Stärken einzusetzen und die Scheu verlieren, bei Bedarf weitergehende individuelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Eine Gruppe besteht aus 6 – 12 Teilnehmenden, der zeitliche Rahmen beinhaltet neben einem Vorgespräch zur Motivationsprüfung und ersten diagnostischen Einschätzung insgesamt drei Treffen á drei Zeitstunden, sowie ein Abschlussgespräch. Sollte eine Kontextklärung notwendig sein, so findet im Vorfeld ein Gespräch mit der zuweisenden Stelle statt.

Portfolio der Cannabisprojekte

Horst Weigel, Fachstelle Suchtprävention im Odenwaldkreis

Cannabisprojekttag mit Stationen Parcours ab Jahrgangsstufe 7 (3-5 Klassen)

Projektdauer: 6 Schulstunden. Die Klassen rotieren jeweils durch 4 Stationen:

Station 1: Silhouette der Stärken: In die eigene Körpersilhouette (aufgemalt auf einem großen Papierbogen) werden persönliche Stärken, Talente, Fähigkeiten und Fertigkeiten eingetragen.

Dies ist eine einfache Strategie, um ressourcenorientiert an einem positiven Selbstkonzept zu arbeiten und Stärken auf anschauliche Art und Weise mit den verschiedenen Teilen des Körpers zu verbinden. Der Schwerpunkt liegt hier nicht im Bereich der in der Schule sonst sehr gefragten kognitiven Fähigkeiten. Ziel dieser Übung ist es, die individuellen Suchprozesse jedes Teilnehmenden bezüglich der eigenen Stärken und Wünsche in Gang zu setzen

Station 2: Risiko-Fall: Jede*r Teilnehmende kann sich von einem Kasten fallen lassen und wird von einer Gruppe aufgefangen und anschließend sanft abgelegt. Hier geht es darum, durch praktisches Tun ein Bewusstsein für einen gelingenden Umgang mit Risiken zu schärfen und zu erfahren; dass man Einfluss nehmen kann auf seinen persönlichen Umgang mit Risiken, indem die Jugendlichen das Szenario bestimmen (wer soll mich auffangen, Höhe des Kastens, mache ich das überhaupt etc.). Unterschiedliche Risiko-Typen werden erkannt und erläutert.

Station 3: Foto-Station: Die Aufgabe an dieser Station ist es, eine ganz persönliche Haltung zu Cannabis (als Pflanzengattung, Rauschmittel, usw.) auszudrücken. Dies geschieht in Form eines Symbols oder eines Gegenstands, einem Satz oder einem kurzen Text, einem Gesichtsausdruck, einer Körperhaltung, usw.. So entsteht ein Foto, das eine persönliche Haltung darstellt. Das Foto wird ausgedruckt und in der Abschlussrunde des Projekttagess auf einer Moderationswand ausgestellt.

Das Foto kann gruppenweise gestaltet werden oder auch so, dass man niemanden erkennt. Es wird nicht kommentiert. Die Gesamtansicht der Fotos stellt einen Überblick über die vielfältigen Meinungen zu Cannabis dar. Die Fotodateien wieder nach Abschluss des Projekttagess gelöscht.

Station 4: Info-Station: In Form eines Eckenspiels werden Informationen vermittelt. Die Teilnehmenden beantworten Fragen, indem sie sich räumlich zuordnen. Durch die Verknüpfung von Wissen mit Bewegung wird mehr Nachhaltigkeit erreicht.

Cannabis-Doppelstunde (oder drei Stunden) ab Jahrgangsstufe 7

Substanzinformationen und Konsumfolgen z.B. über Eckenspiel; Gruppenarbeit: Welche Vorteile und welche Nachteile könnten eine Entkriminalisierung von Cannabis haben? Ergebnispräsentation und Besprechung im Plenum.

„Alkohol & Cannabis. Alles easy oder was?“ Jahrgangsstufe 9

Projektdauer: Fünf Schulstunden. Substanzinformationen z. B. über Quiz/Eckenspiel, mögliche Konsumfolgen psychisch/sozial/rechtlich, Führerschein; Gruppenarbeit und Plenumsauswertung Entkriminalisierung pro/contra.

