



# 2016

## Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der  
*COMBASS*-Daten 2016 und  
Dot.sys-Daten 2011-2016



**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](mailto:hls@hls-online.org)  
Internet: <http://www.hls-online.org>

**Text und Redaktion**

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

**Layout, Satz**

Eike Neumann-Runde, Hamburg

**Produktion**

typographics GmbH, Darmstadt

November 2017

ISSN 2366-2344

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

## Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen

### Landesauswertung der COMBASS-Daten 2016

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 2011-2016

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

Frankfurt a. M., November 2017



# Inhalt

<b>Einführung</b>	<b>5</b>
<b>Landesauswertung der <i>COMBASS</i>-Daten</b>	<b>9</b>
Kurzbeschreibung des Projektes <i>COMBASS</i>	10
Zusammenfassung	12
Zielsetzung und Datengrundlage	17
Klientinnen und Klienten	21
Betreuungen	33
Regionale Aspekte	40
Trends 2007 bis 2016	44
Ambulante Suchthilfe in Hessen und substanzbezogene Störungen – Bestätigung und Herausforderungen	58
Literatur	64
<b>Landesauswertung der <i>Dot.sys</i>-Daten</b>	<b>67</b>
Suchtpräventionsstrukturen der hessischen Suchthilfe	68
Zusammenfassung	70
Das Dokumentationssystem <i>Dot.sys</i>	72
Datengrundlage und Zielsetzung der Auswertung	73
Trends 2011 bis 2016 der Suchtprävention in Hessen	74
Vergleich Bund – Hessen 2015	84
Evaluationsstatus	88
Einordnung der <i>Dot.sys</i> -Ergebnisse aus Sicht der HLS	91
Anhang	110
<b>Anhang</b>	<b>111</b>
Liste der an der <i>COMBASS</i> -Auswertung beteiligten Einrichtungen	111
Liste der an der <i>Dot.sys</i> -Auswertung beteiligten Einrichtungen	117



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

Auch in diesem Jahr werden sowohl die Ergebnisse der computergestützten Dokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen als auch die der hessischen Fachstellen für Suchtprävention in einem Band publiziert. Damit liegen abermals die Auswertungsergebnisse der ambulanten Angebote der hessischen Suchthilfe in einem Band vor.

Während die ambulante Suchthilfe in Hessen mit der Software Horizont arbeitet und individuumsbezogene Daten abbildet, arbeiten die Fachstellen für Suchtprävention mit der Software Dot.sys und erheben damit die durchgeführten Maßnahmen.

Bereits in den letzten Jahren wurden in den *COMBASS*-Landesauswertungen wegen der augenscheinlich nur geringen Veränderungen von Jahr zu Jahr Trendanalysen über längere Zeiträume vorgenommen. Dadurch konnten deutliche Veränderungen bei den Konsumgewohnheiten, den Biographiemerkmalen der Klientinnen und Klienten und bei den in Anspruch genommenen Hilfen aufgezeigt werden.

Der erste Teil des vorliegenden Datenberichts widmet sich der **Auswertung der ambulanten Suchthilfe**. Die *COMBASS*-Grunddatenauswertung 2016 basiert auf den Daten von 103 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe, die von fast 19.000 unterschiedlichen Klientinnen und Klienten und ca. 1.200 Angehörigen in Anspruch genommen wurden. Weitere etwa 4.000 Personen, die die Einrichtungen nur einmal aufgesucht haben, finden keinen Eingang in die detaillierten Auswertungen.

In dem Bericht werden die soziodemografische Situation der Klientel der ambulanten hessischen Suchthilfe und die von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen beschrieben. Die soziale und die Betreuungssituation wird anhand acht verschiedener Gruppen dargestellt: der Opiat-, Alkohol-, Cannabis-, Kokain-, Crack-, Amphetamin- und Sedativa-Klientel sowie der pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspieler. Anhand dieser Vorgehensweise können klientelbezogene Besonderheiten identifiziert werden, die für die praktische Arbeit von Bedeutung sein können.

In dem Kapitel „Trends 2007 bis 2016“ 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 Klientinnen und Klienten 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, Opiate, Cannabis – berichtet.

Die Basis der Trendanalyse stellen 88 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum von 2007-2016 an der *COMBASS*-Dokumentation beteiligt haben.

In dem **Kapitel „Regionale Aspekte“** werden die Daten aus 2016 aus einer regionalspezifischen vergleichenden Perspektive untersucht. Dies geschieht jeweils entlang der regionalen Typologie, die auch schon aus anderen *COMBASS*-Berichten bekannt ist:

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

Die Außensicht auf die Resultate der *COMBASS* Erhebung wird von Prof. Dr. Martin Schmid von der Hochschule Koblenz/University of Applied Sciences wahrgenommen. In einem separaten Textteil am Ende des Auswertungsberichtes äußert er sich kommentierend zu einzelnen Befunden aus der Landesauswertung. Herrn Prof. Dr. Schmid sei an dieser Stelle herzlich für seine sachkundigen Anmerkungen gedankt. Er leistet damit einen wichtigen Schritt, mit den Ergebnissen der erhobenen Daten im Sinne einer ständigen Angebotsoptimierung weiter zu arbeiten.

**Für den Berichtsteil der Suchtprävention in Hessen mit der Trendanalyse der Dot.sys-Daten 2011 bis 2016** bilden die von 28 Fachstellen für Suchtprävention dokumentierten Maßnahmen die Grundlage der Auswertungen. Die Datengrundlage stellen für jedes der betrachteten Jahre (2011-2016) die im jeweiligen Jahr begonnenen Maßnahmen dar. Die Anzahl der dokumentierten Maßnahmen im Untersuchungszeitraum liegt relativ stabil zwischen 2.500 und 2.800 pro Jahr. Mit diesen Maßnahmen erreichen die Fachstellen pro Jahr etwa 70.000 Personen: 25.000 Multiplikatoren und 50.000 Endadressaten, wie Kinder und Jugendliche.

Frau Regina Sahl, Koordinatorin für Suchtprävention in der HLS, hat die wissenschaftliche Auswertung in einem eigenen Kapitel kommentiert. Dies erleichtert den Leser und Leserinnen die Einordnung der erhobenen Resultate.

Auch für den Bereich der Suchtprävention wurde eine wissenschaftlich fundierte Trendanalyse durchgeführt. Zudem wurde ein Vergleich zwischen bundesweiten und hessischen Dot.sys-Auswertungen 2015 angestellt.

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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 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 Koordinatorin für Suchtprävention in der HLS, Frau Regina Sahl.

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Auswertungsergebnisse ist den jeweiligen Hauptkapiteln vorangestellt.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.



Wolfgang Schmidt-Rosengarten  
- Geschäftsführer -



## Landesauswertung der *COMBASS*-Daten 2016

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 2016 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 2016 sowie eine regionalspezifische Auswertung.

Im Jahr 2016 haben sich insgesamt 103 Einrichtungen an der Auswertung beteiligt. Werden die Auswertungsjahre seit 2003 herangezogen, kann insgesamt von einer stabilen Datenbasis gesprochen werden (Teilnahme: zwischen 99 und 109 Einrichtungen). Von diesen Einrichtungen wurden für das Jahr 2016 Hilfe- und Beratungsleistungen für insgesamt 18.610 verschiedene Klientinnen und Klienten dokumentiert. Hinzu kommen 1.166 Angehörige sowie Einmalkontakte bei insgesamt 3.973 Personen.

## Statusbericht 2016

### *Geschlecht, Alter, Nationalität*

Drei Viertel der Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe sind männlich (74 %). Die Klientinnen und Klienten sind im Durchschnitt 40,0 Jahre alt. 86 % von ihnen besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit; 30 % haben einen Migrationshintergrund.

### *Hauptdiagnosen*

Bei 39 % der gesamten Klientel liegt die Hauptdiagnose Alkohol vor; es folgt die Gruppe der Opiatabhängigen (25 %). Die Hauptdiagnose Cannabis wurde bei 17 % aller Klientinnen und Klienten 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 Klientinnen und Klienten betrachtet werden: Hier ergibt sich ein erhöhter Anteil von 44 % für die Alkoholklientinnen bzw. -klienten. 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 Opiat-Neuaufnahmen: er beträgt nur 8 %.

### *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 85 %).

Bei einer Betrachtung der Altersverteilung innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen wird deutlich, dass die Cannabisklientinnen und -klienten mit einem Durchschnittsalter von 26,3 Jahren weiterhin die jüngste Gruppe innerhalb der hessischen Suchthilfeklientel darstellen. Auch die Gruppe der Amphetaminkonsumierenden (bzw. MDMA, Halluzinogen) ist mit 32,1 Jahren weit unter dem Durchschnittsalter der Gesamtklientel. Demgegenüber sind über 61 % der Alkoholklientinnen und

-klienten mindestens 45 Jahre alt; mit durchschnittlich 47,2 Jahren sind sie nach wie vor die älteste Gruppe.

Bei der Lebenssituation stellt sich die Lage wie folgt dar: Den größten Anteil derjenigen, die mit einer/m Partnerin/Partner (und ggf. Kindern) zusammenleben, gibt es bei den pathologisch Glücksspielenden mit einem Wert von 45 %. Ein hoher Anteil von Alleinlebenden findet sich bei der Alkoholklientel (39 %). Von den (vergleichsweise jungen) Cannabisklientinnen und -klienten leben viele noch bei den Eltern (47 %).

14 % der opiatabhängigen Personen leben in einer prekären Wohnsituation (provisorische Unterkunft, Obdachlosigkeit, Justizvollzugsanstalt). Am niedrigsten sind die entsprechenden Anteile mit 3 % bei der Alkoholklientel und mit 2 % bei den pathologisch Glücksspielenden. Diese Klientengruppen wohnen überdurchschnittlich häufig selbstständig (86 % bzw. 82 %).

Bei der Opiatklientel sind 67 % ohne Arbeit, wohingegen dieser Wert bei den pathologisch Glücksspielenden mit 22 % 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 Opiatklientel: Aus dieser Gruppe beziehen 53 % das Arbeitslosengeld II (ALG II); hinzu kommt ein Anteil von 10 %, die Sozialhilfe nach SGB XII erhalten.

Am häufigsten ist die Gruppe der pathologisch Glücksspielenden verschuldet: drei von vier Personen haben Schulden (75 %). Hier finden sich auch die höchsten Werte für hohe Schulden (22 % mit mehr als 25.000 Euro). Eher selten mit Schulden belastet sind Cannabiskonsumierende (27 %).

## Betreuungen

46 % der Betreuungen kommen ohne Vermittlung zustande. Ebenfalls relativ häufig (36 %) werden Klientinnen und Klienten 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 47 % die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Die Medikamentengestützte Behandlung – d. h. die psychosoziale Betreuung Substituierter – ist mit 18 % die zweithäufigste Betreuungsform, gefolgt von der Ambulanten Rehabilitation mit 11 %. Bei jeweils 7 % der Betreuungen handelt es sich um Allgemeine Psychosoziale Betreuungen bzw. Vorbereitungen auf stationäre Behandlungen. Andere Betreuungsformen machen 10 % der Fälle aus.

Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller im Jahr 2016 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 221 Tage. Frauen werden dabei mit durchschnittlich 256 Tagen länger betreut als Männer (210 Tage). Die Opiatklientel wird von allen größeren Hauptdiagnosegruppen mit 419 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 %). 30 % der Betreuungen werden durch die Klientin bzw. den Klienten und 3 %

durch die Einrichtung abgebrochen; bei weiteren 5 % wird die Betreuung durch einen außerplanmäßigen Wechsel oder eine Verlegung beendet.

Betrachtet man die Suchtproblematik zum Betreuungsende, so zeigt sich, dass bei einem erheblichen Teil der Betreuungen (62 %) mindestens eine Verbesserung erreicht werden konnte (erfolgreich und verbessert zusammengenommen). Gut ein Viertel der Betreuungen wurden erfolgreich abgeschlossen (27 %), und bei etwas mehr als einem Drittel wurde eine Verbesserung der Problematik dokumentiert (35 %). 34 % der Klientinnen und Klienten 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 30 % in Frankfurt. In den Landkreisen und kreisfreien Städten ist dieser Anteil etwas niedriger (26 % bzw. 25 %). Im Hinblick auf das Alter zeigen sich kaum regionalspezifische Unterschiede. Überall liegt das Durchschnittsalter der Gesamtklientel zwischen 39,5 und 40,5 Jahren.

Bei 47 % der 2016 in den Frankfurter Einrichtungen betreuten Klientinnen und Klienten handelt es sich um Opiatabhängige, 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. 41 %, während sich diejenigen für die Opiatklientel lediglich auf 18 % bzw. 25 % belaufen.

Der Anteil von Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft liegt in der Metropole Frankfurt mit 22 % am höchsten, in den Landkreisen mit 11 % am niedrigsten. Klientinnen und Klienten mit einem Migrationshintergrund sind mit 35 % in Frankfurt und mit 36 % in den vier anderen Großstädten deutlich häufiger vorzufinden als in den Landkreisen mit 28 %.

Bei der Betrachtung der Erwerbssituation zeigt sich, dass in den Landkreisen und Großstädten der Anteil derjenigen, die über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz verfügen, größer ist als in der Metropole Frankfurt (49 % bzw. 50 % zu 35 %). Korrespondierend damit ist in Frankfurt der Anteil der ALG-II Beziehenden am höchsten (42 %).

## Trends 2007 bis 2016

Die Basis der Trendanalyse stellen 88 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum an der COMBASS-Dokumentation beteiligt haben. Die folgenden Auswertungen stellen die wichtigsten Veränderungen zwischen 2007 und 2016 dar. Es kann hier zu Abweichungen gegenüber den Ergebnissen des Statusberichtes 2016 kommen (N=103 Einrichtungen).

Der prozentuale Anteil der Angehörigen an allen betreuten Personen liegt im Betrachtungszeitraum relativ stabil bei 5 % bis 7 %. In absoluten Zahlen sind dies jährlich zwischen 965 und 1.225 Personen, wobei hier eine (leichte) Abnahme seit dem Jahr 2013 zu konstatieren ist.

Bei der Anzahl betreuter Klientinnen und Klienten gab es den höchsten Wert mit 17.080 im Jahr 2007; seit 2011 ist eine Abnahme von 16.321 auf aktuell 15.198 zu registrieren. Das drückt sich auch darin aus, dass der Anteil der Neuaufnahmen – d. h. der Erstkontakt zur ambulanten Suchthilfe in Hessen findet im jeweiligen Jahr statt – zwischen den Jahren 2009 und 2016 von 36 % auf 31 % stetig zurückgegangen ist.



Das Durchschnittsalter der Klientinnen und Klienten hat sich zwischen 2007 und 2016 kontinuierlich von 38,5 auf 40,6 Jahre erhöht (+2,1). Dabei zeigt sich, dass der Altersanstieg bei den Frauen (+2,8) größer ist als bei den Männern (+1,8). Dagegen geht das durchschnittliche Alter der (jährlichen) Neuaufnahmen seit 2009 leicht zurück – in 2016 liegt der bisher niedrigste Wert mit 36,4 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 43,2 und 45,0 Jahren liegen. Bei der Gruppe der Opiatabhängigen ist dagegen eine deutliche Zunahme des Alters auszumachen: es ist über die Jahre von 34,2 Jahre (2007) auf 38,5 Jahre (2016) 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 Klientinnen und Klienten mit einer Alkoholproblematik zwischen den Jahren 2007 und 2011 leicht erhöht hat (von 41 % auf 43 %), um danach um 4 Prozentpunkte auf einen Wert von 39 % im Jahr 2016 zu fallen. Bei der Opiatklientel ist der Trend eines abnehmenden relativen Anteils viel deutlicher: der Wert für 2016 beträgt nur noch 25 %, neun Jahre zuvor waren es noch 33 %. Der Anteil der Cannabisklientel ist im Betrachtungszeitraum von 13 % auf 18 % angewachsen; derjenige der pathologisch Glücksspielenden hat sich bei 6 % eingependelt.

Bei den neu aufgenommenen Personen mit Alkoholproblemen ist eine ähnliche Entwicklung festzustellen wie über die gesamte Alkoholklientel, wobei hier die Prozentwerte in jedem Jahr höher liegen (44 % bis 53 %). Der Anteil der Neuaufnahmen mit einer opiatbezogenen Hauptdiagnose hat sich dagegen kontinuierlich reduziert: von 18 % in 2007 über 10 % in 2011 auf nur noch 7 % bzw. 8 % in den letzten Beobachtungsjahren. Die (neu aufgenommene) Cannabisklientel hat dagegen seit 2007 an immenser Bedeutung gewonnen: ihr relativer Anteil ist von 19 % auf 28 % angewachsen.

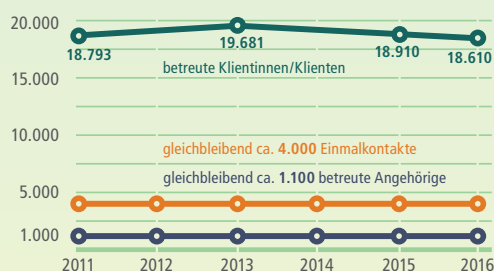
Der Anteil von erwerbstätigen Personen unter der Alkoholklientel ist seit dem Jahr 2007 um 10 Prozentpunkte von 39 % auf 49 % angewachsen. Gleichzeitig hat sich der Anteil der ALG I-Empfängerinnen und -empfänger fast halbiert (2007: 10 %, 2016: 6 %). Auch der entsprechende Wert für ALG II geht seit 2007 kontinuierlich zurück (von 34 % auf 27 %). Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei der Opiatklientel festzustellen, wenn auch auf einem niedrigeren Niveau: Der Anteil der erwerbstätigen Personen ist seit 2007 leicht angestiegen (von 18 % auf 23 %) und derjenige der ALG I- und ALG II- Empfängerinnen und -empfänger 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 hat von 2007 bis 2009 deutlich von 50 % auf 41 % abgenommen; seitdem ist jedoch ein stetiger Anstieg fast auf das alte Ausgangsniveau festzustellen (49 % in 2016). Die zweithäufigste Betreuungsform ist mit einem stabilen Anteil zwischen 14 % und 16 % die Medikamentengestützte Behandlung, d. h. vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter. Die Ambulante Rehabilitation liegt bei etwa 10 % ( $\pm 1$  Prozentpunkt).

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 in etwa gleichbleibende Anteile: 65 % bis 69 % bei der Alkoholklientel, bei der Opiatklientel 44 % bis 49 % und 59 % bis 65 % bei der Cannabisklientel.

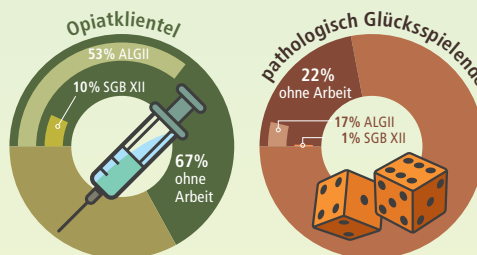
## Klientel und erbrachte Leistungen der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hessen 2016

### Inanspruchnahme der Beratungsstellen in den letzten Jahren nahezu konstant

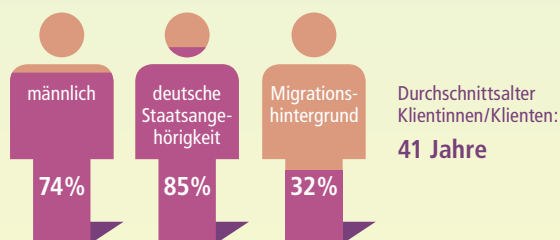


### Erwerbssituation und Transferleistungen

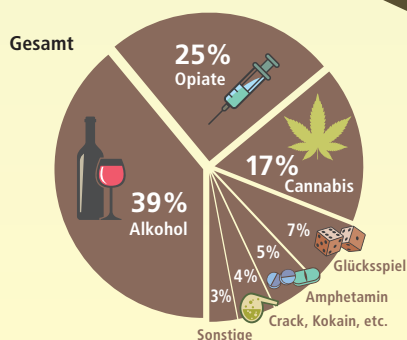
Die Arbeitslosigkeit ist in allen Hauptdiagnosegruppen höher als bei der Allgemeinbevölkerung. Bei der Opiatklientel sind 67% ohne Arbeit: 53% beziehen ALG II, 10% SGB XII. Bei den pathologisch Glücksspielenden sind 22% arbeitslos: 17% beziehen ALG II, 1% SGB XII.



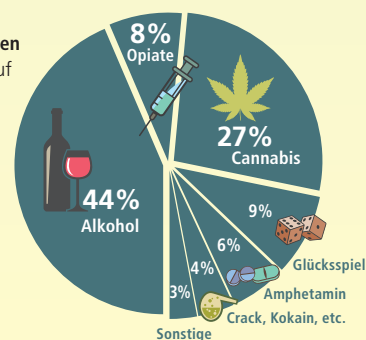
### Geschlecht, Alter, Nationalität der Klientinnen und Klienten



### 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 2016 werden die soziodemografische Situation der Klientel der ambulanten hessischen Suchthilfe und die von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen beschrieben. Hierbei wird eine vergleichende Perspektive eingenommen, indem nach den verschiedenen Hauptdiagnosegruppen getrennt ausgewertet wird. Es werden die soziale und die Betreuungssituation von acht verschiedenen Gruppen dargestellt: der Opiat-, Alkohol-, Cannabis-, Kokain-, Crack-, Amphetamin- und Sedativa-Klientel sowie der pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspieler. Anhand dieser Vorgehensweise können klientelbezogene Besonderheiten deutlich gemacht werden, die für die praktische Arbeit von Bedeutung sein können.

Darüber hinaus enthält der Bericht eine regionalspezifische Auswertung und eine Trendanalyse über die Jahre 2007 bis 2016. In der Regionalanalyse werden ausgewählte Ergebnisse der Landkreise, Großstädte sowie der Metropole Frankfurt vergleichend gegenübergestellt. Die Trendanalyse schreibt vor allem diejenigen Trends fort, die in der *COMBASS*-Steuerungsgruppe in den letzten Jahren zu besonderen Reflektionen und Diskussionen geführt haben. Dabei handelt es sich um den Anteil der Angehörigen und Neuaufnahmen, das Durchschnittsalter, die Hauptdiagnose und die Erwerbs- und Wohnsituation der Klientinnen und Klienten sowie die Betreuungsform, durchschnittliche Betreuungsdauer und Art der Beendigung der Betreuung.

## Datengrundlage

Der vorliegende Bericht basiert auf den Daten von 103 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe. Die überwiegende Zahl dieser Einrichtungen wird durch Landesmittel gefördert. Zusätzlich sind die Daten einiger ausschließlich kommunal und/oder kirchlich finanzierter Einrichtungen im Bericht enthalten. 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, Version 2007), 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.<sup>1</sup> Diese stellt keine Auswertung über Einzelpersonen, sondern über Betreuungsvorgänge des jeweiligen Berichtsjahres dar. Dies kann, im Gegensatz zur vorliegenden Auswertung, dazu führen, dass Klienten mehrfach gezählt werden, wenn sie mehr als eine Betreuung im Berichtsjahr haben. Vergleiche sind hier also nur bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Auswertungsstrategien möglich.

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

Im Folgenden werden Personen als Klientinnen und Klienten sowie Angehörige bzw. sonstige Bezugspersonen bezeichnet, die der Einrichtung namentlich bekannt sind und im Jahr 2016 eine Betreuung mit mindestens einem Termin bzw. mindestens einer Leistung in Anspruch genommen haben. Anonyme Kontakte werden hierbei nicht berücksichtigt.

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

## *Vorkommen identischer HIV-Codes in unterschiedlichen Einrichtungen*

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

Kennt man diese Zahlen, lässt sich daraus ermitteln, wie viele unterschiedliche Personen von den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen der hessischen Suchthilfe betreut wurden (siehe Tabelle 1). Die so ermittelte Personenzahl stellt die Grundlage aller folgenden Berechnungen dar: Im Jahr 2016 handelt es sich dabei um 18.610 unterschiedliche Klientinnen und Klienten. Auf die

<sup>1</sup> Dauber, H., Specht, S., Künzel, J. & Braun, B. (2016). Suchthilfe in Deutschland 2015. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforschung.

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

gleiche Art und Weise lässt sich eine Zahl von 1.166 Angehörigen für das Jahr 2016 berechnen. Für beide Gruppen zusammen wurden insgesamt 22.340 Betreuungen dokumentiert.

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

HIV-Code in	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016
einer Einrichtung	95 %	94 %	94 %	94 %	94 %	94 %	95 %	95 %
zwei Einrichtungen	4 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
drei Einrichtungen	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0,4 %	0,5 %
mehr als drei Einrichtungen	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Personen landesweit (N)	17.515	17.562	18.467	21.116	18.793	19.681	18.910	18.610

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 3.973 unterschiedliche Personen für das Jahr 2016 finden, die ausschließlich solche Einmalkontakte in Anspruch nahmen. Da jedoch eine gemeinsame Auswertung von Einmalkontakten mit den längeren Betreuungen mit mehreren Kontakten als nicht sinnvoll erachtet wird, werden die dokumentierten Einmalkontakte grundsätzlich aus den Analysen ausgeschlossen.

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

**Tabelle 2: Datengrundlage**

	Einrich- tungen	Summe der unterschiedlichen Klienten	Summe der unterschiedlichen Angehörigen	Betreuungen	Personen mit Einmal- kontakten**
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 18.610 Klientinnen und Klienten (ohne Angehörige), die im Jahr 2016 von der ambulanten Suchthilfe in Hessen erreicht werden konnten und für die neben einer Betreuung mindestens ein Termin bzw. eine Leistung dokumentiert worden ist. Der nachstehende Überblick bezieht sich auf grundlegende soziodemografische Merkmale wie Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Erwerbssituation. Dabei werden die einzelnen Hauptdiagnosegruppen getrennt – also beispielsweise Klientinnen und Klienten mit Alkohol- oder Opiatproblemen – hinsichtlich biografischer Merkmale und ihrer aktuellen sozialen Situation betrachtet. Die zuweilen auftretenden Diskrepanzen zwischen Anteilen an der gesamten Klientel und den nach Hauptdiagnosegruppen aufgeschlüsselten Tabellen resultieren aus unterschiedlichen Anteilen fehlender Werte für bestimmte Informationen.

## Geschlecht • Alter • Nationalität

74 % der Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe sind männlich (siehe Tabelle 3). Zu Beginn der Betreuung in der Suchtberatungsstelle sind die Klientinnen und Klienten 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 Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchthilfe besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit; 14 % sind entweder Bürgerinnen und Bürger eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Union (5 %) oder eines Staates außerhalb der EU (9 %). 32 % der Klientel haben einen Migrationshintergrund; bei den Männern (35 %) ist dies häufiger der Fall als bei den Frauen (22 %).<sup>3</sup> Der Anteil der Menschen ohne deutschen Pass liegt nur knapp unter dem Wert innerhalb der hessischen Gesamtbevölkerung (Nichtdeutsche 2016: 16 %).<sup>4</sup> Demgegenüber liegt der Anteil der Suchthilfeklientinnen und -klienten mit einem Migrationshintergrund leicht höher als der entsprechende Anteil in der Gesamtbevölkerung: Im Jahr 2016 hatten 30 % der hessischen Bürgerinnen und Bürger einen Migrationshintergrund.<sup>5</sup>

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

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

<sup>5</sup> 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
<b>Geschlechterverteilung</b>			
Klienten	74 %	26 %	100 %
N	13.741	4.869	18.610
<b>Durchschnittliches Alter</b>			
Klienten (in Jahren)	39,2	42,3	40
N	13.641	4.821	18.462
<b>Staatsangehörigkeit</b>			
Deutschland	84 %	90 %	85 %
EU	5 %	5 %	5 %
außerhalb EU	11 %	5 %	9 %
staatenlos	0,5 %	0,3 %	0,5 %
Gesamt N	13.062	4.596	17.658
<b>Migrationshintergrund*</b>			
Kind von Migranten	19 %	11 %	17 %
selbst migriert	22 %	14 %	20 %
kein Migrationshintergrund	65 %	78 %	68 %
Gesamt N	9.403	3.330	12.733

\* Mehrfachnennungen möglich

### **Ziel- und Diagnosegruppen**

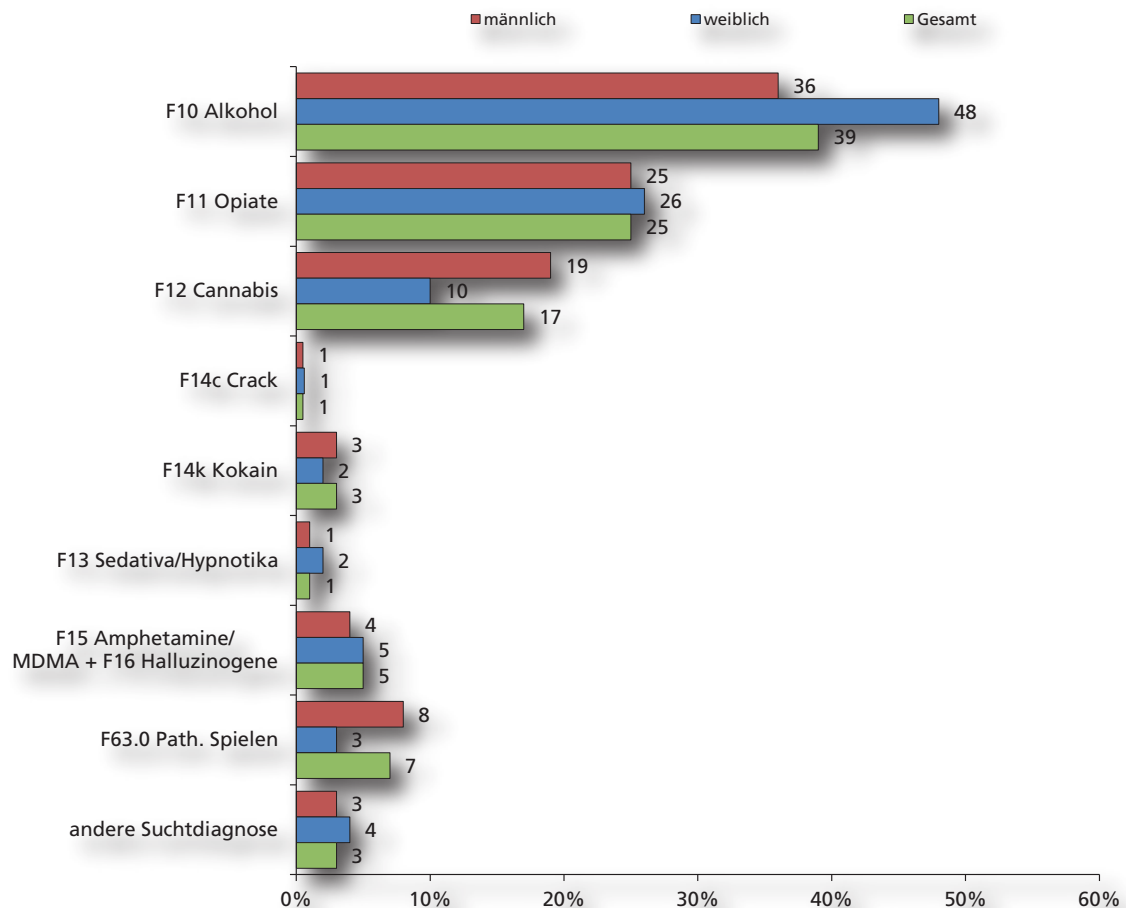
Wie in den Vorjahren werden die jeweiligen suchtspezifischen Hauptprobleme der Klientinnen und Klienten auf zweierlei Weise dargestellt: Zum einen können sie auf Grundlage einer Hauptdiagnose nach ICD-10 in verschiedene Diagnosegruppen eingeteilt werden, zum anderen können sie aber auch so genannten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

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

Die Verteilung nach den Hauptdiagnosen bietet ein differenzierteres Bild hinsichtlich der Suchtproblematiken: Demnach suchen 39 % der Klientinnen und Klienten aufgrund eines Alkoholproblems die ambulante Suchthilfe auf (siehe Abbildung 2). Für 25 % ist die Opiatabhängigkeit 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 zur hessischen Suchthilfe, für 1 % der Klientel wird die Hauptdiagnose Sedativa/Hypnotika vergeben und 0,5 % kommen hauptsächlich wegen ihres Crackkonsums. Bei insgesamt 3 % liegt eine andere Suchtdiagnose vor.

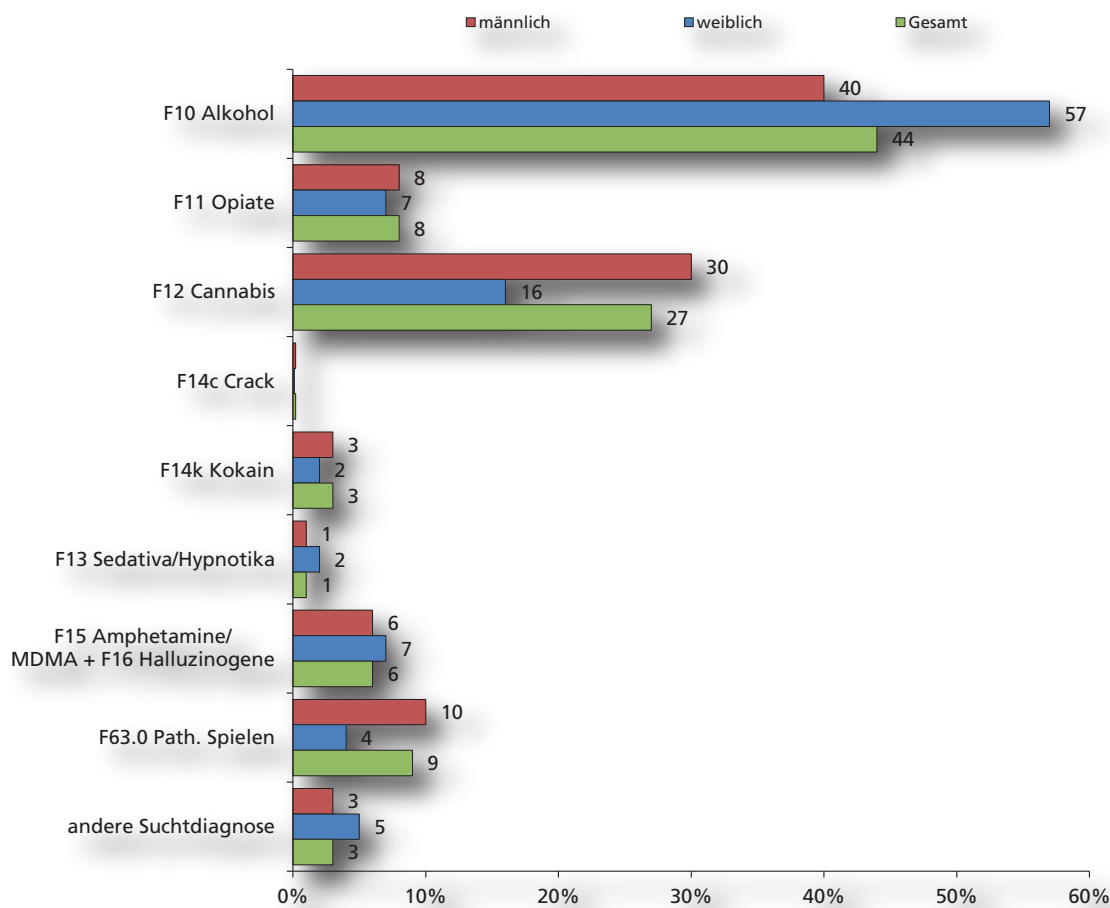


Abbildung 2: Hauptdiagnose (N= 16.806)



Ein anderes Bild ergibt sich, wenn ausschließlich die neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten betrachtet werden (siehe Abbildung 3): Hierbei handelt es sich zu 44 % um Alkoholklientinnen bzw. -klienten. Deutlicher oberhalb des Wertes für die Gesamtgruppe liegt der Anteil der Hauptdiagnose Cannabis mit 27 %. Und auch der Anteil für pathologisches Glücksspielen ist mit 9 % etwas höher als der Anteil in der Gesamtstichprobe. Weitaus niedriger als in der Gesamtgruppe ist hingegen der Anteil derer mit der Hauptdiagnose Opiate: Lediglich 8 % der neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten haben 2016 die Suchthilfe wegen eines Opiatproblems aufgesucht. Die neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten der übrigen Hauptdiagnosegruppen unterscheiden sich jeweils höchstens um einen Prozentpunkt von der Gesamtgruppe.

