



2014

Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der
COMBASS-Daten 2014 und
Dot.sys-Daten 2011-2014



ISD

Institut für interdisziplinäre
Sucht- und Drogenforschung

Herausgeberin

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

Text und Redaktion

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

Layout, Satz

Eike Neumann-Runde, Hamburg

Produktion

typographics GmbH, Darmstadt

November 2015

ISSN 2366-2344

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der COMBASS-Daten 2014

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 2011-2014

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

Frankfurt a. M., November 2015

Landesauswertung der COMBASS-Daten	4
Kurzbeschreibung des Projektes COMBASS	4
Zusammenfassung	10
Zielsetzung und Datengrundlage	14
Klientinnen und Klienten	18
Betreuungen	30
Erstbetreuungen 2008 bis 2014	37
 Landesauswertung der Dot.sys-Daten	 49
Suchtpräventionsstrukturen der hessischen Suchthilfe	49
Zusammenfassung	51
Das Dokumentationssystem Dot.sys	53
Datengrundlage und Zielsetzung der Auswertung	54
Suchtpräventive Maßnahmen: Trends 2011-2014	55
Suchtpräventive Maßnahmen in ausgewählten Settings	65
Einordnung und Diskussion der Dot.sys-Ergebnisse aus Sicht der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen	72
 Anhang	 81
Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen	81
Liste der an der Dot.sys-Auswertung beteiligten Einrichtungen	87

Kurzbeschreibung des Projektes COMBASS

Was ist COMBASS?

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

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

Welche Daten werden erhoben?

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

Welche und wie viele Einrichtungen beteiligen sich an COMBASS?

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

Was ist der HKDS?

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

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

Was ist die ICD-10?

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

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

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

Was ist eine Betreuung?

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

Wie wird der Datenschutz bei der Landesauswertung gewährleistet?

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

Wie wird die Dokumentationsqualität sichergestellt?

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

Welche COMBASS-Berichte sind bisher erschienen?

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

1. Grunddaten-Berichte 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013
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.

Landesauswertung der COMBASS-Daten

Einführung

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

Der vorliegende Bericht ist ein Novum: in ihm werden die Ergebnisse der beiden computergestützten Dokumentationen für die ambulante Suchthilfe (COMBASS) und für die Suchtprävention (Dot.sys) in einem Band publiziert. Damit werden erstmals gemeinsam die Auswertungsergebnisse für beide ambulanten Bereiche in Hessen vorgelegt.

Auch wenn Suchtprävention und Suchtberatung vielfach von dem gleichen Träger verantwortet werden, sind doch die Arbeitsinhalte und Arbeitsweisen komplett unterschiedlich. Die gemeinsame Publizierung der Daten in einem Berichtsband bietet die Chance auf Landesebene, dass der Suchthilfebereich auch die Daten aus der Suchtprävention zur Kenntnis nehmen kann und umgekehrt. Den Mehrwert durch diese neue Darstellung erfahren natürlich auch die weiteren Adressaten des Berichts aus Politik und Fachöffentlichkeit.

Bereits in den letzten Jahren wurden in den COMBASS-Landesauswertungen wegen der minimalen jährlichen Änderungen der Daten, Trendanalysen über mehrere Jahre vorgenommen. Dadurch konnten deutliche Veränderungen bei den Konsumgewohnheiten, den biografischen Merkmalen der Klienten und Klientinnen und bei den erbrachten Leistungen aufgezeigt werden.

Nun wurden in 2014 auch für den Bereich der Suchtprävention erstmals eine wissenschaftlich fundierte Trendanalyse sowie eine Auswertung nach verschiedenen Settings durchgeführt. Sie umfassen den Zeitraum 2011-2014 und wurden mit finanzieller Förderung des Landes vom Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung in Hamburg (ISD) erstellt. Seit vielen Jahren verantwortet das ISD ebenfalls die COMBASS-Auswertungen.