Projekt „Durchblick - Alkohol und Cannabis“, ab 10. Klasse, Hauptschule, ab 9. Klasse

Projektdauer: Fünf Schulstunden, Substanzinformationen, mögliche Konsumfolgen psychisch/sozial/rechtlich, Führerschein/MPU, Rauschbrillenübungen inkl. Gokart-Parcours.

Freiwilliges Soziales Jahr, idR 16 bis 24 Jahre; „Teilprojekt Cannabis“

Ein halber Tag, Substanzinformationen, mögliche Konsumfolgen psychisch/sozial/rechtlich, Führerschein/MPU, regionale anonymisierte Fälle aus Suchtberatung um die Theorie in den realen örtlichen Bezug zu setzen; Rollenspiel „Fernsehdiskussion“: Aktivist*innen des Vereins „Cannabis für Alle“ diskutieren mit Vertreter*innen des Vereins besorgter Eltern „Weg mit dem Cannabis“.

Basis Kurse „Alkohol und Cannabis“ des Bildungswerkes der Hessischen Wirtschaft

Teilnehmende überwiegend zwischen 17 bis 35 Jahre, Projektdauer: ein Vormittag, Substanzinformationen, mögliche Konsumfolgen psychisch/sozial/rechtlich, Führerschein.

Darüber hinaus „on demand“ **Veranstaltungen für Multiplikator*innen** (Lehrkräfte, Jugendpfleger*innen etc.) i. d. R. Substanzinformationen, mögliche Konsumfolgen psychisch/sozial/rechtlich, Führerschein/MPU, regionale anonymisierte Fälle aus Suchtberatung, um die Theorie in den realen örtlichen Bezug zu setzen.

Schüler*innen-Workshops, Azubi-Schulungen sowie Netzwerkmanagement Cannabisprävention

Kim Schön, Christian Beek, Fachstellen für Suchtprävention für die Stadt und Landkreis Offenbach

Schülerworkshops zum Thema Cannabis:

In 2022 haben die Fachstellen für Suchtprävention insgesamt elf Schülerworkshops explizit zum Thema Cannabis durchgeführt. Aber auch wenn dieses Thema nicht explizit angefragt war, so wurde es doch in vielen Workshops thematisiert, da ein Grundinteresse seitens der Schüler*innen dazu bestand. In den Schüler*innen-Workshops arbeitete die Präventionsfachkraft mit aktivierenden Übungen, die abseits der Stoffkunde den eigenen Standpunkt zum Thema reflektieren sollen und hilfreich bei der Reflexion von z.B. eigenem Konsum oder auch Konsumvorhaben sein sollen. An Materialien orientierte sich die Fachstelle an dem Methodenkoffer der Fachstelle Frankfurt und nutzte weitergehend bekannte Methoden, wie die Standpunkteübung oder die Mauer gegen Sucht.

Bei fünf Frühinterventionen im Zuge von Gerichts- oder anderen Auflagen war der Grund dafür Cannabiskonsum.

Bei zwei Azubi-Schulungen (insgesamt vier Gruppen á circa 20 Teilnehmende) gab es einen Block zum Thema Cannabis, bei dem sich die Fachkräfte einer Mischung aus stoffkundlichem Vortrag und aktivierenden Übungen bedient haben.

Es gab einen digitalen Elternabend spezifisch zum Thema Cannabis, bei dem wir über die Substanz, mögliche Folgen des Konsums und das Ansprechen der eigenen Kinder informiert haben.

In der Stadt Offenbach gab es im Zuge des AK Sucht einen Fachvortrag zu Cannabis im Allgemeinen und der geplanten Cannabislegalisierung für Angestellte der Stadt.

Ansonsten ist das Thema im ständigen Repertoire der Fachstelle. Die Fachstelle ist im Austausch darüber auf ihren Netzwerktreffen und informiert auch intern die Kolleg*innen. Außerdem gab es 2022 die Teilnahme an der AG Cannabis, an der abwechselnd die Fachstelle aus Stadt und Kreis teilgenommen haben.

Informationen zu Angeboten mit Schwerpunkt Cannabis

Stefanie Köster, Fachstelle Prävention der Stadt Frankfurt, vae e.V.

