

2018

Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der
COMBASS-Daten 2018 und
Dot.sys-Daten 2011-2018



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

Dezember 2019

ISSN 2366-2344

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

Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der *COMBASS*-Daten 2018

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

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

Landesauswertung der *Dot.sys*-Daten 2011-2018

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

Frankfurt a. M., Dezember 2019

Inhalt

Einführung	5
Landesauswertung der <i>COMBASS</i>-Daten	9
Kurzbeschreibung des Projektes <i>COMBASS</i>	10
Zusammenfassung	12
Zielsetzung und Datengrundlage	18
Klientinnen und Klienten	21
Betreuungen	34
Trends 2009 bis 2018	41
Spezialauswertung: Cannabisklientel nach Altersgruppen	54
Landesauswertung der <i>Dot.sys</i>-Daten	57
Suchtpräventionsstrukturen der hessischen Suchthilfe	58
Zusammenfassung	60
Das Dokumentationssystem <i>Dot.sys</i>	63
Datengrundlage und Zielsetzung der Auswertung	64
Trends 2011 bis 2018 der Suchtprävention in Hessen	65
Einordnung der <i>Dot.sys</i> -Ergebnisse aus Sicht der HLS	75
Anhang	87
Anhang	88
Liste der an der <i>COMBASS</i> -Auswertung beteiligten Einrichtungen	88
Liste der an der <i>Dot.sys</i> -Auswertung beteiligten Einrichtungen	94

Einführung

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

Auch im diesjährigen Bericht werden die Ergebnisse der beiden computergestützten Dokumentationen der ambulanten Suchthilfe in Hessen und der hessischen Fachstellen für Suchtprävention in einem Band publiziert. Erweitert wird der Bericht um eine Spezialauswertung der Cannabisklientel in der ambulanten Suchthilfe und einen Kommentar zu den Dot.sys-Daten. Neu in diesem Jahr sind die insgesamt vier Infografiken, die bildhaft wichtige Auswertungsergebnisse beider Dokumentationssysteme verdeutlichen.

Die ambulante Suchthilfe in Hessen arbeitet mit der Software Horizont um klientenbezogene Daten abbilden, die Fachstellen für Suchtprävention nutzen das Programm Dot.sys und erheben damit die 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 2018 basiert auf den Daten von 100 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe, die von etwa 18.500 Klient*innen und ca. 1.300 Angehörigen in Anspruch genommen wurden. Weitere ca. 3.500 Personen, die die Einrichtung nur einmal aufgesucht haben, finden keinen Eingang in die Auswertungen.

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

Es ist zu berücksichtigen, dass im neuen Hessischen Kerndatensatz die Angabe von Diagnosen nicht (mehr) notwendig ist, um die suchtspezifischen Problemlagen der Klient*innen zu beschreiben. Für die Bildung der Auswertungsgruppen werden daher die Angaben der Hauptproblemsubstanzen/Verhaltensüchten sowie den Angaben zu Suchtdiagnosen zusammengeführt.

Im Kapitel „Trends 2009 bis 2018“ 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 Hauptproblemlagen – Alkohol, Opioide, Cannabis – berichtet.

Da sich mit dem neuen Hessischen Kerndatensatz teilweise der Datensatz als auch die Erfassungslogik geändert haben, kann es sein, dass sich gegenüber den Trendanalysen in den *COMBASS*-Berichten der letzten Jahre einige Veränderungen bei den ausgewerteten Items, einbezogenen Fallzahlen und Prozentniveaus ergeben.

Die Basis der Trendanalyse stellen 93 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum von 2009-2018 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.

Zusätzlich enthält der Bericht eine **Spezialauswertung der Cannabisklientel** in der ambulanten Suchthilfe. Die Datengrundlage für die Auswertung stellen die zusammengefassten Daten der Jahre 2014 bis 2018 dar. In diesen fünf Jahren ist eine Fallzahl von rund 11.000 begonnenen Betreuungen mit der Hauptproblemsubstanz Cannabis zustande gekommen. Für die Analysen wurden drei Altersgruppen gebildet: minderjährige Personen, junge Erwachsene und Erwachsene. Hierbei wurden folgende Erkenntnisse gewonnen:

Innerhalb der minderjährigen Altersgruppe gibt es eine Teilgruppe, die sich in einer problematischen Situation befindet, weil sie ohne Abschluss die Schule verlassen hat (14%) und/oder in betreuten Wohnformen lebt (12%).

Ferner ist auffällig, dass bei den Minderjährigen die Betreuungsform „Frühintervention“ eine bedeutsame Rolle spielt (33%).

In der Gruppe der älteren Cannabisklient*innen verfügen 27% über keine abgeschlossene Berufsausbildung. Die Zahl der erwerbslosen Personen unter ihnen beträgt 53%.

Weitere interessante Befunde finden sich im Berichtsteil.

Für den **Berichtsteil der Suchtprävention in Hessen der Dot.sys-Daten 2011 bis 2018** bilden die von 28 Fachstellen für Suchtprävention dokumentierten Maßnahmen die Grundlage der Auswertungen. Die Datengrundlage stellen für jedes der betrachteten Jahre (2011 – 2018) die im jeweiligen Jahr begonnenen Maßnahmen dar. Die Anzahl der dokumentierten Maßnahmen im Untersuchungszeitraum liegt relativ stabil zwischen 2.300 und 2.800 pro Jahr. Mit diesen Maßnahmen erreichen die Fachstellen pro Jahr ca. 70.000 Personen: 15.000 Multiplikatoren und 55.000 Endadressaten, wie Kinder und Jugendliche.

Für das Jahr 2018 ist dabei zu berücksichtigen, dass sich bei der neuen Dot.sys-Version 4.0 einige Item-Kataloge grundlegend geändert haben. Insgesamt betrachtet ermöglichen aber die Erfassungskriterien der alten und neuen Dot.sys-Versionen vergleichende und Trendanalysen.

Ein aktueller Vergleich zwischen der Bundesebene und der Situation in Hessen ist im vorliegenden Jahresbericht nicht jedoch möglich, weil aufgrund der Dot.sys-Umstellung die letzten veröffentlichten Zahlen aus dem Jahr 2016 stammen.

Aufgrund der guten Resonanz zum Jahresbericht 2017 wurden im diesjährigen Bericht zu ausgewählten *COMBASS*- als auch *Dot.sys*-Daten 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 2018.

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

Bei der Opioidklientel wird ein starker Trend eines abnehmenden relativen Anteils in 2018 sichtbar: der Wert verringerte sich auf 20% gegenüber 28% im Jahr 2009.

Der Anteil der Cannabiskonsument*innen, die das ambulante Suchthilfesystem aufgesucht haben, hat im betrachteten Zeitraum von 15% auf 20% zugenommen.

Auch der relative Anteil der Cannabisklientel die neu aufgenommenen wurden, ist von 19% auf 29% angewachsen.

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 2018) von 34% auf 59%. Dies entspricht nahezu einer Verdoppelung.

Tabakspezifische Maßnahmen verzeichnen einen Zuwachs von 29% auf 33%. Dabei ist zu beachten, dass sich 21% der suchtmittelspezifischen Maßnahmen mit E-Dampfprodukten wie E-Shisha und E-Zigarette beschäftigen.

Im Bereich der Verhaltenssuchte werden insgesamt 13% der suchtpreventiven Maßnahmen durchgeführt. Der Anteil der Maßnahmen in der Kategorie „Problematischer Umgang mit digitalen Medien“ liegt bei 90% gefolgt von der Kategorie „Pathologischer Umgang mit Videospiele“ mit 44% auf einem sehr hohen Niveau.

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

Hierbei die 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 Suchtprävention 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 2018

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

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

Kurzbeschreibung des Projektes *COMBASS*

Was ist *COMBASS*?

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

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

Welche Daten werden erhoben?

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

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

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

Was ist der HKDS?

HKDS steht für Hessischer Kerndatensatz. Mit ihm werden soziodemografische und Betreuungsdaten über die Klientel der ambulanten Suchthilfe erfasst. Der HKDS umfasst sowohl die Items des Deutschen Kerndatensatzes (DKDS) als auch die Items des europäischen Datensatzes in der Suchthilfe (TDI). Somit können mit den erfassten Daten auch die deutsche Suchthilfestatistik und die Statistiken der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht bedient werden. Gegenüber diesen beiden Datensätzen wurde der HKDS allerdings noch um einige praxisrelevante Items ergänzt. 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 Klienten, Betreuungen oder Leistungen) unterschiedlich?

Die Fragen werden nur soweit durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 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 Dokumen-

tation negativ beeinflussen. Ferner kann es sein, dass Klientinnen und Klienten es ablehnen, dass bestimmte Informationen EDV-gestützt erfasst werden.

Was ist eine Betreuung?

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

Wie wird der Datenschutz bei der Landesauswertung gewährleistet?

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

Wie wird die Dokumentationsqualität sichergestellt?

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

Welche *COMBASS*-Berichte sind bisher erschienen?

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

1. Jährliche Grunddaten-Berichte 2003 bis 2017
2. Spezialanalysen: Regionale Aspekte, Cannabis, Inanspruchnahmeverhalten Ambulante Rehabilitation

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

Was ist HORIZONT?

HORIZONT ist eine Software für die ambulante Suchthilfe. Sie wird von der Firma NTConsult Informationssysteme GmbH vertrieben und seit dem Jahr 2000 flächendeckend von den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hessen eingesetzt. Die Daten der vorliegenden Auswertung wurden mit der Programmversion HORIZONT 5.0 erhoben.

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht für das Jahr 2018 beschreibt die Klientel der ambulanten Suchthilfe in Hessen und die von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen. Zudem enthält der Bericht eine Trendanalyse der Jahre 2009 bis 2018 sowie eine Spezialanalyse über die Cannabisklientel.

Im Jahr 2018 haben sich insgesamt 100 Einrichtungen an der Auswertung beteiligt. Werden die Auswertungsjahre seit 2011 herangezogen, kann insgesamt von einer stabilen Datenbasis gesprochen werden (Teilnahme: zwischen 100 und 106 Einrichtungen). Von diesen Einrichtungen wurden für das Jahr 2018 Hilfe- und Beratungsleistungen für insgesamt 18.325 verschiedene Klient*innen dokumentiert. Hinzu kommen 1.279 Angehörige sowie Einmalkontakte bei insgesamt 3.248 Personen.

Statusbericht 2018

Geschlecht, Alter, Nationalität

Drei Viertel der Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe sind männlich (74 %). Die Klient*innen sind im Durchschnitt 39,0 Jahre alt. 81 % von ihnen besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit; 32 % haben einen Migrationshintergrund.

Hauptprobleme

Bei 40 % der gesamten Klientel stellt die Hauptproblemsubstanz Alkohol dar; es folgen die Gruppen der Opioid- (21 %) und Cannabiskonsumierenden (20 %). Bei 7 % handelt es sich um pathologisch Glücksspielende und bei 5 % liegt die Hauptproblemsubstanz bei Stimulanzien (Amphetaminderivate inklusive MDMA). Noch seltener wird Kokain als Hauptsubstanz angegeben (3 %).

Ein anderes Bild ergibt sich, wenn ausschließlich die neu aufgenommenen Klient*innen betrachtet werden: Hier ergibt sich ein erhöhter Anteil von 43 % für die Alkohol klient*innen. Viel stärker als in der Gesamtgruppe ist als Hauptproblemgruppe Cannabis mit einem prozentualen Anteil von 28 % vertreten. Weitaus niedriger als in der Gesamtgruppe liegt hingegen der Anteil bei den Opioid-Neuaufnahmen mit nur 7 %.

Auswertungen nach Hauptproblemgruppen

Nicht nur innerhalb der Gesamtklientel, sondern auch in (fast) allen Hauptproblemgruppen überwiegt der Anteil der männlichen Klienten deutlich. Eine besonders starke Überrepräsentanz von Männern ist in der Gruppe der pathologisch Glücksspielenden (90 %) zu beobachten, gefolgt von der Kokain- und Cannabisklientel (87 % bzw. 85 %).

Bei einer Betrachtung der Altersverteilung innerhalb der einzelnen Hauptproblemgruppen wird deutlich, dass die Cannabisklient*innen mit einem Durchschnittsalter von 25,1 Jahren weiterhin die jüngste Gruppe innerhalb der hessischen Suchthilfeklientel darstellen. Auch die Stimulanzien-Gruppe ist mit 32,3 Jahren noch weit unter dem Durchschnittsalter der Gesamtklientel. Demgegenüber sind 59 % der Alkohol klient*innen mindestens 45 Jahre alt; mit durchschnittlich 45,6 Jahren besitzen sie von den wichtigsten Hauptproblemgruppen nach wie vor die älteste Klientel.

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 pathologisch Glücksspielenden mit einem Wert von 42 %. Hohe Anteile von Alleinlebenden finden sich bei der Opioid- und der Alkoholklientel (47 % bzw. 44 %). Von den (vergleichsweise jungen) Cannabisklient*innen leben viele noch bei den Eltern (45 %).

Personen in einer prekären Wohnsituation finden sich am häufigsten unter den Konsumierenden von Opioiden, Kokain und Stimulanzien (jeweils 10 %). Am niedrigsten liegt dieser Anteil mit 3 % bei den problematisch Glücksspielenden, gefolgt von der Alkoholklientel mit 4 %.

Bei der Opioidklientel sind 68 % ohne Arbeit, wohingegen dieser Wert bei den problematisch Glücksspielenden mit 22 % vergleichsweise niedrig ausfällt. Festzuhalten ist allerdings, dass die Arbeitslosigkeit in sämtlichen Hauptproblemgruppen diejenige der Allgemeinbevölkerung jeweils um ein Vielfaches übersteigt. Dementsprechend spielen staatliche Transferleistungen eine sehr wichtige Rolle, vor allem bei der Opioidklientel: Aus dieser Gruppe beziehen 54 % das Arbeitslosengeld II (ALG II); hinzu kommt ein Anteil von 9 %, die Sozialhilfe nach SGB XII erhalten.

Am häufigsten ist die Gruppe der problematisch Glücksspielenden verschuldet: drei von vier Personen haben Schulden (76 %). Hier finden sich auch die höchsten Werte für hohe Schulden (21 % mit mehr als 25.000 Euro). Eher selten mit Schulden belastet sind Cannabiskonsumierende (25 %).

Betreuungen

46 % der Betreuungen kommen ohne Vermittlung zustande. Ebenfalls relativ häufig (31 %) werden Klient*innen über professionelle Hilfen (andere Suchthilfeeinrichtungen, Ärzte etc.) in die Angebote der ambulanten Suchthilfe vermittelt. 12 % der Betreuungen erfolgen nach Vermittlung durch Justiz, JVA oder Ämter, 7 % durch das soziale Umfeld und jeweils 2 % über Arbeitgeber, Betrieb oder Schule bzw. mittels Arbeitsagenturen, Jobcentern oder Arbeitsgemeinschaften.

Die Beratung ist mit einem Anteil von 47 % die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Die Medikamentengestützte Behandlung – d. h. die psychosoziale Betreuung Substituierter – ist mit 16 % die zweithäufigste Betreuungsform, gefolgt von der Ambulanten Rehabilitation mit 8 %. Bei jeweils 6 % der Betreuungen handelt es sich um die Allgemeine Psychosoziale Betreuung oder um eine Vorbereitung auf stationäre Behandlungen, bei 4 % um Maßnahmen der Suchtnachsorge und bei 3 % um Frühinterventionen. Andere Betreuungsformen machen 11 % der Fälle aus.

Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller im Jahr 2018 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 222 Tage. Frauen werden dabei mit durchschnittlich 258 Tagen länger betreut als Männer (212 Tage). Die Opioidklientel weist mit 484 Tagen den mit Abstand höchsten Wert auf. Die niedrigsten durchschnittlichen Betreuungsdauern finden sich bei den Cannabiskonsumierenden (150 Tage) und den Glücksspielenden (158 Tage).

Insgesamt 61 % der Betreuungen werden regulär abgeschlossen: dabei handelt es sich entweder um eine planmäßige Beendigung (50 %) oder um eine planmäßige Weitervermittlung in ein anderes Angebot (11 %). 33 % der Betreuungen werden durch die Klient*innen und 2 % durch die Einrichtung abgebrochen; bei 3 % wird die Betreuung durch einen außerplanmäßigen Wechsel oder eine Verlegung beendet.

Betrachtet man die Suchtproblematik zum Betreuungsende, so zeigt sich, dass bei fast zwei Drittel aller Betreuungen eine Verbesserung erreicht werden konnte (63 %). Bei gut 30 % liegt am Ende der Betreuung eine unveränderte Suchtproblematik vor (32 %); bei 4 % hat sich diese verschlechtert und bei weniger als 1 % ist während der Betreuung mindestens eine neue Suchtproblematik aufgetreten.

Trends 2009 bis 2018

Die Basis der Trendanalyse stellen 93 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum an der COMBASS-Dokumentation beteiligt haben. Die folgenden Auswertungen stellen die wichtigsten Veränderungen zwischen 2009 und 2018 dar. Es kann hier zu Abweichungen gegenüber den Ergebnissen des Statusberichtes 2018 kommen (N=100 Einrichtungen).

Der prozentuale Anteil der Angehörigen an allen betreuten Personen beträgt seit dem Jahr 2009 sehr stabil 6 % bzw. 7 %. Die absolute Anzahl von betreuten Angehörigen ist dabei von 935 auf 1.253 angestiegen.

Bei der Anzahl betreuter Klient*innen gab es den höchsten Wert mit 16.506 im Jahr 2012; seitdem ist diese Zahl auf fast gleich hohem Niveau geblieben. Der Anteil der Neuaufnahmen – d. h. der Erstkontakt zur ambulanten Suchthilfe in Hessen findet im jeweiligen Jahr statt – liegt seit 2012 konstant bei 39 % bzw. 40 %. Ebenso ist die absolute Zahl mit um die 6.500 Neuaufnahmen gleichbleibend.

Das Durchschnittsalter der Klient*innen hat sich zwischen 2009 und 2018 von 38,2 auf 40,0 Jahre erhöht (+1,8). Dabei zeigt sich, dass der Altersanstieg bei den Frauen (+2,6) etwas größer ist als bei den Männern (+1,6). Dagegen ist das durchschnittliche Alter der (jährlichen) Neuaufnahmen seit 2009 auf einem gleich bleibenden Niveau von etwa 36 Jahren.

Wird eine solche Auswertung, bei der ausschließlich die Neuaufnahmen betrachtet werden, differenziert nach den Hauptproblemgruppen vorgenommen, ergibt sich bei der Alkohol Klientel ein seit dem Jahr 2012 (leicht) ansteigendes Durchschnittsalter von 42,3 auf 44,4 Jahren. Bei der Gruppe der Opioidabhängigen ist dagegen eine viel deutlichere Zunahme des Alters auszumachen: es ist über die Jahre von 36,2 Jahre (2009) auf 41,7 Jahre (2018) angestiegen.

Bei der Hauptproblemlage zeigt sich, dass der relative Anteil der Klient*innen mit einer Alkoholproblematik zwischen den Jahren 2009 und 2018 konstant bei 43 % oder 42 % liegt. Bei der Opioid Klientel wird dagegen ein starker Trend eines abnehmenden relativen Anteils deutlich: Der Wert für 2018 beträgt nur noch 20 % (2009: 28 %). Der Anteil der Cannabiskonsument*innen hat dagegen im betrachteten Zeitraum von 15 % auf 20 % zugenommen. Auch bei den Stimulanzien ist ein leichter prozentualer Anstieg über die Jahre feststellbar (von 3 % auf 5 %). Der aktuelle Anteil der problematisch Glücksspielenden liegt relativ unverändert bei 6 %.

Bei den neu aufgenommenen Personen mit Alkoholproblemen ist der relative Anteil seit dem Jahr 2009 etwas schwankend: die Werte bewegen sich zwischen 44 % und 48 %. Der Anteil der Neuaufnahmen mit einem opioidbezogenen Hauptproblem hat sich kontinuierlich über die Jahre stark reduziert: von 18 % in 2009 über 11 % in 2015 auf nur noch 7 % im aktuellen Beobachtungsjahr. Die (neu aufgenommene) Cannabisklientel hat dagegen seit 2009 an Bedeutung gewonnen: ihr relativer Anteil ist von 19 % auf 29 % angewachsen.

Bei der Alkohol Klientel ist der prozentuale Anteil von erwerbstätigen Personen seit dem Jahr 2009 um immerhin 14 Prozentpunkte von 26 % auf 40 % angewachsen. Gleichzeitig hat sich der Anteil

der ALG II-Empfänger*innen – fast spiegelbildlich – stark reduziert (2009: 40 %, 2019: 25 %). Ferner ist der entsprechende Wert bei der ALG I-Gruppe leicht von 8 % auf 6 % zurückgegangen. Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei der Opioidklientel festzustellen, wenn auch auf einem weit- aus niedrigeren Niveau: Der Anteil der erwerbstätigen Personen ist seit 2009 leicht angestiegen (von 13 % auf 18 %) und derjenige der ALG II-Empfänger*innen stark zurückgegangen (von 70 % auf 54 %). Hierbei ist aber zu beachten, dass gleichzeitig ein Anstieg von SGB XII-Beziehenden zu registrieren ist (von 1 % auf 10 %).

Die Beratung ist die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform in der ambulanten Suchthilfe Hessens. Dabei ist ihr relativer Anteil zwischen dem Ausgangsjahr und 2018 von 38 % auf 45 % angestiegen. Die zweithäufigste Betreuungsform der letzten Jahre ist mit einem relativ stabilen Anteil zwischen 14 % und 17 % die Medikamentengestützte Behandlung, d. h. vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter. Bei der Ambulanten Rehabilitation ist es seit 2012 dagegen zu einem deutlichen Rückgang von 12 % auf 7 % gekommen.

Bei der Art der Beendigung der Betreuung ergeben sich beim Anteil planmäßiger Beendigungen („regulär“ und „planmäßiger Wechsel“ zusammengefasst) teilweise unterschiedliche Entwicklungen bei den Hauptproblemgruppen: So zeigt sich für die Alkoholklientel im gesamten Beobach- tungszeitraum ein vergleichsweise konstanter Anteil zwischen 62 % bis 64 %. Bei der Cannabiskli- entel ist der Anteil planmäßiger Beendigungen über die Jahre kontinuierlich von 57 % bis 67 % angestiegen. Bei der Opioidklientel liegt dagegen kein einheitliches Bild vor: Im aktuellen Jahr hat hier ein sehr deutlicher Rückgang bei dem planmäßigen Wechsel in eine andere Behandlun- gsform stattgefunden.

Spezialanalyse: Cannabisklientel nach Altersgruppen

Die Datengrundlage für die Auswertung stellen die zusammengefassten Daten der Jahre 2014 bis 2018 dar. In diesen fünf Jahren ist eine Fallzahl von insgesamt 11.006 begonnenen Betreuungen mit der Hauptproblemsubstanz Cannabis zustande gekommen.

Für die Analysen wurden drei Altersgruppen gebildet: minderjährige Personen (unter 18 Jahre), junge Erwachsene (18 bis unter 27 Jahre) und Erwachsene (27 Jahre und älter).

Innerhalb der minderjährigen Altersgruppe gibt es eine Teilgruppe, die sich in einer proble- matischen Situation befindet, weil sie ohne Abschluss die Schule verlassen hat (14 %) und/oder in betreuten Wohnformen lebt (12 %).

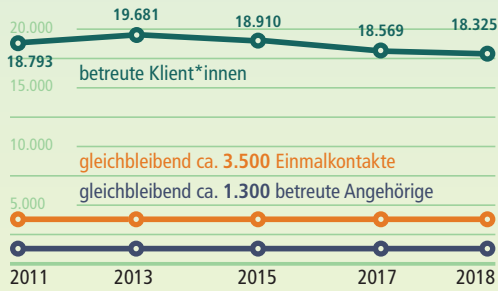
Es ist eine große Zahl von erwerbslosen Personen unter den älteren Cannabisklient*innen vor- handen (53 %). Darüber hinaus verfügen in dieser Altersgruppe 27 % über keine abgeschlossene Berufsausbildung.

Bei den Minderjährigen und jungen Erwachsenen kommen ungefähr sieben von zehn Klient*innen auf der Grundlage strafrechtlicher Auflagen in eine Betreuung. Bei den älteren Erwachsenen ist dieser Anteil mit 38 % deutlich geringer.

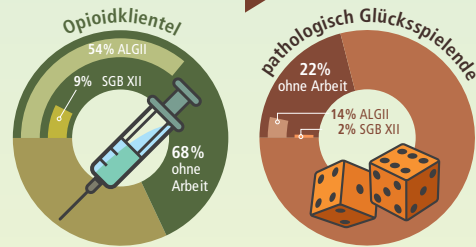
Bemerkenswert ist weiterhin, dass bei den Minderjährigen die Betreuungsform „Frühinterven- tion“ mit einem Anteil von 33 % eine bedeutsame Rolle spielt. Ferner wird hier in 6 % aller Fälle eine „Jugendberatung“ durchgeführt. Bei den beiden Erwachsenen-Gruppen ist die dominante Betreuungsform die (klassische) Sucht- und Drogenberatung mit Anteilen von 59 % bzw. 57 %.

Klientel und erbrachte Leistungen der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hessen 2018

Inanspruchnahme der Beratungsstellen in den letzten Jahren nahezu konstant

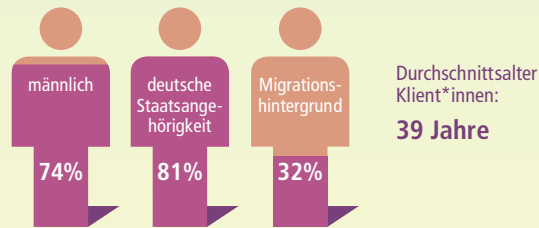


Erwerbssituation und Transferleistungen

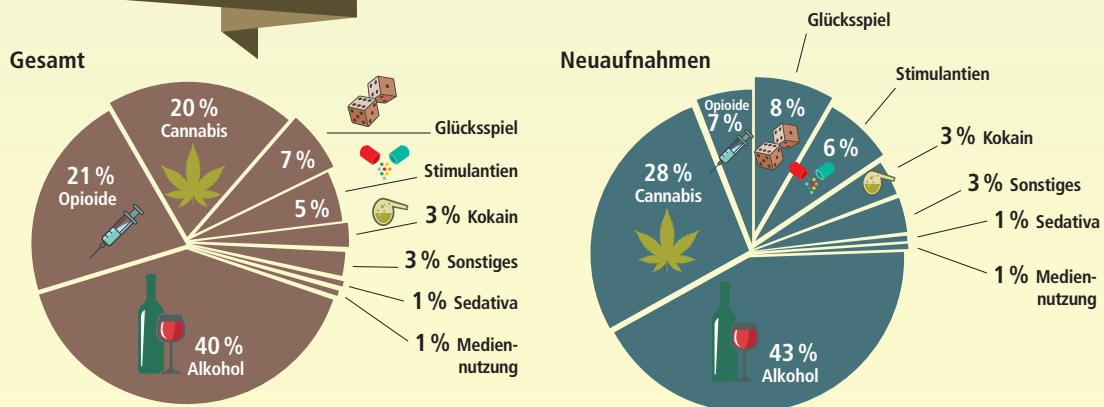


Die Arbeitslosigkeit ist in allen Hauptproblemlagen höher als bei der Allgemeinbevölkerung.

Geschlecht, Alter, Nationalität der Klient*innen



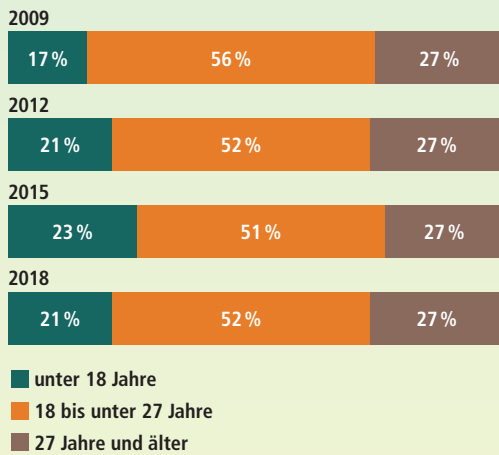
Verteilung nach Hauptproblemlagen



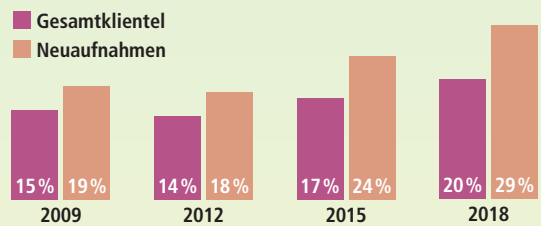
Hauptproblemlage Cannabis

Trends 2009 - 2018

Alter der Cannabisklientel



Anteil der Hauptproblemlage Cannabis an der Gesamtklientel und den Neuaufnahmen



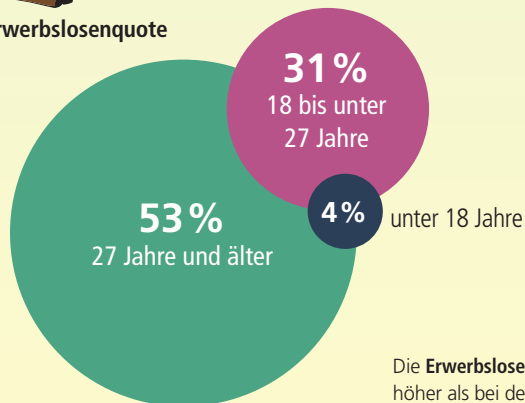
Die Cannabisklientel hat von 2009 bis 2018 an Bedeutung gewonnen.

Spezialanalyse Cannabis

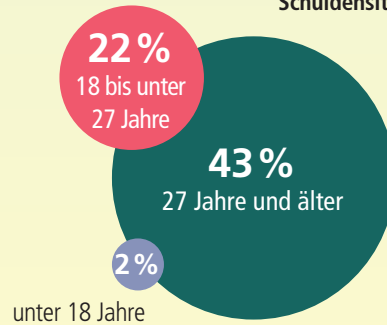
Betrachtungszeitraum
2014-2018



Erwerbslosenquote



Schuldensituation



Die **Erwerbslosenquote** ist bei den älteren Erwachsenen höher als bei den jungen Erwachsenen. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der **Schuldensituation**.

Zielsetzung und Datengrundlage

Im vorliegenden Jahresbericht 2018 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 sieben verschiedenen Gruppen dargestellt: der Opioid-, Alkohol-, Cannabis-, Kokain-, Stimulanzien- und Sedativa-Klientel sowie der problematischen Glücksspieler*innen. Anhand dieser Vorgehensweise können klientelbezogene Besonderheiten deutlich gemacht werden, die für die praktische Arbeit von Bedeutung sein können.