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

Der erste Teil des vorliegenden Datenberichts widmet sich der Auswertung der ambulanten Suchthilfe. Die COMBASS-Grunddatenauswertung 2014 basiert auf den Daten von 102 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe, die von etwa 19.000 Klientinnen und Klienten und ca. 1.200 Angehörigen mit mindestens zwei Terminen in Anspruch genommen wurden. Weitere 4.000 Personen, die die Einrichtungen nur einmal aufgesucht haben, finden keinen Eingang in die Auswertungen.

In dem Bericht werden die soziodemografische Situation der Klientel der ambulanten hessischen Suchthilfe und die von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen beschrieben. Die 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 einem weiteren Kapitel werden im Rahmen einer regionalspezifischen Trendanalyse der Jahre 2008 bis 2014 die in einer Region erstmalig dokumentierten Klientinnen und Klienten über die Jahre betrachtet. Dieses 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).

Vor allem bei erstbetreuten Klientinnen und Klienten können Veränderungen bezüglich des (problematischen) Konsumverhaltens sowie des Inanspruchnahmeverhaltens der Hilfesuchenden deutlich werden und somit hilfreiche Erkenntnisse für die Praxis liefern.

Für den **Berichtsteil der Suchtprävention in Hessen mit Trend- und Settinganalyse der Dot.sys-Daten 2011 bis 2014** bilden die von 28 Fachstellen für Suchtprävention dokumentierten Maßnahmen die Grundlage der Auswertungen. Die Datengrundlage stellen für jedes der vier betrachteten Jahre (2011-2014) 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 65.000 Personen: 25.000 Multiplikatoren und 40.000 Endadressaten, wie Kinder und Jugendliche.

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

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

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

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

- das Hessische Ministerium für Soziales und Integration durch die Finanzierung des Projektes,
- die beteiligten Träger und Einrichtungen sowie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die hohe Dokumentationsqualität und die Verbesserungsanregungen,
- die Firma NTConsult, durch die engagierte 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 -

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht für das Jahr 2014 enthält eine ausführliche Beschreibung der Klientel der ambulanten Suchthilfe in Hessen sowie Daten zu den in Anspruch genommenen Betreuungen. Zudem beinhaltet der Bericht eine regionalspezifische Trendanalyse der Jahre 2008 bis 2014. In diesen Analysen werden erstmals die in einer Region erstmalig dokumentierten Klientinnen und Klienten über die Jahre betrachtet.

Im Jahr 2014 haben sich insgesamt 102 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 2014 Hilfe- und Beratungsleistungen für insgesamt 19.084 verschiedene Klientinnen und Klienten dokumentiert. Hinzu kommen 1.156 Angehörige sowie Einmalkontakte bei insgesamt 4.032 Personen.

Statusbericht 2014

Geschlecht, Alter, Nationalität

Fast drei Viertel der Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe sind männlich (73 %). Die Klientinnen und Klienten sind im Durchschnitt 39,9 Jahre alt. 85 % von ihnen besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit; 32 % haben einen Migrationshintergrund.

Hauptdiagnosen

Bei 41 % der gesamten Klientel liegt die Hauptdiagnose Alkohol vor; es folgt die Gruppe der Opiatabhängigen (26 %). Die Hauptdiagnose Cannabis wurde bei 14 % aller Klientinnen und Klienten gestellt. Bei 7 % handelt es sich um pathologisch Glücksspielende und bei 4 % ist die Hauptproblemsubstanz ein Amphetaminderivat (bzw. MDMA, Halluzinogen). Welche Rolle dabei die Substanz Crystal-Meth spielt, kann nicht gesagt werden, weil es bislang keine entsprechende Erfassungskategorie gibt. Noch seltener werden die Hauptdiagnosen Crack, Sedativa/Hypnotika oder Kokain vergeben (0,5 % bis 2 %).

Ein deutlich anderes Bild stellt sich dar, wenn ausschließlich die neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten betrachtet werden: Hier sind mit 46 % fast die Hälfte der Betroffenen Alkoholklientinnen bzw. -klienten. Höher als in der Gesamtgruppe liegt auch der Anteil der Hauptdiagnose Cannabis mit 22 %. Das Gleiche gilt für pathologisches Glücksspielen, wenn auch hier die Differenz nicht ganz so stark ist (10 %). Weitaus niedriger als in der Gesamtgruppe liegt hingegen der Anteil bei den Opiat-Neuaufnahmen: Er beträgt nur 9 %.