Im Jahr 2022 fanden 38 Maßnahmen gezielt zur Thematik Cannabisprodukte in unterschiedlichen Institutionen in Frankfurt statt. Dazu gehörten 32 Workshops hauptsächlich an Schulen und in berufsvorbereitenden Maßnahmen. Zusätzlich wurde eine Mutter im familiären Kontext beraten und es fand erstmalig eine ausführliche Infoveranstaltung für Familienmitglieder bei einem Selbsthilfeträger statt.

Die Anzahl der Teilnehmenden in Veranstaltungen mit dem Schwerpunkt Cannabis konnte im Vergleich zu 2021 verdreifacht werden. Hier wurden sogar mit insgesamt 932 Teilnehmenden 110 Personen mehr erreicht als in 2019 als präpandemisches Vergleichsjahr. Es gab dazu dringliche Anfragen von Jahrgängen der schulischen Oberstufen, da der Konsum und Handel zunehmend in den Fokus geraten.

Mit dem Drogenreferat der Stadt Frankfurt fand ein erster Austausch zum Eckpunktepapier der Bundesregierung zur legalen Abgabe von Cannabisprodukten statt. Beleuchtet wurden die möglichen Auswirkungen auf die Prävention, beispielsweise Entstehung neuer Zielgruppen, und Anpassungen bei den Inhalten suchtpreventiver Veranstaltungen. Die Fachstelle erwartet im Zuge der Debatte zur Abgabe von Cannabisprodukten in lizenzierten Fachgeschäften eine stärkere

Nachfrage für entsprechende Veranstaltungen, nicht nur für Jugendliche, sondern auch beispielsweise für Eltern und pädagogische Fachkräfte an Schulen und der Jugendhilfe.

Das Methodenrepertoire wurde um interaktive Materialien zur Vielfalt der legal und illegal erhältlichen Cannabisprodukte wie CBD und medizinischem Cannabis erweitert. Ziel ist es vor allem, junge Erwachsene zu den Unterschieden der verfügbaren Substanzen in deren Wirkung und Risikobewertung aufzuklären.

„Cannabis - quo vadis?“ Evaluierter Präventionsparcours zur Förderung von Risikokompetenz

Leonie Zimmer, Fachstelle für Suchtprävention für den Schwalm-Eder-Kreis

„Cannabis - quo vadis?“ ist ein evaluierter zweistündiger, interaktiver Präventionsparcours zur Förderung von Risikokompetenz, der von der Villa Schöpflin gGmbH 2003 konzipiert wurde. Zielgruppe sind die Klassenstufen 8 bis 10 und Jugendgruppen im Alter zwischen 13 und 17 Jahren. Anhand von sechs Etappen werden fachlich fundierte und realistische Informationen zum Thema Cannabis vermittelt.

Ziele des Cannabis-Parcours:

- Vermittlung einheitlicher und damit glaubwürdiger Informationen und Präventionsbotschaften,
- Schaffung von Impulsen für eine konstruktive und kritische Diskussion der Jugendlichen untereinander sowie an der Schule und mit deren Eltern,
- Stärkung der Nichtkonsument*innen und Förderung einer kritischen Haltung zum Cannabiskonsum,
- Schaffung von Transparenz und Klarheit bezüglich der juristischen Grundlagen und Umgangsweisen mit Cannabisprodukten,
- Informationen über persönliche Ansprechpartner*innen an Schulen und über Hilfsangebote von Beratungsstellen in der Region.

Klassenworkshop „Cannabis“ und Frühintervention „FreD“

Lisa Pepler, Fachstelle für Suchtprävention für den Vogelsbergkreis

Cannabis-Projekt

Das Cannabis-Projekt ist ein interaktiver Workshop, der im Jahr 2022 in den 9. Klassen durchgeführt wurde. Anhand verschiedener Themenstationen werden fachlich fundierte und sachliche Informationen zum Thema Cannabis vermittelt, bestehende Mythen aufgedeckt und korrigiert. Ein weiterer Schwerpunkt liegt außerdem auf der Aufklärung über mögliche, rechtliche Folgen. Auch mögliche Elternreaktionen werden durchgespielt und ein Perspektivwechsel angeregt. Abschließend erhalten die Teilnehmenden Informationen über das Hilfesystem in deren Region. Der zeitliche Umfang beträgt drei Schulstunden.