Darüber hinaus enthält der Bericht eine Trendanalyse über die Jahre 2009 bis 2018 sowie eine Spezialanalyse über die Cannabisklientel. Die Trendanalyse schreibt vor allem diejenigen Trends fort, die in der *COMBASS*-Steuerungsgruppe in den letzten Jahren zu besonderen Reflektionen und Diskussionen geführt haben. Dabei handelt es sich um den Anteil der Angehörigen und Neuaufnahmen, das Durchschnittsalter, die Hauptproblem und die Erwerbssituation der Klient*innen sowie die Betreuungsform, durchschnittliche Betreuungsdauer und Art der Beendigung der Betreuung. Die Spezialauswertung zur Cannabisklientel geht der Frage nach, ob sich Besonderheiten bezüglich der Soziodemografie und des Inanspruchnahmeverhaltens zeigen, wenn nach verschiedenen Altersgruppen differenziert ausgewertet wird.

Datengrundlage

Der vorliegende Bericht basiert auf den Daten von 100 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe. Die überwiegende Zahl dieser Einrichtungen wird durch Landesmittel gefördert. Zusätzlich sind die Daten einiger ausschließlich kommunal und/oder kirchlich finanzierter Einrichtungen im Bericht enthalten. Ein Teil der Einrichtungen des betreuten Wohnens und der niedrigschwelligen Drogenarbeit in Hessen gehört nicht dem *COMBASS*-Projekt an.

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

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

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 „Klientendefinition“ zu achten ist. So wird beispielsweise in der deutschen Suchthilfestatistik eine andere Zählweise benutzt.³

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.

Im Folgenden werden Personen als Klient*innen sowie Angehörige bzw. sonstige Bezugspersonen bezeichnet, die der Einrichtung namentlich bekannt sind und im Jahr 2018 eine Betreuung mit mindestens einem Termin bzw. mindestens einer Leistung in Anspruch genommen haben. Anonyme Kontakte werden hierbei nicht berücksichtigt.

Die übermittelten Daten wurden auch in diesem Jahr wieder umfangreichen Plausibilitätsüberprüfungen und Fehlerbereinigungen unterzogen. Innerhalb der ausgewerteten Datensätze finden sich sämtliche Personen selbstverständlich zu jeder Zeit ohne Namen und Adressen, diese sind nur den Einrichtungen bekannt. In den Datenexporten sind die Klient*innen sowie die Angehörigen jedoch mit einem (nochmals verschlüsselten) 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 HIV-Codes in unterschiedlichen Einrichtungen

Um festzustellen, ob eine Person in mehreren Einrichtungen in Betreuung war, ist es erforderlich, die HIV-Codes zwischen allen 100 Einrichtungen zu vergleichen. Eine solche „Mehrfachbetreuung“ kann nacheinander oder auch parallel erfolgen. Das ist beispielsweise bei Vermittlungen zur Weiterbehandlung oder zur ergänzenden Betreuung der Fall oder wenn ein Klient oder eine Klientin zusätzlich zur Beratung und Betreuung Angebote der Krisen- und Überlebenshilfe in Anspruch genommen hat. Mehrfachbetreuungen können also das Ergebnis eines zielgerichteten Hilfeprozesses sein; sie dürfen nicht fälschlicherweise als Überversorgung interpretiert werden.

Kennt man diese Zahlen, lässt sich daraus ermitteln, wie viele unterschiedliche Personen von den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen der hessischen Suchthilfe betreut wurden (siehe Tabelle 1). Die so ermittelte Personenzahl stellt die Grundlage aller folgenden Berechnungen dar:

³ Dauber, H., Specht, S., Künzel, J. & Braun, B. (2018). Suchthilfe in Deutschland 2017. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. 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 Klientinnen und Klienten und ist datenschutzrechtlich abgesichert.

Im Jahr 2018 handelt es sich dabei um 18.325 unterschiedliche Klient*innen. Auf die gleiche Art und Weise lässt sich zudem eine Zahl von 1.279 Angehörigen für das Jahr 2018 berechnen (siehe Tabelle 1). Für beide Gruppen zusammen wurden insgesamt 22.322 Betreuungen dokumentiert.

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

HIV-Code in	2011	2013	2015	2016	2017	2018
einer Einrichtung	94 %	94 %	95 %	95 %	95 %	96 %
zwei Einrichtungen	5 %	5 %	5 %	5 %	4 %	4 %
drei Einrichtungen	1 %	1 %	0,4 %	0,5 %	0,3 %	0,2 %
mehr als drei Einrichtungen	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,03 %
Personen landesweit (N)	18.793	19.681	18.910	18.610	18.569	18.325

Seit 2010 besteht in Hessen die Möglichkeit, auch Kurzbetreuungen mit lediglich einem Kontakt, so genannte Einmalkontakte, betreuungsbezogen zu dokumentieren. Einmalkontakte entstehen beispielsweise, wenn im Erstkontakt festgestellt wurde, dass ein einmaliges Beratungsgespräch ausreichend ist und/oder bei einer anderen Einrichtung ein adäquates Hilfeangebot besteht. Insgesamt lassen sich weitere 3.248 unterschiedliche Personen für das Jahr 2018 finden, die ausschließlich solche Einmalkontakte in Anspruch nahmen. Da jedoch eine gemeinsame Auswertung von Einmalkontakten und den längeren Betreuungen mit mehreren Kontakten als nicht sinnvoll erachtet wird, werden die dokumentierten Einmalkontakte grundsätzlich von den Analysen ausgeschlossen.

Mit 100 Einrichtungen zeigt sich auch im aktuellen Berichtsjahr eine ausgesprochen gute Beteiligung auf Seiten der dokumentierenden Einrichtungen (siehe Tabelle 2). Die Anzahl der dokumentierten Klient*innen und die der Betreuungen liegen etwas unterhalb des Niveaus des Vorjahres. Hingegen liegt die Zahl der dokumentierten Angehörigen und anderen Personen aus dem sozialen Umfeld leicht über dem Wert des Vorjahres. Insgesamt zeigt sich über die Jahre eine stabile Datenbasis.

Tabelle 2: Datengrundlage

	Einrichtungen	Summe der unterschiedlichen Klienten	Summe der unterschiedlichen Angehörigen	Betreuungen	Personen mit Einmalkontakten**
2018	100	18.325	1.279	22.322	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

** 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.

Klientinnen und Klienten

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit jenen 18.325 dokumentierten Klient*innen (ohne Personen aus dem sozialen Umfeld), die im Jahr 2018 von der ambulanten Suchthilfe in Hessen erreicht werden konnten und für die neben einer Betreuung mindestens ein Termin bzw. eine Leistung dokumentiert worden ist. Der nachstehende Überblick bezieht sich auf grundlegende soziodemografische Merkmale wie Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Erwerbssituation. Dabei werden die einzelnen Hauptproblemgruppen getrennt – also beispielsweise Klient*innen mit Alkohol- oder Opioidproblemen – hinsichtlich biografischer Merkmale und ihrer aktuellen sozialen Situation betrachtet. Die zuweilen auftretenden Diskrepanzen zwischen Anteilen an der gesamten Klientel und den nach Hauptproblemgruppen aufgeschlüsselten Tabellen resultieren aus unterschiedlichen Anteilen fehlender Werte für bestimmte Informationen.

Geschlecht • Alter • Nationalität

74 % der Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe sind männlich (siehe Tabelle 3). Zum letzten dokumentierten Zeitpunkt sind die Klient*innen im Durchschnitt 39,0 Jahre alt, wobei die Frauen (41,3 Jahre) durchschnittlich knapp drei Jahre älter sind als die Männer (38,2 Jahre).

81 % 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 (13 %). 32 % der Klientel haben einen Migrationshintergrund; bei den Männern (35 %) ist dies häufiger der Fall als bei den Frauen (22 %).⁵ Der Anteil der Menschen ohne deutschen Pass liegt etwas über dem Wert innerhalb der hessischen Gesamtbevölkerung (Nichtdeutsche 2018: 16,2 %).⁶ Demgegenüber liegt der Anteil der Suchthilfe-Klient*innen mit einem Migrationshintergrund leicht unter dem Niveau der Gesamtbevölkerung: Im Jahr 2018 hatten 34 % der hessischen Bürger*innen einen Migrationshintergrund.⁷

⁵ Es ist zu beachten, dass es beim Migrationshintergrund einen vergleichsweise hohen Anteil fehlender Angaben gibt.

⁶ Tabelle „Bevölkerung, Deutsche und Nichtdeutsche in den Verwaltungsbezirken am 31.12.2017 und 31.12.2018“, <https://statistik.hessen.de/zahlen-fakten/bevoelkerung-gebiet-haushalte-familien/bevoelkerung/tabellen/#Bevoelkerungsverae%nderung-verfuegbaren-Tabellen>.

⁷ Eigene Berechnung nach den Angaben aus <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Tabellen/MigrationshintergrundLaender.html>.

Tabelle 3: Geschlechterverteilung, Alter, Nationalität und Migrationshintergrund

	männlich	weiblich	Gesamt
Geschlechterverteilung			
Klienten	74 %	26 %	100 %
N	13.572	4.744	18.325
Durchschnittliches Alter			
Klienten (in Jahren)	38,2	41,3	39,0
N	13.433	4.692	18.133
Staatsangehörigkeit			
Deutschland	80 %	86 %	81 %
EU	5 %	5 %	5 %
außerhalb EU	15 %	9 %	13 %
staatenlos	0,4 %	0,3 %	0,4 %
Gesamt N	13.566	4.738	18.304
Migrationshintergrund			
kein Migrationshintergrund	64,9 %	78,4 %	68,4 %
selbst migriert	19,8 %	13,1 %	18,1 %
als Kind von Migranten geboren	15,3 %	8,5 %	13,6 %
Gesamt N	9.936	3.437	13.373

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 Mitarbeiter*innen 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“ (ICD10) zu dokumentieren. Für die Bildung der Auswertungsgruppen werden diese Angaben zu den Hauptproblemen und die Suchtdiagnosen zusammengeführt.

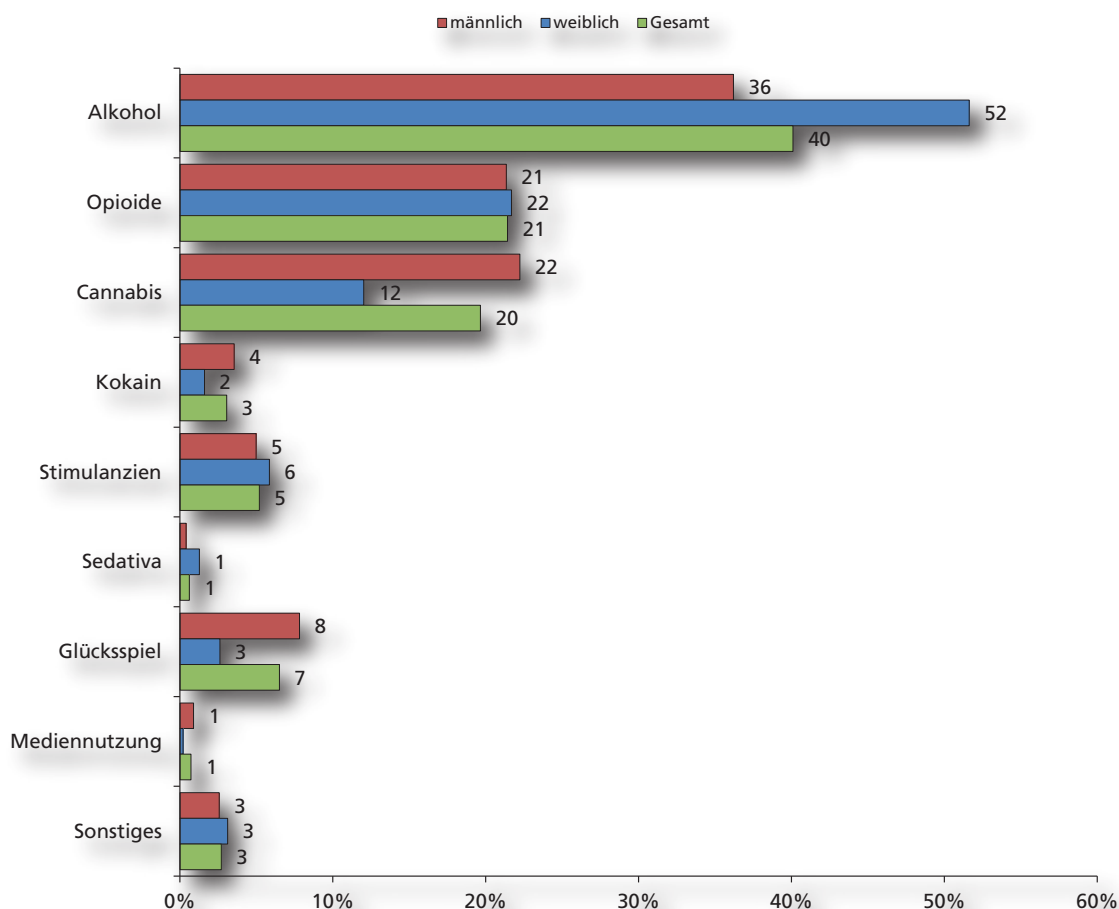
Zunächst sei an dieser Stelle auf die 14,5 % der Klient*innen eingegangen, die aufgrund von „jugendbezogenen Problemlagen“⁸ die Suchthilfe aufsuchen. Mit 51 % weisen mehr als die Hälfte dieser Gruppe Cannabis als Problemsubstanz auf, 11 % sind (vor allem) wegen Alkohol in der Suchthilfe, 4 % wegen Stimulanzien, jeweils 3 % wegen pathologischem Glücksspiel und exzessiver Mediennutzung sowie 2 % wegen anderen Problemsubstanzen. Bei 27 % wurden sonstige Problemlagen angegeben oder keine Angaben gemacht.

Bezogen auf alle Klientinnen und Klienten (inklusive der Klient*innen mit „jugendbezogenen Problemlagen“) ist Alkohol die deutlich häufigste Problemsubstanz: 40 % der Klient*innen suchen aufgrund eines Alkoholproblems die ambulante Suchthilfe auf (siehe Abbildung 3). Für 21 % ist ein Opioidproblem der hauptsächliche Grund für eine suchtspezifische Beratung oder Behandlung. 20 % suchen (hauptsächlich) wegen Cannabis eine Einrichtung auf, und für 7 % steht das patho-

⁸ Als Alternative zu der im neuen HKDS entfallenen „Zielgruppe“ hat die COMBASS-Steuerungsgruppe eine Auswertungsgruppe „jugendspezifische Problemlagen“ definiert. Diese Gruppe umfasst alle Klient*innen, die jünger als 21 Jahre sind und/oder für die die Betreuungsform „Jugendberatung“ oder „Frühintervention“ dokumentiert wurde.

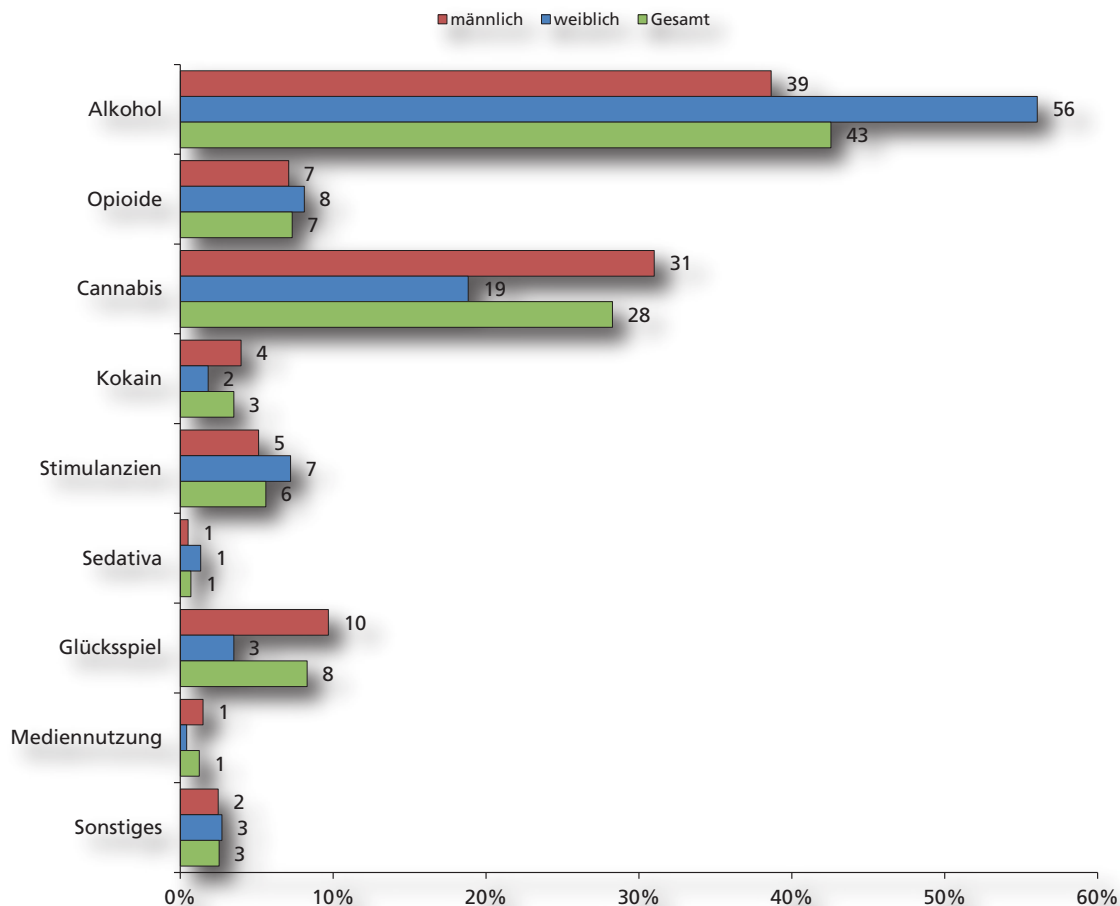
logische Glücksspiel im Vordergrund der Beratung bzw. Behandlung. Bei 5 % sind die Hauptproblemsubstanzen synthetische Stimulanzen (Amphetaminderivate inklusive MDMA). 3 % kommen aufgrund ihres Kokainkonsums zur hessischen Suchthilfe; bei 0,6 % der Klientel wird als Hauptproblem Sedativa/Hypnotika angesehen. Bei insgesamt 3 % liegt eine andere Problemlage vor.

Abbildung 3: Hauptprobleme (N= 15.592)



Ein etwas anderes Bild ergibt sich, wenn ausschließlich die neu aufgenommenen Klient*innen betrachtet werden (siehe Abbildung 4): Hier liegt der Anteil der Klient*innen mit Alkoholkonsum als Hauptproblem mit 43 % etwas oberhalb des Wertes für die Gesamtgruppe. Der Anteil derer mit Cannabis als Hauptproblemsubstanz ist unter den neu Aufgenommenen mit 28 % hingegen deutlich höher. Jeweils etwas höher als die entsprechenden Anteile in der Gesamtstichprobe sind die Werte für pathologisches Glücksspielen (8 %), Stimulanzen (6 %) und Kokain (4 %). Weitaus niedriger als in der Gesamtgruppe ist hingegen der Anteil derer mit Opioiden als (hauptsächliche) Problemsubstanz: Nur 7 % der neu aufgenommenen Klient*innen haben 2018 die Suchthilfe wegen ihres Opioidkonsums aufgesucht.

Abbildung 4: Hauptprobleme der erstmalig aufgenommenen Klient*innen (N= 6.351)



Die folgende Tabelle 4 enthält – erstmals – zusätzlich zu den Substanzproblemen weitere benannte Problembereiche der Suchthilfeklientel. Hierbei ist einerseits zu beachten, dass die Abklärung von weiteren Problembereichen bisher nur für einen Teil der Klient*innen dokumentiert worden ist (vor allem bei neuen Klient*innen). Zum anderen zeigt sich, dass hier deutliche Unterschiede bestehen (Anteile zwischen 9 % und 25 %), die möglicherweise mit der Sensibilität und Intimität verschiedener Lebensbereiche zu tun haben dürften (siehe Tabelle 4).

Die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit ist mit 89 % der am häufigsten genannte Problembereich, gefolgt von der familiären Situation (82 %) sowie der Schul-/Ausbildungs-/Arbeitssituation, der körperlichen Gesundheit und der Alltagsstrukturierung bzw. Tagesstruktur, die alleamt von über 70 % benannt werden. Ebenfalls häufig werden hier – sofern diese Bereiche im Beratungsprozess abgeklärt werden – die finanzielle Situation, der Freizeitbereich und das weitere soziale Umfeld angegeben, und auch die Wohnsituation stellt für mehr als die Hälfte der Klient*innen ein Problem dar. Schwierigkeiten in rechtlichen Fragen treffen auf beinahe die Hälfte der Fälle zu. Weniger häufig spielen hier mit jeweils knapp 30 % die Bereiche „Fahreignung“ und „andere Gewalterfahrungen“ eine Rolle; eigene Gewaltausübung und sexuelle Gewalterfahrungen werden mit 17 % bzw. 15 % eher selten angegeben (siehe Tabelle 4).

Gewalterfahrungen – vor allem sexueller, aber auch anderer Art – sind diejenigen Problembereiche, bei denen sich die Geschlechter am deutlichsten unterscheiden: sie werden von den Frauen jeweils um ein Vielfaches häufiger genannt. Auch Probleme mit körperlicher und psychischer Gesundheit, Familie und sonstigem sozialen Umfeld sind bei weiblichen Klientinnen stärker vertreten, wogegen Männer häufiger die rechtliche Situation, Fahreignung, eigene Gewaltausübung und Schul-/Arbeitssituation als Problem angeben.

Tabelle 4: Weitere Problembereiche

	männlich	weiblich	Gesamt	Abklärung
Körperliche/s Gesundheit / Befinden	72 %	80 %	75 %	19 %
Psychische Gesundheit / Seelischer Zustand	86 %	95 %	89 %	25 %
Familiäre Situation (Partner/Eltern/Kinder)	80 %	87 %	82 %	22 %
Weiteres soziales Umfeld	57 %	67 %	60 %	14 %
Schul-/ Ausbildungs-/ Arbeits-/ Beschäftigungssituation	78 %	72 %	76 %	20 %
Freizeit(bereich)	64 %	67 %	65 %	14 %
Alltagsstrukturierung / Tagesstruktur	70 %	72 %	71 %	16 %
Finanzielle Situation	69 %	66 %	68 %	17 %
Wohnsituation	59 %	60 %	59 %	16 %
Rechtliche Situation	52 %	36 %	48 %	15 %
Fahreignung	30 %	20 %	27 %	12 %
Sexuelle Gewalterfahrungen	4 %	36 %	15 %	9 %
Andere Gewalterfahrungen	19 %	48 %	29 %	10 %
Gewaltausübung	19 %	11 %	17 %	10 %

Hauptproblemgruppen – soziodemografische Merkmale

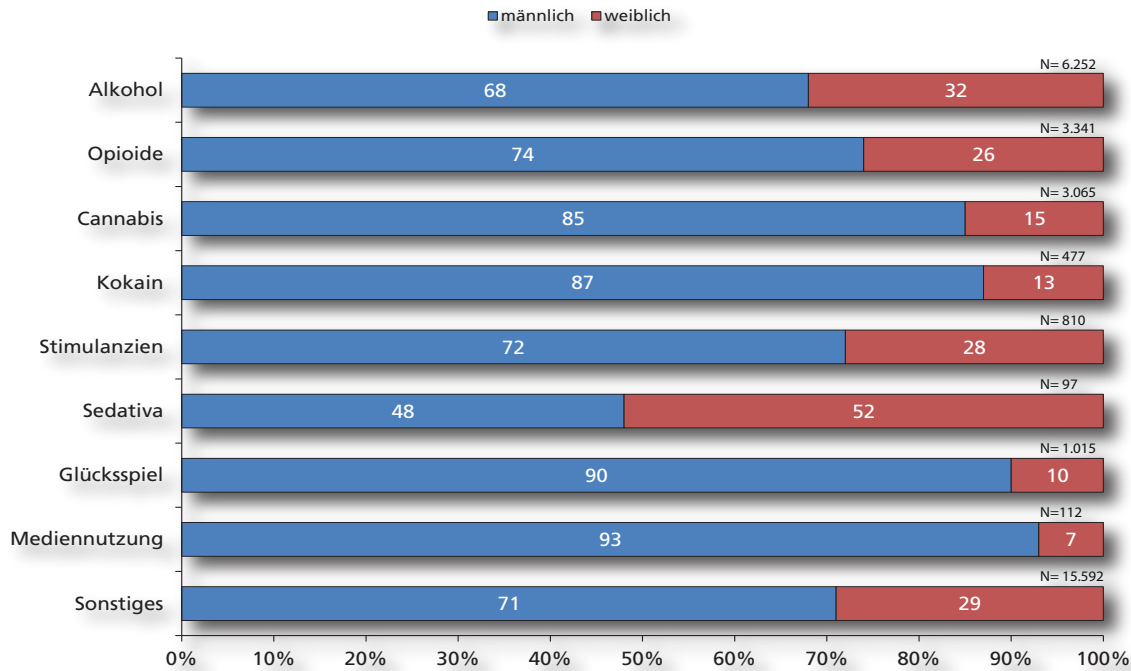
Wenn im Folgenden näher auf die soziodemografischen Merkmale der hessischen Klientel eingegangen wird, dann geschieht dies primär anhand von Vergleichen zwischen den oben vorgestellten Hauptproblemgruppen.⁹ Wo es sinnvoll erscheint, werden darüber hinaus auch Vergleiche mit der hessischen Gesamtbevölkerung in die Darstellung mit einbezogen. Die in den folgenden Auswertungen dargestellte Gesamtgruppe bezieht sich auf alle Klient*innen mit einem dokumentierten Suchtproblem.

Geschlecht · Alter · Nationalität

In allen einzelnen Hauptproblemgruppen mit nennenswerten Fallzahlen überwiegt der Anteil der männlichen Klienten jeweils deutlich (siehe Abbildung 5). Die größte Überrepräsentanz von Männern findet sich in der Gruppe der problematisch Glücksspielenden (90 %), gefolgt von der Kokain- (87 %) und Cannabisklientel (85 %). Bei den Opioidklient*innen sind drei Viertel (74 %) männlich, bei der Stimulanzienklientel (72 %) etwas weniger. Noch etwas geringer fällt die Überrepräsentation männlicher Klienten mit 68 % bei der Hauptproblemgruppe Alkohol aus. Lediglich in der kleinen Gruppe der Sedativa Konsumierenden gibt es mit 52 % ein leichtes Übergewicht weiblicher Klientinnen.

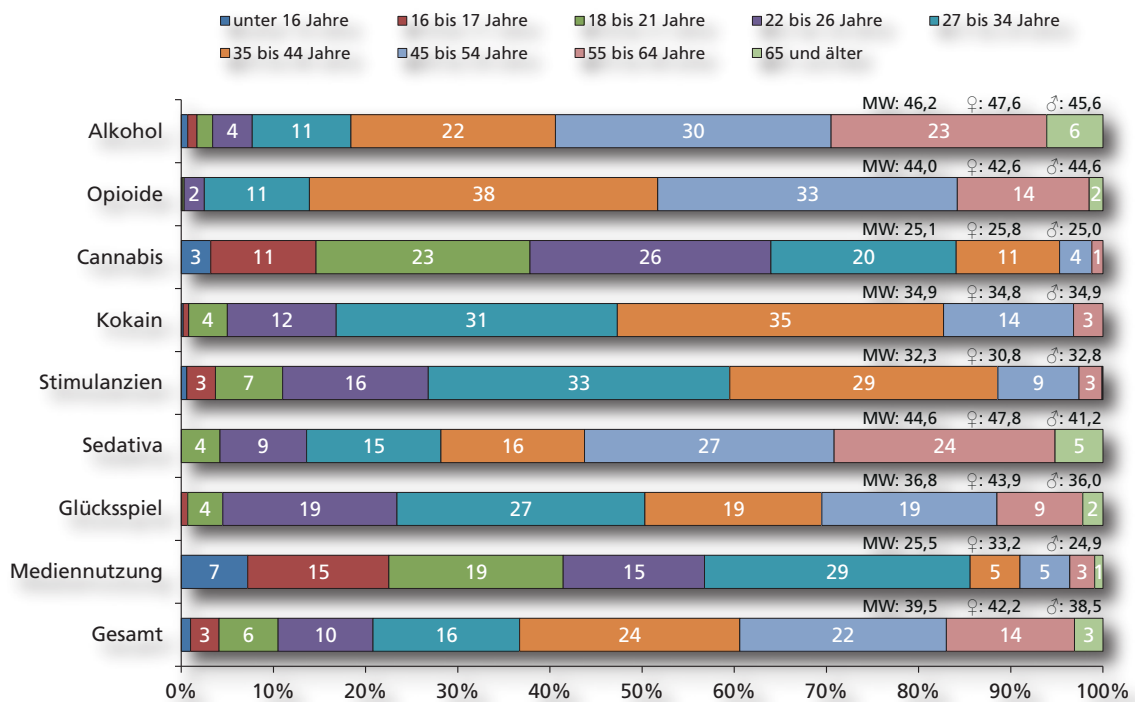
⁹ Bei der Interpretation der Ergebnisse muss stets beachtet werden, dass es sich vor allem bei der Sedativaklientel um eine zahlenmäßig kleine Gruppe handelt und nicht bei allen Klient*innen auch zu allen Fragestellungen Angaben vorliegen.

