



2017

Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der
COMBASS-Daten 2017 und
Dot.sys-Daten 2011-2017



ISD

Institut für interdisziplinäre
Sucht- und Drogenforschung

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 2018

ISSN 2366-2344

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

Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der COMBASS-Daten 2017

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 2011-2017

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

Frankfurt a. M., Dezember 2018

Inhalt

Einführung	5
Landesauswertung der COMBASS-Daten	9
Kurzbeschreibung des Projektes COMBASS	10
Zusammenfassung	12
Zielsetzung und Datengrundlage	17
Klientinnen und Klienten	21
Betreuungen	33
Regionale Aspekte	41
Trends 2007 bis 2017	45
Landesauswertung der Dot.sys-Daten	59
Suchtpräventionsstrukturen der hessischen Suchthilfe	60
Zusammenfassung	62
Das Dokumentationssystem Dot.sys	64
Datengrundlage und Zielsetzung der Auswertung	65
Trends 2011 bis 2017 der Suchtprävention in Hessen	66
Vergleich Bund – Hessen 2016	75
Anhang	80
Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen	80
Liste der an der Dot.sys-Auswertung beteiligten Einrichtungen	86

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

Wie in den Vorjahren werden im diesjährigen Bericht die Ergebnisse der beiden computergestützten Dokumentationen der ambulanten Suchthilfe in Hessen als auch der hessischen Fachstellen für Suchtprävention in einem Band publiziert.

Während die ambulante Suchthilfe in Hessen mit der Software Horizont arbeitet und kundenbezogene Daten abbilden, nutzen die Fachstellen für Suchtprävention 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 2017 basiert auf den Daten von 101 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe, die von etwa 19.000 Klient*innen und ca. 1.200 Angehörigen in Anspruch genommen wurden. Weitere ca. 4.000 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.

Im Kapitel „Trends 2007 bis 2017“ 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 Hauptdiagnosegruppen – Alkohol, Opiate, Cannabis- berichtet.

Die Basis der Trendanalyse stellen 85 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum von 2007-2017 an der *COMBASS*-Dokumentation beteiligt haben. Zusätzlich werden im *COMBASS*-Jahresbericht für 2017 in einer Regionalanalyse ausgewählte Ergebnisse der Landkreise, Großstädte sowie der Metropole Frankfurt vergleichend gegenübergestellt.

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

Für den **Berichtsteil der Suchtprävention in Hessen der Dot.sys-Daten** 2011 bis 2017 bilden die von 28 Fachstellen für Suchtprävention dokumentierten Maßnahmen die Grundlage der Auswertungen. Die Datengrundlage stellen für jedes der betrachteten Jahre (2011 – 2017) die im jeweiligen Jahr begonnenen Maßnahmen dar. Die Anzahl der dokumentierten Maßnahmen im Unter-

suchungszeitraum liegt relativ stabil zwischen 2.500 und 2.800 pro Jahr. Mit diesen Maßnahmen erreichen die Fachstellen pro Jahr mehr als 70.000 Personen: 20.000 Multiplikatoren und 53.000 Endadressaten, wie Kinder und Jugendliche.

Auch für den Bereich der Suchtprävention wurde eine wissenschaftlich fundierte Trendanalyse durchgeführt. Zudem wurde ein Vergleich zwischen bundesweiten und hessischen Dot.sys-Auswertungen 2017 gezogen.

Aufgrund der guten Resonanz zum Jahresbericht 2016 wurden auch in diesem Bericht zwei Infografiken zu ausgewählten COMBASS- als auch Dot.sys-Daten erstellt. Die Grafiken bieten einen strukturierten Überblick hinsichtlich der Klientel und erbrachten Leistungen in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen sowie der Suchtprävention in Hessen 2017.

Die **Trendanalyse für den Bereich der ambulanten Suchthilfe** zeigt einige Auffälligkeiten in den Hauptdiagnosen:

Bei der **Opioidklientel** wird ein starker Trend eines abnehmenden relativen Anteils in 2017 sichtbar: der Wert verringerte sich auf 24% gegenüber 34% im Jahr 2007.

Der Anteil der **Cannabiskonsument*innen**, die das ambulante Suchthilfesystem aufgesucht haben, hat im betrachteten Zeitraum von 14% auf 18% zugenommen.

Auch der relative Anteil der Cannabisklientel die neu aufgenommenen wurden, ist von 19% auf 28% 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 2017) von 34% auf 67%. Dies entspricht nahezu einer Verdoppelung.

Tabakspezifische Maßnahmen verzeichnen einen Zuwachs von 29% auf 42%.

Bei den **Verhaltenssüchten** hat die Relevanz des Themenbereiches pathologisches Glücksspiel deutlich zugenommen und sich mehr als verdoppelt: von 12% in 2011 auf 27% in 2017.

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

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

- das Hessische Ministerium für Soziales und Integration durch die Finanzierung des Projektes,
- die beteiligten Träger und Einrichtungen sowie ihre Mitarbeiter*innen durch die hohe Dokumentationsqualität und die Verbesserungsanregungen,
- die Firma NTConsult, durch die Weiterentwicklung des Programms HORIZONT,
- das Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung in Hamburg (ISD), das als Auswertungsinstitut durch seine praxisnahe und konkrete Hilfestellung sowohl die Einrichtungen als auch die Steuerungsgruppe nachhaltig unterstützt hat,
- die Koordination für 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 2017

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

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

Kurzbeschreibung des Projektes COMBASS

Was ist COMBASS?

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

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

Welche Daten werden erhoben?

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

Welche und wie viele Einrichtungen beteiligen sich an COMBASS?

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

Was ist der HKDS?

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

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

Was ist die ICD-10?

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

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

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

Was ist eine Betreuung?

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

Wie wird der Datenschutz bei der Landesauswertung gewährleistet?

Für die Landesauswertung werden die Daten vor dem Export in den Einrichtungen anonymisiert und mit einem speziellen Code-Verfahren verschlüsselt. Eine Re-Identifizierung einzelner 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 2016
2. Spezialanalysen: Regionale Aspekte, Cannabis, Inanspruchnahmeverhalten Ambulante Rehabilitation

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

Was ist HORIZONT?

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

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht für das Jahr 2017 beschreibt die Klientel der ambulanten Suchthilfe in Hessen und die von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen. Zudem enthält der Bericht eine Trendanalyse der Jahre 2007 bis 2017 sowie eine regionalspezifische Auswertung.

Im Jahr 2017 haben sich insgesamt 101 Einrichtungen an der Auswertung beteiligt. Werden die Auswertungsjahre seit 2003 herangezogen, kann insgesamt von einer stabilen Datenbasis gesprochen werden (Teilnahme: zwischen 99 und 109 Einrichtungen). Von diesen Einrichtungen wurden für das Jahr 2017 Hilfe- und Beratungsleistungen für insgesamt 18.569 verschiedene Klient*innen dokumentiert. Hinzu kommen 1.202 Angehörige sowie Einmalkontakte bei insgesamt 3.937 Personen.

Statusbericht 2017

Geschlecht, Alter, Nationalität

Drei Viertel der Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe sind männlich (74 %). Die Klient*innen sind im Durchschnitt 40,0 Jahre alt. 85 % von ihnen besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit; 32 % haben einen Migrationshintergrund.

Hauptdiagnosen

Bei 39 % der gesamten Klientel liegt die Hauptdiagnose Alkohol vor; es folgt die Gruppe der Opioidabhängigen (24 %). Die Hauptdiagnose Cannabis wurde bei 17 % aller Klient*innen gestellt. Bei 7 % handelt es sich um pathologisch Glücksspielende und bei 5 % ist die Hauptproblemsubstanz ein Amphetaminderivat (bzw. MDMA, Halluzinogen). Welche Rolle dabei die Substanz Crystal-Meth spielt, kann nicht gesagt werden, weil es bislang keine entsprechende Erfassungskategorie gibt. Noch seltener werden die Hauptdiagnosen Crack oder Kokain vergeben (0,5 % bzw. 3 %).

Ein deutlich anderes Bild stellt sich dar, wenn ausschließlich die neu aufgenommenen Klient*innen betrachtet werden: Hier ergibt sich ein erhöhter Anteil von 43 % für die Alkoholklient*innen. Viel stärker als in der Gesamtgruppe ist die Hauptdiagnose Cannabis mit einem prozentualen Anteil von 27 % vertreten. Weitaus niedriger als in der Gesamtgruppe liegt hingegen der Anteil bei den Opioid-Neuaufnahmen: er beträgt nur 6 %.

Auswertungen nach Hauptdiagnosegruppen

Nicht nur innerhalb der Gesamtklientel, sondern auch in (fast) allen Hauptdiagnosegruppen überwiegt der Anteil der männlichen Klienten deutlich. Eine besonders starke Überrepräsentanz von Männern ist in der Gruppe der pathologisch Glücksspielenden (89 %) zu beobachten, gefolgt von der Kokain- und Cannabisklientel (jeweils 83 %).

Bei einer Betrachtung der Altersverteilung innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen wird deutlich, dass die Cannabisklient*innen mit einem Durchschnittsalter von 26,4 Jahren weiterhin die jüngste Gruppe innerhalb der hessischen Suchthilfeklientel darstellen. Auch die Gruppe der Amphetaminkonsumierenden (bzw. MDMA, Halluzinogen) ist mit 32,3 Jahren noch weit unter dem Durchschnittsalter der Gesamtklientel. Demgegenüber sind über 60 % der Alkoholklient*innen

mindestens 45 Jahre alt; mit durchschnittlich 47,0 Jahren stellen sie von den wichtigsten Hauptdiagnosegruppen nach wie vor die älteste Klientel dar.

Bei der Lebenssituation stellt sich die Lage wie folgt dar: Den größten Anteil derjenigen, die mit einer Partner*in (und ggf. Kindern) zusammenleben, gibt es bei den pathologisch Glücksspielenden mit einem Wert von 43 %. Ein hoher Anteil von Alleinlebenden findet sich bei der Alkoholklientel (39 %). Von den (vergleichsweise jungen) Cannabisklient*innen leben viele noch bei den Eltern (46 %).

13 % der opioidabhängigen Personen leben in einer prekären Wohnsituation (provisorische Unterkunft, Obdachlosigkeit, Justizvollzugsanstalt). Am niedrigsten sind die entsprechenden Anteile mit 4 % bei der Alkoholklientel und mit 3 % bei den pathologisch Glücksspielenden. Diese Klient*innen-Gruppen wohnen überdurchschnittlich häufig selbstständig (85 % bzw. 79 %).

Bei der Opioidklientel sind 68 % ohne Arbeit, wohingegen dieser Wert bei den pathologisch Glücksspielenden mit 21 % vergleichsweise niedrig ausfällt. Festzuhalten ist allerdings, dass die Arbeitslosigkeit in sämtlichen Hauptdiagnosegruppen diejenige der Allgemeinbevölkerung jeweils um ein Vielfaches übersteigt.

Dementsprechend spielen staatliche Transferleistungen eine sehr wichtige Rolle, vor allem bei der Opioidklientel: Aus dieser Gruppe beziehen 53 % das Arbeitslosengeld II (ALG II); hinzu kommt ein Anteil von 11 %, die Sozialhilfe nach SGB XII erhalten.

Am häufigsten ist die Gruppe der pathologisch Glücksspielenden verschuldet: drei von vier Personen haben Schulden (73 %). 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

47 % der Betreuungen kommen ohne Vermittlung zustande. Ebenfalls relativ häufig (35 %) werden Klient*innen über professionelle Hilfen (andere Suchthilfeeinrichtungen, Ärzte etc.) in die Angebote der ambulanten Suchthilfe vermittelt. 9 % der Betreuungen erfolgen nach Vermittlung durch Justiz, JVA oder Ämter, 5 % durch das soziale Umfeld und jeweils 2 % über Arbeitgeber, Betrieb oder Schule bzw. mittels Arbeitsagenturen, Jobcentern oder Arbeitsgemeinschaften.

Die Beratung ist mit einem Anteil von 49 % die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Die Medikamentengestützte Behandlung – d. h. die psychosoziale Betreuung Substituierter – ist mit 17 % die zweithäufigste Betreuungsform, gefolgt von der Ambulanten Rehabilitation mit 9 %. Bei 8 % der Betreuungen handelt es sich um Allgemeine Psychosoziale Betreuungen, bei 7 % um eine Vorbereitung auf stationäre Behandlungen. Andere Betreuungsformen machen 10 % der Fälle aus.

Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller im Jahr 2017 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 221 Tage. Frauen werden dabei mit durchschnittlich 239 Tagen länger betreut als Männer (215 Tage). Die Opioidklientel wird von allen größeren Hauptdiagnosegruppen mit 461 Tagen im Mittel mit Abstand am längsten betreut.

Insgesamt 61 % der Betreuungen werden regulär abgeschlossen: dabei handelt es sich entweder um eine planmäßige Beendigung (49 %) oder um eine planmäßige Weitervermittlung in ein anderes Angebot (12 %). 31 % der Betreuungen werden durch die Klient*innen und 3 % durch die

Einrichtung abgebrochen; bei weiteren 4 % wird die Betreuung durch einen außerplanmäßigen Wechsel oder eine Verlegung beendet.

Betrachtet man die Suchtproblematik zum Betreuungsende, so zeigt sich, dass bei einem erheblichen Teil der Betreuungen (63 %) mindestens eine Verbesserung erreicht werden konnte (erfolgreich und verbessert zusammengenommen). Gut ein Viertel der Betreuungen wurden erfolgreich abgeschlossen (28 %), und bei etwas mehr als einem Drittel wurde eine Verbesserung der Problematik dokumentiert (35 %). 33 % der Klient*innen weisen am Ende ihrer Betreuung eine unveränderte Suchtproblematik auf, und bei 4 % hat sich diese verschlechtert.

Regionale Aspekte

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

Der höchste Anteil weiblicher Personen unter der Suchthilfeklientel findet sich mit 29 % in Frankfurt. In den Landkreisen und kreisfreien Städten ist dieser Anteil etwas niedriger (26 % bzw. 24 %). Im Hinblick auf das Alter zeigen sich kaum regionalspezifische Unterschiede. Überall liegt das Durchschnittsalter der Gesamtklientel zwischen 39,6 und 40,8 Jahren.

Bei 46 % der 2017 in den Frankfurter Einrichtungen betreuten Klient*innen handelt es sich um Opioidabhängige, während bei einem knappen Viertel eine Alkoholdiagnose vorliegt (23 %). In den Landkreisen und Großstädten stellt sich dieses Verhältnis gänzlich anders dar: Die Anteile der Alkoholklientel liegen bei 44 % bzw. 39 %, während sich diejenigen für die Opioidklientel lediglich auf 17 % bzw. 24 % belaufen.

Der Anteil von Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft liegt in der Metropole Frankfurt mit 25 % am höchsten, in den Landkreisen mit 12 % am niedrigsten. Klient*innen mit einem Migrationshintergrund sind mit 34 % in Frankfurt und mit 39 % in den vier anderen Großstädten häufiger vorzufinden als in den Landkreisen mit 29 %.

Bei der Betrachtung der Erwerbssituation zeigt sich, dass in den Landkreisen und Großstädten der Anteil derjenigen, die über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz verfügen, größer ist als in der Metropole Frankfurt (51 % bzw. 53 % zu 35 %). Korrespondierend damit ist in Frankfurt der Anteil der ALG-II Beziehenden am höchsten (42 %).

Trends 2007 bis 2017

Die Basis der Trendanalyse stellen 85 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum an der COMBASS-Dokumentation beteiligt haben. Die folgenden Auswertungen stellen die wichtigsten Veränderungen zwischen 2007 und 2017 dar. Es kann hier zu Abweichungen gegenüber den Ergebnissen des Statusberichtes 2017 kommen (N=101 Einrichtungen).

Der prozentuale Anteil der Angehörigen an allen betreuten Personen liegt im Betrachtungszeitraum stabil bei 6 % und 7 %. In absoluten Zahlen sind dies jährlich zwischen 962 und 1.205 Personen.

Bei der Anzahl betreuter Klient*innen gab es den höchsten Wert mit 16.078 im Jahr 2011; seitdem ist eine Abnahme auf aktuell 15.071 zu registrieren. Bei den Neuaufnahmen – d. h. der Erstkontakt zur ambulanten Suchthilfe in Hessen findet im jeweiligen Jahr statt – ist seit 2011 ein gleichbleibender prozentualer Anteil von 32 % bzw. 31 % zu beobachten.

Das Durchschnittsalter der Klient*innen hat sich zwischen 2007 und 2017 kontinuierlich von 38,2 auf 40,6 Jahre erhöht (+2,4). Dabei zeigt sich, dass der Altersanstieg bei den Frauen (+2,9) größer ist als bei den Männern (+2,2). Dagegen geht das durchschnittliche Alter der (jährlichen) Neuaufnahmen seit 2009 leicht zurück – in 2017 liegt der bisher niedrigste Wert mit 35,9 Jahren vor.

Wird eine solche Auswertung, bei der ausschließlich die Neuaufnahmen betrachtet werden, differenziert nach den Hauptdiagnosegruppen vorgenommen, ergeben sich bei der Alkoholklientel leicht schwankende Werte, die zwischen 43,0 und 44,8 Jahren liegen. Bei der Gruppe der Opioidabhängigen ist dagegen eine deutliche Zunahme des Alters auszumachen: es ist über die Jahre von 34,2 Jahre (2007) auf 39,5 Jahre (2017) angestiegen.

Betrachtet man die Personen, für die eine ICD-10 Hauptdiagnose in Form von „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeitssyndrom“ dokumentiert worden ist, zeigt sich, dass sich der relative Anteil der Klient*innen mit einer Alkoholproblematik zwischen den Jahren 2007 und 2011 leicht erhöht hat (von 39 % auf 42 %), um danach um 3 Prozentpunkte wieder auf den Ausgangswert von 39 % im Jahr 2017 zu fallen. Bei der Opioidklientel wird ein starker Trend eines abnehmenden relativen Anteils deutlich: der Wert für 2017 beträgt nur noch 24 %, zehn Jahre zuvor waren es noch 34 %. Der Anteil der Cannabiskonsument*innen hat dagegen im betrachteten Zeitraum von 14 % auf 18 % zugenommen. Der Anteil der Glücksspielklientel liegt seit dem Jahre 2013 stabil bei 7 % bzw. 6 %.

Bei den neu aufgenommenen Personen mit Alkoholproblemen ist der relative Anteil seit dem Jahr 2011 stark zurückgegangen: von 52 % auf 43 %. Der Anteil der Neuaufnahmen mit einer opioidbezogenen Hauptdiagnose hat sich sogar kontinuierlich über die Jahre stark reduziert: von 18 % in 2007 über 10 % in 2011 auf nur noch 6 % im letzten Beobachtungsjahr. Die (neu aufgenommene) Cannabisklientel hat dagegen seit 2007 an Bedeutung gewonnen: ihr relativer Anteil ist von 19 % auf 28 % angewachsen.

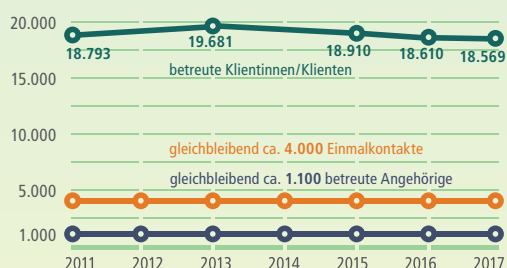
Der Anteil von erwerbstätigen Personen unter der Alkoholklientel ist seit dem Jahr 2007 um 11 Prozentpunkte von 40 % auf 51 % angewachsen. Gleichzeitig hat sich der Anteil der ALG I-Empfänger*innen halbiert (2007: 10 %, 2017: 5 %). Auch der entsprechende Wert für ALG II geht seit 2007 kontinuierlich zurück (von 33 % auf 26 %). Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei der Opioidklientel festzustellen, wenn auch auf einem niedrigeren Niveau: Der Anteil der erwerbstätigen Personen ist seit 2007 leicht angestiegen (von 18 % auf 22 %) und derjenige der ALG I- und ALG II- Empfänger*innen ist zurückgegangen (von 7 % auf 4 % bzw. von 59 % auf 52 %).

Die Beratung ist seit 2007 die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform in der ambulanten Suchthilfe Hessens. Ihr relativer Anteil ist zwar kurzzeitig zwischen 2007 und 2009 deutlich von 49 % auf 40 % gefallen; seitdem ist jedoch ein stetiger Anstieg beinahe auf das Ausgangsniveau zu beobachten (48 % in 2017). Die zweithäufigste Betreuungsform der letzten Jahre ist mit einem relativ stabilen Anteil zwischen 14 % und 16 % die Medikamentengestützte Behandlung, d. h. vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter. Bei der Ambulanten Rehabilitation ist es seit 2013 zu einem Rückgang von 11 % auf 8 % gekommen.

Bei der Art der Beendigung der Betreuung ergeben sich – wenn die beiden positiven Kategorien „regulär“ und „planmäßiger Wechsel“ zusammengefasst werden – für die drei Hauptdiagnosegruppen im gesamten Beobachtungszeitraum zwar schwankende, aber sich in einem gewissen Rahmen bewegende Anteile: 65 % bis 70 % bei der Alkoholklientel, bei der Opioidklientel 44 % bis 49 % und 59 % bis 69 % bei der Cannabisklientel.

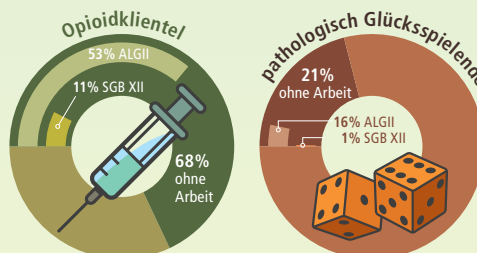
Klientel und erbrachte Leistungen der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hessen 2017

Inanspruchnahme der Beratungsstellen in den letzten Jahren nahezu konstant

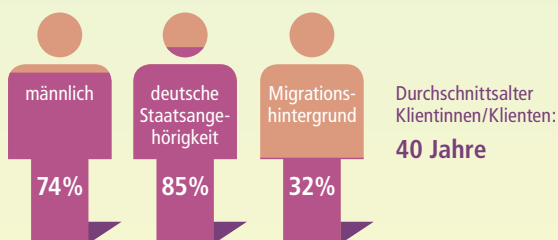


Erwerbssituation und Transferleistungen

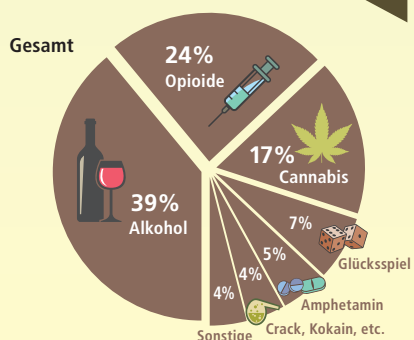
Die Arbeitslosigkeit ist in allen Hauptdiagnosegruppen höher als bei der Allgemeinbevölkerung. Bei der Opioid-klientel sind 68% ohne Arbeit: 53% beziehen ALG II, 11% SGB XII. Bei den pathologisch Glücksspielenden sind 21% arbeitslos: 16% beziehen ALG II, 1% SGB XII.