FreD – Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsument*innen

FreD ist ein achtstündiger Kurs, welcher an zwei Tagen durchgeführt wird. FreD richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene (14-21 Jahre), die aufgrund ihres Konsums auffällig geworden sind und jetzt mit der Polizei, den Eltern, der Schule oder dem Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatz in Konflikt stehen und eine Auflage erfüllen müssen. FreD ist ein Gruppenangebot, an dem max. acht Personen teilnehmen können. Der Kurs bietet einen Rahmen, um mit anderen gemeinsam über den persönlichen Umgang mit Suchtmitteln ins Gespräch zu kommen und Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Außerdem werden die Teilnehmenden über rechtliche Fragestellungen und das Risikopotential von Suchtmitteln informiert. Die Teilnehmenden schätzen ihr eigenes Konsumver-

halten ein und erhalten Informationen über Möglichkeiten zur Konsumkontrolle. Darüber hinaus werden Alternativen zum Konsum von Suchtmitteln aufgezeigt.

Interaktiver Cannabis-Parcours für Schulklassen

Luisa Heinecker, Fachstelle für Suchtprävention für den Main-Taunus-Kreis

Der Cannabis-Parcours richtet sich an Schüler*innen ab der 8. Jahrgangsstufe aller weiterführenden Schulen im Main-Taunus-Kreis. Das Projekt ist für eine ganze Klassenstufe konzipiert, sodass alle Klassen zeitversetzt die verschiedenen Stationen durchlaufen, die von Mitarbeiter*innen der Suchthilfe, Jugendarbeit, Schulsozialarbeit o.ä. betreut werden. An den jeweiligen Stationen erhalten die Teilnehmenden Informationen über die Wirkung und Folgen sowie die rechtlichen Grundlagen des Cannabiskonsums, es werden Schutzfaktoren erarbeitet, Konsum wird reflektiert und Nicht-Konsum gestärkt. Mittels interaktiver Methoden, wie z. B. der Standpunkte-Übung oder Rollenspiele, wird dabei ein offener Dialog mit den Jugendlichen erreicht.

Projekte und Aktivitäten zum Thema Cannabis

Dagmar Wieland, Fachstelle für Suchtprävention für den Main-Kinzig-Kreis, Diakonisches Werk Hanau-Main-Kinzig

Fortbildungen und Workshops für Multiplikator*innen

Fachkräfte der Schulsozialarbeit und Beratungslehrkräfte erhalten Basiswissen zur Substanz Cannabis, deren Risiken und Wirkungen. Grundwissen zum Thema riskanter Konsum und Entstehung von Abhängigkeit wird vermittelt. Danach werden Methoden zur Prävention des riskanten Cannabiskonsums vorgestellt und erprobt – entsprechend der Übungen aus der Cannabismethodentasche „Kifferkoffer“, die für Jugendliche ab dem 8. Schuljahr von der Fachstelle entwickelt wurde.

Schulungen für Honorarkräfte zur Cannabismethodentasche „Kifferkoffer“. Vermittlung der geschulten Honorarkräfte an anfragende Schulen.

Ausleihe der Cannabismethodentasche – fortwährende Aktualisierung der Methoden.

Coaching von Lehrkräften und anderen Multiplikator*innen bei der Durchführung von Projekten.

Cannabisworkshops für Jugendhilfeeinrichtungen mit Methoden der Selbstreflexion und der Wissensvermittlung.

Stationenlauf/Parcours für Schüler*innen ab Klassenstufe 9/10 zum Thema Cannabis, Alkohol, Risikokompetenz und Mischkonsum.

Angebote zum Thema Schule und Cannabis

Jens Seibel, Fachstelle für Suchtprävention im Landkreis Marburg-Biedenkopf

Im Arbeitskreis Suchtprävention des Landkreises Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg gab es im Jahr 2018 das Vorhaben, eine gemeinsame Haltung sowie Stellungnahme der Akteure in der Suchtprävention im Landkreis zu entwickeln. In Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt des Landkreises, der Polizei (Jugendkoordinator der Polizei/Arbeitsgruppe Gewalt an Schulen), dem Staatlichen Schulamt Marburg-Biedenkopf und der Fachstelle für Suchtprävention, der Sucht- und Drogenberatung des Diakonischen Werkes Marburg-Biedenkopf wurde eine **Handlungsempfehlung „Schule und Suchtprävention“** in Form eines Ordners für Schulen erstellt. Dieser Ordner beinhaltet Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Substanzkonsum in der Schule (Schutzkonzept), eine Anleitung der Polizei, wie sich schulische Fachkräfte bei einem Verdacht auf Dealen verhalten sollen, sowie Präventionsangebote der Polizei und der Fachstelle für Suchtprä-

vention für Schulen, die bei Interesse bzw. nach Vorfällen mit illegalen Drogen, zum Thema Cannabis angefragt werden können.