Abbildung 5: Geschlechterverteilung nach Hauptproblemgruppe



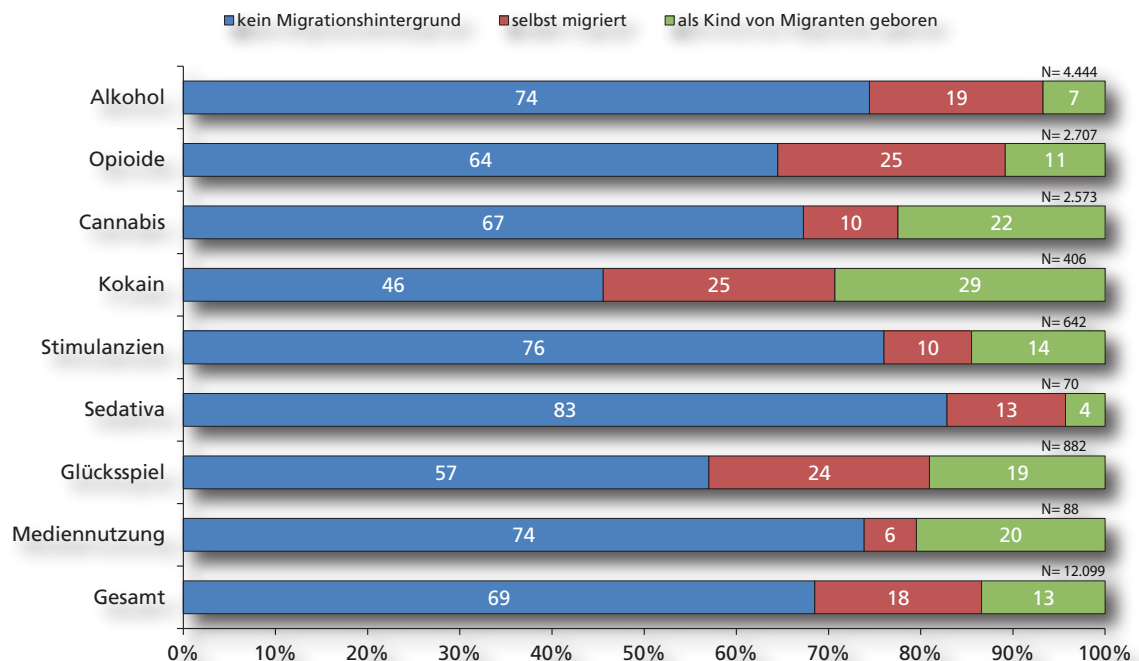
Bei einer Betrachtung der Altersverteilung innerhalb der einzelnen Hauptproblemgruppen wird deutlich, dass die Cannabisklient*innen nach wie vor mit einem Durchschnittsalter von 25,1 Jahren die deutlich jüngste Gruppe innerhalb der hessischen Suchthilfeklientel darstellen (siehe Abbildung 6); 64 % sind jünger als 27 Jahre und mit 15 % gibt es nur hier einen nennenswerten Anteil minderjähriger Klient*innen. Die Personen aus der zweitjüngsten Hauptproblemgruppe, der Stimulanzien-Klientel, sind mit durchschnittlich 32,3 Jahren über sieben Jahre älter. Auch das Durchschnittsalter der Kokainklientel (34,9 Jahre) liegt unter dem Durchschnittsalter der Gesamtklientel, und auch pathologisch Glücksspielende sind im Schnitt etwas jünger (36,8 Jahre). Demgegenüber liegen Alkoholklient*innen mit durchschnittlich 45,6 Jahren weiterhin deutlich über dem Durchschnitt; 59 % sind mindestens 45 Jahre alt. Hinter den Alkoholkonsumierenden und der kleinen Gruppe der Sedativakonsument*innen (44,6 Jahre) folgen die Opioidklient*innen mit 44 Jahren auf dem dritten Rang der ältesten Hauptproblemgruppen. Aus dieser Gruppe sind mittlerweile mit 48 % fast die Hälfte mindestens 45 Jahre alt, und der Anteil junger Klient*innen (unter 27 Jahre) beläuft sich auf lediglich 3 % (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Alter in Kategorien, differenziert nach Hauptproblemgruppe (N= 15.493)



Wie schon erwähnt, haben insgesamt 31 % der hessischen Suchthilfeklientel einen dokumentierten Migrationshintergrund. Im Jahr 2018 ist dieser Anteil bei der Kokainklientel mit insgesamt 54 % am höchsten, gefolgt von den pathologisch Glücksspielenden (43 %; siehe Abbildung 7). Etwas überrepräsentiert sind Personen mit Migrationshintergrund bei Opioidklient*innen (36 %), während Cannabiskonsumierende (33 %) hier nahezu im Durchschnitt liegen. Personen, bei denen Probleme mit Alkohol (26 %), Stimulanzien (24 %) oder Sedativa (17 %) im Vordergrund stehen, haben hingegen deutlich seltener einen Migrationshintergrund.

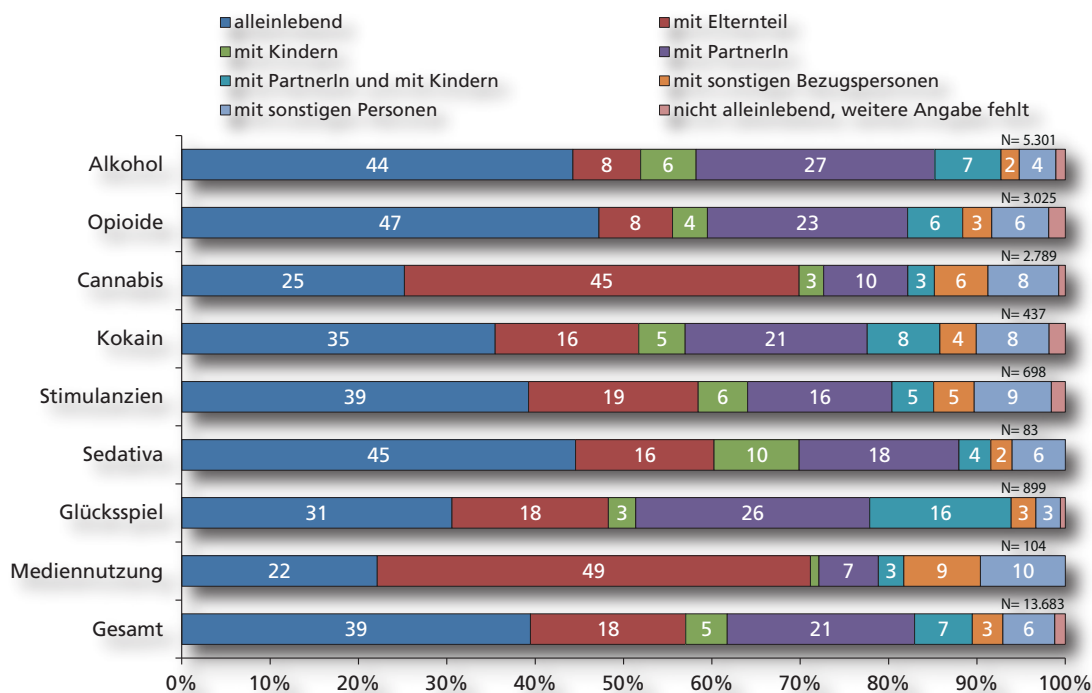
Abbildung 7: Migrationshintergrund, differenziert nach Hauptproblemgruppe



Lebenssituation

39 % aller Klient*innen leben alleine, 28 % mit Partner bzw. Partnerin und ggf. Kindern und 18 % bei den Eltern (siehe Abbildung 8). Die höchsten Anteile von Alleinlebenden sind bei der Opioid- (47 %), der Sedativa- (45 %) und der Alkoholklientel (44 %) feststellbar. Klient*innen mit Stimulanzien als Hauptproblemsubstanzen liegen hier im Durchschnitt (39 %), Kokainklient*innen etwas darunter (35 %), während sich die niedrigsten Werte bei Personen finden lassen, die wegen Cannabis (25 %) oder pathologischem Glücksspiel (31 %) die Suchthilfe aufsuchen. Dabei leben die vergleichsweise jungen Cannabisklient*innen mit Abstand am häufigsten noch bei den Eltern (45 %), wogegen 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 42 %). Auch bei der Alkoholklientel ist dieser Wert mit 35 % vergleichsweise hoch.

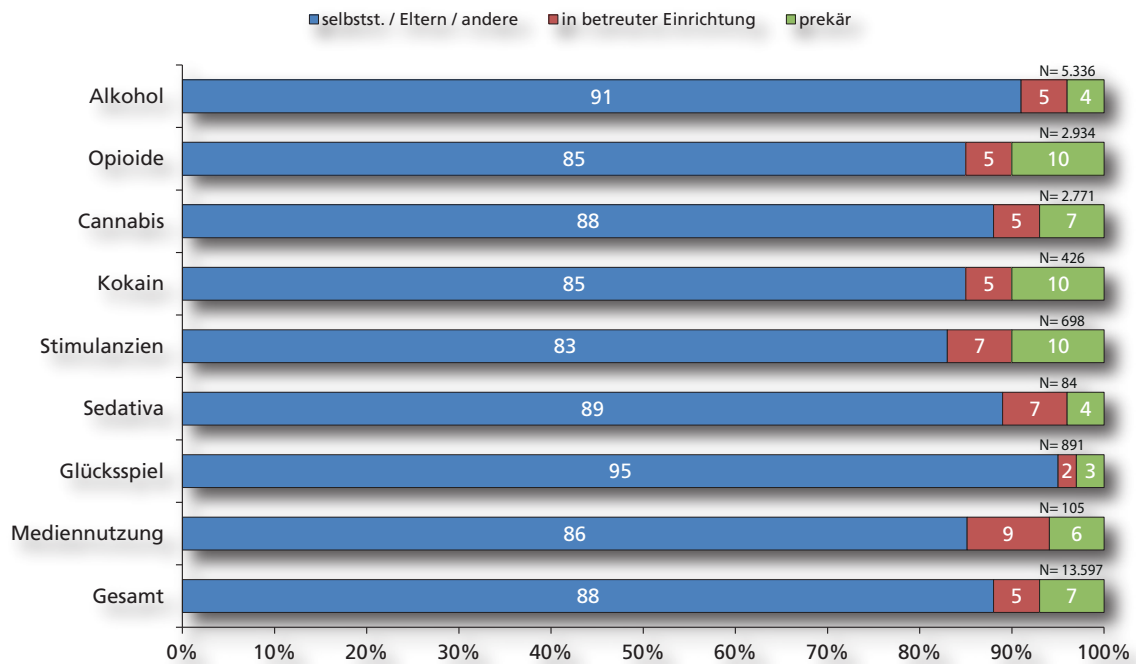
Abbildung 8: Lebenssituation, differenziert nach Hauptproblemgruppe



Wohnsituation

Mit 88 % wohnt der überwiegende Teil der hessischen Suchthilfeklientel selbstständig bzw. bei den Eltern, Angehörigen oder anderen Personen (siehe Abbildung 9). Dagegen leben 5 % in betreuten Wohnformen und 7 % befinden sich in einer prekären Wohnsituation (Justizvollzugsanstalt, (Übergangs-)Wohnheim, Notschlafstelle oder Obdachlosigkeit). Personen in prekären Wohnsituationen finden sich am häufigsten unter den Konsumierenden von Opioiden, Kokain und Stimulanzien (jeweils 10 %). Am niedrigsten liegt dieser Anteil mit 3 % bei den pathologisch Glücksspielenden, gefolgt von der Alkoholklientel mit 4 %.

Abbildung 9: Wohnsituation, differenziert nach Hauptproblemgruppe

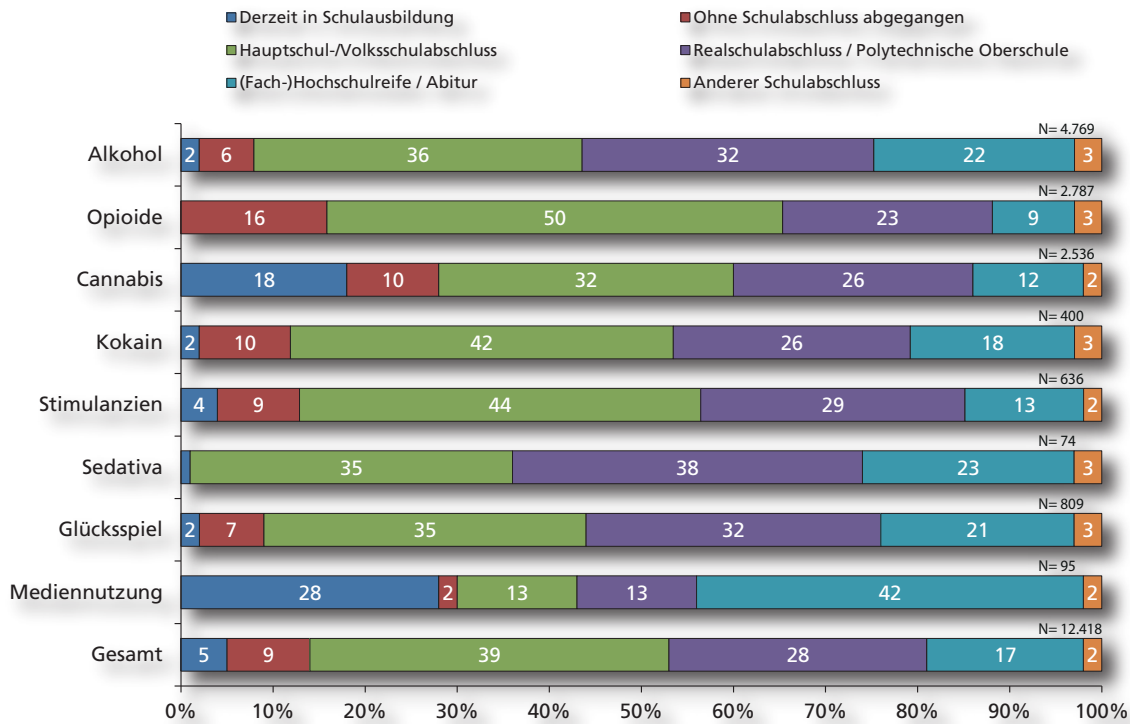


Schulabschluss und Ausbildung

Die Klientel der ambulanten Suchthilfe weist im Durchschnitt ein niedrigeres Niveau an Schulbildung auf als dies in der Allgemeinbevölkerung Hessens der Fall ist: 9 % haben keinen Schulabschluss, 39 % den Hauptschulabschluss, 28 % einen Realschulabschluss und lediglich 17 % Abitur; 5 % sind noch in schulischer Ausbildung (siehe Abbildung 10). In der hessischen Allgemeinbevölkerung hatten im Jahr 2011 32 % (Fach-)Abitur, 25 % Mittlere Reife, 33 % Hauptschulabschluss und 5 % keinen Abschluss; weitere 5 % besuchten noch die Schule.¹⁰ Ein besonders niedriger Bildungsstand liegt bei den Opioidkonsumierenden vor, die mit 16 % den höchsten Anteil von Personen ohne Abschluss aufweisen. In der Opioidklientel gibt es mit 50 % auch den höchsten Anteil von Hauptschulabgänger*innen sowie mit 9 % den niedrigsten Anteil von Abiturient*innen. Nach wie vor ist der Anteil der Personen, die noch zur Schule gehen, unter Cannabiskonsumierenden mit 18 % mit Abstand am höchsten. Eine relativ hohe Schulbildung ist, abgesehen von der kleinen Gruppe derer mit Sedativa als Hauptproblemsubstanz, bei der Alkoholklientel vorhanden: Hier sind lediglich 6 % ohne Schulabschluss abgegangen; gleichzeitig haben mit 22 % relativ viele Personen das (Fach-)Abitur gemacht. Ähnliche Werte zeigen sich bei der Glücksspielklientel.

¹⁰ https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:06,BEG_4_4_6,m,table

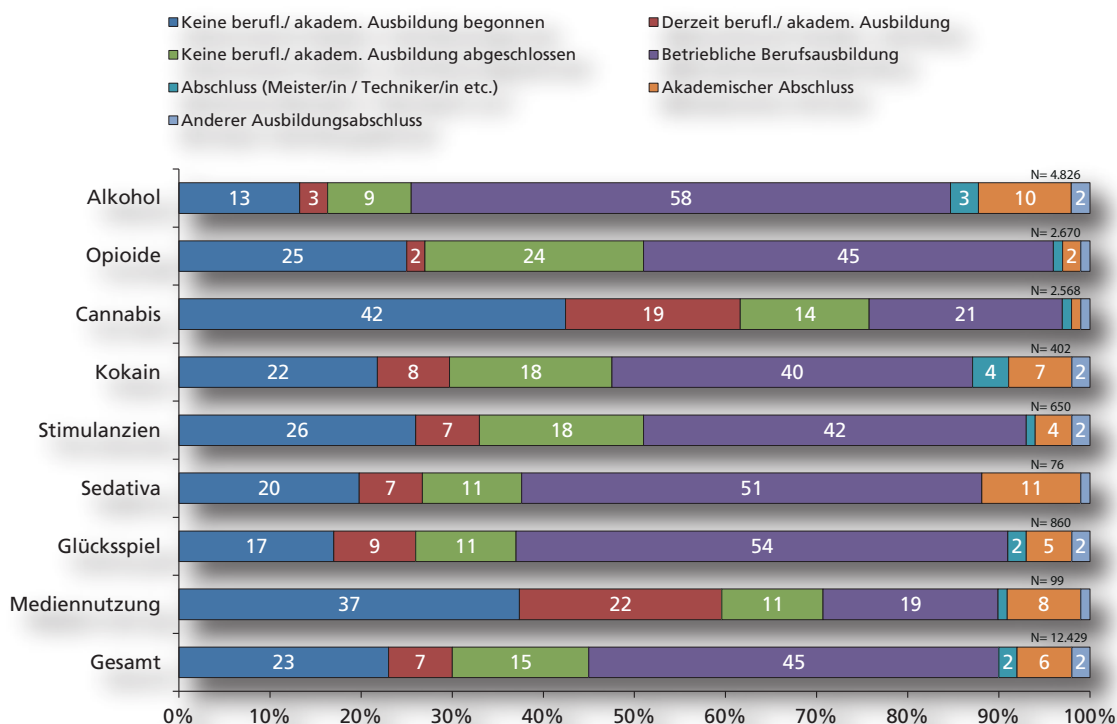
Abbildung 10: Schulabschluss, differenziert nach Hauptproblemgruppe



45 % der Suchthilfeklientel verfügen über eine abgeschlossene Berufsausbildung, weitere 8 % über einen Hochschul- oder Meister-/Technikerabschluss und 2 % über einen anderen Abschluss (siehe Abbildung 11); 8 % befinden sich aktuell in Hochschul- bzw. Berufsausbildung. Demgegenüber haben 15 % ihre Ausbildung bzw. ihr Studium nicht abgeschlossen und 23 % 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 Spielen und Sedativa (jeweils 63 %) vorhanden. Opioidkonsumierende (24 %) weisen den höchsten Anteil für eine nicht abgeschlossene Hochschul- bzw. Berufsausbildung auf.

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 Cannabisklientel.

Abbildung 11: Ausbildungsabschluss, differenziert nach Hauptproblemgruppe



Erwerbssituation und Schulden

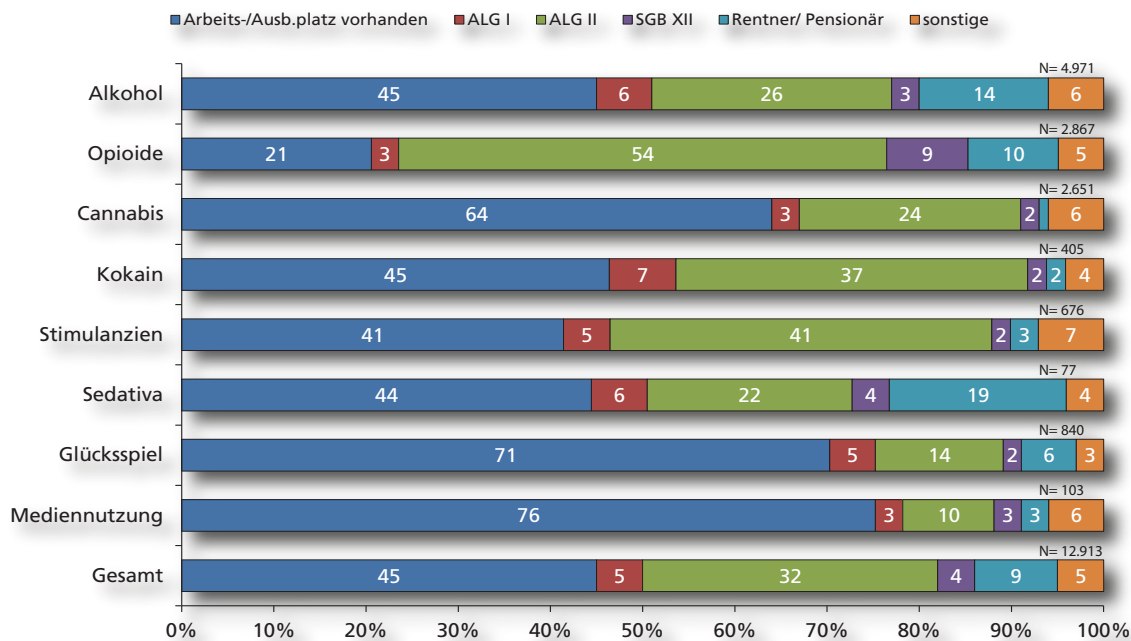
Um die soziale Situation der ambulanten Suchthilfeklientel zu bewerten, erscheint zunächst ein Abgleich mit der Arbeitslosenquote der Allgemeinbevölkerung sinnvoll. Diese Quote lag in Hessen im Jahresdurchschnitt 2018 bei 4,6%.¹² Demgegenüber beziehen 37 % der Klient*innen der Suchthilfe Arbeitslosengeld (ALG I oder ALG II); weitere 4 % erhalten Sozialhilfe nach SGB XII und 2 % sind erwerbslos, ohne staatliche Unterstützung zu beziehen (siehe Abbildung 12).

Mit insgesamt 68 % sind die Opioidklient*innen diejenige Gruppe, die am häufigsten arbeits- bzw. erwerbslos (ALG I/ ALG II/ SGB XII/keine Unterstützung) ist, gefolgt von den Klient*innen mit Stimulanzien als Problemsubstanz (51 %) und der Kokainklientel (48 %). Am niedrigsten liegt der Arbeitslosenanteil bei den Glücksspielenden (22 %), danach kommen Cannabis- (32 %), Sedativa- (34 %) und Alkoholkonsumierende (36 %). Festzuhalten ist allerdings weiterhin, dass die Arbeitslosigkeit in sämtlichen Hauptproblemgruppen diejenige der Allgemeinbevölkerung jeweils um ein Vielfaches übersteigt.

Insgesamt bestreiten lediglich 36 % der hessischen Suchthilfeklientel ihren Lebensunterhalt mit bezahlter Arbeit. Am häufigsten haben Glücksspielende einen Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz (66 %), gefolgt von der Kokain- (43 %) und der Alkoholklientel (42 %). 8 % sind Schüler*innen oder Student*innen; hier ist der Anteil bei den Cannabiskonsumierenden mit 28 % mit Abstand am höchsten. 9 % der Suchthilfeklientel sind Rentner*innen. Am höchsten ist dieser Anteil mit 20 % bei der Sedativa-/Hypnotikaklientel, gefolgt von den Alkoholkonsumierenden (14 %). Dies korrespondiert damit, dass es sich bei diesen Gruppen um die durchschnittlich ältesten handelt.

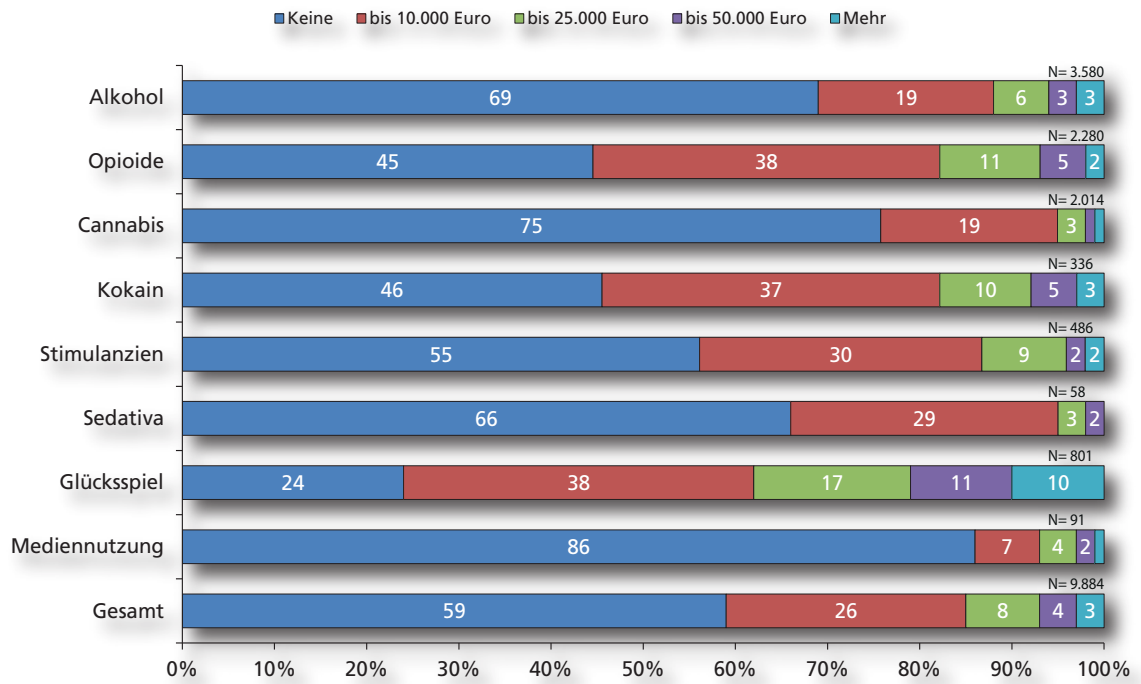
¹² <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2514/umfrage/entwicklung-der-arbeitslosenquote-in-hessen-seit-1999/>.

Abbildung 12: Erwerbssituation, differenziert nach Hauptproblemgruppe



42 % der Klient*innen haben – nach den Einschätzungen der Mitarbeiter*innen der Suchthilfe – aktuell als problematisch anzusehende Schulden (siehe Abbildung 13). In der Mehrheit der Fälle (27 % der gesamten Suchthilfeklientel) handelt es sich dabei um (vergleichsweise moderate) Geldbeträge von bis zu 10.000 Euro. 8 % haben zwischen 10.000 und 25.000 Euro, 4 % zwischen 25.000 und 50.000 Euro und 3 % mehr als 50.000 Euro Schulden. Mit Abstand am häufigsten sind mit insgesamt 73 % pathologische Glücksspieler*innen verschuldet; hier finden sich auch die höchsten Werte für hohe Schulden (21 % mit mehr als 25.000 Euro). Ebenfalls relativ hohe Anteile von Schuldner*innen zeigen sich bei der Opioidklientel (57 %) und der Crackklientel mit 59 %, wobei bei diesen beiden Gruppen eine Häufung bei eher niedrigen Schuldenbeträgen von maximal 10.000 Euro zu beobachten ist. In weniger ausgeprägter Form gilt dies auch für die Kokainklientel, bei der insgesamt 52 % Schulden haben. Eher selten mit Schulden belastet sind hingegen die Personen der Hauptproblemgruppen Sedativa/Hypnotika (24 %), Cannabis (25 %) und Alkohol (31 %).

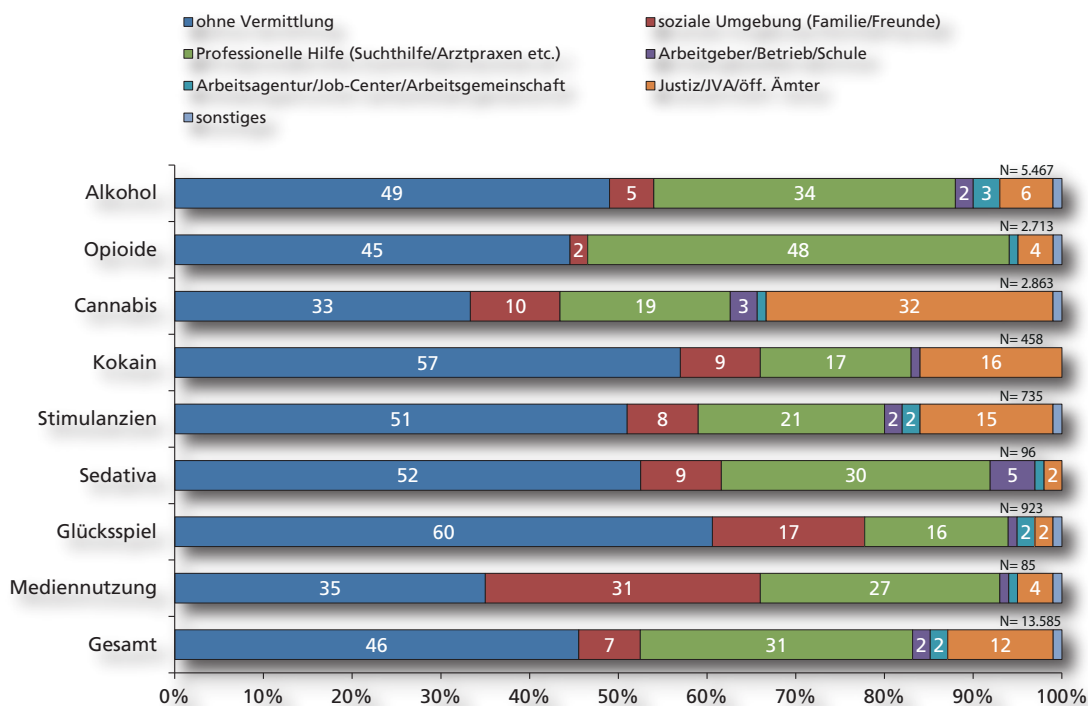
Abbildung 13: Schuldensituation, differenziert nach Hauptproblemgruppe



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.¹³ Begonnen wird jedoch mit Informationen darüber, über welche Vermittlungswege die Klient*innen in eine Einrichtung gelangen. Dabei zeigt sich zunächst, dass 46 % aller Betreuungen ohne Vermittlung zustande kommen (siehe Abbildung 14). Ebenfalls häufig – mit einem Wert von 31 % – werden Klient*innen über professionelle Hilfen (andere Suchthilfeeinrichtungen, Ärzte etc.) in die Angebote der ambulanten Suchthilfe vermittelt. 12 % der Betreuungen erfolgen nach Vermittlung durch Justiz, JVA oder Ämter, 7 % durch die soziale Umgebung und jeweils 2 % über Arbeitsagenturen, Jobcenter oder Arbeitsgemeinschaften bzw. Arbeitgeber, Betrieb oder Schule.