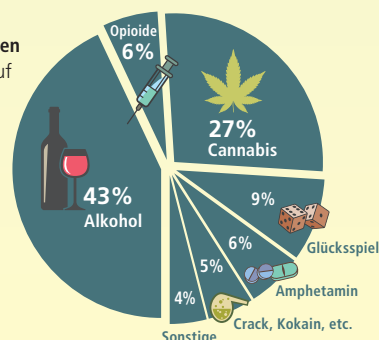
Geschlecht, Alter, Nationalität der Klientinnen und Klienten



Verteilung der vorwiegenden Suchtprobleme nach Hauptdiagnosen



Bei den **Neuaufnahmen** zeigt sich in Bezug auf die Verteilung der Hauptdiagnosen ein anderes Bild:



Zielsetzung und Datengrundlage

Im vorliegenden Jahresbericht 2017 werden die soziodemografische Situation der Klientel der ambulanten hessischen Suchthilfe und die von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen beschrieben. Hierbei wird eine vergleichende Perspektive eingenommen, indem nach den verschiedenen Hauptdiagnosegruppen getrennt ausgewertet wird. Es werden die soziale und die Betreuungssituation von acht verschiedenen Gruppen dargestellt: der Opioid-, Alkohol-, Cannabis-, Kokain-, Crack-, Amphetamin- und Sedativa-Klientel sowie der pathologischen 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 regionalspezifische Auswertung und eine Trendanalyse über die Jahre 2007 bis 2017. In der Regionalanalyse werden ausgewählte Ergebnisse der Landkreise, Großstädte sowie der Metropole Frankfurt vergleichend gegenübergestellt. Die Trendanalyse schreibt vor allem diejenigen Trends fort, die in der COMBASS-Steuerungsgruppe in den letzten Jahren zu besonderen Reflektionen und Diskussionen geführt haben. Dabei handelt es sich um den Anteil der Angehörigen und Neuaufnahmen, das Durchschnittsalter, die Hauptdiagnose und die Erwerbs- und Wohnsituation der Klient*innen sowie die Betreuungsform, durchschnittliche Betreuungsdauer und Art der Beendigung der Betreuung.

Datengrundlage

Der vorliegende Bericht basiert auf den Daten von 101 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 Deutschen Kerndatensatz (KDS 3.0, Version 2016), welcher vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) verabschiedet wurde.

ERLÄUTERUNG

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

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

Im Folgenden werden Personen als Klient*innen sowie Angehörige bzw. sonstige Bezugspersonen bezeichnet, die der Einrichtung namentlich bekannt sind und im Jahr 2017 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 Person zuzuordnen, sondern auch über die Einrichtungen hinweg.²

Vorkommen identischer HIV-Codes in unterschiedlichen Einrichtungen

Um festzustellen, ob eine Person in mehreren Einrichtungen in Betreuung war, ist es möglich, die HIV-Codes zwischen allen 101 Einrichtungen zu vergleichen. Eine solche „Mehrfachbetreuung“ kann nacheinander oder auch parallel erfolgen. Das ist beispielsweise bei Vermittlungen zur Weiterbehandlung oder zur ergänzenden Betreuung der Fall oder wenn ein Klient oder eine Klientin zusätzlich zur Beratung und Betreuung Angebote der Krisen- und Überlebenshilfe in Anspruch genommen hat. Mehrfachbetreuungen können also das Ergebnis eines zielgerichteten Hilfeprozesses sein; sie dürfen nicht fälschlicherweise als Überversorgung interpretiert werden.

Kennt man diese Zahlen, lässt sich daraus ermitteln, wie viele unterschiedliche Personen von den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen der hessischen Suchthilfe betreut wurden (siehe Tabelle 1). Die so ermittelte Personenzahl stellt die Grundlage aller folgenden Berechnungen dar: Im Jahr 2017 handelt es sich dabei um 18.569 unterschiedliche Klient*innen. Auf die gleiche Art

¹ Thaller, R., Specht, S., Künzel, J. & Braun, B. (2017). Suchthilfe in Deutschland 2016. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforchung.

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

und Weise lässt sich zudem eine Zahl von 1.202 Angehörigen für das Jahr 2017 berechnen. Für beide Gruppen zusammen wurden insgesamt 21.867 Betreuungen dokumentiert.

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

HIV-Code in	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017
einer Einrichtung	94 %	94 %	94 %	94 %	94 %	95 %	95 %	95 %
zwei Einrichtungen	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	4 %
drei Einrichtungen	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0,4 %	0,5 %	0,3 %
mehr als drei Einrichtungen	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Personen landesweit (N)	17.562	18.467	21.116	18.793	19.681	18.910	18.610	18.569

Seit 2010 besteht in Hessen die Möglichkeit, auch Kurzbetreuungen mit lediglich einem Kontakt, so genannte Einmalkontakte, betreuungsbezogen zu dokumentieren. Einmalkontakte entstehen beispielsweise, wenn im Erstkontakt festgestellt wurde, dass ein einmaliges Betreuungsgespräch ausreichend ist und/oder bei einer anderen Einrichtung ein adäquates Hilfeangebot besteht. Insgesamt lassen sich weitere 3.937 unterschiedliche Personen für das Jahr 2017 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 aus den Analysen ausgeschlossen.

Mit 101 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 Bezugspersonen leicht über dem Wert des Vorjahres. Insgesamt zeigt sich über die Jahre eine stabile Datenbasis.

Tabelle 2: Datengrundlage

	Einrich- tungen	Summe der unterschiedlichen Klienten	Summe der unterschiedlichen Angehörigen	Betreuungen	Personen mit Einmal- kontakten**
2017	101	18.569 (19.421)*	1.202 (1.265)*	21.867	3.937
2016	103	18.610 (19.594)*	1.166 (1.248)*	22.132	3.973
2015	103	18.910 (19.874)*	1.154 (1.209)*	22.340	3.683
2014	102	19.084 (20.062)*	1.156 (1.219)*	23.953	4.032
2013	106	19.681 (20.713)*	1.336 (1.415)*	24.973	3.890
2012	104	19.547 (20.503)*	1.161 (1.227)*	24.772	3.504
2011	101	18.793 (19.898)*	1.088 (1.146)*	23.801	3.528
2010	107	21.419	1.473	25.123	---
2009	108	21.116	1.510	25.189	---
2008	107	19.357	1.419	23.467	---
2007	107	18.467	1.087	21.773	---
2006	101	17.591	943	20.485	---
2005	103	17.562	1.141	20.897	---
2004	99	17.023	1.236	20.131	---
2003	109	17.515	1.654	20.125	---

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

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

Klientinnen und Klienten

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit jenen 18.569 Klient*innen und Klienten (ohne Angehörige), die im Jahr 2017 von der ambulanten Suchthilfe in Hessen erreicht werden konnten und für die neben einer Betreuung mindestens ein Termin bzw. eine Leistung dokumentiert worden ist. Der nachstehende Überblick bezieht sich auf grundlegende soziodemografische Merkmale wie Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Erwerbssituation. Dabei werden die einzelnen Hauptdiagnosegruppen getrennt – also beispielsweise 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 Hauptdiagnosegruppen 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). Zu Beginn der Betreuung in der Suchtberatungsstelle sind die Klient*innen im Durchschnitt 40 Jahre alt, wobei die Frauen (42,3 Jahre) durchschnittlich gut drei Jahre älter sind als die Männer (39,2 Jahre).

85 % der Klient*innen der ambulanten Suchthilfe besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit; 14 % sind entweder Bürger*innen eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Union (5 %) oder eines Staates außerhalb der EU (9 %). 32 % der Klientel haben einen Migrationshintergrund; bei den Männern (36 %) ist dies häufiger der Fall als bei den Frauen (22 %).³ Der Anteil der Menschen ohne deutschen Pass liegt knapp unter dem Wert innerhalb der hessischen Gesamtbevölkerung (Nichtdeutsche 2017: 16,8 %).⁴ Demgegenüber liegt der Anteil der Suchthilfe-Klient*innen mit einem Migrationshintergrund auf dem Niveau der Gesamtbevölkerung: Im Jahr 2017 hatten 31 % der hessischen Bürger*innen einen Migrationshintergrund.⁵

³ Es ist zu beachten, dass es beim Migrationshintergrund einen vergleichsweise hohen Anteil fehlender Angaben gibt.

⁴ Eigene Berechnung nach den Angaben aus den unter <https://statistik.hessen.de/zahlen-fakten/bevoelkerung-gebiet-haushalte-familien/bevoelkerung/tabellen/#Bevoelkerungsveraenderung> verfügbaren Tabellen.

⁵ 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	13.718	4.851	18.569
Durchschnittliches Alter			
Klienten (in Jahren)	39,2	42,3	40,0
N	13.615	4.813	18.428
Staatsangehörigkeit			
Deutschland	83 %	90 %	85 %
EU	5 %	6 %	5 %
außerhalb EU	11 %	4 %	9 %
staatenlos	0,5 %	0,3 %	0,5 %
Gesamt N	13.022	4.582	17.604
Migrationshintergrund*			
Kind von Migranten	19 %	11 %	17 %
selbst migriert	22 %	14 %	20 %
kein Migrationshintergrund	64 %	78 %	68 %
Gesamt N	9.650	3.354	13.004

* Mehrfachnennungen möglich

Ziel- und Diagnosegruppen

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

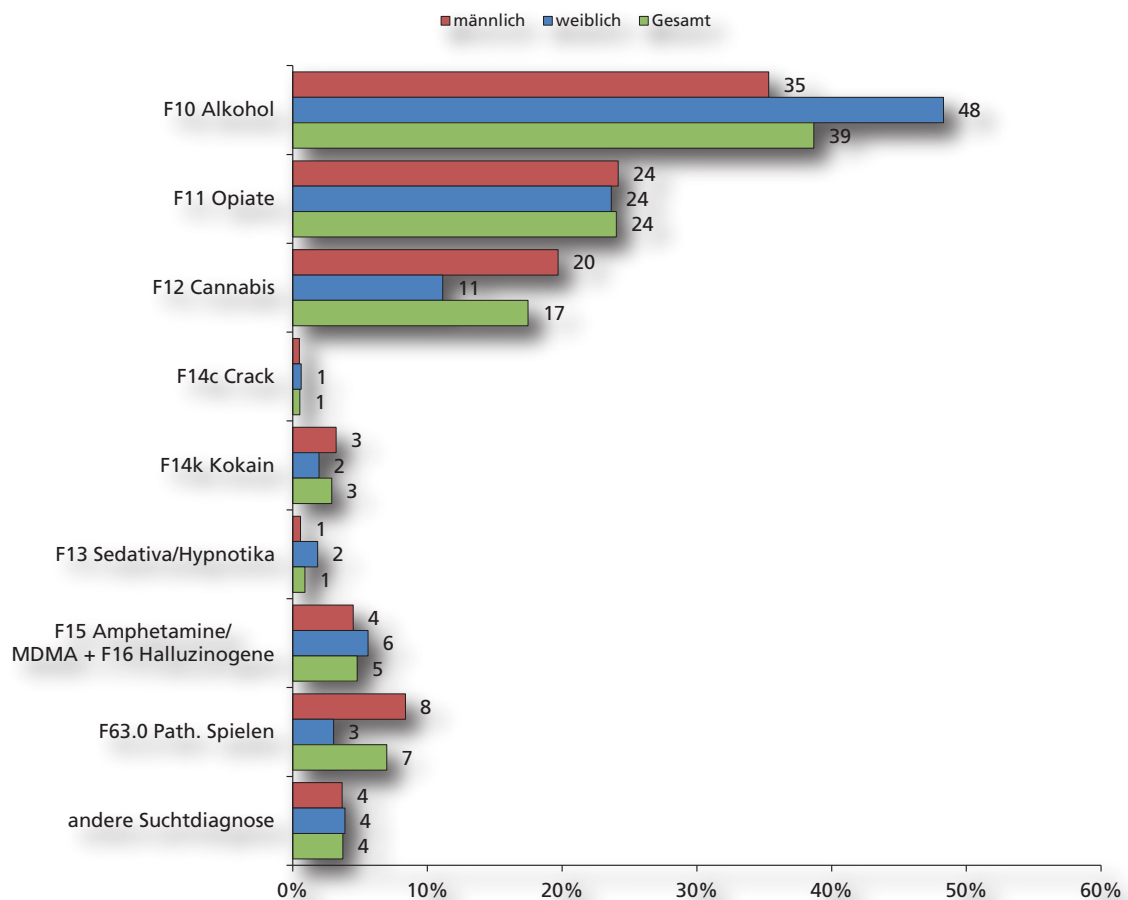
Wird die „Zielgruppe“ als Ordnungskriterium genommen, so ist die Kategorie „Illegale Drogen“ mit 52 % der hessischen Klient*innen nach wie vor am stärksten vertreten. Dahinter folgt mit 35 % „Alkohol“ und mit großem Abstand „pathologisches Spielen“ (7 %). 2 % fallen in die Kategorie „Jugendberatung“⁶ und jeweils 1 % in „Medikamente“ oder „problematische Mediennutzung“.

Die Verteilung nach den Hauptdiagnosen bietet ein differenzierteres Bild hinsichtlich der Suchtproblematiken: Demnach suchen 39 % der Klient*innen aufgrund eines Alkoholproblems die ambulante Suchthilfe auf (siehe Abbildung 2). Für 24 % ist die Opioidabhängigkeit der hauptsächliche Grund für den Besuch einer Beratungs- oder Behandlungsstelle. Die Hauptdiagnose Cannabis wird bei 17 % der Gesamtklientel vergeben, und für 7 % steht das pathologische Glücksspiel im Vordergrund der Beratung bzw. Behandlung. Bei 5 % sind die Hauptproblemsubstanzen Amphetaminderivate (inklusive MDMA) oder Halluzinogene. 3 % kommen aufgrund ihres Kokainkonsums

⁶ In Hessen wird in einigen Sucht- und Drogenberatungsstellen auch eine Jugendberatung angeboten. Hierbei werden Jugendliche und junge Erwachsene beraten, die persönliche Probleme mit sich selbst und/oder in ihrem sozialen Umfeld (Familie, Schule, Ausbildung, Beruf, Beziehung) haben. Dabei können auch Probleme im Umgang mit Suchtmitteln eine Rolle spielen. In der Regel fallen unter „Jugendberatung“ Personen bis einschließlich 26 Jahre (Definition nach KJHG).

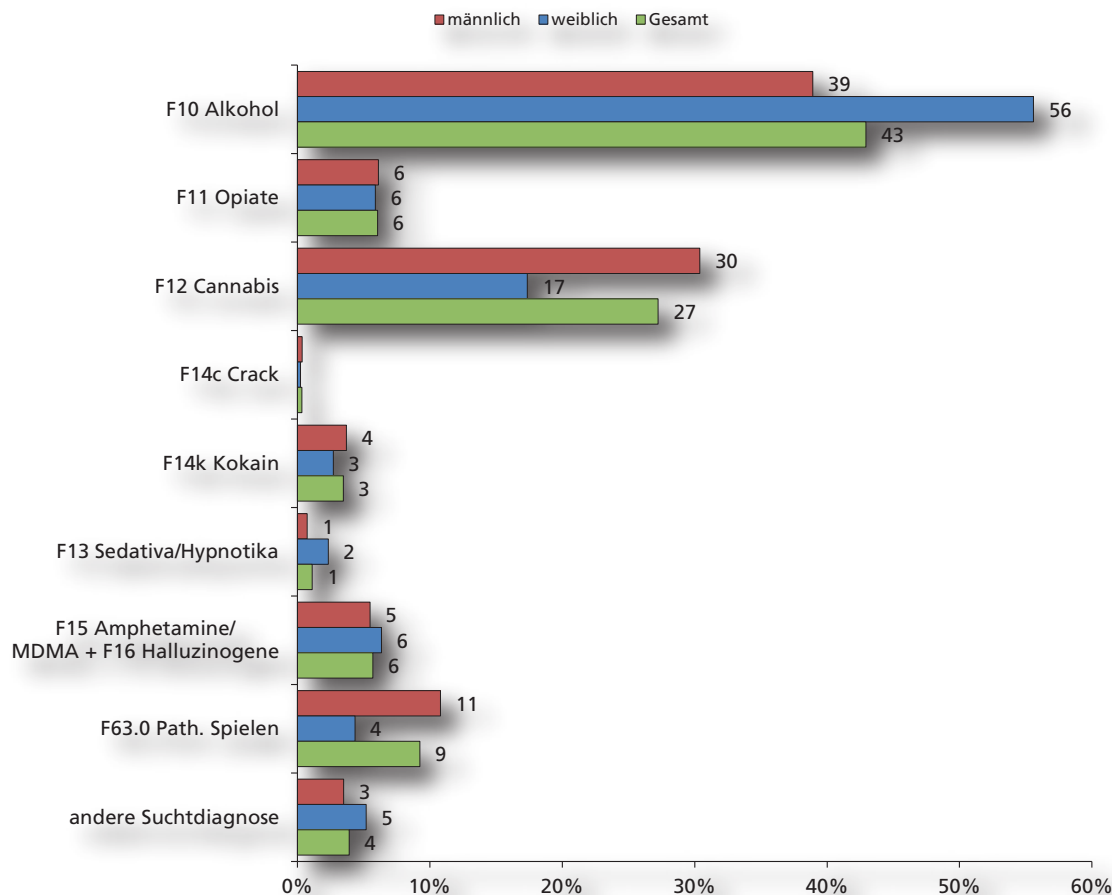
zur hessischen Suchthilfe, für 1 % der Klientel wird die Hauptdiagnose Sedativa/Hypnotika vergeben und 0,5 % kommen hauptsächlich wegen ihres Crackkonsums. Bei insgesamt 4 % liegt eine andere Suchtdiagnose vor.

Abbildung 2: Hauptdiagnose (N= 16.638)



Ein anderes Bild ergibt sich, wenn ausschließlich die neu aufgenommenen Klient*innen betrachtet werden (siehe Abbildung 3): Hier liegt der Anteil der Alkoholklient*innen mit 43 % etwas oberhalb des Wertes für die Gesamtgruppe. Bei jenen mit Hauptdiagnose Cannabis ist der entsprechende Anteil der neu Aufgenommenen mit 27 % hingegen deutlich höher. Auch der Anteil für pathologisches Glücksspielen ist mit 9 % etwas höher als der Anteil in der Gesamtstichprobe. Weit aus niedriger als in der Gesamtgruppe ist hingegen der Anteil derer mit der Hauptdiagnose Opiode: Nur noch 6 % der neu aufgenommenen Klient*innen haben 2017 die Suchthilfe wegen eines Opioidproblems aufgesucht. Die neu aufgenommenen Klient*innen der übrigen Hauptdiagnosegruppen unterscheiden sich jeweils höchstens um einen Prozentpunkt von der Gesamtgruppe.

Abbildung 3: Hauptdiagnose der erstmalig aufgenommenen Klientinnen und Klienten (N= 5.348)



Diagnosegruppen – soziodemografische Merkmale

Wenn im Folgenden näher auf die soziodemografischen Merkmale der hessischen Klientel eingegangen wird, dann geschieht dies primär anhand von Vergleichen zwischen den oben vorgestellten Hauptdiagnosegruppen.⁷ Wo es sinnvoll erscheint, werden darüber hinaus auch Vergleiche mit der hessischen Gesamtbevölkerung in die Darstellung mit einbezogen. Die in den folgenden Auswertungen dargestellte Gesamtgruppe bezieht sich auf alle dokumentierten Klient*innen mit einer suchtbewegten Diagnose.

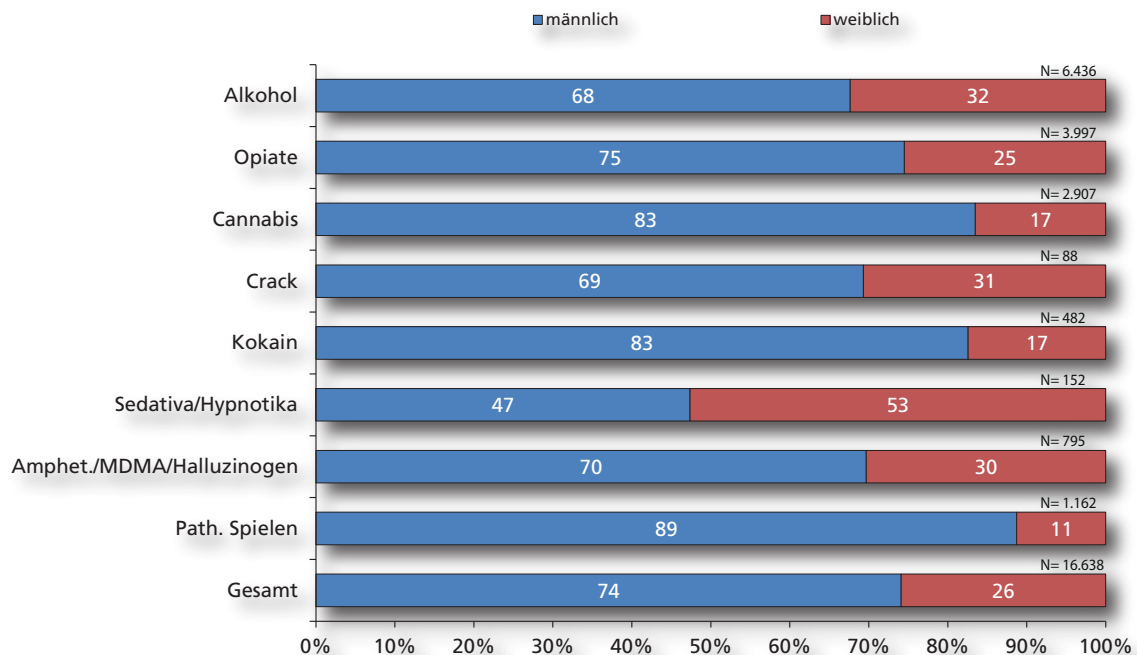
Geschlecht · Alter · Nationalität

In allen einzelnen Hauptdiagnosegruppen mit nennenswerten Fallzahlen überwiegt der Anteil der männlichen Klienten jeweils deutlich (siehe Abbildung 4). Die größte Überrepräsentanz von Männern findet sich in der Gruppe der pathologisch Glücksspielenden (89 %), gefolgt von der Kokain- und der Cannabisklientel (jeweils 83 %). Bei den Opioidklient*innen sind drei Viertel (75 %) männlich, bei der Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogen- (70 %) sowie Crackklientel (69 %) etwas weniger. Noch etwas geringer fällt die Überrepräsentation männlicher Klienten mit 68 %

⁷ Bei der Interpretation der Ergebnisse muss stets beachtet werden, dass es sich vor allem bei der Crackklientel um eine zahlenmäßig kleine Gruppe handelt und nicht bei allen Klientinnen und Klienten auch zu allen Fragestellungen Angaben vorliegen.