Cannabis Workshop „Let’s talk about...“ für Schüler*innen ab der 9. Klassen

Der Workshop hat das Ziel über den Konsum und mögliche Folgen des Konsums von Cannabis aufzuklären, die individuelle Persönlichkeit und die eigene Risikokompetenz zu stärken sowie im Gruppendynamischen Prozess zu erlernen „Nein-Sagen“ zu können und Grenzen zu setzen. Darüber hinaus werden umfassende Informationen zu neuen psychoaktiven Substanzen gegeben, wie zu Synthetischen Cannabinoiden, in „Kräutermischungen und Rauchermischungen“ und Legal Highs.

„Message“ – ein Angebot zur Resilienz Stärkung von Jugendlichen

Das Projekt „Message“ ist ein erlebnispädagogisches und suchtpreventives Angebot zur Resilienzförderung für Jugendliche zwischen 13 und 17 Jahren in Wohngruppen und Vereinen sowie für deren Erzieher*innen, Betreuer*innen, Trainer*innen und Leitungspersonen. Ziel der Maßnahme ist es, Jugendliche und deren Bezugspersonen aus dem nahen sozialen Umfeld für Themen der Sucht- und Drogenprävention (bspw. Themen wie „der Kick“ ((Nerven)kitzel, Vergnügen, Erregung), Rausch und Risiko und Cannabiskonsum im Alltag zu sensibilisieren und mithilfe eines individuell abgestimmten erlebnispädagogischen Programms personale und soziale Ressourcen zu stärken.

Suchthilfetag 2023 - Fachtag „Neue Herausforderungen in der Suchtprevention“

Im Landkreis Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg wurde unter dem Dach der Suchthilfetag 2023 ein Fachtag mit dem Thema: „Neue Herausforderungen in der Suchtprevention“ veranstaltet.

Außerdem wurde in einer **Kinoveranstaltung** der Film „Lombock“ für ca. 300 Schüler*innen gezeigt. Im Anschluss beantwortete die Fachstelle für Suchtprevention in einer Abschlussreflektion die vielfältigen Fragen der Schüler*innen.

Übersicht der Suchtpräventions-Programme und Maßnahmen in Hessen

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.

Tabelle 52: Übersicht der Suchtpräventions-Programme und Maßnahmen in Hessen

Frühe Kindheit 0–6 Jahre Krippe, Kindergarten	Kindheit 7–13 Jahre Grund-, weiterführende Schule	Kindheit 14–18 Jahre weiterf. Schule, Ausbildung	frühes Erwachsenenalter 19–27 Jahre	Erwachsenenalter ab 28 Jahre
Papilio-3 bis 6	Klasse Klasse	Prev@WORK		
Papilio-ElternClub	Klasse 2000	Mobile alkoholfreie Cocktailbar		
Papilio-Integration	Das kleine Ich bin Ich	Halt reaktiv	HaLT proaktiv	
Kiks up	Netz mit Webfehlern?			Kind s/Sucht Familie
Spielzeugfreier Kindergarten	Elternabende und -kurse			
Die Bücherschatzkiste	QuaSiE, Qualifizierte Suchtprävention in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe			
Mäxchen, trau dich!	Klarsicht-Koffer-Parcours			
	Netbag			
	Pep – Persönlichkeitsförderung			
	Jugendfilmtage			
	Be smart – don't start			
	Eigenständig werden	Konfirmation und Alkohol		
	Max und Min@	Sag Nein!		
		Klar bleiben		
		MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen		
		Cannabisprävention für Schüler*innen und Lehrkräfte		
		FreD und AlkoFreD		
		Tom und Lisa		
	Glücksspielsuchtprävention			
	Medienkompetenz für Kinder, Schüler*innen, Lehrkräfte und Eltern			
	Resilienzförderung für Kinder, Schüler*innen, Lehrkräfte und Eltern			

- universelle Prävention
- selektive Prävention
- universelle *und* selektive Prävention
- indizierte Prävention