Auswertungen nach Hauptdiagnosengruppen

Nicht nur innerhalb der Gesamtklientel, sondern auch in (fast) allen Hauptdiagnosengruppen überwiegt der Anteil der männlichen Klienten deutlich. Eine besonders starke Überrepräsentanz von Männern ist in der Gruppe der pathologisch Glücksspielenden (87 %) zu beobachten, gefolgt von der Cannabis- (83 %) und Kokainklientel (82 %).

Bei einer Betrachtung der Altersverteilung innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen wird deutlich, dass die Cannabisklientinnen und -klienten mit einem Durchschnittsalter von 26,1 Jahren weiterhin die jüngste Gruppe innerhalb der hessischen Suchthilfeklientel darstellen. Auch die Gruppe der Amphetaminkonsumierenden (bzw. MDMA, Halluzinogen) ist mit 32,7 Jahren noch weit unter dem Durchschnittsalter der Gesamtklientel (39,9 Jahre). Demgegenüber sind 60 % der Alkoholklientinnen und -klienten mindestens 45 Jahre alt; mit durchschnittlich 45,7 Jahren sind sie nach wie vor die älteste Gruppe.

Beim Familienstand stellt sich die Situation wie folgt dar: Den höchsten Anteil derer, die mit einer/m Partnerin/Partner (und ggf. Kindern) zusammenleben, ist bei den pathologisch Glücksspielenden zu finden (47 %). Der höchste Anteil von Alleinlebenden findet sich bei der Alkoholklientel (40 %). Von den (vergleichsweise jungen) Cannabisklientinnen und -klienten leben viele noch bei den Eltern (44 %).

15 % der opiatabhängigen Personen leben in einer prekären Wohnsituation (provisorische Unterkunft, Obdachlosigkeit, Justizvollzugsanstalt). Am niedrigsten sind die entsprechenden Anteile mit 4 % bei der Alkoholklientel und mit 3 % bei den pathologisch Glücksspielenden. Diese Klientengruppen wohnen überdurchschnittlich häufig selbstständig (84 % bzw. 76 %).

Bei der Opiatklientel sind 69 % ohne Arbeit. Auch die Personen der Diagnosegruppe „Crack“ (62 %) haben häufig keine 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 dagegen eine sehr wichtige Rolle, vor allem beim Opiatklientel: Aus dieser Gruppe beziehen 56 % das Arbeitslosengeld II (ALG II); hinzu kommt ein Anteil von 9 %, die Sozialhilfe nach SGB XII erhalten.

Am häufigsten sind mit insgesamt 71 % die pathologischen Glücksspielerinnen und -spieler verschuldet; hier finden sich auch die höchsten Werte für hohe Schulden (20 % mit mehr als 25.000 Euro). Eher selten mit Schulden belastet sind Cannabiskonsumierende (25 %) und Alkoholklientinnen/ -klienten (33 %).

Betreuungen

44 % der Betreuungen kommen ohne Vermittlung zustande. Ebenfalls relativ häufig (37 %) werden Klientinnen und Klienten über professionelle Hilfen (andere Suchthilfeeinrichtungen, Ärzte etc.) in die Angebote der ambulanten Suchthilfe vermittelt. 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 45 % die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Die Medikamentengestützte Behandlung ist mit 18 % die zweithäufigste Betreuungsform, gefolgt von der Ambulanten Rehabilitation mit 12 %. Bei 8 % der Betreuungen handelt es sich um Allgemeine Psychosoziale Betreuungen, bei 7 % um Vorbereitungen auf stationäre Behandlungen. Andere Betreuungsformen machen 9 % aus.

Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller im Jahr 2014 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 222 Tage. Frauen werden dabei mit durchschnittlich 246 Tagen länger betreut als Männer

(214 Tage). Die Opiatklientel wird von allen größeren Hauptdiagnosegruppen mit 402 Tagen im Mittel mit Abstand am längsten betreut.