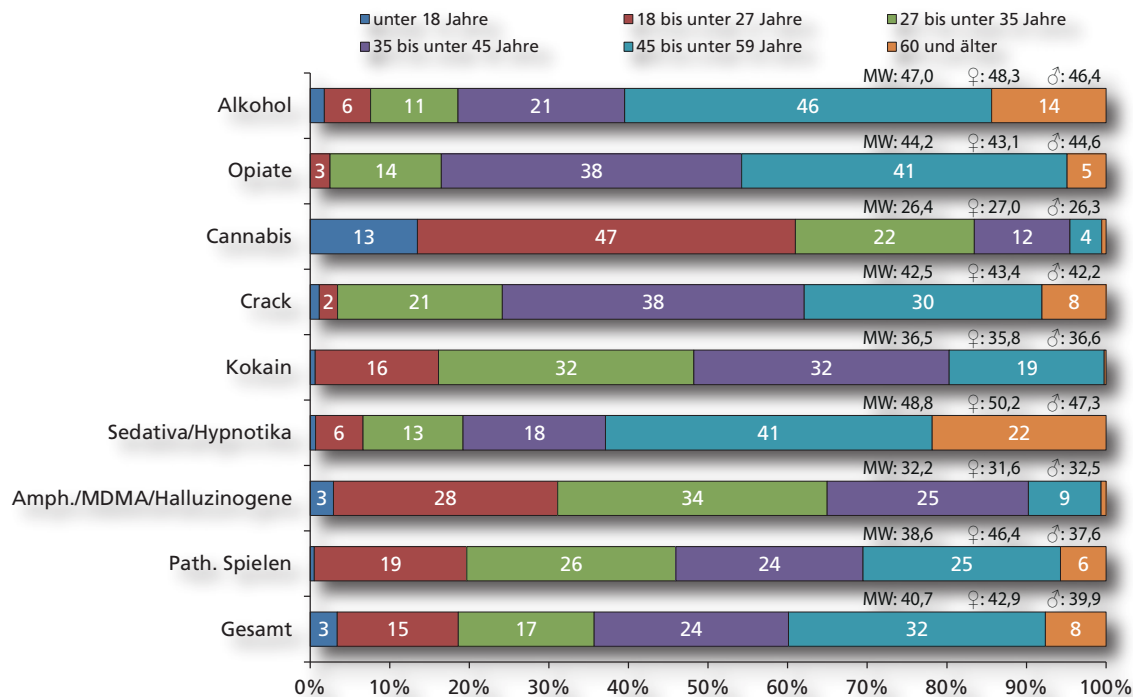
bei der Hauptdiagnose Alkohol aus. Lediglich in der kleinen Gruppe der Sedativa bzw. Hypnotika Konsumierenden gibt es mit 53 % ein leichtes Übergewicht weiblicher Klientinnen.

Abbildung 4: Geschlechterverteilung nach Hauptdiagnose



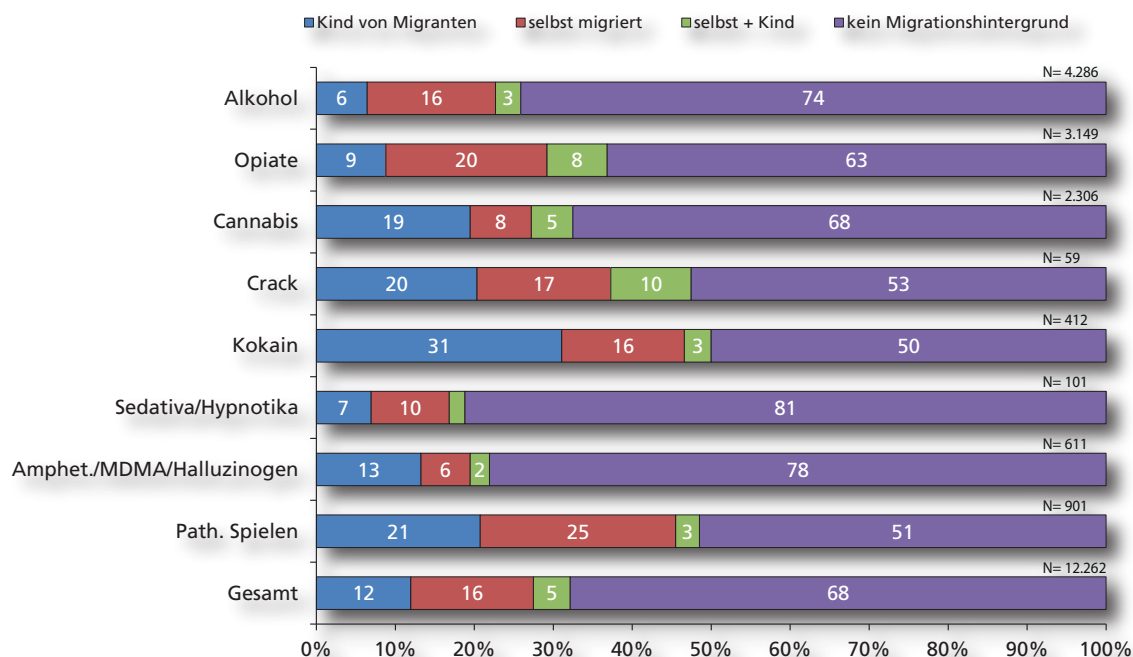
Bei einer Betrachtung der Altersverteilung innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen wird deutlich, dass die Cannabisklient*innen nach wie vor mit einem Durchschnittsalter von 26,4 Jahren die deutlich jüngste Gruppe innerhalb der hessischen Suchthilfeklientel darstellen (siehe Abbildung 5); 60 % sind jünger als 27 Jahre und mit 13 % gibt es nur hier einen nennenswerten Anteil minderjähriger Klient*innen. Die Personen aus der zweitjüngsten Hauptdiagnosegruppe, der Amphetamin/MDMA/Halluzinogen-Klientel, sind mit durchschnittlich 32,3 Jahren bereits sechs Jahre älter. Auch das Durchschnittsalter der Kokainklientel (36,5 Jahre) liegt unter dem Durchschnittsalter der Gesamtklientel, und auch pathologisch Glücksspielende sind im Schnitt, wenn auch nur etwas, jünger (38,6 Jahre). Demgegenüber liegen Alkoholklient*innen mit durchschnittlich 47,0 Jahren weiterhin deutlich über dem Durchschnitt; 60 % sind mindestens 45 Jahre alt. Auch im aktuellen Jahr ist die Sedativa-/Hypnotika-Klientel mit durchschnittlich 48,8 Jahren die älteste Hauptdiagnosegruppe. Neben der kleinen Gruppe der Crackklientel (42,5 Jahre) liegt auch bei den Opioidklient*innen das Durchschnittsalter mit 44,2 Jahren über demjenigen der gesamten Klientel (40,7 Jahre). Aus dieser Gruppe sind mittlerweile 46 % mindestens 45 Jahre alt, und der Anteil junger Klient*innen (unter 27 Jahren) beläuft sich auf lediglich 3 %, ebenso wie bei den Crackklient*innen (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5: Alter in Kategorien, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 16.535)



Wie schon erwähnt haben insgesamt 32 % der hessischen Suchthilfeklientel einen dokumentierten Migrationshintergrund. Im Jahr 2017 ist dieser Anteil bei der Kokainklientel mit insgesamt 50 % am höchsten, gefolgt von den pathologisch Glücksspielenden (49 %) und den Crack Konsumierenden mit 47 % (siehe Abbildung 6). Etwas überrepräsentiert sind Personen mit Migrationshintergrund bei Opioidklient*innen (37 %), während Cannabiskonsumierende (32 %) hier genau im Durchschnitt liegen. Personen, bei denen Probleme mit Alkohol (26 %), Amphetaminen/MDMA/Halluzinogenen (22 %) oder Sedativa/Hypnotika (19 %) im Vordergrund stehen, haben hingegen deutlich seltener einen Migrationshintergrund.

Abbildung 6: Migrationshintergrund, differenziert nach Hauptdiagnose

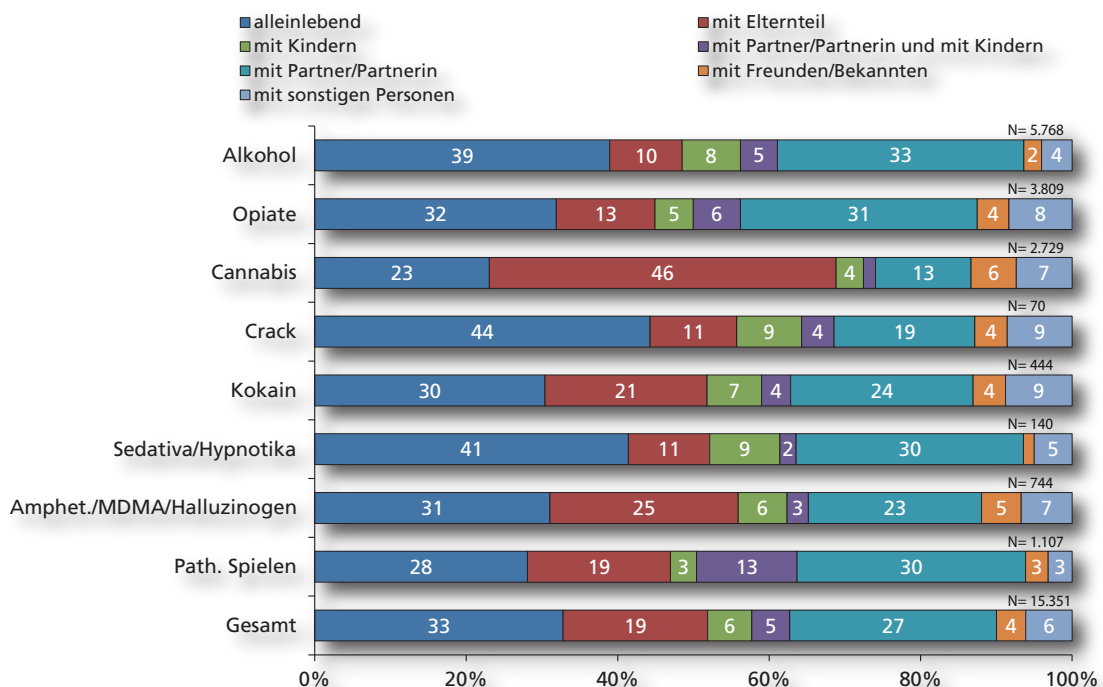


Familienstand · Lebenssituation

Was den formellen Familienstand betrifft, so sind mit 61 % deutlich mehr als die Hälfte der Klient*innen der ambulanten Suchthilfe in Hessen ledig. Insgesamt 23 % sind verheiratet; mit 17 % leben die meisten dieser Personen auch mit ihrem Ehemann oder ihrer Ehefrau zusammen. 14 % sind geschieden und 2 % verwitwet. Besonders hoch sind die Anteile der (noch) Unverheirateten bei den vergleichsweise jungen Menschen der Diagnosegruppen Cannabis (91 %) und Amphetamine/MDMA/Halluzinogene (80 %). Auch in der Kokain- (69 %) und Opioidklientel (62 %) sind relativ häufig ledige Personen anzutreffen. Besonders niedrig ist dieser Anteil hingegen mit 44 % bei der Alkoholklientel. In dieser Gruppe befindet sich neben dem höchsten Anteil an Geschiedenen (21 %) auch ein relativ hoher Anteil an Verheirateten (32 %), wovon die meisten (25 %) auch mit Ehepartner bzw. -partnerin zusammenleben. Noch höher sind die Anteile der Verheirateten (35 %) sowie der mit Ehemann bzw. -frau Zusammenlebenden (28 %) bei den pathologisch Glücksspielenden.

Zusätzlich zum Familienstand wird auch die konkrete Lebenssituation der Klient*innen erfasst (siehe Abbildung 7). Ein Drittel aller Klient*innen lebt alleine, mit 32 % etwas weniger mit Partner bzw. Partnerin und ggf. Kindern und 19 % bei den Eltern. Die höchsten Anteile von Alleinlebenden sind bei der Crack- (44 %), der Sedativa/Hypnotika- (41 %) und der Alkoholklientel (39 %) feststellbar. Geringfügig unter dem Durchschnitt liegen hier Opioidklient*innen (32 %), während sich die niedrigsten Werte bei Personen finden lassen, die wegen Cannabis (23 %) oder pathologischem Glücksspiel (28 %) die Suchthilfe aufsuchen. Dabei leben die vergleichsweise jungen Cannabisklient*innen mit Abstand am häufigsten noch bei den Eltern (46 %), 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 43 %).

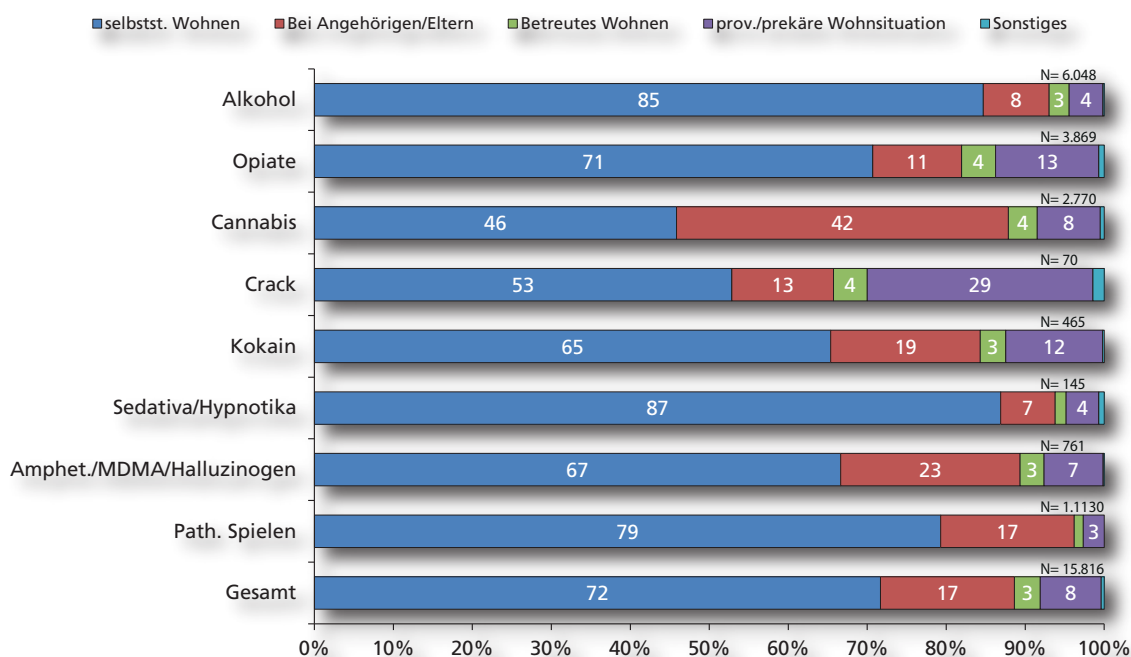
Abbildung 7: Lebenssituation, differenziert nach Hauptdiagnose



Wohnsituation

Mit 72 % wohnt der überwiegende Teil der hessischen Suchthilfeklientel selbstständig. 17 % leben bei Eltern oder Angehörigen, 3 % im Betreuten Wohnen und 8 % in prekären Wohnsituationen: Justizvollzugsanstalt, provisorische Unterkunft oder Obdachlosigkeit (siehe Abbildung 8). Die zuletzt genannten Personen finden sich am häufigsten unter den Konsumierenden von Crack (29 %), Opioiden (13 %) und Kokain (12 %). Am niedrigsten liegt dieser Anteil mit 3 % bei den pathologisch Glücksspielenden, gefolgt von der Alkoholklientel mit 4 %. Abgesehen von den Sedativa/Hypnotika Konsumierenden (87 %) zeigt sich bei der Alkoholklientel mit 85 % auch der höchste Anteil in der Kategorie selbstständiges Wohnen. Der höchste Wert für das Wohnen bei den Eltern bzw. anderen Angehörigen liegt mit 42 % bei der Cannabisklientel vor.

Abbildung 8: Wohnsituation, differenziert nach Hauptdiagnose



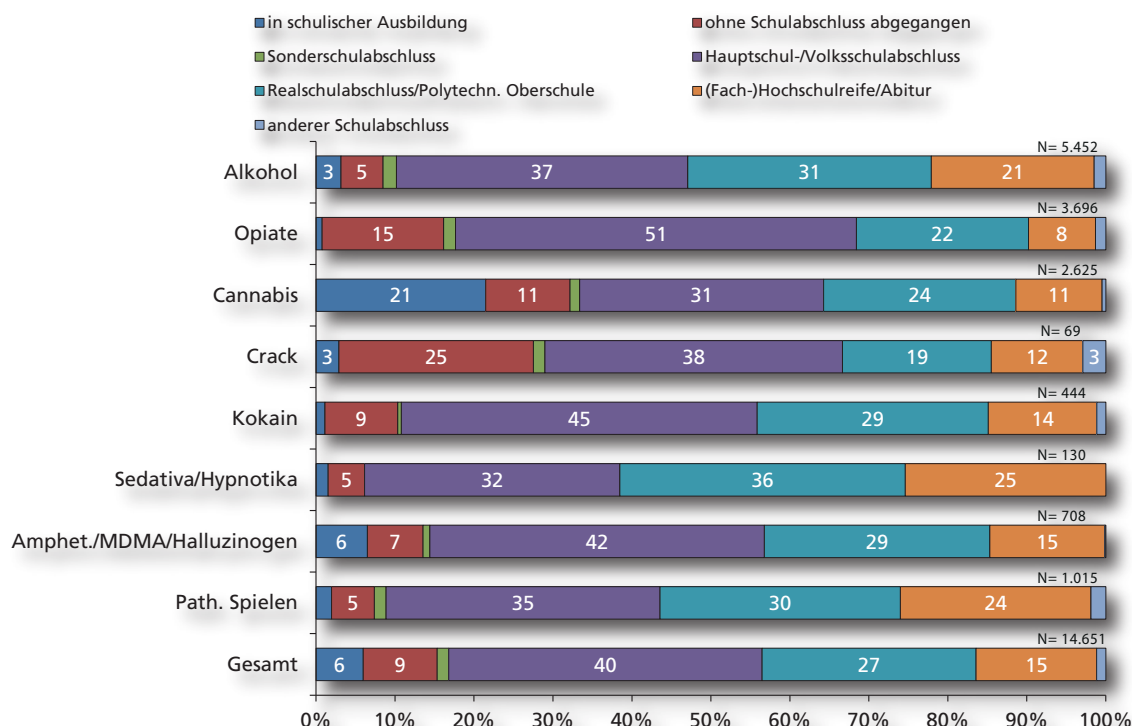
Schulabschluss und Ausbildung

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, 40 % den Hauptschulabschluss, 27 % einen Realschulabschluss und lediglich 15 % Abitur; 6 % sind noch in schulischer Ausbildung (siehe Abbildung 9). 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.⁸ Ein besonders niedriger Bildungsstand liegt bei den Crack- und Opioidkonsumierenden vor, die mit 25 % bzw. 15 % die höchsten Anteile von Personen ohne Abschluss aufweisen. In der Opioidklientel gibt es mit 51 % auch den höchsten Anteil von Hauptschulabgänger*innen sowie mit 8 % den niedrigsten Anteil von Abiturient*innen. Nach wie vor ist der Anteil der Personen, die noch zur Schule gehen, unter Cannabiskonsumierenden mit 21 % mit Abstand am höchsten. Eine relativ hohe Schulbildung ist bei der Alkoholklientel vorhanden: Hier sind lediglich 5 % ohne Schulabschluss abgegangen; gleichzeitig haben mit 21 % relativ viele Personen das (Fach-)Abitur gemacht. Noch etwas höhere Werte für

⁸ https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:06,BEG_4_4_6,m,table

Abiturient*innen zeigen sich bei der Glücksspielklientel sowie in der kleinen Gruppe der Sedativa-/Hypnotikakonsumierenden.

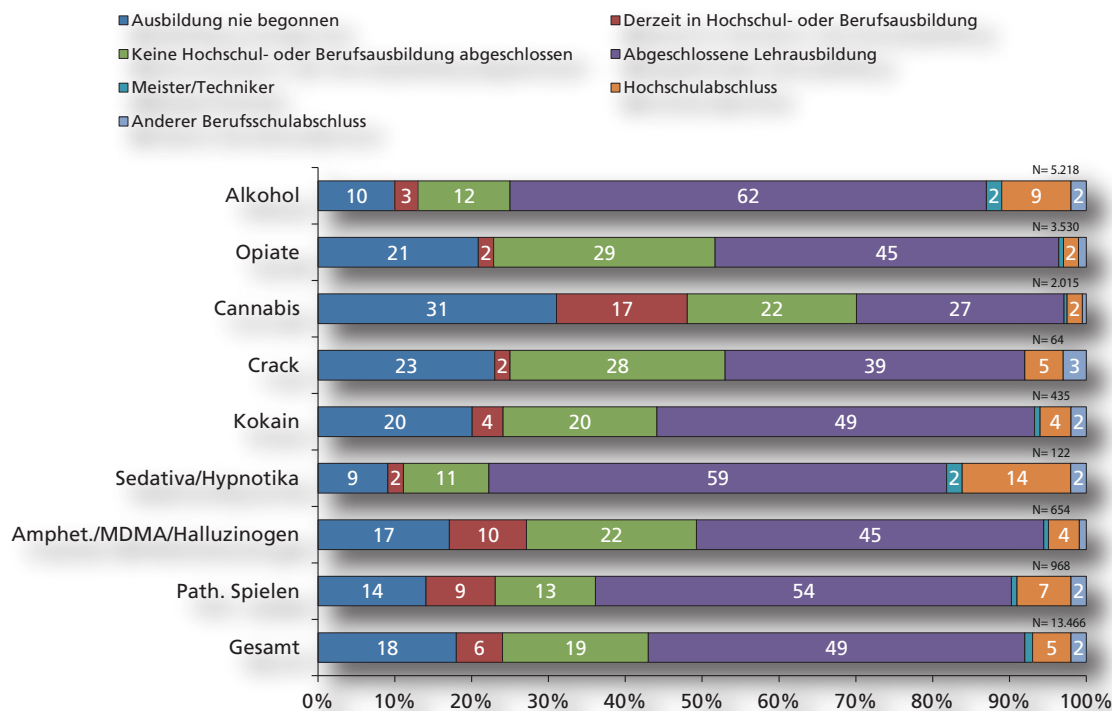
Abbildung 9: Schulabschluss, differenziert nach Hauptdiagnose



Mit 49 % verfügt knapp die Hälfte der Suchthilfeklientel über eine abgeschlossene Berufsausbildung, weitere 6 % über einen Hochschul- oder Meister-/Technikerabschluss (siehe Abbildung 10) und 6 % befinden sich aktuell in Hochschul- bzw. Berufsausbildung. Demgegenüber haben 19 % ihre Ausbildung bzw. ihr Studium nicht abgeschlossen und 18 % haben nie eine Ausbildung bzw. ein Studium begonnen.⁹ Diejenigen, die sich zurzeit in der schulischen Ausbildung befinden, wurden von dieser Auswertung ausgenommen. Die höchsten Anteile für Klient*innen mit abgeschlossener Berufsausbildung oder abgeschlossenem Studium (inklusive Meister/Techniker) sind in den Diagnosegruppen Sedativa/Hypnotika (75 %) und Alkohol (73 %), gefolgt von den pathologisch Spielenden (62 %) vorhanden, wobei Hochschulabschlüsse am ehesten in der Sedativa/Hypnotikaklientel (14 %) vertreten sind. Opioid- (29 %) und Crackkonsumierende (28 %) weisen die höchsten Anteile für eine nicht abgeschlossene Hochschul- bzw. Berufsausbildung auf.

⁹ 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 10: Ausbildungsabschluss¹⁰, differenziert nach Hauptdiagnose



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 2017 bei 5%.¹¹ Demgegenüber beziehen 40 % der Klient*innen der Suchthilfe Arbeitslosengeld (ALG I oder ALG II); weitere 5 % erhalten Sozialhilfe nach SGB XII (siehe Abbildung 11).