**Abbildung 3: Hauptdiagnose der erstmalig aufgenommenen Klientinnen und Klienten (N= 5.292)**



## 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.<sup>6</sup> Wo es sinnvoll erscheint, werden darüber hinaus auch Vergleiche mit der hessischen Gesamtbevölkerung in die Darstellung mit einbezogen. Die in den folgenden Auswertungen dargestellte Gesamtgruppe bezieht sich auf alle dokumentierten Klientinnen und Klienten mit einer suchtbewogenen Diagnose.

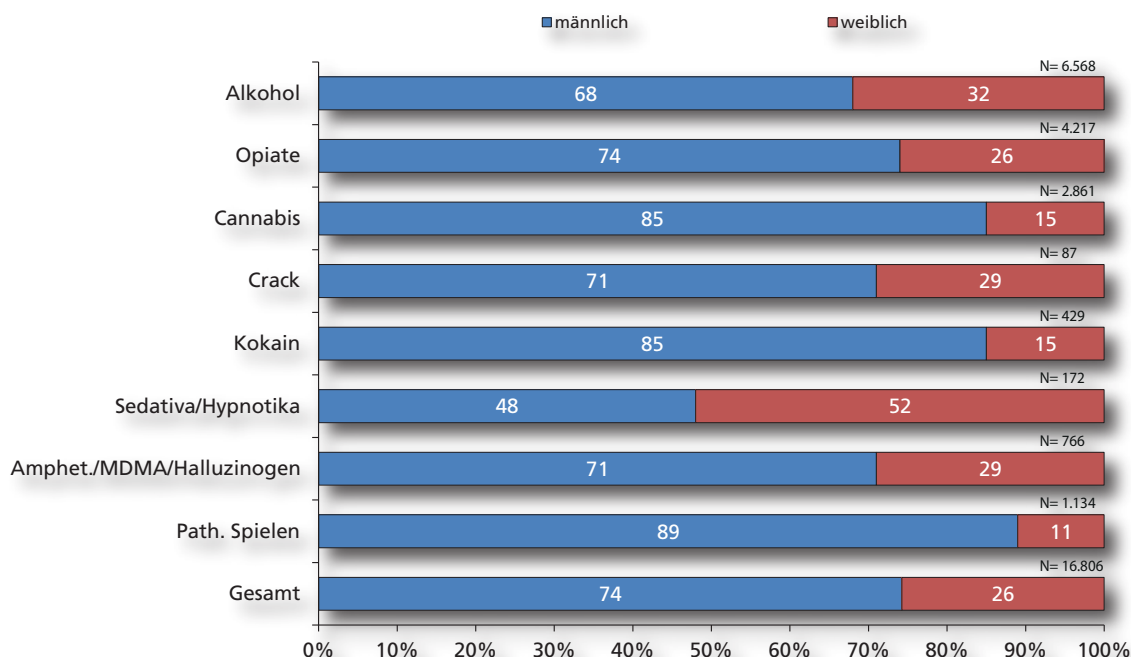
### Geschlecht · Alter · Nationalität

Auch 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 85 %). Bei Opiatklientinnen und -klienten sind knapp drei Viertel (74 %) männlich, bei der Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogen- sowie Crackklientel etwas weniger (jeweils 71 %); etwas geringer fällt die Überrepräsentation männlicher Klienten

<sup>6</sup> 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.

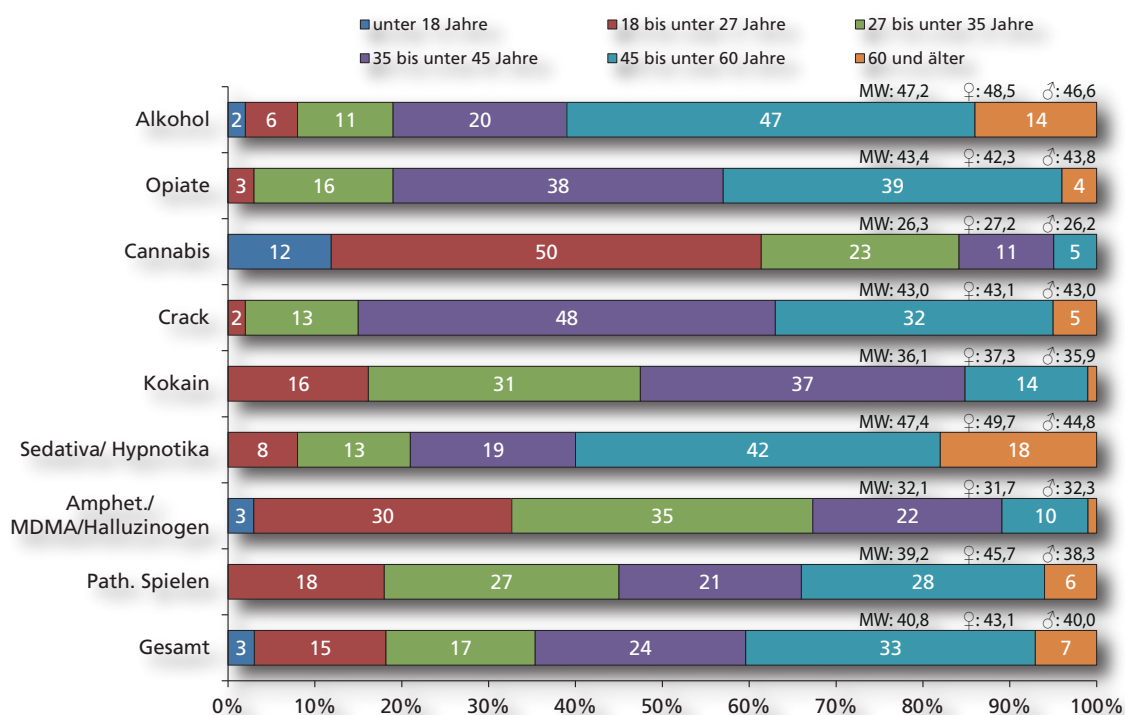
mit 68 % bei der Hauptdiagnose Alkohol aus. Lediglich in der kleinen Gruppe der Sedativa bzw. Hypnotika Konsumierenden gibt es mit 52 % ein leichtes Übergewicht weiblicher Klientinnen.

**Abbildung 4: Geschlechterverteilung nach Hauptdiagnose**



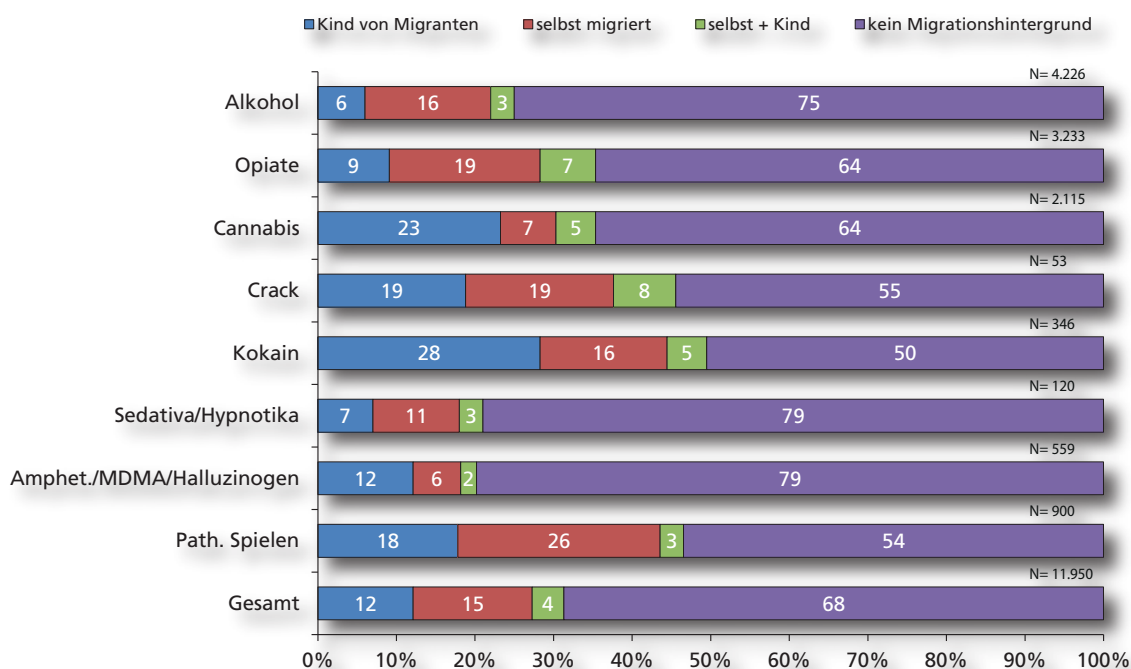
Bei einer Betrachtung der Altersverteilung innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen wird deutlich, dass die Cannabisklientinnen und -klienten nach wie vor mit einem Durchschnittsalter von 26,3 Jahren die deutlich jüngste Gruppe innerhalb der hessischen Suchthilfeklientel darstellen (siehe Abbildung 5); 62 % sind jünger als 27 Jahre und mit 12 % gibt es nur hier einen nennenswerten Anteil minderjähriger Klientinnen bzw. Klienten. Die Personen aus der zweitjüngsten Hauptdiagnosegruppe, der Amphetamin/MDMA/Halluzinogen-Klientel, sind mit durchschnittlich 32,1 Jahren fast sechs Jahre älter. Auch das Durchschnittsalter der Kokainklientel (36,1 Jahre) liegt unter dem Durchschnittsalter der Gesamtklientel, und auch pathologisch Glücksspielende sind im Schnitt, wenn auch nur etwas, jünger. Demgegenüber liegen Alkoholklientinnen und -klienten mit durchschnittlich 47,2 Jahren weiterhin deutlich über dem Durchschnitt; 61 % sind mindestens 45 Jahre alt. Die älteste Hauptdiagnosegruppe ist im aktuellen Jahr die Sedativa-/Hypnotika-Klientel mit durchschnittlich 47,4 Jahren. Neben der kleinen Gruppe der Crackklientel (43 Jahre) liegt auch bei Opiatklientinnen und -klienten das Durchschnittsalter über dem der gesamten Klientel (43,4 Jahre). Aus dieser Gruppe sind mittlerweile 43 % mindestens 45 Jahre alt, und der Anteil junger Klientinnen und Klienten (unter 27 Jahren) beläuft sich auf lediglich 3 %. Nur die Crackklientinnen und -klienten weisen hier mit 2 % einen noch geringeren Anteil auf (siehe Abbildung 5).

**Abbildung 5: Durchschnittliches Alter in Jahren, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 16.694)**



Insgesamt 32 % der hessischen Suchthilfeklientel haben einen dokumentierten Migrationshintergrund. Im Jahr 2016 ist dieser Anteil bei der Kokainklientel mit insgesamt 50 % am höchsten, gefolgt von den pathologisch Glücksspielenden (46 %) und den Crack Konsumierenden mit 45 % (siehe Abbildung 5). Opiat- und Cannabiskonsumierende (jeweils 36 %) liegen hier jeweils nur leicht über dem Durchschnitt, während Personen, bei denen Probleme mit Amphetaminen/ MDMA/Halluzinogenen, Sedativa/Hypnotika (jeweils 21 %) oder Alkohol (25 %) im Vordergrund stehen, deutlich seltener einen Migrationshintergrund haben.

**Abbildung 6: Migrationshintergrund, differenziert nach Hauptdiagnose**

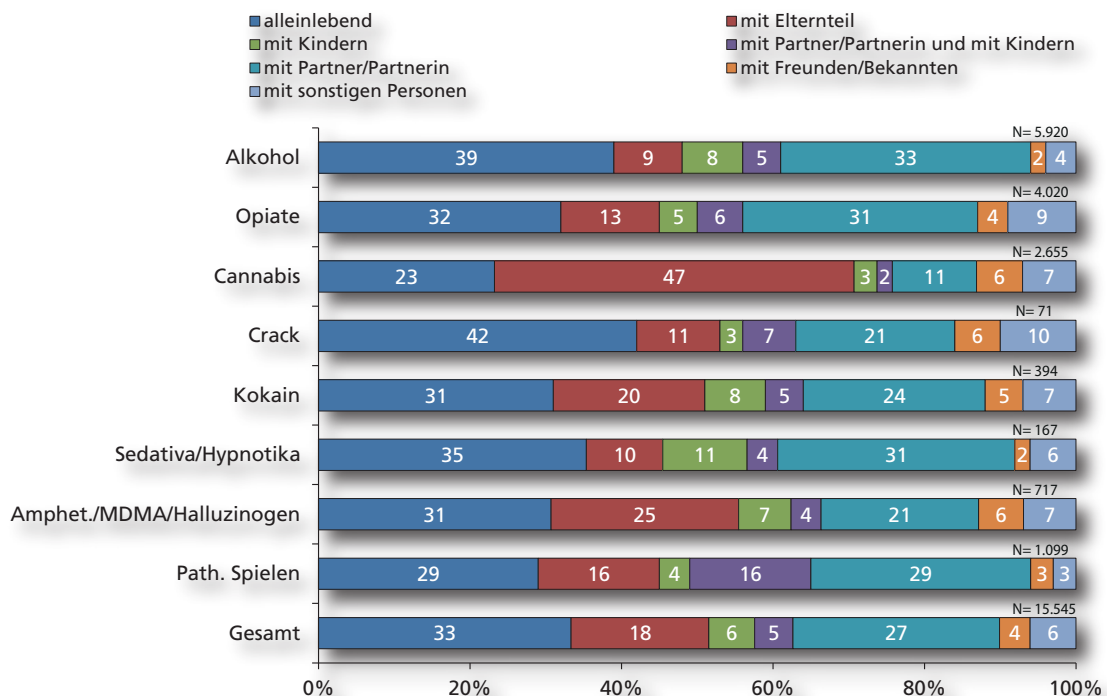


## Familienstand · Lebenssituation

Was den formellen Familienstand betrifft, so sind mit 60 % deutlich mehr als die Hälfte der Klientinnen und Klienten 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. 15 % sind geschieden und 2 % verwitwet. Besonders hoch sind die Anteile der (noch) Unverheirateten bei den vergleichsweise jungen Menschen der Diagnosegruppen Cannabis (90 %) und Amphetamine/MDMA/Halluzinogene (78 %). Auch in der Kokain- (69 %) und Opiatklientel (62 %) sind relativ häufig ledige Personen anzutreffen. Besonders niedrig ist dieser Anteil hingegen mit 42 % bei der Alkoholklientel. In dieser Gruppe befindet sich neben dem höchsten Anteil an Geschiedenen (22 %) auch ein relativ hoher Anteil an Verheirateten (33 %). Noch höher ist der Anteil der Verheirateten mit 36 % bei den pathologisch Glücksspielenden. Mit 30 % ist in dieser Diagnosegruppe auch der Anteil derer, die mit Ehepartner bzw. -partnerin zusammenleben, am höchsten.

Zusätzlich zum Familienstand wird auch die konkrete Lebenssituation der Klientinnen und Klienten erfasst (siehe Abbildung 7). Die höchsten Anteile von Alleinlebenden sind bei der Crack- (42 %) und der Alkoholklientel (39 %) feststellbar, gefolgt von Sedativa/Hypnotika Konsumierenden mit 35 %. Die niedrigsten Werte finden sich bei Personen, die wegen Cannabis (23 %), pathologischem Glücksspiel (29 %) oder Kokain (31 %) die Suchthilfe aufsuchen. Während allerdings die vergleichsweise jungen Cannabisklientinnen und -klienten mit Abstand am häufigsten noch bei den Eltern leben (47 %), zeigt sich bei den Glücksspielenden der höchste Anteil von Personen, die mit der Partnerin bzw. dem Partner (sowie zum Teil auch mit Kindern) zusammen leben (insgesamt 45 %).

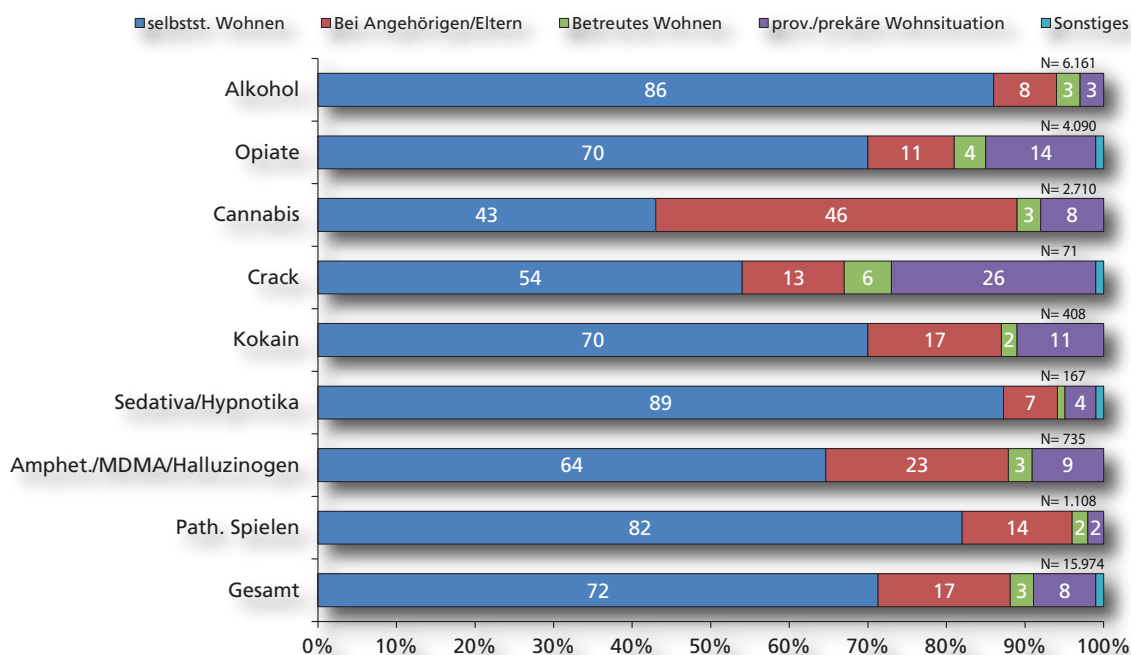
Abbildung 7: Lebenssituation, differenziert nach Hauptdiagnose



## 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 (26 %) und Opiaten (14 %). Am niedrigsten liegt dieser Anteil mit 2 % bei den pathologisch Glücksspielenden, gefolgt von der Alkoholklientel mit 3 %. Abgesehen von den Sedativa/Hypnotika Konsumierenden (89 %) zeigt sich bei der Alkoholklientel mit 86 % auch der höchste Anteil in der Kategorie selbstständiges Wohnen. Der höchste Wert für das Wohnen bei den Eltern bzw. anderen Angehörigen liegt, wie bereits bei der Lebenssituation erkennbar, mit 46 % bei der Cannabisklientel vor.

**Abbildung 8: Wohnsituation, differenziert nach Hauptdiagnose**



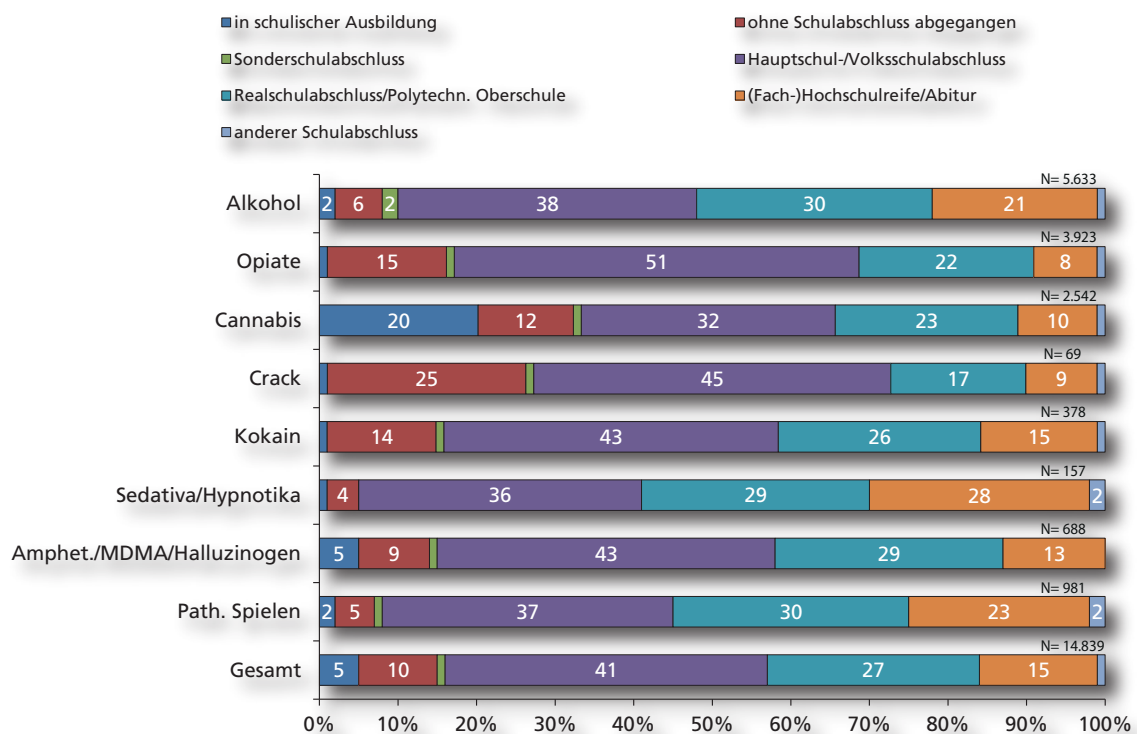
## Schulabschluss und Ausbildung

Die Klientel der ambulanten Suchthilfe weist im Durchschnitt ein niedrigeres Niveau an Schulbildung auf als dies in der Allgemeinbevölkerung Hessens der Fall ist: 10 % haben keinen Schulabschluss, 41 % den Hauptschulabschluss, 27 % einen Realschulabschluss und lediglich 15 % Abitur; 5 % 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.<sup>7</sup> Ein besonders niedriger Bildungsstand liegt bei den Crack- und Opiatkonsumierenden vor, die mit 25 % bzw. 15 % die höchsten Anteile von Personen ohne Abschluss aufweisen. Die Opiatklientel besitzt mit 51 % auch den höchsten Anteil von Hauptschulabgängerinnen bzw. -abgängern sowie mit 8 % den niedrigsten Anteil von Abiturientinnen und Abiturienten. Nach wie vor ist der Anteil der Personen, die noch zur Schule gehen, unter Cannabiskonsumierenden mit 20 % mit Abstand am höchsten. Eine relativ hohe Schulbildung ist bei der Alkoholklientel vorhanden: Hier sind lediglich 6 % ohne Schulab-

<sup>7</sup> [https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:06,BEG\\_4\\_4\\_6,m,table](https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:06,BEG_4_4_6,m,table)

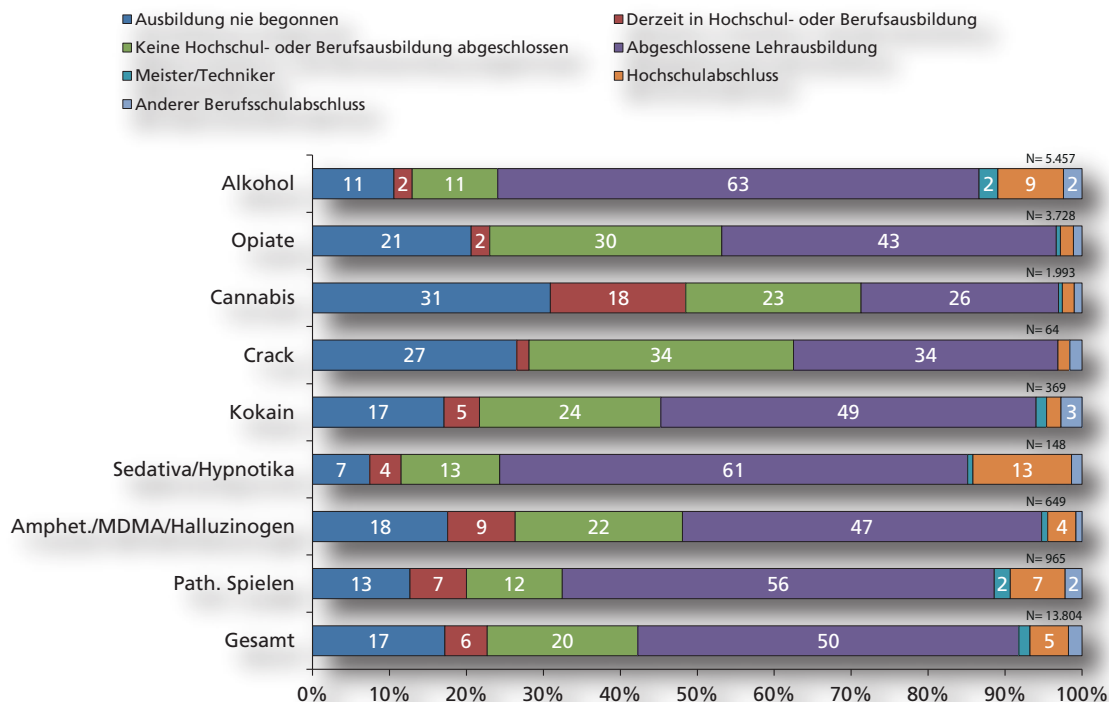
schluss abgegangen; gleichzeitig haben mit 21 % relativ viele Personen das (Fach-)Abitur gemacht. Noch etwas höhere Werte für Abiturientinnen bzw. Abiturienten zeigen sich bei der Glücksspielklientel sowie in der kleinen Gruppe der Sedativa-/Hypnotikakonsumierenden.

**Abbildung 9: Schulabschluss, differenziert nach Hauptdiagnose**



Mit 50 % verfügt die Hälfte der Suchthilfeklientel über eine abgeschlossene Berufsausbildung, weitere 5 % über einen Hochschul- oder Meister-/Technikerabschluss (siehe Abbildung 10) und 6 % befinden sich aktuell in Hochschul- bzw. Berufsausbildung. Demgegenüber haben 20 % ihre Ausbildung bzw. ihr Studium nicht abgeschlossen und 17 % haben nie eine Ausbildung bzw. ein Studium begonnen. Diejenigen, die sich zur Zeit in der schulischen Ausbildung befinden, wurden von dieser Auswertung ausgenommen. Die höchsten Anteile für Klientinnen und Klienten mit abgeschlossener Berufsausbildung oder abgeschlossenem Studium (inklusive Meister/Techniker) sind in den Diagnosegruppen Sedativa/Hypnotika und Alkohol (jeweils 76 %), gefolgt von den pathologisch Spielenden (68 %) vorhanden, wobei Hochschulabschlüsse am ehesten in der Sedativa/Hypnotikaklientel (13 %) vertreten sind. Crack- (34 %) und Opiatkonsumierende (30 %) weisen die höchsten Anteile für eine nicht abgeschlossene Hochschul- bzw. Berufsausbildung auf.

Abbildung 10: Ausbildungsabschluss<sup>8</sup>, 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 2016 bei 5,3 %.<sup>9</sup> Demgegenüber beziehen 41 % der Klientinnen und Klienten der Suchthilfe Arbeitslosengeld (ALG I oder ALG II); weitere 5 % erhalten Sozialhilfe nach SGB XII (siehe Abbildung 11).

Im Jahr 2016 sind mit insgesamt 74 % die Crackklientinnen und -klienten diejenige Gruppe, die am häufigsten arbeits- bzw. erwerbslos (ALG I/ ALG II/ SGB XII) ist, gefolgt von den Opiatklientinnen und -klienten mit 67 %. Am niedrigsten liegt der Arbeitslosenanteil bei den Glücksspielenden (22 %), danach kommen Cannabis- (40 %) und Alkoholkonsumierende (36 %). Festzuhalten ist allerdings weiterhin, dass die Arbeitslosigkeit in sämtlichen Hauptdiagnosegruppen diejenige der Allgemeinbevölkerung jeweils um ein Vielfaches übersteigt.

Insgesamt bestreitet mit 42 % weiterhin weniger als die Hälfte der hessischen Suchthilfeklientel ihren Lebensunterhalt mit bezahlter Arbeit. Am häufigsten haben Glücksspielende einen Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz (69 %), gefolgt von der Cannabisklientel (53 %).

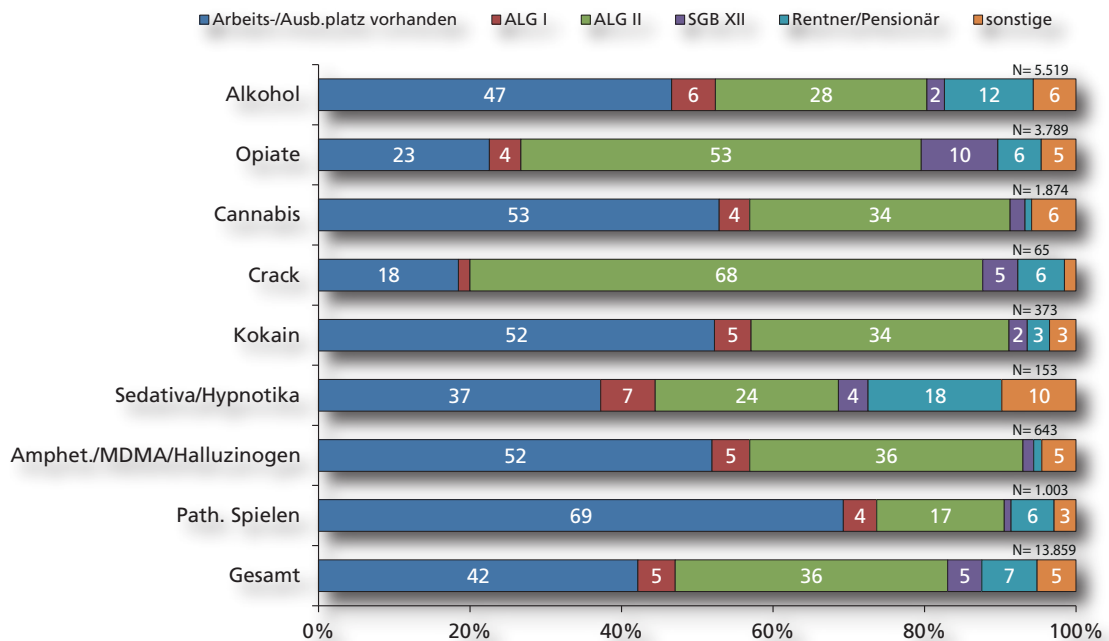
7 % der Suchthilfeklientel sind Rentnerinnen bzw. Rentner. Am höchsten ist der Anteil mit 18 % bei der Sedativa-/Hypnotikaklientel, gefolgt von den Alkoholkonsumierenden (12 %); dies korrespondiert damit, dass es sich bei diesen Gruppen um die durchschnittlich ältesten handelt.

<sup>8</sup> Klientinnen und Klienten, die sich zur Zeit in schulischer Ausbildung befinden, wurden nicht mit einbezogen.

<sup>9</sup> <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2514/umfrage/entwicklung-der-arbeitslosenquote-in-hessen-seit-1999/>.



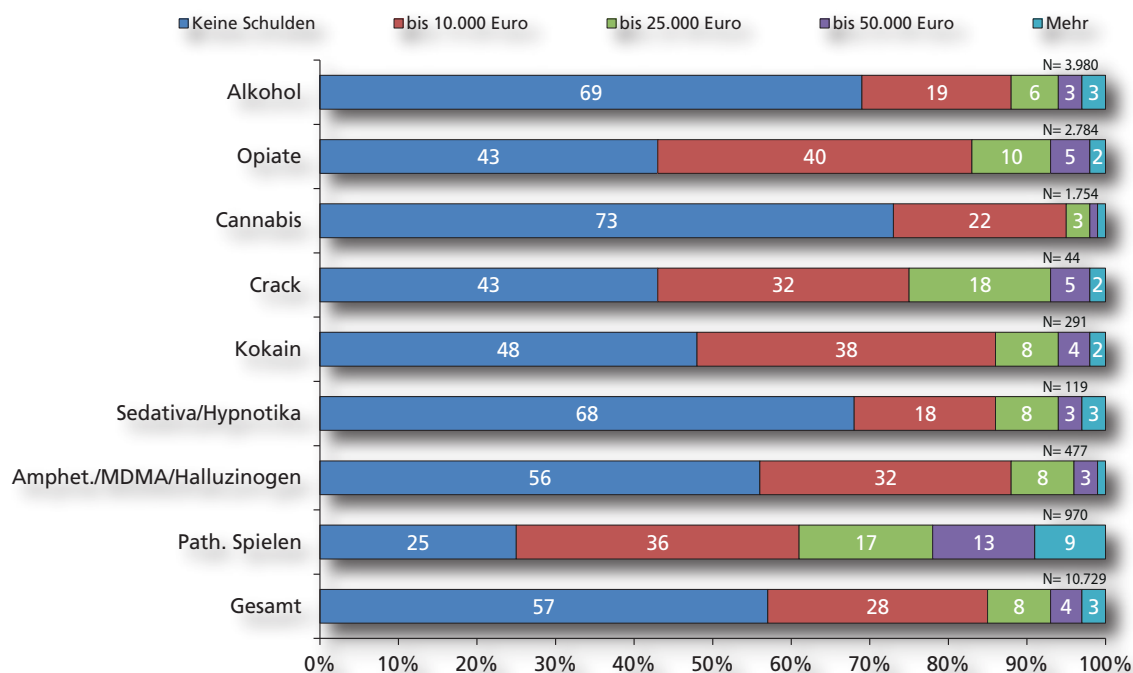
Abbildung 11: Erwerbssituation<sup>10</sup>, differenziert nach Hauptdiagnose



43 % der Klientinnen und Klienten haben aktuell Schulden (siehe Abbildung 12). In der Mehrheit der Fälle (28 % der gesamten Suchthilfeklientel) handelt es sich dabei um (vergleichsweise moderate) Geldbeträge von bis zu 10.000 Euro. 8 % haben zwischen 10.000 und 25.000 Euro, 4 % zwischen 25.000 und 50.000 Euro und 3 % mehr als 50.000 Euro Schulden. Mit Abstand am häufigsten sind mit insgesamt 75 % pathologische Glücksspielerinnen und -spieler verschuldet; hier finden sich auch die höchsten Werte für hohe Schulden (22 % mit mehr als 25.000 Euro). Ebenfalls relativ hohe Anteile von Schuldnerinnen und Schuldnern zeigen sich bei der Crack- und Opiatklientel mit jeweils 57 %, wobei insbesondere bei Opiatkonsumentinnen bzw. -konsumenten eine Häufung bei eher niedrigen Schuldenbeträgen von maximal 10.000 Euro zu beobachten ist. Ähnliches gilt für die Kokainklientel, bei der insgesamt 52 % Schulden haben. Eher selten mit Schulden belastet sind hingegen die Personen der Diagnosegruppen Cannabis (27 %), Alkohol (31 %) und Sedativa/Hypnotika (32 %).