Abbildung 14: Vermittlung in die Betreuung, differenziert nach Hauptproblemgruppe



Dabei zeigen die Alkoholclient*innen weiterhin eher geringe Abweichungen zum durchschnittlichen Wert der Gesamtklientel, abgesehen von der Vermittlung über Justiz/JVA/Ämter, die hier mit 6 % vergleichsweise selten erfolgt. Die Opioidabhängigen werden hingegen mit 48 % überdurchschnittlich häufig durch professionelle Hilfen, ebenfalls eher selten über Justiz/JVA/Ämter (4 %) und besonders selten über die soziale Umgebung (2 %) vermittelt. Bei der Cannabisklientel ist die Vermittlung über Justiz oder Ämter mit 32 % sehr deutlich überrepräsentiert. Eine Inanspruchnahme ohne Vermittlung (33 %) sowie über professionelle Hilfen (19 %) spielt hier jeweils eine geringere Rolle als bei anderen Klientelen. Letzteres trifft auch auf die Hauptproblemgruppen Kokain (17 %), problematisches Glücksspielen (16 %) und Stimulanzien (21 %) zu. Proble-

¹³ Im Projekt COMBASS werden drei generelle Hilfebereiche unterschieden: „Ambulante Beratung“, „Betreutes Wohnen“ und „Arbeitsprojekte“. Den mit Abstand größten Anteil von 92 % aller Betreuungen nimmt, ähnlich wie in den Vorjahren, die Kategorie „Ambulante Beratung“ ein. Rund 7 % der Betreuungen werden im „Betreuten Wohnen“ (inklusive betreutem Einzelwohnen, das 2 % aller Betreuungen ausmacht) und weniger als 1 % im Rahmen der Arbeitsprojekte durchgeführt. Die folgenden Betrachtungen beziehen sich auf Ambulante Beratung sowie die Arbeitsprojekte, die gemeinsam dargestellt werden, weil zwischen diesen beiden Klientelen keine wesentlichen Unterschiede bestehen.

matisch Spielende sind nicht nur die Gruppe mit dem höchsten Wert für Vermittlung durch die soziale Umgebung (17 %), sondern auch für die Inanspruchnahme einer Beratung durch Eigeninitiative (60 %), gefolgt von Kokain Konsumierenden (57 %). Bei den Stimulanzien- (14 %) und Kokainklient*innen (17 %) zeigen sich zudem etwas überdurchschnittliche Werte bei der Vermittlung durch Justiz bzw. Ämter.

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 dem individuellen Bedarf der Klientin/des Klienten orientierte Vorgehensweise.

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

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

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

Ambulante Rehabilitation (AR): Die AR nach der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ ist eine strukturierte Entwöhnungsbehandlung, die von anerkannten Behandlungsstätten entweder im Anschluss an oder alternativ zu einer stationären Entwöhnung durchgeführt wird. Die AR setzt Motivation und Fähigkeit zur suchtmittelabstinenter 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 Antrags-tätigkeiten, die auf eine stationäre Therapie/Rehabilitation vorbereiten.

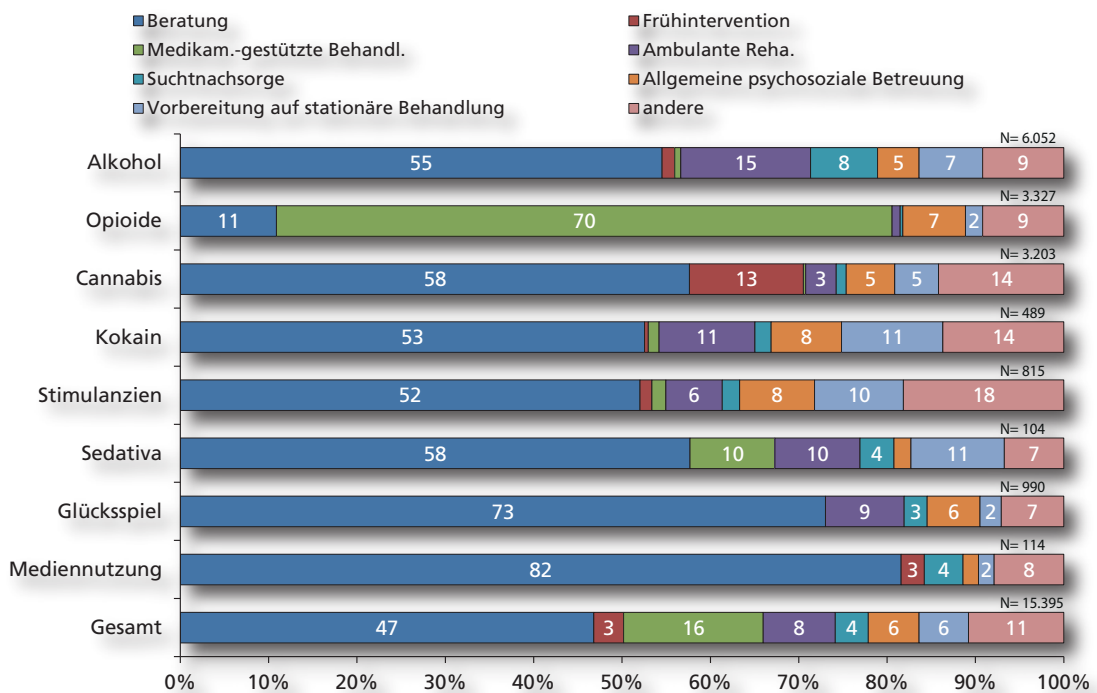
Frühintervention: Hierbei handelt es sich um Interventionen, die darauf abzielen, Suchtmittelkonsument*innen „früh zu erreichen“, um einer Verfestigung des Suchtverhaltens/einer Abhängigkeit vorzubeugen.

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 Erlentens in den Alltag und bei der Sicherung des Rehabilitationserfolges.

Wie die Abbildung 15 zeigt, ist die Beratung mit einem Anteil von 47 % die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Die Medikamentengestützte Behandlung, d. h. die psychosoziale Betreuung Substituierter, ist mit 16 % die zweithäufigste Betreuungsform, gefolgt von der Ambulanten Rehabilitation mit 8 %. Bei jeweils 6 % der Betreuungen handelt es sich um Allgemeine Psychosoziale Beratungen oder Vorbereitungen auf stationäre Behandlungen, bei 4 % um Maßnahmen der Suchtnachsorge und bei 3 % um Frühinterventionen. Andere Betreuungsformen machen 11 % der Fälle aus.

Wie in den Vorjahren zeigen sich vor allem bei der Opioidklientel deutliche Unterschiede zur Gesamtverteilung: 70 % der Betreuungen in dieser Gruppe entfallen auf die Medikamentengestützte Behandlung, die in allen anderen Problemgruppen praktisch keine Rolle spielt (abgesehen von – in weitaus geringerem Maße – den Sedativakonsument*innen). Beratung (11 %) sowie Ambulante Rehabilitation (1 %) sind bei den Opioidabhängigen hingegen von untergeordneter Bedeutung; Suchtnachsorge spielt gar keine Rolle. Die Alkoholklientel hingegen ist die einzige, bei der Suchtnachsorge mit 8 % überrepräsentiert ist; zudem wird die Ambulante Rehabilitation mit einem Anteil von 15 % vergleichsweise häufig in Anspruch genommen. Hohe Anteile für die Beratung liegen insbesondere bei den pathologisch Glücksspielenden (73 %), mit Abstrichen auch bei der Cannabis- und Sedativaklientel (jeweils 58 %) vor. Die Gruppe der Cannabis Konsumierenden ist die einzige mit einem nennenswerten Anteil mit Frühintervention als Betreuungsform (13 %).

Abbildung 15: Betreuungsform, differenziert nach Hauptproblemgruppe

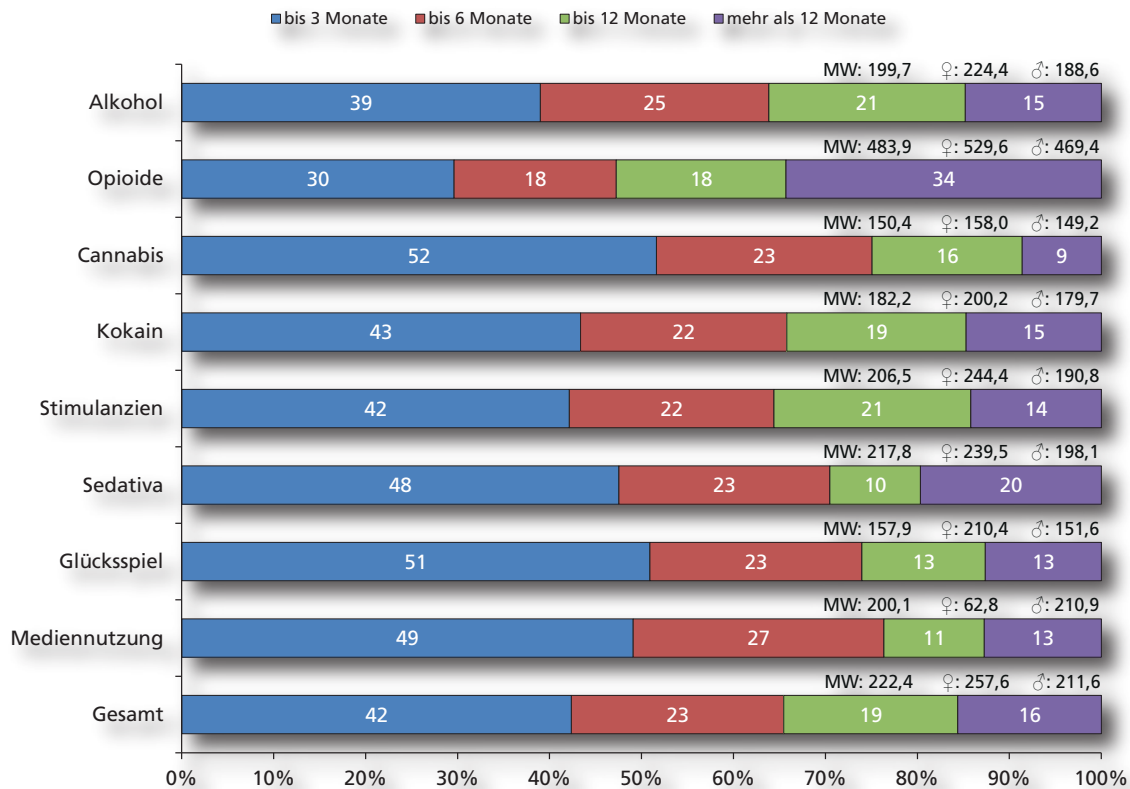


Betreuungsdauer

Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller im Jahr 2018 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 222,4 Tage (siehe Abbildung 16). Frauen werden dabei mit durchschnittlich 257,6 Tagen länger betreut als Männer (211,6 Tage). Die Opioidklientel weist mit 483,9 Tagen den mit Abstand höchsten Wert auf. Die niedrigsten durchschnittlichen Betreuungsdauern finden sich bei den Cannabis-konsumierenden (150,4 Tage) und den Glücksspielenden (157,9 Tage).

Wie die Abbildung 16 zeigt, dauern insgesamt fast zwei Drittel der im Jahr 2018 abgeschlossenen Betreuungen nicht länger als ein halbes Jahr – 42 % sind maximal 3 Monate lang, weitere 23 % zwischen 3 und 6 Monate. 19 % liegen zwischen 6 und 12 Monaten und 16 % dauern länger als ein Jahr. In der Betrachtung der Problemgruppen weisen die Opioidklientel mit 34 %, gefolgt von Sedativakonsumierenden (20 %) die größten Anteile längerer Betreuungen (über 12 Monate) auf. Der höchste Anteil kurzer Betreuungsphasen (weniger als 3 Monate) zeigt sich bei der Cannabis-klientel (52 %), gefolgt von Glücksspielenden (51 %).

Abbildung 16: Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in Kategorien, differenziert nach Hauptproblemgruppe (N= 9.049)



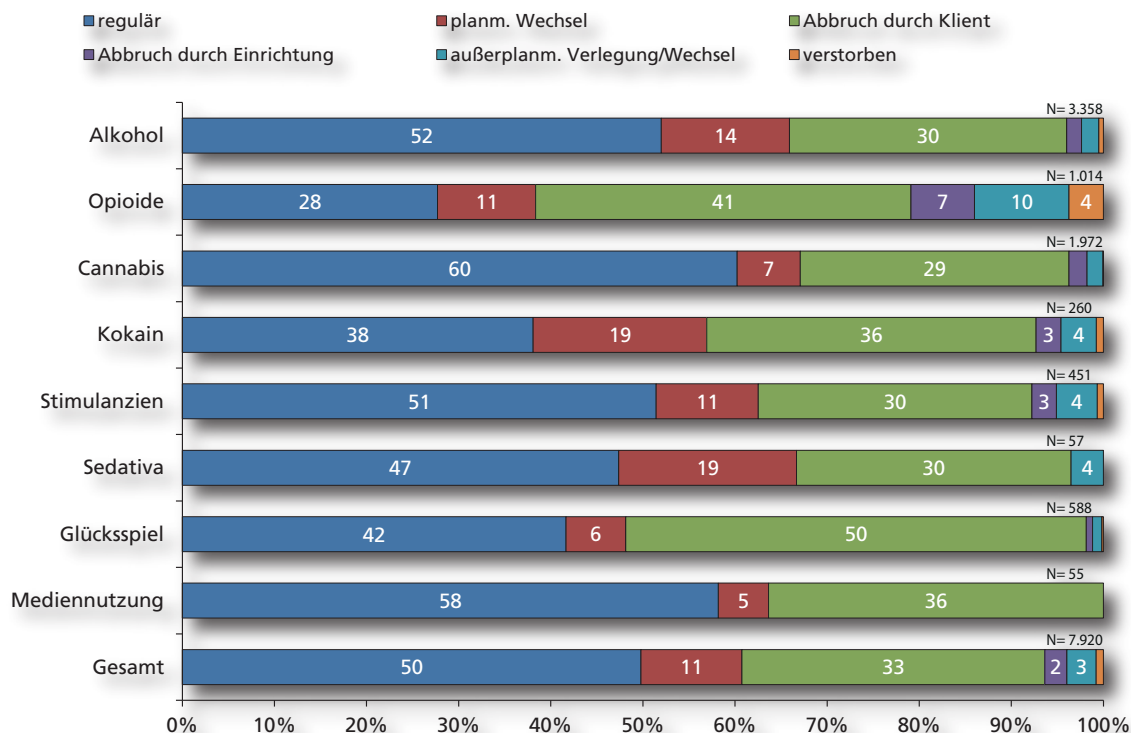
Betreuungsende

Zum Jahresende waren 52 % der 2018 erfassten Betreuungen beendet; dementsprechend dauerten 48 % noch an. Bei der Opioidklientel (32 %) zeigt sich der niedrigste Anteil an beendeten Betreuungen, während vergleichsweise hohe Quoten beendeter Betreuungen bei der Cannabis-klientel (63 %), den problematisch Glücksspielenden (60 %) und den Sedativakonsument*innen (58 %) vorliegen; die restlichen Problemgruppen liegen hier in der Nähe des Durchschnitts.

Insgesamt 61 % der Betreuungen werden regulär abgeschlossen: dabei handelt es sich entweder um eine planmäßige Beendigung (50 %) oder um eine planmäßige Weitervermittlung in ein anderes Angebot (11 %; siehe Abbildung 17). 33 % der Betreuungen werden durch die Klientin bzw. den Klienten und 2 % durch die Einrichtung abgebrochen; bei 3 % wird die Betreuung durch einen außerplanmäßigen Wechsel oder eine Verlegung beendet. 1 % der Klient*innen verstarben während der Betreuung.

Zwischen den Hauptproblemgruppen zeigen sich erhebliche Differenzen hinsichtlich des Beendigungsgrundes: So brechen problematisch Glücksspielende am häufigsten ihre Betreuung selbst ab (50 %); bei Cannabis (29 %) sowie Alkohol, Stimulanzien und Sedativa (je 30 %) ist dies hingegen unterdurchschnittlich häufig der Fall. Bei den Opioidabhängigen führt vergleichsweise häufig ein außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Betreuungsform (10 %) oder ein Abbruch der Betreuung durch die Einrichtung zum Betreuungsende (7 %). Opioidkonsumierende weisen zudem eine besonders geringe Zahl an regulären Beendigungen (28 %) und als einzige mit 4 % einen nennenswerten Anteil an während der Betreuung Verstorbenen auf. Vergleichsweise häufig werden Betreuungen bei der Cannabis- (60 %) und der Alkoholklientel (52 %) regulär beendet.

Abbildung 17: Beendigungsgrund, differenziert nach Hauptproblemgruppe

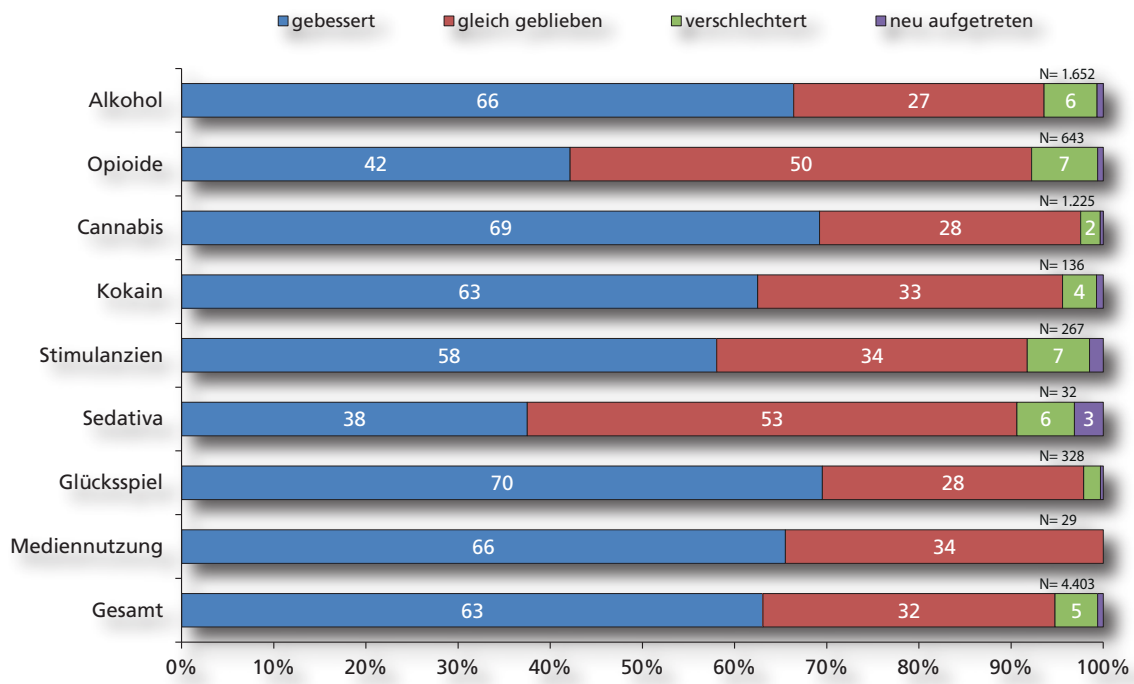


Betrachtet man die Suchtproblematik zum Betreuungsende, so zeigt sich, dass bei einem erheblichen Teil der Betreuungen eine Verbesserung erreicht werden konnte: bei 63 % wurde eine Verbesserung der Problematik dokumentiert (siehe Abbildung 19). 32 % der Klient*innen weisen am Ende ihrer Betreuung eine unveränderte Suchtproblematik auf, bei 4 % hat sich diese verschlechtert und bei weniger als 1 % ist während der Betreuung mindestens eine neue Suchtproblematik aufgetreten.

Die Opioidklientel unterscheidet sich hinsichtlich der Problematik am Betreuungsende deutlich von den übrigen Hauptproblemgruppen: mit 42 % zeigt sich hier ein besonders niedriger Anteil von Klient*innen, deren Problematik sich verbessert hat, während sich die Situation bei 50 % der Opioidklientel nicht verändert hat. Bei 7 % der Opioidklient*innen hat sie sich sogar verschlechtert¹⁴; derselbe Anteil wird bei der Stimulanzienklientel erreicht. Die höchsten Anteile von Betreuungen mit einer gebesserten Problematik sind aktuell unter den problematisch Glücksspielenden und den Cannabiskonsumierenden zu beobachten (jeweils 69 %), gefolgt von der Alkoholklientel (66 %).

¹⁴ Insbesondere der Wert für eine unveränderte Problematik kann zum Teil auch dadurch zustande gekommen sein, dass bei den Anwender*innen unterschiedliche Dokumentationspraktiken vorherrschen, mit denen eine anhaltende Einnahme eines Substitutionsmittels bei Betreuungsende erfasst wird

Abbildung 18: Problematik am Betreuungsende, differenziert nach Hauptproblemgruppe



Trends 2009 bis 2018

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Trends in den Grunddaten der hessischen Suchthilfestatistik dargestellt. Beginnend mit dem Jahr 2009 werden Veränderungen bzw. Kontinuitäten in 3-Jahres-Schritten bis 2018 berichtet. Inhaltlich ist hierbei zwischen der Klienten- und der Betreuungsebene zu unterscheiden.

Es werden diejenigen Trends geschildert, die in der *COMBASS*-Steuerungsgruppe in den letzten Jahren zu besonderen inhaltlichen Reflektionen und Diskussionen geführt haben. Veränderungen bzw. Kontinuitäten wurden dabei auch auf die Angebotsstrukturen (z. B. Glücksspielklientel) oder gesellschaftliche Rahmenbedingungen (z. B. Erwerbssituation) zurückgeführt.

Im Einzelnen werden die Anteile der Angehörigen 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 Hauptproblemgruppen¹⁵ – Alkohol, Opi-
oide, Cannabis – berichtet.

Die Basis der folgenden Auswertungen stellen 93 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Betrachtungszeitraum an der *COMBASS*-Dokumentation beteiligt haben.¹⁶ Wurden Klient*innen oder Angehörige in dem jeweiligen Auswertungsjahr von mehreren der beteiligten Einrichtungen betreut, so wurden bei der Klientenzählung diese Personen nur einmal erfasst. Mit dieser Vorgehensweise wird eine Verzerrung der Ergebnisse durch eine unterschiedliche (jährliche) Datengrundlage ausgeschlossen.

Angehörige, Klientinnen und Klienten

Der prozentuale Anteil der Angehörigen an allen betreuten Personen beträgt seit dem Jahr 2009 sehr stabil 6 % bzw. 7 % (siehe Tabelle 5). Die absolute Anzahl von betreuten Angehörigen ist dabei von 935 auf 1.253 angestiegen. Bei der Anzahl betreuter Klient*innen gab es den höchsten Wert mit 16.506 im Jahr 2012; seitdem ist diese Zahl auf fast gleich hohem Niveau geblieben. Der Anteil der Neuaufnahmen – d. h. der Erstkontakt zur ambulanten Suchthilfe in Hessen findet im jeweiligen Jahr statt – liegt seit 2012 konstant bei 39 % bzw. 40 %. Ebenso ist die absolute Zahl mit um die 6.500 Neuaufnahmen gleichbleibend. Es ist dabei insgesamt zu beachten, dass Schwankungen in den Klienten- oder Angehörigenzahlen auch mit der personellen Situation in den Einrichtungen oder anderen strukturellen Faktoren zusammenhängen können.

Werden die Entwicklungen bei den Angehörigen sowie bei den Klient*innen geschlechtsspezifisch betrachtet, zeigt sich, dass bei den Angehörigen der stark dominierende Anteil der Frauen sehr stabil bei 77 % bzw. 78 % liegt (siehe Tabelle 5). Bei den Klient*innen liegt der Anteil der weiblichen Personen ebenfalls auf einem konstanten, wenn auch niedrigeren Niveau: bei gut einem Viertel (26 % bis 28 %).

¹⁵ Im neuen Hessischen Datensatz 2017 ist die Angabe von Diagnosen nicht (mehr) notwendig, um die suchtspezifischen Problemlagen der Klient*innen zu beschreiben. Für die Bildung der Auswertungsgruppen werden daher die Angaben aus den Hauptproblemsubstanzen/ Verhaltenssuchten sowie den Angaben zu Suchtdiagnosen zusammengeführt.

¹⁶ Da sich mit dem neuen HKDS teilweise der Datensatz als auch die Erfassungslogik geändert haben, kann es sein, dass sich gegenüber den Trendanalysen in den *COMBASS*-Berichten der letzten Jahre einige Veränderungen bei den ausgewerteten Items, einbezogenen Fallzahlen und Prozentniveaus ergeben.

Tabelle 5: Anteil Angehörige, Klientinnen und Klienten, 2009 bis 2018 (gleiche Einrichtungen, N=93)

	2009	2012	2015	2018
Klientinnen und Klienten	94 % 15.434	94 % 16.506	94 % 16.398	93 % 16.450
Angehörige	6 % 935	6 % 1.000	6 % 1.081	7 % 1.253
Anteil Frauen				
Klientinnen	27 %	28 %	27 %	26 %
Angehörige	78 %	78 %	78 %	77 %
Anteil Neuaufnahmen				
Klientinnen und Klienten	44 % 6.826	39 % 6.502	39 % 6.416	40 % 6.569

Alter der Klientinnen und Klienten

Wie der Tabelle 6 zu entnehmen ist, hat sich das Durchschnittsalter der Klient*innen zwischen 2009 und 2018 von 38,2 auf 40,0 Jahre erhöht (+1,8). Dabei zeigt sich, dass der Altersanstieg bei den Frauen (+2,6) etwas größer ist als bei den Männern (+1,6). Dagegen ist das durchschnittliche Alter der (jährlichen) Neuaufnahmen seit 2009 auf einem gleich bleibenden Niveau von etwa 36 Jahren.

Tabelle 6: Durchschnittsalter nach Geschlecht, 2009 bis 2018 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=93)

	2009	2012	2015	2018
Männer	37,6	38,2	39,2	39,2
Frauen	39,8	40,9	41,5	42,4
Gesamt	38,2	38,9	39,8	40,0
Gesamt N	15.396	16.437	16.266	16.272
Neuaufnahmen	36,2	35,7	36,2	35,8
Neuaufnahmen N	7.144	6.918	6.698	6.773

Zusammen genommen 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 die gleichen – darunter auch jüngere – Altersgruppen erreicht werden. Ein differenzierter Blick auf die verschiedenen Hauptproblemgruppen zeigt jedoch, dass es hier durchaus unterschiedliche Entwicklungen gibt.

Wird eine solche Auswertung differenziert nach Alkohol, Opioiden und Cannabis vorgenommen, ergibt sich bei der Alkoholklientel ein seit dem Jahr 2012 leicht ansteigendes Durchschnittsalter von 45,1 auf 46,9 Jahre (Neuaufnahmen: 42,3 auf 44,4 Jahren) (siehe Tabelle 7). Bei der Gruppe der Opioidabhängigen ist dagegen eine viel deutlichere und kontinuierliche Zunahme des Alters auszumachen. Im Jahr 2009 lag dieses bei 37,9 (alle) bzw. 36,2 Jahren (Neuaufnahmen) – neun Jahre später sind diese Werte auf 45,1 bzw. 41,7 Jahre angewachsen. Bei der Cannabisklientel ist das

Altersniveau relativ stabil: es beträgt 25 bis 26 Jahre bei allen Klient*innen und liegt bei den Neuaufnahmen um die 24 Jahre.

Tabelle 7: Durchschnittsalter nach Hauptproblemgruppe (Alkohol, Opioide, Cannabis), 2009 bis 2018 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=93)

	2009	2012	2015	2018
Alle Klient*innen				
Alkohol	45,2	45,1	46,5	46,9
Opioide	37,9	40,3	42,9	45,1
Cannabis	25,4	25,8	25,7	26,0
Neuaufnahmen				
Alkohol	43,8	42,3	44,3	44,4
Opioide	36,2	37,9	39,7	41,7
Cannabis	24,1	24,0	23,8	24,2

Wenn in einem dritten Schritt das Alter der neu aufgenommenen Klient*innen getrennt nach verschiedenen Alterskategorien betrachtet wird, ergibt sich zum einen, dass bei den Opioidabhängigen der Anteil der älteren Personen (45+) seit 2009 kontinuierlich angewachsen ist: von 16 % (2009) über 28 % (2015) auf 34 % (2018) (siehe Tabelle 8). Gleichzeitig hat sich der Anteil der jüngeren Opioidklient*innen reduziert. Waren im Jahr 2009 noch 15 % der Klient*innen jünger als 27 Jahre, beträgt der entsprechende Anteil im Jahr 2018 nur noch 6 %.

Bei der Alkoholklientel hat es dagegen im Zeitraum 2009 bis 2018 kaum Veränderungen gegeben: Ungefähr die Hälfte der Klientel stellen ältere Personen (45+) dar; der Anteil der Minderjährigen liegt (schwankend) zwischen 3 % und 6 %. Auch die Cannabisklientel weist seit dem Ausgangsjahr 2009 eine sehr ähnliche Altersstruktur auf: etwa jede/r vierte bis fünfte Klient*in ist minderjährig; über die Hälfte sind Personen im Alter zwischen 18 und 27 Jahren.

Tabelle 8: Alterskategorien nach Hauptproblemgruppe (Alkohol, Opioid, Cannabis), 2009 bis 2018 (Neuaufnahmen, gleiche Einrichtungen, N=93)¹⁷

	2009	2012	2015	2018
Alkohol				
unter 18 Jahre	3 %	6 %	5 %	4 %
18 bis unter 27 Jahre	8 %	12 %	9 %	9 %
27 bis unter 35 Jahre	11 %	12 %	13 %	13 %
35 bis unter 45 Jahre	26 %	21 %	19 %	23 %
45 bis unter 60 Jahre	43 %	40 %	43 %	40 %
60 und älter	8 %	9 %	11 %	12 %
Gesamt	2.837	2.912	2.629	2.644
Opioid				
unter 18 Jahre	0 %	1 %	1 %	0 %
18 bis unter 27 Jahre	15 %	10 %	6 %	6 %
27 bis unter 35 Jahre	32 %	31 %	27 %	19 %
35 bis unter 45 Jahre	36 %	36 %	39 %	40 %
45 bis unter 60 Jahre	16 %	22 %	25 %	30 %
60 und älter	0 %	1 %	3 %	4 %
Gesamt	1.119	890	650	441
Cannabis				
unter 18 Jahre	17 %	21 %	23 %	20 %
18 bis unter 27 Jahre	56 %	52 %	51 %	52 %
27 bis unter 35 Jahre	18 %	17 %	17 %	16 %
35 bis unter 45 Jahre	7 %	7 %	8 %	8 %
45 bis unter 60 Jahre	2 %	3 %	2 %	3 %
60 und älter	0 %	0 %	0 %	0 %
Gesamt	1.185	1.094	1.412	1.758

Hauptproblemlagen

Bei der Hauptproblemlage der Klientel zeigt sich, dass der relative Anteil der Klient*innen mit einer Alkoholproblematik zwischen den Jahren 2009 und 2018 konstant bei 43 % oder 42 % liegt (siehe Tabelle 9). Bei der Opioidklientel wird dagegen ein starker Trend eines abnehmenden relativen Anteils deutlich: der Wert für 2018 beträgt nur noch 20 %, neun Jahre zuvor waren es noch 28 %. Der Anteil der Cannabiskonsument*innen, die das ambulante Suchthilfesystem in Hessen aufsuchen, hat dagegen im betrachteten Zeitraum von 15 % auf 20 % zugenommen. Auch bei den Stimulanzien ist ein leichter prozentualer Anstieg über die Jahre feststellbar (von 3 % auf 5 %). Der aktuelle Anteil der problematisch Glücksspielenden liegt – relativ unverändert – bei 6 %. Eine hohe Konstanz weisen auch der Anteil für die Kokainklientel auf (2 % bzw. 3 %).