Insgesamt 62 % der Betreuungen werden regulär abgeschlossen: dabei handelt es sich entweder um eine planmäßige Beendigung (49 %) oder um eine planmäßige Weitervermittlung in ein anderes Angebot (13 %). 32 % der Betreuungen werden durch die Klientin bzw. den Klienten und 3 % durch die Einrichtung abgebrochen; bei weiteren 4 % wird die Betreuung durch einen außerplanmäßigen Wechsel oder eine Verlegung beendet.

Betrachtet man die Suchtproblematik zum Betreuungsende, so zeigt sich, dass bei einem erheblichen Teil der Betreuungen (63 %) mindestens eine Verbesserung erreicht werden konnte (erfolgreich und verbessert zusammengefasst). Gut ein Viertel der Betreuungen wurden erfolgreich abgeschlossen (27 %), und bei etwas mehr als einem Drittel wurde eine Verbesserung der Problematik dokumentiert (36 %). 33 % der Klientinnen und Klienten weisen am Ende ihrer Betreuung eine unveränderte Suchtproblematik auf, und bei 4 % hat sich diese verschlechtert.

Erstbetreuungen 2008 bis 2014

Die durchgeführte Spezialauswertung untersucht, inwieweit es bei den (ambulanten) Erstbetreuungen in den Jahren 2008 bis 2014 zu Veränderungen bei der Klientel und ihrem Inanspruchnahmeverhalten gekommen ist.

Dieses geschieht jeweils entlang der regionalen Typologie, die auch schon aus anderen COMBASS-Berichten bekannt ist: Landkreise (21), Großstädte (4) und Frankfurt am Main.

Es zeigt sich ein über die Jahre stabiles Verhältnis von Erstbetreuungen zu Wiederbetreuungen, wobei in Frankfurt mit rund 50 % anteilig weniger Erstbetreuungen dokumentiert wurden als in den Landkreisen und Großstädten (rund 60 %).

Die allermeisten der erstbetreuten Klientinnen und Klienten nehmen (zunächst) eine Beratung in Anspruch. Das gilt für alle drei regionalen Kategorien, wobei es in den Landkreisen und in Frankfurt in den letzten 7 Jahren zu einem deutlichen Anstieg ihrer relativen Anteile gekommen ist (von 69 % auf 74 % bzw. 57 % auf 66 %).

Bei der Geschlechterverteilung der Erstbetreuungen hat es im betrachteten Zeitraum in allen drei regionalen Zuordnungskategorien keine Veränderungen gegeben. Überall liegt der Anteil der Männer zwischen 73 % und 76 %, dementsprechend derjenigen der Frauen zwischen 24 % und 27 %.

Bei der Auswertung nach Altersklassen zeigt sich, dass der Anteil von Minderjährigen in den Landkreisen zugenommen hat, vor allem zwischen den Jahren 2008 und 2011. Er ist von 9 % im Jahr 2008 auf aktuell 14 % angewachsen. Eine ähnliche Entwicklung ist auch in den Großstädten zu beobachten, wobei dort jedoch eine Zunahme sowohl bei den Minderjährigen als auch den jungen Erwachsenen festzustellen ist. Zusammengerechnet lag der Anteil in 2008 bei 24 % und ist auf aktuell 35 % gestiegen. In Frankfurt hat zwar auch eine leichte Zunahme junger Erstbetreuer stattgefunden; diese bewegt sich aber auf einem etwas niedrigeren Niveau.

In den Landkreisen hat seit 2008 mit knapp 30 % ein relativ gleichbleibender Anteil von Personen einen Migrationshintergrund. In den Großstädten hat dieser um 5 Prozentpunkte abgenommen

(von 44 % auf 39 %); in der Metropole Frankfurt ist er dagegen um 11 Prozentpunkte angewachsen (von 35 % auf 46 %).

Die Erwerbssituation der erstbetreuten Klientel hat sich seit dem Jahr 2008 verbessert. In den Landkreisen sind inzwischen über 60 % erwerbstätig. In den Großstädten ist dieser Anteil fast genauso groß (58 %). Am niedrigsten ist dieser Wert mit 50 % in Frankfurt, aber auch hier hat in den letzten 7 Jahren eine deutliche Zunahme stattgefunden.