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

Abbildung 12: Schuldensituation, differenziert nach Hauptdiagnose

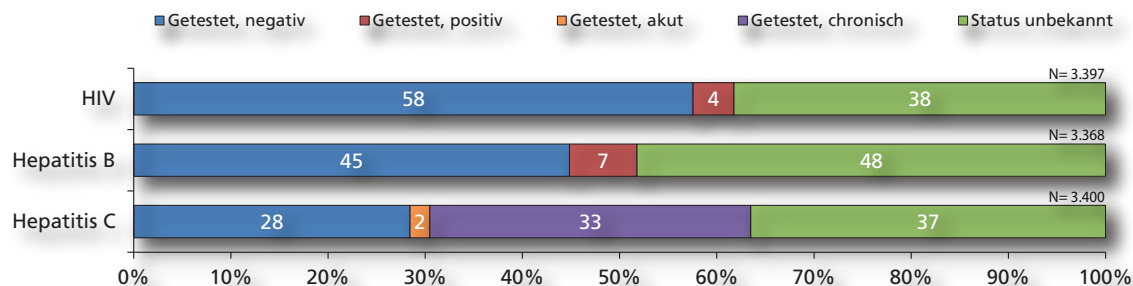


## Gesundheitliche Situation

Im Hinblick auf die Gesundheitssituation folgen zunächst Daten zum Infektionsstatus bezüglich intravenös übertragbarer Krankheiten. Diese beschränken sich auf die Diagnosegruppe Opiate, 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 38 % nach wie vor eine große Anzahl von Opiatklientinnen und -klienten, die bislang nicht auf HIV getestet worden sind bzw. bei denen der Test länger als 12 Monate zurückliegt. Ein nur etwas geringerer Anteil von Personen, deren Infektionsstatus unbekannt ist, liegt in Bezug auf Hepatitis C (HCV) vor (37 %). Allerdings ist hier mit insgesamt 35 % die Infektionsrate deutlich höher als bei HIV. Im Hinblick auf Hepatitis B schließlich ist knapp der Hälfte der Klientel ihr Infektionsstatus unbekannt; 7 % aller Opiatklientinnen und -klienten wurden positiv getestet. Es zeigen sich nur geringe geschlechtsbezogene Differenzen im Hinblick auf den Infektionsstatus: Frauen sind etwas häufiger HIV-positiv oder HCV-positiv als Männer, haben sich aber auch geringfügig häufiger auf die jeweiligen Viren testen lassen.

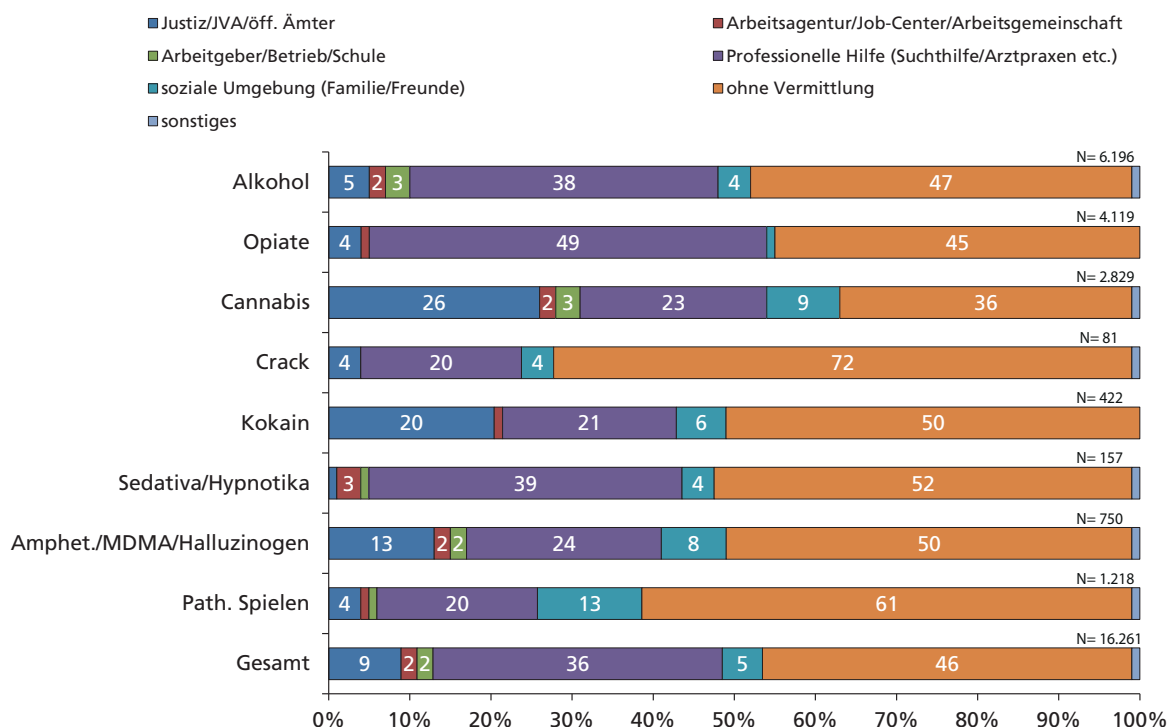
Abbildung 13: Gesundheitliche Situation / Infektionsstatus der Opiat-Klientel



# 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.<sup>11</sup> Begonnen wird jedoch mit Informationen darüber, über welche Vermittlungswege die Klientinnen und Klienten in eine Einrichtung gelangen. Dabei zeigt sich zunächst, dass 46 % aller Betreuungen ohne Vermittlung zustande kommen (siehe Abbildung 14). Ebenfalls häufig – mit einem Wert von 36 % – werden Klientinnen und Klienten 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 Alkoholklientinnen und -klienten 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 Opiatabhängigen werden hingegen mit 49 % 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 26 % sowie diejenige über die soziale Umgebung mit 9 % jeweils deutlich überrepräsentiert. Eine Inanspruchnahme ohne Vermittlung (36 %) sowie über professionelle Hilfen (23 %) spielen hier jeweils eine geringere Rolle als bei anderen Klientelen. Letzteres trifft auch auf die Hauptdiagnosegruppen Crack, Pathologisches Spielen (jeweils 20 %),

<sup>11</sup> 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.

Kokain (21 %) und Amphetamine/Halluzinogene (24 %) zu. Hier ist die Inanspruchnahme einer Beratung durch Eigeninitiative mit Werten zwischen 50 % und 72 % jeweils überrepräsentiert. Bei den Amphetamin-/Halluzinogen- (13 %) und Kokainklientinnen und -klienten (20 %) zeigen sich zudem überdurchschnittliche Werte bei der Vermittlung durch Justiz bzw. Ämter. Bei den pathologisch Glücksspielenden hingegen liegt mit 13 % 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 Suchtverhalten 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.)

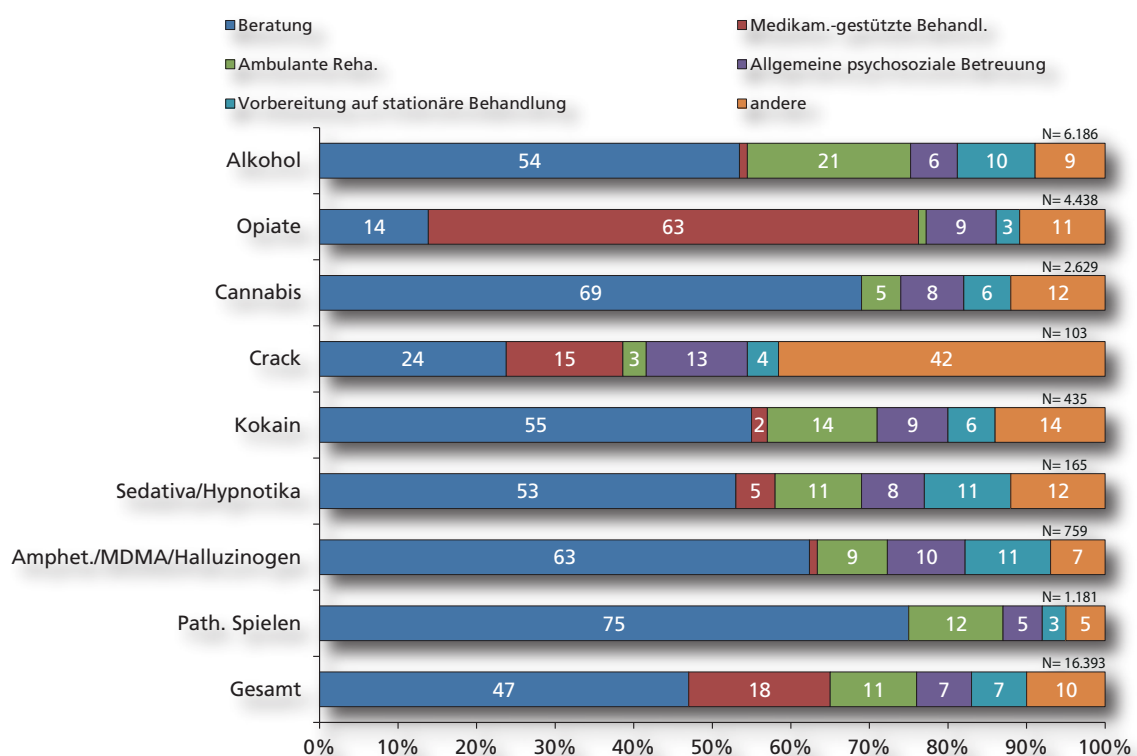
**Ambulante Rehabilitation (AR):** Die AR nach der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ ist eine strukturierte Entwöhnungsbehandlung, die von anerkannten Behandlungsstätten entweder im Anschluss an oder alternativ zu einer stationären Entwöhnung durchgeführt wird. Die AR setzt Motivation und Fähigkeit 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 47 % die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Die Medikamentengestützte Behandlung, d. h. die psychosoziale Betreuung Substituierter, ist mit 18 % die zweithäufigste Betreuungsform, gefolgt von der Ambulanten Rehabilitation mit 11 %. Bei jeweils 7 % der Betreuungen handelt es sich um Allgemeine Psychosoziale Beratungen bzw. um Vorbereitungen auf stationäre Behandlungen. Andere Betreuungsformen machen 10 % der Fälle aus.

Wie in den Vorjahren zeigen sich vor allem bei der Opiat klientel deutliche Unterschiede zur Gesamtverteilung: Mehr als drei von fünf Betreuungen in dieser Gruppe entfallen auf die Medikamentengestützte Behandlung (63 %), die in allen anderen Diagnosegruppen abgesehen von Crack (15 %) praktisch keine Rolle spielt. Beratung (14 %) sowie Ambulante Rehabilitation (1 %) sind bei den Opiatabhängigen hingegen von untergeordneter Bedeutung. Bei der Alkohol klientel wird die Ambulante Rehabilitation mit einem Anteil von 21 % vergleichsweise häufig in Anspruch genommen. Hohe Anteile für die Beratung liegen bei den pathologischen Glücksspielenden (75 %) sowie bei der Cannabisklientel (69 %) vor.

**Abbildung 15: Betreuungsform, differenziert nach Hauptdiagnose**

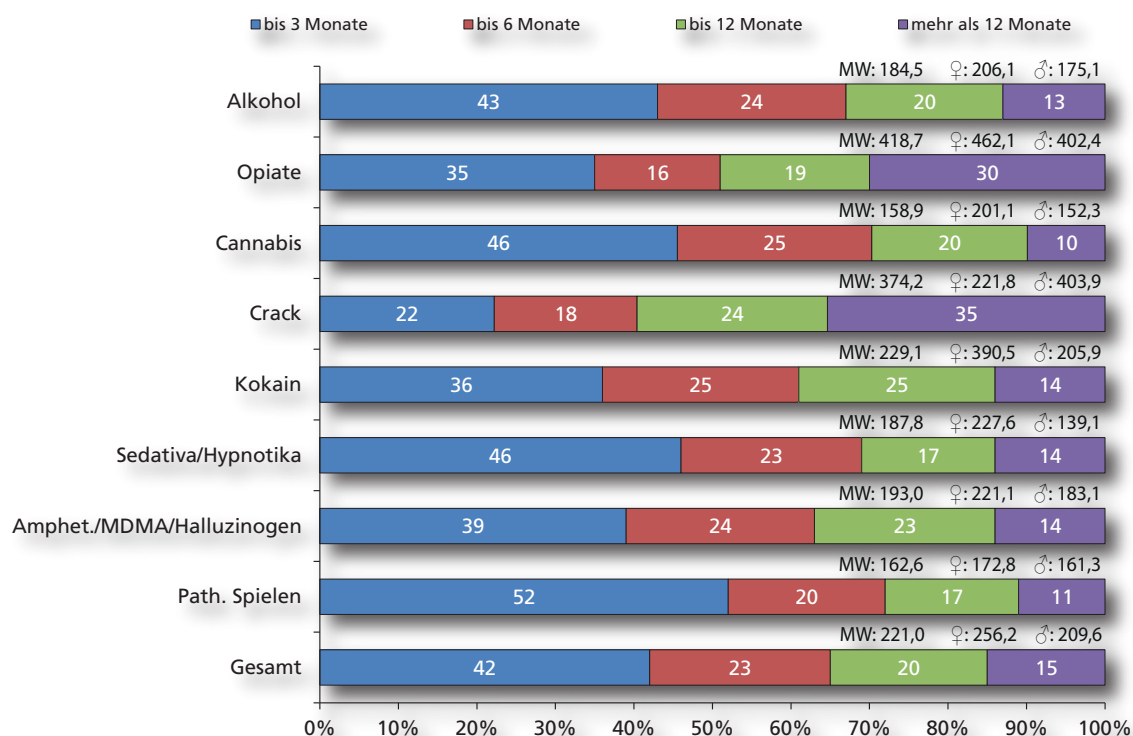


### Betreuungsdauer

Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller im Jahr 2016 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 221 Tage (siehe Abbildung 16). Frauen werden dabei mit durchschnittlich 256 Tagen länger betreut als Männer (210 Tage). Die Opiat klientel weist mit 419 Tagen den mit Abstand höchsten Wert auf. Ansonsten liegen nur die Werte für die Crack- und Kokain klientel jeweils über dem Durchschnitt. Die niedrigsten durchschnittlichen Betreuungsdauern finden sich bei den Cannabiskonsumierenden (159 Tage) und den Glücksspielenden (163 Tage), aber auch die große Gruppe der Alkohol klientinnen und -klienten weist mit 185 Tagen einen relativ niedrigen Wert auf.

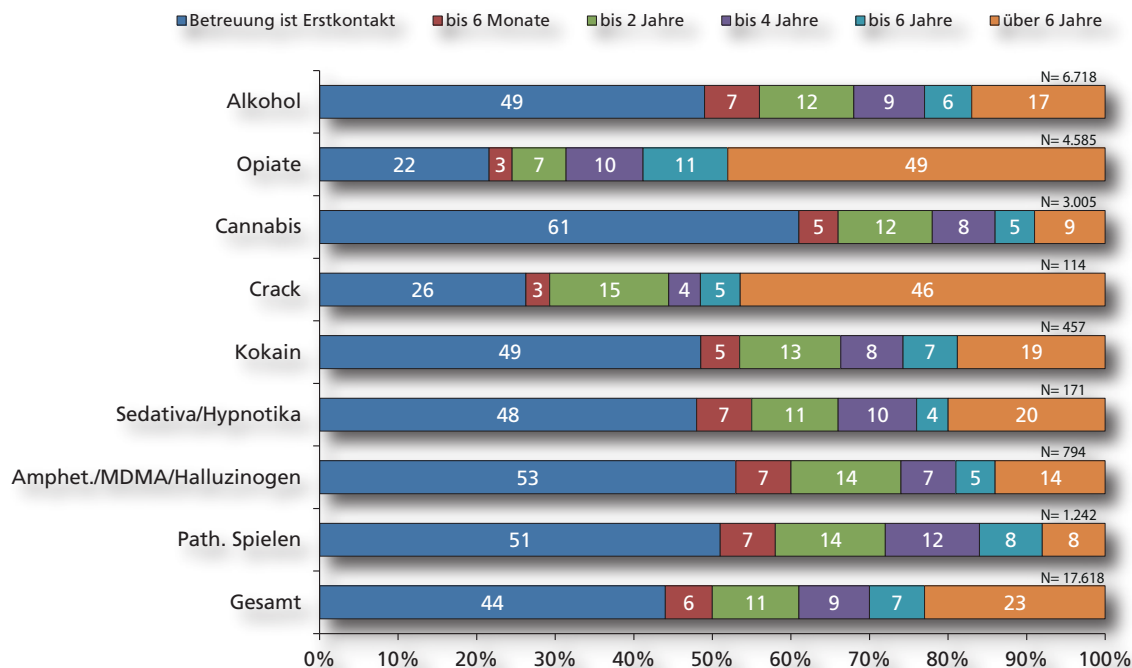
Wie die Abbildung 16 zeigt, dauern insgesamt fast zwei Drittel der im Jahr 2016 abgeschlossenen Betreuungen nicht länger als ein halbes Jahr – 42 % sind maximal 3 Monate lang, weitere 23 % zwischen 3 und 6 Monate. 20 % liegen zwischen 6 und 12 Monaten und 15 % dauern länger als ein Jahr. In der Betrachtung der Hauptdiagnosegruppen weisen die Crackklientel mit 35 % und die Opiatklientel mit 30 % die größten Anteile längerer Betreuungen (über 12 Monate) auf. Der höchste Anteil kurzer Betreuungsphasen (weniger als 3 Monate) zeigt sich bei den Glücksspielenden (52 %), gefolgt von Cannabis- und Sedativa-/Hypnotikaklientel mit jeweils 46 %.

**Abbildung 16: Durchschnittliche Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in Tagen, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 9.012)**



Bei der Betrachtung der aktuellen Betreuungsdauer ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese immer nur als eine Momentaufnahme gelten kann. Für den überwiegenden Teil der dokumentierten Betreuungen gilt, dass diese nicht die erste Betreuung innerhalb der an COMBASS beteiligten Suchthilfeeinrichtungen ist (56 %, siehe Abbildung 17). Am deutlichsten wird dies bei den Opiat- und Crackklientinnen bzw. -klienten: Bei nur 22 % bzw. 26 % der Betreuungen handelt es sich um so genannte Erstkontakte. Demgegenüber liegt bei 49 % der Opiatkonsumierenden der früheste Betreuungsbeginn in irgendeiner der COMBASS-Einrichtungen bereits länger als 8 Jahre zurück. Relativ hohe Quoten von Erstkontakt-Betreuungen weisen hingegen Cannabiskonsumierende (61 %) auf, gefolgt von der Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogenklientel (53 %) und pathologisch Glücksspielenden (51 %).

Abbildung 17: Zeitlicher Abstand zum ersten dokumentierten Betreuungsbeginn



## Betreuungsende

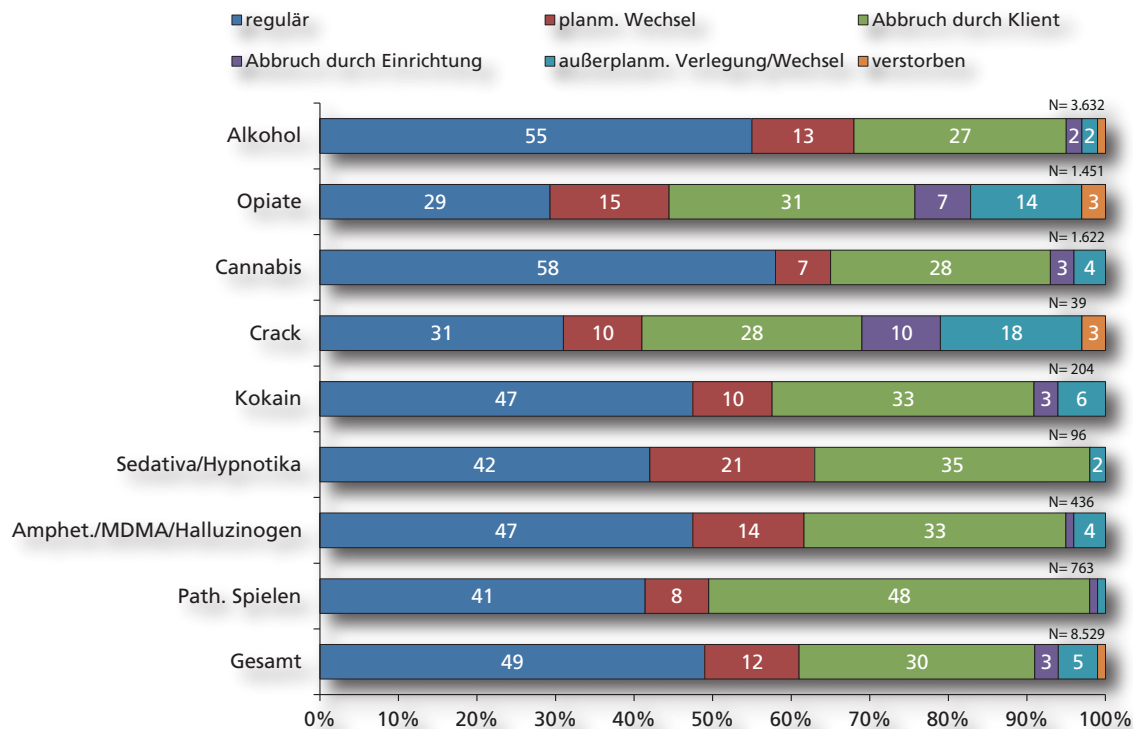
Zum Jahresende waren 51 % der 2016 verzeichneten Betreuungen beendet; dementsprechend dauerten 49 % noch an. Bei der Opiatklientel zeigt sich dabei mit 34 % der niedrigste Anteil an beendeten Betreuungen, danach kommen die Crackklientinnen und -klienten (43 %), während vergleichsweise hohe Quoten beendeter Betreuungen bei den pathologisch Glücksspielenden (63 %), Cannabis-, Sedativa/Hypnotika- und Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogenklientel (jeweils 58 %) 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). 30 % der Betreuungen werden durch die Klientin bzw. den Klienten und 3 % durch die Einrichtung abgebrochen; bei 5 % wird die Betreuung durch einen außerplanmäßigen Wechsel oder eine Verlegung beendet. 1 % der Klientinnen und Klienten verstarben während der Betreuung.

Zwischen den Hauptdiagnosegruppen zeigen sich erhebliche Differenzen hinsichtlich des Beendigungsgrundes: So brechen pathologisch Glücksspielende am häufigsten ihre Betreuung selbst ab (48 %), während sich die übrigen Diagnosegruppen hier nicht merklich vom Durchschnitt unterscheiden. Bei den Opiatabhängigen führt vergleichsweise häufig ein außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Betreuungsform (14 %) oder ein Abbruch der Betreuung durch die Einrichtung zum Betreuungsende (7 %); in noch etwas stärkerem Maße gilt beides auch für die Crackklientel (18 % bzw. 10 %). Opiat- und Crackkonsumierende weisen zudem die geringste Zahl an regulären Beendigungen auf (29 % bzw. 31 %). Vergleichsweise häufig werden Betreuungen bei der Cannabis- (58 %) und der Alkoholklientel (55 %) regulär beendet.



Abbildung 18: Beendigungsgrund, differenziert nach Hauptdiagnose



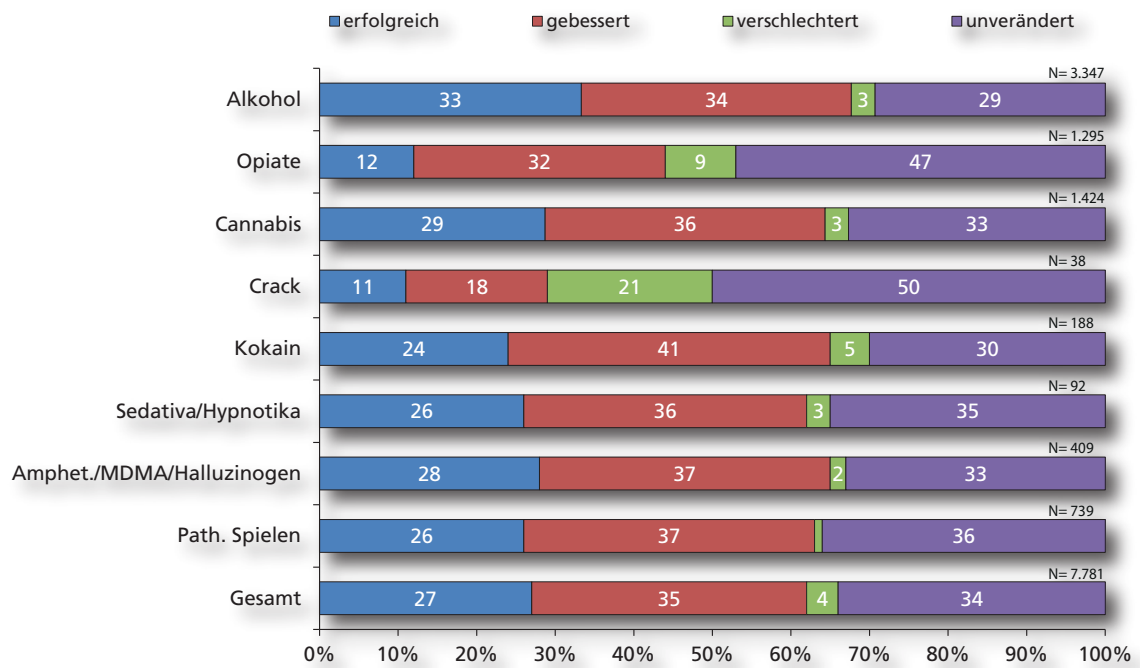
Betrachtet man die Suchtproblematik zum Betreuungsende, so zeigt sich, dass bei einem erheblichen Teil der Betreuungen eine Verbesserung erreicht werden konnte: bei 27 % wurden die Betreuungen erfolgreich abgeschlossen und bei 35 % wurde zumindest eine Verbesserung der Problematik dokumentiert (siehe Abbildung 19). 34 % der Klientinnen und Klienten weisen am Ende ihrer Betreuung eine unveränderte Suchtproblematik auf und bei 4 % hat sich diese verschlechtert.

Die Opiat- und Crackklientel unterscheiden sich hinsichtlich der Problematik am Betreuungsende deutlich von den übrigen Hauptdiagnosegruppen: mit 44 % bzw. 29 % zeigen sich hier die niedrigsten Anteile von Klientinnen und Klienten, deren Problematik sich mindestens verbessert hat, während sich die Situation bei 47 % der Opiat- und 50 % der Crackklientel nicht verändert hat. Bei 9 % der Opiatklientinnen und -klienten und 21 % der Crack Konsumierenden hat sie sich sogar verschlechtert.<sup>12</sup> Der höchste Anteil von Betreuungen mit einer zumindest gebesserten Problematik ist aktuell unter den Alkoholkonsumierenden zu beobachten (67 %), gefolgt von den Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogen-, Cannabis- und Kokainklientel (jeweils 65 %). Auch der Anteil der im engeren Sinne erfolgreich abgeschlossenen Betreuungen liegt bei der Alkoholklientel am höchsten (33 %), gefolgt von den Cannabiskonsumierenden (29 %).

<sup>12</sup> Insbesondere der Wert für eine unveränderte Problematik kann zum Teil auch dadurch zustande gekommen sein, dass bei den Anwendern unterschiedliche Dokumentationspraktiken vorherrschen, mit denen eine anhaltende Einnahme eines Substitutionsmittels bei Betreuungsende erfasst wird.



Abbildung 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 2016 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 30 % in Frankfurt (siehe Tabelle 4). In den Landkreisen und kreisfreien Städten ist dieser Anteil etwas niedriger (26 % bzw. 25 %). Im Hinblick auf das Alter zeigen sich kaum regionalspezifische Unterschiede. Überall liegt das Durchschnittsalter der Gesamtklientel zwischen 39,5 und 40,5 Jahren, wobei das Durchschnittsalter der Frauen in den Landkreisen (42,8 Jahre), das der Männer hingegen in Frankfurt am höchsten ausfällt (40,2 Jahre).

Bei 47 % der im Jahr 2016 in den Frankfurter Einrichtungen betreuten Klientinnen und Klienten handelt es sich um Opiatabhängige, 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. 41 %, während sich diejenigen für die Opiatklientel lediglich auf 18 % bzw. 25 % 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 2 % beträgt.

Das Durchschnittsalter - klassifiziert nach den vier Hauptdiagnosegruppen - stellt sich unterschiedlich dar, wenn nach den drei regionalen Kategorien unterschieden wird: Am ältesten ist die Alkoholklientel in den Landkreisen (47,3 Jahre). Für die Opiatklientel trifft das auf Frankfurt (44,2 Jahre) und für die Cannabisklientel auf die Großstädte (27,3 Jahre) zu.

Der Anteil von Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft liegt in der Metropole Frankfurt mit 22 % am höchsten, in den Landkreisen mit 11 % am niedrigsten. Klientinnen und Klienten mit einem Migrationshintergrund sind mit 35 % in Frankfurt und mit 36 % in den vier anderen Großstädten deutlich häufiger vorzufinden als in den Landkreisen mit 28 %.

Bei der Betrachtung der Erwerbssituation zeigt sich, dass in den Landkreisen und Großstädten der Anteil derjenigen, die über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz verfügen, größer ist als in der Metropole Frankfurt (49 % bzw. 50 % 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 Opiatabhängigen in Frankfurt).

Bei der Analyse einiger ausgewählter Daten zur Betreuung zeigen sich zwischen den drei regionalen Kategorien weitere Unterschiede: So ist erwähnenswert, dass die Medikamentengestützte Behandlung (d. h. vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter) in Frankfurt auf einen Anteil von 32 % aller Betreuungen kommt. Auch dies steht im Zusammenhang mit dem hohen Anteil von Opiatabhängigen in der Mainmetropole (siehe oben). In den Landkreisen und kreisfreien Städten kommt ihr dagegen mit 11 % bzw. 16 % eine nicht so bedeutsame Rolle zu. In diesen regionalen Bezugsräumen ist jeweils die Beratung mit Anteilen von 55 % bzw. 49 % die mit Abstand häufigste Betreuungsform. Ebenfalls kommt hier die Ambulante Rehabilitation auf höhere prozentuale Anteile als in der Metropole Frankfurt (10 % bzw. 14 % zu 6 %).

Bei der durchschnittlichen Dauer abgeschlossener Betreuungen fällt auf, dass Betreuungen in Frankfurt im Schnitt mit 305 Tagen am längsten dauern und Betreuungen in den vier übrigen Großstädten mit 198 Tagen die geringste Dauer aufweisen. Aufgeschlüsselt nach Hauptdiagnosegruppen ergibt sich dann ein heterogenes Bild: So werden pathologisch Glücksspielende in den Landkreisen (171 Tage) deutlich länger betreut als in Frankfurt (136 Tage). Cannabisklientinnen und -klienten sind hingegen in der Mainmetropole mit 186 Tagen vergleichsweise länger in Betreuung als in Landkreisen (154 Tage) oder anderen Großstädten (137 Tage). Auch bei der Alkohol- und Opiatklientel zeigen sich bei der Betreuungsdauer größere Abweichungen im regionalen Vergleich.

Beim Beendigungsgrund werden ebenfalls Unterschiede sichtbar: Werden die regulären Beendigungen und planmäßigen Wechsel in eine andere Einrichtung als positive Abschlüsse zusammengezählt, kommen die Landkreise mit 67 % auf den höchsten Wert; die Großstädte und Frankfurt liegen mit 54 % bzw. 53 % eng beieinander.

**Tabelle 4: Klientel und Betreuungen im regionalen Vergleich**

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
<b>Klienten</b>			
Männlich	74%	75%	70%
Weiblich	26%	25%	30%
Gesamt N	10.700	3.779	3.532
<b>Altersgruppe des Klienten</b>			
bis 18 Jahre	5%	5%	3%
18 bis unter 27 Jahre	18%	15%	15%
27 bis unter 35 Jahre	17%	17%	17%
35 bis unter 45 Jahre	22%	23%	25%
45 bis unter 60 Jahre	30%	32%	34%
60 und älter	7%	8%	6%
<b>Lebensalter in Jahren (Mittelwert)</b>			
Männlich	38,5	39,8	40,2
Weiblich	42,8	41,9	41,2
Gesamt	39,6	40,3	40,5
Gesamt N	10.623	3.758	3.486
<b>Hauptdiagnose</b>			
Alkohol	44%	41%	23%
Opiate	18%	25%	47%
Cannabis	19%	15%	17%
Crack	0%	0%	2%
Kokain	2%	2%	4%
Sedativa/Hypnotika	1%	1%	1%
Amphet./MDMA/Halluzinogen	6%	3%	2%
Path. Spielen	6%	11%	2%
andere Suchtdiagnose	4%	2%	3%
Gesamt N	9.567	3.501	3.181
<b>Lebensalter nach Hauptdiagnose</b>			
Alkohol	47,3	46,5	46,9
Opiate	42,6	43,7	44,2
Cannabis	25,9	27,3	26,9
Path. Spielen	38,6	39,7	41,3
<b>Staatsangehörigkeit</b>			
Deutschland	88%	84%	75%
andere EU-Länder	4%	5%	8%
Nicht EU-Länder	7%	10%	14%
staatenlos	0%	0%	1%
keine Angabe	1%	1%	3%
Gesamt N	10.376	3.664	3.220

Fortsetzung Tabelle 4: Klientel und Betreuungen im regionalen Vergleich

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
<b>Migrationshintergrund (Mehrfachantworten möglich)</b>			
selbst migriert	17%	24%	21%
Kind von Migranten	14%	21%	20%
kein Migrationshintergrund	72%	64%	65%
Gesamt N	7.325	2.226	2.623
<b>Erwerbssituation Betreuungsbeginn</b>			
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	49%	50%	35%
ALG I	5%	4%	3%
ALG II	31%	33%	42%
SGB XII	3%	3%	9%
Rentner/Pensionär	7%	6%	6%
Sonstige	5%	4%	5%
Gesamt N	9.278	3.416	2.929
<b>zeitl. überwiegender Abschnittstyp der Betreuung</b>			
Beratung	55%	49%	31%
Medikam.-gestützte Behandl.	11%	16%	32%
Ambulante Reha.	10%	14%	6%
Allg. psychosoz. Betreuung	8%	6%	9%
Vorb. auf stat. Behandlung	8%	6%	4%
Andere	8%	10%	18%
Gesamt N	9.628	3.785	3.666
<b>Beendigungsgrund (beendete Betreuungen)</b>			
Regulär	56%	45%	36%
planm. Wechsel	11%	9%	17%
Abbruch durch Klient	27%	37%	28%
Abbruch durch Einrichtung	2%	3%	6%
außerplanm. Verlegung/Wechsel	3%	4%	11%
verstorben	1%	1%	2%
Gesamt N	5.401	2.083	1.655
<b>Durchschnittliche Dauer in Tagen (beendete Betreuungen)</b>			
Alkohol	194,6	164,9	187,6
Opiate	430,1	375,3	443,4
Cannabis	157	145,3	186,3
Path. Spielen	170,8	154,4	136,1
Gesamt	207,5	197,5	304,9

# Trends 2007 bis 2016

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Trends in den Grunddaten der hessischen Suchthilfe-statistik dargestellt. Beginnend mit dem Jahr 2007 werden Veränderungen bzw. Kontinuitäten in 2-Jahres-Schritten bis 2015 und für das Jahr 2016 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 Klientinnen und Klienten 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, Opiate, Cannabis – berichtet.