¹⁷ In dieser und weiteren Tabellen kann es vorkommen, dass die Summe für einige Jahre nicht exakt 100 % ergibt. Dies ist auf Auf- bzw. Abrundungen der Prozentwerte zurückzuführen.

Tabelle 9: Hauptproblemlagen der Klientel, 2009 bis 2018 (gleiche Einrichtungen, N=93)

	2009	2012	2015	2018
Alkohol	43 % 5.749	43 % 6.399	42 % 6.058	42 % 6.087
Opioide	28 % 3.831	28 % 4.068	25 % 3.629	20 % 2.957
Stimulanzen	3 % 445	3 % 471	5 % 670	5 % 745
Kokain	2 % 299	2 % 242	2 % 322	3 % 462
Sedativa	0,7 % 91	0,7 % 107	0,7 % 99	0,7 % 97
Cannabis	15 % 2.014	14 % 2.029	17 % 2.470	20 % 2.954
Glücksspiel	4 % 557	6 % 915	5 % 800	6 % 907
Andere	4 % 505	4 % 558	4 % 510	2 % 319
Gesamt	13.491	14.789	14.558	14.528

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

Bei den neu aufgenommenen Personen mit Alkoholproblemen ist der relative Anteil seit dem Jahr 2009 etwas schwankend: die Werte bewegen sich zwischen 44 % und 48 % (siehe Tabelle 10). Der Anteil der Neuaufnahmen mit einem opioidbezogenen Hauptproblem hat sich kontinuierlich über die Jahre stark reduziert: von 18 % in 2009 über 11 % in 2015 auf nur noch 7 % im aktuellen Beobachtungsjahr. In absoluten Zahlen bedeutet dies eine Abnahme von 1.121 auf 445 Neuaufnahmen (damit ist sie aktuell nur noch die viert größte Hauptproblemgruppe).

Die (neu aufgenommene) Cannabisklientel hat dagegen seit 2009 an Bedeutung gewonnen: ihr relativer Anteil ist von 19 % auf 29 % angewachsen; auch die absoluten Zahlen der Klient*innen haben stark zugenommen (von 1.186 auf 1.763).

Bei der Gruppe der Glücksspielenden ist es im Dokumentationszeitraum zunächst ebenfalls zu einer deutlichen Steigerung ihres prozentualen Anteils gekommen: zwischen 2009 und 2012 ist dieser von 5 % auf 9 % angestiegen, dann etwas gefallen, um in 2018 wieder 8 % zu erreichen. Insgesamt dürfte sich hier die verstärkte Ausrichtung der hessischen Suchthilfe auf die Betreuung dieser Klientel widerspiegeln. Bei den Stimulanzen ist es bei den Neuaufnahmen ebenfalls zu einer Zunahme gekommen (von 3 % auf 6 %). Die Anteile der neu aufgenommenen Klient*innen mit dem Hauptproblem Kokain und „andere Suchtprobleme“ entsprechen weitgehend den Werten, die für die Gesamtklientel ermittelt worden sind (siehe oben).

Tabelle 10: Hauptproblemlage der neu aufgenommenen Klientel, 2009 bis 2018 (gleiche Einrichtungen, N=93)

	2009	2012	2015	2018
Alkohol	46 % 2.845	48 % 2.922	45 % 2.664	44 % 2.680
Opioide	18 % 1.121	15 % 891	11 % 655	7 % 445
Stimulanzien	3 % 213	4 % 235	6 % 331	6 % 337
Kokain	2 % 145	2 % 113	3 % 160	4 % 220
Sedativa	1 % 49	1 % 48	1 % 42	1 % 46
Cannabis	19 % 1.186	18 % 1.097	24 % 1.426	29 % 1.763
Glücksspiel	5 % 336	9 % 520	7 % 406	8 % 481
Andere	4 % 254	4 % 256	4 % 245	2 % 113
Gesamt	6.149	6.082	5.929	6.085

Erwerbssituation

Die Erwerbssituation der Klient*innen der ambulanten Suchthilfe in Hessen hat sich in den Jahren 2009 bis 2018 deutlich verbessert. Betrug der Anteil der Erwerbstätigen im Jahr 2009 noch 21 %, waren es neun Jahre später 32 % (siehe Tabelle 11). Gleichzeitig ist der Anteil der ALG II-Beziehenden deutlich von 48 % auf 32 % 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 11: Erwerbssituation der Gesamtklientel, 2009 bis 2018 (gleiche Einrichtungen, N=93)

	2009	2012	2015	2018
erwerbstätig	21 %	23 %	24 %	32 %
in Schule/Ausbildung	11 %	13 %	13 %	13 %
ALG I	6 %	5 %	5 %	5 %
ALG II	48 %	45 %	42 %	32 %
SGB XII	0,4 %	0,7 %	2 %	4 %
berufliche Rehabilitation	2 %	2 %	2 %	1 %
sonstige	10 %	11 %	12 %	13 %
Gesamt	10.925	11.836	11.464	12.163

Bei der Alkoholklientel ist der prozentuale Anteil von erwerbstätigen Personen seit dem Jahr 2009 um immerhin 14 Prozentpunkte von 26 % auf 40 % angewachsen (siehe Tabelle 12). Gleichzeitig hat sich der Anteil der ALG II-Empfänger*innen – fast spiegelbildlich – stark reduziert (2009:

40 %, 2019: 25 %). Ferner ist der entsprechende Wert bei der ALG I-Gruppe leicht von 8 % auf 6 % zurückgegangen.

Tabelle 12: Erwerbssituation der Alkoholkielntel, 2009 bis 2018 (gleiche Einrichtungen, N=93)

	2009	2012	2015	2018
erwerbstätig	26 %	27 %	29 %	40 %
in Schule/Ausbildung	6 %	9 %	7 %	5 %
ALG I	8 %	7 %	6 %	6 %
ALG II	40 %	36 %	35 %	25 %
SGB XII	0 %	0 %	1 %	3 %
berufliche Rehabilitation	2 %	2 %	2 %	1 %
sonstige	17 %	19 %	20 %	19 %
Gesamt	4.453	4.810	4.496	4.857

Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei der Opioidkielntel festzustellen, wenn auch auf einem weitaus niedrigeren Niveau: Der Anteil der erwerbstätigen Personen ist seit 2009 leicht angestiegen (von 13 % auf 18 %) und derjenige der ALG II-Empfänger*innen stark zurückgegangen (von 70 % auf 54 %) (siehe Tabelle 13). Hierbei ist aber zu beachten, dass gleichzeitig ein Anstieg von SGB XII-Beziehenden zu registrieren ist (von 1 % auf 10 %). Insgesamt bleibt die berufliche Situation der Opioidkielntel deutlich problematisch, was ihren besonderen Hilfebedarf kennzeichnet.

Tabelle 13: Erwerbssituation der Opioidkielntel, 2009 bis 2018 (gleiche Einrichtungen, N=93)

	2009	2012	2015	2018
erwerbstätig	13 %	15 %	17 %	18 %
in Schule/Ausbildung	3 %	3 %	2 %	2 %
ALG I	5 %	3 %	3 %	3 %
ALG II	70 %	68 %	63 %	54 %
SGB XII	1 %	2 %	4 %	10 %
berufliche Rehabilitation	2 %	1 %	1 %	1 %
sonstige	6 %	7 %	10 %	13 %
Gesamt	3.274	3.478	3.093	2.630

Auch bei der Cannabiskielntel hat der Anteil der erwerbstätigen Personen im Beobachtungszeitraum zugenommen; der aktuelle Wert beträgt 24 % (siehe Tabelle 14). Gleichzeitig hat sich der Anteil von ALG II-Empfänger*innen seit 2009 deutlich reduziert (2018: 23 %). Es gibt hier einen hohen – in etwa gleichbleibenden Anteil – von Personen, die sich in der Ausbildung befinden, studieren oder zur Schule gehen (2018: 40 %).

Tabelle 14: Erwerbssituation der Cannabisklienten, 2009 bis 2018 (gleiche Einrichtungen, N=93)

	2009	2012	2015	2018
erwerbstätig	18 %	19 %	17 %	24 %
in Schule/Ausbildung	39 %	42 %	44 %	40 %
ALG I	4 %	3 %	3 %	3 %
ALG II	34 %	32 %	32 %	23 %
SGB XII	0,1 %	0,1 %	0,2 %	2 %
berufliche Rehabilitation	3 %	2 %	2 %	1 %
sonstige	2 %	2 %	2 %	6 %
Gesamt	1.711	1.700	2.017	2.559

Betreuungsform

Die Beratung ist die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform in der ambulanten Suchthilfe Hessens. Dabei ist ihr relativer Anteil zwischen dem Ausgangsjahr und 2018 von 38 % auf 45 % angestiegen (siehe Tabelle 15). Die zweithäufigste Betreuungsform der letzten Jahre ist mit einem relativ stabilen Anteil zwischen 14 % und 17 % die Medikamentengestützte Behandlung, d. h. vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter. Bei der Ambulanten Rehabilitation (AR) ist es seit 2012 dagegen zu einem deutlichen Rückgang von 12 % auf 7 % gekommen. Die Allgemeine Psychosoziale Betreuung liegt seit 2012 bei einem stabilen Wert von etwa 6 %. Die Betreuungsart „Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung“ weist ebenfalls relativ konstante Anteile auf: 5 % bis 7 %. In der Kategorie „Andere“, die im Jahr 2018 15 % aller Betreuungen ausmacht, werden verschiedene andere Betreuungsarten, wie schulische und berufliche Integrationshilfen oder Raucherentwöhnung, zusammengefasst.

Tabelle 15: Betreuungsform der Klientel, 2009 bis 2018 (gleiche Einrichtungen, N=93)

	2009	2012	2015	2018
Beratung	38 %	39 %	41 %	45 %
Frühintervention	2 %	3 %	3 %	3 %
Medikam.-gestützte Behandl.	15 %	17 %	17 %	14 %
Ambulante Reha.	10 %	12 %	11 %	7 %
Suchtnachsorge	0 %	0 %	1 %	3 %
Allgemeine psychosoziale Betreuung	8 %	6 %	6 %	6 %
Vorbereitung auf stat. Behandlung	7 %	6 %	6 %	5 %
Andere	20 %	16 %	16 %	15 %
Gesamt	14.856	15.962	15.653	15.565

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 Alkoholklientel seit 2009 stetig zugenommen hat (von 42 % auf 48 % in 2018) (siehe Tabelle 16). Gleichzeitig hat sich seitdem der Stellenwert der Ambulanten Rehabilitation (AR) verringert (zusammengerechnete Anteile 2009: 19 %, 2018: 10 %). Das hängt mit dem Wegfall der „AR Poststationär“ zusammen. An ihre Stelle sind die Betreuungsformen Nachsorge und Weiterbehandlung getreten, die aber nicht mehr der AR im engeren Sinne zugeordnet werden können.

Zum anderen ist bei der Opioidklientel die Entwicklung bei der Medikamentengestützten Behandlung auffällig. Ihr Anteil stieg im Beobachtungszeitraum kontinuierlich von 53 % auf 65 % im Jahr 2015 an, um dann erstmalig im aktuellen Jahr um 2 Prozentpunkte zu fallen (siehe Tabelle 17). Bei den Ergebnissen zur Cannabisklientel ist bemerkenswert, dass – wie bei den Alkoholklient*innen – die Bedeutung der Beratung über die Jahre zugenommen hat (von 49 % auf 56 %) (siehe Tabelle 18). Das Gleiche gilt für die Frühintervention: von 7 % auf 12 %). Gleichzeitig ist es zu einem stetigen Rückgang der Bedeutung der Vorbereitung der Medizinisch-Psychologischen Untersuchung gekommen (MPU, von 10 % von 2 %).

Tabelle 16: Betreuungsform der Alkoholklienten, 2009 bis 2018 (gleiche Einrichtungen, N=93)

	2009	2012	2015	2018
Beratung	42 %	43 %	44 %	48 %
AR Vorbereitungsphase	2 %	3 %	2 %	3 %
AR Behandlungsphase	7 %	6 %	8 %	7 %
AR Poststationär	10 %	13 %	9 %	-%
Suchtnachsorge	0 %	0 %	2 %	7 %
Vorbereitung auf stat. Behandlung	9 %	8 %	8 %	6 %
MPU-Beratung	4 %	3 %	2 %	2 %
PSB Wohngruppen (Einzel/Gruppe)	4 %	5 %	6 %	6 %
Allgemeine P	6 %	6 %	5 %	5 %
Anderes	16 %	13 %	14 %	16 %
Gesamt	5.736	6.381	5.990	6.004

Tabelle 17: Betreuungsform der Opioidklientel, 2009 bis 2018 (gleiche Einrichtungen, N=93)

	2009	2012	2015	2018
Beratung	13 %	12 %	12 %	11 %
Medikam.-gestützte Behandl.	53 %	61 %	65 %	63 %
amb. Reha	2 %	2 %	1 %	1 %
Suchtnachsorge	0 %	0 %	0 %	0 %
Vorbereitung auf stat. Behandlung	6 %	4 %	3 %	2 %
Allgemeine PSB	10 %	6 %	6 %	8 %
Begl. Betr. während anderer Maßn.	2 %	2 %	1 %	1 %
PSB Wohngruppen (Einzel/Gruppe)	4 %	5 %	5 %	5 %
Anderes	10 %	8 %	7 %	8 %
Gesamt	3.830	4.066	3.627	2.938

Tabelle 18: Betreuungsform der Cannabisklienten, 2009 bis 2018 (gleiche Einrichtungen, N=93)

	2009	2012	2015	2018
Beratung	49 %	51 %	56 %	56 %
Allgemeine PSB	6 %	7 %	6 %	6 %
MPU-Beratung	10 %	6 %	4 %	2 %
Vorbereitung auf stat. Behandlung	7 %	7 %	6 %	5 %
Frühintervention	7 %	9 %	9 %	12 %
Ambulante Behandlung	5 %	5 %	2 %	2 %
Suchtnachsorge	0 %	0 %	0 %	1 %
Anderes	17 %	15 %	17 %	16 %
Gesamt	2.010	2.027	2.460	2.944

Betreuungsdauer

Die durchschnittliche Betreuungsdauer bei der gesamten Klientel hat im Zeitraum 2009 bis 2018 zugenommen; sie ist von 215 auf 233 Tage angewachsen (siehe Tabelle 19). Bei der kategorialen Betrachtung nach Betreuungsmonaten ergeben sich jedoch über die Jahre keine wesentlichen Veränderungen in die eine oder andere Richtung.

Tabelle 19: Durchschnittliche Betreuungsdauer der gesamten Klientel, 2009 bis 2018 (in Tagen und Kategorien, abgeschlossene Betreuungen, gleiche Einrichtungen, N=93)

	2009	2012	2015	2018
Insgesamt				
bis 3 Monate	39 %	41 %	44 %	43 %
bis 6 Monate	25 %	22 %	21 %	22 %
bis 12 Monate	20 %	19 %	18 %	19 %
über 12 Monate	15 %	18 %	17 %	16 %
Mittelwert (in Tagen)	215,1	226,7	230,6	233,1
Gesamt	6.883	7.631	7.374	6.849

Wird die Betreuungsdauer bei den einzelnen Hauptproblemgruppen analysiert, zeigt sich im betrachteten Zeitraum vor allem ein eindeutiger Trend bei den Opioidabhängigen: Die Betreuung dieser Klient*innen weist im Vergleich zu den anderen Hauptgruppen für das Jahr 2018 den mit Abstand höchsten Durchschnittswert auf, der darüber hinaus seit 2009 von 301 auf 475 Tage (2018) stark angestiegen ist (siehe Tabelle 20). Der Anteil derjenigen, die seit 12 Monaten und länger in Betreuung sind, liegt hier seit 2015 bei über 30 %.

Bei der Alkoholklientel gibt es dagegen keine einheitliche Entwicklung bei der Betreuungsdauer. Hier liegen schwankende Jahreswerte vor, die sich in einer Spannweite zwischen 185 und 231 Tagen bewegen. Ein dementsprechendes Bild ergibt sich, wenn die Betreuungsdauer kategorial (bis 3 Monate etc.) betrachtet wird.

Bei der Cannabisklientel ist seit dem Jahr 2009 eine Abnahme der durchschnittlichen Betreuungsdauer zu konstatieren (von 201 auf 151 Tage). Hier gibt es einen zunehmenden Anteil von Klient*innen, der nur eine kurze Zeit in Betreuung ist (bis 3 Monate). Im Jahr 2018 wird hier ein Höchstwert von 52 % erreicht.

Tabelle 20: Durchschnittliche Betreuungsdauer nach Hauptproblemgruppe, 2009 bis 2018 (in Tagen und Kategorien, abgeschlossene Betreuungen, gleiche Einrichtungen, N=93)

	2009	2012	2015	2018
Alkohol				
bis 3 Monate	42 %	41 %	44 %	38 %
bis 6 Monate	25 %	22 %	21 %	24 %
bis 12 Monate	21 %	20 %	19 %	21 %
über 12 Monate	13 %	17 %	15 %	17 %
Mittelwert (in Tagen)	185,2	213,7	199,8	230,6
Gesamt	3.242	3.707	3.398	2.937
Opioide				
bis 3 Monate	33 %	34 %	30 %	30 %
bis 6 Monate	23 %	19 %	16 %	18 %
bis 12 Monate	21 %	19 %	21 %	18 %
über 12 Monate	23 %	28 %	33 %	35 %
Mittelwert (in Tagen)	300,8	338,1	468,3	475,4
Gesamt	1.429	1.424	1.112	806
Cannabis				
bis 3 Monate	39 %	43 %	51 %	52 %
bis 6 Monate	26 %	24 %	21 %	23 %
bis 12 Monate	21 %	20 %	16 %	16 %
über 12 Monate	14 %	12 %	11 %	8 %
Mittelwert (in Tagen)	200,6	181,5	164,7	150,7
Gesamt	1.155	1.210	1.505	1.771

Art der Beendigung der Betreuung

Bei der Art der Beendigung der Betreuung fällt auf, dass der Anteil regulär beendeter Betreuungen über die Jahre kontinuierlich von 43 % auf 51 % angestiegen ist, während es einen Rückgang bei den planmäßigen Wechsel in eine andere Behandlungsform gab (von 12 % auf 8 %) (siehe Tabelle 21). Werden jedoch diese beiden Kategorien zusammen als „planmäßige Beendigung“ betrachtet, ergeben sich über die Jahre ähnliche prozentuale Werte, die zwischen 55 % und 60 % liegen.

Tabelle 21: Art der Beendigung der Betreuung bei der gesamten Klientel, 2009 bis 2018 (gleiche Einrichtungen, N=93)

	2009	2012	2015	2018
regulär	43 %	46 %	49 %	51 %
planmäßiger Wechsel	12 %	12 %	11 %	8 %
vorzeitig auf ärztl./therap. Veranlassung	1 %	1 %	1 %	1 %
vorzeitig mit ärztl./therap. Einverständnis	4 %	5 %	5 %	6 %
vorzeitig ohne ärztl./therap. Einverständnis	33 %	30 %	27 %	29 %
disziplinarisch	2 %	2 %	2 %	1 %
außerplanmäßige Verlegung/Wechsel	4 %	3 %	3 %	3 %
verstorben	1 %	1 %	1 %	1 %
Gesamt	6.410	7.261	6.989	6.547

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 Alkoholklientel im gesamten Beobachtungszeitraum ein vergleichsweise konstanter Anteil zwischen 62 % bis 64 % (siehe Tabelle 22). Bei der Cannabisklientel ist der Anteil planmäßiger Beendigungen über die Jahre kontinuierlich von 57 % bis 67 % angestiegen (siehe Tabelle 24).

Bei der Opioidklientel liegt dagegen kein einheitliches Bild vor: Im aktuellen Jahr hat hier ein sehr deutlicher Rückgang bei dem planmäßigen Wechsel in eine andere Behandlungsform stattgefunden (nur noch 7 %) (siehe Tabelle 23).

Tabelle 22: Art der Beendigung der Betreuung bei der Alkoholklientel, 2009 bis 2018 (gleiche Einrichtungen, N=93)

	2009	2012	2015	2018
regulär	50 %	53 %	53 %	52 %
planmäßiger Wechsel	12 %	11 %	11 %	11 %
vorzeitig auf ärztl./therap. Veranlassung	1 %	1 %	1 %	1 %
vorzeitig mit ärztl./therap. Einverständnis	3 %	5 %	6 %	7 %
vorzeitig ohne ärztl./therap. Einverständnis	29 %	27 %	26 %	26 %
disziplinarisch	1 %	1 %	1 %	1 %
außerplanmäßige Verlegung/Wechsel	1 %	1 %	2 %	2 %
verstorben	1 %	1 %	1 %	1 %
Gesamt	2.993	3.533	3.201	2.820

Tabelle 23: Art der Beendigung der Betreuung bei der Opioidklientel, 2009 bis 2018 (gleiche Einrichtungen, N=93)

	2009	2012	2015	2018
regulär	25 %	28 %	30 %	31 %
planmäßiger Wechsel	16 %	16 %	16 %	7 %
vorzeitig auf ärztl./therap. Veranlassung	2 %	2 %	1 %	2 %
vorzeitig mit ärztl./therap. Einverständnis	3 %	5 %	4 %	6 %
vorzeitig ohne ärztl./therap. Einverständnis	37 %	31 %	29 %	37 %
disziplinarisch	6 %	7 %	7 %	5 %
außerplanmäßige Verlegung/Wechsel	9 %	9 %	10 %	8 %
verstorben	2 %	2 %	4 %	5 %
Gesamt	1.340	1.365	1.044	748

Tabelle 24: Art der Beendigung der Betreuung bei der Cannabisklientel, 2009 bis 2018 (gleiche Einrichtungen, N=93)

	2009	2012	2015	2018
regulär	49 %	54 %	57 %	61 %
planmäßiger Wechsel	8 %	8 %	8 %	6 %
vorzeitig auf ärztl./therap. Veranlassung	1 %	1 %	1 %	1 %
vorzeitig mit ärztl./therap. Einverständnis	4 %	3 %	5 %	3 %
vorzeitig ohne ärztl./therap. Einverständnis	34 %	30 %	25 %	26 %
disziplinarisch	1 %	1 %	1 %	1 %
außerplanmäßige Verlegung/Wechsel	2 %	3 %	3 %	2 %
verstorben	0 %	0 %	0 %	0 %
Gesamt	1.084	1.153	1.417	1.699

Cannabisklientel nach Altersgruppen

Die Trendauswertung in diesem Bericht zeigt, dass die Bedeutung der Cannabisklientel in der ambulanten Suchthilfe Hessens in den letzten Jahren weiter zugenommen hat. Inzwischen handelt es sich bei den Cannabisklient*innen um die zweitgrößte Betreuungsgruppe (2018: 20 %; 2009: 15 %).

Vor diesem Hintergrund soll in der folgenden Spezialanalyse der Frage nachgegangen werden, ob sich weitere Besonderheiten bei der Cannabisklientel zeigen, wenn nach verschiedenen Altersgruppen differenziert wird. Möglicherweise ergeben sich daraus einige wichtige Erkenntnisse für die praktische Arbeit bzw. tiefergehende Fragestellungen für neue Analysen.

Zu diesem Zweck werden drei Altersgruppen für die folgenden Auswertungen gebildet:

- minderjährige Personen (unter 18 Jahre),
- junge Erwachsene (18 bis unter 27 Jahre),
- Erwachsene (27 Jahre und älter).

Eine solche Klassifizierung dient dazu, erste Hinweise über altersspezifische Besonderheiten zu erhalten. Die Auswertung gliedert sich dabei in soziodemografische Merkmale der jeweiligen Altersgruppe sowie Daten zu ihrem spezifischen Inanspruchnahmeverhalten. Es werden vor allem Unterschiede zwischen den drei Altersgruppen dargestellt; entsprechend ist die folgende Übersichtstabelle gestaltet.

Die Datengrundlage für die Auswertung stellen die zusammengefassten Daten der Jahre 2014 bis 2018 dar. In diesen fünf Jahren ist eine Fallzahl von insgesamt 11.006 begonnenen Betreuungen mit der Hauptproblemsubstanz Cannabis zustande gekommen. In den einzelnen Auswertungen kann die Fallzahl niedriger sein, entweder weil entsprechende Angaben nicht vorliegen oder weil als Basis die Anzahl beendeter Betreuungen genommen worden ist. Die Fallzahl ist aber bei jeder einzelnen Auswertung so hoch, dass sie als repräsentativ für die jeweilige Altersgruppe angesehen werden kann.

Soziodemografische Merkmale

In allen drei Altersgruppen dominiert die männliche Klientel; ihr Anteil liegt jeweils bei über 80 % (siehe Tabelle 25). Auch beim Anteil von Personen mit einem Migrationshintergrund, der überall bei etwa einem Drittel liegt, zeigen sich – genauso wie bei der deutschen Staatsangehörigkeit (89 % bis 90 %) – keine nennenswerten Abweichungen zwischen den Altersgruppen. Das gilt in ähnlicher Weise für Personen, die ohne Abschluss die Schule verlassen haben. Hier liegen die prozentualen Anteile zwischen 11 % und 14 %.

Deutliche Unterschiede werden jedoch bei der sozialen Situation sichtbar: Die Erwerbslosenquote – ALG I- und ALG II-Empfänger*innen zusammenfasst – ist bei den älteren Erwachsenen höher als bei den jungen Erwachsenen (53 % zu 31 %). Darüber hinaus verfügen in der erst genannten Altersgruppe 27 % über keine abgeschlossene Berufsausbildung. Bei den Minderjährigen ist die Erwerbslosenquote naturgemäß sehr niedrig (4 %), weil ein Großteil von ihnen noch zur Schule

geht (84 %). Ähnlich wie die Erwerbslage stellt sich die Schuldsituation dar: Auch hier zeigt sich, dass der Anteil verschuldeter Klient*innen bei den älteren Erwachsenen deutlich höher ist als bei den 18- bis 26-Jährigen (43 % zu 22 %). In der erst genannten Altersgruppe haben 12 % eine Schuldensumme, die über 10.000 Euro liegt (18- bis unter 27-Jährige: 3 %). Bei der Wohnsituation ergibt sich, dass immerhin 12 % der minderjährigen Cannabisklient*innen in einer betreuten Wohnform leben, beispielsweise in einem Übergangwohnheim. Bei den beiden erwachsenen Altersgruppen liegen die entsprechenden Werte mit 7 % bzw. 5 % niedriger.

Insgesamt fällt bei der Analyse nach soziodemografischen Merkmalen zum einen auf, dass es innerhalb der minderjährigen Altersgruppe offensichtlich eine Teilgruppe gibt, die sich in einer äußerst problematischen Situation befindet, weil sie ohne Abschluss die Schule verlassen hat und/oder in betreuten Wohnformen lebt. Für diese Klient*innen dürfte der Betreuungsaufwand entsprechend hoch sein. Zum anderen ist die große Zahl von erwerbslosen Personen unter den älteren Cannabisklient*innen bemerkenswert und zeigt einen entsprechenden Handlungsbedarf auf.

Daten zur Betreuung

Je älter die Cannabisklient*innen sind, desto häufiger handelt es sich um eine Wiederaufnahme in eine der etwa 100 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, die sich am COMBASS-Projekt in Hessen beteiligen. Bei der älteren Klientel ist es gut jede dritte Person, die erneut in eine Einrichtung aufgenommen wird (siehe Tabelle 25). Der entsprechende Anteil beträgt bei den unter 18-Jährigen 10 %.

Bei den Minderjährigen und jungen Erwachsenen kommen ungefähr sieben von zehn Klient*innen auf der Grundlage strafrechtlicher Auflagen in eine Betreuung. Bei den älteren Erwachsenen ist dieser Anteil mit 38 % deutlich geringer. Entsprechend hoch ist in der letztgenannten Altersklasse auch der Anteil derjenigen, die ohne Vermittlung, also aus eigener Motivation eine Hilfeeinrichtung aufsuchen: 50 %. Bei den beiden anderen Gruppen, vor allem bei den Minderjährigen, liegt dieser Wert (viel) niedriger (34 % bzw. 15 %).

Bemerkenswert ist weiterhin, dass bei den Minderjährigen die Betreuungsform „Frühintervention“ mit einem Anteil von 33 % eine bedeutsame Rolle spielt. Ferner wird hier in 6 % aller Fälle eine „Jugendberatung“¹⁸ durchgeführt. Bei den beiden Erwachsenen-Gruppen ist die dominante Betreuungsform die (klassische) Sucht- und Drogenberatung mit Anteilen von 59 % bzw. 57 %; Maßnahmen der Frühintervention kommen hier viel seltener bzw. so gut wie gar nicht vor (11 %; 0,1 %). Dafür spielt hier – zumindest bei den älteren Erwachsenen – die MPU-Beratung im Zusammenhang mit dem Verlust des Führerscheins eine gewisse Rolle (6 %).

Die durchschnittliche Betreuungsdauer – berechnet auf der Grundlage beendeter Betreuungen – unterscheidet sich ebenfalls bei den drei Altersgruppen: Während sie bei den jugendlichen Klient*innen 115 Tage beträgt, ist sie bei den älteren Erwachsenen mit 181 Tagen deutlich höher. Der Wert für die jungen Erwachsenen liegt mit 149 Tagen dazwischen. Ebenso differieren die Anteile regulärer Beendigungen bzw. planmäßiger Wechsel in eine andere Institution: Bei den Minderjährigen beträgt ihr (zusammengerechneter) Wert 76 %, in der mittleren Altersgruppe 63 % und bei den älteren Erwachsenen 60 %. Werden abschließend die erfolgreichen Beendigungen betrachtet, d.h. diejenigen, bei denen sich die Suchtproblematik im Verlauf der Betreuung

¹⁸ Als Alternative zu der im neuen HKDS entfallenen „Zielgruppe“ hat die COMBASS-Steuerungsgruppe eine Auswertungsgruppe „jugendspezifische Problemlagen“ definiert. Diese Gruppe umfasst alle Klient*innen, die jünger als 21 Jahre sind und/oder für die die Betreuungsform „Jugendberatung“ oder „Frühintervention“ dokumentiert wurde.

verbessert hat, liegen die entsprechenden Werte zwischen den drei Altersgruppen dann nicht mehr ganz so weit auseinander (63 % bis 73 %).

Bei den analysierten Daten zur Betreuung stehen bei den Minderjährigen die Relevanz des Strafrechtes als Betreuungsgrund und die spezifischen Betreuungsformen (Frühintervention, Jugendberatung) hervor; bei der älteren Klientel ist es die deutlich höhere Betreuungsdauer.