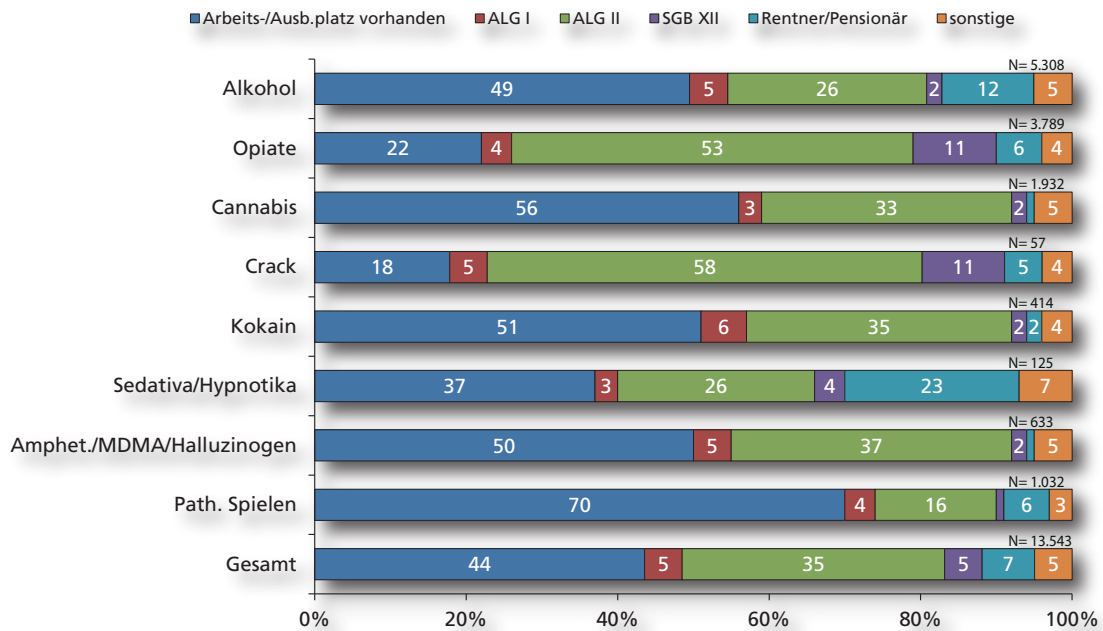
Auch im Jahr 2017 sind mit insgesamt 74 % die Crackklient*innen diejenige Gruppe, die am häufigsten arbeits- bzw. erwerbslos (ALG I/ ALG II/ SGB XII) ist, gefolgt von den Opioidklient*innen mit 68 %. Am niedrigsten liegt der Arbeitslosenanteil bei den Glücksspielenden (21 %), danach kommen Alkohol-, Sedativa/Hypnotika- (jeweils 33 %) und Cannabiskonsumierende (38 %). Festzuhalten ist allerdings weiterhin, dass die Arbeitslosigkeit in sämtlichen Hauptdiagnosegruppen diejenige der Allgemeinbevölkerung jeweils um ein Vielfaches übersteigt.

Insgesamt bestreitet mit 44 % weiterhin weniger als die Hälfte der hessischen Suchthilfeklientel ihren Lebensunterhalt mit bezahlter Arbeit. Am häufigsten haben Glücksspielende einen Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz (70 %), gefolgt von der Cannabisklientel (56 %). 7 % der Suchthilfeklientel sind Rentner*innen. Am höchsten ist der Anteil mit 23 % bei der Sedativa-/Hypnotikaklientel, gefolgt von den Alkoholkonsumierenden (12 %). Dies korrespondiert damit, dass es sich bei diesen Gruppen um die durchschnittlich ältesten handelt.

¹⁰ Klientinnen und Klienten, die sich zur Zeit in schulischer Ausbildung befinden, wurden nicht mit einbezogen.

¹¹ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2514/umfrage/entwicklung-der-arbeitslosenquote-in-hessen-seit-1999/>.

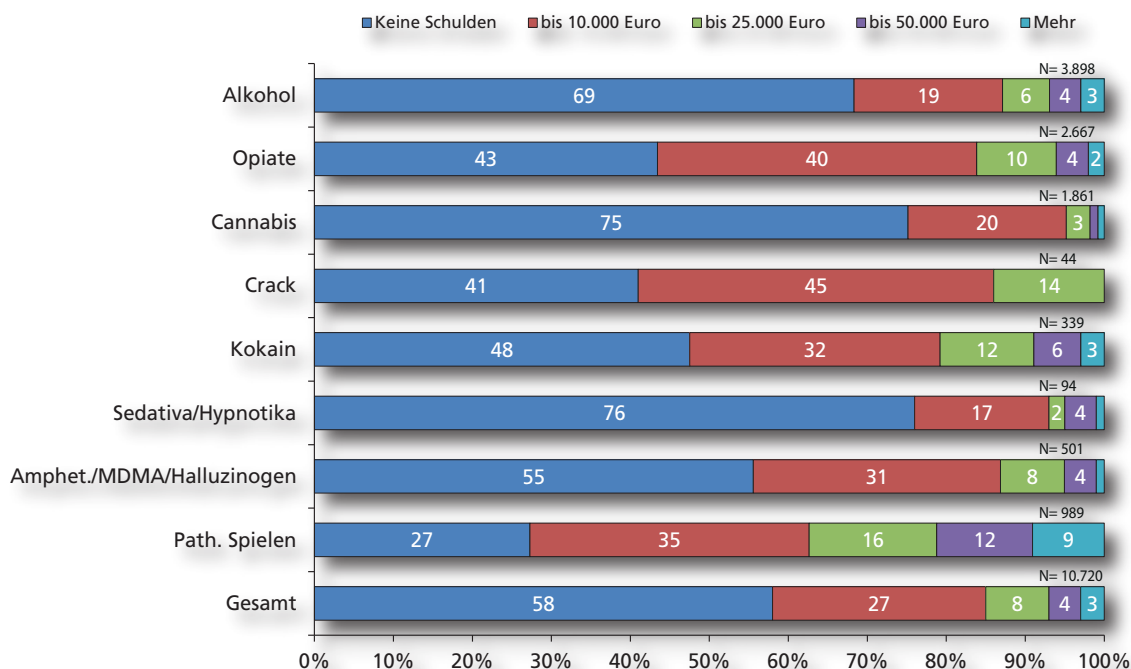
Abbildung 11: Erwerbssituation¹², differenziert nach Hauptdiagnose



42 % der Klient*innen haben - nach den Einschätzungen der Mitarbeiter*innen der Suchthilfe - aktuell als problematisch anzusehende Schulden (siehe Abbildung 12). 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 Diagnosegruppen Sedativa/Hypnotika (24 %), Cannabis (25 %) und Alkohol (31 %).

¹² Klientinnen und Klienten, die sich zur Zeit in schulischer Ausbildung befinden, wurden nicht mit einbezogen.

Abbildung 12: Schuldensituation, differenziert nach Hauptdiagnose

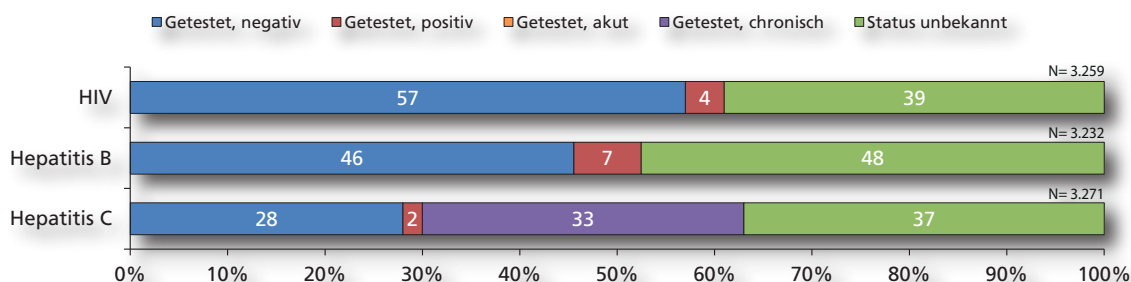


Gesundheitliche Situation

Im Hinblick auf die Gesundheitssituation folgen zunächst Daten zum Infektionsstatus bezüglich intravenös übertragbarer Krankheiten. Diese beschränken sich auf die Diagnosegruppe Opiode, da es sich um die einzige Klientel mit einem hohen Anteil intravenös Konsumierender handelt (siehe Abbildung 13).

Insgesamt 4 % dieser Gruppe geben an, HIV-positiv zu sein. Allerdings existiert mit 39 % nach wie vor eine große Anzahl von Opioidklient*innen, die bislang nicht auf HIV getestet worden sind bzw. bei denen der Test länger als 12 Monate zurückliegt. Ein nur etwas geringerer Anteil von Personen, deren Infektionsstatus unbekannt ist, liegt in Bezug auf Hepatitis C (HCV) vor (37 %). Allerdings ist hier mit insgesamt 35 % die Infektionsrate deutlich höher als bei HIV. Im Hinblick auf Hepatitis B sind 48 % der Klientel ihr Infektionsstatus unbekannt; 7 % aller Opioidklient*innen wurden positiv getestet. Es zeigen sich nur geringe geschlechtsbezogene Differenzen im Hinblick auf den Infektionsstatus: Frauen sind etwas häufiger HIV-positiv oder HCV-positiv als Männer, haben sich aber auch geringfügig häufiger auf die jeweiligen Viren testen lassen.

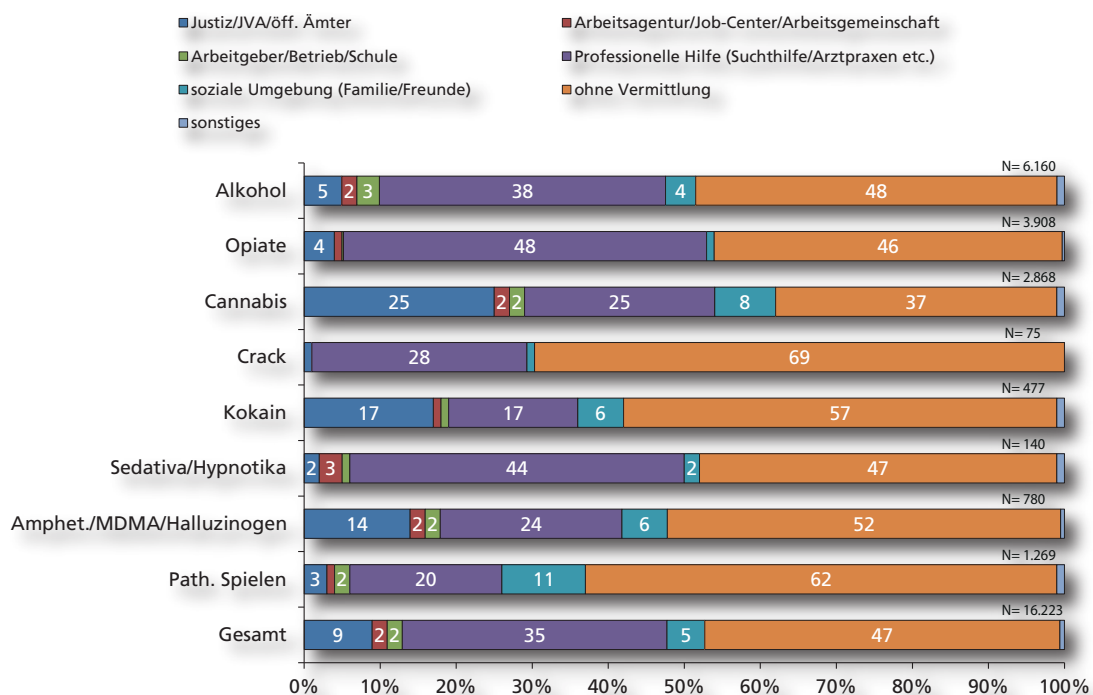
Abbildung 13: Gesundheitliche Situation / Infektionsstatus der Opioid-Klientel



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 47 % aller Betreuungen ohne Vermittlung zustande kommen (siehe Abbildung 14). Ebenfalls häufig – mit einem Wert von 35 % – werden Klient*innen über professionelle Hilfen (andere Suchthilfeeinrichtungen, Ärzte etc.) in die Angebote der ambulanten Suchthilfe vermittelt. 9 % der Betreuungen erfolgen nach Vermittlung durch Justiz, JVA oder Ämter, 5 % durch das soziale Umfeld und jeweils 2 % über Arbeitgeber, Betrieb oder Schule bzw. mittels Arbeitsagenturen, Jobcentern oder Arbeitsgemeinschaften.

Abbildung 14: Vermittlung in die Betreuung, differenziert nach Hauptdiagnose



Dabei zeigen die Alkoholklient*innen weiterhin nur geringe Abweichungen zum durchschnittlichen Wert der Gesamtklientel, abgesehen von der Vermittlung über Justiz/JVA/Ämter, die hier mit 5 % vergleichsweise selten erfolgt. Die Opioidabhängigen werden hingegen mit 48 % überdurchschnittlich häufig durch professionelle Hilfen und ebenfalls eher selten über Justiz/JVA/Ämter oder die soziale Umgebung vermittelt. Bei der Cannabisklientel ist die Vermittlung über Justiz oder Ämter mit 25 % deutlich, diejenige über die soziale Umgebung mit 8 % in eher geringem Maße überrepräsentiert. Eine Inanspruchnahme ohne Vermittlung (37 %) sowie über professionelle Hilfen (25 %) spielen hier jeweils eine geringere Rolle als bei anderen Klientelen. Letzteres trifft auch auf die Hauptdiagnosegruppen Kokain (17 %), Pathologisches Spielen (20 %), und Amphetamine/

¹³ Im Projekt COMBASS werden drei generelle Hilfebereiche unterschieden: „Ambulante Beratung“, „Betreutes Wohnen“ und „Arbeitsprojekte“. Den mit Abstand größten Anteil von 91 % aller Betreuungen nimmt, ähnlich wie in den Vorjahren, die Kategorie „Ambulante Beratung“ ein. Rund 8 % 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.

Halluzinogene (24 %) zu, in geringerem Maße auch auf Crack (28 %). Die kleine Gruppe der Crackklientel ist hingegen diejenige mit dem höchsten Wert für die Inanspruchnahme einer Beratung durch Eigeninitiative (69 %), gefolgt von Pathologisch Spielenden (62 %) und Kokain Konsumierenden (57 %). Bei den Amphetamin-/Halluzinogen- (14 %) und Kokainklient*innen (17 %) zeigen sich zudem überdurchschnittliche Werte bei der Vermittlung durch Justiz bzw. Ämter. Bei den pathologisch Glücksspielenden hingegen liegt mit 11 % der höchste Wert für eine Vermittlung über die soziale Umgebung vor.

Betreuungsformen

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

ERLÄUTERUNG

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

Medikamentengestützte Behandlung: 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 suchtmittelabstinente Lebensführung, ein stabilisierendes soziales Umfeld und eine zuverlässige Mitarbeit in der Therapie voraus. Darüber hinaus muss die Ausprägung der Störungen auf seelischem, körperlichem und sozialem Gebiet eine ambulante Behandlung zulassen. Leistungsträger sind die Rentenversicherungen und Krankenkassen. Die Ambulante Rehabilitation sollte nach maximal 18 Monaten (bzw. bei poststationärer AR nach 12 Monaten) abgeschlossen sein.

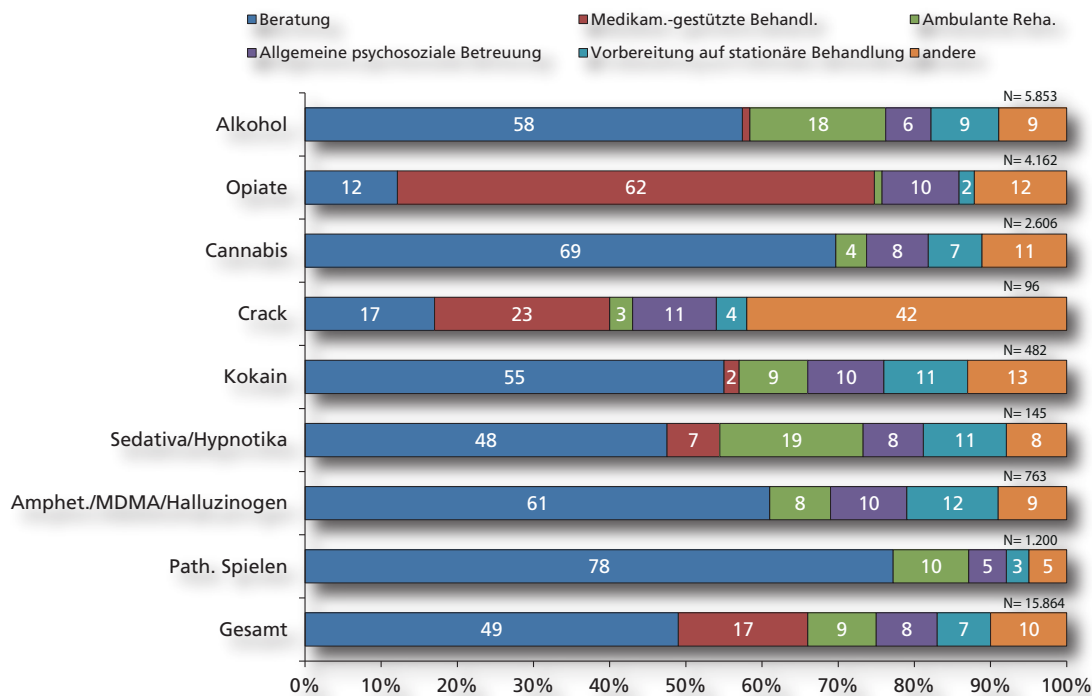
Vorbereitung auf stationäre Behandlung: Hierbei handelt es sich um Beratungs- oder Betreuungstätigkeiten, die auf eine stationäre Therapie/Rehabilitation vorbereiten.

Wie die Abbildung 15 zeigt, ist die Beratung mit einem Anteil von 49 % die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Die Medikamentengestützte Behandlung, d. h. die psychosoziale Betreuung Substituierter, ist mit 17 % die zweithäufigste Betreuungsform, gefolgt von der Ambulanten Rehabilitation mit 9 %. Bei 8 % der Betreuungen handelt es sich um Allgemeine Psychosoziale Beratungen, bei 7 % um Vorbereitungen auf stationäre Behandlungen. Andere Betreuungsformen machen 10 % der Fälle aus.

Wie in den Vorjahren zeigen sich vor allem bei der Opioidklientel deutliche Unterschiede zur Gesamtverteilung: Mehr als drei von fünf Betreuungen in dieser Gruppe entfallen auf die Medikamentengestützte Behandlung (62 %), die in allen anderen Diagnosegruppen abgesehen von Crack (23 %) praktisch keine Rolle spielt. Beratung (12 %) sowie Ambulante Rehabilitation (1 %) sind bei den Opioidabhängigen hingegen von untergeordneter Bedeutung. Bei der Alkoholklientel

wird die Ambulante Rehabilitation mit einem Anteil von 18 % vergleichsweise häufig in Anspruch genommen; ein höherer Wert (19 %) zeigt sich lediglich in der kleinen Gruppe der Sedativa-/Hypnotikaklientel. Hohe Anteile für die Beratung liegen bei den pathologischen Glücksspielenden (78 %) sowie bei der Cannabisklientel (69 %) vor.

Abbildung 15: Betreuungsform, differenziert nach Hauptdiagnose

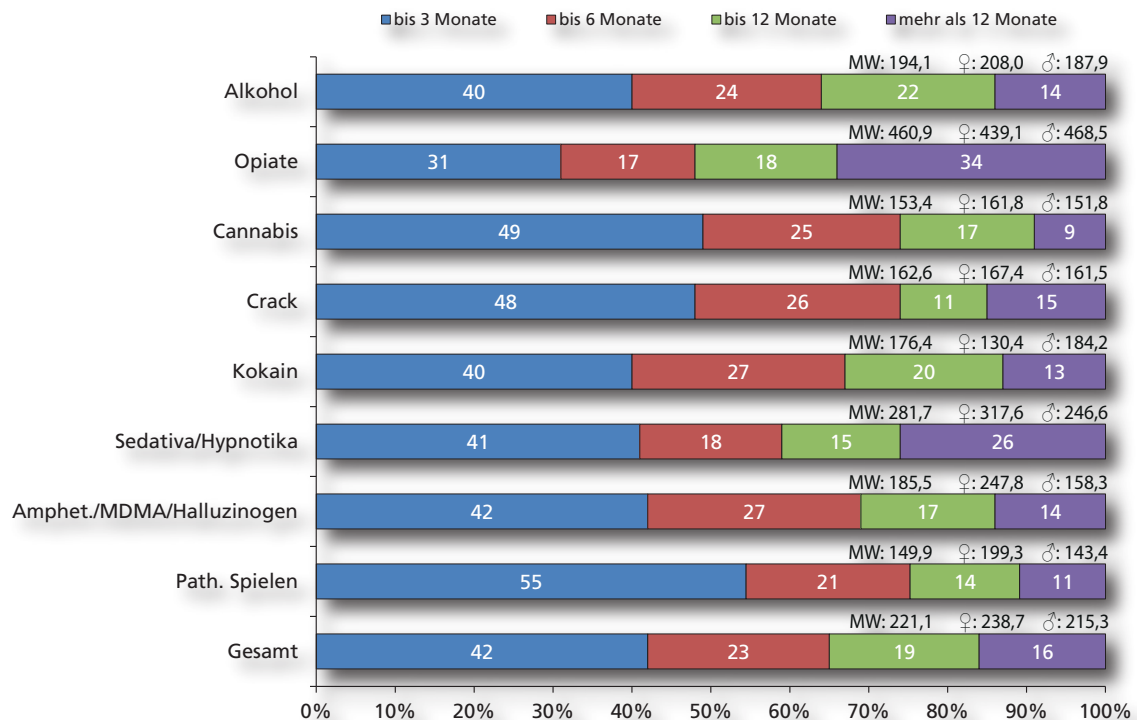


Betreuungsdauer

Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller im Jahr 2017 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 221 Tage (siehe Abbildung 16). Frauen werden dabei mit durchschnittlich 239 Tagen länger betreut als Männer (215 Tage). Die Opioidklientel weist mit 461 Tagen den mit Abstand höchsten Wert auf. Ansonsten liegen nur die Werte für die Sedativa-/Hypnotikaklientel über dem Durchschnitt. Die niedrigsten durchschnittlichen Betreuungsdauern finden sich bei den Glücksspielenden (150 Tage) und den Cannabiskonsumierenden (153 Tage).