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

## Angehörige, Klientinnen und Klienten

Der prozentuale Anteil der Angehörigen an allen betreuten Personen liegt seit dem Jahr 2007 relativ stabil zwischen 5 % und 7 % (siehe Tabelle 5). Die absolute Anzahl von betreuten Angehörigen schwankt zwischen 965 und 1.225 (2016: 1.005). Bei der Anzahl betreuter Klientinnen und Klienten gab es den höchsten Wert mit 17.080 im Jahr 2007; seit 2011 ist eine Abnahme von 16.321 auf aktuell 15.198 zu registrieren. Das drückt sich auch darin aus, dass der Anteil der Neuaufnahmen – d. h. der Erstkontakt zur ambulanten Suchthilfe in Hessen findet im jeweiligen Jahr statt – zwischen den Jahren 2009 und 2016 von 36 % auf 31 % stetig zurückgegangen ist. In absoluten Zahlen sind dies seit 2007 über 1.000 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 Klientinnen und Klienten geschlechtsspezifisch betrachtet, zeigt sich, dass bei den Angehörigen der stark dominierende Anteil der Frauen seit 2009 mit 76 % bzw. 77 % sehr stabil ist (siehe Tabelle 5). Bei den Klientinnen und Klienten liegt der Anteil der weiblichen Personen ebenfalls auf einem sehr konstanten, wenn auch niedrigeren Niveau: bei gut einem Viertel (25 % bis 27 %).

**Tabelle 5: Anteil Angehörige, Klientinnen und Klienten, 2007 bis 2016 (gleiche Einrichtungen, N=88)**

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
Klientinnen und Klienten	95 % 17.080	93 % 15.654	94 % 16.321	93 % 16.267	94 % 15.566	94 % 15.198
Angehörige	5 % 965	7 % 1.225	6 % 1.030	7 % 1.163	6 % 1.014	6 % 1.005
Anteil Frauen						
Klientinnen	25 %	26 %	27 %	27 %	27 %	26 %
Angehörige	67 %	76 %	77 %	77 %	77 %	76 %
Anteil Neuaufnahmen						
Klientinnen und Klienten	35 % 5.920	36 % 5.646	33 % 5.308	32 % 5.202	31 % 4.857	31 % 4.772

## Alter der Klientinnen und Klienten

Wie der Tabelle 6 zu entnehmen ist, hat sich das Durchschnittsalter der Klientinnen und Klienten zwischen 2007 und 2016 von 38,5 auf 40,6 Jahre erhöht (+2,1). Das Durchschnittsalter ist dabei während dieses Zeitraumes kontinuierlich von Jahr zu Jahr angestiegen. Dabei zeigt sich, dass der Altersanstieg bei den Frauen (+2,8) größer ist als bei den Männern (+1,8). Dagegen geht das durchschnittliche Alter der (jährlichen) Neuaufnahmen seit 2009 leicht zurück – in 2016 liegt der bisher niedrigste Wert mit 36,4 Jahren vor.

**Tabelle 6: Durchschnittsalter nach Geschlecht, 2007 bis 2016 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=88)**

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
Männer	37,7	38,4	39,0	39,1	39,9	39,8
Frauen	39,6	40,5	41,5	41,9	42,7	43,0
Gesamt	38,1	39,0	39,6	39,9	40,6	40,6
Gesamt N	16.833	15.605	16.275	16.157	15.428	15.114
Neuaufnahmen	36,8	37,5	37,3	36,7	36,6	36,4
Neuaufnahmen N	5.784	5.608	5.274	5.104	4.743	4.717

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, Opiate und Cannabis vorgenommen, ergibt sich bei der Alkoholklientel für die Jahre 2007 bis 2013 ein in etwa gleichbleibendes Durchschnittsalter mit gut 45 Jahren; in 2015 und 2016 legt dieses dann gleich um fast zwei auf 47,0 Jahre zu (Neuaufnahmen schwankend mit Werten zwischen 43,2 und

45,0 Jahren) (siehe Tabelle 7). Bei der Gruppe der Opiatabhängigen ist dagegen eine sehr kontinuierliche Zunahme des Alters auszumachen. Im Jahr 2007 lag dieses bei 36,5 (alle) bzw. 34,2 Jahren (Neuaufnahmen) – neun Jahre später sind diese Werte auf 43,4 bzw. 38,5 Jahre angewachsen, wobei bei den Neuaufnahmen für das Jahr 2016 erstmals kein weiterer Alterszuwachs zu konstatieren ist. Bei der Cannabisklientel ist das Altersniveau relativ stabil: es beträgt um die 26 Jahre bei allen Klientinnen und Klienten und bei den Neuaufnahmen um die 24 Jahre.

**Tabelle 7: Durchschnittsalter nach Hauptdiagnosegruppe (Alkohol, Opiate, Cannabis), 2007 bis 2016 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=88)**

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
<b>Alle Klienten</b>						
Alkohol	45,1	45,3	45,4	45,4	47,0	47,0
Opiate	36,5	38,1	39,6	41,3	42,9	43,4
Cannabis	25,6	25,7	25,9	25,7	25,7	26,3
<b>Neuaufnahmen</b>						
Alkohol	43,7	44,1	43,5	43,2	45,0	44,5
Opiate	34,2	36,2	36,6	38,0	38,7	38,5
Cannabis	24,7	24,3	24,3	23,8	23,5	24,4

Wenn in einem dritten Schritt das Alter der neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten getrennt nach verschiedenen Alterskategorien betrachtet wird, ergibt sich zum einen, dass bei den Opiatabhängigen der Anteil der 45- bis 59-jährigen Personen seit 2007 angewachsen ist: von 12 % (2007) über 18 % (2011) auf 23 % (2015); aktuell ist hier erstmals ein (sehr geringer) Rückgang auf 22 % zu verzeichnen (siehe Tabelle 8). Gleichzeitig hat sich der Anteil der jüngeren Opiat-klientinnen und -klienten reduziert. Waren im Jahr 2007 noch 24 % der Klientinnen und Klienten jünger als 27 Jahre, beträgt der entsprechende Anteil im Jahr 2016 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 9 % auf 16 % angewachsen, was mit dem HALT-Projekt zusammenhängen dürfte, das insbesondere auf jüngere Menschen abzielt (Kurzintervention bei alkoholintoxikierten Personen). In den Jahren 2015 und 2016 ist dieser Wert dann auf 13 % zurückgegangen. Bei der Cannabisklientel ist bemerkenswert, dass die Gruppe der minderjährigen Personen seit 2007 (11 %) bis 2015 kontinuierlich stärker geworden ist (23 %); im Jahr 2016 fällt dieser Wert dann geringfügig auf 20 %.



**Tabelle 8: Alterskategorien nach Hauptdiagnosegruppe (Alkohol, Opiate, Cannabis), 2007 bis 2016 (Neuaufnahmen, gleiche Einrichtungen, N=88)<sup>13</sup>**

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
<b>Alkohol</b>						
bis 18 Jahre	1 %	2 %	5 %	6 %	4 %	4 %
18 bis unter 27 Jahre	8 %	8 %	11 %	10 %	9 %	9 %
27 bis unter 35 Jahre	13 %	11 %	11 %	12 %	12 %	11 %
35 bis unter 45 Jahre	30 %	27 %	20 %	21 %	19 %	21 %
45 bis unter 60 Jahre	40 %	44 %	45 %	42 %	44 %	42 %
60 und älter	7 %	8 %	8 %	9 %	12 %	12 %
Gesamt	2.027	2.727	2.783	2.472	2.149	2.064
<b>Opiate</b>						
bis 18 Jahre	0 %	1 %	2 %	1 %	1 %	0 %
18 bis unter 27 Jahre	24 %	18 %	13 %	14 %	7 %	9 %
27 bis unter 35 Jahre	31 %	32 %	35 %	26 %	32 %	28 %
35 bis unter 45 Jahre	32 %	31 %	30 %	33 %	35 %	39 %
45 bis unter 60 Jahre	12 %	18 %	18 %	23 %	23 %	22 %
60 und älter	0 %	1 %	2 %	3 %	2 %	2 %
Gesamt	676	728	521	427	337	357
<b>Cannabis</b>						
bis 18 Jahre	11 %	16 %	18 %	23 %	23 %	20 %
18 bis 27 Jahre	62 %	57 %	53 %	51 %	52 %	52 %
27 bis 35 Jahre	17 %	18 %	19 %	17 %	16 %	16 %
35 bis unter 45 Jahre	8 %	7 %	7 %	6 %	7 %	8 %
45 bis unter 60 Jahre	2 %	2 %	2 %	3 %	2 %	4 %
60 und älter	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Gesamt	703	1.138	1.012	1.108	1.228	1.310

## 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 Klientinnen und Klienten mit einer Alkoholproblematik zwischen den Jahren 2007 und 2011 leicht erhöht hat (von 41 % auf 43 %), um danach um 4 Prozentpunkte auf einen Wert von 39 % im Jahr 2016 zu fallen (siehe Tabelle 9). Bei der Opiatklientel ist der Trend eines abnehmenden relativen Anteils viel deutlicher: der Wert für 2016 beträgt nur noch 25 %, neun Jahre zuvor waren es noch 33 %. Der Anteil der Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten, die das ambulante Suchthilfesystem in Hessen aufsuchen, hat dagegen im betrachteten Zeitraum von 13 % 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 2009 stabil bei 5 % bzw. 6 %. Eine hohe Konstanz weisen auch die Anteile für die Kokainklientel auf (2 % bzw. 3 %).

<sup>13</sup> 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 2016 (gleiche Einrichtungen, N=88)**

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
<b>Alkohol</b>	<b>41 %</b> 5.599	<b>42 %</b> 6.523	<b>43 %</b> 7.067	<b>41 %</b> 6.744	<b>40 %</b> 6.263	<b>39 %</b> 5.927
<b>Opiate</b>	<b>33 %</b> 4.421	<b>30 %</b> 4.659	<b>29 %</b> 4.720	<b>27 %</b> 4.440	<b>26 %</b> 4.046	<b>25 %</b> 3.856
<b>Cannabis</b>	<b>13 %</b> 1.756	<b>14 %</b> 2.222	<b>14 %</b> 2.236	<b>14 %</b> 2.341	<b>16 %</b> 2.549	<b>18 %</b> 2.706
<b>Crack</b>	<b>2 %</b> 250	<b>1 %</b> 120	<b>1 %</b> 103	<b>0 %</b> 67	<b>1 %</b> 87	<b>1 %</b> 77
<b>Kokain</b>	<b>2 %</b> 291	<b>2 %</b> 267	<b>2 %</b> 273	<b>2 %</b> 391	<b>2 %</b> 351	<b>3 %</b> 404
<b>Sedativa/Hypnotika</b>	<b>0 %</b> 0	<b>0 %</b> 0	<b>0 %</b> 0	<b>1 %</b> 189	<b>1 %</b> 142	<b>1 %</b> 149
<b>Amphet./MDMA/ Halluzinogen</b>	<b>2 %</b> 282	<b>3 %</b> 428	<b>3 %</b> 438	<b>3 %</b> 550	<b>4 %</b> 645	<b>5 %</b> 722
<b>Path. Spielen</b>	<b>2 %</b> 213	<b>5 %</b> 759	<b>5 %</b> 880	<b>6 %</b> 1.044	<b>6 %</b> 925	<b>6 %</b> 877
<b>Essstörung</b>	<b>1 %</b> 80	<b>0 %</b> 74	<b>0 %</b> 62	<b>0 %</b> 58	<b>0 %</b> 37	<b>0 %</b> 32
<b>Andere</b>	<b>5 %</b> 624	<b>4 %</b> 602	<b>3 %</b> 542	<b>3 %</b> 443	<b>3 %</b> 521	<b>3 %</b> 448
<b>Gesamt</b>	<b>13.516</b>	<b>15.654</b>	<b>16.321</b>	<b>16.267</b>	<b>15.566</b>	<b>15.198</b>

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 eine ähnliche Entwicklung festzustellen wie über die gesamte Alkoholklientel (siehe Tabelle 10), wobei hier die Prozentwerte in jedem Jahr höher liegen (44 % bis 53 %). Der Anteil der Neuaufnahmen mit einer opiatbezogenen Hauptdiagnose hat sich dagegen kontinuierlich reduziert: von 18 % in 2007 über 10 % in 2011 auf nur noch 7 % bzw. 8 % in den letzten Beobachtungsjahren. In absoluten Zahlen bedeutet dies im Beobachtungszeitraum eine Abnahme von 715 auf 362 Neuaufnahmen (damit ist sie aktuell nur noch die viert größte Hauptdiagnosegruppe). Im Jahr 2016 ist es erstmals zu keiner weiteren Abnahme in prozentualer und absoluter Hinsicht gekommen.

Die (neu aufgenommene) Cannabisklientel hat dagegen seit 2007 an immenser 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 auf 7 % gefallen (2016). Insgesamt dürfte

sich hier die verstärkte Ausrichtung der hessischen Suchthilfe auf die Betreuung dieser Klientel widerspiegeln.

Die Anteile der neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten mit den Hauptdiagnosen Kokain und anderen Suchtdiagnosen entsprechen weitgehend den Werten, die für die Gesamtklientel ermittelt worden sind (siehe oben). Sie sind über die Jahre relativ stabil geblieben. Bei den Amphetaminen ist es bei den Neuaufnahmen zu einer Zunahme gekommen (von 2 % auf 6 %). Hierunter dürften auch Personen sein, die Crystal Meth konsumiert haben. Eine separate Erfassungskategorie für diese Substanz wird es ab dem Jahr 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 2016**  
(gleiche Einrichtungen, N=88)

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
<b>Alkohol</b>	50 % 2.036	48 % 2.738	53 % 2.800	48 % 2.517	45 % 2.196	44 % 2.085
<b>Opiate</b>	18 % 715	13 % 734	10 % 525	8 % 439	7 % 344	8 % 362
<b>Cannabis</b>	19 % 752	20 % 1.140	19 % 1.017	22 % 1.131	26 % 1.254	28 % 1.317
<b>Crack</b>	1 % 53	0 % 23	1 % 32	0 % 16	0 % 11	0 % 9
<b>Kokain</b>	2 % 95	2 % 92	2 % 91	3 % 137	3 % 134	3 % 147
<b>Sedativa/Hypnotika</b>	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 76	1 % 52	1 % 47
<b>Amphet./MDMA/ Halluzinogen</b>	2 % 101	3 % 171	3 % 158	4 % 226	6 % 269	6 % 295
<b>Path. Spielen</b>	2 % 97	9 % 484	9 % 462	10 % 517	8 % 407	7 % 357
<b>Essstörung</b>	1 % 31	1 % 35	1 % 29	1 % 30	0 % 12	0 % 10
<b>Andere</b>	5 % 183	4 % 229	4 % 194	2 % 113	4 % 178	3 % 143
<b>Gesamt</b>	<b>4.063</b>	<b>5.646</b>	<b>5.308</b>	<b>5.202</b>	<b>4.857</b>	<b>4.772</b>

## Erwerbssituation

Der Anteil von erwerbstätigen Personen unter der Alkoholklientel ist seit dem Jahr 2007 um 10 Prozentpunkte von 39 % auf 49 % angewachsen (siehe Tabelle 11). Gleichzeitig hat sich der Anteil der ALG I-Empfängerinnen und -empfänger fast halbiert (2007: 10 %, 2016: 6 %). Auch der entsprechende Wert für ALG II geht seit 2007 kontinuierlich zurück: von 34 % auf 27 % in 2016.

**Tabelle 11: Erwerbssituation der Alkoholklienten, 2007 bis 2016 (gleiche Einrichtungen, N=88)**

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	39 %	45 %	47 %	48 %	49 %	49 %
ALG I	10 %	7 %	6 %	6 %	5 %	6 %
ALG II	34 %	32 %	30 %	28 %	27 %	27 %
SGB XII	4 %	2 %	2 %	2 %	3 %	2 %
Berufliche Rehabilitation	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Sonstige	12 %	14 %	15 %	15 %	15 %	15 %
Gesamt	3.498	5.942	6.433	5.986	5.718	5.319

Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei der Opiatklientel festzustellen, wenn auch auf einem weit-  
aus niedrigeren Niveau: Der Anteil der erwerbstätigen Personen ist seit 2007 leicht angestiegen  
(von 18 % auf 23 %) und derjenige der ALG I- und ALG II- Empfängerinnen und -empfänger ist  
zurückgegangen (von 7 % auf 4 % bzw. von 59 % auf 52 %) (siehe Tabelle 12). Insgesamt bleibt  
aber die berufliche Situation der Opiatklientel deutlich problematisch, was ihren besonderen Hil-  
febedarf kennzeichnet.

**Tabelle 12: Erwerbssituation der Opiatklienten, 2007 bis 2016 (gleiche Einrichtungen, N=88)**

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	18 %	19 %	20 %	21 %	22 %	23 %
ALG I	7 %	5 %	5 %	5 %	4 %	4 %
ALG II	59 %	61 %	59 %	56 %	54 %	52 %
SGB XII	9 %	7 %	7 %	8 %	10 %	10 %
Berufliche Rehabilitation	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Sonstige	6 %	7 %	7 %	9 %	9 %	9 %
Gesamt	2.907	4.346	4.449	4.088	3.772	3.548

Auch bei der Cannabisklientel hat der Anteil der erwerbstätigen Personen im Beobachtungszeit-  
raum deutlich zugenommen, auch wenn es seit 2013 zu einem leichten Rückgang gekommen ist  
(aktueller Wert: 62 %) (siehe Tabelle 13). Der Anteil der ALG II-Empfängerinnen und -empfänger  
liegt seit 2007 – mit leichten Schwankungen – auf einem ähnlichen Niveau wie bei der Alkoholk-  
lientel (2016: 28 %).

**Tabelle 13: Erwerbssituation der Cannabisklienten, 2007 bis 2016 (gleiche Einrichtungen, N=88)**

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	53 %	57 %	57 %	64 %	63 %	62 %
ALG I	6 %	5 %	4 %	3 %	3 %	4 %
ALG II	30 %	30 %	30 %	26 %	28 %	28 %
SGB XII	2 %	1 %	2 %	1 %	1 %	2 %
Berufliche Rehabilitation	2 %	2 %	3 %	2 %	1 %	1 %
Sonstige	7 %	5 %	4 %	3 %	3 %	4 %
Gesamt	1.381	1.976	1.995	2.006	2.183	2.278

## 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, nach wie vor hohe 86 %; der Ausgangswert (2007) war hier 81 % (siehe Tabelle 14). Die Anteile für eine prekäre Wohnsituation liegen mit 3 % bzw. 4 % auf einem stabilen Niveau. Das gilt ebenfalls für den Bereich des betreuten Wohnens (2 % bzw. 3 %).

**Tabelle 14: Wohnsituation der Alkoholklienten, 2007 bis 2016 (gleiche Einrichtungen, N=88)**

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
Selbstständiges Wohnen	81 %	84 %	83 %	82 %	86 %	86 %
Bei Angehörigen/Eltern	7 %	10 %	11 %	12 %	9 %	8 %
Betreutes Wohnen	2 %	2 %	3 %	2 %	2 %	2 %
Prekäre Wohnsituation	3 %	4 %	4 %	4 %	3 %	3 %
Sonstiges	7 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,4 %	0,4 %
Gesamt	5.532	6.167	6.736	6.363	5.946	5.585

Bei der Opiatklientel zeigen sich insgesamt schwankende Werte bei den einzelnen Erfassungskategorien: Das betrifft sowohl den Anteil der Personen, die über eine stabile Wohnsituation verfügen und selbstständig wohnen (65 % bis 70 %), als auch das Wohnen bei Angehörigen/Eltern (11 % bis 15 %) sowie das betreute Wohnen (4 % bis 7 %) (siehe Tabelle 15). Der Anteil derjenigen, die in einer prekären Wohnsituation leben, befindet sich im Jahr 2016 wieder auf einem Höchstwert von 15 %.

**Tabelle 15: Wohnsituation der Opiatklienten, 2007 bis 2016 (gleiche Einrichtungen, N=88)**

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
Selbstständiges Wohnen	65 %	64 %	66 %	67 %	70 %	69 %
Bei Angehörigen/Eltern	13 %	15 %	13 %	13 %	11 %	11 %
Betreutes Wohnen	7 %	6 %	5 %	4 %	4 %	5 %
Prekäre Wohnsituation	10 %	13 %	14 %	15 %	14 %	15 %
Sonstiges	6 %	1,1 %	0,8 %	0,7 %	0,8 %	0,9 %
Gesamt	4.427	4.535	4.649	4.361	3.969	3.765

Bei der Cannabisklientel stellt sich die Situation seit 2007 so dar, dass sich jeweils relativ stabile Anteile in einer selbstständigen Wohnsituation befinden (43 % bis 45 %) oder (noch) bei Eltern/Angehörigen leben (41 % bis 47 %) (siehe Tabelle 16). Bei beiden Wohnsituationen ist keine einheitliche Entwicklung erkennbar. Dagegen hat sich der Anteil derjenigen, die in prekären Wohnverhältnissen sind, im Beobachtungszeitraum sogar mehr als verdoppelt: von 3 % auf 8 %.

**Tabelle 16: Wohnsituation der Cannabisklienten, 2007 bis 2016 (gleiche Einrichtungen, N=88)**

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
Selbstständiges Wohnen	45 %	45 %	44 %	45 %	45 %	43 %
Bei Angehörigen/Eltern	41 %	47 %	45 %	45 %	45 %	46 %
Betreutes Wohnen	6 %	3 %	4 %	3 %	3 %	3 %
Prekäre Wohnsituation	3 %	5 %	6 %	7 %	7 %	8 %
Sonstiges	5 %	0,3 %	1 %	0,5 %	1 %	0,5 %
Gesamt	1.750	2.162	2.142	2.227	2.429	2.571

## Betreuungsform

Die Beratung ist seit 2007 die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform in der ambulanten Suchthilfe Hessens. Ihr relativer Anteil hat von 2007 und 2009 deutlich von 50 % auf 41 % abgenommen; seitdem ist jedoch ein stetiger Anstieg fast auf das Ausgangsniveau festzustellen (49 % in 2016, siehe Tabelle 17). Die zweithäufigste Betreuungsform der letzten Jahre ist mit einem stabilen Anteil zwischen 14 % und 16 % die Medikamentengestützte Behandlung, d. h. vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter. Die Betreuungsform Ambulante Rehabilitation liegt bei etwa 10 % ( $\pm 1$  Prozentpunkt). Das Gleiche gilt für die Allgemeine Psychosoziale Betreuung. Die Betreuungsart „Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung“ liegt ebenfalls bei relativ konstanten Anteilen zwischen 5 % und 7 %. In der Kategorie „Andere“, die im Jahr 2016 12 % aller Betreuungen ausmacht, werden verschiedene andere Betreuungsarten, wie schulische und berufliche Integrationshilfen oder Raucherentwöhnung zusammengefasst.

Bei den berichteten Prozentangaben zur Betreuungsform ist zu beachten, dass die absolute Anzahl der dokumentierten Betreuungen von 2007 bis 2011 angewachsen ist (von 19.840 auf 23.397) und seitdem wieder fällt (auf 21.379 im Jahr 2016).

**Tabelle 17: Betreuungsform der Klienten, 2007 bis 2016 (gleiche Einrichtungen, N=88)**

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
Beratung	50 %	41 %	42 %	44 %	47 %	49 %
Medikam.-gestützte Behandl.	14 %	14 %	16 %	16 %	16 %	15 %
Ambulante Reha.	8 %	10 %	11 %	11 %	10 %	9 %
Allg. psychosoziale Betreuung	9 %	13 %	11 %	10 %	10 %	10 %
Vorb. auf stat. Behandlung	5 %	7 %	7 %	6 %	6 %	5 %
Anderes	14 %	15 %	13 %	12 %	12 %	12 %
Gesamt	19.840	21.643	23.397	23.241	21.695	21.379

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 53 % in 2016) (siehe Tabelle 18). Gleichzeitig hat sich seitdem der Stellenwert der Ambulanten Rehabilitation (AR) verringert (2016: 19 %). Das hängt mit der abnehmenden Bedeutung der „AR Poststationär“ zusammen, deren Anteil seit 2011 von 13 % auf 7 % gesunken ist. Darin dürfte sich der Strukturwandel in der Finanzierung der AR niederschlagen.

Zum anderen ist bei der Opiatklientel 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 19). Die Ergebnisse bei der Cannabisklientel sind dadurch gekennzeichnet, dass die Bedeutung der Frühintervention über die Jahre zugenommen hat (von 2 % auf 8 %), auch wenn der entsprechende Prozentanteil im Jahr 2016 leicht zurückgegangen ist. Gleichzeitig ist es zu einem stetigen Rückgang der Bedeutung der Vorbereitung der Medizinisch-Psychologischen Untersuchung gekommen (MPU, von 12 % von 4 %) (siehe Tabelle 20). Auch hier ist es in den letzten Jahren zu strukturellen Veränderung in der Finanzierung gekommen.

**Tabelle 18: Betreuungsform der Alkoholklienten, 2007 bis 2016 (gleiche Einrichtungen, N=88)**

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
Beratung	55 %	45 %	44 %	48 %	52 %	53 %
AR Vorbereitungsphase	3 %	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %
AR Behandlungsphase	5 %	6 %	6 %	6 %	7 %	8 %
AR Poststationär	8 %	11 %	13 %	12 %	11 %	7 %
Ambulante Reha.	17 %	21 %	23 %	22 %	22 %	19 %
Vorbereitung MPU	4 %	4 %	4 %	3 %	2 %	2 %
Vorb. auf stat. Behandlung	8 %	10 %	10 %	10 %	8 %	9 %
Allg. psychosoziale Betreuung	2 %	6 %	5 %	6 %	4 %	4 %
Anderes	15 %	14 %	14 %	12 %	12 %	14 %
Gesamt	6.033	6.902	7.932	7.391	7.166	6.968

**Tabelle 19: Betreuungsform der Opiatklienten, 2007 bis 2016 (gleiche Einrichtungen, N=88)**

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
Beratung	27 %	16 %	14 %	15 %	15 %	16 %
Medikam.-gestützte Behandl	43 %	47 %	56 %	58 %	60 %	57 %
ambulante Reha	2 %	2 %	2 %	2 %	1 %	1 %
Vorb. auf stat. Behandlung	5 %	6 %	5 %	3 %	3 %	3 %
Allg. psychosoziale Betreuung	10 %	13 %	7 %	6 %	6 %	7 %
Begl. Betr. während anderer Maßn.	4 %	5 %	5 %	6 %	5 %	6 %
Anderes	9 %	12 %	11 %	10 %	10 %	11 %
Gesamt	5.269	6.017	6.245	5.815	5.012	4.988

**Tabelle 20: Betreuungsform der Cannabisklienten, 2007 bis 2016 (gleiche Einrichtungen, N=88)**

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
Beratung	62 %	50 %	49 %	56 %	61 %	60 %
Allg. psychosoziale Betreuung	2 %	7 %	8 %	7 %	4 %	5 %
MPU-Beratung	12 %	11 %	9 %	5 %	4 %	4 %
Vorb. auf stat. Behandlung	6 %	7 %	7 %	6 %	6 %	5 %
Frühintervention	2 %	6 %	5 %	7 %	9 %	8 %
Ambulante Behandlung	1 %	4 %	5 %	4 %	2 %	2 %
Anderes	14 %	14 %	16 %	15 %	15 %	14 %
Gesamt	1.905	2.406	2.748	2.965	3.168	3.297

## Betreuungsdauer

Bei der Analyse der Betreuungsdauer der einzelnen Hauptdiagnosegruppen zeigt sich im betrachteten Zeitraum vor allem ein eindeutiger Trend bei den Opiatabhängigen: Die Betreuung dieser Klientinnen und Klienten weist im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen für das Jahr 2015 den mit Abstand höchsten Durchschnittswert auf, der darüber hinaus seit 2007 von 316 auf 472 Tage (2015) stark angewachsen ist und erstmals im aktuellen Jahr um 30 Tage zurückgeht (siehe Tabelle 21). Der Anteil derjenigen, die seit 12 Monaten und länger in Betreuung sind, liegt hier seit vielen Jahren bei 30 % und mehr Prozent.

Bei der Alkoholklientel gibt es dagegen keine einheitliche Entwicklung bei der Betreuungsdauer. Hier liegen schwankende Jahreswerte vor, die sich aber nur geringfügig zwischen 189 und 207 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 (2016: 169 Tage). Hier gibt es seit 2013 einen relativ großen Anteil von Klientinnen und Klienten, die nur eine kurze Zeit in Betreuung sind (bis 3 Monate); der entsprechende Wert beträgt im Jahr 2016 46 %.



**Tabelle 21: Durchschnittliche Betreuungsdauer der Klienten, 2007 bis 2016 (in Tagen und Kategorien, abgeschlossene Betreuungen, gleiche Einrichtungen, N=88)**

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
<b>Alkohol</b>	195	189	189	206	198	207
bis 3 Monate	42 %	42 %	41 %	44 %	43 %	42 %
bis 6 Monate	24 %	25 %	25 %	22 %	22 %	23 %
bis 12 Monate	19 %	20 %	20 %	18 %	19 %	20 %
über 12 Monate	15 %	13 %	13 %	15 %	15 %	15 %
Gesamt	3.558	4.190	4.607	4.354	4.101	3.588
<b>Opiate</b>	316	339	369	379	472	442
bis 3 Monate	31 %	34 %	30 %	31 %	30 %	34 %
bis 6 Monate	20 %	20 %	20 %	20 %	16 %	15 %
bis 12 Monate	21 %	20 %	21 %	20 %	20 %	19 %
mehr als 12 Monate	28 %	27 %	29 %	30 %	34 %	32 %
Gesamt	2.472	2.604	2.435	2.019	1.690	1.624
<b>Cannabis</b>	198	204	203	195	178	169
bis 3 Monate	38 %	37 %	37 %	42 %	48 %	46 %
bis 6 Monate	22 %	25 %	25 %	25 %	23 %	24 %
bis 12 Monate	26 %	22 %	23 %	19 %	17 %	20 %
mehr als 12 Monate	14 %	15 %	15 %	15 %	13 %	10 %
Gesamt	1.082	1.253	1.416	1.492	1.658	1.709
<b>Insgesamt</b>	230	237	231	234	239	237
bis 3 Monate	38 %	39 %	39 %	42 %	43 %	43 %
bis 6 Monate	23 %	23 %	24 %	22 %	21 %	22 %
bis 12 Monate	20 %	20 %	20 %	18 %	18 %	19 %
mehr als 12 Monate	18 %	17 %	17 %	17 %	17 %	16 %
Gesamt	9.669	9.385	10.845	10.341	10.062	9.533

## 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 in etwa gleichbleibende Anteile: 65 % bis 69 % bei der Alkoholklientel (siehe Tabelle 22), bei der Opiatklientel 44 % bis 49 % (siehe Tabelle 23) und 59 % bis 65 % bei der Cannabisklientel (siehe Tabelle 24). Interessant ist als einzelner Befund, dass bei allen drei Klientel der Anteil der Entlassungen ohne ärztliches bzw. therapeutisches Einverständnis kontinuierlich sinkt; bei den Opiatabhängigen ist dieser Wert sogar seit dem Jahr 2007 um 15 Prozentpunkte zurückgegangen.

**Tabelle 22: Art der Beendigung der Betreuung bei den Alkoholklienten, 2007 bis 2016 (gleiche Einrichtungen, N=88)**

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
regulär	47 %	50 %	50 %	52 %	51 %	53 %
planmäßiger Wechsel	22 %	16 %	15 %	14 %	16 %	14 %
vorzeitig auf ärztl./therap. Veranlassung	* /	1 %	1 %	1 %	2 %	1 %
vorzeitig mit ärztl./therap. Einverständnis	* /	3 %	5 %	5 %	5 %	5 %
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	3.514	4.057	4.485	4.189	3.951	3.427

\* / = teilweise andere Erfassungssitems

**Tabelle 23: Art der Beendigung der Betreuung bei den Opiatklienten, 2007 bis 2016 (gleiche Einrichtungen, N=88)**

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
regulär	23 %	24 %	25 %	29 %	30 %	29 %
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 %	26 %
disziplinarisch	5 %	5 %	7 %	7 %	8 %	6 %
außerplanmäßige Verlegung/Wechsel	3 %	8 %	9 %	8 %	11 %	14 %
verstorben	2 %	2 %	2 %	2 %	3 %	3 %
Gesamt	2.345	2.440	2.294	1.875	1.563	1.500

\* / = teilweise andere Erfassungssitems

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

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
regulär	47 %	50 %	48 %	51 %	55 %	57 %
planmäßiger Wechsel	14 %	9 %	11 %	11 %	10 %	8 %
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 %	25 %
disziplinarisch	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
außerplanmäßige Verlegung/Wechsel	2 %	2 %	2 %	3 %	3 %	3 %
verstorben	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Gesamt	1.062	1.206	1.358	1.392	1.560	1.583

\* / = teilweise andere Erfassungssitems

# Ambulante Suchthilfe in Hessen und substanzbezogene Störungen – Bestätigung und Herausforderungen

## Ein Kommentar zum COMBASS-Jahresbericht 2016

*Prof. Dr. Martin Schmid<sup>14</sup>*

Die ambulante Suchthilfe in Hessen erweist sich auch in der aktuellen Landesauswertung der COMBASS-Daten des Jahres 2016 als Hort der Stabilität. Betrachtet man die aktuellen Daten vor dem Hintergrund der bisherigen Auswertungen, so verfestigt sich der Eindruck, dass unabhängig von Trends in den Drogenszenen, Veränderungen im Konsumverhalten und wechselnden Modedrogen die Nutzung der ambulanten Suchthilfe in Hessen erstaunlich konstant bleibt.