Tabelle 25: Klientel und Betreuungen im regionalen Vergleich

	unter 18 Jahre	bis unter 27 Jahre	27 Jahre und älter
Soziodemografische Merkmale			
Männlich	83 %	87 %	83 %
Gesamt-N	2.298	5.360	3.348
Mit Migrationshintergrund	31 %	34 %	34 %
Gesamt-N	1.547	3.934	2.502
Ohne Schulabschluss	14 %	13 %	11 %
Gesamt-N	915	3.886	2.663
Erwerbslos (ALG I / ALG II)	4 %	31 %	53 %
Gesamt-N	1.598	3.470	2.257
Schulden	2 %	22 %	43 %
Gesamt-N	1.354	3.041	1.940
Betreute Wohnformen	12 %	7 %	5 %
Gesamt-N	1.793	4.204	2.720
Daten zur Betreuung			
Wiederaufnahme COMBASS	10 %	23 %	34 %
Gesamt-N	2.298	5.360	3.348
Strafrechtliche Auflagen	73 %	70 %	38 %
Gesamt-N	1.326	2.933	1.387
Ohne Vermittlung	15 %	34 %	50 %
Gesamt-N	1.433	3.606	2.500
Beratung	49 %	59 %	57 %
Frühintervention	33 %	11 %	0,1 %
Jugendberatung	6 %	2 %	-
MPU-Beratung	0,1 %	3 %	6 %
Gesamt-N	2.297	5.354	3.342
Betreuungsdauer (Ø)	115 Tage	149 Tage	181 Tage
Gesamt-N	2.102	4.681	2.784
Reguläre Beendigung	73 %	55 %	48 %
Planmäßiger Wechsel	3 %	8 %	12 %
Gesamt-N	1.962	4.381	2.634
Gebesserte Suchtproblematik	73 %	64 %	63 %
Gesamt-N	1.570	3.605	2.249

Landesauswertung der Dot.sys-Daten 2011-2018

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?

2018 standen 28 Fachstellen mit 39 (Teilzeit-) Mitarbeiter*innen zur Verfügung.

Was sind die Schwerpunkte der Arbeit der Fachstellen?

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

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

Wie werden die Fachstellen überregional koordiniert?

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

Wie ist die landesweite Koordinierungsstelle ausgestattet?

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

Welche Aufgaben hat die landesweite Koordinierungsstelle der HLS?

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

Wie ist die Kooperation der Fachstellen mit der HLS institutionalisiert?

Der Arbeitskreis der hessischen Präventionsfachkräfte (AHEP) bildet eine wichtige Koordinations-schnittstelle zwischen der HLS und den Fachstellen. Im Arbeitskreis finden der fachliche Informationsaustausch, die Konsensbildung in inhaltlichen Fragen, Maßnahmenabstimmung und Arbeitsteilung, Berichterstattung und Dokumentation statt. Die Durchführung gemeinsamer Projekte wird besprochen und Fortbildungen für Multiplikatoren konzipiert. Um arbeitsfähige Gruppengrößen zu gewährleisten und Reisekosten zu minimieren, teilt sich der Arbeitskreis in 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 in 2002 in einer Unterarbeitsgruppe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit Mitgliedern aus Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen erarbeitet. Dokumentiert werden alle suchtpreventiven Maßnahmen der Fachkräfte. Dieses Dokumentationssystem berücksichtigt die Interessen der Bundesländer, des Bundes und der Europäischen Union und ermöglicht gleichzeitig eine Schnittstelle zu anderen Dokumentationssystemen. 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 rückwirkend die erbrachten Maßnahmen für das Jahr 2018 dokumentiert wurden.

Was passiert mit den dokumentierten Daten in Dot.sys?

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

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

Landesauswertung der Dot.sys-Daten

Zusammenfassung

Trends 2011 bis 2018 der Suchtprävention in Hessen

Es zeigen sich einige interessante Veränderungen in der suchtpreventiven Arbeit in Hessen im betrachteten Zeitraum. Diese betreffen die folgenden Aspekte (in Klammern die Zahlen von 2011 und 2018):

- **Zielebene:** Der Anteil multiplikatorenbezogener Arbeit ist von Jahr zu Jahr zurückgegangen (von 58 % auf 47 %). Gleichmaßen haben die Tätigkeiten, die sich direkt an die Endadressat*innen wenden, zugenommen (von 34 % auf 48 %) und sind damit im Jahr 2018 erstmalig an erster Stelle.
- **Inhaltsebene (Substanzbezug):** Nach wie vor geht es bei den meisten Maßnahmen um das Thema Alkohol. Seit dem Jahr 2011 ist hier aber ein stetiger Rückgang des prozentualen Anteils um insgesamt 16 Prozentpunkte zu konstatieren, der aktuelle Wert beträgt aber immer noch 76 %.
- **Inhaltsebene (Substanzbezug):** Der Themenbereich Cannabis hat dagegen seit 2011 (34 %) einen sehr starken Bedeutungszuwachs erfahren, auch wenn sein Anteil im aktuellen Jahr gegenüber 2017 wieder zurückgegangen ist (59 %).
- **Settings:** Einen auffälligen Anstieg des relativen Anteils gibt es bei den Settings Freizeit (von 5 % auf 16 %) und Familie (von 4 % auf 10 %), auch wenn 2017 hier die Werte noch etwas höher waren.
- **Zielsetzung:** Die Bedeutung der Förderung der Risikokompetenz hat kontinuierlich von Jahr zu Jahr zugenommen; ihr relativer Anteil hat sich seit 2011 mehr als verdoppelt (von 12 % auf 29 %).

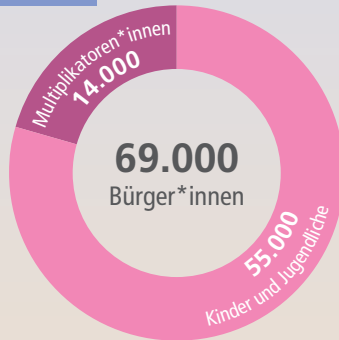
Bei vielen anderen analysierten Kriterien hat es dagegen keine oder kaum nennenswerte Veränderungen gegeben (häufig schwankende Werte über die Jahre). Deshalb kann insgesamt von einer hohen Konstanz in der suchtpreventiven Arbeit der Fachstellen für Suchtprävention gesprochen werden.

Suchtprävention in Hessen

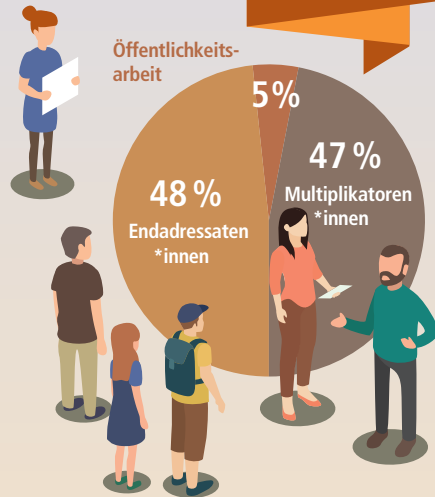
Landesauswertung der Dot.sys-Daten 2011 - 2018

Erreichte Teilnehmer*innen

Im Jahr 2018 erreichten die 28 Fachstellen für Suchtprävention in den 26 Landkreisen und kreisfreien Städten in Hessen mit rund 2.300 Maßnahmen über 69.000 Bürger*innen.

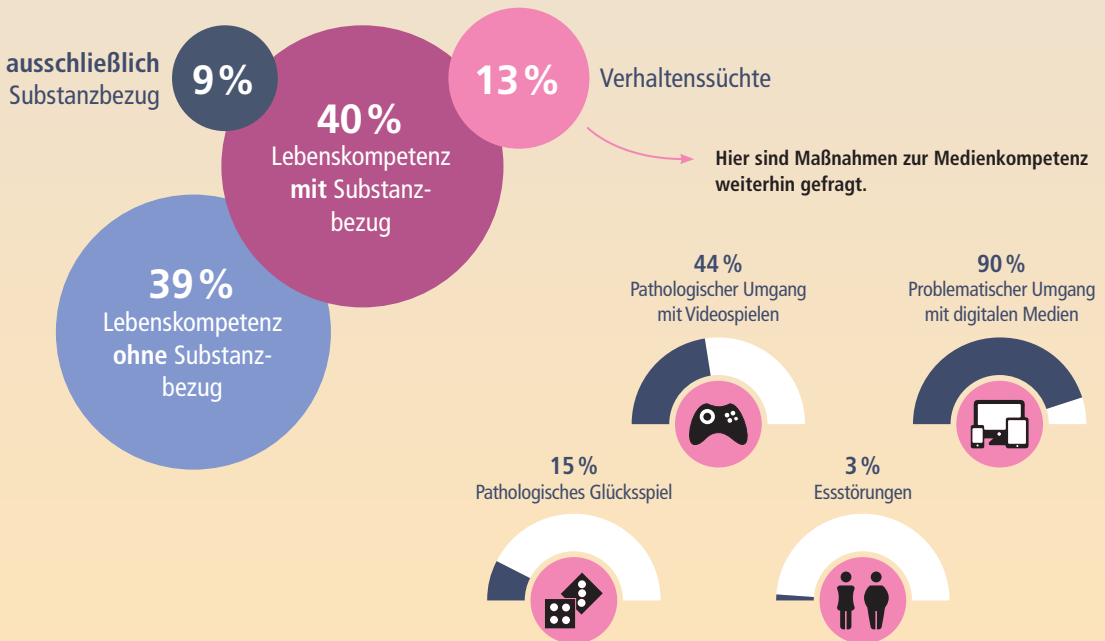


Dialoggruppen der Maßnahmen



Inhalte der Maßnahmen 2018

Lebenskompetenzfördernde Maßnahmen sind auf hohem Niveau.



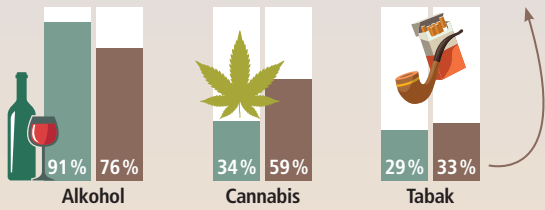
Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der Dot.sys-Daten 2011 - 2018

Interessante Veränderungen und Trends

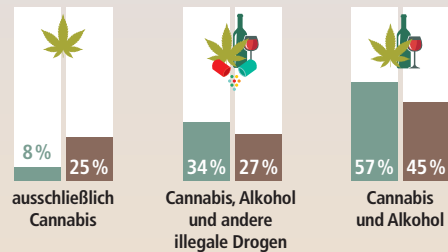
■ 2011 ■ 2018

Substanzspezifische Maßnahmen



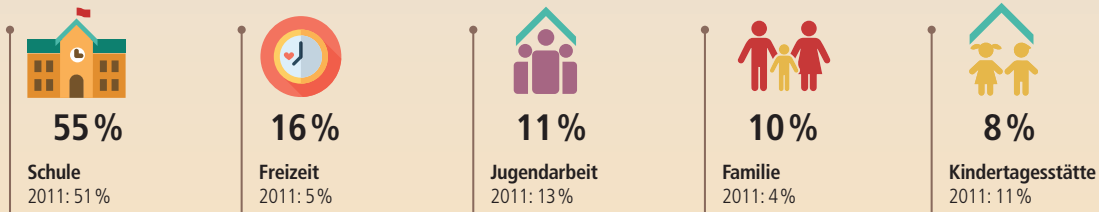
ferner E-Dampfprodukte:
21,4% (seit 2018)

Cannabisbezogene Maßnahmen



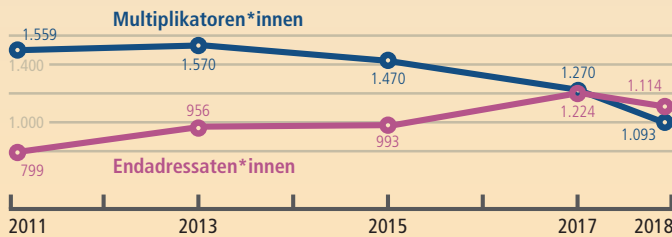
Der Anteil cannabisbezogener Maßnahmen wächst stetig, von 34 % auf 59 %.

Zentrale Arbeitsfelder der hessischen Suchtprävention



Über die Hälfte aller Aktivitäten findet im Setting Schule statt.

Anzahl der durchgeführten Maßnahmen



Endadressat*innen wie Kinder und Jugendliche werden erstmals häufiger angesprochen.

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 aller 16 Bundesländer. Diese dokumentieren ihre suchtpreventiven Aktivitäten mit Dot.sys. Für die Datensammlung wird ein einheitliches elektronisches Erfassungssystem genutzt. Mit der Version Dot.sys 3.0 wurde 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 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 Version Dot.sys 4.0, mit der in Hessen rückwirkend die erbrachten Maßnahmen für das Jahr 2018 dokumentiert worden sind.

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 28 Fachstellen an der Datenerhebung beteiligt.

Für das 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 sieben Jahren angestellt.¹ 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 2018 ergeben haben. Dieses geschieht – mit Ausnahme des Jahres 2018 – in Zwei-Jahres-Schritten. Die Datengrundlage dafür bilden die im jeweiligen Jahr begonnenen Maßnahmen. Deren Zahl liegt relativ stabil zwischen 2.300 und 2.800 pro Jahr (siehe Tabelle 26).

Ein aktueller Vergleich zwischen der Bundesebene und der Situation in Hessen ist in dem vorliegenden Jahresbericht nicht möglich, weil aufgrund der Dot.sys-Umstellung die letzten veröffentlichten bundesweiten Zahlen aus dem Jahr 2016 stammen.

¹ Für das Jahr 2017 ist dabei zu berücksichtigen, dass mit einer Excel-Liste dokumentiert worden ist. Dadurch ist es bei wenigen Kategorien zu einem hohen Anteil von fehlenden Daten gekommen; bei einigen als Einfach-Nennung konzipierten Items wurden teilweise mehrere Angaben gemacht. Mögliche Verzerrungen durch fehlende Daten wurden überprüft; die Mehrfach-Nennungen nach einer Plausibilitätsprüfung korrigiert. Insgesamt ist deshalb eine valide Auswertungsgrundlage vorhanden

Trends 2011 bis 2018 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 klassifiziert, ergibt sich für die suchtpreventive Arbeit in Hessen das folgende Bild: Im Jahr 2018 besaßen 77 % aller durchgeführten Maßnahmen einen universellen Ansatz (siehe Tabelle 26). 9 % betrafen die selektive Prävention. Den geringsten Wert weist mit 3 % die indizierte Prävention auf. Darüber hinaus beziehen sich 10 % auf die strukturelle Prävention (Verhältnisprävention). Es fällt auf, dass seit dem Jahr 2013 die Bedeutung universeller Maßnahmen stetig zugenommen hat (von 67 % auf 77 %).

An dieser Stelle sei angemerkt, dass der Anteil von Präventionsmaßnahmen, die für Mädchen (Frauen) und/oder Jungen (Männer) geschlechtsspezifische Inhalte umfassen, im betrachteten Zeitraum zwischen 19 % und 36 % schwankt. Eine kulturspezifische Ausrichtung weisen – relativ gleichbleibend – zwischen 13 % und 16 % aller Maßnahmen auf. Einen relativen Anstieg hat es in den letzten Jahren nicht gegeben; das Flüchtlingsthema schlägt sich hier also nicht nieder.

Tabelle 26: Präventionsart der Maßnahmen 2011-2018

	2011	2013	2015	2017	2018
universell	72,6 %	67,1 %	70,7 %	72,8 %	77,0 %
selektiv	11,1 %	12,7 %	12,4 %	10,3 %	9,3 %
indiziert	5,2 %	7,0 %	4,1 %	6,4 %	3,4 %
strukturell	11,1 %	13,2 %	12,8 %	10,4 %	10,4 %
N	2.554	2.741	2.702	2.537	2.317

Zielebene

Bei der Zielebene der suchtpreventiven Maßnahmen hat es in dem betrachteten Zeitraum eine wichtige Veränderung gegeben: Der Anteil derjenigen jährlichen Aktivitäten, die sich an Multiplikator*innen richten, ist kontinuierlich von 58 % auf 47 % zurückgegangen (siehe Tabelle 27). Diese Zielebene besitzt damit nicht mehr den größten Anteil. Umgekehrt haben die Tätigkeiten, die sich direkt an die Endadressat*innen wenden, von 34 % auf 48 % deutlich zugenommen und sind damit im Jahr 2018 erstmalig an erster Stelle. Der Wert für die Öffentlichkeitsarbeit hat sich dagegen in 2018 gegenüber dem Wert von 2015 fast halbiert (5 %).

Tabelle 27: Zielebene² der Maßnahmen 2011-2018

	2011	2013	2015	2017	2018
Multiplikator*innen	58,3 %	54,9 %	52,5 %	49,0 %	47,2 %
Endadressat*innen	34,3 %	37,3 %	38,7 %	47,2 %	48,1 %
Öffentlichkeitsarbeit	7,4 %	7,8 %	8,8 %	3,8 %	4,7 %
N	2.554	2.741	2.705	2.592	2.317

Werden im nächsten Schritt die Daten daraufhin ausgewertet, welche Personengruppen im Bereich Multiplikator*innen genau angesprochen werden, zeigt sich für die Jahre 2011 bis 2018 zum einen, dass der relative Anteil, der sich auf den schulischen Kontext bezieht, kontinuierlich an erster Stelle steht, auch wenn die relativen Anteile jeweils etwas schwankend sind (zwischen 40 % und 46 %) (siehe Tabelle 28). Zum anderen gibt es zwei Bereiche, deren Bedeutung über die Jahre zurückgegangen ist: „Kindertagesstätten“ (von 17 % auf 11 %) und „Eltern/Familie“ (von 9 % auf 6 %). Bei allen anderen potentiellen Zielgruppen werden gleichbleibende oder leicht schwankende Prozentwerte sichtbar.

Tabelle 28: Zielebene der Maßnahmen, Multiplikator*innen 2011-2018 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2013	2015	2017	2018
Schule	45,6 %	44,5 %	43,2 %	40,1 %	42,0 %
Kinder-/Jugendarbeit	21,1 %	23,5 %	23,2 %	24,8 %	23,5 %
Kindertagesstätten	17,1 %	15,1 %	14,5 %	13,3 %	11,3 %
Kommune/Landkreis/Behörde	16,6 %	18,6 %	20,0 %	20,5 %	17,0 %
Gesundheitswesen	13,7 %	11,9 %	13,5 %	8,9 %	9,1 %
Suchthilfe/Suchtprävention	13,4 %	18,4 %	19,7 %	16,9 %	20,2 %
Peers	9,3 %	12,4 %	12,7 %	9,3 %	4,8 %
Eltern/Familie	9,1 %	8,2 %	7,1 %	7,4 %	5,9 %
Strafwesen/Polizei	8,8 %	7,4 %	7,8 %	6,6 %	5,9 %
Freizeitbereich	7,0 %	7,4 %	9,3 %	7,2 %	-
Ehrenamtlicher Freizeitbereich	-	-	-	-	5,9 %
Ehrenamtliche Selbsthilfe	-	-	-	-	1,8 %
Ehrenamtliche Migrationsarbeit	-	-	-	-	1,8 %
Politik	6,4 %	7,8 %	6,1 %	7,0 %	3,8 %
Kirche	6,2 %	7,7 %	8,0 %	4,0 %	3,5 %
Betrieb	3,4 %	5,6 %	5,4 %	5,8 %	4,9 %
Glücksspielwesen	-	-	-	-	0,0 %
Sonstige	5,7 %	5,0 %	7,5 %	4,2 %	2,3 %
N	1.490	1.505	1.418	1.270	1.093

² Es sei angemerkt, dass es bei der Auswertung für das Jahr 2017 zu einer geringfügigen Verzerrung gekommen ist, weil einige Nutzer*innen bei dieser Einfach-Nennung (nach Dot.sys-Systematik) mehrere Angaben gemacht haben. Diese Mehrfach-Nennungen wurden vom ISD nach einer Plausibilitätsprüfung korrigiert.

Bei den suchtpreventiven Maßnahmen, die sich direkt an die Endadressat*innen richten, ergibt sich ein eindeutiger Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche. Im Jahr 2018 erreicht diese Zielgruppe einen neuen Höchstwert von 75 % (siehe Tabelle 29). Es folgt – mit weitem Abstand – die Gruppe der konsumerfahrenen Jugendlichen/Erwachsenen mit einem Wert von 14 %, der gleichzeitig bei dieser Zielgruppe der geringste Prozentanteil seit 2011 ist. Auch bei den Endadressant*innen ist der relative Anteil der Zielebene „Eltern/Familie“ im Beobachtungszeitraum zurückgegangen: von 19 % auf 12 %. Die Gruppe der Probierkonsumierenden weist dagegen eher schwankende Anteile auf, die zwischen 10 % und 17 % liegen. Ansonsten ergibt sich eine relativ stabile Verteilung der anderen potentiellen Zielebenen, wobei festzuhalten ist, dass in einzelnen Settings nur eine geringe Anzahl von Maßnahmen durchgeführt wird. Beispielsweise liegt der Wert bei den Gruppen der Student*innen und Senior*innen in allen Jahren unter 2 %. Flüchtlinge wurde im Jahr 2018 das erste Mal als eigenständige Zielgruppe erfasst; ihr Anteil liegt aktuell bei 4 %.

Tabelle 29: Zielebene der Maßnahmen, Endadressat*innen 2011-2018 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2013	2015	2017	2018
Kinder und Jugendliche	63,9 %	60,4 %	70,9 %	67,2 %	74,9 %
Eltern/Familie	18,5 %	17,5 %	15,4 %	12,7 %	12,2 %
konsumerfahrene Jugendliche/Erwachsene	18,4 %	18,6 %	17,2 %	17,3 %	14,4 %
Probierkonsument*innen	9,6 %	16,6 %	11,2 %	10,9 %	13,6 %
Auszubildende	6,3 %	9,4 %	5,9 %	5,1 %	4,5 %
unspezifisch/Gesamtbevölkerung	5,4 %	4,9 %	2,1 %	2,7 %	2,1 %
Migrant*innen	3,8 %	2,8 %	1,8 %	4,0 %	5,2 %
Flüchtlinge	-	-	-	-	3,9 %
Beschäftigte im Betrieb	3,0 %	3,3 %	1,6 %	1,3 %	3,1 %
sozial Benachteiligte	2,6 %	4,5 %	1,1 %	5,1 %	1,0 %
Student*innen	1,7 %	1,9 %	1,1 %	1,8 %	1,6 %
Senior*innen	1,6 %	0,5 %	1,0 %	0,7 %	0,7 %
Straffällige	1,0 %	1,8 %	2,5 %	2,0 %	2,5 %
suchtbelastete Lebensgemeinschaften	0,8 %	1,1 %	0,1 %	4,6 %	0,7 %
Senior*innen	1,6 %	0,5 %	1,0 %	0,7 %	0,7 %
Sonstige	1,4 %	2,6 %	1,5 %	1,1 %	0,4 %

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, dass sich über 60 % dieser Aktivitäten an die Gruppe der Jugendlichen richten (siehe Tabelle 30). Das ist im Großen und Ganzen unverändert seit dem Jahr 2011 der Fall. Es folgen die Altersgruppen der Kinder und jungen Erwachsenen, bei denen schwankende Anteile zu beobachten sind. Insgesamt ist aber kein Trend in die eine oder andere Richtung erkennbar. Maßnahmen für Senior*innen werden gleichbleibend selten durchgeführt; 2018 gab es hier den bisher niedrigsten Wert (1,4 %).

Tabelle 30: Altersgruppen der Endadressat*innen 2011-2018 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2013	2015	2017	2018
Kinder (bis 13 Jahre)	28,4 %	23,2 %	40,4 %	35,4 %	39,8 %
Jugendliche (14 bis 17 Jahre)	61,3 %	60,6 %	61,0 %	56,9 %	62,7 %
Junge Erwachsene (18 bis 27 Jahre)	31,8 %	34,4 %	27,8 %	30,1 %	30,4 %
Erwachsene (28 bis 64 Jahre)	24,7 %	25,8 %	17,3 %	21,1 %	15,0 %
Senior*innen (ab 65 Jahre)	2,4 %	4,8 %	2,4 %	3,9 %	1,4 %
N	876	1.023	1.045	1.224	1.114

Für die Zielebene der Öffentlichkeitsarbeit wird seit dem Jahr 2018 mit einem neuen Erfassungskatalog gearbeitet, deshalb kann hier keine Trendbetrachtung erfolgen. Die jetzt gewählte Form der Dokumentation zeigt, dass wichtige Formen der Öffentlichkeitsarbeit die Printmedien und die Pressearbeit sind. Sie kommen auf einen prozentualen Anteil von jeweils 47 % (siehe Tabelle 31). Es folgen die personalkommunikativen Maßnahmen und die Nutzung von Onlinemedien (35 % bzw. 27 %). Alle anderen Formen haben eine geringere Bedeutung.

Tabelle 31: Formen der Öffentlichkeitsarbeit 2018 (Mehrfachnennung möglich)

	2018
Printmedien	47,3 %
Pressearbeit	47,3 %
Personalkommunikative Maßnahmen	34,5 %
Online-Medien	27,3 %
Give aways (Aktionspakete, T-Shirt, Sticker)	13,6 %
Vortrag, Workshop, Podiumsdiskussion	9,1 %
Dialogische Online-Kommunikation	7,3 %
Hörfunk, Kino, Fernsehen	4,5 %
massenhaft verbreitete Speichermedien (z. B. USB mit Inhalten)	0,0 %
Sonstiges	10,0 %
N	110

Die letzte Auswertung betrifft die Anzahl erreichter Personen. Hier zeigt sich zunächst bei den Multiplikator*innen, dass die Anzahl geschulter/informierter Personen pro durchgeführter Maßnahme im Durchschnitt von etwa 16 auf 13 Personen zurückgegangen ist (siehe Tabelle 32). Gleichzeitig ist auch eine Abnahme bei der absoluten Anzahl von multiplikatorenbezogenen Maßnahmen zu beobachten, so dass sich hier insgesamt die Anzahl jährlich erreichter Personen von 25.000 auf 14.500 Personen deutlich reduziert hat.

Bei den Endadressat*innen ist dagegen eine eher uneinheitliche Entwicklung festzustellen: Bis zum Jahr 2015 ist die Anzahl erreichter Personen kontinuierlich von 40.000 auf 55.000 angewachsen; im Jahr 2017 fällt diese dann wieder leicht auf 53.000 Personen, um im aktuellen Jahr wieder auf fast 55.000 Personen zu steigen. Die Durchschnittswerte für die erreichten Personen pro Maßnahme liegen in einem (schwankenden) Bereich zwischen 44 und 56.

Tabelle 32: Anzahl der erreichten Personen Multiplikator*innen und Endadressat*innen 2011-2018

	2011	2013	2015	2017	2018
Multiplikator*innen					
Durchschnittliche Teilnehmendenanzahl	16,1	15,7	15,7	15,4	13,2
Insgesamt	25.068	24.649	23.079	19.558	14.428
N	1.557	1.570	1.470	1.270	1.093
Endadressat*innen					
Durchschnittliche Teilnehmendenanzahl	50,5	52,1	55,7	43,5	49,1
Insgesamt	40.350	49.808	55.310	53.244	54.697
N	799	956	993	1.224	1.114

Inhaltsebene

Bei der Erfassung der generellen Inhaltsebene ist im Jahr 2018 eine neue Dokumentationslogik zur Anwendung gekommen. Deshalb können hier nur die Ergebnisse für dieses Jahr ausgewiesen werden.

Danach beinhalten fast 80 % aller durchgeführten Maßnahmen die Förderung von Lebenskompetenzen – jeweils zur Hälfte geschieht dies mit und ohne Thematisierung psychoaktiver Substanzen (siehe Tabelle 33). 9 % aller Maßnahmen weisen dagegen einen ausschließlichen Substanzbezug auf. Darüber hinaus geht es bei 13 % schwerpunktmäßig um Verhaltenssüchte – hier vor allem thematisch um den problematischen Umgang mit digitalen Medien (90 %).³

Tabelle 33: Inhaltsebene der Maßnahmen 2018

	2018
Lebenskompetenz (2018: ohne Substanzbezug)	39,1 %
Lebenskompetenz (2018: mit Substanzbezug)	39,8 %
Substanzbezug (2018: ausschließlich)	8,5 %
Verhaltenssüchte	12,6 %
N	2.317

Dagegen können (größtenteils) die Maßnahmen mit Substanzbezug weiter im Trend betrachtet werden. Nach wie vor geht es bei den meisten Maßnahmen um das Thema Alkohol. Seit dem Jahr 2011 ist hier zwar ein Rückgang des prozentualen Anteils um insgesamt 16 Prozentpunkte zu konstatieren, der aktuelle Wert beträgt aber immer noch 76 % (siehe Tabelle 34). An zweiter Stelle folgt der Themenbereich Cannabis, der seit 2011 einen sehr starken Bedeutungszuwachs erfahren hat, auch wenn sein Anteil im aktuellen Jahr auf 59 % zurückgegangen ist. Ebenfalls hat der Anteil tabakbezogener Maßnahmen bis 2017 zugenommen: von 29 % auf 42 %. Die Werte für 2018 sind kaum vergleichbar, weil erstmalig der Inhalt „E-Dampf-Produkte“ separat erhoben wurde (21 %).

³ Auch die Verhaltenssüchte werden seit 2018 anders erfasst. Die Werte für die anderen Kategorien lauten (mehrere Angaben möglich): Pathologischer Umgang Videospiele: 44 %; Pathologisches Glücksspiel: 15 %; Essstörungen: 3 %.

Bei allen anderen Substanzen ist dagegen keine Entwicklung in die eine oder andere Richtung festzustellen; es gibt hier teilweise sehr deutliche Schwankungen. Das gilt beispielsweise auch für die Kategorie Amphetamine/Speed mit Werten zwischen 9 % und 18 %.

Erst seit wenigen Jahren werden Maßnahmen zu den Substanz(gruppen) Methamphetamine („Crystal Meth“) und so genannte „Neue Psychoaktive Substanzen“ separat erfasst: ihre aktuellen Anteile betragen 4 % bzw. 7 %.