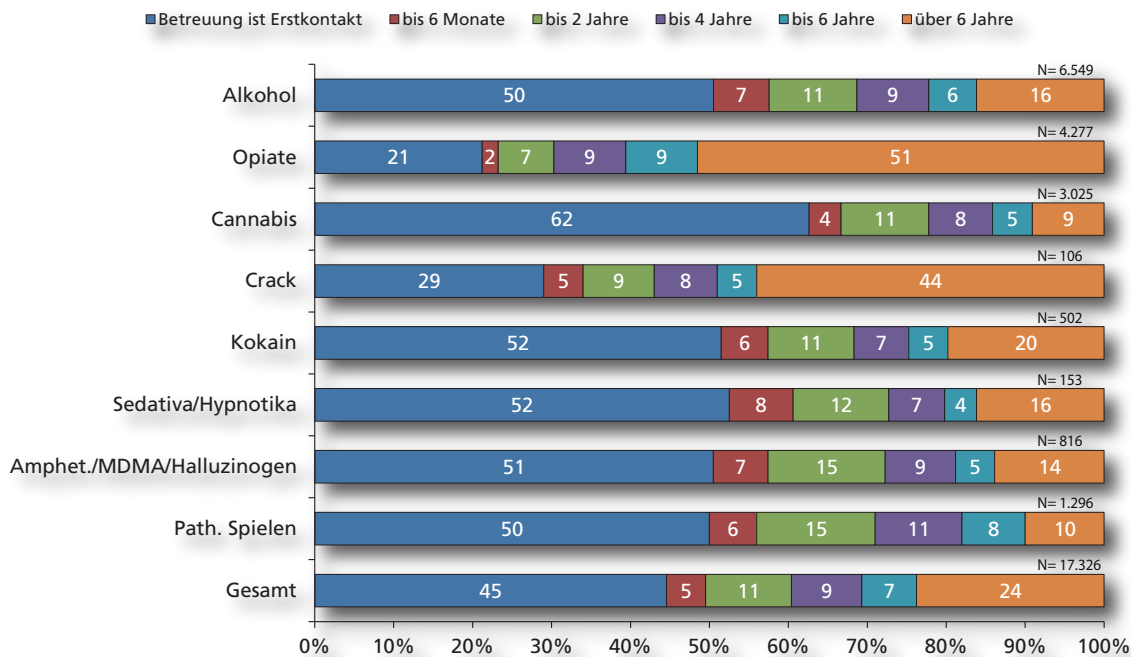
Wie die Abbildung 16 zeigt, dauern insgesamt fast zwei Drittel der im Jahr 2017 abgeschlossenen Betreuungen nicht länger als ein halbes Jahr – 42 % sind maximal 3 Monate lang, weitere 23 % zwischen 3 und 6 Monate. 19 % liegen zwischen 6 und 12 Monaten und 16 % dauern länger als ein Jahr. In der Betrachtung der Hauptdiagnosegruppen weisen die Opioidklientel mit 34 %, gefolgt von Sedativa-/Hypnotikakonsumentenden (26 %) die größten Anteile längerer Betreuungen (über 12 Monate) auf. Der höchste Anteil kurzer Betreuungsphasen (weniger als 3 Monate) zeigt sich bei den Glücksspielenden (55 %), gefolgt von der Cannabis- (49 %) und Crackklientel (48 %).

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



Bei der Betrachtung der aktuellen Betreuungsdauer ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese immer nur als eine Momentaufnahme gelten kann. Für die Mehrheit der dokumentierten Betreuungen gilt, dass diese nicht die erste Betreuung innerhalb der an COMBASS beteiligten Suchthilfeeinrichtungen ist (55 %, siehe Abbildung 17). Am deutlichsten wird dies bei den Opioid- und Crackklient*innen: Bei nur 21 % bzw. 29 % der Betreuungen handelt es sich um so genannte Erstkontakte. Demgegenüber liegt bei 51 % der Opioidkonsumierenden der früheste Betreuungsbeginn in irgendeiner der COMBASS-Einrichtungen bereits länger als 8 Jahre zurück. Relativ hohe Quoten von Erstkontakt-Betreuungen weisen hingegen Cannabiskonsumierende (62 %) auf, gefolgt von Kokain- und Sedativa-/Hypnotika- (jeweils 52 %), Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogenklientel (51 %) und pathologisch Glücksspielenden (50 %).

Abbildung 17: Zeitlicher Abstand zum ersten dokumentierten Betreuungsbeginn



Betreuungsende

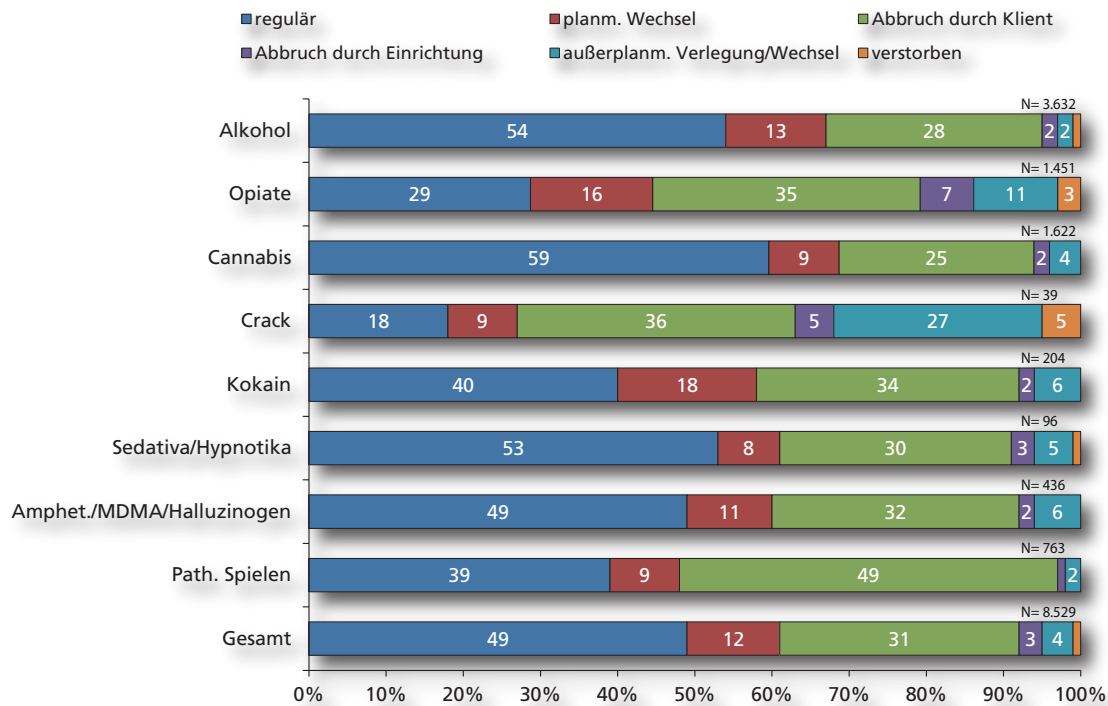
Zum Jahresende waren 52 % der 2017 verzeichneten Betreuungen beendet; dementsprechend dauerten 48 % noch an. Bei der Crack- (25 %) und Opioidklientel (33 %) zeigen sich die niedrigsten Anteile an beendeten Betreuungen, während vergleichsweise hohe Quoten beendeter Betreuungen bei den pathologisch Glücksspielenden und der Cannabisklientel (jeweils 62 %) vorliegen.

Insgesamt 61 % der Betreuungen werden regulär abgeschlossen: dabei handelt es sich entweder um eine planmäßige Beendigung (49 %) oder um eine planmäßige Weitervermittlung in ein anderes Angebot (12 %; siehe Abbildung 18). 31 % der Betreuungen werden durch die Klientin bzw. den Klienten und 3 % durch die Einrichtung abgebrochen; bei 4 % wird die Betreuung durch einen außerplanmäßigen Wechsel oder eine Verlegung beendet. 1 % der Klient*innen verstarben während der Betreuung.

Zwischen den Hauptdiagnosegruppen zeigen sich erhebliche Differenzen hinsichtlich des Beendigungsgrundes: So brechen pathologisch Glücksspielende am häufigsten ihre Betreuung selbst ab (49 %); bei Cannabis (25 %) ist dies hingegen unterdurchschnittlich häufig der Fall. Bei den Opioidabhängigen führt vergleichsweise häufig ein außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Betreuungsform (11 %) oder ein Abbruch der Betreuung durch die Einrichtung zum Betreuungsende (7 %). Opioidkonsumierende weisen zudem eine besonders geringe Zahl an regulären Beendigungen auf (29 %)¹⁴. Vergleichsweise häufig werden Betreuungen bei der Cannabis- (59 %), der Alkohol- (54 %) und der Sedativa-/Hypnotikaklientel (53 %) regulär beendet.

¹⁴ Die in eine ähnliche Richtung weisenden Werte für die Crackklientel werden wegen der hier äußerst geringen Fallzahlen nicht näher betrachtet.

Abbildung 18: Beendigungsgrund, differenziert nach Hauptdiagnose

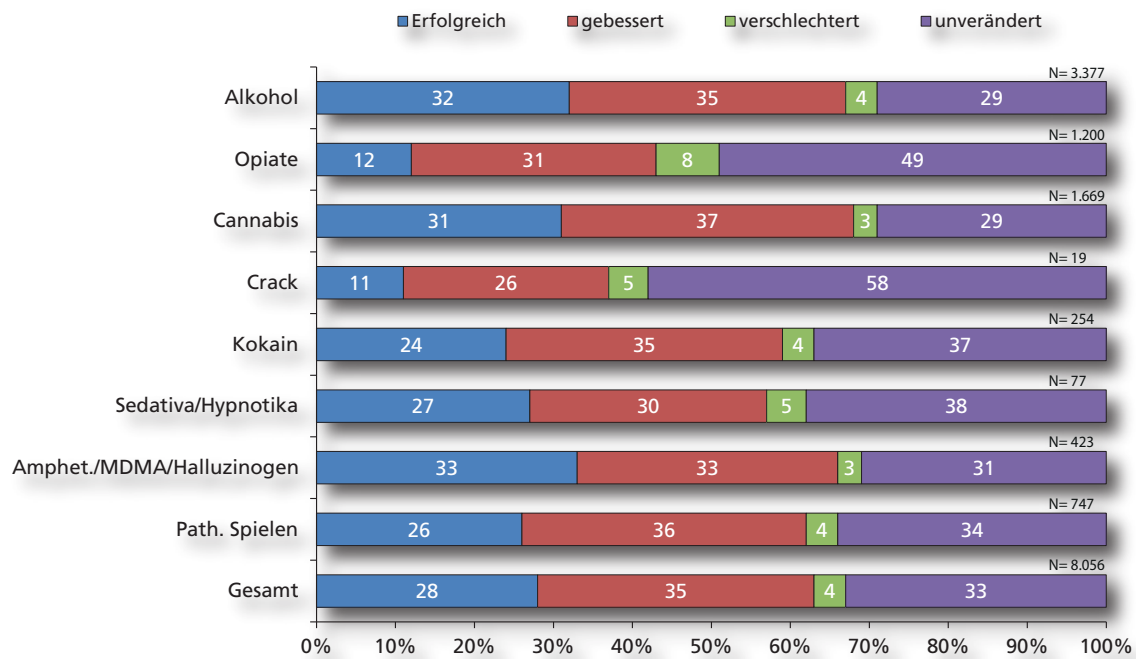


Betrachtet man die Suchtproblematik zum Betreuungsende, so zeigt sich, dass bei einem erheblichen Teil der Betreuungen eine Verbesserung erreicht werden konnte: bei 28 % wurden die Betreuungen erfolgreich abgeschlossen und bei 35 % wurde zumindest eine Verbesserung der Problematik dokumentiert (siehe Abbildung 19). 33 % der Klient*innen weisen am Ende ihrer Betreuung eine unveränderte Suchtproblematik auf und bei 4 % hat sich diese verschlechtert.

Die Opioidklientel unterscheidet sich hinsichtlich der Problematik am Betreuungsende deutlich von den übrigen Hauptdiagnosegruppen: mit 43 % zeigt sich hier ein besonders niedriger Anteil von Klient*innen, deren Problematik sich mindestens verbessert hat, während sich die Situation bei 49 % der Opioidklientel nicht verändert hat. Bei 8 % der Opioidklient*innen hat sie sich sogar verschlechtert.¹⁵ Der höchste Anteil von Betreuungen mit einer zumindest gebesserten Problematik ist aktuell unter den Cannabiskonsumierenden zu beobachten (68 %), gefolgt von der Alkoholklientel (67 %), Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogenkonsument*innen (66 %) und Pathologisch Glücksspielenden (62 %). Beim Anteil der im engeren Sinne erfolgreich abgeschlossenen Betreuungen liegt hingegen die Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogenklientel mit 33 % leicht vor den Alkohol- (32 %), und Cannabiskonsumierenden (31 %).

¹⁵ 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 19: Problematik am Betreuungsende, differenziert nach Hauptdiagnose



Regionale Aspekte

An dieser Stelle erfolgt eine kurze regionalspezifische Auswertung mit ausgewählten Ergebnissen. In einer vergleichenden Perspektive werden dabei die Daten des Jahres 2017 über die Klientel und die in Anspruch genommenen Betreuungen aus folgenden drei regionalen Kategorien genutzt:

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

Der höchste Anteil weiblicher Personen unter der Suchthilfeklientel findet sich mit 29 % in Frankfurt (siehe Tabelle 4). In den Landkreisen und kreisfreien Städten ist dieser Anteil etwas niedriger (26 % bzw. 24 %). Im Hinblick auf das Alter zeigen sich kaum regionalspezifische Unterschiede. Das Durchschnittsalter der Gesamtklientel liegt zwischen 39,6 und 40,8 Jahren, wobei das Durchschnittsalter der Frauen in den Landkreisen (42,5 Jahre), das der Männer hingegen in Frankfurt am höchsten ausfällt (40,5 Jahre).

Bei 46 % der im Jahr 2017 in den Frankfurter Einrichtungen betreuten Klient*innen handelt es sich um Opioidabhängige, während bei knapp einem Viertel eine Alkoholdiagnose im Vordergrund der Betreuung steht (23 %). In den Landkreisen und Großstädten stellt sich dieses Verhältnis gänzlich anders dar: Die Anteile der Alkoholklientel liegen bei 44 % bzw. 39 %, während sich diejenigen für die Opioidklientel lediglich auf 17 % bzw. 24 % belaufen. Ein weiterer bemerkenswerter Unterschied ist beim Anteil der Klientel mit der Hauptdiagnose pathologisches Glücksspiel zu beobachten, der in den vier Großstädten mit 11 % am höchsten ist, während er in Frankfurt nur 1 % beträgt.

Das Durchschnittsalter - klassifiziert nach den vier Hauptdiagnosegruppen - stellt sich teilweise unterschiedlich dar, wenn nach den drei regionalen Kategorien unterschieden wird: Am ältesten ist die Alkoholklientel in den Landkreisen (47,5 Jahre); für die Opioidklientel trifft das auf Frankfurt zu (45,1 Jahre).

Der Anteil von Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft liegt in der Metropole Frankfurt mit 25 % am höchsten, in den Landkreisen mit 12 % am niedrigsten. Klient*innen mit einem Migrationshintergrund sind mit 34 % in Frankfurt und mit 39 % in den vier anderen Großstädten häufiger vorzufinden als in den Landkreisen mit 29 %.

Bei der Betrachtung der Erwerbssituation zeigt sich, dass in den Landkreisen und Großstädten der Anteil derjenigen, die über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz verfügen, deutlich größer ist als in der Metropole Frankfurt (51 % bzw. 53 % zu 35 %). Korrespondierend damit ist in Frankfurt der Anteil der ALG-II Beziehenden am höchsten (42 %). Die genannten Unterschiede sind im Wesentlichen auf die unterschiedliche Verteilung der Hauptdiagnosen zurückzuführen (hoher Anteil von Opioidabhängigen in Frankfurt).

Bei der Analyse einiger ausgewählter Daten zur Betreuung zeigen sich zwischen den drei regionalen Kategorien weitere Unterschiede: So ist erwähnenswert, dass die Medikamentengestützte Behandlung (d. h. vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter) in Frankfurt einen Anteil von 30 % aller Betreuungen aufweist. Auch dies steht im Zusammenhang mit dem hohen Anteil von Opiodiabhängigen in der Mainmetropole (siehe oben). In den Landkreisen und kreisfreien Städten kommt ihr dagegen mit 11 % bzw. 15 % eine nicht so bedeutsame Rolle zu. In diesen regionalen Bezugsräumen ist jeweils die Beratung mit Anteilen von 57 % bzw. 48 % die mit Abstand häufigste Betreuungsform. Der höchste Anteil bei der Ambulanten Rehabilitation findet sich in den Großstädten mit 11 %.

Bei der durchschnittlichen Dauer abgeschlossener Betreuungen fällt auf, dass Betreuungen in Frankfurt im Schnitt mit 298 Tagen am längsten dauern. Die entsprechenden Werte für die Landkreise und Großstädte betragen 200 bzw. 223 Tage. Aufgeschlüsselt nach Hauptdiagnosegruppen ergibt sich dann ein heterogenes Bild: So werden Alkoholabhängige in den Landkreisen (201 Tage) länger betreut als in Frankfurt (179 Tage). Cannabisklient*innen sind hingegen in der Mainmetropole mit 186 Tagen vergleichsweise länger in Betreuung als in Landkreisen (144 Tage) oder anderen Großstädten (156 Tage). Auch bei der Opioid- und Glücksspielklientel zeigen sich bei der Betreuungsdauer größere Abweichungen im regionalen Vergleich.

Beim Beendigungsgrund werden ebenfalls Unterschiede sichtbar: Werden die regulären Beendigungen und planmäßigen Wechsel in eine andere Einrichtung als positive Abschlüsse zusammengezählt, kommen die Landkreise mit 67 % auf den höchsten Wert; die Großstädte und Frankfurt liegen mit 55 % bzw. 54 % eng beieinander.

Tabelle 4: Klientel und Betreuungen im regionalen Vergleich

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Klienten			
Männlich	74 %	76 %	71 %
Weiblich	26 %	24 %	29 %
Gesamt N	10.858	3.646	3.426
Altersgruppe des Klienten			
bis 18 Jahre	5 %	6 %	4 %
18 bis unter 27 Jahre	18 %	15 %	14 %
27 bis unter 35 Jahre	17 %	17 %	16 %
35 bis unter 45 Jahre	23 %	24 %	25 %
45 bis unter 60 Jahre	30 %	31 %	34 %
60 und älter	8 %	7 %	7 %
Lebensalter in Jahren (Mittelwert)			
Männlich	38,6	39,2	40,5
Weiblich	42,5	41,7	41,6
Gesamt	39,6	39,8	40,8
Gesamt N	10.783	3.613	3.396
Hauptdiagnose			
Alkohol	44 %	39 %	23 %
Opioide	17 %	24 %	46 %
Cannabis	19 %	17 %	16 %
Crack	0,1 %	0,2 %	2 %
Kokain	2 %	2 %	5 %
Sedativa/Hypnotika	1 %	1 %	1 %
Amphet./MDMA/Halluzinogen	6 %	4 %	3 %
Path. Spielen	6 %	11 %	1 %
andere Suchtdiagnose	5 %	2 %	3 %
Gesamt N	9.633	3.309	3.114
Lebensalter nach Hauptdiagnose			
Alkohol	47,5	45,4	46,3
Opioide	43,3	44,8	45,1
Cannabis	26,1	27,3	26,7
Path. Spielen	38,5	38,6	41,8
Staatsangehörigkeit			
Deutschland	88 %	82 %	75 %
andere EU-Länder	4 %	6 %	8 %
Nicht EU-Länder	7 %	10 %	14 %
staatenlos	0,3 %	1 %	1 %
keine Angabe	1 %	1 %	3 %
Gesamt N	10.454	3.520	3.227

Fortsetzung Tabelle 4: Klientel und Betreuungen im regionalen Vergleich

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Migrationshintergrund (Mehrfachantworten möglich)			
selbst migriert	17 %	25 %	21 %
Kind von Migranten	15 %	22 %	19 %
kein Migrationshintergrund	71 %	62 %	66 %
Gesamt N	7.423	2.291	2.709
Erwerbssituation Betreuungsbeginn			
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	51 %	53 %	35 %
ALG I	5 %	3 %	3 %
ALG II	29 %	31 %	42 %
SGB XII	3 %	4 %	10 %
Rentner/Pensionär	7 %	5 %	6 %
Sonstige	5 %	4 %	4 %
Gesamt N	9.394	3.215	2.886
zeitl. überwiegender Abschnittstyp der Betreuung			
Beratung	57 %	48 %	33 %
Medikam.-gestützte Behandl.	11 %	15 %	30 %
Ambulante Reha.	8 %	11 %	7 %
Allg. psychosoz. Betreuung	8 %	7 %	9 %
Vorb. auf stat. Behandlung	8 %	5 %	3 %
Andere	8 %	14 %	18 %
Gesamt N	9.675	3.493	3.454
Beendigungsgrund (beendete Betreuungen)			
Regulär	56 %	45 %	37 %
planm. Wechsel	11 %	10 %	17 %
Abbruch durch Klient	27 %	37 %	30 %
Abbruch durch Einrichtung	2 %	2 %	5 %
außerplanm. Verlegung/Wechsel	3 %	4 %	9 %
verstorben	1 %	0 %	2 %
Gesamt N	5.730	1.994	1.522
Durchschnittliche Dauer in Tagen (beendete Betreuungen)			
Alkohol	200,5	193,7	178,8
Opioide	424,9	470,8	482,8
Cannabis	143,5	155,9	186,2
Path. Spielen	142,9	162,8	170,5
Gesamt	200,1	222,6	297,5

Trends 2007 bis 2017

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Trends in den Grunddaten der hessischen Suchthilfestatistik dargestellt. Beginnend mit dem Jahr 2007 werden Veränderungen bzw. Kontinuitäten in 2-Jahres-Schritten bis 2017 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, die Hauptdiagnose, die Erwerbssituation und die Wohnsituation 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 Hauptdiagnosegruppen – Alkohol, Opioide, Cannabis – berichtet.

Die Basis der folgenden Auswertungen stellen 85 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Betrachtungszeitraum an der COMBASS-Dokumentation beteiligt haben. Wurden Klient*innen oder Angehörige in dem jeweiligen Auswertungsjahr von mehreren der 85 Einrichtungen betreut, so wurden diese Personen nur einmal gezählt. Mit dieser Vorgehensweise wird eine Verzerrung der Ergebnisse durch eine unterschiedliche (jährliche) Datengrundlage ausgeschlossen.

Angehörige, Klientinnen und Klienten

Der prozentuale Anteil der Angehörigen an allen betreuten Personen beträgt seit dem Jahr 2007 sehr stabil 6 % bzw. 7 % (siehe Tabelle 5). Die absolute Anzahl von betreuten Angehörigen schwankt zwischen 962 und 1.205 (2017: 1.049). Bei der Anzahl betreuter Klient*innen gab es den höchsten Wert mit 16.078 im Jahr 2011; seitdem ist eine Abnahme auf aktuell 15.071 Personen zu registrieren. Der Anteil der Neuaufnahmen – d. h. der Erstkontakt zur ambulanten Suchthilfe in Hessen findet im jeweiligen Jahr statt – liegt seit 2011 konstant bei 32 % bzw. 31 %. In absoluten Zahlen sind dies aber fast 400 Neuaufnahmen weniger. Es ist dabei zu beachten, dass Schwankungen in den Klientenzahlen 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 relativ stabil bei 76 % bzw. 77 % liegt; im aktuellen Berichtsjahr ist dieser auf 73 % zurückgegangen (siehe Tabelle 5). Bei den Klient*innen liegt der Anteil der weiblichen Personen ebenfalls auf einem sehr konstanten, wenn auch niedrigeren Niveau: bei gut einem Viertel (24 % bis 27 %).

Tabelle 5: Anteil Angehörige, Klientinnen und Klienten, 2007 bis 2017 (gleiche Einrichtungen, N=85)

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Klientinnen und Klienten	93 % 12.983	93 % 15.291	94 % 16.078	93 % 16.016	94 % 15.306	93 % 15.071
Angehörige	7 % 962	7 % 1.205	6 % 1.027	7 % 1.162	6 % 1.014	7 % 1.049
Anteil Frauen						
Klientinnen	24 %	26 %	27 %	27 %	27 %	26 %
Angehörige	67 %	76 %	77 %	77 %	77 %	73 %
Anteil Neuaufnahmen						
Klientinnen und Klienten	30 % 3.869	36 % 5.446	32 % 5.198	32 % 5.071	31 % 4.747	32 % 4.819

Alter der Klientinnen und Klienten

Wie der Tabelle 6 zu entnehmen ist, hat sich das Durchschnittsalter der Klient*innen zwischen 2007 und 2017 von 38,2 auf 40,6 Jahre erhöht (+2,4). Das Durchschnittsalter ist dabei während dieses Zeitraumes kontinuierlich von Jahr zu Jahr angestiegen. Dabei zeigt sich, dass der Altersanstieg bei den Frauen (+2,9) etwas größer ist als bei den Männern (+2,2). Dagegen ist das durchschnittliche Alter der (jährlichen) Neuaufnahmen seit 2009 zurückgegangen – in 2017 liegt der bisher niedrigste Wert mit 35,9 Jahren vor.