Über die letzten fünf Jahre schwankte die Zahl der an COMBASS teilnehmenden Einrichtungen zwischen 102 und 106, die Zahl der Klientinnen und Klienten zwischen 18.610 und 19.681, die der Angehörigen zwischen 1.336 und 1.161 und die der (zusätzlichen) Einmalkontakte zwischen 3.504 und 4.032. Vergleicht man alle zwischen 2003 und 2017 erschienenen Auswertungsberichte, wird die Varianz etwas größer: Zwischen 99 und 109 Einrichtungen haben sich in den einzelnen Jahren an der landesweiten Auswertung beteiligt, und in diesen Einrichtungen wurden zwischen 17.023 und 21.419 Klientinnen und Klienten (bei allerdings wechselnden Klientendefinitionen) beraten. Die Zahl der beratenen Angehörigen schwankt über diese 14 Jahre zwischen 943 und 1.510. Eine Tendenz ist bei diesen Schwankungen nicht zu erkennen, und die größten Ausschläge gab es eher in den ersten sieben Jahren als in den zweiten sieben Jahren der COMBASS-Dokumentation.

Im Jahr 2016 haben dem Bericht zufolge 18.610 Menschen mit Suchtproblemen sowie 1.166 Angehörige von Menschen mit Suchtproblemen die am Dokumentationssystem beteiligten 103 ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe in Hessen mehrfach aufgesucht. Darüber hinaus kamen knapp 4.000 Menschen zu einem einmaligen Gespräch in die Beratungsstellen. Das addiert sich zu einer Zahl von 23.749 Ratsuchenden, die sich im Jahr 2016 an die ambulante Suchthilfe in Hessen gewandt haben. Je Einrichtung ergibt das im Durchschnitt 230 ratsuchende Menschen. Ein gutes Drittel der Klientinnen und Klienten wurden von anderen Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitssystems in die Suchthilfe vermittelt und knapp 10 % von der Justiz. Die Jobcenter und die Bundesagentur für Arbeit spielen mit 2 % nach wie vor kaum eine Rolle bei den Zugängen. Der größte Teil der Klientinnen und Klienten kommt ohne Vermittlung durch eine andere Organisation in die Beratungsstellen.

Gut die Hälfte aller Klientinnen und Klienten hat 2016 die Betreuung durch die ambulante Suchthilfe beendet. Bei zwei Drittel der Klientinnen und Klienten endete die Betreuung spätestens nach sechs Monaten. 61 % dieser Fälle enden regulär oder mit einem planmäßigen Wechsel in eine andere Einrichtung. Ein Drittel verlässt das ambulante Suchthilfesystem, ohne dass sich die Sucht-

---

<sup>14</sup> Ich danke Werner Heinz für wichtige Hinweise und Anmerkungen zum diesjährigen COMBASS-Bericht. Für Interpretationen und Schlussfolgerungen ist natürlich der Autor verantwortlich.

probleme verändert haben. Bei 62 % der Fälle haben sich die Suchtprobleme am Ende der Betreuung zumindest gebessert oder konnten erfolgreich bearbeitet werden.

Diese Daten unterstreichen zum wiederholten Mal die hohe Bedeutung der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen für Menschen mit Suchtproblemen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfe in Hessen können sich durch die Ergebnisse des diesjährigen *COMBASS*-Bericht erneut bestätigt fühlen, da der Bericht ihre nicht einfache, aber für die Klientinnen und Klienten umso wichtigere Arbeit widerspiegelt. Vielleicht wäre es hilfreich, in einem der kommenden Berichte neben den Klientinnen und Klienten auch die ambulanten Einrichtungen und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anhand von Strukturdaten vorzustellen (z. B. mit dem Kerndatensatz Einrichtung KDS-E, der im Rahmen des deutschen Kerndatensatzes ohnehin erhoben wird). Dann könnten die Leistungen der ambulanten Suchthilfe in Relation zu den Strukturdaten des ambulanten Hilfesystems in Hessen interpretiert werden. Bislang ist dies nur durch den Rückgriff auf die bundesweiten Einrichtungsdaten der Deutschen Suchthilfestatistik (Dauber et al. 2016, Braun et al. 2017) möglich.

Neben dieser Bestätigung der Arbeit der ambulanten Suchthilfe in Hessen weist der aktuelle *COMBASS*-Bericht aber auch auf Herausforderungen hin, die auf die Suchthilfe zukommen. Einige dieser Herausforderungen sollen im Folgenden diskutiert werden.

## Alkoholbezogene Störungen

Alkoholbezogene Störungen bleiben mit 39 % auch 2016 die mit Abstand häufigste Diagnose, wegen der die ambulante Suchthilfe in Hessen aufgesucht wird. In absoluten Zahlen entspricht das etwa 7.260 Klientinnen und Klienten.

Im Jahr 2015 hat sich Hessen an einer Aufstockung der Stichprobe für das Epidemiologische Suchtsurvey beteiligt, die repräsentative Aussagen zur Verbreitung des Substanzkonsums in der Altersgruppe zwischen 18 und 64 Jahren ermöglicht (Piontek et al. 2016). Diesen Daten zufolge liegt die 30-Tages-Prävalenz für riskanten Alkoholkonsum bei 22,9 % (19,5 % bei den Frauen und 26 % bei den Männern). Rechnet man das auf die rund 3,9 Millionen Hessen zwischen 18 und 64 Jahren (Hessisches Statistisches Landesamt 2016) hoch, so zeigt sich, dass nur ein kleiner Teil der geschätzten 893.000 Hessen mit riskantem Alkoholkonsum bislang die Unterstützung der ambulanten Suchthilfe sucht. Hinweise auf einen klinisch relevanten Alkoholkonsum nach dem AUDIT fanden sich bei 20 % der Hessen (32,6 % der Männer und 7,3 % der Frauen) (Piontek et al. 2017, S. 72). Das entspricht 780.000 Menschen in Hessen zwischen 18 und 64 Jahren.

3 % der Klientinnen und Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol leben in einer prekären Wohnsituation, und auch diese Zahl ist seit Jahren stabil. Das bedeutet aber auch, dass die Suchtkrankenhilfe nach wie vor nur wenige Wohnungslose mit Alkoholproblemen erreicht. Im Rahmen der *SEEWOLF*-Studie (Bäumel et al. 2017) wurde bei Münchener Wohnungslosen eine Lebenszeitprävalenz von substanzbezogenen Störungen von über 70 % erhoben. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Wohnungslosenhilfe hat aktuell ihre Schätzung zur Zahl der Wohnungslosen in Deutschland veröffentlicht (BAG Wohnungslosenhilfe 2017). Dieser Schätzung zufolge stieg die Zahl der wohnungslosen Menschen in Deutschland im Jahr 2016 auf 860.000. Darin sind rund 440.000 wohnungslose anerkannte geflüchtete Menschen enthalten. Auch ohne Berücksichtigung der Geflüchteten (von denen viele auch nach der Anerkennung in den Gemeinschaftsunterkünften leben) ist die Zahl der Wohnungslosen auf 420.000 angestiegen. Daten oder Schätzungen zur Zahl der Wohnungslosen in Hessen liegen nicht vor. Der letzten Stichtagserhebung der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen zufolge hatten die hessischen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe am

Stichtag 19.11.2015 Kontakt zu 3.338 Wohnungslosen. Das von Reker (2017) geforderte gemeinsam von Psychiatrie, Sucht- und Wohnungslosenhilfe getragene Konzept scheitert vielerorts noch immer daran, dass die „Suchthilfe ihre wohnungslosen Suchtkranken vielleicht eher als Randproblem wahrnimmt“ (Reker 2017, 16).

Auch bei der Altersstruktur hat sich in der Trendanalyse nicht viel verändert. Immerhin: Dass Menschen mit Alkoholproblemen älter werden bzw. auch ältere Menschen Alkoholprobleme haben können, schlägt sich im kontinuierlichen Anstieg der Zahl der neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten in der Altersklasse der über 60-Jährigen von 7 % 2007 auf 12 % 2016 nieder. Der Anteil der neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten unter 27 Jahren ist hingegen nach einem leichten Anstieg 2011/2013 wieder rückläufig und liegt in der Trendanalyse bei 13 %. Außerhalb von Sonderprogrammen wie z. B. HaLT fällt es der Suchtkrankenhilfe nach wie vor schwer, junge Menschen mit riskantem Alkoholkonsum zu erreichen. In der Trendanalyse sind drei Viertel der Neuaufnahmen mit Alkohol älter als 34 Jahre. Ein Drittel der Neuaufnahmen ist arbeitslos, was auf die nach wie vor wichtige Kooperation mit den Jobcentern verweist.

Wer die Suchthilfe wegen alkoholbezogener Störungen aufsucht und an einer ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahme teilnimmt, hat eine realistische Chance, sein Alkoholproblem dauerhaft zu überwinden. Aktuelle Katamnesestudien zufolge (Bachmeier et al. 2017, Schneider 2017, Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe 2017a) liegt der Abstinenzanteil zwölf Monate nach Beendigung der Maßnahme nach dem „strengen“ DGSS-Standard 4 zwischen 38 und 42 %. Bei diesem Standard werden alle entlassenen Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Wer sich nicht an der Katamnesebefragung beteiligt, wird als Rückfall gewertet. Erfolgsquoten nach dem DGSS-Standard 4 sind deshalb als sichere untere Werte zu interpretieren, die den Anteil erfolgreicher Behandlungen unterschätzen.

## Opioide und Crack

Der Rückgang des Anteils der Klientinnen und Klienten mit einer opioidbezogenen Störung hat sich auch im Jahr 2016 fortgesetzt. Seit 2007 ist der Anteil von 33 % auf 25 % gesunken. Bei den Neuaufnahmen lag der Anteil der Hauptdiagnose Opiate 2007 noch bei 18 %. Seit 2013 geht es nur noch bei rund 8 % der Neuaufnahmen um Opiate. 2016 waren das in den 88 an der Trendanalyse beteiligten Einrichtungen gerade einmal 362 Personen. Das sind nur noch halb so viele wie im Jahr 2007.

Das Durchschnittsalter der Opiatabhängigen ist weiter angestiegen und liegt inzwischen bei 43,4 Jahren. Die besonderen Hilfebedarfe älter werdender Drogenkonsumierender sind inzwischen Gegenstand zahlreicher Modellprogramme und Veröffentlichungen (vgl. z. B. Arendt et al. 2017, Stöver et al. 2017).

Die Zahl der Substitutionsbehandlungen ist 2016 bundesweit und auch hessenweit noch einmal leicht angestiegen und lag zum Stichtag 01.07.2016 bei 78.500 für ganz Deutschland und 7.578 für Hessen (BfArM 2017). Im COMBASS-Bericht ist die Zahl opioidabhängiger Klientinnen und Klienten in der Kategorie Medikamentengestützte Behandlung – das entspricht der psychosozialen Betreuung und Behandlung Substituierter (PSB) – leicht rückläufig. Weniger als die Hälfte der Substituierten in Hessen nimmt demnach an einer psychosozialen Betreuung in der ambulanten Suchthilfe teil.

Es bleibt abzuwarten, wie sich die Veränderungen der BtmVV und der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger“ auf

die PSB auswirken werden. Die Entscheidung über die Erforderlichkeit einer Einbeziehung psychosozialer Betreuungsmaßnahmen in die Substitutionsbehandlung wurde von der BtmVV in die Richtlinie der Bundesärztekammer verschoben. Die neue BtmVV selbst enthält keine Regelungen mehr zur PSB. Die jetzt dafür zuständige Richtlinie der Bundesärztekammer sieht nur noch vor, dass eine psychosoziale Betreuung den Patienten „regelmäßig empfohlen“ werden soll und der substituierende Arzt die PSB „sowie weitere ärztliche und psychotherapeutische Behandlungen“ koordinieren soll. Die Vorlage entsprechender PSB-Bescheinigungen ist in der Richtlinie der Bundesärztekammer nicht mehr vorgesehen. Lediglich in der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, die für die Finanzierung der Substitutionsbehandlung durch die Krankenkassen relevant ist, findet sich noch die Notwendigkeit einer schriftlichen Bestätigung der psychosozialen Beratungsstelle. Welche Position sich auf mittlere Sicht durchsetzen wird, ist derzeit noch unklar.

Unabhängig davon, ob man diese Entwicklung als Ende der Zwangsberatung begrüßt oder als Verabschiedung von einem biopsychosozialen Krankheitsmodell und einem interdisziplinären Behandlungsangebot bedauert, zeichnet sich ab, dass sich die Zuständigkeit für die Gruppe der Opioidabhängigen immer stärker von der psychosozialen Suchthilfe zur Medizin verschiebt.

Den COMBASS-Daten zufolge geht es bei 3 % der opioidabhängigen Klientinnen und Klienten um die Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung. Allerdings profitieren sie auch in einem deutlich geringeren Ausmaß als Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen von der stationären Rehabilitationsbehandlung. Den aktuellen Katamnesedaten des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. und des Fachverbandes Sucht e. V. zufolge liegen die Abstinenzquoten in den stationären Drogeneinrichtungen ein Jahr nach Entlassung – wiederum gemessen über den „strengen“ DGSS-Standard 4 – zwischen 18 und 25 % (Fischer 2017, Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe 2017b). Diese Quoten beziehen sich allerdings auf alle Diagnosen mit illegalen Drogen. Die Katamnese des Fachverbandes Sucht differenziert nochmals zwischen den Hauptdiagnosen und kommt für Cannabis, Kokain und Stimulanzien auf Werte zwischen 24,6 und 27,6 %. Bei der Hauptdiagnose Opioide liegt die Abstinenzquote ein Jahr nach Behandlungsende hingegen bei 11,9 %.

Die PREMOS-Studie hat gezeigt, dass Opioidabhängige in Substitutionsbehandlung länger und gesünder leben als ohne Substitutionsbehandlung. Die PREMOS-Studie hat aber auch deutlich gemacht, dass Substitutionsbehandlung nur ausnahmsweise zur Abstinenz von Opioiden führt. Dennoch wird die Substitutionsbehandlung auch weiterhin die wichtigste Behandlungsform für Opioidabhängige bleiben. Suchtmedizin und psychosoziale Suchthilfe müssen sich aber darauf einstellen, dass sich die Substitutionsbehandlung inzwischen zu einer lebenslang andauernden Behandlung entwickelt hat. Derzeit spricht wenig dafür, dass es der Suchthilfe gelingen wird, im Zusammenhang mit der Substitution strukturierte Behandlungsangebote zu entwickeln, die Perspektiven bieten, die über die lebenslange Einnahme opioidhaltiger Medikamente hinausreichen.

In der Hauptdiagnosegruppe Opiate wurden nur 12 % der beendeten Fälle erfolgreich beendet, bei einem Drittel hat sich die Situation zumindest gebessert, bei 47 % ist die Problematik unverändert und bei 9 % hat sich die Situation sogar verschlechtert. Dennoch werden 35 % der beendeten Fälle bereits nach drei Monaten beendet. Viele andere bleiben hingegen länger als 12 Monate und oft sogar über viele Jahre in der Betreuung der ambulanten Suchthilfe. Die Vermutung liegt nahe, dass sich hinter den rasch beendeten Fällen eher chaotische Wechsler zwischen verschiedenen Substitutionsambulanzen bzw. substituierenden Arztpraxen verbergen.



Bei den aktuell rückläufigen Zahlen der Heroin- bzw. Opioidkonsumierenden mag man mit diesen Erfolgsindikatoren leben können. Sollte die Opioidkrise, unter der aktuell die USA leiden, irgendwann nach Deutschland übergreifen, so weisen diese Indikatoren allerdings darauf hin, dass das Hilfesystem nicht gut gerüstet ist für steigende Zahlen von Opioidabhängigen.

Bei der regionalen Verteilung fällt auf, dass die Zahl der opioidabhängigen Klientinnen und Klienten in Frankfurt deutlich unter 2.000 liegt. Das wären weniger Klientinnen und Klienten als es – der Konsumraumdokumentation zufolge – Konsumraumnutzer mit Wohnort Frankfurt gibt (Stöver, Förster 2017, S. 69). Nahezu unverständlich sind die Daten zu Crack. Dem *COMBASS*-Bericht zufolge gab es 2016 in Hessen ganze 87 Klientinnen und Klienten mit der Hauptdiagnose Crack, und unter den Neuaufnahmen waren gerade einmal zehn bis elf Menschen mit der Hauptdiagnose Crack. Wiederum aus der Konsumraumdokumentation ist bekannt, dass Crack die zweithäufigste Droge in den Frankfurter Konsumräumen ist. Für die niedrige Anzahl von Klientinnen und Klienten mit der Hauptdiagnose Crack in der *COMBASS*-Dokumentation gibt es drei verschiedene Erklärungen, die allerdings alle wenig zufriedenstellend sind. Erstens stimmt es sicher, dass viele Crack-Konsumierende primär Heroin- bzw. Opioidabhängige sind. Dann würde aber hinter der auf die Hauptdiagnosen fokussierenden Dokumentations- und Auswertungslogik die gesamte Frankfurter Crackthematik unsichtbar werden. Außerdem wäre dann zu begründen, warum bei einem Mischkonsum von Crack und Opioiden fast immer die Hauptdiagnose Opioide gewählt wird. Zweitens könnte es sein, dass in Frankfurter Suchthilfeeinrichtungen bei der Dokumentation der Hauptdiagnose Unklarheiten bestehen. Eine dritte Erklärung wäre, dass das Frankfurter Hilfesystem Menschen mit der Hauptdiagnose Crack kaum erreicht.

Jedenfalls ist es schon angesichts der zahlreichen Presseberichte zum Crackproblem im Frankfurter Bahnhofsviertel schwer verständlich, dass in der Jahresauswertung der ambulanten Suchthilfe Crack fast überhaupt nicht vorkommt.

## Andere illegale Drogen

Schwer erklärbar sind auch die Daten zu Amphetaminen, Ecstasy und Kokain. Der Sonderauswertung des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 (Piontek et al. 2017) zufolge haben 1,3 % der 18- bis 64-jährigen in Hessen in den letzten 12 Monaten Amphetamine, 1,0 % Ecstasy und 0,9 % Kokain konsumiert. Bezieht man diese Angaben auf die 3,9 Millionen Hessen in dieser Altersgruppe, so ergibt das über 50.000 Hessen, die in den letzten zwölf Monaten Amphetamine konsumiert haben. Für Ecstasy liegt die entsprechende Zahl bei 39.000 Menschen, und für Kokain bei 35.100. Die ambulante Suchthilfe in Hessen hat den *COMBASS*-Daten zufolge insgesamt weniger als 1.500 Menschen mit diesen Hauptdiagnosen beraten und betreut. Noch niedriger liegt diese Zahl bei den Neuaufnahmen.

So genannte Neue psychoaktive Substanzen haben in den letzten 12 Monaten 0,8 % der Hessen konsumiert. Das entspricht in absoluten Zahlen knapp über 30.000 Menschen. Im Deutschen Kern Datensatz und im *COMBASS*-Auswertungsbericht kommen Neue psychoaktive Substanzen (NPS) nicht vor.

Für Cannabis liegt die 12-Monats-Prävalenz in Hessen bei 6,8 %. Das entspricht rund 265.000 Menschen in Hessen zwischen 18 und 64 Jahren. Jugendliche Konsumierende sind bei diesen Zahlen nicht berücksichtigt. Nun hat sicher nicht jeder aus dieser Gruppe Beratungsbedarf. Der Sonderauswertung des Epidemiologischen Suchtsurveys zufolge gibt es bei 1,1 % der Hessen zwischen 18 und 64 Jahren Hinweise auf einen klinisch relevanten Cannabiskonsum. Das entspricht knapp



43.000 Menschen in Hessen. In der ambulanten Suchthilfe in Hessen wurden davon knapp 3.000 Menschen erreicht.

Über 30 % der Cannabiskonsumierenden sind arbeitslos und beziehen Arbeitslosengeld 1 oder Arbeitslosengeld 2. Bei der Hauptdiagnose Cannabis leben 8 % in prekären Wohnverhältnissen und 46 % leben noch oder wieder bei den Eltern oder anderen Angehörigen. Bei einem Durchschnittsalter von über 26 Jahren ist dieser Wert auffällig. Es könnte sein, dass hinter diesen Daten Probleme beim Übergang von der Spätadoleszenz ins Erwachsenenalter zu erkennen sind.

## Herausforderungen

Der Vergleich der Prävalenzzahlen mit den Klientenzahlen zeigt, dass die ambulante Suchthilfe nach wie vor nur zu kleinen Teilmengen aus der viel größeren Gruppe der Menschen mit Suchtproblemen Kontakt hat. Nach wie vor wird die ambulante Suchthilfe in Hessen dominiert von den Substanzen Alkohol, Opioiden und Cannabis. Konsumierende von Amphetaminen, Ecstasy oder Kokain kommen in der ambulanten Suchthilfe kaum vor. Das mag damit zusammenhängen, dass die Einrichtungen verbunden werden mit Alkohol- und Heroinabhängigen, und dass dieses Bild abschreckend auf die (beratungsbedürftigen) Konsumentinnen und Konsumenten anderer Drogen wie etwa Stimulanzien wirkt. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben aber gezeigt, dass es Einrichtungen, die ein attraktives Angebot für solche Zielgruppen entwickeln, durchaus gelingen kann, auch andere Klientinnen und Klienten als Alkohol- und Opioidabhängige zu erreichen.

Angesichts der sinkenden Zahl und des steigenden Alters der Opioidklientinnen und -klienten und des Bedeutungszuwachses der immer mehr rein ärztlichen Substitutionsbehandlung ist es für die Suchthilfe eine keineswegs triviale Frage, ob es ihr gelingt, Kontakt zu anderen Klientengruppen wie z.B. den Konsumierenden von Stimulanzien, Partydrogenusern und Club- und Nightlife-Besuchern aufzubauen. Dafür sind aber möglicherweise neue und andere Einrichtungsarten, Konzepte und Herangehensweisen notwendig.

Eine weitere Herausforderung für die Suchthilfe stellt das Ende 2016 verabschiedete Bundes-teilhabe-gesetz (BTHG) dar, das den Inklusionsbegriff der UN-Behindertenrechtskonvention aufgreift und dessen Regelungen nach einem abgestuften Zeitplan in Kraft treten. Für die ambulante Suchthilfe besonders interessant ist die Überleitung der Eingliederungshilfe in das SGB IX und die beabsichtigte Trennung zwischen Fachleistungen und existenzsichernden Leistungen. Die angestrebte Einschränkung des leistungsberechtigten Personenkreises für die Eingliederungshilfe konnte zunächst noch einmal verhindert werden, so dass es vorläufig dabei bleibt, dass Suchterkrankungen zu den „wesentlichen Behinderungen“ zählen, die den Zugang zur Eingliederungshilfe definieren. Aber auch unabhängig vom BTHG deutet sich an, dass die Begriffe Inklusion und Teilhabe und die Regelungen der Eingliederungshilfe für die Suchthilfe zunehmend bedeutsam werden. In Hessen und Nordrhein-Westfalen finden sich vermehrt ambulant betreute Wohnformen für Menschen mit Suchtproblemen, die über die Eingliederungshilfe finanziert werden. Der Deutsche Kerndatensatz und die COMBASS-Auswertung bilden diese Leistungen der Suchthilfe bislang aber nicht ab.

Angesichts all dieser Herausforderungen zeichnet sich ab, dass die eingangs hervorgehobene hohe Stabilität der Suchthilfe nicht nur positive Auswirkungen hat. Es wäre zu wünschen, dass die ambulante Suchthilfe in Hessen bei aller Stabilität auch über genügend Flexibilität und Veränderungsbereitschaft verfügt, um sich auf veränderte Rahmenbedingungen und neue Entwicklung einstellen und diesen begegnen zu können.

Arendt, I., Follmann-Muth, K., Schmid, M., Vogt, I. (2017): Stärkenbasiertes Case Management in der Arbeit mit drogenkonsumierenden Männern und Frauen ab 45 Jahren. In: Stöver, H., Jamin, D., Padberg, C. (Hrsg.): Ältere Drogenabhängige. Versorgung und Bedarfe. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, 214-235.

Bachmeier, R. et al. (2017): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2014 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell 1/2017, S. 53-69.

BAG Wohnungslosenhilfe (2017): 860.000 Menschen in 2016 ohne Wohnung. Pressemitteilung. Online unter [bagw.de](http://bagw.de) (letzter Zugriff am 14.11.2017).

Bäumel, J. et al. (Hrsg.) (2017): Die SEEWOLF-Studie. Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München. Freiburg i.Br.: Lambertus.

BfArM (2017): Bericht zum Substitutionsregister. Online unter [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst\\_Bericht2017.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2017.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (letzter Zugriff 14.11.2017)

Braun, B. et al. (2016): Deutsche Suchthilfestatistik 2016. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). München: Institut für Therapieforschung (IFT). Online unter <http://www.suchthilfestatistik.de/daten/downloadbereich-daten/> (letzter Zugriff 14.11.2017)

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (2017a): Auswertung der Katamnesedaten zum Entlassungsjahrgang 2015 – Alkoholeinrichtungen. Online unter <https://www.suchthilfe.de/informationen/statistik.php> (letzter Zugriff 14.11.2017).

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (2017b): Auswertung der Katamnesedaten zum Entlassungsjahrgang 2015 – Drogeneinrichtungen. Online unter <https://www.suchthilfe.de/informationen/statistik.php> (letzter Zugriff 14.11.2017).

Dauber, H. (2016): Suchthilfe in Deutschland 2015. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: Institut für Therapieforschung (IFT).

Fischer et al. (2017): Effektivität der stationären abstinenz- orientierten Drogenrehabilitation. FVS- Katamnese des Entlassjahrgangs 2014 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. Sucht Aktuell 1/2017, S. 70-78.

Hessisches Statistisches Landesamt (2016): Die Bevölkerung der kreisfreien Städte und Landkreise Hessens am 31. Dezember 2015 nach Alter und Geschlecht. Fortschreibungsergebnisse auf Basis Zensus 09. Mai 2011. Wiesbaden: Hessisches Statistisches Landesamt.

Reker, M. (2017): „Es muss ein gemeinsam getragenes Konzept geben“. Zur Kooperation von Psychiatrie, Sucht- und Wohnungslosenhilfe. Soziale Psychiatrie 01/2017, 16-19.

Schneider, B. (2017): Effektivität der Ganztägig Ambulanten Suchtrehabilitation – Fachverband Sucht – Katamnese des Entlassjahrganges 2014 aus Einrichtungen Alkohol- und Medikamentenabhängiger. Sucht Aktuell 1/2017, S. 90-100.

Stöver, H., Jamin, D., Padberg, C. (Hrsg.) (2017): Ältere Drogenabhängige. Versorgung und Bedarfe. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.

Stöver, H., Förster, S. (2017): Drogenkonsumraum – Dokumentation. Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Jahresbericht 2016. Dokumentationszeitraum 01.01. – 31.12.2016. Frankfurt am Main: ISFF.

Piontek, D. et al. (2017): Substanzkonsum und Hinweise auf klinisch relevanten Konsum in Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein Westfalen, Sachsen und Thüringen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015. IFT-Berichte Bd. 189. München: IFT.



## Landesauswertung der Dot.sys-Daten 2011-2016

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?

2016 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 2016 der Suchtprävention in Hessen*

In der suchtpreventiven Arbeit in Hessen haben sich in den Jahren 2011 bis 2016 einige interessante Veränderungen ergeben. Diese betreffen vor allem die folgenden Aspekte (in Klammern die Zahlen von 2011 und 2016):

- Zielebene: Der Anteil multiplikatorenbezogener Arbeit ist von Jahr zu Jahr zurückgegangen (von 58 % auf 51 %). Gleichmaßen haben die Tätigkeiten zugenommen, die sich direkt an die Endadressaten/-innen wenden (von 34 % auf 42 %).
- Inhaltsebene (Substanzbezug): Der Themenbereich Cannabis hat seit 2011 einen sehr starken Bedeutungszuwachs erfahren (von 34 % auf 57 %).
- Inhaltsebene (Verhaltenssüchte): Die Relevanz des Themenbereiches „pathologisches Glücksspiel“ hat in den letzten fünf Jahren deutlich zugenommen (von 12 % auf 27 %).
- Zielsetzung: Die Bedeutung der Förderung der Risikokompetenz hat kontinuierlich von Jahr zu Jahr zugenommen (von 12 % auf 24 %).
- Evaluationsstatus: Der prozentuale Anteil nicht evaluierter Maßnahmen ist weiter angewachsen (von 69 % auf 75 %).

Bei den meisten anderen analysierten Kriterien (z. B. Präventionsart, Setting, Zielgruppe) hat es dagegen keine oder kaum nennenswerte Veränderungen gegeben.

Deshalb kann insgesamt von einer hohen Konstanz in der suchtpreventiven Arbeit der Fachstellen für Suchtprävention gesprochen werden.

### *Vergleich Bund – Hessen*

Es ergeben sich größere Unterschiede, wenn ein Vergleich zwischen den hessischen und den bundesweiten Dot.sys-Zahlen (2015) durchgeführt wird. Dann zeigt sich insbesondere, dass in Hessen die universelle Prävention, Maßnahmen für Multiplikatoren/-innen, das Thema Alkohol und kooperative Tätigkeiten eine vergleichsweise bedeutsame Rolle spielen.

### *Auswertung Evaluationsstatus (2016)*

Als auffälligste Merkmale der Auswertung nach dem Evaluationsstatus können die hohen Anteile evaluierter Maßnahmen im Bereich der indizierten Prävention sowie in den Settings Polizei/Strafwesen, Suchthilfe und Jugendarbeit festgehalten werden.



# Suchtprävention in Hessen

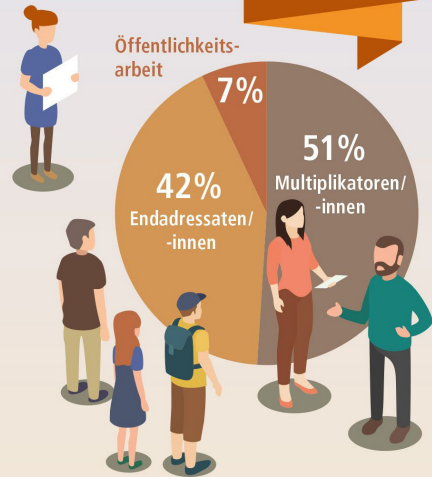
## Landesauswertung der Dot.Sys-Daten 2011-2016

### Erreichte Teilnehmer und Teilnehmerinnen

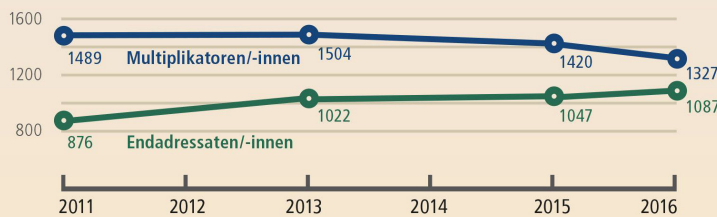
Im Jahr 2016 erreichten die 28 Fachstellen für Suchtprävention in den 26 Landkreisen und kreisfreien Städten in Hessen mit rund 2.600 Maßnahmen über 70.000 Bürger und Bürgerinnen.



### Dialoggruppen der Maßnahmen



### Anzahl der durchgeführten Maßnahmen

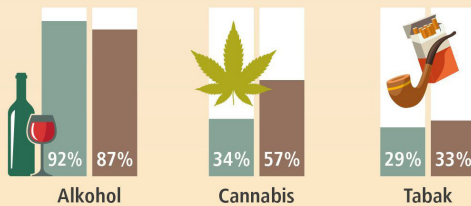


Die Multiplikatorenarbeit bleibt weiterhin Kernstück der hessischen Suchtprävention.

### Interessante Veränderungen der Inhalte

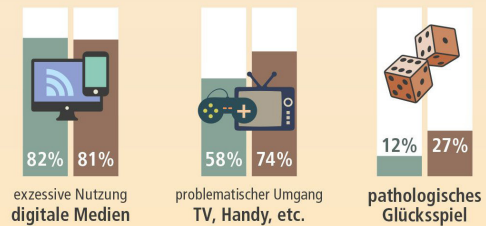
■ 2011 ■ 2016

#### Substanzspezifische Maßnahmen



Der Themenbereich „Cannabis“ hat einen sehr starken Bedeutungszuwachs erfahren: sein Anteil ist von 34% auf 57% 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 Landeskoordinatoren/-innen und der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) entwickelt.

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

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

1. Einrichtungsebene

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

2. Landesebene

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

3. Bundesebene

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

# Datengrundlage und Zielsetzung der Auswertung

Die Basis der vorliegenden Auswertung stellen die suchtpreventiven Maßnahmen dar, die die Fachstellen für Suchtprävention in den hessischen Landkreisen und kreisfreien Städten durchgeführt und mit Hilfe von Dot.sys dokumentiert haben. Insgesamt haben sich alle 28 Fachstellen an der Datenerhebung beteiligt.

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 2016 ergeben haben. Dieses geschieht für die Jahre 2011 bis 2015 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).<sup>1</sup> In einem zweiten, kleineren Kapitel wird ein Vergleich zwischen einigen veröffentlichten bundesweiten Zahlen und der Situation in Hessen durchgeführt.<sup>2</sup> Die Bundeszahlen liegen für das Jahr 2016 noch nicht vor, so dass sich der Vergleich auf das Jahr 2015 bezieht.<sup>3</sup> Den Bericht schließt eine Auswertung nach dem Evaluationsstatus der durchgeführten Maßnahmen ab. Dabei werden ausgewählte Ergebnisse präsentiert.

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

---

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> Bericht 2015 (Teil Prävention) des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, München (DBDD 2017). Die Datengrundlage der darin ausgewählten Dot.sys-Auswertungen stellen 34.492 dokumentierte Maßnahmen aus dem Jahr 2015 dar. Die Zahlen für das Jahr 2016 sind noch nicht veröffentlicht.

# Trends 2011 bis 2016 der Suchtprävention in Hessen

## Präventionsart

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

Werden die durchgeführten Maßnahmen nach diesem Raster klassifiziert, ergibt sich für die suchtpreventive Arbeit in Hessen das folgende Bild: Im Jahr 2016 besaßen 70 % 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 14 % 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 gleichermaßen für Mädchen (Frauen) und Jungen (Männer) geschlechtsspezifische Inhalte umfassen, sich im betrachteten Zeitraum zwischen 24 % und 33 % bewegt hat. Eine kulturspezifische Ausrichtung weisen zwischen 13 % und 16 % aller Maßnahmen auf.

**Tabelle 25: Präventionsart der Maßnahmen 2011-2016**

	2011	2013	2015	2016
universell	72,6 %	67,1 %	70,7 %	70,4 %
selektiv	11,1 %	12,7 %	12,4 %	9,5 %
indiziert	5,2 %	7,0 %	4,1 %	5,8 %
strukturell	11,1 %	13,2 %	12,8 %	14,3 %
N	2.554	2.741	2.702	2.607

## Zielebene

Bei der Zielebene der suchtpreventiven Maßnahmen hat es in dem betrachteten Zeitraum nennenswerte Veränderungen gegeben: Der Anteil derjenigen jährlichen Aktivitäten, die sich an Multiplikatoren/-innen richten, ist kontinuierlich von 58 % auf 51 % zurückgegangen (siehe Tabelle 26). Diese Zielebene besitzt damit nach wie vor den größten Anteil. Gleichzeitig haben die Tätig-

keiten, die sich direkt an die Endadressaten/-innen wenden, von 34 % auf 42 % deutlich zugenommen. Die Öffentlichkeitsarbeit stellt sich dagegen mit Werten von 7 % bis 9 % relativ stabil dar.