Tabelle 34: Inhaltsebene der Maßnahmen, Substanzbezug 2011-2018 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2013	2015	2017	2018
Alkohol	91,6 %	89,9 %	85,6 %	81,9 %	76,3 %
Cannabis	34,1 %	38,5 %	42,3 %	66,9 %	58,8 %
Tabak	29,1 %	29,5 %	32,2 %	41,8 %	33,0 %
E-Dampfprodukte	-	-	-	-	21,4 %
Medikamente	9,9 %	14,9 %	10,0 %	13,9 %	11,3 %
Amphetamine/Speed	9,4 %	16,0 %	9,8 %	18,4 %	13,6 %
Methamphetamine*	n. n.	n. n.	n. n.	5,9 %	3,9 %
Ecstasy	8,2 %	13,6 %	6,3 %	10,9 %	8,9 %
Opiate	7,9 %	12,2 %	6,8 %	9,3 %	4,8 %
Kokain	7,6 %	11,9 %	5,0 %	8,4 %	6,2 %
Halluzinogene	6,7 %	9,6 %	3,8 %	6,4 %	4,1 %
Biogene Drogen	4,6 %	8,8 %	2,7 %	7,3 %	3,3 %
Lösungsmittel	3,1 %	4,5 %	2,4 %	3,8 %	2,5 %
Neue Psychoaktive Substanzen	-	-	-	-	7,4 %
N	1.184	1.321	1.384	1.415	1.120

Da der Anteil cannabisbezogener Maßnahmen in den letzten Jahren deutlich angewachsen ist, soll mit einer weiteren Auswertung der Frage nachgegangen werden, ob hierbei ein bestimmter Zusammenhang mit anderen behandelten Substanzen besteht. Ein solcher zeigt sich jedoch insgesamt betrachtet nicht (siehe Tabelle 35). Cannabis wird sowohl alleine (Anteil 2018: 25 %) – dieser Anteil ist seit 2011 stetig gestiegen – als auch mit Alkohol (45 %) oder mit Alkohol und anderen illegalen Drogen thematisiert (27 %). Hierbei ist es im Beobachtungszeitraum immer wieder zu schwankenden prozentualen Anteilen gekommen. Dagegen wird Cannabis (gleichbleibend) selten zusammen mit anderen illegalen Drogen behandelt (1 % bis 3 %).

Tabelle 35: Substanzbezug Cannabis 2011-2018

	2011	2013	2015	2017	2018
ausschließlich Cannabis	8,2 %	15,1 %	20,9 %	21,0 %	24,5 %
Cannabis & Alkohol	57,3 %	36,0 %	49,6 %	47,6 %	45,4 %
Cannabis, Alkohol, andere illegale Drogen	33,7 %	47,3 %	27,2 %	29,4 %	27,2 %
Cannabis & andere illegale Drogen	0,7 %	1,6 %	2,4 %	2,0 %	2,9 %
N	403	509	585	946	658

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: Ungefähr die Hälfte aller Aktivitäten wird in diesem Setting durchgeführt, wobei sein relativer Anteil von Jahr zu Jahr etwas schwankt (siehe Tabelle 36). Der aktuelle Anteil liegt bei einem Höchstwert von 55%.⁴ Es folgt – mit weitem Abstand – das Setting Jugendarbeit mit relativ stabilen Werten zwischen von 11 % und 13 %. Einen auffälligen Anstieg des relativen Anteils gab es bis 2017 bei den Settings Freizeit (von 5 % auf 18 %) und Familie (von 4 % auf 12 %); im aktuellen Berichtsjahr ist hier wieder ein leichter Rückgang zu konstatieren (auf 16 % bzw. 10 %). Dagegen hat es beim Setting Kindertagesstätte eine kontinuierliche Abnahme gegeben (von 11 % auf 8 %). Bei allen anderen Settings werden für die Jahre 2011 bis 2018 keine Trends in die eine oder andere Richtung sichtbar. Alle weisen für das letzte betrachtete Jahr (2018) relative Anteile von unter 10 % aus. Dabei kommt das neu aufgenommene Setting „Flüchtlingshilfe/Migrationsdienst“ auf einen Anteil von 1,4 %.

Tabelle 36: Settings der Maßnahmen 2011-2018 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2013	2015	2017	2018
Schule	50,5 %	46,9 %	52,3 %	50,5 %	55,2 %
Jugendarbeit	13,0 %	11,7 %	12,1 %	12,3 %	11,1 %
Kindertagesstätte	11,4 %	9,4 %	8,8 %	7,8 %	7,5 %
Politik/Kommune/Behörde/etc.	7,6 %	8,1 %	8,3 %	5,9 %	5,6 %
unspezifisch (Öffentlichkeit/Bevölkerung)	7,4 %	8,1 %	6,5 %	8,5 %	2,0 %
Suchthilfe	6,9 %	9,8 %	9,7 %	9,2 %	9,5 %
Gesundheitswesen	5,5 %	4,3 %	5,0 %	4,2 %	4,2 %
Freizeit	5,2 %	6,3 %	10,5 %	17,6 %	15,9 %
Betrieb	4,9 %	6,3 %	4,9 %	6,1 %	5,3 %
Familie	4,3 %	4,7 %	9,0 %	11,9 %	10,4 %
Erwachsenen-/Familienbildung	3,4 %	2,4 %	2,8 %	3,4 %	3,0 %
Strafwesen/Polizei	2,6 %	1,9 %	2,3 %	2,9 %	2,0 %
Hochschule/Fachhochschule	2,6 %	1,7 %	2,4 %	3,2 %	1,9 %
Kirche	2,5 %	3,2 %	3,1 %	1,5 %	1,0 %
Sport	0,6 %	0,6 %	0,5 %	0,8 %	0,3 %
Fahrschule	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,0 %
Flüchtlingshilfe / Migrationsdienst	-	-	-	-	1,4 %
Sonstiges	2,1 %	2,0 %	2,3 %	1,6 %	1,6 %
N	2.366	2.528	2.465	2.575	2.207

⁴ Die Verteilung nach Schultypen innerhalb des Settings Schule stellt sich für das Jahr 2018 wie folgt dar: Grundschule = 16,8 %; Schulart mit zwei Bildungsgängen = 24,8 %; Schulart mit zwei oder drei Bildungsgängen = 37,9 %; Gymnasium = 26,3 %; Berufsbildende Schule/Oberstufenzentrum = 18,5 %; Förderschule = 9,4 % (mehrere Angaben pro Maßnahme möglich). Diesen Kategorienkatalog gibt es erst seit der neuen Dot.sys-Version.

Umsetzungsebene

Die nächste Tabelle zeigt die so genannte Umsetzungsebene der Maßnahmen. Damit ist die Form oder Methodik der Maßnahme gemeint. Es ergeben sich hier nur wenige nennenswerte Veränderungen für die untersuchte Zeitspanne. Die wichtigste Rolle spielen Trainings/Schulungen mit Anteilen zwischen 37 % und 43 % – hier ist ein leichter Anstieg in den letzten Jahren zu konstatieren (siehe Tabelle 37). Die Kooperation bzw. Koordination mit Dritten betraf in den letzten Jahren jede vierte bis fünfte Maßnahme (21 % bis 26 %). An dritter Stelle folgen die Präventionsberatung und die Kategorie „Ausstellung/Projekttag/Aktionswochen“ mit Anteilen zwischen 9 % und 13 %. Alle anderen Umsetzungsformen kommen auf geringere Anteile. Darunter befinden sich auch solche, die aufgrund ihres hohen Aufwandes eher selten vorkommen (z. B. die Fachtagung).

Tabelle 37: Umsetzungsebene der Maßnahmen 2011-2018

	2011	2013	2015	2017	2018
Trainings/Schulungen	39,0 %	36,7 %	42,7 %	43,2 %	48,9 %
Kooperation/Koordination	23,4 %	25,7 %	22,9 %	20,8 %	20,7 %
Präventionsberatung	12,0 %	10,0 %	9,8 %	10,1 %	10,8 %
Ausstellung/Projekttag/Aktionswochen	8,7 %	8,6 %	9,4 %	12,6 %	7,8 %
Vortrag/Referat	7,5 %	7,9 %	7,2 %	5,8 %	5,7 %
Informationsvermittlung	6,8 %	8,5 %	5,9 %	5,5 %	4,3 %
Fachtagung	1,6 %	1,6 %	1,6 %	1,8 %	1,2 %
Information/Vermittlung Hilfsdienste	0,8 %	0,9 %	0,4 %	0,1 %	0,5 %
N	2.366	2.528	2.464	2.419	2.207

Zielsetzung

Bei den Präventionsmaßnahmen gibt es einerseits Individuen-bezogene Zielsetzungen. Hier steht an erster Stelle die Zunahme des Wissens bei den entsprechenden Zielgruppen. 70 % und mehr aller Aktivitäten verfolgen über die Jahre dieses Ziel mit einem Höchstwert im aktuellen Dokumentationsjahr (77 %) (siehe Tabelle 38). Am zweithäufigsten wird die Stärkung/Veränderung von Einstellungen genannt. Hier liegen relativ stabile Werte vor, die sich zwischen 42 % bis 46 % bewegen. Bei der Kompetenzförderung ist die Schwankungsbreite etwas größer (31 % bis 37 %). Dagegen hat die Bedeutung der Förderung der Risikokompetenz kontinuierlich von Jahr zu Jahr zugenommen; ihr Anteil hat sich seit 2011 mehr als verdoppelt (von 12 % auf 29 %). Die Verhaltensmodifikation hat in 2018 einen viel geringeren Stellenwert (9 %).

Andererseits bestehen Zielsetzungen, die auf strukturelle Aspekte oder die Öffentlichkeitsarbeit abzielen. Die Werte für die beiden Ziele „Verstärkung der Vernetzung“ und „Aufbau von Strukturen“ liegen relativ konstant bei um die 30 %. Das Ziel „hohe Öffentlichkeitswirksamkeit“ weist für das Jahr 2018 den bisher geringsten Wert von 10 % auf.

Tabelle 38: Zielsetzung der Maßnahmen 2011-2018 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2013	2015	2017	2018
Zunahme von Wissen	69,8 %	72,7 %	68,2 %	76,4 %	77,1 %
Stärkung/Veränderung von Einstellungen	43,4 %	45,0 %	42,0 %	45,9 %	45,2 %
Kompetenzförderung/Ressourcenstärkung	36,6 %	31,2 %	33,7 %	32,8 %	30,2 %
Förderung von Risikokompetenz	12,0 %	14,2 %	19,7 %	28,2 %	28,7 %
Verhaltensmodifikation	14,6 %	13,9 %	14,8 %	7,6 %	8,6 %
Stärkung der Vernetzung	31,9 %	32,4 %	34,2 %	29,6 %	30,3 %
Aufbau von Strukturen	28,0 %	30,1 %	30,0 %	32,5 %	27,2 %
hohe Öffentlichkeitswirksamkeit	16,8 %	19,4 %	18,5 %	10,5 %	9,8 %
N	2.554	2.741	2.705	2.580	2.317

Anzahl und Dauer der Termine

Mit Dot.sys können auch die Anzahl und Dauer der Termine je durchgeführter Maßnahme dokumentiert werden. In der Trendbetrachtung zeigt sich dann, dass seit 2011 der Anteil derjenigen Maßnahmen, die an einem Termin stattfinden, von 63 % auf 78 % deutlich gestiegen ist (siehe Tabelle 39). Im Gegenzug haben die Maßnahmen mit mehreren Terminen abgenommen, und zwar bei allen Erfassungskategorien (von 2-3 bis >10).

Tabelle 39: Anzahl der Termine 2011-2018

	2011	2013	2015	2017	2018
einer	63,3 %	63,3 %	64,5 %	74,3 %	77,6 %
2 bis 3	17,6 %	20,1 %	19,9 %	15,1 %	13,2 %
4 bis 6	10,4 %	9,2 %	9,9 %	6,8 %	5,8 %
7 bis 10	3,8 %	2,3 %	2,6 %	2,2 %	1,4 %
mehr als 10	4,8 %	5,1 %	3,0 %	1,5 %	1,8 %
N	2.366	2.528	2.463	2.546	2.207

Bei der Dauer der einzelnen Termine ergibt sich dagegen ein über die Jahre weitgehend gleichbleibendes Bild: Knapp die Hälfte der Maßnahmen dauert bis zu 2 Stunden und ein gutes Drittel bis zu einem halben Tag (siehe Tabelle 40). Suchtpräventive Programme oder Projekte, die einen größeren Zeitumfang benötigen, betreffen etwa 15% bis 20% aller Maßnahmen.

Tabelle 40: Dauer der Termine 2011-2018

	2011	2013	2015	2017	2018
bis 2 Stunden	42,1%	45,2%	49,5%	49,5%	47,6%
>2 Stunden bis ½ Tag	38,7%	33,9%	32,8%	34,4%	36,0%
>½ Tag bis 1 Tag	15,3%	17,4%	14,7%	13,4%	14,8%
>1 Tag	3,9%	3,4%	3,0%	2,7%	1,6%
N	2.366	2.528	2.463	2.566	2.207

Evaluationsstatus

Abschließend soll ein Blick auf den Evaluationsstatus der durchgeführten Maßnahmen geworfen werden. Bei gut drei Viertel aller Aktivitäten ist aktuell eine Evaluation nicht vorgesehen bzw. liegt eine solche nicht vor (siehe Tabelle 39). Dieser Anteil ist im Zeitraum 2011 bis 2018 von 69 % auf 77 % angestiegen. Parallel ist der Anteil bereits vorhandener Evaluationen kontinuierlich bis 2017 zurückgegangen, um im aktuellen Berichtsjahr wieder auf 20 % zu steigen. Bei den laufenden Evaluationen werden bis 2017 (leicht) schwankende Werte zwischen 11 % und 14 % sichtbar; für 2018 ergibt sich der bisher niedrigste Wert von 3 %.

Tabelle 41: Evaluation der Maßnahmen 2011-2018

	2011	2013	2015	2017	2018
nicht vorgesehen	68,8%	72,4%	73,2%	74,2%	77,0%
aktuell durchgeführt	11,6%	11,1%	11,4%	14,1%	3,3%
bereits vorhanden	19,7%	16,6%	15,3%	11,6%	19,7%
N	2.554	2.741	2.705	2.516	2.317

Einordnung der Dot.sys-Ergebnisse aus Sicht der HLS

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

Suchtprävention in Hessen

Suchtprävention leistet einen wichtigen Beitrag für den Zusammenhalt unserer Gesellschaft und zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Die Suchtpräventionsangebote in Hessen sind vor Ort, beginnen in einem frühen Lebensalter, sind qualitätsgesichert und passen in den Alltag der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen.

Die Koordinationsstelle Suchtprävention der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. und das landesweite Netzwerk der hessischen Fachstellen für Suchtprävention arbeiten an wichtigen Erziehungszielen für den Zusammenhalt unserer Gesellschaft wie Selbstständigkeit, Mitbestimmung und Mündigkeit. Sie stärken die Gesundheit und die Handlungskompetenz der Kinder und Jugendlichen. Zudem unterstützen sie ganz konkret hessische Familien, Kindertagesstätten, Schulen und Kommunen.

Vor welchem Hintergrund sich die hessischen Fachstellen für Suchtprävention und die HLS engagieren, zeigen die folgenden Zahlen. Jährlich sterben in Deutschland mindestens 110.000 Menschen vorzeitig an den Folgen des Tabakkonsums, weitere 40.000 Menschen sterben an den Folgen schädlichen Alkoholkonsums, und etwa 1.300 Todesfälle im Jahr geschehen infolge illegalen Drogenmissbrauchs.⁵

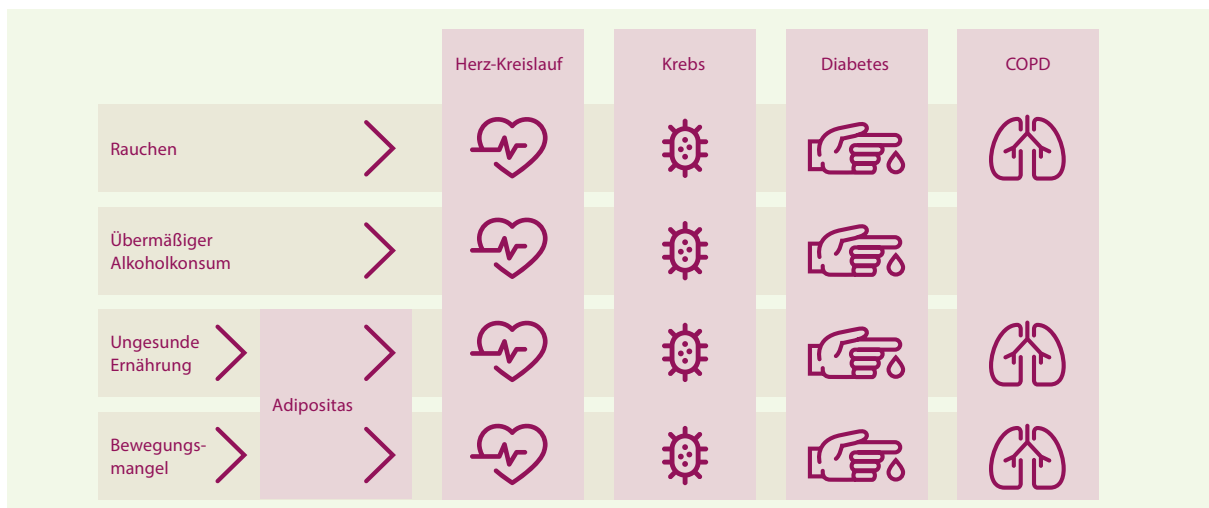
Auch nichtübertragbare Krankheiten – wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Typ-2-Diabetes und chronisch obstruktive Lungenkrankheit – beeinträchtigen in hohem Maße die Lebensqualität und die Lebenserwartung der Betroffenen. Sie verursachen nicht nur großes menschliches Leid, sondern auch hohe Belastungen für die Sozialsysteme und damit für die Gesamtgesellschaft. Schätzungen zufolge entfallen in Deutschland auf durch Rauchen verursachte Erkrankungen jährlich 78 Milliarden Euro, auf alkoholbedingte Erkrankungen 39 Milliarden Euro und Folgeerkrankungen von Adipositas 63 Milliarden Euro.⁶

So unterschiedlich die nichtübertragbaren Krankheiten sind, so haben sie doch gemeinsame Risikofaktoren: Rauchen, hoher Alkoholkonsum, ausgeprägtes Übergewicht (Adipositas), ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel begünstigen das Entstehen dieser Erkrankungen.

⁵ <https://www.bzga.de/programme-und-aktivitaeten/suchtpraevention/> am 15.8.2019.

⁶ Prävention nichtübertragbarer Krankheiten – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Grundsatzpapier der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK), Berlin 2016, S. 4.

Abbildung 21: Risikofaktoren und Nichtübertragbare Krankheiten.⁷



Suchtprävention lohnt sich!

Zielgerichtete und auf wissenschaftliche Ergebnisse gestützte Suchtprävention kann einen bedeutenden Beitrag dazu leisten, die Gesundheit positiv zu beeinflussen, die gesellschaftlichen Kosten zu senken und die Lebensqualität der Menschen zu erhöhen. Die Prävention von suchtbedingten Auswirkungen lohnt sich, denn frühzeitige Suchtvorbeugung, Früherkennung von süchtigen Verhaltensweisen und zielgerichtete Intervention sparen Zeit und Kosten.

Ziele der hessischen Suchtprävention

Die hessische Suchtprävention verfolgt das Ziel, Missbrauch und Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen zu reduzieren und den damit verbundenen sozialen und persönlichen Schäden vorzubeugen sowie auch vorzeitige Todesfälle zu verhindern.

Suchtprävention ist eine Gemeinschaftsaufgabe und bedient sich sowohl personalkommunikativer als auch an den gesellschaftlichen Strukturen ansetzender Konzepte. Grundsätzlich unterscheidet die Suchtprävention zwei Ansätze: Die auf das Verhalten von Menschen ausgerichtete Verhaltensprävention und die Verhältnisprävention, die auf die Beeinflussung gesellschaftlicher Strukturen abzielt. Erfolgreiche suchtpreventive Maßnahmen verbinden beide Ansätze sinnvoll miteinander. Suchtprävention arbeitet zielorientiert und zielgruppenspezifisch.

Suchtpreventive Aktivitäten richten sich zum einen an Menschen, die Suchtmittel konsumieren – aber noch keine manifesten Abhängigkeitssymptome aufweisen – sowie an Menschen, die noch nicht konsumieren. Die Universelle Prävention richtet sich an die allgemeine Bevölkerung unabhängig von spezifischen Risikofaktoren (z.B. Lebenskompetenzprogramme in Kindertagesstätten, Schule oder Plakat-Kampagnen). Die Selektive Prävention zielt auf Risikogruppen ab (z.B. Kinder aus suchtbelasteten Familien). Die Indizierte Prävention bezieht sich auf Personen, die bereits einen Substanzkonsum aufweisen, aber noch keine definierte Störung entwickelt haben (z.B. risikant Alkohol konsumierende Jugendliche).

⁷ Grafik übernommen aus Prävention nichtübertragbarer Krankheiten – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Grundsatzpapier der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK), Berlin 2016, S. 4.

Zum anderen richten sich suchtpreventive Angebote – im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Querschnittaufgabe – an Schlüsselpersonen und Multiplikator*innen, die aufgrund ihrer Bezüge und Funktionen Einfluss auf das Verhalten von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit potenziellen und faktischen Konsumerfahrungen nehmen können.

Suchtprävention, die die relevanten Zielgruppen systematisch in ihren Lebenswelten anspricht, ist besonders wirksam im Hinblick auf die gesundheitsförderliche Veränderung von Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen. Aktuelle Studien haben die positive Wirkung von Präventionsmaßnahmen mit einem Gewinn von durchschnittlich 2,20 Euro für jeden investierten Euro längst bestätigt.⁸

Die hessische Suchtprävention zielt darauf ab, Lebenswelten⁹ positiv zu beeinflussen, Kompetenzen zu stärken sowie Qualifizierung für Schlüsselpersonen zu sichern. Zu den zentralen Zielen der suchtpreventiven Angebote und Leistungen der Koordinationsstelle Suchtprävention der HLS und des landesweiten Netzwerkes der hessischen Fachstellen für Suchtprävention gehören:

- Die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen in Familie, Kindertagesstätte, Schule, Freizeit und Kommune positiv zu beeinflussen.
- Die sozialen und emotionalen Kompetenzen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu fördern und zu stärken.
- Die Lebenszusammenhänge von Erwachsenen (z.B. im Rahmen betrieblicher Suchtprävention, Freizeit) positiv zu beeinflussen.
- Fort- und Weiterbildung für Bezugspersonen von Kindern- und Jugendlichen durchzuführen und
- Multiplikator*innen sowie Kooperationspartner für eine tragfähige Netzwerkarbeit in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchtprävention, im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Querschnittaufgabe, zu gewinnen.

Diskussion der Auswertungsergebnisse der Dot.sys-Daten 2011-2018

Die landesweiten Auswertungsergebnisse zeigen sich im Berichtszeitraum 2011-2018 insgesamt stabil und inhaltlich nachvollziehbar. Während auf konzeptioneller und methodischer Ebene der dokumentierten Maßnahmen wenig Veränderung festzustellen ist, lassen sich bezüglich der Inhalte und spezifischen Zielgruppen der Maßnahmen neue Trends erkennen. Diese statistischen Befunde decken sich mit den Beobachtungen der Koordinierungsstelle für Suchtprävention der HLS und den Erfahrungen der Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention.

Aktuelle Herausforderungen und Trends der hessischen Suchtprävention

Maßnahmen für Endadressat*innen sind von 34% auf 48% angestiegen, somit wird die Zielgruppe der Endadressat*innen erstmals häufiger angesprochen als Multiplikator*innen (47%)

Der aktuelle Auswertungsbericht zeigt erstmals eine Kehrtwende auf der Ebene der Zielgruppen. Die Analyse macht einen erheblichen Zuwachs an Maßnahmen für Endadressat*innen von 34% auf 48% sichtbar. Kinder und Jugendliche sind die am häufigsten angesprochene Zielgruppe in dieser Kategorie. Ihr Anteil liegt 2018 bei einem Höchstwert von 75%.

Dieser ansteigende Trend korrespondiert mit dem Rückgang in der Multiplikatorenarbeit.

⁸ https://fdr-online.info/wp-content/uploads/file-manager/redakteur/downloads/informationen/fdr-themen/fdr+themen_Forderungen_ambulante_Suchthilfe.pdf zuletzt gesichtet am 16.8.2019

⁹ wie Familie, Kindertagesstätte, Schule und Betrieb

47% der suchtpräventiven Maßnahmen richten sich an Multiplikator*innen

Der relative Anteil der dokumentierten Maßnahmen, die sich an Multiplikator*innen richten, ist in den letzten Jahren noch weiter zurückgegangen: von 58% (2011) auf 47%. D.h. der Ansatz der Multiplikatorenarbeit ist somit – bezogen auf die Anzahl der Maßnahmen – nicht mehr allein das Kernstück der hessischen Suchtprävention.

42% der Multiplikator*innen sind Lehrkräfte

Die Auswertung ergibt, dass Lehrkräfte die am häufigsten angesprochene Zielgruppe unter den Multiplikator*innen darstellt. Ihr relativer Anteil ist leicht zurückgegangen von 46% in 2011 auf 42% in 2018.

Wie können wir die Qualität wahren?

Der Ansatz der Multiplikatorenarbeit lag im aktuellen Berichtsjahr bei 47% und zeigt eine historische Kehrtwende der hessischen Suchtprävention an. Es stellt sich die fachliche Frage: Wie wahren wir die Qualität? Kann die hessische Suchtprävention mit diesem prozentualen Anteil den Anforderungen einer ressourcenorientierten und qualitätsgesicherten Suchtprävention entsprechen? Diese Entwicklungen müssen kritisch hinterfragt und bewertet werden. Denn bisher wurde davon ausgegangen, dass mit der vorhandenen Personalstruktur der hessischen Fachstellen für Suchtprävention eine Schwerpunktsetzung auf Multiplikatorenarbeit unerlässlich ist, um auch in Zukunft nachhaltig und erfolgreich suchtpräventive Programme und Aktivitäten in Hessen anbieten und umsetzen zu können.

In Hessen besteht ein flächendeckendes Netzwerk suchtpräventiver Unterstützung und Information in allen Landkreisen und kreisfreien Städten, sichergestellt durch die Fachkräfte der hessischen Fachstellen für Suchtprävention. 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. Die Koordinationsstelle Suchtprävention der HLS unterstützt, koordiniert und vernetzt die Arbeit der 28 Fachstellen für Suchtprävention auf Landesebene und kooperiert darüber hinaus mit Fachstellen in anderen Bundesländern.

Die Arbeit mit Multiplikator*innen ist – mit Blick auf die Personalressource der 28 Fachstellen für Suchtprävention – ein Kernelement der hessischen Suchtprävention. Nicht nur die optimale Nutzung knapper Ressourcen spricht für diesen Ansatz. Multiplikator*innen haben zumeist regelmäßigen – oft täglichen – Kontakt zu den Endadressat*innen. Als Bezugs- und Vertrauenspersonen z.B. in Kindertagesstätten, Schulen, Vereinen und Unternehmen verfügen sie über nachhaltige Einflussmöglichkeiten. Zudem können durch den Multiplikatoren-Ansatz wesentlich mehr Kinder und Jugendliche durch den „Schneeballeffekt“ mit suchtpräventiven Maßnahmen erreicht werden.¹⁰

Auch der Ansatz der suchtpräventiven Arbeit direkt mit Kindern und Jugendlichen, sogenannten Endadressat*innen, ist sehr wichtig. Denn ein lebensbiografisch früh beginnender Konsum erhöht nachweislich das Risiko im weiteren Lebensverlauf eine Suchterkrankung zu entwickeln. Somit steht außer Frage, dass Suchtprävention Menschen bereits im Kinder- und Jugendalter, in jedem Fall aber vor Beginn des jeweils typischen Erstkonsums erreicht haben sollte.

¹⁰ Wird die Anzahl der Teilnehmenden der Multiplikatorenschulungen (insgesamt 15.000) mit einem Faktor 20 multipliziert (z.B. eine Lehrkraft erreicht mindestens 20 Schüler*innen), werden durch den „Schneeballeffekt“ insgesamt ca. 300.000 Personen erreicht.

Der Auswertungsbericht weist auch einen Anstieg an Maßnahmen im Setting Schule von 50% auf 55% aus, trotz Schwierigkeiten, standardisierte und langfristige Präventionsprogramme zu implementieren. Bei der Analyse der Präventionsaktivitäten für Endadressat*innen zeigt sich, dass vorzugsweise suchtpreventive Aktivitäten für Schüler*innen im Arbeitsfeld Schule angefragt und umgesetzt werden, die von der Präventionsfachkraft organisiert und durchgeführt werden.¹¹ Dazu zählt beispielsweise der Klarsicht-Koffer zur Tabak- und Alkoholprävention, der evaluierte Workshop zur Alkoholprävention Tom und Lisa sowie Schulungen und Trainings zur Medienkompetenz und Cannabisprävention.

Darüber hinaus zeigt die Erfahrung der hessischen Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention, dass Expert*innen-Wissen z.B. in der selektiven Prävention bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in weiterführenden bzw. in beruflichen Schulen glaubhafter und nachhaltiger ankommt. Denn als externe Fachkraft können sie mit eigenen, professionellen Methoden arbeiten, die andere Möglichkeiten zur Reflexion und Auseinandersetzung sozialer Problembereiche und Konsumverhalten eröffnen als Lehrkräfte dies in ihrer Rolle tun können.

Der oben aufgezeigte Trend des Anstiegs der pädagogischen Maßnahmen für Endadressat*innen spiegelt sicherlich auch die aktuelle Bedürfnislage der Zielgruppen der hessischen Suchtprävention wider, darf aber nicht dazu führen, dass von dem professionellen und effektiven Ansatz der Multiplikatorenarbeit der hessischen Suchtprävention abgewichen wird.

Denn Suchtprävention ist eine Gemeinschaftsaufgabe und muss in eine kommunale Gesamtstrategie eingebettet sein. D.h. sie kann nicht von einer einzelnen Fachkraft bzw. einer externen Fachstelle organisiert und umgesetzt werden.

Eine kommunale Gesamtstrategie erfordert vielmehr ein gemeinsames Handlungskonzept von Verwaltung, verschiedenen Professionen und Einrichtungen sowie politischen Verantwortungsträger*innen.

Suchtprävention als Gemeinschaftsaufgabe erfordert die Initiierung durch die Politik (Health in all policies) sowie die Beteiligung von Verwaltung, externen Fachstellen für Suchtprävention und Zielgruppen an der Entwicklung, Organisation und Umsetzung. Sie gewährleistet größtmögliche Transparenz in Planung und Ergebnis. Suchtprävention ist auf die Interessen der Beteiligten abgestimmt und strebt die gemeinsame Zielsetzung aller Beteiligten an.