Tabelle 6: Durchschnittsalter nach Geschlecht, 2007 bis 2017 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=85)

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Männer	37,6	38,2	38,8	39,0	39,7	39,8
Frauen	40,0	40,5	41,4	41,9	42,6	42,9
Gesamt	38,2	38,8	39,5	39,8	40,5	40,6
Gesamt N	12.788	15.244	16.035	15.910	15.169	14.990
Neuaufnahmen	36,9	37,2	37,1	36,4	36,3	35,9
Neuaufnahmen N	3.763	5.410	5.166	4.977	4.634	4.762

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 Hauptdiagnosegruppen zeigt jedoch, dass es hier durchaus unterschiedliche Entwicklungen gibt.

Wird eine solche Auswertung differenziert nach den drei Hauptdiagnosegruppen Alkohol, Opioide und Cannabis vorgenommen, ergibt sich bei der Alkoholklientel für die Jahre 2007 bis 2013 ein in etwa gleichbleibendes Durchschnittsalter mit gut 45 Jahren; in 2015 und 2017 legt dieses dann auf fast 47,0 Jahre zu (Neuaufnahmen schwankend mit Werten zwischen 43,0 und 44,8 Jahren)

(siehe Tabelle 7). Bei der Gruppe der Opioidabhängigen ist dagegen eine kontinuierliche Zunahme des Alters auszumachen. Im Jahr 2007 lag dieses bei 36,5 (alle) bzw. 34,2 Jahren (Neuaufnahmen) – zehn Jahre später sind diese Werte auf 44,3 bzw. 39,5 Jahre angewachsen. Bei der Cannabisklientel ist das Altersniveau relativ stabil: es beträgt um die 26 Jahre bei allen Klient*innen und um die 24 Jahre bei den Neuaufnahmen.

Tabelle 7: Durchschnittsalter nach Hauptdiagnosegruppe (Alkohol, Opiode, Cannabis), 2007 bis 2017 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=85)

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Alle Klienten						
Alkohol	45,0	45,2	45,4	45,3	46,8	46,9
Opiode	36,5	38,1	39,6	41,3	42,9	44,3
Cannabis	25,6	25,7	25,9	25,7	25,7	26,4
Neuaufnahmen						
Alkohol	43,5	44,0	43,3	43,0	44,8	44,6
Opiode	34,2	36,3	36,6	38,0	38,8	39,5
Cannabis	24,7	24,3	24,3	23,8	23,5	24,0

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 45- bis 59-jährigen Personen seit 2007 kontinuierlich angewachsen ist: von 12 % (2007) über 18 % (2011) auf 25 % (2017) (siehe Tabelle 8). Gleichzeitig hat sich der Anteil der jüngeren Opioidklient*innen reduziert. Waren im Jahr 2007 noch 23 % der Klient*innen jünger als 27 Jahre, beträgt der entsprechende Anteil im Jahr 2017 etwa ein Drittel des Ausgangswertes: 9 %. Bei der Alkoholklientel hat dagegen der Anteil jüngerer Personen (< 27 Jahre) im Zeitraum 2007 bis 2013 deutlich zugenommen: er ist von 10 % auf 16 % angewachsen, was mit dem HALT-Projekt zusammenhängen dürfte, das insbesondere auf jüngere Menschen abzielt (Kurzintervention bei alkoholintoxikierten Personen). Im aktuellen Berichtsjahr 2017 ist dieser Wert dann wieder auf 12 % zurückgegangen. Bei der Cannabisklientel ist bemerkenswert, dass die Gruppe der minderjährigen Personen seit 2007 (11 %) bis 2013 kontinuierlich stärker geworden ist (23 %); im Jahr 2017 fällt dieser Wert dann geringfügig auf 21 %.

Tabelle 8: Alterskategorien nach Hauptdiagnosegruppe (Alkohol, Opioide, Cannabis), 2007 bis 2017 (Neuaufnahmen, gleiche Einrichtungen, N=85)¹⁶

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Alkohol						
bis 18 Jahre	1 %	3 %	5 %	6 %	4 %	4 %
18 bis unter 27 Jahre	9 %	9 %	11 %	10 %	9 %	8 %
27 bis unter 35 Jahre	13 %	11 %	11 %	12 %	12 %	13 %
35 bis unter 45 Jahre	30 %	27 %	20 %	21 %	19 %	22 %
45 bis unter 60 Jahre	40 %	43 %	44 %	41 %	44 %	42 %
60 und älter	7 %	8 %	8 %	9 %	12 %	11 %
Gesamt	1.845	2.539	2.678	2.349	2.045	2.036
Opioide						
bis 18 Jahre	0,4 %	1 %	2 %	1 %	1 %	0,0 %
18 bis unter 27 Jahre	23 %	18 %	13 %	14 %	7 %	9 %
27 bis unter 35 Jahre	31 %	32 %	35 %	26 %	32 %	26 %
35 bis unter 45 Jahre	33 %	31 %	30 %	33 %	35 %	38 %
45 bis unter 60 Jahre	12 %	18 %	18 %	23 %	23 %	25 %
60 und älter	0,3 %	1 %	2 %	3 %	2 %	2 %
Gesamt	670	723	520	426	336	287
Cannabis						
bis 18 Jahre	11 %	16 %	18 %	23 %	23 %	21 %
18 bis 27 Jahre	62 %	57 %	53 %	51 %	52 %	51 %
27 bis 35 Jahre	17 %	18 %	19 %	17 %	16 %	17 %
35 bis unter 45 Jahre	8 %	7 %	7 %	6 %	7 %	7 %
45 bis unter 60 Jahre	2 %	2 %	2 %	3 %	2 %	3 %
60 und älter	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %
Gesamt	702	1.138	1.011	1.106	1.227	1.346

Hauptdiagnose

Betrachtet man die Personen, für die eine ICD-10 Hauptdiagnose in Form von „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeitssyndrom“ dokumentiert worden ist, zeigt sich, dass sich der relative Anteil der Klient*innen mit einer Alkoholproblematik zwischen den Jahren 2007 und 2011 leicht erhöht hat (von 39 % auf 42 %), um danach um 3 Prozentpunkte wieder auf den Ausgangswert von 39 % im Jahr 2017 zu fallen (siehe Tabelle 9). Bei der Opioidklientel wird ein starker Trend eines abnehmenden relativen Anteils deutlich: der Wert für 2017 beträgt nur noch 24 %, zehn Jahre zuvor waren es noch 34 %. Der Anteil der Cannabiskonsument*innen, die das ambulante Suchthilfesystem in Hessen aufsuchen, hat dagegen im betrachteten Zeitraum von 14 % auf 18 % zugenommen. Auch in der Diagnosegruppe „Amphetamine/MDMA/Halluzinogen“ ist ein prozentualer Anstieg über die Jahre feststellbar (von 2 % auf 5 %). Der Anteil der pathologisch Glücksspielenden liegt seit dem Jahre 2013 stabil bei 7 % bzw. 6 %. Eine hohe Konstanz weisen auch der Anteil für die Kokainklientel auf (2 % bzw. 3 %).

¹⁶ In dieser und weiteren Tabellen kann es vorkommen, dass die Summe für einige Jahre nicht exakt 100 % ergibt. Dies ist auf Auf- bzw. Abrundungen der Prozentwerte zurückzuführen.

Tabelle 9: Hauptdiagnose der Klienten, 2007 bis 2017 (gleiche Einrichtungen, N=85)

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Alkohol	39 % 5.091	40 % 6.186	42 % 6.833	41 % 6.504	39 % 6.015	39 % 5.840
Opioide	34 % 4.405	30 % 4.643	29 % 4.715	28 % 4.434	26 % 4.042	24 % 3.654
Cannabis	14 % 1.754	15 % 2.220	14 % 2.235	15 % 2.339	17 % 2.546	18 % 2.733
Crack	2 % 250	1 % 120	1 % 103	0 % 66	1 % 87	1 % 77
Kokain	2 % 291	2 % 267	2 % 273	2 % 391	2 % 351	3 % 457
Sedativa/Hypnotika	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 189	1 % 140	1 % 133
Amphet./MDMA/ Halluzinogen	2 % 282	3 % 424	3 % 435	3 % 549	4 % 643	5 % 749
Path. Spielen	2 % 211	5 % 759	5 % 880	7 % 1.044	6 % 925	6 % 883
Essstörung	1 % 79	0 % 74	0 % 62	0 % 58	0 % 37	0 % 27
Andere	5 % 620	4 % 598	3 % 542	3 % 442	3 % 520	3 % 518
Gesamt	12.983	15.291	16.078	16.016	15.306	15.071

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

Bei den neu aufgenommenen Personen mit Alkoholproblemen ist der relative Anteil seit dem Jahr 2011 stark zurückgegangen: von 52 % auf 43 % (siehe Tabelle 10). Der Anteil der Neuaufnahmen mit einer opioidebezogenen Hauptdiagnose hat sich sogar kontinuierlich über die Jahre stark reduziert: von 18 % in 2007 über 10 % in 2011 auf nur noch 6 % im letzten Beobachtungsjahr. In absoluten Zahlen bedeutet dies im Beobachtungszeitraum eine Abnahme von 709 auf 289 Neuaufnahmen (damit ist sie aktuell nur noch die viert größte Hauptdiagnosegruppe).

Die (neu aufgenommene) Cannabisklientel hat dagegen seit 2007 an Bedeutung gewonnen: ihr relativer Anteil ist von 19 % auf 28 % angewachsen. Bei der Gruppe der pathologisch Glücksspielenden ist es im Dokumentationszeitraum zunächst ebenfalls zu einer sehr deutlichen Steigerung ihres prozentualen Anteils gekommen: zwischen 2007 und 2013 ist dieser von 2 % auf 10 % angestiegen, in den letzten Jahren dann etwas auf 8 % gefallen (2017). Insgesamt dürfte sich hier die verstärkte Ausrichtung der hessischen Suchthilfe auf die Betreuung dieser Klientel widerspiegeln.

Die Anteile der neu aufgenommenen Klient*innen mit den Hauptdiagnosen Kokain und anderen Suchtdiagnosen entsprechen weitgehend den Werten, die für die Gesamtklientel ermittelt worden sind (siehe oben). Sie sind über die Jahre relativ stabil geblieben. Bei den Amphetaminen ist es bei den Neuaufnahmen zu einer Zunahme gekommen (von 3 % auf 6 %). Hierunter dürften auch Personen sein, die Crystal Meth konsumiert haben. Eine separate Erfassungskategorie für diese Substanz wird es ab dem Jahr 2018 geben (mit Einführung des überarbeiteten Hessischen Kerndatensatz). Hier sollte die weitere Entwicklung genau beobachtet werden.

Tabelle 10: Hauptdiagnose der neu aufgenommenen Klienten, 2007 bis 2017
(gleiche Einrichtungen, N=85)

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Alkohol	48 % 1.851	47 % 2.548	52 % 2.693	47 % 2.391	44 % 2.091	43 % 2.062
Opioide	18 % 709	13 % 729	10 % 524	9 % 437	7 % 343	6 % 289
Cannabis	19 % 751	21 % 1.140	20 % 1.016	22 % 1.129	26 % 1.253	28 % 1.356
Crack	1 % 53	0 % 23	1 % 32	0 % 16	0 % 11	0 % 15
Kokain	2 % 95	2 % 92	2 % 91	3 % 137	3 % 134	4 % 174
Sedativa/Hypnotika	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 76	1 % 51	1 % 56
Amphet./MDMA/ Halluzinogen	3 % 101	3 % 169	3 % 157	4 % 225	6 % 268	6 % 286
Path. Spielen	2 % 96	9 % 484	9 % 462	10 % 517	9 % 407	8 % 381
Essstörung	1 % 31	1 % 35	1 % 29	1 % 30	0 % 12	0 % 9
Andere	5 % 182	4 % 226	4 % 194	2 % 113	4 % 177	4 % 191
Gesamt	3.869	5.446	5.198	5.071	4.747	4.819

Erwerbssituation

Der prozentuale Anteil von erwerbstätigen Personen unter der Alkoholklientel ist seit dem Jahr 2007 um 11 Prozentpunkte von 40 % auf 51 % angewachsen (siehe Tabelle 11). Gleichzeitig hat sich der Anteil der ALG I-Empfänger*innen halbiert (2007: 10 %, 2017: 5 %). Auch der entsprechende Wert für ALG II geht seit 2007 stetig zurück: von 33 % auf 26 % in 2017.

Tabelle 11: Erwerbssituation der Alkoholklienten, 2007 bis 2017 (gleiche Einrichtungen, N=85)

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	40 %	45 %	47 %	49 %	49 %	51 %
ALG I	10 %	7 %	6 %	6 %	5 %	5 %
ALG II	33 %	31 %	29 %	28 %	27 %	26 %
SGB XII	4 %	2 %	2 %	2 %	3 %	2 %
Berufliche Rehabilitation	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Sonstige	13 %	14 %	15 %	15 %	15 %	15 %
Gesamt	3.152	5.676	6.235	5.787	5.498	5.247

Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei der Opioidklientel festzustellen, wenn auch auf einem weitaus niedrigeren Niveau: Der Anteil der erwerbstätigen Personen ist seit 2007 leicht angestiegen (von 18 % auf 22 %) und derjenige der ALG I- und ALG II- Empfänger*innen ist zurückgegangen (von 7 % auf 4 % bzw. von 59 % auf 52 %) (siehe Tabelle 12). Insgesamt bleibt aber die berufliche Situation der Opioidklientel deutlich problematisch, was ihren besonderen Hilfebedarf kennzeichnet.

Tabelle 12: Erwerbssituation der Opioidklienten, 2007 bis 2017 (gleiche Einrichtungen, N=85)

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	18 %	19 %	20 %	21 %	22 %	22 %
ALG I	7 %	5 %	5 %	5 %	4 %	4 %
ALG II	59 %	61 %	59 %	56 %	54 %	52 %
SGB XII	9 %	7 %	7 %	8 %	10 %	11 %
Berufliche Rehabilitation	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Sonstige	6 %	7 %	7 %	9 %	9 %	9 %
Gesamt	2.893	4.332	4.444	4.083	3.768	3.360

Auch bei der Cannabisklientel hat der Anteil der erwerbstätigen Personen im Beobachtungszeitraum deutlich zugenommen; der aktuelle Wert beträgt 64 % (siehe Tabelle 13). Der Anteil der ALG II-Empfänger*innen liegt seit 2007 – mit leichten Schwankungen – auf einem ähnlichen Niveau wie bei der Alkoholklientel (2017: 27 %).

Tabelle 13: Erwerbssituation der Cannabisklienten, 2007 bis 2017 (gleiche Einrichtungen, N=85)

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	53 %	57 %	57 %	65 %	63 %	64 %
ALG I	6 %	5 %	4 %	3 %	3 %	2 %
ALG II	30 %	30 %	30 %	26 %	28 %	27 %
SGB XII	2 %	1 %	2 %	1 %	1 %	2 %
Berufliche Rehabilitation	2 %	2 %	3 %	2 %	1 %	1 %
Sonstige	7 %	5 %	4 %	3 %	3 %	4 %
Gesamt	1.380	1.974	1.994	2.004	2.180	2.367

Wohnsituation

Bei der Wohnsituation sind bei den drei betrachteten Klientelen nur kleinere Veränderungen über die Jahre zu beobachten. Insgesamt existiert hier keine Entwicklung, die in eine bestimmte Richtung weist.

Bei der Alkoholklientel beträgt der aktuelle Wert für diejenigen Personen, die selbstständig wohnen, vergleichsweise hohe 84 %; der Ausgangswert (2007) war hier 81 % (siehe Tabelle 14). Die Anteile für eine prekäre Wohnsituation liegen mit 3 % bis 5 % auf einem relativ stabilen Niveau. Das gilt ebenfalls für den Bereich des betreuten Wohnens (2 % bzw. 3 %).

Tabelle 14: Wohnsituation der Alkoholklienten, 2007 bis 2017 (gleiche Einrichtungen, N=85)

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Selbstständiges Wohnen	81 %	84 %	83 %	82 %	85 %	84 %
Bei Angehörigen/Eltern	7 %	10 %	11 %	12 %	9 %	8 %
Betreutes Wohnen	2 %	2 %	3 %	2 %	2 %	3 %
Prekäre Wohnsituation	3 %	4 %	4 %	4 %	3 %	5 %
Sonstiges	6 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,4 %	0,1 %
Gesamt	5.039	5.879	6.494	6.152	5.714	5.505

Bei der Opioidklientel hat es in den letzten 10 Jahren einen leichten Anstieg bei der Personengruppe gegeben, die über eine stabile Wohnsituation verfügt und selbstständig wohnt (von 65 % auf 70 %) (siehe Tabelle 15). Beim Wohnen bei den Angehörigen/Eltern (zwischen 11 % und 15 %) und dem betreuten Wohnen (zwischen 4 % und 7 %) schwanken die Werte jedes Jahr etwas. Der Anteil derjenigen, die in einer prekären Wohnsituation leben, befindet sich im Jahr 2017 nach wie vor mit 14 % auf einem hohen Niveau.

Tabelle 15: Wohnsituation der Opioidklienten, 2007 bis 2017 (gleiche Einrichtungen, N=85)

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Selbstständiges Wohnen	65 %	64 %	66 %	67 %	70 %	70 %
Bei Angehörigen/Eltern	13 %	15 %	14 %	13 %	11 %	12 %
Betreutes Wohnen	7 %	6 %	5 %	4 %	4 %	5 %
Prekäre Wohnsituation	10 %	13 %	14 %	15 %	14 %	14 %
Sonstiges	6 %	1,2 %	0,8 %	0,7 %	0,8 %	0,7 %
Gesamt	4.411	4.519	4.644	4.354	3.965	3.564

Bei der Cannabisklientel stellt sich die Situation seit 2007 so dar, dass sich ein fast identischer Anteil in einer selbstständigen Wohnsituation befindet (44 % bzw. 45 %) (siehe Tabelle 16). Beim Wohnen bei den Eltern/Angehörigen ist keine einheitliche Entwicklung erkennbar (zwischen 41 % bis 47 %). Dagegen hat sich der Anteil derjenigen, die in prekären Wohnverhältnissen leben, im Beobachtungszeitraum stetig erhöht; der entsprechende Wert hat sich von 3 % auf 8 % sogar mehr als verdoppelt.

Tabelle 16: Wohnsituation der Cannabisklienten, 2007 bis 2017 (gleiche Einrichtungen, N=85)

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Selbstständiges Wohnen	45 %	45 %	44 %	45 %	45 %	45 %
Bei Angehörigen/Eltern	41 %	47 %	45 %	45 %	45 %	42 %
Betreutes Wohnen	6 %	3 %	4 %	3 %	3 %	4 %
Prekäre Wohnsituation	3 %	5 %	6 %	7 %	7 %	8 %
Sonstiges	5 %	0,3 %	0,6 %	0,5 %	0,7 %	0,5 %
Gesamt	1.748	2.160	2.140	2.225	2.426	2.612

Betreuungsform

Die Beratung ist seit 2007 die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform in der ambulanten Suchthilfe Hessens. Ihr relativer Anteil ist zwar kurzzeitig zwischen 2007 und 2009 deutlich von 49 % auf 40 % gefallen; seitdem ist jedoch ein stetiger Anstieg beinahe auf das Ausgangsniveau zu beobachten (48 % in 2017, siehe Tabelle 17). Die zweithäufigste Betreuungsform der letzten Jahre ist mit einem relativ stabilen Anteil zwischen 14 % und 16 % die Medikamentengestützte Behandlung, d. h. vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter. Bei der Ambulanten Rehabilitation ist es seit 2013 zu einem Rückgang von 11 % auf 8 % gekommen. Die Allgemeine Psychosoziale Betreuung liegt seit 2011 bei einem stabilen Wert von etwa 10 %. Die Betreuungsart „Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung“ hat ebenfalls relativ konstante Anteile: 5 % bis 7 %. In der Kategorie „Andere“, die im Jahr 2017 16 % aller Betreuungen ausmacht, werden verschiedene andere Betreuungsarten, wie schulische und berufliche Integrationshilfen oder Raucherentwöhnung, zusammengefasst.

Bei den berichteten Prozentangaben zur Betreuungsform ist zu beachten, dass die absolute Anzahl der dokumentierten Betreuungen von 2007 bis 2011 stark angewachsen ist (von 19.180 auf 23.447) und seitdem wieder gefallen ist (2017: 22.136).

Tabelle 17: Betreuungsform der Klienten, 2007 bis 2017 (gleiche Einrichtungen, N=85)

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Beratung	49 %	40 %	41 %	43 %	46 %	48 %
Medikam.-gestützte Behandl.	15 %	15 %	16 %	16 %	15 %	14 %
Ambulante Reha.	7 %	10 %	11 %	11 %	10 %	8 %
Allg. psychosoziale Betreuung	9 %	13 %	10 %	10 %	9 %	10 %
Vorb. auf stat. Behandlung	6 %	7 %	7 %	6 %	5 %	5 %
Anderes	13 %	16 %	15 %	14 %	15 %	16 %
Gesamt	19.180	21.559	23.447	23.325	22.076	22.136

Wird auch hier ein Blick auf die drei Hauptdiagnosegruppen geworfen, ergeben sich differenziertere Erkenntnisse. Es zeigt sich dann zum einen, dass die Bedeutung der Beratung bei der Alkoholklientel seit 2011 wieder zugenommen hat (von 44 % auf 55 % in 2017) (siehe Tabelle 18). Gleichzeitig hat sich seitdem der Stellenwert der Ambulanten Rehabilitation (AR) verringert (zusammengerechnete Anteile 2011: 22 %, 2017: 16 %). Das hängt mit der abnehmenden Bedeu-

tung der „AR Poststationär“ zusammen, deren Anteil seit 2011 von 12 % auf 4 % gesunken ist. Darin dürfte sich der Strukturwandel in der Finanzierung der AR niederschlagen.

Zum anderen ist bei der Opioidklientel die Entwicklung bei der Medikamentengestützten Behandlung auffällig. Ihr Anteil stieg im Beobachtungszeitraum kontinuierlich von 43 % auf 60 % im Jahr 2015 an, um dann erstmalig im aktuellen Jahr um 3 Prozentpunkte zu fallen (siehe Tabelle 18). Bei den Ergebnissen zur Cannabisklientel ist bemerkenswert, dass die Bedeutung der Frühintervention über die Jahre zugenommen hat (von 2 % auf 9 %) (siehe Tabelle 19). Gleichzeitig ist es zu einem stetigen Rückgang der Bedeutung der Vorbereitung der Medizinisch-Psychologischen Untersuchung gekommen (MPU, von 12 % von 3 %).