Wird die Entwicklung der Hauptdiagnosen betrachtet, zeigen sich bei der Gruppe der Erstbetreuten größere Veränderungen. Diese stellen sich teilweise regional unterschiedlich dar. Am auffälligsten ist, dass in Stadt und Land der Anteil der Hauptdiagnose „Opiate“ seit 2008 stark gesunken ist. So ist dieser Wert in der Metropole Frankfurt von 35 % auf 21 % gefallen. In den Landkreisen und Großstädten stellen die Opiatabhängigen inzwischen nur noch die viertgrößte Gruppe dar (seit 2011 sind hier die pathologisch Glücksspielenden mit Anteilen um die 10 % bzw. 15 % eine – in zahlenmäßiger Hinsicht – relevantere Klientel).

Gleichzeitig ist überall auch der Anteil der Cannabisklientel angestiegen; vor allem in den Großstädten, wo sich ihr Anteil von 9 % auf 19 % mehr als verdoppelt hat. Bei der Hauptdiagnosegruppe „Alkohol“ ist ein Rückgang in den Landkreisen und Großstädten zu verzeichnen, dagegen hat ihr relativer Anteil in Frankfurt um 5 Prozentpunkte zugenommen (von 35 % auf 40 %). Der Anteil der Amphetamine ist überall leicht angestiegen; er liegt aber nur in den Landkreisen aktuell (Jahr 2014) bei über 5 %. Bei anderen illegalen Drogen hat es in den vergangenen 7 Jahren keine bemerkenswerten Veränderungen gegeben.

Zielsetzung und Datengrundlage

Im vorliegenden Jahresbericht 2014 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.

Zudem enthält der Bericht eine regionalspezifische Trendanalyse der Jahre 2008 bis 2014. In diesen Analysen werden erstmals die in einer Region erstmalig dokumentierten Klientinnen und Klienten über die Jahre betrachtet. Vor allem bei erstbetreuten Klientinnen und Klienten können Veränderungen bezüglich des (problematischen) Konsumverhalten sowie des Inanspruchnahmeverhaltens der Hilfesuchenden identifiziert werden. Für den Vergleich wurden relevante Kriterien aus den Bereichen „Vorerfahrungen und Art der Betreuung“, „Hauptdiagnosen“ und „soziodemografische Merkmale“ ausgewählt.

Datengrundlage

Der vorliegende Bericht basiert auf den Daten von 102 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe. Die überwiegende Zahl dieser Einrichtungen wird durch Landesmittel gefördert. Zusätzlich sind die Daten einiger ausschließlich kommunal und/oder kirchlich finanzierter Einrichtungen im Bericht enthalten.

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

ERLÄUTERUNG

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

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

Im Folgenden werden Personen als Klientinnen und Klienten sowie Angehörige bzw. sonstige Bezugspersonen bezeichnet, die der Einrichtung namentlich bekannt sind und im Jahr 2014 eine Betreuung mit mindestens einem Termin bzw. mindestens einer Leistung in Anspruch genommen haben. Anonyme Kontakte werden hierbei nicht berücksichtigt.

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

Vorkommen identischer HIV-Codes in unterschiedlichen Einrichtungen

Um festzustellen, ob eine Person in mehreren Einrichtungen in Betreuung war, ist es möglich, die HIV-Codes zwischen allen 102 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 2014 handelt es sich dabei um 19.084 unterschiedliche Klientinnen und Klienten. Auf die

¹ Brand, H., Steppan, M., Künzel, J. & Braun, B. (2014). Suchthilfe in Deutschland 2013. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforchung.

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

gleiche Art und Weise lässt sich eine Zahl von 1.156 Angehörigen für das Jahr 2014 berechnen. Für beide Gruppen zusammen wurden insgesamt 23.953 Betreuungen dokumentiert.