**Tabelle 26: Zielebene der Maßnahmen 2011-2016**

	2011	2013	2015	2016
Multiplikatoren/-innen	58,3 %	54,9 %	52,5 %	50,9 %
Endadressaten/-innen	34,3 %	37,3 %	38,7 %	41,7 %
Öffentlichkeitsarbeit	7,4 %	7,8 %	8,8 %	7,4 %
<b>N</b>	<b>2.554</b>	<b>2.741</b>	<b>2.705</b>	<b>2.607</b>

Werden im nächsten Schritt die Daten daraufhin ausgewertet, welche Personengruppen im Bereich Multiplikatoren/-innen genau angesprochen werden, zeigt sich für die Jahre 2011 bis 2016 zum einen, dass der relative Anteil, der sich auf den schulischen Kontext bezieht, leicht zurückgegangen ist (von 46 % auf 42 %) (siehe Tabelle 27). Das Gleiche trifft ebenfalls auf die Kategorie „Kindertagesstätten“ zu (von 17 % auf 14 %). Dagegen ist die Bedeutung der Ausbildung von Peers stetig von 9 % auf 15 % angestiegen. Auch bei einigen anderen Multiplikatorengruppen werden Veränderungen sichtbar (z. B. Rückgang bei Eltern/Familie); ihre Bedeutung war aber schon in der Vergangenheit in quantitativer Hinsicht eher gering (<10 %).

**Tabelle 27: Zielebene der Maßnahmen, Multiplikatoren/-innen 2011-2016 (Mehrfachnennung möglich)**

	2011	2013	2015	2016
Schule	45,6 %	44,5 %	43,2 %	42,3 %
Kinder-/Jugendhilfe/Jugendarbeit	21,1 %	23,5 %	23,2 %	25,3 %
Kindertagesstätten	17,1 %	15,1 %	14,5 %	13,9 %
Kommune/Landkreis/Behörde	16,6 %	18,6 %	20,0 %	19,0 %
Gesundheitswesen	13,7 %	11,9 %	13,5 %	11,5 %
Suchthilfe	13,4 %	18,4 %	19,7 %	17,2 %
Peers	9,3 %	12,4 %	12,7 %	14,5 %
Eltern/Familie	9,1 %	8,2 %	7,1 %	6,8 %
Strafwesen/Polizei	8,8 %	7,4 %	7,8 %	6,1 %
Freizeitbereich	7,0 %	7,4 %	9,3 %	6,6 %
Politik	6,4 %	7,8 %	6,1 %	5,0 %
Kirche	6,2 %	7,7 %	8,0 %	8,4 %
Betrieb	3,4 %	5,6 %	5,4 %	6,5 %
Sonstige	5,7 %	5,0 %	7,5 %	5,1 %
<b>N</b>	<b>1.490</b>	<b>1.505</b>	<b>1.418</b>	<b>1.327</b>

Bei den suchtpreventiven Maßnahmen, die sich direkt an die Endadressaten/-innen richten, ergibt sich ein eindeutiger Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche. Im Jahr 2016 erreicht diese Zielgruppe einen erneut hohen Wert von 68 % (siehe Tabelle 28). Es folgen – mit weitem Abstand – die Berei-

che „konsumerfahrene Jugendliche/Erwachsene“ und „Probierkonsumenten“ (20 % bzw. 18 %). Vor allem die letztgenannte Personengruppe hat in den letzten Jahren einen erheblichen Bedeutungszuwachs erfahren. 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 Studierenden und Senioren/-innen in allen Jahren unter 2 %.

**Tabelle 28: Zielebene der Maßnahmen, Endadressaten/-innen 2011-2016 (Mehrfachnennung möglich)**

	2011	2013	2015	2016
Kinder und Jugendliche	63,9 %	60,4 %	70,9 %	68,1 %
Eltern/Familienmitglieder	18,5 %	17,5 %	15,4 %	13,4 %
konsumerfahrene Jugendliche/Erwachsene	18,4 %	18,6 %	17,2 %	19,6 %
Probierkonsumenten	9,6 %	16,6 %	11,2 %	17,7 %
Auszubildende	6,3 %	9,4 %	5,9 %	5,3 %
unspezifisch/Gesamtbevölkerung	5,4 %	4,9 %	2,1 %	2,9 %
Migranten/innen	3,8 %	2,8 %	1,8 %	3,4 %
Beschäftigte im Betrieb	3,0 %	3,3 %	1,6 %	1,8 %
sozial Benachteiligte	2,6 %	4,5 %	1,1 %	2,3 %
Studenten/innen	1,7 %	1,9 %	1,1 %	0,4 %
Senioren/innen	1,6 %	0,5 %	1,0 %	0,9 %
Straffällige	1,0 %	1,8 %	2,5 %	5,7 %
suchtbelastete Lebensgemeinschaften	0,8 %	1,1 %	0,1 %	0,6 %
Sonstige	1,4 %	2,6 %	1,5 %	2,3 %
<b>N</b>	<b>876</b>	<b>1.023</b>	<b>1.045</b>	<b>1.088</b>

Die nächste Auswertung betrifft die Altersgruppen. Diese Kategorie wird ausschließlich bei denjenigen Maßnahmen erhoben, die sich direkt an die Endadressaten/-innen wenden. Es zeigt sich, dass sich über 60 % dieser Aktivitäten an die Gruppe der Jugendlichen richten (siehe Tabelle 29). Das ist unverändert seit dem Jahr 2011 so 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 Senioren/-innen werden gleichbleibend selten durchgeführt (2016: 3 %).

**Tabelle 29: Altersgruppen der Endadressaten/-innen 2011-2016 (Mehrfachnennung möglich)**

	2011	2013	2015	2016
Kinder (bis 13 Jahre)	28,4 %	23,2 %	40,4 %	32,4 %
Jugendliche (14 bis 17 Jahre)	61,3 %	60,6 %	61,0 %	62,2 %
Junge Erwachsene (18 bis 27 Jahre)	31,8 %	34,4 %	27,8 %	29,4 %
Erwachsene (28 bis 64 Jahre)	24,7 %	25,8 %	17,3 %	17,0 %
Senioren/innen (ab 65 Jahre)	2,4 %	4,8 %	2,4 %	3,3 %
<b>N</b>	<b>876</b>	<b>1.023</b>	<b>1.045</b>	<b>1.088</b>

Für die Zielebene der Öffentlichkeitsarbeit wird erfasst, in welcher konkreten Form diese stattfindet. Der Blick auf die folgende Tabelle 30 macht deutlich, dass die dominierende Form der Öffentlichkeitsarbeit die Pressemitteilung ist (Jahresanteile zwischen 40 % und 47 %). Aber auch der Informations-/Aktionsstand, die Erstellung und Pflege von Websites sowie die Herausgabe von Flyern und Plakaten haben eine wichtige Bedeutung in der vielschichtigen Öffentlichkeitsarbeit der Fachstellen. Vor allem fällt auf, dass die Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen von sozialen Netzwerken im Internet stetig an Bedeutung gewonnen hat (von 19 % auf 31 %).

**Tabelle 30: Formen der Öffentlichkeitsarbeit 2011-2016 (Mehrfachnennung möglich)**

	2011	2013	2015	2016
Pressemitteilung	44,7 %	46,5 %	40,4 %	42,7 %
Informations-/Aktionsstand	36,7 %	26,8 %	32,9 %	25,0 %
Flyer	27,2 %	25,4 %	26,3 %	14,6 %
Erstellung Websites, Rubriken Internet	26,6 %	24,4 %	27,9 %	24,5 %
Soziales Netzwerk Internet	18,6 %	21,6 %	25,4 %	31,3 %
Plakat	18,6 %	19,7 %	20,1 %	15,6 %
Broschüre	18,6 %	16,0 %	13,8 %	3,6 %
Interview	17,0 %	25,4 %	16,3 %	13,0 %
Merchandising	5,9 %	10,3 %	11,3 %	7,8 %
Beitrag, Spot	5,3 %	5,6 %	4,2 %	1,0 %
Newsletter	2,7 %	0,9 %	1,7 %	1,0 %
Anzeige	2,1 %	3,3 %	2,9 %	2,1 %
eigene Zeitschrift/Zeitung	2,1 %	1,4 %	1,7 %	1,0 %
Betreuung Blog	-	0,5 %	-	2,1 %
Sonstiges	15,4 %	16,4 %	10,8 %	12,5 %
<b>N</b>	<b>188</b>	<b>213</b>	<b>240</b>	<b>192</b>

Die letzte Auswertung, die die Zielebene betrifft, ist die Frage nach der Anzahl erreichter Personen. Auch hier zeigt sich teilweise eine relativ hohe Kontinuität in der suchtpreventiven Arbeit: Pro durchgeführter Multiplikatoren-Maßnahme sind im Durchschnitt jedes Jahr 16 bis 17 Personen geschult bzw. informiert worden (siehe Tabelle 31). Das sind hochgerechnet zwischen 23.000 und 25.000 Personen pro Jahr.

Bei den Endadressaten/-innen ist dagegen eine uneinheitliche Entwicklung festzustellen: Bis zum Jahr 2015 ist die Anzahl erreichter Personen kontinuierlich von 40.000 auf 55.000 angewachsen; im Jahr 2016 fällt diese dann auf knapp 47.000 Personen. Trotz einer Höchstzahl durchgeführter Maßnahmen (1.024) sind weniger Personen pro Maßnahme als in den Vorjahren erreicht worden (Ø 46 Personen).

**Tabelle 31: Anzahl der erreichten Personen Multiplikatoren/-innen und Endadressaten/-innen 2011-2016**

	2011	2013	2015	2016
<b>Multiplikatoren/-innen</b>				
Durchschnittliche Teilnehmeranzahl	16,1	15,7	15,7	17,0
Insgesamt	25.068	24.649	23.079	23.630
<b>N</b>	<b>1.557</b>	<b>1.570</b>	<b>1.470</b>	<b>1.390</b>
<b>Endadressaten/-innen</b>				
Durchschnittliche Teilnehmeranzahl	50,5	52,1	55,7	45,8
Insgesamt	40.350	49.808	55.310	46.899
<b>N</b>	<b>799</b>	<b>956</b>	<b>993</b>	<b>1.024</b>

## Inhaltsebene

Bei der Analyse der Ergebnisse zur inhaltlichen Ebene der Maßnahmen – auch hier waren Mehrfachnennungen möglich – wird deutlich, dass die meisten der durchgeführten Maßnahmen auf die Stärkung der Lebenskompetenzen der primären Zielgruppe abzielen. Für die betrachteten Jahre liegen die entsprechenden Anteile zwischen 57 % und 60 % - mit einem Höchstwert im Jahr 2016 (siehe Tabelle 32). An zweiter Stelle folgen die Maßnahmen, die einen substanzspezifischen Bezug besitzen. Hier ist für die betrachteten Jahre 2011 bis 2016 ein deutlicher Anstieg um 8 Prozentpunkte von 46 % auf 54 % zu konstatieren. Aktivitäten zu dem Thema Verhaltenssüchte finden vergleichsweise seltener statt; ihr relativer Anteil liegt seit zwei Jahren stabil bei 21 %.

Wird danach ausgewertet, in welcher Kombination Inhalte zusammen behandelt werden, zeigt sich, dass bei den meisten Maßnahmen ausschließlich ein Inhalt thematisiert wird. Das gilt in 2016 für drei Viertel aller Maßnahmen (74 %). In den Jahren 2011 und 2013 betrug dieser Wert sogar 85 % (2015: 76 %). Bei 6 % bis 9 % der Maßnahmen werden – über die vier Vergleichsjahre betrachtet – alle drei Themenkomplexe zusammen behandelt. Den Rest stellen Maßnahmen dar, bei denen es jeweils um zwei der drei genannten Inhalte geht.



**Tabelle 32: Inhaltsebene der Maßnahmen 2011-2016 (Mehrfachnennung möglich)**

	2011	2013	2015	2016
Lebenskompetenz	58,1 %	57,2 %	58,3 %	60,1 %
Substanzbezug	46,4 %	48,2 %	51,2 %	54,4 %
Verhaltenssüchte	14,3 %	15,5 %	21,0 %	20,5 %
<b>N</b>	<b>2.554</b>	<b>2.741</b>	<b>2.704</b>	<b>2.607</b>

Bei den allermeisten Maßnahmen mit einem Substanzbezug geht es (auch) um den Inhalt Alkohol, auch wenn hier seit 2011 ein leichter Rückgang des prozentualen Anteils zu konstatieren ist (von 92 % auf 87 %) (siehe Tabelle 33). An zweiter Stelle folgt der Themenbereich Cannabis, der seit 2011 einen sehr starken Bedeutungszuwachs erfahren hat: sein Anteil ist von 34 % auf 57 % angestiegen. Ebenfalls hat der Anteil tabakbezogener Maßnahmen in dem betrachteten Zeitraum (leicht) zugenommen: von 29 % auf 33 %. Bei allen anderen Substanzen ist dagegen keine Entwicklung in die eine oder andere Richtung festzustellen; es gibt hier teilweise sehr deutliche Schwankungen. Das gilt auch für die Kategorie Amphetamine/Speed, deren Wert sich zwischen 2015 und 2016 verdoppelt hat (von 10 % auf 20 %); in 2013 lag dieser aber auch schon einmal bei 16 %. Im Jahr 2016 wurden erstmals Maßnahmen zum Thema Methamphetamine („Crystal Meth“) separat erfasst: ihr Anteil beträgt 6 %.

**Tabelle 33: Inhaltsebene der Maßnahmen, Substanzbezug 2011-2016 (Mehrfachnennung möglich)**

	2011	2013	2015	2016
Alkohol	91,6 %	89,9 %	85,6 %	86,9 %
Cannabis	34,1 %	38,5 %	42,3 %	56,7 %
Tabak	29,1 %	29,5 %	32,2 %	33,3 %
Medikamente	9,9 %	14,9 %	10,0 %	11,9 %
Amphetamine/Speed	9,4 %	16,0 %	9,8 %	20,0 %
Methamphetamine*	n. n.	n. n.	n. n.	5,9 %
Ecstasy	8,2 %	13,6 %	6,3 %	12,1 %
Opiate	7,9 %	12,2 %	6,8 %	8,3 %
Kokain	7,6 %	11,9 %	5,0 %	9,2 %
Halluzinogene	6,7 %	9,6 %	3,8 %	5,4 %
Biogene Drogen	4,6 %	8,8 %	2,7 %	4,4 %
Lösungsmittel	3,1 %	4,5 %	2,4 %	3,1 %
<b>N</b>	<b>1.184</b>	<b>1.321</b>	<b>1.384</b>	<b>1.417</b>

\*Methamphetamine („Crystal Meth“) können erst seit 2016 separat erfasst und ausgewertet werden.

Da der Anteil cannabisbezogener Maßnahmen zwischen 2011 und 2016 stetig gestiegen ist, soll mit einer weiteren Auswertung der Frage nachgegangen werden, ob hierbei ein bestimmter Zusammenhang mit anderen behandelten Substanzen besteht. Ein solcher zeigt sich jedoch insge-

samt betrachtet nicht (siehe Tabelle 34). Cannabis wird sowohl alleine (Anteil 2016: 17 %) als auch mit Alkohol (40 %) oder mit Alkohol und anderen illegalen Drogen thematisiert (42 %). Hierbei ist es im Beobachtungszeitraum immer wieder zu schwankenden prozentualen Anteilen gekommen. Dagegen wird Cannabis (gleichbleibend) selten ausschließlich zusammen mit anderen illegalen Drogen behandelt (1 % bis 2 %).

**Tabelle 34: Substanzbezug Cannabis 2011-2016**

	2011	2013	2015	2016
ausschließlich Cannabis	8,2 %	15,1 %	20,9 %	17,4 %
Cannabis & Alkohol	57,3 %	36,0 %	49,6 %	39,5 %
Cannabis, Alkohol & andere illegale Drogen	33,7 %	47,3 %	27,2 %	41,6 %
Cannabis & andere illegale Drogen	0,7 %	1,6 %	2,4 %	1,5 %
<b>N</b>	<b>403</b>	<b>509</b>	<b>585</b>	<b>803</b>

Auch die Maßnahmen, die sich auf Verhaltenssüchte beziehen, können in Dot.sys differenziert erfasst werden. Die Auswertung zeigt, dass derartige Aktivitäten in erster Linie vom Thema „Internet-/Computersucht“ dominiert werden. Das ist – über die Jahre konstant – bei über 80 % der Fall (siehe Tabelle 35). Es folgen Maßnahmen, die sich mit dem problematischen Umgang mit anderen Medien beschäftigen: Hier existieren größere zahlenmäßige Schwankungen; für das Jahr 2016 ist ein Wert von 74 % ausgewiesen. Die Inhalte „Esstörungen“ und „pathologisches Glücksspiel“ kommen dagegen auf geringere prozentuale Anteile, wobei die Relevanz des zweitgenannten Bereiches in den letzten fünf Jahren deutlich zugenommen hat (von 12 % auf 27 %).

**Tabelle 35: Inhaltsebene der Maßnahmen, Verhaltenssüchte 2011-2016 (Mehrfachnennung möglich)**

	2011	2013	2015	2016
Internet-/Computersucht	82,4 %	85,4 %	82,4 %	80,5 %
problematischer Umgang andere Medien	58,0 %	54,6 %	76,0 %	74,0 %
Esstörungen	13,5 %	13,9 %	20,3 %	15,5 %
pathologisches Glücksspiel	11,5 %	22,4 %	21,5 %	26,8 %
Sonstige	2,7 %	4,0 %	0,7 %	0,6 %
<b>N</b>	<b>364</b>	<b>425</b>	<b>567</b>	<b>534</b>

## Setting

Das Setting beschreibt die Umgebung, das Milieu oder den institutionellen Rahmen, in denen eine suchtpreventive Maßnahme stattfindet. In Hessen steht hierbei an erster Stelle die Schule: Ungefähr die Hälfte aller Aktivitäten wird in diesem Setting durchgeführt, wobei sein relativer Anteil von Jahr zu Jahr etwas schwankt (siehe Tabelle 36). Der aktuelle Anteil liegt bei 52 %. Es folgt – mit weitem Abstand – das Setting Jugendarbeit (12 % bis 15 %). Ein Anstieg des relativen Anteils hat

im Setting Suchthilfe stattgefunden: er ist von 7 % auf 11 % angewachsen. Dagegen hat es beim Setting Kindertagesstätte eine Abnahme gegeben (von 11 % auf 8 %). Bei allen anderen Settings werden für die Jahre 2011 bis 2016 keine Trends in die eine oder andere Richtung sichtbar. Alle weisen für das letzte betrachtete Jahr (2016) relative Anteile von unter 10 % aus, darunter unter anderem Betrieb und Familie.

**Tabelle 36: Settings der Maßnahmen 2011-2016 (Mehrfachnennung möglich)**

	2011	2012	2013	2016
Schule	50,5 %	46,9 %	52,3 %	51,6 %
Jugendarbeit	13,0 %	11,7 %	12,1 %	14,9 %
Kindertagesstätte	11,4 %	9,4 %	8,8 %	7,9 %
Politik/Kommune/Behörde/etc.	7,6 %	8,1 %	8,3 %	7,2 %
unspezifisch (Öffentlichkeit/Bevölkerung)	7,4 %	8,1 %	6,5 %	5,5 %
Suchthilfe	6,9 %	9,8 %	9,7 %	10,7 %
Gesundheitswesen	5,5 %	4,3 %	5,0 %	5,2 %
Freizeit	5,2 %	6,3 %	10,5 %	7,7 %
Betrieb	4,9 %	6,3 %	4,9 %	5,5 %
Familie	4,3 %	4,7 %	9,0 %	5,5 %
Erwachsenen-/Familienbildung	3,4 %	2,4 %	2,8 %	1,4 %
Strafwesen/Polizei	2,6 %	1,9 %	2,3 %	3,4 %
Hochschule/Fachhochschule	2,6 %	1,7 %	2,4 %	2,9 %
Kirche	2,5 %	3,2 %	3,1 %	2,7 %
Sport	0,6 %	0,6 %	0,5 %	0,4 %
Fahrschule	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
Sonstiges	2,1 %	2,0 %	2,3 %	2,3 %
<b>N</b>	<b>2.366</b>	<b>2.528</b>	<b>2.465</b>	<b>2.415</b>

## Umsetzungsebene

Die nächste Tabelle zeigt die so genannte Umsetzungsebene der Maßnahmen. Damit ist die Form oder Methodik der Maßnahme gemeint. Wie in vorangegangenen Auswertungen ergeben sich auch hier nur wenige nennenswerte Veränderungen für die untersuchte Zeitspanne. Die wichtigste Rolle spielen Trainings/Schulungen mit Anteilen zwischen 37 % und 44 % – hier ist ein leichter Anstieg in den letzten Jahren zu konstatieren (siehe Tabelle 37). Die Kooperation bzw. Koordination mit Dritten betrifft – gleichbleibend – etwa jede vierte Maßnahme (23 % bis 26 %). An dritter Stelle folgt die Präventionsberatung (10 % bis 12 %). Alle anderen Umsetzungsformen kommen auf geringere Anteile. Darunter sind auch welche, die aufgrund ihres hohen Aufwandes naturgemäß nur selten vorkommen (z. B. die Fachtagung).

**Tabelle 37: Umsetzungsebene der Maßnahmen 2011-2016**

	2011	2013	2015	2016
Trainings/Schulungen	39,0 %	36,7 %	42,7 %	44,3 %
Kooperation/Koordination	23,4 %	25,7 %	22,9 %	22,5 %
Präventionsberatung	12,0 %	10,0 %	9,8 %	9,6 %
Ausstellung/Projekttag/Aktionswochen	8,7 %	8,6 %	9,4 %	8,4 %
Vortrag/Referat	7,5 %	7,9 %	7,2 %	5,8 %
Informationsvermittlung	6,8 %	8,5 %	5,9 %	7,1 %
Fachtagung	1,6 %	1,6 %	1,6 %	1,7 %
Information/Vermittlung Hilfsdienste	0,8 %	0,9 %	0,4 %	0,5 %
<b>N</b>	<b>2.366</b>	<b>2.528</b>	<b>2.464</b>	<b>2.415</b>

## Zielsetzung

Bei den Präventionsmaßnahmen gibt es einerseits Individuen-bezogene Zielsetzungen. Hier steht an erster Stelle die Zunahme des Wissens bei den entsprechenden Zielgruppen. Etwa 70 % aller Aktivitäten verfolgen dieses Ziel – und das relativ konstant über die einbezogenen Jahre (siehe Tabelle 38). Am zweithäufigsten wird die Stärkung/Veränderung von Einstellungen genannt. Auch hier liegen relativ stabile Werte vor (41 % bis 45 %). Bei der Kompetenzförderung ist die Schwankungsbreite etwas größer (31 % bis 37 %). Dagegen hat die Bedeutung der Förderung der Risikokompetenz kontinuierlich von Jahr zu Jahr zugenommen; ihr Anteil hat sich seit 2011 verdoppelt (von 12 % auf 24 %).

Andererseits bestehen Zielsetzungen, die auf strukturelle Aspekte oder die Öffentlichkeitsarbeit abzielen. Hier kommen die beiden Ziele „Verstärkung der Vernetzung“ und „Aufbau von Strukturen“ auf Werte, die um bzw. über 30 % liegen. Die Bedeutung beider Kategorien hat in den letzten Jahren (leicht) zugenommen. Die Öffentlichkeitsarbeit weist dagegen schwankende Werte zwischen 15 % auf 19 % auf.

**Tabelle 38: Zielsetzung der Maßnahmen 2011-2016 (Mehrfachnennung möglich)**

	2011	2013	2015	2016
Zunahme Wissen	69,8 %	72,7 %	68,2 %	71,1 %
Stärkung/Veränderung von Einstellungen	43,4 %	45,0 %	42,0 %	40,9 %
Kompetenzförderung/Ressourcenstärkung	36,6 %	31,2 %	33,7 %	35,3 %
Förderung von Risikokompetenz	12,0 %	14,2 %	19,7 %	23,7 %
Verhaltensmodifikation	14,6 %	13,9 %	14,8 %	12,0 %
Stärkung der Vernetzung	31,9 %	32,4 %	34,2 %	34,4 %
Aufbau von Strukturen	28,0 %	30,1 %	30,0 %	32,6 %
hohe Öffentlichkeitswirksamkeit	16,8 %	19,4 %	18,5 %	15,3 %
<b>N</b>	<b>2.554</b>	<b>2.741</b>	<b>2.705</b>	<b>2.607</b>

## 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 39). Dieser Anteil ist im Zeitraum 2011 bis 2016 von 69 % auf 75 % angestiegen. Parallel ist der Anteil bereits vorhandener Evaluationen zurückgegangen (von 20 % auf 16 %). Der Anteil laufender Evaluationen ist relativ stabil (10 % bis 12 %).

**Tabelle 39: Evaluation der Maßnahmen 2011-2016**

	2011	2013	2015	2016
nicht vorgesehen	68,8 %	72,4 %	73,2 %	74,5 %
aktuell durchgeführt	11,6 %	11,1 %	11,4 %	9,5 %
bereits vorhanden	19,7 %	16,6 %	15,3 %	16,0 %
N	2.554	2.741	2.705	2.607

## Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich einige interessante Veränderungen in der suchtpräventiven Arbeit in Hessen im betrachteten Zeitraum 2011 bis 2016 zeigen. Diese betreffen vor allem die folgenden Aspekte (in Klammern die Zahlen von 2011 und 2016):

- Zielebene: Der Anteil multiplikatorenbezogener Arbeit ist von Jahr zu Jahr zurückgegangen (von 58 % auf 51 %). Gleichmaßen haben die Tätigkeiten, die sich direkt an die Endadressaten/-innen wenden, zugenommen (von 34 % auf 42 %).
- Inhaltsebene (Substanzbezug): Der Themenbereich Cannabis hat seit 2011 einen sehr starken Bedeutungszuwachs erfahren (von 34 % auf 57 %).
- Inhaltsebene (Verhaltenssüchte): Die Relevanz des Themenbereiches „pathologisches Glücksspiel“ hat in den letzten fünf Jahren deutlich zugenommen (von 12 % auf 27 %).
- Zielsetzung: Die Bedeutung der Förderung der Risikokompetenz hat kontinuierlich von Jahr zu Jahr zugenommen (von 12 % auf 24 %).
- Evaluationsstatus: Der prozentuale Anteil nicht evaluierter Maßnahmen ist weiter angewachsen (von 69 % auf 75 %).

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

# Vergleich Bund – Hessen 2015

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 2015 stammen, die sich darüber hinaus nur auf bestimmte Auswertungsaspekte beziehen (DBDD 2017).<sup>4</sup> Deshalb besitzt der folgende Vergleich nur eine eingeschränkte Aussagekraft; gleichzeitig zeigen sich schon auf dieser Auswertungsebene einige interessante Unterschiede.

Bei der ersten Gegenüberstellung, der Präventionsart, zeigen die bundesweiten Zahlen einen geringeren Anteil universeller Prävention (61 %) sowie einen höheren Anteil indizierter Prävention (14 %) im Vergleich zu Hessen (siehe Tabelle 40). Die Werte für die selektive und strukturelle Prävention sind dagegen in etwa vergleichbar (15 % zu 12 % bzw. 10 % zu 13 %).

**Tabelle 40: Präventionsart der Maßnahmen 2015**

	Bund	Hessen
universell	61 %	71 %
selektiv	15 %	12 %
indiziert	14 %	4 %
strukturell	10 %	13 %
N	34.492	2.702

Auch beim zweiten Vergleich ergeben sich starke Abweichungen: Während bei der bundesweiten Auswertung die Maßnahmen für Endadressaten/-innen auf einen Anteil von 57 % und diejenigen für Multiplikatoren/-innen auf 37 % kommen, betragen die entsprechenden Anteile in Hessen 39 % und 53 % (siehe Tabelle 41). Damit liegt beinahe ein umgekehrtes Verhältnis bei diesen beiden Kategorien vor. Die Prozentwerte für die Öffentlichkeitsarbeit sind nicht so weit auseinander: 9 % für Hessen stehen 6 % für den Bund gegenüber.

**Tabelle 41: Zielebene der Maßnahmen 2016**

	Bund	Hessen
Multiplikatoren/-innen	37 %	53 %
Endadressaten/-innen	57 %	39 %
Öffentlichkeitsarbeit	6 %	9 %
N	34.492	2.705

<sup>4</sup> Das betrifft sowohl die Ober- als auch die Unterkategorien. Beispielsweise sind bei der „Umsetzungsebene“ nur drei von insgesamt acht Items ausgewiesen. Ferner sind die bundesweiten Dot.sys-Zahlen in gerundeten Prozentangaben (ohne Dezimale) veröffentlicht worden.

Beim Substanzbezug stellt sich die Situation so dar, dass die bundesweiten Zahlen gegenüber Hessen einen deutlich geringeren Anteil für Alkohol (76 %) und gleichzeitig einen deutlich höheren für Cannabis (52 %) ausweisen (siehe Tabelle 42). Ein weiterer nennenswerter Unterschied findet sich bei Ecstasy; hier beträgt das Verhältnis 15 % (Bund) zu 6 % (Hessen). Bei allen anderen Substanzen betragen die Abweichungen höchstens fünf Prozentpunkte.

**Tabelle 42: Inhaltsebene der Maßnahmen, Substanzbezug 2015 (Mehrfachnennung möglich)**

	Bund	Hessen
Alkohol	76 %	86 %
Cannabis	52 %	42 %
Tabak	34 %	32 %
Amphetamine/Speed	15 %	10 %
Ecstasy	15 %	6 %
Medikamente	13 %	10 %
Opiate	10 %	7 %
Kokain	10 %	5 %
Halluzinogene	8 %	4 %
Biogene Drogen	7 %	3 %
Lösungsmittel	4 %	2 %
<b>N</b>	<b>20.110</b>	<b>1.384</b>

Beim Setting zeigen sich vergleichsweise geringe Unterschiede zwischen der Bundes- und Hessenebene. Der größte Unterschied ist beim Setting Schule vorhanden – hier ist der prozentuale Anteil in Hessen um 7 Prozentpunkte höher (52 % zu 45 %) (siehe Tabelle 43). Am zweitgrößten ist die Abweichung beim Setting Betrieb, hier ist der Anteil auf der Bundesebene größer als in Hessen (8 % zu 5 %). Bei allen anderen Settings sind keine bedeutsamen Differenzen auszumachen.

**Tabelle 43: Settings der Maßnahmen 2015 (Mehrfachnennung möglich)**

	Bund	Hessen
Schule	45 %	52 %
Suchthilfe	12 %	10 %
Freizeit	11 %	11 %
Familie	10 %	9 %
Jugendarbeit	10 %	12 %
Betrieb	8 %	5 %
Gesundheitswesen	7 %	5 %
<b>N</b>	<b>34.492</b>	<b>2.465</b>

Bei den drei angegebenen Kategorien für die Umsetzungsebene ergibt sich in der Vergleichsperspektive das folgende Bild: Die Trainings/Schulungen haben auf der Bundes- und Hessenebene in etwa die gleiche Bedeutung (40 % bzw. 43 %) (siehe Tabelle 44). Während die Präventionsbe-

ration bundesweit einen größeren Anteil aufweist (19 % zu 10 %), ist dies bei der Kooperation/Koordination umgekehrt (11 % zu 23 %).<sup>5</sup>

**Tabelle 44: Umsetzungsebene der Maßnahmen 2015**

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

Auch bei der Dimension „Zielsetzung der Maßnahmen“ sind Unterschiede zwischen Bund und Hessen vorhanden, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Bundesebene hier bei allen vier Individuenbezogene Zielsetzungen auf höhere Werte kommt. Die Rangfolge ist aber die Gleiche. An erster Stelle folgt die Wissensvermittlung (76 % und 68 %), gefolgt von Stärkung/Veränderung der Einstellung (52 % und 42 %) und der Kompetenzförderung (35 % und 34 %) (siehe Tabelle 45). Maßnahmen, die direkt auf ein erwünschtes Verhalten abzielen, kommen auf Anteile von 19 % bzw. 15 %.

Diese geringeren Prozentwerte in Hessen dürften damit zu tun haben, dass in diesem Bundesland die Vernetzung und der Aufbau von Strukturen als Zielsetzungen der suchtpreventiven Arbeit eine wichtigere Rolle spielen als auf der Bundesebene. So beträgt das prozentuale Verhältnis bei der Verstärkung der Vernetzung 34 % (Hessen) zu 23 % (Bund), beim Aufbau von Strukturen 30 % zu 20 %.

**Tabelle 45: Zielsetzung der Maßnahmen 2016 (Mehrfachnennung möglich)**

	Bund	Hessen
Zunahme Wissen	76 %	68 %
Stärkung/Veränderung von Einstellungen	52 %	42 %
Kompetenzförderung/Ressourcenstärkung	35 %	34 %
Förderung Risikokompetenz	22 %	20 %
Verhaltensmodifikation	19 %	15 %
Stärkung Vernetzung	23 %	34 %
Aufbau Strukturen	20 %	30 %
hohe Öffentlichkeitswirksamkeit	11 %	19 %
<b>N</b>	<b>34.492</b>	<b>2.705</b>

<sup>5</sup> Hierbei ist zu berücksichtigen, dass für den Bund nicht die Ergebnisse aller Kategorien der Umsetzungsebene veröffentlicht worden sind und von daher die aufsummierten Prozentwerte unter 100 % liegen.



Die Ergebnisse beim Evaluationsstatus durchgeführter Maßnahmen sind ähnlich: Für die bundesweite Situation liegt für das Jahr 2015 ein Wert von 25 % aller Maßnahmen vor, die bereits evaluiert worden sind bzw. sich aktuell in der Evaluierung befanden. In Hessen beträgt der entsprechende Anteil 27 %.

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

# Evaluationsstatus

In diesem kurzen Kapitel wird eine Auswertung nach dem Evaluationsstatus der suchtpreventiven Maßnahmen vorgenommen. Dadurch kann ein Hinweis auf die Evidenzbasierung der Suchtprävention in Hessen gegeben werden. Es wurde schon dargestellt, dass sich insgesamt der Anteil evaluiert Maßnahmen in Hessen auf bundesweitem Niveau bewegt (siehe oben).

In der folgenden Analyse wird zwischen den drei Erfassungskategorien Evaluation „nicht vorgesehen“, „wird aktuell durchgeführt“ und „bereits vorhanden“ unterschieden. Sie bezieht sich hier ausschließlich auf die Angaben zu den „Trainings/Schulungen“ und „Ausstellungen/Projektstage“, da es in diesen beiden Bereichen am wahrscheinlichsten ist, dass Evaluationen vorkommen.<sup>6</sup> Ferner umfasst die Auswertung die drei Jahre von 2014 bis 2016, so dass eine valide Datengrundlage von insgesamt 3.686 Maßnahmen entsteht (siehe Tabelle 46)

**Tabelle 46: Datengrundlage der Auswertung nach Evaluationsstatus (2014 bis 2016)**

	nicht vorgesehen	wird aktuell durchgeführt	bereits vorhanden	N
Trainings/Schulungen	64,6 %	12,8 %	22,6 %	3.066
Ausstellungen/Projektstage	69,4 %	16,8 %	13,9 %	620
<b>insgesamt</b>	<b>65,4 %</b>	<b>13,5 %</b>	<b>21,1 %</b>	<b>3.686</b>

Wird im ersten Schritt die Präventionsart betrachtet, zeigt sich, dass im Bereich der indizierten Prävention der Anteil von Maßnahmen mit bereits vorhandener Evaluation außerordentlich hoch ist: er beträgt 51 % (siehe Tabelle 47). Bei den anderen drei Präventionsarten liegt der entsprechende Anteil jeweils bei etwa 20 %. Maßnahmen der universellen Prävention weisen mit 15 % den höchsten Anteil aktuell laufender Evaluationen auf.