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungname	Ort	Träger
1	Beratungszentrum Vogelsberg	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	Bad Nauheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
5	Betreutes Wohnen	Bensheim	Wohngemeinschaft Bergstraße e.V.
6	Der Treff - Beratungszentrum Biedenkopf	Biedenkopf	Bürgerinitiative Sozialpsychiatrie e.V.
7	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Wetteraukreis, Außenstelle Büdingen	Büdingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
8	Suchtilfezentrum Darmstadt - Beratung und Behandlung	Darmstadt	Caritasverband Darmstadt e.V.
9	Substitutionsambulanz	Darmstadt	Diakonisches Werk Darmstadt-Dieburg
10	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Dieburg	Caritasverband Darmstadt e.V.
11	Drogenberatung für den Landkreis Darmstadt-Dieburg	Dieburg	Kreisverwaltung des Landkreises Darmstadt-Dieburg
12	Suchtilfezentrum Wildhof - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Dietzenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
13	Suchtberatung	Dillenburg	Diakonisches Werk Dillenburg
14	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Erbach	Caritasverband Darmstadt e.V.
15	Betreutes Wohnen im Suchtilfezentrum	Erbach	DRK Kreisverband Odenwaldkreis
16	Suchtberatungsstelle im Suchtilfezentrum	Erbach	DRK Kreisverband Odenwaldkreis
17	Fachstelle für Suchthilfe und Prävention	Eschwege	Zweckverband Diakonisches Werk Werra-Meißner

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
18	Mobile Beratung in der Stadt Flörsheim	Flörsheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
19	Kontaktladen "La Strada" - Drogenhilfe und Prävention	Frankfurt am Main	AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.
20	Projekt OSSIP	Frankfurt am Main	AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.
21	Substitutionsambulanz Grüne Straße	Frankfurt am Main	Bürgerhospital Frankfurt am Main
22	Claire - Beratungsstelle für suchtmittelabhängige Frauen	Frankfurt am Main	Calla - Verein zur Förderung der Lebensqualität von Frauen mit Suchtproblemen
23	Evangelische Suchtkrankenberatung - Fachdienst Glücksspiel	Frankfurt am Main	Ev. Regionalverband Frankfurt am Main
24	Evangelische Suchtkrankenberatung - Suchtberatung	Frankfurt am Main	Ev. Regionalverband Frankfurt am Main
25	Fachstelle Sucht-Prävention und Therapie Psychosoziale Beratungs- u. Behandlungsstelle	Frankfurt am Main	Frankfurter Therapieverbund Hessischer Guttempler-Einrichtungen gGmbH
26	Betreutes Wohnen Kriegstraße	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
27	Café Frieda - Kontaktcafé und Sozialdienst	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
28	Eastside - Übernachtungs- und Tagesanlaufstelle	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
29	Lichtblick	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
30	Betreute Wohngemeinschaft Gutleutstraße	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
31	Betreutes Wohnen Bahnweg	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
32	Betreutes Wohnen für Menschen mit alkoholbedingten Folgeerkrankungen in Frankfurt	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
33	Betreutes Wohnen Gutleutstraße	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
34	Drogennotdienst	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
35	Jugenberatung und Suchthilfe Am Merianplatz	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungname	Ort	Träger
36	Jugendberatung und Suchthilfe im Bildungszentrum Hermann Hesse	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
37	Stationäre Nachsorge Broßwitzstraße	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
38	Suchthilfezentrum im Haus der Beratung Frankfurt Süd	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
39	Tagesstätte Bahnweg	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
40	drop in - Fachstelle Nord für Suchtfragen	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
41	Jugend- und Drogenberatung Höchst	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
42	K9 Hilfen für suchtkranke Menschen	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
43	Frauenberatungsstelle	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. und Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V.
44	Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke	Friedberg	Caritasverband Gießen e. V.
45	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Wetteraukreis	Friedberg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
46	Ärztliche Suchthilfe Fulda	Fulda	Ärztliche Suchthilfe Fulda gGmbH
47	Sucht- und Drogenberatungsstelle - Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke und Angehörige	Fulda	Caritasverband für die Regionen Fulda und Geisa e.V.
48	Fachstelle für Sucht	Fulda	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Fulda e.V.
49	Fachambulanz für Suchtkranke	Gelnhausen	CV für den Main-Kinzig-Kreis e.V.
50	Jugend- und Drogenberatungsstelle Gelnhausen / Schlüchtern	Gelnhausen	Diakonisches Werk Hanau-Main-Kinzig
51	Fachstelle für Suchthilfe	Gießen	Diakonisches Werk Gießen
52	SuchtHilfeZentrum Gießen - Schanzenstraße	Gießen	SuchtHilfeZentrum Gießen e.V.
53	Beratungszentrum Laubach und Grünberg	Grünberg	Verein für Psychosoziale Therapie e.V.