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

HIV-Code in	2003	2005	2007	2009	2011	2012	2013	2014
einer Einrichtung	95 %	94 %	94 %	94 %	94 %	94 %	94 %	94,5 %
zwei Einrichtungen	4 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
drei Einrichtungen	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0,5 %
mehr als drei Einrichtungen	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,04 %	0,1 %	0,1 %
Personen landesweit (N)	17.515	17.562	18.467	21.116	18.793	19.547	19.681	19.084

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 4.032 unterschiedliche Personen für das Jahr 2014 finden, die ausschließlich solche Einmalkontakte in Anspruch nahmen. Da jedoch eine gemeinsame Auswertung von Einmalkontakten mit den längeren Betreuungen mit mehreren Kontakten als nicht sinnvoll erachtet wird, werden die dokumentierten Einmalkontakte aus den weiteren Analysen ausgeschlossen.

Mit 102 Einrichtungen zeigt sich auch im aktuellen Berichtsjahr eine ausgesprochen gute Beteiligung auf Seiten der dokumentierenden Einrichtungen (siehe Tabelle 2). Sowohl die Zahl der Einrichtungen als auch die Anzahl der dokumentierten Klientinnen und Klienten und 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**
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 19.084 Klientinnen und Klienten (ohne Angehörige), die im Jahr 2014 von der ambulanten Suchthilfe in Hessen erreicht werden konnten und für die neben einer Betreuung mindestens ein Termin bzw. eine Leistung dokumentiert worden ist. Der nachstehende Überblick bezieht sich auf grundlegende soziodemografische Merkmale wie Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Erwerbssituation. Dabei werden die einzelnen Hauptdiagnosegruppen getrennt – also beispielsweise Klientinnen und Klienten mit Alkohol- oder Opiatproblemen – hinsichtlich biografischer Merkmale und ihrer aktuellen sozialen Situation betrachtet. Die zuweilen auftretenden Diskrepanzen zwischen Anteilen an der gesamten Klientel und den nach Hauptdiagnosegruppen aufgeschlüsselten Tabellen resultieren aus unterschiedlichen Anteilen fehlender Werte für bestimmte Informationen.

Geschlecht • Alter • Nationalität

Wie in den Vorjahren sind 73 % der Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe männlich (siehe Tabelle 3). Zu Beginn der Betreuung in der Suchtberatungsstelle sind die Klientinnen und Klienten im Durchschnitt 39,9 Jahre alt, wobei die Frauen (41,7) durchschnittlich zweieinhalb Jahre älter sind als die Männer (39,2). Das Durchschnittsalter der hessischen Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)³ liegt mit 48,9 Jahren rund 9 Jahre darüber.

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 Männern (35 %) ist dies häufiger der Fall als bei Frauen (23 %). Das Verhältnis von Menschen mit deutschem Pass zu jenen ohne deutschen Pass entspricht nahezu der Verteilung innerhalb der hessischen Gesamtbevölkerung (Nichtdeutsche, 2014: 13 %).⁴ Demgegenüber liegt der Anteil der Suchthilfeklientinnen und -klienten mit einem Migrationshintergrund etwas höher als der entsprechende Anteil in der Gesamtbevölkerung: 2013 hatten 27,8 % der hessischen Bürgerinnen und Bürger einen Migrationshintergrund.⁵

³ Genesis 2014. Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Altersjahre (Tabelle 12411-0011) Werte abrufbar über: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online> (eigene Berechnung des Mittelwertes)

⁴ <http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bevoelkerung-gebiet/landesdaten/auslaendische-bevoelkerung-in-hessen/nichtdeutsche-bevoelkerung-hessen/index.html>

⁵ http://www.statistik-hessen.de/PresseWeb/pm_751.html

Tabelle 3: Geschlechterverteilung, Alter, Nationalität und Migrationshintergrund

	männlich	weiblich	Gesamt
Geschlechterverteilung			
Klienten	73 %	27 %	100 %
N	13.840	5.244	19.084
Durchschnittliches Alter			
Klienten (in Jahren)	39,2	41,7	39,9
N	13.732	5.200	18.932
Staatsangehörigkeit			
Deutschland	84 %	89 %	85 %
EU	5 %	6 %	5 %
außerhalb EU	11 %	5 %	9 %
staatenlos	0,5 %	0,3 %	0,4 %
Gesamt N	13.242	4.991	18.233
Migrationshintergrund*			
Kind von Migranten	19 %	11 %	16 %
selbst migriert	22 %	15 %	20 %
kein Migrationshintergrund	65 %	77 %	68 %
Gesamt N	8.698	3.392	12.090