Tabelle 18: Betreuungsform der Alkoholklienten, 2007 bis 2017 (gleiche Einrichtungen, N=85)

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Beratung	55 %	46 %	44 %	48 %	52 %	55 %
AR Vorbereitungsphase	4 %	4 %	4 %	5 %	4 %	4 %
AR Behandlungsphase	5 %	6 %	6 %	6 %	7 %	8 %
AR Poststationär	8 %	11 %	12 %	11 %	10 %	4 %
Vorbereitung MPU	5 %	4 %	4 %	3 %	2 %	2 %
Vorb. auf stat. Behandlung	8 %	10 %	11 %	10 %	8 %	8 %
Allg. psychosoziale Betreuung	2 %	6 %	5 %	5 %	4 %	4 %
Anderes	13 %	13 %	14 %	12 %	13 %	15 %
Gesamt	5.519	6.541	7.636	7.101	6.859	6.813

Tabelle 19: Betreuungsform der Opioidklienten, 2007 bis 2017 (gleiche Einrichtungen, N=85)

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Beratung	27 %	16 %	14 %	15 %	15 %	14 %
Medikam.-gestützte Behandl	43 %	47 %	56 %	57 %	60 %	57 %
ambulante Reha	2 %	2 %	2 %	2 %	1 %	1 %
Vorb. auf stat. Behandlung	5 %	6 %	5 %	3 %	3 %	2 %
Allg. psychosoziale Betreuung	10 %	13 %	7 %	6 %	6 %	8 %
Begl. Betr. während anderer Maßn.	4 %	5 %	6 %	6 %	5 %	6 %
Anderes	9 %	12 %	11 %	10 %	10 %	12 %
Gesamt	5.248	5.895	6.114	5.710	5.007	4.614

Tabelle 20: Betreuungsform der Cannabisklienten, 2007 bis 201 (gleiche Einrichtungen, N=85)

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Beratung	62 %	49 %	49 %	56 %	61 %	60 %
Allg. psychosoziale Betreuung	2 %	7 %	8 %	7 %	4 %	6 %
MPU-Beratung	12 %	12 %	9 %	5 %	4 %	3 %
Vorb. auf stat. Behandlung	6 %	7 %	7 %	6 %	6 %	5 %
Frühintervention	2 %	6 %	5 %	8 %	9 %	9 %
Ambulante Behandlung	1 %	4 %	5 %	4 %	2 %	2 %
Anderes	14 %	15 %	16 %	15 %	15 %	15 %
Gesamt	1.902	2.369	2.715	2.924	3.165	3.320

Betreuungsdauer

Bei der Analyse der Betreuungsdauer der einzelnen Hauptdiagnosegruppen zeigt sich im betrachteten Zeitraum vor allem ein eindeutiger Trend bei den Opioidabhängigen: Die Betreuung dieser Klient*innen weist im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen für das Jahr 2017 den mit Abstand höchsten Durchschnittswert auf, der darüber hinaus seit 2007 von 317 auf 485 Tage (2017) stark angestiegen ist (siehe Tabelle 21). Der Anteil derjenigen, die seit 12 Monaten und länger in Betreuung sind, liegt hier seit vielen Jahren bei 30 % und mehr.

Bei der Alkoholklientel gibt es dagegen keine einheitliche Entwicklung bei der Betreuungsdauer. Hier liegen schwankende Jahreswerte vor, die sich in einer Spannbreite zwischen 190 und 217 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 (2017: 157 Tage). Hier gibt es seit 2013 einen zunehmenden Anteil von Klient*innen, die nur eine kurze Zeit in Betreuung sind (bis 3 Monate); der entsprechende Wert beträgt für das Jahr 2017 49 %.

Tabelle 21: Durchschnittliche Betreuungsdauer der Klienten, 2007 bis 2017 (in Tagen und Kategorien, abgeschlossene Betreuungen, gleiche Einrichtungen, N=85)

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Alkohol						
bis 3 Monate	40 %	42 %	41 %	43 %	43 %	39 %
bis 6 Monate	24 %	25 %	25 %	23 %	23 %	23 %
bis 12 Monate	20 %	20 %	21 %	19 %	19 %	21 %
über 12 Monate	16 %	13 %	14 %	15 %	16 %	16 %
Mittelwert (in Tagen)	201	190	194	211	202	217
Gesamt	3.142	3.893	4.385	4.159	3.889	3.592
Opiode						
bis 3 Monate	30 %	34 %	30 %	31 %	30 %	30 %
bis 6 Monate	20 %	20 %	20 %	20 %	16 %	16 %
bis 12 Monate	21 %	20 %	21 %	20 %	20 %	19 %
über 12 Monate	28 %	26 %	29 %	30 %	34 %	35 %
Mittelwert (in Tagen)	317	339	369	379	472	485
Gesamt	2.462	2.590	2.431	2.017	1.687	1.426
Cannabis						
bis 3 Monate	38 %	37 %	37 %	42 %	48 %	49 %
bis 6 Monate	22 %	25 %	25 %	25 %	23 %	24 %
bis 12 Monate	26 %	22 %	23 %	19 %	17 %	17 %
über 12 Monate	14 %	15 %	15 %	15 %	13 %	10 %
Mittelwert (in Tagen)	198	204	203	195	177	157
Gesamt	1.082	1.253	1.415	1.491	1.655	1.829
Insgesamt						
bis 3 Monate	38 %	39 %	39 %	41 %	42 %	43 %
bis 6 Monate	23 %	23 %	24 %	23 %	22 %	22 %
bis 12 Monate	21 %	20 %	20 %	18 %	18 %	18 %
über 12 Monate	19 %	18 %	17 %	18 %	18 %	16 %
Mittelwert (in Tagen)	235	241	234	236	241	234
Gesamt	9.200	9.068	10.602	10.141	9.837	9.462

Art der Beendigung der Betreuung

Bei der Art der Beendigung der Betreuung ergeben sich bei den drei Hauptdiagnosegruppen teilweise unterschiedliche Entwicklungen, wenn die einzelnen Erfassungskategorien betrachtet werden. Werden jedoch die beiden positiven Kategorien „regulär“ und „planmäßiger Wechsel“ zusammengefasst, ergeben sich für die drei Hauptdiagnosegruppen im gesamten Beobachtungszeitraum zwar schwankende, aber sich in einem gewissen Rahmen bewegendende Anteile: 65 % bis 70 % bei der Alkoholklientel (siehe Tabelle 22), bei der Opioidklientel 44 % bis 49 % (siehe Tabelle 23) und 59 % bis 69 % bei der Cannabisklientel (siehe Tabelle 24). Interessant ist als einzelner Befund, dass bei allen drei Klientelgruppen der Anteil der Entlassungen ohne ärztliches bzw. therapeutisches Einverständnis kontinuierlich sinkt; bei der Cannabisklientel ist dieser Wert seit dem Jahr 2007 um immerhin 13 Prozentpunkte zurückgegangen.

Tabelle 22: Art der Beendigung der Betreuung bei den Alkoholklienten, 2007 bis 2017 (gleiche Einrichtungen, N=85)

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
regulär	49 %	49 %	49 %	51 %	51 %	52 %
planmäßiger Wechsel	21 %	16 %	16 %	14 %	16 %	14 %
vorzeitig auf ärztl./therap. Veranlassung	* /	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
vorzeitig mit ärztl./therap. Einverständnis	* /	3 %	5 %	5 %	6 %	6 %
vorzeitig ohne ärztl./therap. Einverständnis	28 %	26 %	25 %	24 %	23 %	22 %
disziplinarisch	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
außerplanmäßige Verlegung/Wechsel	0 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
verstorben	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Gesamt	3.101	3.769	4.267	3.998	3.742	3.455

* / = teilweise andere Erfassungssitems

Tabelle 23: Art der Beendigung der Betreuung bei den Opioidklienten, 2007 bis 2017 (gleiche Einrichtungen, N=85)

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
regulär	23 %	24 %	25 %	29 %	30 %	28 %
planmäßiger Wechsel	26 %	20 %	20 %	18 %	18 %	16 %
vorzeitig auf ärztl./therap. Veranlassung	* /	2 %	3 %	2 %	1 %	2 %
vorzeitig mit ärztl./therap. Einverständnis	* /	4 %	5 %	6 %	4 %	5 %
vorzeitig ohne ärztl./therap. Einverständnis	41 %	34 %	30 %	29 %	26 %	30 %
disziplinarisch	5 %	5 %	7 %	7 %	8 %	6 %
außerplanmäßige Verlegung/Wechsel	3 %	8 %	9 %	8 %	11 %	11 %
verstorben	2 %	2 %	2 %	2 %	3 %	3 %
Gesamt	2.335	2.427	2.290	1.874	1.562	1.320

* / = teilweise andere Erfassungssitems

**Tabelle 24: Art der Beendigung der Betreuung bei den Cannabisklient*innen, 2007 bis 2017
(gleiche Einrichtungen, N=85)**

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
regulär	47 %	50 %	48 %	51 %	55 %	60 %
planmäßiger Wechsel	14 %	9 %	11 %	11 %	10 %	9 %
vorzeitig auf ärztl./therap. Veranlassung	* /	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %
vorzeitig mit ärztl./therap. Einverständnis	* /	3 %	3 %	3 %	4 %	4 %
vorzeitig ohne ärztl./therap. Einverständnis	35 %	33 %	33 %	30 %	25 %	22 %
disziplinarisch	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	1 %
außerplanmäßige Verlegung/Wechsel	2 %	2 %	2 %	3 %	3 %	3 %
verstorben	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Gesamt	1.062	1.206	1.357	1.392	1.559	1.754

* / = teilweise andere Erfassungssitems

Landesauswertung der Dot.sys-Daten 2011-2017

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?

2017 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. Seit 2011 steht mit der neuen Version „Dot.sys 3.0“ erstmals eine Online-Datenbank zur Dokumentation von suchtpreventiven Maßnahmen zur Verfügung.

Was passiert mit den dokumentierten Daten in Dot.sys?

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

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

Landesauswertung der Dot.sys-Daten

Zusammenfassung

Trends 2011 bis 2017 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 2017):

- Zielebene: Der Anteil multiplikatorenbezogener Arbeit ist von Jahr zu Jahr zurückgegangen (von 58 % auf 49 %). Gleichmaßen haben die Tätigkeiten, die sich direkt an die Endadressat*innen wenden, zugenommen (von 34 % auf 47 %).
- Inhaltsebene (Substanzbezug): Der Themenbereich Cannabis hat seit 2011 einen sehr starken Bedeutungszuwachs erfahren (von 34 % auf 67 %).
- Inhaltsebene (Verhaltenssüchte): Die Relevanz des Themenbereiches pathologisches Glücksspiel hat in den letzten sechs Jahren deutlich zugenommen (von 12 % auf 27 %).
- Settings: Ein auffälliger Anstieg des relativen Anteils liegt in den Settings Freizeit (von 5 % auf 18 %) und Familie (von 4 % auf 12 %) vor.
- Zielsetzung: Die Bedeutung der Förderung der Risikokompetenz hat kontinuierlich von Jahr zu Jahr zugenommen (von 12 % auf 28 %).

Bei vielen 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.

Vergleich Bund 2016 – Hessen

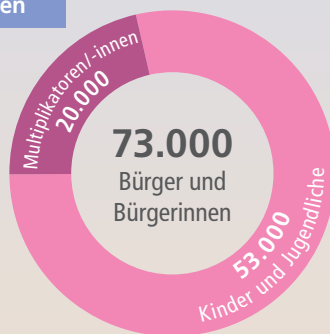
In der Zusammenschau ergeben sich große Unterschiede, wenn ein Vergleich zwischen den hessischen und den bundesweiten Dot.sys-Zahlen (2016) gezogen wird. Dann zeigt sich insbesondere, dass in Hessen die universelle Prävention, Maßnahmen für Multiplikator*innen, Förderung von Lebenskompetenzen und das Thema Alkohol eine vergleichsweise bedeutsame Rolle spielen.

Suchtprävention in Hessen

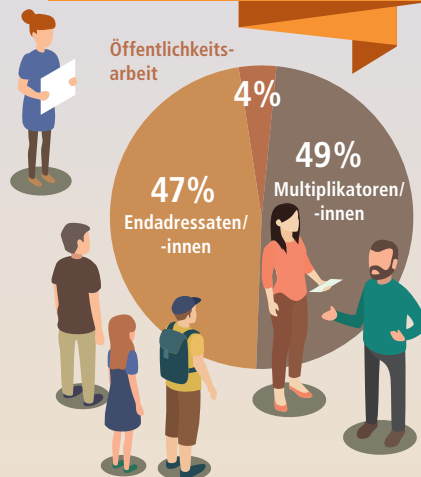
Landesauswertung der Dot.Sys-Daten 2011-2017

Erreichte Teilnehmer und Teilnehmerinnen

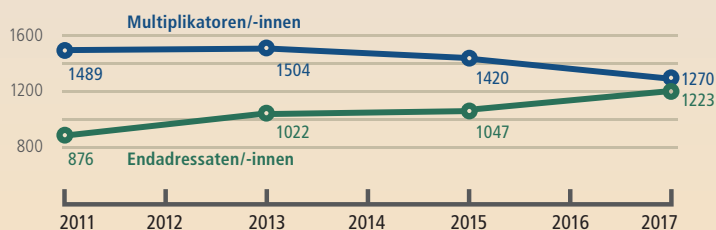
Im Jahr 2017 erreichten die 28 Fachstellen für Suchtprävention in den 26 Landkreisen und kreisfreien Städten in Hessen mit rund 2.600 Maßnahmen über 73.000 Bürger und Bürgerinnen.



Dialoggruppen der Maßnahmen



Anzahl der durchgeführten Maßnahmen

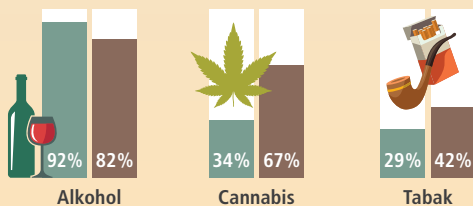


Die Anzahl der Maßnahmen beider Zielebenen (Multiplikatoren und Endadressaten) gleicht sich immer weiter an.

Interessante Veränderungen der Inhalte

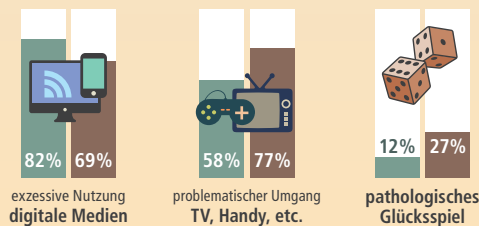
■ 2011 ■ 2017

Substanzspezifische Maßnahmen



Der Themenbereich „Cannabis“ hat einen sehr starken Bedeutungszuwachs erfahren: sein Anteil ist von 34% auf 67% angestiegen.

Stoffungebundene Maßnahmen



Die Relevanz des Themenbereiches „pathologisches Glücksspiel“ hat deutlich zugenommen (von 12% auf 27%).

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 eine Online-Datenbank zum Einsatz gebracht.

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

1. **Einrichtungsebene**
Die Fachkräfte und Einrichtungsleitungen können eine direkte Auszählung und Aufbereitung ihrer Daten zur Jahresberichterstattung vornehmen.
2. **Landesebene**
Die 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.

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 2017 ist dabei zu berücksichtigen, dass mit einer Excel-Liste dokumentiert worden ist (N = 2.593). 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 Mehrfachnennungen nach einer Plausibilitätsprüfung korrigiert. Insgesamt ist deshalb eine valide Auswertungsgrundlage vorhanden.

In dem vorliegenden Bericht wird schwerpunktmäßig eine Trendbetrachtung für Hessen über einen Zeitraum von sechs Jahren vorgenommen. Es soll hierbei der Frage nachgegangen werden, welche Veränderungen bzw. Konstanten sich in der suchtpreventiven Arbeit der Fachstellen im Zeitraum 2011 bis 2017 ergeben haben. Dieses geschieht in Zwei-Jahres-Schritten. Die Datengrundlage dafür bilden die im jeweiligen Jahr begonnenen Maßnahmen. Deren Zahl liegt relativ stabil zwischen 2.500 und 2.800 pro Jahr (siehe Tabelle 25).¹ In einem zweiten, kleineren Kapitel wird ein Vergleich zwischen einigen veröffentlichten bundesweiten Zahlen und der Situation in Hessen durchgeführt.² Die Bundeszahlen liegen für das Jahr 2017 noch nicht vor, so dass sich der Vergleich auf das Jahr 2016 bezieht.³

Beide Analysen können wertvolle empirische Hinweise für die Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen Suchtprävention in Hessen geben.

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

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

³ Bericht 2017 (Teil Prävention) des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, München (DBDD 2018). Die Datengrundlage der darin ausgewählten Dot.sys-Auswertungen stellen 34.492 dokumentierte Maßnahmen aus dem Jahr 2016 dar. Ferner gibt es eine Präsentation der Dot.sys-Zahlen 2016 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Bundesweite Zahlen für das Jahr 2017 dürften wegen der Umstellungsprobleme bei Dot.sys nicht veröffentlicht werden.

Trends 2011 bis 2017 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 2017 besaßen 73 % aller durchgeführten Maßnahmen einen universellen Ansatz (siehe Tabelle 25). 10 % betrafen die selektive Prävention. Den geringsten Wert weist mit 6 % die indizierte Prävention auf. Darüber hinaus beziehen sich 10 % auf die strukturelle Prävention (Verhältnisprävention). Seit dem Jahr 2011 hat sich an dieser Verteilung der Maßnahmen nach ihrer Präventionsart – trotz einiger Schwankungen – im Wesentlichen nichts geändert.

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 20 % und 36 % schwankt. Eine kulturspezifische Ausrichtung weisen zwischen 13 % und 16 % aller Maßnahmen auf. Einen relativen Anstieg hat es in den letzten Jahren nicht gegeben; das Flüchtlingsthema schlägt sich hier also (bisher) nicht nieder.

Tabelle 25: Präventionsart der Maßnahmen 2011-2017

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

Zielebene

Bei der Zielebene der suchtpreventiven Maßnahmen hat es in dem betrachteten Zeitraum nennenswerte Veränderungen gegeben: Der Anteil derjenigen jährlichen Aktivitäten, die sich an Multiplikator*innen richten, ist kontinuierlich von 58 % auf 49 % zurückgegangen (siehe Tabelle 26). Diese Zielebene besitzt damit noch den größten Anteil. Gleichzeitig haben die Tätigkeiten, die sich direkt an die Endadressat*innen wenden, von 34 % auf 47 % deutlich zugenommen. Der

Wert für die Öffentlichkeitsarbeit hat sich dagegen in 2017 gegenüber den Vorjahren in etwa halbiert (4 %).⁴

Tabelle 26: Zielebene der Maßnahmen 2011-2017

	2011	2013	2015	2017
Multiplikatoren/-innen	58,3 %	54,9 %	52,5 %	49,0 %
Endadressaten/-innen	34,3 %	37,3 %	38,7 %	47,2 %
Öffentlichkeitsarbeit	7,4 %	7,8 %	8,8 %	3,8 %
N	2.554	2.741	2.705	2.592

Werden im nächsten Schritt die Daten daraufhin ausgewertet, welche Personengruppen im Bereich Multiplikator*innen genau angesprochen werden, zeigt sich für die Jahre 2011 bis 2017 zum einen, dass der relative Anteil, der sich auf den schulischen Kontext bezieht, kontinuierlich zurückgegangen ist (von 46 % auf 40 %) (siehe Tabelle 27). Das Gleiche trifft ebenfalls auf die Kategorie Kindertagesstätten zu (von 17 % auf 13 %). Zum anderen gibt es zwei Bereiche, in denen die Bedeutung der Multiplikatorenarbeit zugenommen hat: Kinder-/Jugendarbeit (von 21 % auf 25 %) sowie Kommune/Landkreis/Behörde (17 % auf 21 %).

Tabelle 27: Zielebene der Maßnahmen, Multiplikator*innen 2011-2017 (Mehrfachnennung möglich)

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

Bei den suchtpreventiven Maßnahmen, die sich direkt an die Endadressat*innen richten, ergibt sich ein eindeutiger Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche. Im Jahr 2017 erreicht diese Zielgruppe

⁴ Es sei angemerkt, dass es hier 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.

einen erneut hohen Wert von 67 % (siehe Tabelle 28). Es folgt – mit weitem Abstand – die Gruppe der konsumerfahrenen Jugendlichen/Erwachsenen mit einem über die Jahre stabilen Wert zwischen 17 % und 19 %. Dagegen ist der relative Anteil der Zielebene „Eltern/Familie“ im Beobachtungszeitraum von 19 % auf 13 % zurückgegangen. Ansonsten ergibt sich eine relativ stabile Verteilung der potentiellen Zielebenen, wobei festzuhalten ist, dass einzelne Settings nur eine geringfügige Bedeutung haben. Beispielsweise liegt der Wert bei den Gruppen der Student*innen und Senior*innen in allen Jahren unter 2 %. Auffällig ist, dass im aktuellen Berichtsjahr der relative Anteil für die suchbelasteten Lebensgemeinschaften beinahe 5 % ausmacht.

Tabelle 28: Zielebene der Maßnahmen, Endadressat*innen 2011-2017 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2013	2015	2017
Kinder und Jugendliche	63,9 %	60,4 %	70,9 %	67,2 %
Eltern/Familienmitglieder	18,5 %	17,5 %	15,4 %	12,7 %
konsumerfahrene Jugendliche/Erwachsene	18,4 %	18,6 %	17,2 %	17,3 %
Probierkonsument*innen	9,6 %	16,6 %	11,2 %	10,9 %
Auszubildende	6,3 %	9,4 %	5,9 %	5,1 %
unspezifisch/Gesamtbevölkerung	5,4 %	4,9 %	2,1 %	2,7 %
Migrant*innen	3,8 %	2,8 %	1,8 %	4,0 %
Beschäftigte im Betrieb	3,0 %	3,3 %	1,6 %	1,3 %
sozial Benachteiligte	2,6 %	4,5 %	1,1 %	5,1 %
Student*innen	1,7 %	1,9 %	1,1 %	1,8 %
Senior*innen	1,6 %	0,5 %	1,0 %	0,7 %
Straffällige	1,0 %	1,8 %	2,5 %	2,0 %
suchbelastete Lebensgemeinschaften	0,8 %	1,1 %	0,1 %	4,6 %
Sonstige	1,4 %	2,6 %	1,5 %	1,1 %
N	876	1.023	1.045	1.244

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 aktuell fast 60 % dieser Aktivitäten an die Gruppe der Jugendlichen richten (siehe Tabelle 29). 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 (2017: 4 %).

Tabelle 29: Altersgruppen der Endadressat*innen 2011-2017 (Mehrfachnennung möglich)

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

Für die Zielebene der Öffentlichkeitsarbeit wird erfasst, in welcher konkreten Form diese stattfindet. Der Blick auf die folgende Tabelle 30 macht deutlich, dass wichtige Formen der Öffentlichkeitsarbeit die Pressemitteilung, der Informations-/Aktionsstand sowie die Herausgabe von Flyern und Plakaten sind, auch wenn es hier in den letzten Jahren immer mal wieder schwankende prozentuale Anteile gegeben hat. Für das aktuelle Berichtsjahr 2017 fällt auf, dass die Tätigkeitsfelder Websites und Soziale Netzwerke im Internet erstmalig deutlich an Bedeutung verloren haben. Möglicherweise hängt dies damit zusammen, dass die homepage „starke.eltern.de“ eingestellt worden ist.