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungname	Ort	Träger
54	Jugend- und Drogenberatung	Hanau	Diakonisches Werk Ev. der Kirchenkreise Hanau-Stadt und Hanau-Land
55	Suchtberatung für Erwachsene	Hanau	Diakonisches Werk Ev. der Kirchenkreise Hanau-Stadt und Hanau-Land
56	Betreute Wohngemeinschaft und Betreutes Einzelwohnen für Menschen mit einer Alkoholproblematik und weiteren schwerwiegenden Erkrankungen	Hattersheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e. V.
57	Aufsuchende Suchthilfe in der Stadt Hattersheim	Hattersheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
58	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Heppenheim	Caritasverband Darmstadt e.V.
59	Drogenberatung im Landkreis Kassel	Hofgeismar	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
60	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe im Main-Taunus-Kreis	Hofheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
61	Jugend- und Drogenberatung Schwalm-Eder Kreis	Homburg (Efze)	Kreisausschuß des Schwalm-Eder-Kreises
62	Suchthilfe und Suchtprävention für Karben	Karben	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
63	Beratungs- und Behandlungsstelle für alkohol- und medikamentenabhängige Erwachsene und Spieler	Kassel	Diakonisches Werk Kassel-Stadt, -Land und Kaufungen
64	Jugend- und Suchtberatung - Ambulante Rehabilitation "JuS" / Frühintervention für suchtmittelabhängige Schwangere	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
65	Substitutionsfachambulanz "SAM"	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
66	Substitutionsfachambulanz "SAM2"	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
67	Betreute Wohngemeinschaft "Carlotta" der Frauentherapie "Camille"	Königstein	Calla - Verein zur Förderung der Lebensqualität von Frauen mit Suchtproblemen
68	Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen	Korbach	Zweckverband des diakonischen Werkes Waldeck-Frankenberg
69	Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen - Betreutes Wohnen	Korbach	Zweckverband des diakonischen Werkes Waldeck-Frankenberg

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungname	Ort	Träger
70	Mobile Beratung in der Gemeinde Kriftel	Kriftel	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
71	PRISMA - Jugend- und Drogenberatungsstelle für den Kreis Bergstraße	Lampertheim	AWO Bergstrasse Soziale Dienste gGmbH
72	Suchtberatungsstelle	Limburg	Diakonisches Werk Limburg-Weilburg
73	Jugend- und Drogenberatung Limburg - Kontaktladen	Limburg	Verein für Integration und Suchthilfe e.V.
74	Jugend- und Drogenberatungsstelle Limburg	Limburg	Verein für Integration und Suchthilfe e.V.
75	Aufsuchende Suchtberatung Maintal	Maintal	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
76	Suchtberatungsstelle des Blauen Kreuzes	Marburg	Blaues Kreuz in Deutschland. Ortsverein Marburg
77	Sucht und Drogenberatung	Marburg	Diakonisches Werk Marburg-Biedenkopf
78	Betreutes Wohnen Teichwiese	Marburg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
79	Jugend-, Drogen-, & Suchtberatung	Mörfelden-Walldorf	Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe e.V.
80	Suchtberatungsstelle im Rheingau-Taunus-Kreis	Oestrich-Winkel	Neue Hoffnung e.V.
81	Suchtberatung	Offenbach	Caritasverband Offenbach e.V.
82	Suchthilfezentrum Wildhof - Betreutes Wohnen	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
83	Suchthilfezentrum Wildhof - Kontaktladen "Bella Vista"	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
84	Suchthilfezentrum Wildhof - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
85	Jugend- und Drogenberatung	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.
86	Suchtberatung	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.
87	Jugendberatung und Suchthilfe in den Städten Bad Soden, Eschborn, Schwalbach und der Gemeinde Sulzbach	Schwalbach	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
88	ags - Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtgefährdete, Abhängige und Angehörige	Schwalbach a. T.	Arbeitsgemeinschaft gegen Suchtgefahren e.V.
89	Jugend- und Suchtberatungsstelle	Schwalmsstadt	Hephata Hess. Diakoniezentrum e.V.
90	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Rheingau-Taunus-Kreis	Taunusstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
91	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Rheingau-Taunus-Kreis - Betreutes Wohnen	Taunusstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
92	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis - Außenstelle für den Hintertaunus	Uisingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
93	Jugend- und Drogenberatungsstelle	Weilburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
94	Integrierte Beratungsstelle Wetter	Wetter	Bürgerinitiative Sozialpsychiatrie e.V.
95	Suchthilfe Wetzlar e.V. - Betreutes Wohnen	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
96	Suchthilfe Wetzlar e.V. - Integrierte Jugend-, Drogen- und Suchtberatungsstelle	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
97	Fachambulanz für Suchtkranke	Wiesbaden	Caritasverband Wiesbaden e.V.
98	Suchthilfezentrum Wiesbaden	Wiesbaden	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.