**Tabelle 47: Präventionsart nach Evaluationsstatus (2014 bis 2016)**

	nicht vorgesehen	wird aktuell durchgeführt	bereits vorhanden	N
universell	65,7 %	14,8 %	19,5 %	2.811
selektiv	71,6 %	8,6 %	19,8 %	570
indiziert	41,9 %	7,5 %	50,5 %	186
strukturell	65,5 %	14,3 %	20,2 %	119

Dagegen ergeben sich keine nennenswerten Unterschiede, wenn beim Evaluationsstatus nach der Zielebene differenziert wird. Gut jede fünfte Maßnahme, die sich an Multiplikatoren/-innen richtet, ist schon evaluiert worden (22 %) (siehe Tabelle 48). Das Gleiche trifft auf Maßnahmen für

<sup>6</sup> Nicht eingeschlossen wurden die folgenden Kategorien (Umsetzungsebene): Kooperation/Koordination, Präventionsberatung, Vortrag/Referat, Informationsvermittlung, Fachtagung, Information/Vermittlung Hilfsdienste.

Endadressaten/-innen zu (21 %). In etwa gleich hoch sind ebenfalls die prozentualen Anteile für aktuell durchgeführte Evaluationen (13 % bzw. 14 %)

**Tabelle 48: Zielebene nach Evaluationsstatus (2014 bis 2016)**

	nicht vorgesehen	wird aktuell durchgeführt	bereits vorhanden	N
Multiplikatoren/innen	65,7 %	12,8 %	21,5 %	1.318
Endadressaten/innen	65,2 %	13,9 %	20,9 %	2.368

Bemerkenswerte Abweichungen lassen sich beim Setting finden: Die drei Settings mit den drei höchsten und niedrigsten Anteilen sind in der folgenden Tabelle 49 ausgewiesen. Mit Abstand am größten ist der Anteil bereits evaluierter Maßnahmen mit 74 % im Setting „Polizei/Strafwesen“. Es folgen Suchthilfe (40 %) und Jugendarbeit (34 %). Dieser Sachverhalt kommt vor allem dadurch zustande, dass in diesen drei Settings der Anteil indizierter Präventionsarbeit besonders hoch ist. Die drei Settings mit den niedrigsten Anteilen vorhandener Evaluationen sind: Freizeit (8 %), Gesundheitswesen (7 %) und Hochschule/Fachhochschule (4 %). Es sei ergänzend angefügt, dass in den beiden zuletzt genannten Settings der relative Anteil laufender Evaluierungen überdurchschnittlich hoch ist.

In allen anderen, hier nicht ausgewiesenen Settings liegt der Anteil bereits evaluierter Maßnahmen zwischen 11 % und 25 % (z. B. Kommune: 14,8 %; Schule: 19,1 %; Kindertagesstätte: 21,1 %).

**Tabelle 49: Setting nach Evaluationsstatus (2014 bis 2016)**

	nicht vorgesehen	wird aktuell durchgeführt	bereits vorhanden	N
<b>höchste Anteile „Evaluation vorhanden“</b>				
Polizei/Strafwesen	20,2 %	6,2 %	73,6 %	129
Suchthilfe	56,0 %	4,1 %	39,9 %	268
Jugendarbeit	57,5 %	8,7 %	33,9 %	381
<b>niedrigste Anteile „Evaluation vorhanden“</b>				
Freizeit	83,5 %	8,5 %	8,0 %	376
Gesundheitswesen	66,7 %	25,9 %	7,4 %	54
Hochschule/ Fachhochschule	66,7 %	28,9 %	4,4 %	90

Die beiden zentralen Kategorien der Inhaltsebene unterscheiden sich nicht wesentlich bei ihrem Anteil evaluierter Maßnahmen: Die Lebenskompetenzförderung kommt auf einen Wert von 21,8 %; bei den Interventionen mit Substanzbezug beträgt er 24,3 %.

Werden die Maßnahmen nach den wichtigsten Substanzen differenziert, ergibt sich ein Korridor von 19 % bis 28 % evaluierter Maßnahmen (siehe Tabelle 50). Bei den Amphetaminen ist ihr Anteil am größten (28 %), bei den Medikamenten am geringsten (19 %). Cannabis ist die diejenige Substanz, bei der der Anteil aktuell laufender Evaluationen am höchsten ist (14 %).

**Tabelle 50: Substanzbezug nach Evaluationsstatus (2014 bis 2016)**

	nicht vorgesehen	wird aktuell durchgeführt	bereits vorhanden	N
Alkohol	63,5 %	10,8 %	25,7 %	1.850
Cannabis	65,1 %	14,2 %	20,7 %	1.053
Tabak	66,6 %	11,8 %	21,6 %	805
Medikamente	73,4 %	8,0 %	18,6 %	274
Amphetamine/Speed	67,9 %	4,4 %	27,7 %	159

Bei den Maßnahmen zu Verhaltenssüchten ist der Anteil bereits evaluierter Maßnahmen mit 14 % vergleichsweise gering. Im Einzelnen stellt sich die Situation wie folgt dar: Mit Abstand am meisten evaluierte Maßnahmen lassen sich im Bereich des Pathologischen Glücksspiels finden. Beinahe jede dritte Intervention, die durchgeführt wird, ist schon evaluiert (31 %). Am niedrigsten ist der diesbezügliche Anteil bei den Essstörungen.

**Tabelle 51: Verhaltenssüchte nach Evaluationsstatus (2014 bis 2016)**

	nicht vorgesehen	wird aktuell durchgeführt	bereits vorhanden	N
Internet-/Computersucht	75,3 %	11,0 %	13,8 %	566
Problematischer Umgang andere Medien	75,0 %	11,8 %	13,2 %	559
Pathologisches Glücksspiel	54,2 %	14,7 %	31,1 %	177
Essstörungen	77,6 %	12,6 %	9,8 %	143

Als auffälligste Merkmale dieser Auswertung nach Evaluationsstatus können die hohen Anteile evaluierter Maßnahmen im Bereich der indizierten Prävention sowie in den Settings Polizei/Strafwesen, Suchthilfe und Jugendarbeit festgehalten werden.

# Einordnung der Dot.sys-Ergebnisse aus Sicht der HLS

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

Die landesweiten Auswertungsergebnisse zeigen sich im Berichtszeitraum 2011-2016 insgesamt stabil und inhaltlich nachvollziehbar. Während auf konzeptioneller und methodischer Ebene der dokumentierten Maßnahmen wenig Veränderung festzustellen ist, lassen sich bezüglich der Inhalte und spezifischen Zielgruppen der Maßnahmen Trends und neue Entwicklungen erkennen. Beide Befunde decken sich mit den Beobachtungen der Koordinierungsstelle für Suchtprävention der HLS und den Erfahrungen der Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention.

## Aktuelle Herausforderungen und Trends der hessischen Suchtprävention

### *Maßnahmen für Multiplikatoren sind weiter rückläufig – Maßnahmen für Endadressaten ansteigend*

#### **Multiplikatorenarbeit ist weiterhin rückläufig von 58 % auf 51 %.**

Die Auswertung zeigt, dass der relative Anteil der dokumentierten Maßnahmen – der sich an Multiplikator/-innen richtete – zurückgegangen ist: von 58 % auf 51 %. Auch in Bezug auf die absoluten Zahlen der Jahre 2011 und 2016 ist ein Rückgang von 1.488 auf 1.327 Maßnahmen festzustellen. Im Jahr 2013 lag die absolute Zahl der Maßnahmen bei 1.504.

Trotz dieses Rückgangs bleibt die Multiplikatorenarbeit weiterhin Kernstück der hessischen Suchtprävention mit 51 % der Maßnahmen (2016).

#### **Lehrkräfte werden am häufigsten angesprochen: 12.000 Lehrkräfte (2016)**

Die Auswertung macht deutlich, dass Lehrkräfte die am häufigsten angesprochene Zielgruppe unter den Multiplikator/-innen darstellt. Ihr relativer Anteil ist leicht zurückgegangen von 46 % in 2011 auf 42 % in 2016 (2013: 45 %; 2015: 43 %). Insgesamt konnten rund 12.000 Lehrkräfte (2016) angesprochen werden.

#### **Maßnahmen für Endadressaten und Endadressatinnen sind von 34 % auf 42 % angestiegen**

Die Analyse der Zielgruppen zeigt einen Zuwachs an Maßnahmen für Endadressat/-innen von 34 % auf 42 %.<sup>7</sup> Dieser ansteigende Trend korrespondiert mit dem Rückgang in der Multiplikatorenarbeit. Kinder und Jugendliche sind die am häufigsten angesprochene Zielgruppe in dieser Kategorie. Ihr Anteil liegt 2016 bei einem Höchstwert von 68 %.

Der Ansatz der Multiplikatorenarbeit lag im Berichtszeitraum konstant über 50 % und entspricht mit diesem prozentualen Anteil noch den Anforderungen einer ressourcenorientierten und nach-

<sup>7</sup> Auch in Bezug auf die absoluten Zahlen der Jahre 2011 und 2016 ist ein Anstieg von 876 auf 1.088 Maßnahmen festzustellen. Das ist eine Steigerungsrate von 24 %.

haltigen Suchtprävention. Allerdings zeigt die Auswertung in der Multiplikatorenarbeit einen kritisch zu bewertenden, rückläufigen Trend gepaart mit einem gegenläufigen, ansteigenden Trend auf der Ebene der Endadressat/-innen. Diese Entwicklungen müssen kritisch hinterfragt und bewertet werden. Denn mit der vorhandenen Personalstruktur der hessischen Fachstellen für Suchtprävention ist eine Schwerpunktsetzung auf Multiplikatorenarbeit unerlässlich, um auch in Zukunft nachhaltig und erfolgreich suchtpreventive Aktivitäten in Hessen anbieten und umsetzen zu können.

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

Suchtprävention zielt darauf ab, Lebenswelten<sup>8</sup> von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen positiv zu beeinflussen, individuelle Kompetenzen zu stärken sowie Fort- und Weiterbildung für Bezugs- und Schlüsselpersonen zu sichern. Lehrkräfte, pädagogische Fachkräfte und Erziehende, die einen guten Kontakt zu Kindern und Jugendlichen aufbauen können, verfügen – als Vertrauenspersonen mit stabiler Beziehung – in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern in Kindergärten, Schulen, Vereinen und Kommunen über nachhaltige Einflussmöglichkeiten. Sie fördern soziale und emotionale Fähigkeiten sowie suchtpreventive Strukturen und ermöglichen dadurch eine höhere Effektivität und Nachhaltigkeit in der Suchtprävention. Darüber hinaus können durch den Multiplikatoren-Ansatz wesentlich mehr Kinder und Jugendliche durch den „Schneeballeffekt“ mit suchtpreventiven Maßnahmen erreicht werden.<sup>9</sup>

### **70 % aller suchtpreventiven Maßnahmen haben einen universellen Ansatz**

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

Die Auswertungsergebnisse bezüglich der Inhalte der Maßnahmen lassen erkennen, dass über die Hälfte der Maßnahmen suchtmittelunspezifisch ausgerichtet (2016: 60 %) und in der universellen Prävention (2016: 70 %) angesiedelt waren.

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

Langzeitstudien aus den USA belegen einen positiven Effekt frühzeitiger Interventionen auf die Entwicklungschancen von Kindern, auf Bildung und Gesundheit im weiteren Lebensverlauf.<sup>10</sup> Aufgezeigt werden konnte zudem ein positiver wirtschaftlicher Effekt auf öffentliche Kassen bei langfristig angelegten Interventionen.<sup>11</sup> Präventive Maßnahmen sollten sinnvollerweise bereits in der frühen Kindheit ansetzen, z.B. im Kindergartenalter, um Verhaltensstörungen und einen negativen Entwicklungsverlauf zu verhindern und eine gesunde Entwicklung von Kindern zu unterstützen. Zudem können suchtpreventive Maßnahmen im Vor-

<sup>8</sup> wie Familie, Kindertagesstätte, Schule und Betrieb.

<sup>9</sup> Wird die Anzahl der Teilnehmenden der Multiplikatorenschulungen (insgesamt 24.000) mit einem Faktor 20 multipliziert (z.B. eine Lehrkraft erreicht mindestens 20 Schüler/-innen), werden durch den „Schneeballeffekt“ insgesamt ca. 480.000 Personen erreicht.

<sup>10</sup> Heckmann 2006 <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/zur-wirksamkeit-frueher-unterstuetzungsangebote/> 21.10.2015

<sup>11</sup> Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Werkbuch Präventions-kette, S. 12, Hannover 2013

schulalter langfristig der Entwicklung von Gewalt- und Suchtproblemen im Jugendalter vorbeugen. Insbesondere Kinder, die aufgrund ihrer familiären und umweltbedingten Lebensumstände Risikofaktoren ausgesetzt sind, können von solchen Maßnahmen profitieren.<sup>12</sup>

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

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

### Kontinuierliche Netzwerkarbeit der Papilio-Partner in Hessen

Durch die kontinuierliche Zusammenarbeit und Begleitung der Partner in Hessen wird eine landesweite, nachhaltige Umsetzung von Papilio ermöglicht.

Im Rahmen des Präventionsgesetzes unterstützt die AOK als finanzieller Hauptförderer in Hessen die Akteure vor Ort: Die Kindergarten-Leitungen, Erzieher/-innen und Papilio-Trainer/-innen der Fachstellen für Suchtprävention.

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

Das Programm **Papilio** wird in Hessen als Kooperationsprojekt von folgenden Partnern getragen:

- Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (HMSI)
- AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
- Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS)
- Hessische Fachstellen für Suchtprävention

### Die AOK Hessen fördert alle Papilio-Fortbildungen

Dank des Präventionsgesetzes kann die AOK seit 2017 alle Papilio-Fortbildungen fördern und zusätzlich die Förderung in Form von Papilio-Stipendien intensivieren.

Für die Erzieher/-innen-Fortbildungen werden die Materialkosten und die Nutzungsgebühren übernommen. Zudem stellt die AOK seit 2017 jährlich eine große Summe für Stipendien zur Verfügung. 2017 wurden Stipendien an 47 Erzieher/-innen in 9 hessischen Kitas vergeben. Damit war der Stipendiumstopf in Höhe von 30.000 erschöpft.

Für Landkreise, in denen noch kein Papilio-Trainer/-in zur Verfügung steht, fördert die AOK die Trainer/-innen-Fortbildung zu 75 % der Kosten.

### Meilensteine und Zahlen zum Programm

Die Fachkräfte der hessischen Fachstellen für Suchtprävention bieten das standardisierte und evaluierte Programm „Papilio“ hessenweit in Kindertagesstätten an. In den letzten zwölf Jahren sind rund **32.000 Kinder** und **1.600 pädagogische Fachkräfte** in hessischen Kindertagesstätten mit diesem Programm erreicht worden. Die Anzahl der „Papilio“-Maßnahmen im Berichtszeitraum 2011-2016 beläuft sich auf rund 550. Da das Programm „Papilio“ evaluiert ist, ergibt sich für den Bereich Kindertagesstätte ein vergleichsweise hoher Anteil evaluierter Projekte, der mit 30 % der Maßnah-

<sup>12</sup> [https://www.papilio.de/papilio\\_sozial-emotionale-kompetenz.php](https://www.papilio.de/papilio_sozial-emotionale-kompetenz.php), 15.8.2017

men über dem Durchschnitt aller dokumentierten suchtpreventiven Maßnahmen in Hessen (25 %) liegt. Betrachtet man zudem spezifische Kategorien wie „Trainings/Schulung“ und „Ausstellung/Projekttag“ in Kindertagesstätten, so erhöht sich der Anteil auf 34 % der Maßnahmen (die aktuell evaluiert werden bzw. bereits evaluiert sind).

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

Anhand des Programmes „Papilio“ konnten Zöllner, Y., Robson, E., Lüth, K. (2016) eine **Explorative Kosten-Nutzen-Abschätzung** des Erzieher/-innen-basierten präventiven Förderprogramms für Kinder im Kindergartenalter erstellen. Die Autoren ziehen folgendes Fazit: „Die Studienlage legt nahe, dass Interventionen, die im Rahmen von Kita-Angeboten durchgeführt werden, durch die frühzeitige Weichenstellung weitreichende Effekte mit sich bringen können. Basierend auf den Modellannahmen eines anhaltenden Effekts kann das „Papilio“-Programm als mittelfristig kostensparend betrachtet werden. Für die simulierte Kohorte mit einer Interventionsgröße von n = 1 000 Kindern ist festzustellen, dass der Nutzen des Programms die Kosten seiner Durchführung überkompensiert, sobald entweder

- zwei Kinder jeweils eine zusätzliche Bildungsstufe erklimmen (d.h. eine Berufsausbildung, ein Hochschulabschluss), welche sie ohne „Papilio“ nicht erklommen hätten; oder
- sieben Kinder eine Berufsausbildung abschließen, die sie sonst (ohne „Papilio“) nicht erreicht hätten.

Diese Ersparnisse kommen der gesamten Bevölkerung zugute. Zwar liegt es in der Natur des Programms, dass die positiven Effekte sich im Nachhinein nicht eindeutig kausal zuweisen lassen können und dass sich die vermiedenen Kosten erst nach Jahren materialisieren; dennoch gilt festzuhalten, dass das „Papilio“-Programm, nebst seiner breit gestreuten Effekte im Sozialkompetenzbereich – und damit relevant für das gesellschaftliche Zusammenleben und den gesellschaftlichen Zusammenhalt – auch positive wirtschaftliche Effekte aufweist.“<sup>13</sup>

### **Der Einsatz von substanzspezifischen Maßnahmen steigt weiter an von 46 % auf 54 %**

Der Anteil der substanzspezifischen Maßnahmen ist im Berichtszeitraum kontinuierlich von **46 % auf 54 % angestiegen**. Mit 1.185 Maßnahmen (2011) auf 1.418 Maßnahmen (2016) ist dies eine Steigerungsrate um 20 %. Der prozentuale Anteil der Maßnahmen ohne Substanzbezug („allgemeine Lebenskompetenzförderung“) liegt im Berichtszeitraum zwischen 57 % und 60 %.

---

<sup>13</sup> Zöllner, Y., Robson, E., Lüth, K. (2016): Explorative Kosten-Nutzen-Abschätzung eines Erzieher/-innen-basierten präventiven Förderprogramms für Kinder im Kindergartenalter. Diskussionspapier



## **Alkohol-Prävention ist stark nachgefragt: 87 % der suchtmittelspezifischen Maßnahmen (2016)**

Das Thema „Alkohol“ stand im Berichtszeitraum im Vordergrund – obwohl ein leichter Rückgang des relativen Anteils von 92 % auf 87 % (2011 auf 2016)<sup>14</sup> festzustellen ist – gefolgt von Angeboten der Cannabis- und Tabakprävention (2016: 57 % und 33 %).

Dieser Bedarf für alkoholpräventive Aktivitäten kann auch aus den aktuellen BZgA-Studienergebnissen abgeleitet werden. Denn nach wie vor gibt es relevante Anteile regelmäßigen Alkoholkonsums<sup>15</sup> unter den 12- bis 17-Jährigen (10 %) und den 18- bis 25-Jährigen (34 %).<sup>16</sup>

### **„HaLT in Hessen“ kommt gut an: 141 Maßnahmen (2016)**

Das Land Hessen unterstützt die Bemühungen der kommunalen Gebietskörperschaften seit 2011 mit dem Angebot, hessischen Landkreisen und kreisfreien Städten im Rahmen einer finanziellen Unterstützung eine Teilnahme an dem Projekt „HaLT in Hessen“ zu ermöglichen. Zusätzlich sichern Mittel der teilnehmenden Landkreise und Kommunen sowie der gesetzlichen und privaten Krankenkassen die Durchführung des Projektes in Hessen.

Die Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. wurde mit der Durchführung von „HaLT in Hessen“ beauftragt. Eine landesweite Projektkoordinierungsstelle in der HLS unterstützt die Aktivitäten vor Ort und sichert die Qualität des landesweiten Projektes. Fachliche Kooperationspartner vor Ort sind die Einrichtungen der hessischen Suchthilfe.

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

In vielen Regionen in Hessen werden die beiden Bausteine des „HaLT“-Projektes in Zusammenarbeit bzw. unter Federführung der lokalen Fachstelle für Suchtprävention durchgeführt. Die Aktivitäten des proaktiven Bausteines, die auf einem kommunalen Suchtpräventionskonzept basieren, werden in einer Steuerungsgruppe vor Ort abgestimmt und umgesetzt. Die Auswertungsergebnisse zeigen deutlich, dass das evaluierte Projekt „HaLT“ in den Regionen angekommen ist. Die Fachstellen für Suchtprävention haben im Berichtszeitraum 2011-2016 rund 1.240 „HaLT“-Aktivitäten im proaktiven Baustein organisiert und durchgeführt. Bezogen auf alle durchgeführten suchtpreventiven Maßnahmen in Hessen im Jahr 2016 beträgt der Anteil 8 % (141 Maßnahmen).

Hierzu zählen lokale Präventionsveranstaltungen in Schulen, Jugendschutzkontrollen, Testkaufaktionen, Plakat- und Postkartenaktionen und vieles mehr. Immer wieder galt es neue Netzwerkpartner zu akquirieren und die Zusammenarbeit aktiv zu gestalten. Der Schwerpunkt der proaktiven Aktivitäten lag auch in der Einhaltung des Jugendschutzes und der Alkoholprävention bei regionalen Festen und Veranstaltungen. Diese gemeinsam mit anderen Netzwerkpartnern zu planen und durchzuführen, ist ebenfalls ein Baustein der proaktiven Aktivitäten. In einigen Regionen gab es Jugendschutzteams, die sich zur Aufgabe gemacht haben, Jugendliche auf Festen anzusprechen und für das Thema Alkohol zu sensibilisieren. Ebenso wurden auf regionalen Faschingsumzügen Jugendscouts eingesetzt. Es galt Vernetzungsstrukturen zu neuen regionalen Gemeinden aufzubauen und gemeinsam Jugendliche über das Thema Alkohol zu informieren bzw. erneut in der diesjährigen bundesweiten Aktionswoche Alkohol mit einem Aktionstag aktiv zu werden.

<sup>14</sup> 2016: 1.200 alkoholpräventive Maßnahmen (87 %)

<sup>15</sup> mindestens einmal in der Woche

<sup>16</sup> BZgA Infoblatt, Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015, zentrale Studienergebnisse, 6. April 2016

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

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

### ***Der Anteil cannabisbezogener Maßnahmen wächst stetig von 34 % auf 57 %***

Der prozentuale Anteil cannabisbezogener Maßnahmen der Fachstellen für Suchtprävention ist im Berichtszeitraum von 34 % auf 57 % angestiegen.<sup>17</sup> Der absolute Anteil der cannabisbezogenen Maßnahmen hat sich nahezu verdoppelt von 403 auf 803 Maßnahmen (2011-2016). Die Auswertung zeigt deutlich, dass es sich hierbei sowohl um cannabispezifische Angebote (17 %) handelt als auch um suchtpreventive Maßnahmen, die Cannabis in Kombination mit anderen Suchtmitteln – wie Alkohol oder Alkohol und illegale Drogen – thematisieren (39 % und 42 %). Der Anteil der Maßnahmen mit alleinigem Cannabisbezug ist ebenfalls deutlich angestiegen von 8 % (2011) auf 17 % (2016). Im Jahr 2015 lag dieser Wert mit 21 % noch höher. Das unterstreicht den Bedeutungszuwachs, den dieses Thema in der suchtpreventiven Arbeit der letzten Jahre erfahren hat.

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

### ***Tabakbezogene Maßnahmen haben leicht zugenommen von 29 % auf 33 %***

Bei den allermeisten substanzspezifischen Angeboten der Fachstellen geht es um die Substanzen „Alkohol“ und „Cannabis“. Die suchtpreventiven Angebote, die sich mit „Tabak“ beschäftigen, sind in einem geringeren Maß angefragt. Die Auswertung zeigt, dass der Anteil der tabakbezogenen Maßnahmen bei 33 % (2016) liegt und im Berichtszeitraum leicht um 4 % zugenommen hat.

Die Wiederholungsbefragungen der BZgA zum Suchtmittelkonsum junger Menschen weisen, bezogen auf die Tabakprävention, sehr positive Entwicklungen aus. Nachdem die Raucherquote bei den 12- bis 17-Jährigen schon seit längerem auf historisch niedrigem Niveau liegt, ist das Rauchen auch bei den 18- bis 25-Jährigen deutlich rückläufig.

Den Studienergebnissen zufolge rauchen aktuell 7,8 % der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren. Die Raucherquote liegt damit in dieser Altersgruppe auf dem niedrigsten Stand seit den 1970er Jahren. Gleichzeitig stieg die Zahl der Jugendlichen, die in ihrem Leben noch nie geraucht

---

<sup>17</sup> Der Anteil der cannabisbezogenen Maßnahmen ist von 403 auf 803 Maßnahmen (2011-2016) angestiegen.

haben, weiter an und liegt nun mit 79,1 % auf dem höchsten Stand. Auch unter den 18- bis 25-Jährigen ist die Raucherquote mit aktuell 26,2 % weiter rückläufig, während die Nieraucherquote auf 38,8 % angestiegen ist.<sup>18</sup>

Diese Ergebnisse zeigen, dass die hessische Suchtprävention auf dem richtigen Weg ist. Das Rauchen gehört in Hessen und Deutschland längst nicht mehr zum Lebensstil junger Menschen. Die auf Tabakprävention ausgerichteten Informationsangebote, breit angelegte Präventionsmaßnahmen und ein systematisch-strukturiertes Vorgehen der Fachstellen für Suchtprävention – wie unter anderem der bundesweite Nichtraucherwettbewerb „Be smart - Don't start“, tabakpräventive Workshops zu Nikotin, E-Shisha und E-Zigarette, der „KlarSicht-„ und der „Happy-Hour“-Mitmach-Parcours zur interaktiven Auseinandersetzung und das Peerprojekt „Cool sein ohne Kippen“ – zeigen Wirkung.

### **Die Bedeutung der Förderung der Risikokompetenz nimmt kontinuierlich zu von 12 % auf 24 %**

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

**Selektive Prävention** richtet sich an Gruppen mit spezifischen Risikomerkmale in Bezug auf eine spätere Suchtproblematik (z.B. Schulprobleme, Aufwachsen in suchtbelasteten Lebensgemeinschaften).

Dass die Förderung der Risikokompetenz an Bedeutung gewonnen hat, zeigt die Auswertung in der entsprechenden Kategorie: Denn hier hat sich die Anzahl der Maßnahmen von 306 auf 618 Maßnahmen verdoppelt und ist über den Zeitraum hinweg kontinuierlicher angestiegen von 12 % auf 24 %.

Die Fachstellen für Suchtprävention arbeiten häufig mit diesem Ansatz im Bereich der schulischen Alkoholprävention beispielsweise mit dem evaluierten Workshop „Tom und Lisa“ und im Bereich der Tabak und Alkoholprävention mit den Projekten „KlarSicht-Mitmachparcours“ und „JugendFilm-Tagen“.

### **Maßnahmen zur Medien-Kompetenz weiterhin auf hohem Niveau: landesweit 480 Maßnahmen**

Insgesamt liegt der Anteil der Maßnahmen, die sich auf stoffungebundene Suchtformen<sup>19</sup> beziehen, in der Kategorie „problematischer Umgang mit dem Internet/Computer“ bei durchschnittlich 83 % gefolgt von der Kategorie „problematischer Umgang mit anderen Medien“ mit durchschnittlich 66 % auf einem sehr hohen Niveau. Damit haben die Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention im Jahr 2016 landesweit rund 480 Maßnahmen zum Thema „Medienkompetenz und exzessiver Medienkonsum“ durchgeführt.

<sup>18</sup> BZgA, Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015, Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends, April 2016, Köln

<sup>19</sup> Stoffungebundene Suchtformen wie „Internet-/Computersucht“, „problematischer Umgang mit anderen Medien wie Handy“, „Essstörungen“, „pathologisches Glücksspiel“ (mehrere Inhalte pro Maßnahme möglich)

Im Rahmen des Projekts „Netz mit Webfehlern?“<sup>®</sup> der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen wurden in 2011-2016 von den Fachstellen für Suchtprävention hessenweit 86 regionale Informationsveranstaltungen, Fortbildungen und Medienfachtage für Eltern/Angehörige, Kinder/Jugendliche und für Lehrkräfte zur Sensibilisierung für das Thema realisiert. Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zum Projekt „Netz mit Webfehlern?“<sup>®</sup> ist auf eine erfreuliche Resonanz gestoßen.

### **Evaluationsstatus der hessischen Angebote**

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

Die Auswertungsergebnisse zeigen, dass der Anteil der evaluierten Maßnahmen in 2016 bei 25 %<sup>20</sup> liegt. Der prozentuale Anteil nicht evaluerter Maßnahmen ist angewachsen (von 69 % auf 75 %). Mit diesen Werten liegt der Anteil der evaluierten Maßnahmen in Hessen auf dem bundesweiten Niveau.

Mit Blick auf die Qualitätsmerkmale der Maßnahmen ergibt die Auswertung nach dem Evaluationsstatus der suchtpreventiven Maßnahmen (2014-2016) sehr deutlich, dass suchtpreventive Umsetzungsmethoden wie „Trainings/Schulungen“ und „Ausstellungen/Projekttage“ in bestimmten Bereichen häufiger evaluiert wurden als der Durchschnitt aller suchtpreventiven Angebote. So liegt der prozentuale Anteil bereits evaluierter Angebote<sup>21</sup> im Arbeitsfeld „Polizei/Strafwesen“ mit 74 % sehr hoch, gefolgt von evaluierten Maßnahmen im Setting „Suchthilfe“ (40 %) und „Jugendarbeit“ (34 %). Diese hohen Werte sind dahingehend zu interpretieren, dass die Fachstellen für Suchtprävention in diesem Bereich primär mit dem evaluierten Projekt „FreD“ arbeiten. Dazu passen auch die überdurchschnittlich hohen Anteile der Auswertung in der indizierten Prävention (50 %) sowie der evaluierten Maßnahmen der Substanz Amphetamine (28 %). Der hohe Anteil evaluierter Maßnahmen bzgl. Alkohol (26 %) kann in Verbindung mit dem landesweiten Projekt „HaLT in Hessen“ gebracht werden.

Die Auswertung nach Evaluationsstatus der Zielebenen verdeutlicht, dass jede fünfte Maßnahme (21 %) – die sich an Multiplikator/-innen und an Endadressat/-innen richtet – evaluiert ist. In anderen Arbeitsfeldern liegt der Anteil „bereits evaluierter“ Maßnahmen gleich hoch (21 % in Kindertagesstätten) bzw. etwas niedriger bei 19 % in Schulen und 15 % auf kommunaler Ebene. Wird die Auswertungskategorie nach dem Evaluationsstatus „bereits vorhanden“ um die Kategorie „Evaluation wird aktuell durchgeführt“ erweitert, so zeigen sich Werte in zwei Bereichen, die sehr hoch liegen: in Kindertagesstätten 34 % und Schulen 35 %. Im Setting Kommune liegen diese relativen Anteile etwas niedriger bei 20 %.

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

---

<sup>20</sup> Evaluation „bereits vorhanden“ 16 % und „aktuell durchgeführt“ 9,5 %

<sup>21</sup> Erfassungskategorie Evaluation „bereits vorhanden“

Die landesweite Dot.sys-Auswertung 2016 zeigt, dass die Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention in Hessen besonders aktiv bei den folgenden fünf Suchtpräventions-Programmen waren:

- „HaLT in Hessen“ (8,5 %; 141 Maßnahmen)
- „Papilio“ (4,1 %; 68 Maßnahmen)
- „FreD“: (3,2 %; 53 Maßnahmen)
- „Das kleine ich bin ICH“ (3,1 %; 51 Maßnahmen)
- „Tom und Lisa“ (2,9 %; 55 Maßnahmen)

Das heißt zusammengefasst, dass es sich bei jedem fünften durchgeführten Programm<sup>22</sup> in Hessen um eine evaluierte und standardisierte Maßnahme der Suchtprävention handelt. Diese Programme werden in der Regel systematisch und strukturiert von den landesweit tätigen Fachkräften der Fachstellen für Suchtprävention angeboten.

### **Die hessische Suchtprävention zeigt ihr spezifisches Kompetenz-Profil**

Das spezifische Profil der hessischen Suchtprävention wird im Vergleich mit einzelnen Auswertungsergebnissen des Bundes deutlich. Es zeigt sich ein besonders hoher Anteil der universellen Prävention in Hessen (2015: 71 % zu 61 % bundesweit).

Die Wurzeln für viele Verhaltensauffälligkeiten liegen in der frühen Kindheit.<sup>23</sup> Die Lebenserfahrungen eines Kindes im Zusammenspiel mit biologischen Ausgangsbedingungen sowie Risiko- und Schutzfaktoren können zu dysfunktionalen Bewältigungsstrukturen, unzureichenden Problemlösefähigkeiten, zu Einschränkungen bei der Affektregulation usw. führen.<sup>24</sup> Vor diesem Hintergrund hat sich die Hessische Landesregierung und die Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. mit ihren Fachstellen für Suchtprävention der Freien Wohlfahrtspflege darauf verständigt, möglichst frühzeitig suchtpreventive Angebote für Eltern, Erziehende, Multiplikator/-innen und Kinder zu realisieren, um die Verfestigung von Verhaltensauffälligkeiten und süchtigem Verhalten zu verhindern.<sup>25</sup>

Bei der Gegenüberstellung der Maßnahmen für Endadressat/-innen und Multiplikator/-innen zeichnet sich ein beinahe umgekehrtes Verhältnis der beiden Kategorien ab. Auf Bundesebene stehen die Endadressat/-innen im Mittelpunkt (2015: 57 %) suchtpreventiver Maßnahmen. Das spezifisch hessische Suchtpräventions-Profil zeigt die Multiplikatorenarbeit (2015: 53 %) als ihr Kernstück. Denn die hessische Suchtprävention zielt darauf ab, Lebenswelten<sup>26</sup> positiv zu beeinflussen, Kompetenzen zu stärken sowie Qualifizierung für Schlüsselpersonen zu sichern.

---

<sup>22</sup> Das Dokumentationssystem unterscheidet zwischen „Programmen/Kampagnen“ (N= 1.665, 2016) und „Einzelmaßnahmen“ (N= 942, 2016)

<sup>23</sup> Petermann, Niebank, Scheithauer, Entwicklungswissenschaft: Entwicklungspsychologie-Genetik-Neuropsychologie, Springer Lehrbuch, Berlin, Heidelberg, 2003

<sup>24</sup> Fröhlich-Gildhoff, Rönna-Böse, Resilienz, München, 2011

<sup>25</sup> Des Weiteren sei darauf hingewiesen, dass durch die Implementierung von universellen Maßnahmen ein Stigmatisierungseffekt einer potenziell riskant konsumierenden oder süchtigen Subgruppe entfällt. Und letztlich profitieren auch Kinder, die keinerlei Risiko aufweisen und die ohne eine derartige Maßnahme kein süchtiges Verhalten oder andere Fehlanpassungen entwickeln würden, im Sinne einer allgemeinen Kompetenzförderung von einem solchen Angebot der frühen Suchtprävention.