Tabelle 30: Formen der Öffentlichkeitsarbeit 2011-2017 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2013	2015	2017
Pressemitteilung	44,7 %	46,5 %	40,4 %	29,6 %
Informations-/Aktionsstand	36,7 %	26,8 %	32,9 %	28,6 %
Flyer	27,2 %	25,4 %	26,3 %	27,6 %
Erstellung Websites, Rubriken Internet	26,6 %	24,4 %	27,9 %	14,3 %
Soziales Netzwerk Internet	18,6 %	21,6 %	25,4 %	8,2 %
Plakat	18,6 %	19,7 %	20,1 %	30,6 %
Broschüre	18,6 %	16,0 %	13,8 %	11,2 %
Interview	17,0 %	25,4 %	16,3 %	17,3 %
Merchandising	5,9 %	10,3 %	11,3 %	4,1 %
Beitrag, Spot	5,3 %	5,6 %	4,2 %	5,1 %
Newsletter	2,7 %	0,9 %	1,7 %	5,1 %
Anzeige	2,1 %	3,3 %	2,9 %	2,0 %
eigene Zeitschrift/Zeitung	2,1 %	1,4 %	1,7 %	3,1 %
Betreuung Blog	-	0,5 %	-	4,1 %
Sonstiges	15,4 %	16,4 %	10,8 %	17,3 %
N	188	213	240	192

Die letzte Auswertung betrifft die Anzahl erreichter Personen. Hier zeigt sich zunächst, dass pro durchgeführter Multiplikatoren-Maßnahme im Durchschnitt – auf einem stabilen Niveau – jedes Jahr 15 bis 16 Personen geschult bzw. informiert worden sind (siehe Tabelle 31). Da jedoch die Anzahl von multiplikatorenbezogenen Maßnahmen im Betrachtungszeitraum zurückgegangen

ist, hat sich damit auch die Anzahl jährlicher erreichter Personen von ca. 25.000 auf ca. 20.000 Personen reduziert.

Bei den Endadressat*innen ist eine 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. Trotz einer Höchstzahl durchgeführter Maßnahmen (1.244) sind deutlich weniger Personen pro Maßnahme als in den Vorjahren erreicht worden (Ø 44 Personen).

Tabelle 31: Anzahl der erreichten Personen Multiplikator*innen und Endadressat*innen 2011-2017

	2011	2013	2015	2017
Multiplikator*innen				
Durchschnittliche Teilnehmeranzahl	16,1	15,7	15,7	15,4
Insgesamt	25.068	24.649	23.079	19.558
N	1.557	1.570	1.470	1.270
Endadressat*innen				
Durchschnittliche Teilnehmeranzahl	50,5	52,1	55,7	43,5
Insgesamt	40.350	49.808	55.310	53.244
N	799	956	993	1.224

Inhaltsebene

Bei der Analyse der Ergebnisse zur inhaltlichen Ebene der Maßnahmen – auch hier waren Mehrfachnennungen möglich – zeigt sich, dass im aktuellen Jahr (2017) das erste Mal die substanzspezifischen Maßnahmen vor denjenigen mit Förderung der Lebenskompetenzen liegen (55 % zu 50 %) (siehe Tabelle 32). In den Vorjahren wies immer die Inhaltsebene „Lebenskompetenz“ einen höheren prozentualen Anteil auf. Ferner haben die Aktivitäten zum Thema Verhaltenssuchte in den Jahren 2011 bis 2017 deutlich zugenommen: ihr relativer Anteil ist von 14 % auf 26 % angewachsen.

Tabelle 32: Inhaltsebene der Maßnahmen 2011-2017 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2013	2015	2017
Lebenskompetenz	58,1 %	57,2 %	58,3 %	50,3 %
Substanzbezug	46,4 %	48,2 %	51,2 %	55,3 %
Verhaltenssuchte	14,3 %	15,5 %	21,0 %	26,2 %
N	2.554	2.741	2.704	2.559

Auch die Maßnahmen, die sich auf Verhaltenssuchte beziehen, können in Dot.sys differenziert erfasst werden. Die Auswertung zeigt, dass derartige Aktivitäten bis zum Jahr 2015 vom Thema Internet-/Computersucht dominiert waren (jeweils über 80 %) (siehe Tabelle 33). Im Jahr 2017 ist ihr relativer Anteil dann auf unter 70 % gesunken. Das Themenfeld problematischer Umgang mit

anderen Medien liegt inzwischen mit einem Wert von 77 % an erster Stelle. Die Inhalte Essstörungen und pathologisches Glücksspiel kommen auf vergleichsweise geringere prozentuale Anteile, wobei die Relevanz des zweitgenannten Bereiches in den letzten sechs Jahren stark zugenommen hat (von 12 % auf 27 %). Ferner ergibt die Auswertung einen aktuellen Anteil von 9,4 % für sonstige Maßnahmen im Bereich der Verhaltenssüchte.

Tabelle 33: Inhaltsebene der Maßnahmen, Verhaltenssüchte 2011-2017 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2013	2015	2017
Internet-/Computersucht	82,4 %	85,4 %	82,4 %	69,0 %
problematischer Umgang andere Medien	58,0 %	54,6 %	76,0 %	76,5 %
Essstörungen	13,5 %	13,9 %	20,3 %	10,7 %
pathologisches Glücksspiel	11,5 %	22,4 %	21,5 %	27,1 %
Sonstige	2,7 %	4,0 %	0,7 %	9,4 %
N	364	425	567	671

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 34). Der aktuelle Anteil liegt bei 51 %. Es folgt – mit weitem Abstand – das Setting Jugendarbeit mit stabilen Werten von 12 % bzw. 13 %. Ein auffälliger Anstieg des relativen Anteils liegt in den Settings Freizeit (von 5 % auf 18 %) und Familie (von 4 % auf 12 %) vor. Dagegen hat es beim Setting Kindertagesstätte eine Abnahme gegeben (von 11 % auf 8 %). Bei allen anderen Settings werden für die Jahre 2011 bis 2017 keine Trends in die eine oder andere Richtung sichtbar. Alle weisen für das letzte betrachtete Jahr (2017) relative Anteile von unter 10 % aus.

Tabelle 34: Settings der Maßnahmen 2011-2017 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2012	2013	2017
Schule	50,5 %	46,9 %	52,3 %	50,5 %
Jugendarbeit	13,0 %	11,7 %	12,1 %	12,3 %
Kindertagesstätte	11,4 %	9,4 %	8,8 %	7,8 %
Politik/Kommune/Behörde/etc.	7,6 %	8,1 %	8,3 %	5,9 %
unspezifisch (Öffentlichkeit/Bevölkerung)	7,4 %	8,1 %	6,5 %	8,5 %
Suchthilfe	6,9 %	9,8 %	9,7 %	9,2 %
Gesundheitswesen	5,5 %	4,3 %	5,0 %	4,2 %
Freizeit	5,2 %	6,3 %	10,5 %	17,6 %
Betrieb	4,9 %	6,3 %	4,9 %	6,1 %
Familie	4,3 %	4,7 %	9,0 %	11,9 %
Erwachsenen-/Familienbildung	3,4 %	2,4 %	2,8 %	3,4 %
Strafwesen/Polizei	2,6 %	1,9 %	2,3 %	2,9 %
Hochschule/Fachhochschule	2,6 %	1,7 %	2,4 %	3,2 %
Kirche	2,5 %	3,2 %	3,1 %	1,5 %
Sport	0,6 %	0,6 %	0,5 %	0,8 %
Fahrschule	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %
Sonstiges	2,1 %	2,0 %	2,3 %	1,6 %
N	2.366	2.528	2.465	2.575

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 35). 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 35: Umsetzungsebene der Maßnahmen 2011-2017

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

Zielsetzung

Bei den Präventionsmaßnahmen gibt es einerseits Individuen-bezogene Zielsetzungen. Hier steht an erster Stelle die Zunahme des Wissens bei den entsprechenden Zielgruppen. Um die 70 % aller Aktivitäten verfolgen dieses Ziel – und das relativ konstant über die einbezogenen Jahre (siehe Tabelle 36). Am zweithäufigsten wird die Stärkung/Veränderung von Einstellungen genannt. Auch hier liegen relativ stabile Werte vor (42 % bis 46 %). 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 28 %). Die Verhaltensmodifikation hat in 2017 nur einen geringen Stellenwert (8 %).

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 bzw. über 30 %. Das Ziel „hohe Öffentlichkeitswirksamkeit“ weist für das Jahr 2017 den bisher geringsten Wert von 11 % auf.

Tabelle 36: Zielsetzung der Maßnahmen 2011-2017 (Mehrfachnennung möglich)

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

Evaluationsstatus

Abschließend soll ein Blick auf den Evaluationsstatus der durchgeführten Maßnahmen geworfen werden. Bei drei Viertel aller Aktivitäten ist aktuell eine Evaluation nicht vorgesehen bzw. liegt eine solche nicht vor (siehe Tabelle 37). Dieser Anteil ist im Zeitraum 2011 bis 2017 von 69 % auf 74 % angestiegen. Parallel ist der Anteil bereits vorhandener Evaluationen kontinuierlich zurückgegangen (von 20 % auf 12 %). Bei den laufenden Evaluationen werden leicht schwankende Werte zwischen 11 % und 14 % sichtbar.

Tabelle 37: Evaluation der Maßnahmen 2011-2017

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

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich einige interessante Veränderungen in der suchtpräventiven Arbeit in Hessen im betrachteten Zeitraum 2011 bis 2017 zeigen. Diese betreffen vor allem die folgenden Aspekte (in Klammern die Zahlen von 2011 und 2017):

- Zielebene: Der Anteil multiplikatorenbezogener Arbeit ist von Jahr zu Jahr zurückgegangen (von 58 % auf 49 %). Gleichmaßen haben die Tätigkeiten, die sich direkt an die Endadressat*innen wenden, zugenommen (von 34 % auf 47 %).
- Inhaltsebene (Substanzbezug): Der Themenbereich Cannabis hat seit 2011 einen sehr starken Bedeutungszuwachs erfahren (von 34 % auf 67 %).
- Inhaltsebene (Verhaltenssüchte): Die Relevanz des Themenbereiches pathologisches Glücksspiel hat in den letzten sechs Jahren deutlich zugenommen (von 12 % auf 27 %).
- Settings: Ein auffälliger Anstieg des relativen Anteils liegt in den Settings Freizeit (von 5 % auf 18 %) und Familie (von 4 % auf 12 %) vor.
- Zielsetzung: Die Bedeutung der Förderung der Risikokompetenz hat kontinuierlich von Jahr zu Jahr zugenommen (von 12 % auf 28 %).

Bei vielen 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 suchtpräventiven Arbeit der Fachstellen für Suchtprävention gesprochen werden.

Vergleich Bund – Hessen 2016

In diesem Kapitel wird ein Vergleich zwischen bundesweiten und hessischen Dot.sys-Auswertungen angestellt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die letzten für das Bundesgebiet veröffentlichten Zahlen aus dem Jahr 2016 stammen, die sich darüber hinaus nur auf bestimmte Auswertungsaspekte beziehen (DBDD 2018).⁵ Deshalb besitzt der folgende Vergleich nur eine eingeschränkte Aussagekraft; gleichzeitig zeigen sich schon auf dieser Auswertungsebene einige interessante Unterschiede.

Bei der ersten Gegenüberstellung, der Präventionsart, zeigen die bundesweiten Zahlen geringere Anteile universeller und struktureller Prävention (61 % bzw. 9 %) und gleichzeitig höhere Anteile selektiver und indizierter Prävention (14 % bzw. 16 %) im Vergleich zu Hessen (siehe Tabelle 38).

Tabelle 38: Präventionsart der Maßnahmen 2016

	Bund	Hessen
universell	61 %	70 %
selektiv	14 %	10 %
indiziert	16 %	6 %
strukturell	9 %	14 %
N	34.228	2.607

Auch beim zweiten Vergleich ergeben sich starke Abweichungen: Während bei der bundesweiten Auswertung die Maßnahmen für Endadressat*innen auf einen Anteil von 60 % und diejenigen für Multiplikator*innen auf 35 % kommen, betragen die entsprechenden Anteile in Hessen 42 % und 51 % (siehe Tabelle 39). Die Prozentwerte für die Öffentlichkeitsarbeit sind dagegen ähnlich: 7 % für Hessen stehen 5 % für den Bund gegenüber.

Tabelle 39: Zielebene der Maßnahmen 2016

	Bund	Hessen
Multiplikatoren/-innen	35 %	51 %
Endadressaten/-innen	60 %	42 %
Öffentlichkeitsarbeit	5 %	7 %
N	34.228	2.607

Die erreichten Altersgruppen innerhalb der Endadressat*innen verteilen sich sehr ähnlich. Sowohl bundesweit als auch in Hessen sind hier an erster Stelle die Jugendlichen zu nennen (60 % bzw.

⁵ Das betrifft sowohl die Ober- als auch die Unterkategorien. Beispielsweise sind bei der „Umsetzungsebene“ nur vier von insgesamt acht Items ausgewiesen. Ferner sind die bundesweiten Dot.sys-Zahlen in gerundeten Prozentangaben (ohne Dezimale) veröffentlicht worden. In der Präsentation der BZgA erfolgen die meisten Auswertungen separat für die Multiplikator*innen und Endadressat*innen, so dass hier nur ein begrenzter Vergleich möglich ist.

62 %) (siehe Tabelle 40). Auf die geringsten prozentualen Anteile kommen die Senior*innen (jeweils 3 %).

Tabelle 40: Altersgruppen der Endadressat*innen 2016 (Mehrfachnennung möglich)

	Bund	Hessen
Kinder (bis 13 Jahre)	27 %	32 %
Jugendliche (14 bis 17 Jahre)	60 %	62 %
Junge Erwachsene (18 bis 27 Jahre)	29 %	29 %
Erwachsene (28 bis 64 Jahre)	20 %	17 %
Senior*innen (ab 65 Jahre)	3 %	3 %
N	20.587	1.088

Bei der Inhaltsebene existieren dagegen wieder Unterschiede zwischen Bund und Hessen. Die folgende Tabelle 41 zeigt einen Anteil von 41 % der bundesweiten Maßnahmen mit Förderung der Lebenskompetenz. In Hessen liegt dieser relative Anteil mit 60 % deutlich höher. Bei den Maßnahmen, die einen Substanzbezug besitzen bzw. Verhaltenssüchte betreffen, sind die Differenzen nicht ganz so groß.

Tabelle 41: Inhaltsebene der Maßnahmen 2016 (Mehrfachnennung möglich)

	Bund	Hessen
Lebenskompetenz	41 %	60 %
Substanzbezug	60 %	54 %
Verhaltenssüchte	25 %	21 %
N	34.228	2.607

Beim Substanzbezug stellt sich die Situation so dar, dass die bundesweiten Zahlen gegenüber Hessen einen deutlich geringeren Anteil für Alkohol (76 % zu 87 %) ausweisen (siehe Tabelle 42). Bei allen anderen Substanzen sind die Prozentanteile sehr ähnlich; die Abweichungen betragen höchstens vier Prozentpunkte.

Tabelle 42: Inhaltsebene der Maßnahmen, Substanzbezug 2016 (Mehrfachnennung möglich)

	Bund	Hessen
Alkohol	76 %	87 %
Cannabis	54 %	57 %
Tabak	35 %	33 %
Amphetamine/Speed	18 %	20 %
Methamphetamine	10 %	6 %
Ecstasy	15 %	12 %
Medikamente	14 %	12 %
Opiate	11 %	8 %
Kokain	12 %	9 %
Halluzinogene	8 %	5 %
Biogene Drogen	7 %	4 %
Lösungsmittel	4 %	3 %
N	20.657	1.417

Auch wenn der Bereich der Verhaltenssuchte auf der Bundes- und Hessenebene einen ungefähr gleich großen Stellenwert einnimmt (siehe Tabelle 41), sieht die Verteilung der behandelten Themen unterschiedlich aus: So besitzen die Inhalte pathologisches Glücksspiel (42 % zu 27 %) und Essstörungen (24 % zu 16 %) auf der Bundesebene ein größeres Gewicht, während dies bei der Internet-/Computersucht (63 % zu 81 %) und beim problematischen Umgang mit anderen Medien (55 % zu 74 %) anders herum ist (siehe Tabelle 43).

Tabelle 43: Inhaltsebene der Maßnahmen, Verhaltenssuchte 2016 (Mehrfachnennung möglich)

	Bund	Hessen
Internet-/Computersucht	63 %	81 %
problematischer Umgang andere Medien	55 %	74 %
pathologisches Glücksspiel	42 %	27 %
Essstörungen	24 %	16 %
N	8.583	534

Bei den Settings zeigen sich einige Unterschiede zwischen der Bundes- und Hessenebene. Die größten Unterschiede sind bei den Settings Jugendarbeit, Kindertagesstätte und Familie vorhanden – hier beträgt die prozentuale Abweichung jeweils 5 Prozentpunkte (siehe Tabelle 44). Bei den beiden erst genannten Settings kommt Hessen auf die deutlich höheren Werte, beim Setting Familie ist es umgekehrt.

Tabelle 44: Settings der Maßnahmen 2016 (Mehrfachnennung möglich)

	Bund	Hessen
Schule	49 %	52 %
Jugendarbeit	10 %	15 %
Kindertagesstätte	3 %	8 %
Politik/Kommune/Behörde/etc.	4 %	7 %
Suchthilfe	13 %	11 %
Gesundheitswesen	8 %	5 %
Freizeit	12 %	8 %
Betrieb	7 %	6 %
Familie	11 %	6 %
Erwachsenen-/Familienbildung	2 %	1 %
Strafwesen/Polizei	3 %	3 %
Hochschule/Fachhochschule	1 %	3 %
Kirche	1 %	3 %
Sport	1 %	0,4 %
Fahrschule	1 %	-
N	32.425	2.415

Bei den vier angegebenen Kategorien für die Umsetzungsebene ergibt sich in der Vergleichsperspektive das folgende Bild: Die Trainings/Schulungen haben auf der Bundes- und Hessenebene fast die gleiche hohe Bedeutung (42 % bzw. 44 %) (siehe Tabelle 45).⁶ Während die Präventionsberatung bundesweit einen größeren Anteil aufweist (19 % zu 10 %), ist dies bei der Kooperation/Koordination umgekehrt (10 % zu 23 %). Die Informationsvermittlung kommt auf der Bundesebene etwas häufiger vor als in Hessen (10 % zu 7 %).

Tabelle 45: Umsetzungsebene der Maßnahmen 2016

	Bund	Hessen
Trainings/Schulungen	42 %	44 %
Präventionsberatung	19 %	10 %
Kooperation/Koordination	10 %	23 %
Informationsvermittlung	10 %	7 %
N	34.228	2.415

Hessen kommt auf einen größeren Anteil kulturspezifisch ausgerichteter Maßnahmen als es auf der Bundesebene der Fall ist (16 % zu 9 %) (siehe Tabelle 46). Die geschlechtsspezifische Ausrichtung hat dagegen einen gleichen Stellenwert; auf knapp jede dritte Maßnahme trifft dies zu (Bund: 29 %, Hessen: 30 %).

⁶ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass für den Bund nicht die Ergebnisse aller Kategorien der Umsetzungsebene veröffentlicht worden sind und daher die aufsummierten Prozentwerte unter 100 % liegen.

Tabelle 46: Spezifische Ausrichtung der Maßnahmen 2016

	Bund	Hessen
geschlechtsspezifisch	29 %	30 %
kulturspezifisch	9 %	16 %
N	34.228	2.415

Die Ergebnisse beim Evaluationsstatus durchgeführter Maßnahmen sind ähnlich: Für die bundesweite Situation liegt für das Jahr 2016 ein Wert von 27 % aller Maßnahmen vor, die bereits evaluiert worden sind bzw. sich aktuell in der Evaluierung befanden. In Hessen beträgt der entsprechende Anteil 25 %.

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

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
1	Jugend- und Drogenberatung - Suchthilfe im Vogelsbergkreis	Alsfeld	Ev. kirchlicher Zweckverband Ev. Dekanate JDB im Vogelsbergkreis
2	Beratungs- und Behandlungszentrum für Abhängigkeitserkrankungen	Bad Hersfeld	Zweckverb. für Diakonie in den Kirchenkr. Hersfeld u. Rotenburg
3	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis	Bad Homburg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
4	Betreutes Wohnen im Wetteraukreis in Friedberg, Bad Nauheim und Ockstadt	Bad Nauheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
5	Betreutes Wohnen	Bensheim	Wohngemeinschaft Bergstraße e.V.
6	"Der Treff" - Beratungszentrum Biedenkopf	Biedenkopf	Bürgerinitiative Sozialpsychiatrie e.V.
7	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Wetteraukreis, Außenstelle Büdingen	Büdingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
8	Suchtthilfezentrum Darmstadt - Beratung und Behandlung	Darmstadt	Caritasverband Darmstadt e.V.
9	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Dieburg	Caritasverband Darmstadt e.V.
10	Drogenberatung für den Landkreis Darmstadt-Dieburg	Dieburg	Kreisverwaltung des Landkreises Darmstadt-Dieburg
11	Suchtthilfezentrum Wildhof - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Dietzenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
12	Suchtberatung	Dillenburg	Diakonisches Werk Dillenburg
13	Betreutes Wohnen Bremthal - Therapeutische Einrichtung Eppstein	Eppstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
14	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Erbach	Caritasverband Darmstadt e.V.
15	Betreutes Wohnen im Suchtthilfezentrum	Erbach	DRK Kreisverband Odenwaldkreis
16	Suchtberatungsstelle im Suchtthilfezentrum	Erbach	DRK Kreisverband Odenwaldkreis
17	Fachstelle für Suchthilfe und Prävention	Eschwege	Diakonisches Werk Werra-Meißner

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
54	SuchtHilfeZentrum Gießen - Schanzenstraße	Gießen	Arbeitsgemeinschaft Rauschmittelprobleme
55	Paritätische Nachsorge - Einrichtung für Suchtkranke Haus Gilserberg / Haus Haina-Battenhausen	Gilserberg	Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband
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	Beratungs- und Behandlungsstelle für alkohol- und medikamentenabhängige Erwachsene und Spieler	Kassel	Diakonisches Werk Kassel-Stadt, -Land und Kaufungen
67	Frühintervention für suchtmittelabhängige Schwangere	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
68	Jugend- und Suchtberatung - Ambulante Rehabilitation "JuS"	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
69	Substitutionsfachambulanz "SAM"	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsname	Ort	Träger
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 Oberhessen
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	Suchtberatung im Caritashaus St. Josef	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.
88	Fachambulanz für Suchtkranke	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

Liste der an der Dot.sys-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsname	Ort	Träger
1	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Hersfeld-Rotenburg	Bad Hersfeld	Zweckverband für Diakonie in den Kirchenkreisen Hersfeld und Rotenburg
2	Fachstelle Suchtprävention für den Hochtaunuskreis	Bad Homburg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
3	Fachstelle Suchtprävention und Suchthilfekoorordinator der Stadt Darmstadt	Darmstadt	Stadt Darmstadt
4	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Darmstadt-Dieburg	Darmstadt-Dieburg	Kreisausschuss des Landkreises Darmstadt-Dieburg, Jugendamt
5	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Offenbach	Dietzenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
6	Fachstelle Suchtprävention für die Stadt Offenbach	Dietzenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
7	Fachstelle Suchtprävention für den Odenwaldkreis	Erbach	Deutsches Rotes Kreuz – Kreisverband Odenwaldkreis e.V.
8	Fachstelle Suchtprävention für den Werra-Meißner-Kreis	Eschwege	Diakonisches Werk Werra-Meißner
9	Fachstelle Prävention für die Stadt Frankfurt am Main	Frankfurt/Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. (VAE)
10	Fachstelle Suchtprävention für den Wetteraukreis	Friedberg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
11	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Fulda	Fulda	Caritasverband für die Regionen Fulda und Geisa e.V.
12	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Fulda	Fulda	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Fulda e.V.
13	Fachstelle Suchtprävention für den Main-Kinzig-Kreis	Gelnhausen	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Main-Kinzig e.V.
14	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Gießen	Gießen	Arbeitsgemeinschaft 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.	Einrichtungsname	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 2017 und Dot.sys-Daten 2011-2017

2017



*Kompetent durch Erfahrung
Innovativ durch Flexibilität*