Liste der an der Dot.sys-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungname	Ort	Träger
1	Fachstelle Suchtprävention für den Vogelsbergkreis	Alsfeld	Ev. Kirchlicher Zweckverband Beratungszentrum Vogelsberg
2	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Hersfeld-Rotenburg	Bad Hersfeld	Diakonisches Werk Hersfeld-Rotenburg
3	Fachstelle Suchtprävention für den Hochtaunuskreis	Bad Homburg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
4	Fachstelle Suchtprävention und Suchthilfekordinator der Stadt Darmstadt	Darmstadt	Stadt Darmstadt
5	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Darmstadt-Dieburg	Darmstadt-Dieburg	Landkreis Darmstadt-Dieburg
6	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Offenbach	Dietzenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
7	Fachstelle Suchtprävention für die Stadt Offenbach	Dietzenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
8	Fachstelle Suchtprävention für den Odenwaldkreis	Erbach	Deutsches Rotes Kreuz – Kreisverband Odenwaldkreis e.V.
9	Fachstelle Suchtprävention für den Werra-Meißner-Kreis	Eschwege	Diakonisches Werk Werra-Meißner
10	Fachstelle Prävention für die Stadt Frankfurt am Main	Frankfurt/Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. (VAE)
11	Fachstelle Suchtprävention für den Wetteraukreis	Friedberg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
12	Fachstelle Suchtprävention für Stadt und Landkreis Fulda	Fulda	Caritasverband für die Regionen Fulda und Geisa e.V.
13	Fachstelle Suchtprävention für Stadt und Landkreis Fulda	Fulda	Evangelischer Kirchenkreis Fulda - Diakonisches Werk
14	Fachstelle Suchtprävention für den Main-Kinzig-Kreis	Gelnhausen	Diakonisches Werk Hanau- Main-Kinzig
15	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Gießen	Gießen	SuchtHilfeZentrum Gießen e.V.
16	Fachstelle Suchtprävention für die Stadt Hanau	Hanau	Diakonisches Werk Hanau- Main-Kinzig
17	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Kassel	Hofgeismar	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
18	Fachstelle Suchtprävention für den Main-Taunus-Kreis	Hofheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
19	Fachstelle Suchtprävention für den Schwalm-Eder-Kreis	Homburg (Efze)	Kreisausschuss des Schwalm-Eder-Kreises

Liste der an der Dot.sys-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
20	Fachstelle Suchtprävention für die Stadt Kassel	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
21	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Waldeck-Frankenberg	Korbach	Zweckverband Diakonisches Werk Waldeck-Frankenberg
22	Fachstelle Suchtprävention für den Kreis Bergstraße	Lampertheim	Arbeiterwohlfahrt Bergstrasse Soziale Dienste gGmbH
23	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Limburg-Weilburg	Limburg/Lahn	Verein für Integration und Suchthilfe 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/Main e.V.
26	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Marburg-Biedenkopf	Stadtallendorf	Diakonisches Werk Marburg-Biedenkopf
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 2022 und Dot.sys-Daten 2011-2022

2022



*Kompetent durch Erfahrung
Innovativ durch Flexibilität*