Suchtprävention basiert zudem auf der Kooperation in funktionierenden Netzwerken. Die Kooperation lebt von kurzen Wegen, kompetenten Ansprechpartner*innen, klaren Absprachen sowie der Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen. Die trägerübergreifende Zusammenarbeit geschieht in verbindlichen Strukturen und gegenseitiger Transparenz. Die Träger der Suchtprävention haben ein gemeinsames Präventionsverständnis, eine gemeinsame Sprache sowie gemeinsame Begrifflichkeiten.

Qualitätsmerkmale (Standards, Konzepte, Arbeitsweisen) liegen allen Fachkräften vor. Bei gemeinsamen Aufgaben und Projekten werden die Konzepte miteinander entwickelt, auf die Zielgruppen abgestimmt und organisiert.

¹¹ Bei der Zielgruppe der Endadressat*innen werden 69% der suchtpreventiven Aktivitäten für Schüler*innen im Arbeitsfeld Schule durchgeführt; 64% werden von der Präventionsfachkraft organisiert und durchgeführt.

Alle Beteiligten im jeweiligen Arbeitsfeld können und sollten ihren Beitrag leisten. In ihrer Hand liegt die Gestaltung der strukturellen Rahmenbedingungen (z.B. von kommunalen Festen), sie können öffentlichkeitswirksame Signale setzen (z.B. ein rauchfreies Rathaus) und ganzheitliche Suchtprävention personell, finanziell wie ideell unterstützen.

77% aller suchtpräventiven Maßnahmen haben einen universellen Ansatz Lebenskompetenzfördernde Maßnahmen sind auf hohem Niveau¹²

Die Auswertungsergebnisse lassen erkennen, dass 77% der Maßnahmen zur Kategorie der universellen Prävention gehören. Darüber hinaus zeigt sich, dass bezüglich der Inhalte der Maßnahmen 40% der Maßnahmen kompetenzfördernd mit Substanzbezug ausgelegt waren. Annähernd der gleiche Anteil, nämlich 39% der suchtpräventiven Angebote, war ausschließlich lebenskompetenzfördernd ausgerichtet.

Frühe Prävention fördert sozial-emotionale Kompetenz und schützt vor einer Suchtentwicklung

Alle wissenschaftlichen Erkenntnisse beweisen, dass dieser Präventionsansatz der wirkungsvollste und nachhaltigste ist. Langzeitstudien aus den USA belegen einen positiven Effekt frühzeitiger Interventionen auf die Entwicklungschancen von Kindern, auf Bildung und Gesundheit im weiteren Lebensverlauf.¹³ Aufgezeigt werden konnte zudem ein positiver wirtschaftlicher Effekt auf öffentliche Kassen bei langfristig angelegten Interventionen.¹⁴ Präventive Maßnahmen sollten sinnvollerweise bereits in der frühen Kindheit ansetzen, z.B. im Kindergartenalter, um Verhaltensstörungen und einen negativen Entwicklungsverlauf zu verhindern und eine gesunde Entwicklung von Kindern zu unterstützen. Zudem können suchtpräventive Maßnahmen im Vorschulalter langfristig der Entwicklung von Gewalt- und Suchtproblemen im Jugendalter vorbeugen. Insbesondere Kinder, die aufgrund ihrer familiären und umweltbedingten Lebensumstände Risikofaktoren ausgesetzt sind, können von solchen Maßnahmen profitieren.¹⁵

Beispiel „Papilio-3bis6“: Förderung sozial-emotionaler Kompetenz im Kindergarten

Seit 2005 gibt es in Hessen ein großes Kooperationsprojekt mit dem Ziel, Prävention in Kindertagesstätten voranzutreiben. Erzieher*innen absolvieren dafür eine insgesamt neuntägige Fortbildung, um im Kita-Alltag die Kinder so zu fördern, dass sie besser gegen Entwicklungen wie Sucht und Gewalt geschützt sind. Eingesetzt wird dafür das Präventionsprogramm „Papilio-3bis6“, dessen Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen ist.

Kontinuierliche Netzwerkarbeit der Papilio-Partner in Hessen

Durch die kontinuierliche Zusammenarbeit und Begleitung der Partner in Hessen wird eine landesweite, nachhaltige Umsetzung von Papilio¹⁶ (Papilio-3bis6, -ElternClub und -Integration) ermöglicht.

Im Rahmen des Präventionsgesetzes unterstützt die AOK Hessen als Förderer die Akteure vor Ort: Die Kindergarten-Leitungen, Erzieher*innen und Papilio-Trainer*innen der Fachstellen für Sucht-

¹² Die Inhaltsebene ist von drei Kategorien 2017 (Substanzspezifischer Substanzbezug, Lebenskompetenz ohne Substanzbezug und Verhaltenssuchte) auf vier Kategorien 2018 (Lebenskompetenz ohne Substanzbezug, Lebenskompetenz mit Substanzbezug, Ausschließlich Substanzbezug und Verhaltenssuchte) erweitert worden und ist somit nicht direkt vergleichbar mit der Dot.sys-Auswertung der vorangegangenen Jahre.

¹³ Heckmann 2006 <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/zur-wirksamkeit-frueher-unterstuetzungsangebote/> 21.10.2015

¹⁴ Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Werkbuch Präventionskette, S. 12, Hannover 2013

¹⁵ https://www.papilio.de/papilio_sozial-emotionale-kompetenz.php, 21.8.2019

¹⁶ Konkret sind dies: Papilio-3bis6: Präventionsprogramm für Kitas mit 3- bis 6-jährigen Kindern, entwickelt 2003. Papilio-ElternClub: Modul für Erzieher*innen in Kitas zur Einbindung der Eltern. Papilio-Integration: Praxisseminar für Erzieher*innen in Kitas zum Umgang mit Kindern mit Fluchterfahrung.

prävention. Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration stellt ebenfalls Mittel zur Verfügung und leistet ideelle Unterstützung. Schirmherr des Programms ist Gesundheitsminister Kai Klöse. Die Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. organisiert und finanziert Fortbildungsmaßnahmen und fördert die landesweite Implementierung. Zudem koordiniert und begleitet sie die Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention bei der Organisation und Umsetzung des Programms in Hessen.

Im Berichtszeitraum konnte erstmals in diesem Präventionsnetzwerk eine **landesweite Fachtagung** „Kinder stärken – gemeinsam wachsen. So gelingt Prävention in der Kita.“ durchgeführt werden.

Zahlen und Fakten zum Programm

Die Fachkräfte der hessischen Fachstellen für Suchtprävention bieten das standardisierte und evaluierte **Programm „Papilio-3bis6“** hessenweit in **Kindertagesstätten** an. In den letzten vierzehn Jahren sind rund **34.000 Kinder** und **1.700 pädagogische Fachkräfte** in hessischen Kindertagesstätten mit diesem Programm erreicht worden. Die Anzahl der „Papilio“-Maßnahmen im Berichtszeitraum 2011-2018 beläuft sich auf rund 600.

Insgesamt verfügt Hessen über 16 aktive und zertifizierte Papilio-Trainer*innen in den 26 hessischen Landkreisen und Kreisfreien Städten, 838 zertifizierte Erzieher*innen in 274 Kitas, 13 Eltern-Club-Trainer*innen und 59 ElternClub-Begleiter*innen/ Erzieher*innen.¹⁷

Alkohol-Prävention ist stark nachgefragt: 76% der suchtmittelspezifischen Maßnahmen

Das Thema „Alkohol“ stand im Berichtszeitraum im Vordergrund – obwohl ein Rückgang des relativen Anteils von 92% auf 76% (2011 auf 2018) festzustellen ist – gefolgt von Angeboten der Cannabis- und Tabakprävention (2018: 59% und 33%). Darüber hinaus beschäftigten sich 21% der suchtmittel-spezifischen Maßnahmen mit E-Dampfprodukten¹⁸ wie E-Shisha und E-Zigarette.

Dieser Bedarf für alkoholpräventive Aktivitäten kann auch aus den aktuellen BZgA-Studienergebnissen abgeleitet werden. Denn nach wie vor haben insgesamt 63% der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen schon einmal Alkohol getrunken. 10% dieser Altersgruppe trinken regelmäßig – also mindestens einmal in der Woche – Alkohol. Etwa jeder siebte Jugendliche (14%) berichtet von mindestens einem Tag mit Rauschtrinken (bezogen auf die letzten 30 Tage vor der Befragung).¹⁹

Von den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren haben 96% schon einmal im Leben Alkohol getrunken. Etwa ein Drittel (34%) trinkt regelmäßig Alkohol und rund zwei Fünftel (39%) haben in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Rauschtrinken praktiziert.²⁰

„HaLT in Hessen“ – der reaktive Baustein wird bereits über das neue Präventionsgesetz finanziert
„HaLT“, das Frühinterventionsprojekt in der Alkoholprävention, ermöglicht in 18 hessischen Standorten eine systematische und frühzeitige Ansprache für Kinder und Jugendliche, die mit einer Alkoholvergiftung stationär behandelt werden müssen.

¹⁷ Bundesweit: 235 Trainer*innen in 14 Bundesländern; 7.407 Papilio-3bis6-Erzieher*innen ausgebildet; 148.140 Kinder in 1.380 Kitas mit dem Programm erreicht die davon profitieren.

¹⁸ Neue Kategorie seit 2018

¹⁹ https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/Alkoholsurvey_2018_Alkohol-Bericht.pdf zuletzt gesichtet am 21.10.2019

²⁰ https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/Alkoholsurvey_2018_Alkohol-Bericht.pdf zuletzt gesichtet am 21.10.2019

In acht Regionen in Hessen werden die beiden Bausteine des „HaLT“-Projektes in Zusammenarbeit bzw. unter Federführung der lokalen Fachstelle für Suchtprävention durchgeführt. Die Aktivitäten des proaktiven Bausteins, die auf einem kommunalen Suchtpräventionskonzept basieren, werden in einer Steuerungsgruppe vor Ort abgestimmt und umgesetzt.

Die Auswertungsergebnisse zeigen deutlich, dass das evaluierte Projekt „HaLT“ in den Regionen gut verankert ist. Die Fachstellen für Suchtprävention haben im Berichtszeitraum 2011-2018 rund 1.390 „HaLT“-Aktivitäten im proaktiven Baustein organisiert und durchgeführt. Bezogen auf alle durchgeführten suchtpreventiven Maßnahmen in Hessen im Jahr 2018 beträgt der Anteil 9% (87 Maßnahmen).

Hierzu zählen lokale Präventionsveranstaltungen in Schulen, Jugendschutzkontrollen, Testkaufaktionen, Plakat- und Postkartenaktionen und vieles mehr. Es galt Vernetzungsstrukturen zu neuen regionalen Gemeinden aufzubauen und gemeinsam Jugendliche über das Thema Alkohol zu informieren bzw. mit landesweiten Aktionstagen aktiv zu werden.

Der Anteil cannabisbezogener Maßnahmen wächst stetig von 34% auf 59%

Der prozentuale Anteil cannabisbezogener Maßnahmen der Fachstellen für Suchtprävention ist im Berichtszeitraum von 34% auf 59% angestiegen. Die Auswertung zeigt deutlich, dass es sich hierbei sowohl um ausschließlich cannabispezifische Angebote (25%) handelt als auch um suchtpreventive Maßnahmen, die Cannabis in Kombination mit anderen Suchtmitteln – wie Alkohol oder Alkohol und illegale Drogen – thematisieren (45% und 27%). Dabei ist der Anteil der Maßnahmen mit alleinigem Cannabisbezug deutlich angestiegen von 8% (2011) auf 25% (2018). Das unterstreicht den Bedeutungszuwachs, den dieses Thema in der suchtpreventiven Arbeit der letzten Jahre erfahren hat.

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

Tabak- und E-Dampfprodukte bezogene Maßnahmen können erstmals differenziert betrachtet werden

Die suchtpreventiven Angebote, die sich mit „Tabak“ (Zigaretten, Wasserpfeifen, Tabakerhitzer) beschäftigen, sind in einem geringeren Maß angefragt als die allermeisten substanzspezifischen Angebote der Fachstellen, bei denen es um die Substanzen „Alkohol“ und „Cannabis“ geht.

In einer neuen Kategorie werden seit 2018 zudem suchtpreventive Maßnahmen bezogen auf E-Dampfprodukte wie E-Zigarette und E-Shisha erhoben. Die Auswertung zeigt für 2018 einen prozentualen Anteil von 33% an tabakbezogenen Maßnahmen und 21% an suchtpreventiven Aktivitäten, die sich mit E-Dampfprodukten beschäftigen. Im Trend betrachtet haben tabakbezogene Maßnahmen von 2011 bis 2017 leicht zugenommen von 29% auf 42% der Maßnahmen.

Diese Auswertungsergebnisse zeigen, dass die hessische Suchtprävention auf dem richtigen Weg ist. Das Rauchen gehört in Hessen und Deutschland längst nicht mehr zum Lebensstil junger Menschen, und diese Entwicklung gehört stabilisiert oder sogar noch weiter verbessert. Der BZgA-Forschungsbericht zum Suchtmittelkonsum junger Menschen weist nämlich bezogen auf die Tabakprävention eine sehr positive Entwicklung aus.

Der Anteil der rauchenden Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren ist in den letzten 17 Jahren rückläufig. Er hat sich von 28% im Jahr 2001 auf 7% im Jahr 2018, d. h. um drei Viertel, verringert. Der Anteil der Jugendlichen, die noch nie geraucht haben, ist im Jahr 2018 mit 83% so hoch wie in keiner der früheren Untersuchungen.²¹

Offensichtlich zeigen hier die auf Tabakprävention ausgerichteten Informationsangebote, breit angelegte Präventionsmaßnahmen und ein systematisch-strukturiertes Vorgehen der Fachstellen für Suchtprävention – wie unter anderem der bundesweite Nichtraucherwettbewerb „Be smart - Don't start“, tabakpräventive Workshops zu Nikotin, E-Shisha und E-Zigarette, der „KlarSicht“- und der „Happy-Hour“-Mitmach-Parcours zur interaktiven Auseinandersetzung und das Peerprojekt „Cool sein ohne Kippen“ – Wirkung.

Die Bedeutung der Förderung der Risikokompetenz nimmt kontinuierlich zu

Im Bereich der universellen und selektiven Prävention setzen die Fachstellen für Suchtprävention unterschiedliche alkohol-, tabak- und cannabispräventive Programme um, die u.a. die konzeptionellen Ansätze der Bildung kritischer Einstellungen und die Stärkung der Risikokompetenz beinhalten. Die selektiven präventiven Aktivitäten zielen auf die Vermeidung des Suchtmittelkonsums ab, z.B. durch die Stärkung von Schutzfaktoren wie Selbstwertgefühl und Problemlösungskompetenz und durch Unterstützung im Umgang mit Risikofaktoren.

Dass die Förderung der Risikokompetenz an Bedeutung gewonnen hat, macht die Auswertung in der entsprechenden Kategorie deutlich: Hier ist der relative Anteil der Maßnahmen über den Zeitraum hinweg kontinuierlich von 12% auf 29% angestiegen.

Risikokompetenz kann und soll von den Fachkräften gefördert werden, z. B. indem Kindern und Jugendlichen potenzielle Gefahren von legalen (und illegalen) Suchtmitteln und der sinnvolle Umgang damit immer wieder aufgezeigt werden. Dabei ist es wichtig, dass sie gewisse Erfahrungen in einem verantwortbaren Rahmen machen dürfen und dass diese Erfahrungen thematisiert und erörtert werden.

Auch die Vorbildfunktion ist ganz wichtig. Kinder und Jugendliche orientieren sich an Erwachsenen. Sie brauchen also gute Vorbilder, die ihnen ein risikokompetentes Verhalten vorleben. Risikokompetenz bedeutet ebenfalls, dass man unabhängig und gemäß den eigenen Möglichkeiten entscheiden und handeln kann. Es ist deshalb zentral, den Kindern und Jugendlichen Mut für unpopuläre Entscheidungen zu machen: z. B. „nein“ zu sagen, wenn alle anderen zum Mitmachen drängen.²²

Die Fachstellen für Suchtprävention arbeiten beispielsweise sehr erfolgreich im Bereich der schulischen Alkoholprävention mit Schüler*innen mit dem evaluierten Workshop „Tom und Lisa“ und

²¹ https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/Alkoholsurvey_2018_Bericht-Rauchen.pdf
zuletzt gesehen am 21.10.19

²² <https://www.bfu.ch/de/fuer-fachpersonen/schulen/sichere-schule/s/risikokompetenz> zuletzt gesehen am 23.10.2019

im Bereich der Tabak und Alkoholprävention mit den Projekten „KlarSicht-Mitmachparcours“ und „JugendFilmTage“.

In den Workshops für weiterführende Schulen wird häufig ausschließlich Cannabis behandelt, da Cannabis in allen Altersstufen mit Abstand die am häufigsten konsumierte illegale Droge ist. Durch die Arbeit mit den Schüler*innen ist vermehrt aufgefallen, welche besondere Relevanz dieses Suchtmittel an Schulen einnimmt. Selbst bei einigen der jüngsten Schüler*innen gibt es Berührungspunkte mit Cannabis, sei es durch Freunde, Bekannte oder Verwandte, die bereits Konsumerfahrungen haben, durch die sozialen Medien oder durch eigene Konsumerfahrungen. Eine Cannabisprävention im Setting Schule sollte darauf beruhen, die Risikokompetenz und die Eigenverantwortung der Schüler*innen gezielt zu fördern. Dies geschieht durch eine aufklärende Wissensvermittlung ohne Verherrlichung oder Abschreckung.

Maßnahmen zur Medienkompetenz weiterhin gefragt

Im Bereich der Verhaltenssüchte²³ werden insgesamt 13% der suchtpreventiven Maßnahmen durchgeführt.

Der Anteil der Maßnahmen in der Kategorie „Problematischer Umgang mit digitalen Medien“ liegt bei 90% gefolgt von der Kategorie „Pathologischer Umgang mit Videospiele“ mit 44% auf einem sehr hohen Niveau.

Die relativen Anteile der Maßnahmen in den Kategorien „Pathologisches Glücksspiel“ und „Essstörungen“ fallen mit 15% und 3% wesentlich geringer aus.

Im Rahmen des Projekts „**Netz mit Webfehlern?**“[®] der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen wurden in 2011-2018 von den Fachstellen für Suchtprevention hessenweit 94 regionale Informationsveranstaltungen, Fortbildungen und Medienfachtage für Eltern, Angehörige, Kinder, Jugendliche und für Lehrkräfte zur Sensibilisierung für das Thema realisiert. Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zum Projekt „Netz mit Webfehlern?“[®] ist auf eine erfreuliche Resonanz gestoßen.

Evaluationsstatus der hessischen Angebote

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

Der relative Anteil der evaluierten Maßnahmen in 2018 liegt insgesamt bei 23%.²⁴ Das verdeutlicht, dass etwa jede fünfte Maßnahme der hessischen Fachstellen für Suchtprevention evaluiert ist. Dabei ist im Berichtszeitraum der prozentuale Anteil nicht evaluerter Maßnahmen von 69% auf 77% angewachsen.

Diese Ergebnisse sind nachvollziehbar, denn in der Regel werden Querschnittsaufgaben wie Gremien- und Netzwerkarbeit nicht evaluiert, hingegen unterliegen gruppenbezogene Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen einem Bewertungsverfahren oder die Fachkräfte arbeiten bereits mit evaluierten und standardisierten Programmen.

²³ Stoffungebundene Suchtformen (Verhaltenssüchte) wie „Problematischer Umgang mit digitalen Medien“, „Pathologischer Umgang mit Videospiele“, „Essstörungen“, „Pathologisches Glücksspiel/ (Sport-) Wetten“ (Mehrfachnennung)

²⁴ Evaluation „bereits vorhanden“ 20% und „aktuell durchgeführt“ 3%

Die landesweite Dot.sys-Auswertung 2018 zeigt, dass die Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention in Hessen besonders aktiv bei den folgenden vier Suchtpräventions-Programmen waren:

- HaLT in Hessen (8,6%; 87 Maßnahmen)
- Tom & Lisa (5,5%; 55 Maßnahmen)
- Papilio (5,3%; 53 Maßnahmen)
- Klasse2000 (3,5%; 35 Maßnahmen)

Diese Programme sind alle evaluiert und werden in der Regel systematisch und strukturiert von den landesweit tätigen Fachkräften der Fachstellen für Suchtprävention angeboten.

Fazit und Empfehlungen

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

Die Hessische Landestelle für Suchtfragen legt Wert darauf, dass die folgenden strukturellen und inhaltlichen Bedingungen weiterhin bei der Organisation und Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen berücksichtigt werden:

- Verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze sollten kombiniert werden. Eine Kombination beider Ansätze ist am wirkungsvollsten.
- Die Implementierung evidenzbasierter und praxiserprobter Programme ist zu unterstützen. Dies bietet Qualität durch überprüfte Standards und fördert eine nachhaltige Implementierung von suchtpreventiven Angeboten.
- Die Multiplikatorenarbeit ist weiterhin als zentraler Ansatz in den Mittelpunkt zu stellen. Denn mit diesem Ansatz können mehr Endadressat*innen erreicht werden. Zudem verfügen Schlüsselpersonen in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern über nachhaltige Einflussmöglichkeiten. Sie fördern soziale Kompetenzen sowie suchtpreventive Strukturen und ermöglichen dadurch eine höhere Effektivität und die Nachhaltigkeit in der Suchtprävention.
- Der Arbeit mit Gruppen ist Vorrang vor der Arbeit mit Einzelnen zu geben. Interaktive, auf dem Modell des sozialen Einflusses oder der Lebenskompetenz aufbauende Programme in der Schule sind am wirksamsten.
- Die suchtpreventiven Aktivitäten sollten im Wesentlichen über Projekte und Programme für die spezifischen Zielgruppen umgesetzt werden. Die Erfahrungen zeigen, dass auf spezielle Zielgruppen zugeschnittene Maßnahmen die Erreichbarkeit der Zielgruppe erhöhen.
- Die Netzwerkarbeit ist weiterzuentwickeln bzw. zu verstetigen: Suchtprävention als Gemeinschaftsaufgabe in Kommune und Landkreis ist nur durch eine interdisziplinäre und institutionen-übergreifende Vernetzung und Kooperation möglich.

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

Die Entwicklung der Multiplikatorenarbeit muss in den nächsten Jahren kritisch beobachtet und diskutiert werden, damit die hessische Suchtprävention – mit den vorhandenen Personalressourcen – auch weiterhin ihre Breitenwirkung entfalten kann.

Für die engagierte und erfolgreiche Zusammenarbeit bedankt sich die HLS bei allen Fachkräften der Fachstellen für Suchtprävention, ihren Trägern, dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration und allen anderen Multiplikator*innen und Kooperationspartner*innen der Suchtprävention.

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

Regina Sahl

Anhang

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 42: 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 und Papilio Elternclub	Klasse Klasse	Prev@WORK		
Kiks up	Klasse 2000	Mobile alkoholfreie Cocktailbar		
Spielzeugfreier Kindergarten	Das kleine Ich bin Ich	Halt reaktiv	HaLT proaktiv	
Die Bücherschatzkiste	Netz mit Webfehlern?			Kinder aus suchbelasteten Familien
	Elternabend- und Kurse			
	Klarsicht-Koffer-Parcours			
	Netbag			
	Pep - Persönlichkeitsförderung			
	Jugendfilmtage			
	Eigenständig werden	Konfirmation und Alkohol		
		Cannabisprävention für Schüler und Lehrkräfte		
		FreD und AlkoFreD		
		Tom und Lisa		
	Glücksspielsuchtprävention			

● universelle Prävention
● selektive Prävention
● universelle <i>und</i> selektive Prävention
● indizierte Prävention

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

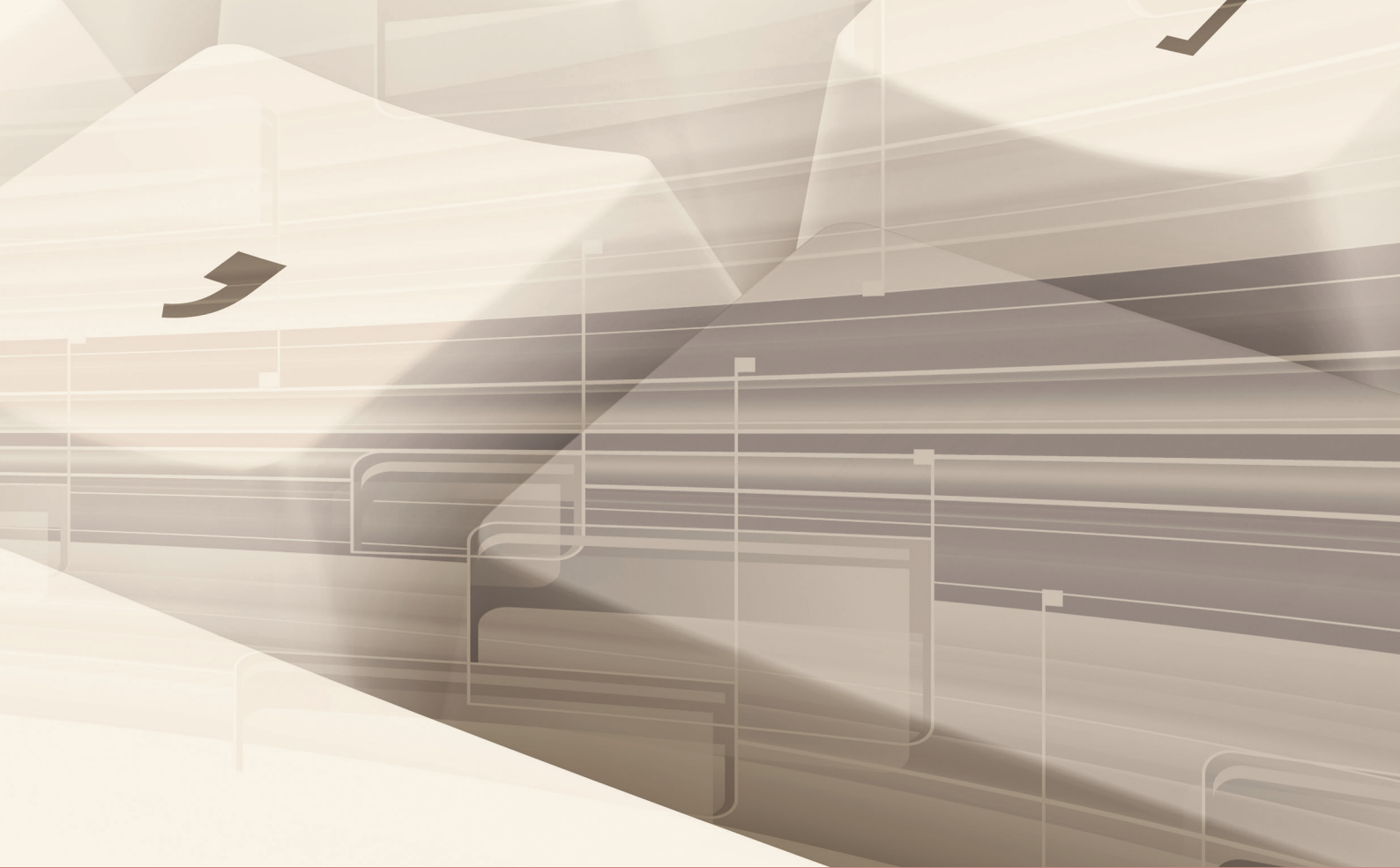
Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
88	Fachambulanz für Suchtkranke	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.
89	Jugend- und Drogenberatung	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.
90	Jugendberatung und Suchthilfe in den Städten Bad Soden, Eschborn, Schwalbach und der Gemeinde Sulzbach	Schwalbach	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
91	Jugend- und Suchtberatungsstelle	Schwalmsstadt	Hephata Hess. Diakoniezentrum e.V.
92	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Rheingau-Taunus-Kreis	Taunusstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
93	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Rheingau-Taunus-Kreis - Betreutes Wohnen	Taunusstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
94	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis - Außenstelle für den Hintertaunus	Usingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
95	Jugend- und Drogenberatungsstelle	Weilburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
96	Integrierte Beratungsstelle Wetter	Wetter	Bürgerinitiative Sozialpsychiatrie e.V.
97	Suchthilfe Wetzlar e.V. - Betreutes Wohnen	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
98	Suchthilfe Wetzlar e.V. - Integrierte Jugend-, Drogen- und Suchtberatungsstelle	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
99	Fachambulanz für Suchtkranke	Wiesbaden	Caritasverband Wiesbaden e.V.
100	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 Landkreis Hersfeld-Rotenburg	Bad Hersfeld	Zweckverband für Diakonie in den Kirchenkreisen Hersfeld und Rotenburg
2	Fachstelle Suchtprävention für den Hochtaunuskreis	Bad Homburg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V
3	Fachstelle Suchtprävention und Suchthilfekordinator der Stadt Darmstadt	Darmstadt	Stadt Darmstadt
4	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Darmstadt-Dieburg	Darmstadt-Dieburg	Kreisausschuss des Landkreises Darmstadt-Dieburg, Jugendamt
5	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Offenbach	Dietzenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
6	Fachstelle Suchtprävention für die Stadt Offenbach	Dietzenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
7	Fachstelle Suchtprävention für den Odenwaldkreis	Erbach	Deutsches Rotes Kreuz – Kreisverband Odenwaldkreis e.V.
8	Fachstelle Suchtprävention für den Werra-Meißner-Kreis	Eschwege	Diakonisches Werk Werra-Meißner
9	Fachstelle Prävention für die Stadt Frankfurt am Main	Frankfurt/Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. (VAE)
10	Fachstelle Suchtprävention für den Wetteraukreis	Friedberg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
11	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Fulda	Fulda	Caritasverband für die Regionen Fulda und Geisa e.V.
12	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Fulda	Fulda	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Fulda e.V.
13	Fachstelle Suchtprävention für den Main-Kinzig-Kreis	Gelnhausen	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Main-Kinzig e.V.
14	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Gießen	Gießen	Arbeitsgemeinschaft Rauschmittelprobleme e.V.
15	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Kassel	Hofgeismar	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
16	Fachstelle Suchtprävention für den Main-Taunus-Kreis	Hofheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
17	Fachstelle Suchtprävention für den Schwalm-Eder-Kreis	Homburg (Efze)	Kreisausschuss des Schwalm-Eder-Kreises
18	Fachstelle Suchtprävention für die Stadt Kassel	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
19	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Waldeck-Frankenberg	Korbach	Zweckverband Diakonisches Werk Waldeck-Frankenberg

Liste der an der Dot.sys-Auswertung beteiligten Einrichtungen

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



Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der COMBASS-Daten 2018 und Dot.sys-Daten 2011-2018

2018



Hessische Landesstelle
für Suchtfragen e.V.

*Kompetent durch Erfahrung
Innovativ durch Flexibilität*