<sup>26</sup> wie Familie, Kindertagesstätte, Schule und Betrieb

Bei den Maßnahmen mit Substanzbezug ergeben die bundesweiten gegenüber den hessischen Zahlen einen geringeren Anteil für Alkohol (2015: 76 %) und gleichzeitig einen höheren für Cannabis (2015: 52 %) um jeweils 10 %. Das Ergebnis für Maßnahmen mit Alkoholbezug kann mit der Ausgestaltung des HaLT-Projektes in Hessen begründet werden.

Bezüglich der cannabisbezogenen Maßnahmen zeichnet sich auch in Hessen eine kontinuierliche Steigerung ab. Die Auswertung 2016 weist einen Anstieg um 15 Prozentpunkte auf 57 % aller Maßnahmen mit Substanzbezug aus.

Das heißt, die Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention setzen neben universeller Prävention ergänzend für spezifische (Risiko-)Gruppen selektive bzw. suchtmittelspezifische Maßnahmen und für bereits riskant-konsumierende Kinder und Jugendliche indizierte Präventionsmaßnahmen um (siehe Tabelle 52 im Anhang: Übersicht der Suchtpräventions-Programme und Maßnahmen in Hessen).

**Indizierte Suchtprävention** richtet sich an bereits riskant-konsumierende Personen, die jedoch noch keine Abhängigkeitssymptome zeigen, beispielsweise junge Erwachsene, die exzessiv Alkohol trinken.

Darüber hinaus zeigt sich das spezifische Profil der hessischen Suchtprävention im Bereich der verhältnispräventiven Maßnahmen an den Werten für strukturelle Prävention (2015: 13 %) wie auch der Initiierung von Kooperation und Koordination von Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention (2015: 22 %), die im Vergleich zur Bundesebene (2015: 10 % und 11 %) in Hessen deutlich höher liegen.

Verhältnispräventive Maßnahmen und Netzwerktätigkeiten gewinnen in der Suchtprävention zunehmend an Bedeutung. Trotz des Wissens um die vergleichsweise hohe Effektivität von Verhältnisprävention werden viele Maßnahmen nur halbherzig umgesetzt oder kontrolliert. Vieles spricht dafür, dass verhältnispräventive Ansätze dann wirken, wenn alle relevanten Personen und Akteure in (Kommune,) Familie, Schule und Peer-Group einbezogen werden.<sup>27</sup>

Verstärkte Kooperation und Koordination vor Ort ist notwendig, um begrenzte Ressourcen zu bündeln und ihre unwirtschaftliche Verwendung durch die mehrfache Entwicklung ähnlicher Maßnahmen zu minimieren. Wirksame Kooperation ist gekennzeichnet durch eine vertragliche Vereinbarung, klar definierte und abgestimmte Arbeitsaufträge sowie ressortübergreifende Einbindung von Partnern.

## Ausblick – neue Herausforderungen und Zielgruppen der Suchtprävention

Nach den bisherigen Ausführungen wurden eine Reihe von suchtpreventiven Themen, Inhalten und spezifische Arbeitsschwerpunkte der Suchtprävention in Hessen bereits deutlich beschrieben. Mit diesem Ausblick sollen darüber hinaus weitere spezifische Aufgaben und Zielgruppen der hessischen Suchtprävention aufgegriffen werden.

Ob Menschen in eine Suchtmittelabhängigkeit geraten, hängt von den unterschiedlichsten Faktoren ab: Belastende Lebenssituationen, traumatische Erfahrungen und unzureichende soziale und emotionale Fähigkeiten. Diese adäquat zu bewältigen, ist dabei ebenso von Bedeutung wie das

<sup>27</sup> Jens Kalke und Sven Buth, Verhältnisorientierte Suchtprävention in proJugend 3/2009



Geschlecht, die soziale Lage, das Alter und die jeweilige Lebensgeschichte. Daher muss sich die Suchtprävention immer wieder neu sowohl mit alt bekannten und aktuellen Suchtformen als auch mit neuen Herausforderungen und Zielgruppen beschäftigen.

In der suchtpreventiven Arbeit der hessischen Fachstellen für Suchtprävention kristallisierten sich in den letzten Jahren zunehmend spezifische Zielgruppen heraus, die in der Dot.sys-Auswertung bislang allerdings noch nicht erkennbar sind, aber in der praktischen Arbeit an die Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention herantreten.

Wir möchten daher in diesem Ausblick auf suchtpreventive Angebote für neue Zielgruppen – wie Kinder aus suchtbelasteten Familien, Seniorinnen und Senioren, geistig behinderte Personen und geflüchtete Menschen – hinweisen und Perspektiven für eine weitere Beschäftigung mit diesen Themengebieten anregen und aufzeigen.

### ***Kinder aus suchtbelasteten Familien***

In Deutschland leben etwa 2,65 Millionen Kinder in von Sucht betroffenen Familien. In Hessen sind dies mehr als 220.000 Kinder in Familien mit einem suchtkranken Elternteil. Circa 30-40 % dieser Kinder und Jugendlichen werden aktuellen Untersuchungen zur Folge selbst suchtkrank.<sup>28</sup> In den meisten Fällen handelt es sich bei den Suchterkrankungen der Eltern um eine Alkoholabhängigkeit. Diese Kinder leiden unter Abhängigkeiten oder psychischen Erkrankungen ihrer Eltern oftmals ein Leben lang.<sup>29</sup>

Im Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2017 wurde erstmals im Bereich der Verhaltenssuchte eine Schätzung der Kinder von glücksspielsüchtigen Eltern veröffentlicht, deren Zahl mit 37.500 bis 150.000 angegeben wird. Zahlen über Kinder von Eltern, die unter anderen Verhaltenssuchten leiden, wie z. B. Kaufsucht oder Online-Sucht, liegen in Deutschland bislang nicht vor.<sup>30</sup>

Kinder aus suchtbelasteten Familien werden von ihren Eltern häufig vernachlässigt. Sie sind körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt und haben ein erhöhtes Risiko selbst von Alkohol oder anderen Drogen abhängig zu werden – ein Teufelskreislauf. Somit benötigen Kinder aus diesen schwierigen Verhältnissen eine besondere Fürsorge und Hilfestrukturen.

Aus diesem Grund sollte das Thema weiter in den Blick genommen und das Hilfesystem für betroffene Kinder, Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte flächendeckend ausgebaut werden. Die Erfahrung zeigt, dass gut funktionierende Netzwerke ein frühzeitiges Handeln beschleunigen.

Die Hessische Landesstelle für Suchtfragen begrüßt darum die Bestrebungen der Bundesdrogenbeauftragten, die bestehenden Strukturen weiter auszubauen.<sup>31</sup> Darüber hinaus befürwortet die HLS den Aufbau frühzeitiger und langfristiger Präventions- und Hilfeangebote.

Laut Nacoa, der Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V., besteht für die Kinder in der bestehenden Gesetzeslage ohne Unterstützung ihrer Eltern kein Anspruch auf präventive Hil-

---

<sup>28</sup> Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Fünfter Suchtbericht für das Land Hessen 2011-2015, Wiesbaden 2017

<sup>29</sup> <http://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressekontakt-und-mitteilungen/2017/2017-1-quartal/hilfe-fuer-kinder-aus-suchtbelasteten-familien.html#c9613> zuletzt geprüft am 22.8.2017

<sup>30</sup> <http://www.nacoa.de/neuigkeiten/bundesdrogenbeauftragte-wir-m%C3%BCssen-uns-viel-mehr-als-bisher-um-die-kinder-suchtkranker-zuletzt-gepruft-am-22.8.2017>

<sup>31</sup> <http://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressekontakt-und-mitteilungen/2017/2017-1-quartal/hilfe-fuer-kinder-aus-suchtbelasteten-familien.html#c9613> zuletzt geprüft am 22.8.2017

fen – die Mitwirkungsbereitschaft der Eltern ist aber nur in wenigen Fällen gegeben.<sup>32</sup> Erst wenn Kinder bereits Verhaltensauffälligkeiten zeigen, werden ihnen Hilfen zugestanden. Bestehende Angebote sind laut Nacoa zudem nur kurzfristig angelegt und zeigen keinen nachhaltigen Erfolg. Notwendig wäre der Ausbau langfristig angelegter Hilfen. Die Bundesregierung gäbe keinerlei Hinweise, wie diese Angebote in Zukunft finanziert werden könnten. Somit bestehe also weiterhin Gesetzgebungsbedarf bei der Unterstützung von Kindern aus suchtbelasteten Familien.<sup>33</sup>

### **Trainerausbildung zur Leitung von Fortbildungsveranstaltungen für Multiplikatoren im Bereich suchtbelasteter Systeme**

Die HLS hat bereits über zwanzig Trainer und Trainerinnen der Fachstellen für Suchtprävention im Projekt „Children of alcoholics“ (COA) ausgebildet. Die Trainerausbildung zur Leitung von Fortbildungsveranstaltungen für Multiplikatoren im Bereich suchtbelasteter Systeme befähigt die Multiplikatoren (Trainer/-innen), in ihren Regionen Fortbildungsangebote zum Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ durchzuführen. So wird zum einen die Erreichbarkeit der beruflichen Fachgruppen erweitert und zum anderen die Netzwerkbildung in den Regionen gefördert. In 2009 wurde bereits die erste HLS-Trainerausbildung durchgeführt. Darüber hinaus wurden bereits mehrere Trainer/-innen-Tandems aus den Bereichen Suchtprävention und Familien-/ Jugend-/ Suchthilfe gebildet.

### **Projektbeispiele für Kinder aus suchtbelasteten Familien finden Sie unter:**

<http://www.kidkit.de/>

<http://www.projekt-trampolin.de/>

<https://www.suchtberatung-blaues-kreuz-marburg.de/marburg/drachenherz/>

<http://www.idh-frankfurt.de/Lichtblick>

<http://www.schulterschluss-bayern.de/>

<https://www.hls-online.org/arbeitsbereiche/suchthilfe/themenfelder/kinder-suchtkranker-eltern/>

### **Seniorinnen und Senioren als Zielgruppe der Suchtprävention**

Sucht kennt keine Altersgrenzen. Problematische Konsumgewohnheiten sind sowohl bei älteren als auch bei jüngeren Menschen Realität. Ältere Menschen konsumieren Alkohol, Tabak oder Medikamente und dies bisweilen in riskanten Mengen. Die derzeit 40- bis 50-Jährigen haben nicht nur traditionell hohe Konsumzahlen, sondern auch den größten Bevölkerungsanteil bei einer insgesamt steigenden Lebenserwartung. Durch die demografischen Entwicklungen, die einhergehenden Veränderungen der Bevölkerungsstruktur und dem damit verbundenen steigenden Anteil älterer Menschen werden sich derartige Probleme in Zukunft verstärken. Die Folgekosten von Suchterkrankungen bei älteren Menschen werden das Gesundheitssystem in Zukunft vor große Herausforderungen stellen. Gerade im höheren Alter können schwerwiegende Probleme wie der Verlust der Partnerin oder des Partners verbunden mit Vereinsamung auftreten. Diese verminderte Lebensqualität der Betroffenen und die große Belastung für die Angehörigen sind ernst zu nehmende Probleme. Eine frühe Erkennung des Suchtrisikos sowie alters- und zielgruppenspezifische Suchtpräventionsstrategien und Maßnahmen können hier Abhilfe schaffen.

---

<sup>32</sup> Insbesondere wird auf die Ansprüche auf Familienorientierte Rehabilitation (FOR) nach dem Sozialgesetzbuch V (gesetzliche Krankenversicherung) und auf Hilfe zur Erziehung nach SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) verwiesen. Die Bundesregierung erkennt dabei, dass Kinder aus diesen beiden Gesetzbüchern ohne die Mitwirkung ihrer Eltern keine eigenständigen Ansprüche auf präventive medizinische Hilfen oder solche der Jugendarbeit (z.B. Gruppenangebote) haben. Da bei Sucht und psychischer Erkrankung eben diese Mitwirkungsbereitschaft der Eltern krankheitsbedingt in den wenigsten Fällen vorhanden ist, bleiben die von der Bundesregierung genannten Rechtsansprüche auf Hilfe in der Praxis für die allermeisten der betroffenen Kinder unerreichbar.

<sup>33</sup> <http://www.nacoa.de/neuigkeiten/bundesregierung-sieht-keinen-gesetzgebungsbedarf-zu-hilfen-f%C3%BCr-kinder-psychisch-krank-er-zuletzt-gepr%C3%BCft-am-22.8.2017>



Bereits 2014 hat die Hessische Landesstelle dieses Thema im Rahmen einer Multiplikatorenschulung aufgegriffen, um die Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention für diese Problematik „Sucht im Alter“ zu sensibilisieren und geeignete Maßnahmen kennenzulernen bzw. diese selbst zu entwickeln.

### **Projektbeispiele zum Thema „Suchtprävention im Alter“ aus den Fachstellen für Suchtprävention**

#### **Netzwerk Suchthilfe-Altenhilfe im Lahn-Dill-Kreis**

Das Netzwerk bietet im Hinblick auf Suchtgefährdung und Abhängigkeitserkrankung Orientierung, Wegweisung und Unterstützung. Um dies umsetzen zu können, haben die Institutionen Suchthilfe e.V. in Wetzlar und die Klinik Eschenburg KG in Eschenburg Kontakt zu den Vertretern der Suchthilfe und der Altenhilfe im Lahn-Dill-Kreis aufgenommen und das Interesse nach einer Zusammenarbeit erfragt. Die Resonanz war eindeutig in Richtung dem Wunsch nach verstärkter Zusammenarbeit. So ist mittlerweile mit Hilfe einer finanziellen Förderung durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration ein Netzwerk von Institutionen entstanden, welches dazu beitragen möchte, dass die Versorgung von Menschen mit Problemen im Umgang mit Suchtmitteln gezielt unterstützen kann.

<http://www.suchthilfe-altenhilfe-ldk.de/suchthilfe/ueber-uns>

#### **Das Projekt „Unabhängig werden“**

Dieses Projekt ist eine Vernetzungs- und Fortbildungsinitiative der AWO Jugend- und Suchtberatungsstelle Prisma in Lampertheim. Der Kreis Bergstraße finanziert aus kommunalisierten Landesmitteln das Projekt „Unabhängig alt werden – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften der Altenhilfe und Seniorenarbeit“.

[http://www.drogenberatung-prisma.de/?page\\_id=319](http://www.drogenberatung-prisma.de/?page_id=319)

#### **„Frei sein - frei bleiben“ der Fachstelle für Suchtprävention für Wiesbaden**

Dieses Präventionsprojekt verfolgt das Ziel, Impulse und Anregungen zu geben, ein gesundes Fundament und Lebenskonzept zu schaffen, um Krisen gut zu bewältigen ohne eine Suchtmittelabhängigkeit zu entwickeln.

<http://www.drogenberatung-jj.de/suchthilfezentrum-wiesbaden#prävention>

#### **„Sucht 50 plus“ - der Fachstelle für Suchtprävention für den Main Taunus Kreis**

Eine Multiplikatorenschulung zur Prävention von Suchterkrankung im Alter.

<http://www.drogenberatung-jj.de/zentrum-fuer-jugendberatung-und-suchthilfe-im-main-taunus-kreis-zjs#prävention>

### **Geistige Behinderung und Suchtprävention**

Der zunehmend häufigere Gebrauch und Missbrauch von Suchtmitteln, insbesondere von Alkohol, spielt bei Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden, eine erhebliche Rolle. Studien aus den letzten 10 Jahren zeigen Prävalenzwerte zwischen 10 % und 25 % in Wohnheimen, betreuten Wohngruppen und Werkstätten für behinderte Menschen.<sup>34</sup>

Im Bereich der Suchthilfe und Prävention wird diese Zielgruppe bislang nur peripher wahrgenommen. Die Hessische Landesstelle für Suchtfragen beschäftigte sich das erste Mal im Rahmen des HLS-Dialogforums 2016 mit diesem Thema.

---

<sup>34</sup> <https://www.hls-online.org/aktuelle-meldungen/hls-dialog-forum-2016-normal-berauscht-geistige-behinderung-und-sucht/> zuletzt geprüft am 23.8.2017

Auf der Suche nach geeigneten Angeboten für diese Zielgruppe möchte die Koordinierungsstelle Suchtprävention in diesem Ausblick das Suchtpräventionsprogramm „Sag NEIN“ der LWL Koordinationsstelle Sucht vorstellen.<sup>35</sup>

### **Projektbeispiel „Sag NEIN“ Suchtpräventions-Programm an Förderschulen für geistige Entwicklung**

Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren mit einer geistigen Behinderung gehören unabhängig von der Wohnsituation zu einer besonders gefährdeten Gruppe für problematischen Substanzgebrauch. Im sozialen Miteinander wehren sie sich weniger gegen Angebote, Rauschmittel zu konsumieren. Dabei geht es insbesondere um Alkohol, Tabak und Cannabis. „Dazu-gehören-wollen“, fehlende Handlungsalternativen und die fehlende Fähigkeit Entspannung und Wohlbefinden herzustellen sind zentrale Motive für den Konsum. Genau da setzt das Präventionsprogramm „Sag Nein!“ an.

Entwickelt für Schülerinnen und Schüler der Mittel- und Oberstufe an Förderschulen für geistige Entwicklung hat „Sag Nein!“ fünf konkrete Ziele.

Es will:

- den jungen Menschen Wissen über die Substanzen Alkohol, Tabak und Cannabis vermitteln,
- ihnen Handlungsalternativen anbieten um das Wohlfühl herzustellen, das sie sich von den Substanzen erhoffen,
- ihre Persönlichkeit stärken und sie dabei unterstützen „Nein“ zu sagen und zwar ohne Angst davor zu haben, ausgelacht oder ausgeschlossen zu werden,
- die Sinne der jungen Menschen schärfen sowie die Genussfähigkeit stärken und
- die Fähigkeit der Teilnehmenden stärken, das eigene Tun zu verstehen und eigene Ziele zu formulieren.

„Sag Nein!“ richtet sich als selektives Präventionsprogramm an Jugendliche, die bereits Konsumerfahrungen gemacht haben. Der individuellen Wissensvermittlung kommt dabei eine tragende Rolle zu. Präventionsmaßnahmen lassen sich nicht einfach auf jede Zielgruppe adaptieren. Das Wissen der einbezogenen Fachkräfte der Sucht- und Behindertenhilfe hat sehr dazu beigetragen, bei der Programmentwicklung das Lernverhalten von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und Konsumerfahrungen berücksichtigen zu können. Entsprechende Abläufe und Methoden aber auch die Berücksichtigung der leichten Sprache wurden in das Programm übernommen.

<http://www.lwl-ks.de/de/unsere-schwerpunkte-fuer-die-suchthilfe/projekte/sag-nein/?lang=de>

### **Internetportal [www.geistige-behinderung-und-sucht.de](http://www.geistige-behinderung-und-sucht.de)**

Weitere Angebote zur Prävention und Suchthilfe bietet das Internetportal „geistige-behinderung-und-sucht“. Die Datenbank bietet Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe die Möglichkeit, ihre Hilfeangebote für Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik hier einstellen zu können. Außerdem bekommen Einrichtungen die Möglichkeit, sich über Hilfeangebote für Menschen mit geistiger Behinderung (zur Prävention und bei Suchtproblematik) zu informieren. Die Datenbank ist beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht, verortet. Resümierend kann festgehalten werden, dass durch Untersuchung festgestellt wurde, dass Suchtmittel, ob substanzgebunden oder nicht substanzgebunden, schon längst bei der Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung „angekommen“ sind. Auch wenn die klassischen Suchtmittel Alkohol und Zigaretten auf der Nutzungsskala noch an der Spitze stehen, so scheint es

---

<sup>35</sup> LWL-Koordinationsstelle Sucht Jahresbericht 2015/2016

nur eine Frage der Zeit zu sein, bis auch die digitalen Medien, hier vor allem exzessiver Medienkonsum (Computerspiel und Internetgebrauch), deutlich aufholen werden.<sup>36</sup> Das heißt auch diese Zielgruppe wird zukünftig ein Thema für die Suchtprävention wie Suchthilfe darstellen. Denn Suchtmittelkonsum ist nicht nur ein Problem bei jungen Menschen, die noch eine Förderschule besuchen. Auch aus stationären und ambulanten betreuten Wohnformen wird der Ruf nach geeigneten Screening-, Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten lauter.

### ***Geflüchtete Menschen und Suchtprävention***

Menschen, die geflüchtet sind, haben einen beschwerlichen, meistens dramatischen und oft traumatischen Weg hinter sich. Die Fremde mit den Unsicherheiten, Notsituationen und Bedrängnissen kommt zu den mitgebrachten Ängsten und Nöten hinzu. Ohne Perspektive, Orientierung und Sicherheit tragen die Meisten schwer an der psychischen Belastung. Es ist naheliegend, dass der Konsum von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen für viele Betroffene Entspannung und Vergessen bedeutet. Konflikte, Schlaflosigkeit, Ängste, Einsamkeit oder viele Stunden des Nichtstuns lassen sich damit scheinbar ertragen. Aber auch mitgebrachte Konsumgewohnheiten, um gefährliche Fluchtsituationen oder Kriegs- und Elendserfahrungen zu ertragen, spielen eine Rolle.<sup>37</sup>

Migrations- und Fluchtbewegungen stellen auch die Fachkräfte für Suchtprävention vor neue Herausforderungen. Zum einen muss das politische Thema in unterschiedlichen Settings wie Schule und Kindertagesstätte behandelt werden. Zum anderen zeigen Einrichtungen und Zielgruppen, die zum Teil traumatisierte Kinder betreuen, einen Bedarf an suchtpreventiven Maßnahmen an.

Die Koordinationsstelle Suchtprävention und die hessischen Fachstellen für Suchtprävention begegnen diesen Herausforderungen durch Schulungen für Mitarbeitende, Publikationen von Materialien und der Durchführung von Informationsveranstaltungen und Workshops, vielfach in Kooperation mit den Einrichtungen der Flüchtlings- und Jugendhilfe.

Bereits in 2016 und 2017 hat die HLS zwei mehrtägige Fortbildungsveranstaltungen mit Fachaustausch für die Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention in Hessen zum Thema angeboten. Die erste Veranstaltung befasste sich mit den unterschiedlichen Lebensentwürfen, Werten, Rollenvorstellungen und Kulturdimensionen geflüchteter Menschen. Ein Schwerpunkt lag in der suchtpreventiven Arbeit für unbegleitete minderjährige Ausländer (UMA) und der Situation speziell in Hessen. Die zweite Veranstaltung stellte Grundkenntnisse zur kultursensiblen Arbeit anhand des Diversity-Konzeptes vor und setzte sich mit den Herausforderungen und praktischen Beispielen aus der Arbeit der Fachstellen für Suchtprävention auseinander.

Mittlerweile kann im Rahmen eines kollegialen Austausches eine Bestandsaufnahme der Aktivitäten der Fachstellen für Suchtprävention stattfinden, um zu überprüfen, welche bisher bestehenden Konzepte der Fachkräfte angesichts der besonderen Risiko- und Schutzfaktoren von Geflüchteten greifen und wo es eine Überarbeitung bzw. Neukonzeptionierung braucht. Gemeinsam werden die Koordinationsstelle Suchtprävention und die hessischen Fachstellen für Suchtprävention konkrete nächste Schritte definieren.

---

<sup>36</sup> <http://www.lwl.org/ks-download/downloads/GBS-Datenbank/Abschlussbericht-AWO.pdf> zuletzt geprüft am 23.8.2017

<sup>37</sup> Landesstelle für Suchtfragen Baden-Württemberg auf [www.hls-online.org](http://www.hls-online.org) zuletzt geprüft am 23.8.2017

## **Projektbeispiele der Fachstellen für Suchtprävention für geflüchtete Menschen und deren Betreuende**

Zwei Angebote der Fachstelle für Suchtprävention der AWO-Main-Kinzig-Kreis für geflüchtete Menschen sind:

### **Workshops für UMAs und/ oder erwachsene geflüchtete Menschen**

Die Teilnehmenden erhalten einen Überblick über Sucht- und Genussmittel, die in Deutschland existieren, und über das Konsumverhalten im Alltag. Anwendung finden interaktive Methoden, mit denen das Spannungsfeld von Sucht und Genuss betrachtet sowie die Risiken und (erwünschten) Wirkungen der jeweiligen Substanzen bzw. Verhaltensweisen besprochen werden. Zudem wird thematisiert, welche Substanzen legal oder illegal sind, wie das Jugendschutzgesetz zu beachten ist und welche rechtlichen Konsequenzen eventuelle Verstöße haben können. Als weiteres Thema werden Verhaltensalternativen zum Substanzkonsum und die eigenen Ressourcen und Resilienzen der Teilnehmenden angesprochen. Es wird versucht, auf den jeweiligen Stand der Gruppe bezüglich Wissen und Sprachkenntnisse einzugehen.

Die Workshops haben einen Umfang von ca. 2 Zeitstunden und können als Inhouse-Veranstaltungen oder als Veranstaltung in der Fachstelle für Suchtprävention (bis zu 14 Teilnehmenden) angefragt werden.

### **Seminare zur Suchtprävention für pädagogische Mitarbeitende von Einrichtungen für geflüchtete Menschen**

Die Fachstelle für Suchtprävention bietet für diesen Personenkreis ganz- oder halbtägige Seminare an, die auf die Bedarfe der jeweiligen Einrichtung zugeschnitten sind.

#### **Themen sind dabei:**

- Grundsätze der Suchtprävention,
- Basiswissen „Sucht“ und Grundkenntnisse über Substanzen/ Alltagssuchtmittel/ Rechtliche Situation,
- Kultursensible Suchtprävention,
- Betrachtung der Konzepte und Strukturen der jeweiligen Einrichtung im Hinblick auf Suchtprävention bzw. Suchtförderung,
- Resilienzförderung bei Mitarbeitenden und bei den zu Betreuenden,
- Umgang mit dem Verdacht oder einer nachgewiesenen Abhängigkeit bei Bewohnern/ zu Betreuenden,
- Vorstellung des Suchthilfesystems.

Das genaue Programm und der Zeitumfang werden im Vorfeld mit der Einrichtung besprochen.

Ein Projektbeispiel der Fachstelle Suchtprävention (in Kooperation mit der Suchtberatungsstelle) im Suchthilfezentrum des DRK-Kreisverbandes Odenwaldkreis

### **Projekttag zum Thema „Alkohol“ mit unbegleiteten minderjährigen Asylbewerbern (UMA)**

Zu Beginn erhalten die Teilnehmenden über ein interaktives Spiel einen Überblick über verschiedene Süchte sowie legale und illegale Suchtmittel. Über andere interaktive Übungen werden Basisinformationen zu Alkohol, Risiken und Auswirkungen des Alkoholkonsums sowie Konsequenzen eines beispielsweise alkoholbasierten Führerscheinentzuges vermittelt.

Ein weiterer zentraler Bestandteil ist die Entwicklung von „Funktionsäquivalenten“ im Bereich Alkohol. Hierbei wird der Teilnehmende befragt, welche Wirkerwartungen mit dem Konsum von Alkohol verbunden sind und ob diese Erwartungen realistisch erscheinen. Im Rahmen von Klein-

gruppenarbeit werden Ideen entwickelt, wie die erwünschten Wirkungen auch ohne Alkohol und andere psychoaktive Substanzen erreicht werden könnten.

Weitere Themen sind das Besprechen der Voraussetzungen für ein „gutes“ Leben in Deutschland, kulturelle Aspekte des Alkohols und rechtliche Grundlagen (Jugendschutzgesetz). Abschließend werden Basisinformationen zum Suchthilfesystem sowie dem Angebot und der Arbeitsweise von Suchtberatungsstellen vermittelt.

Der Projekttag hat eine Dauer von 6 Stunden (inkl. Pausen) und kann in den Räumen der Suchthilfe oder als Inhouse-Veranstaltung durchgeführt werden.

Ein Projektbeispiel der Fachstelle Suchtprävention im Suchthilfezentrum Wildhof für den Landkreis Offenbach

### **Fortbildung zur Suchtprävention „Umgang mit substanzbezogenen Problemen in Flüchtlingsunterkünften für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMA) und für erwachsene Flüchtlinge“**

Dieses Konzept richtet sich an Mitarbeitende von Einrichtungen für unbegleitete minderjährige und für erwachsene Flüchtlinge. Das Konzept wurde erstellt von der Fachstelle für Suchtprävention im Suchthilfe Zentrum Wildhof. Es basiert wesentlich auf Materialien des Projekts der Europäischen Kommission SEARCH I und SEARCH II (von 2000 bis 2004) zum Thema „Suchtprävention für Flüchtlinge und Asylbewerber“.

In diesem Konzept werden Überlegungen, Leitlinien und Methoden für eine Fortbildung zusammengestellt, wie in Einrichtungen für UMA und Flüchtlinge mit den Themen Drogenkonsum und Sucht angemessen und kultursensibel umgegangen werden kann. Die Fortbildung soll hilfreiche handlungsorientierte Anregungen für Maßnahmen zur Suchtprävention und zur Intervention geben. Sie soll ebenfalls Möglichkeiten bieten für Reflexion, gegenseitigen Austausch und Unterstützung für die Betreuenden in den Flüchtlingsunterkünften.

Ausgangspunkt für die Fortbildung ist der vorab ermittelte Bedarf an Informationen und an Unterstützung zu den Themen Sucht, Suchtmittelkonsum und Suchtprävention. Durch die Fortbildung der Betreuenden kann notwendiges Wissen in die tägliche, kontinuierliche Arbeit mit den UMA / Flüchtlingen einfließen und so nachhaltig wirksam werden.

Zusätzliche Fortbildungen direkt für UMA oder andere Flüchtlinge sind ebenfalls denkbar, hierfür können Bausteine aus diesem Konzept verwendet werden.

### **Ziele der Fortbildung**

- Entwicklung von Strategien und Konzepten zum einrichtungsspezifischen Umgang mit Drogenkonsum, -missbrauch bzw. -handel.
- Ermittlung der vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren als Grundlage für Strategien zur Suchtprävention.
- Verbesserung von präventiven Maßnahmen, Strukturen und Interventionen.
- Vernetzung mit dem System der Suchthilfe und weiteren sozialen Institutionen.

### **Fortbilderteam**

2-3 Mitarbeitende der Fachstelle für Suchtprävention und des SHZ Wildhof (zusätzlich zum Fachwissen aus der Suchtprävention sind auch Erfahrungen in der Suchtberatung mit Migranten wichtig).

### HLS-Erklärvideo für Flüchtlinge zum Thema „Warum kann Alkohol für mich gefährlich werden?“

Geflüchtete Menschen können das Erklärvideo in den fünf existierenden Sprachversionen herunterladen und weiterverbreiten. Es kann jedoch auch in der suchtpreventiven Arbeit mit geflüchteten Menschen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eingesetzt werden, um es unter der Zielgruppe bekanntzumachen. Weiterhin kann es dazu dienen, von dem Video ausgehend, ein intensiveres Gespräch zu dem Thema anzuregen.

Darüber hinaus können Suchthilfeorganisationen oder Einrichtungen, die sich mit geflüchteten Menschen beschäftigen, das Video in ihre Homepages einbetten und damit zu einer weiteren Verbreitung der Videoinhalte beitragen.

<https://www.hls-online.org/aktuelle-meldungen/erklervideo-fuer-fluechtlinge-warum-kann-alkohol-fuer-mich-gefaehrlich-werden/>

### Projekt von Sucht Hamburg: „Herkunft-Ankunft-Zukunft“

Ziel des Projektes „Herkunft-Ankunft-Zukunft“ ist die kultursensible Aufklärung über das Suchthilfesystem in Hamburg und die Vermittlung von Informationen rund um das Thema Sucht in den Communities und in Muttersprache. Dabei steht die Enttabuisierung des Suchtthemas unter den Migrant/-innen im Mittelpunkt des Interesses. Hierzu wird das Projekt von ehrenamtlichen Multiplikator/-innen, den sogenannten „Schlüsselpersonen“, unterstützt, die ihr speziell geschultes Wissen zu dieser Thematik in einzelnen Veranstaltungen einbringen. Bei dem Angebot handelt es sich nicht um eine Suchtberatung, sondern um das Aufzeigen von Wegen und Möglichkeiten, eine Sucht gar nicht erst entstehen zu lassen, und um Informationen zum Suchthilfesystem in Hamburg.

Das Projekt richtet sich an Migrant/-innen mit folgenden Muttersprachen: Albanisch, Englisch, Farsi/Persisch, Französisch, Kurdisch, Malinké, Polnisch, Russisch, Spanisch, Türkisch, Twi.

<http://www.sucht-hamburg.de/hilfe/suchthilfe-und-migration/herkunft-ankunft-zukunft>

Diese Zielgruppen werden zukünftig ein wichtiges Thema für die Suchtprevention darstellen. Für die Hessische Landesstelle für Suchtfragen ist es daher notwendig, diese Zielgruppen im Blick zu behalten sowie themen- und zielgruppenspezifische Präventionsangebote zu entwickeln bzw. kennen zu lernen, um sie bedarfsorientiert den unterschiedlichen Dialoggruppen anbieten zu können.

## Fazit und Empfehlungen

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

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

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

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

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

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

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



## Übersicht der Suchtpräventions-Programme und Maßnahmen in Hessen

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

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

Frühe Kindheit 0 - 6 Jahre – Krippe, Kindergarten	Kindheit 7-13 Jahre Grund-, weiterführende Schule	Kindheit 14-18 Jahre – weiterf. Schule, Ausbildung	frühes Erwachsenenalter 19-27 Jahre	Erwachsenenalter ab 28 Jahre
Papilio und Papilio Elternclub	Klasse Klasse	Prev@WORK		
Kiks up	Klasse 2000	Mobile alkoholfreie Cocktailbar		
Spielzeugfreier Kindergarten	Das kleine Ich bin Ich	Halt reaktiv	HaLT proaktiv	
Die Bücherschatzkiste	Netz mit Webfehlern?			Kinder aus suchtbelasteten Familien
	Elternabende- und Kurse			
	Klarsicht-Koffer-Parcours			
	Netbag			
	Pep - Persönlichkeitsförderung			
	Jugendfilmtage			
	Eigenständig werden	Konfirmation und Alkohol		
	Cannabisprävention für Schüler und Lehrkräfte			
	FreD und AlkoFreD			
	Tom und Lisa			
Glücksspielsuchtprävention				

universelle Prävention

selektive Prävention

universelle und  
selektive Prävention

indizierte Prävention



# Anhang

## Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

## Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

## Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

## Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

## Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

## Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

## Liste der an der Dot.sys-Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

## Liste der an der Dot.sys-Auswertung beteiligten Einrichtungen

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



## Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der COMBASS-Daten 2016 und Dot.sys-Daten 2011-2016

# 2016



*Kompetent durch Erfahrung  
Innovativ durch Flexibilität*