* Mehrfachnennungen möglich

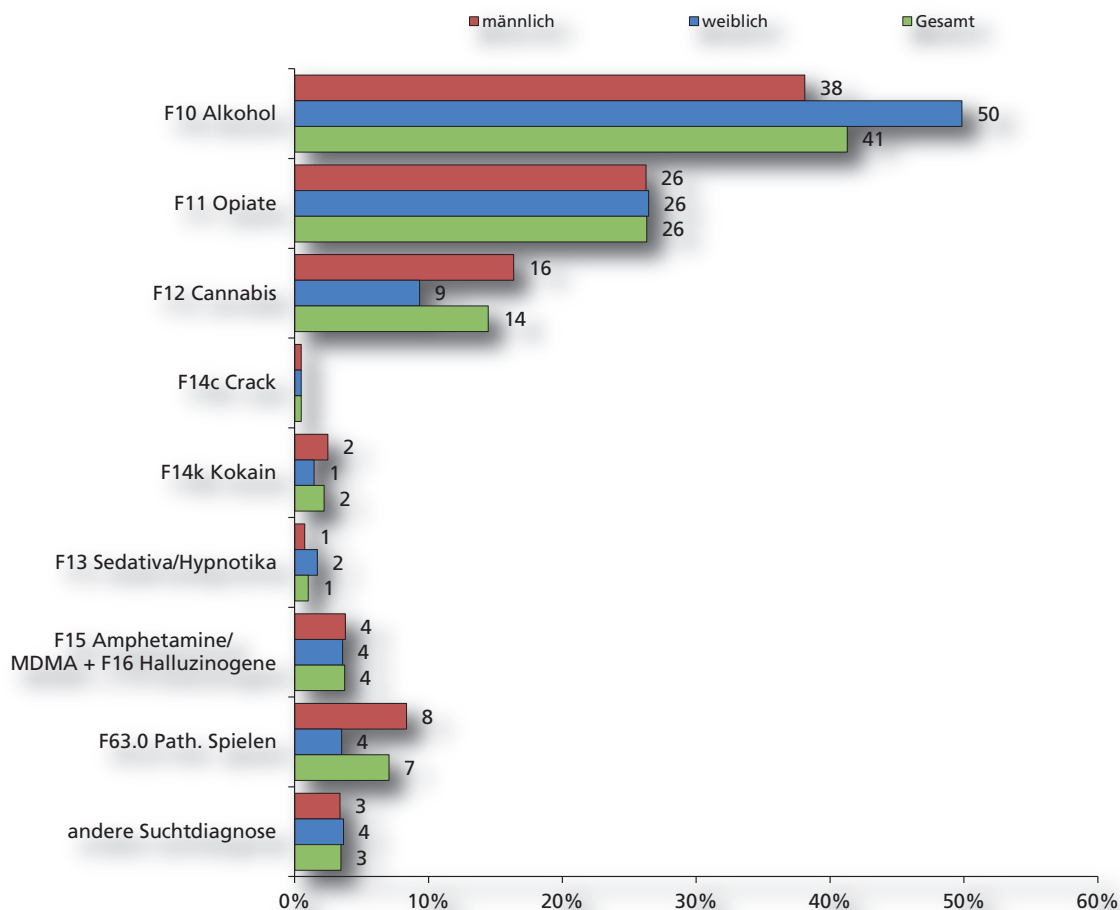
Ziel- und Diagnosegruppen

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

Wird die „Zielgruppe“ als Ordnungskriterium genommen, so ist die Kategorie „Illegale Drogen“ mit 50 % der hessischen Klientinnen und Klienten nach wie vor am stärksten vertreten. Dahinter folgt mit 37 % „Alkohol“ und mit großem Abstand „pathologisches Spielen“ (7 %). 2 % fallen in die Kategorie „Jugendberatung“ und jeweils 1 % in „Medikamente“ oder „problematische Mediennutzung“.

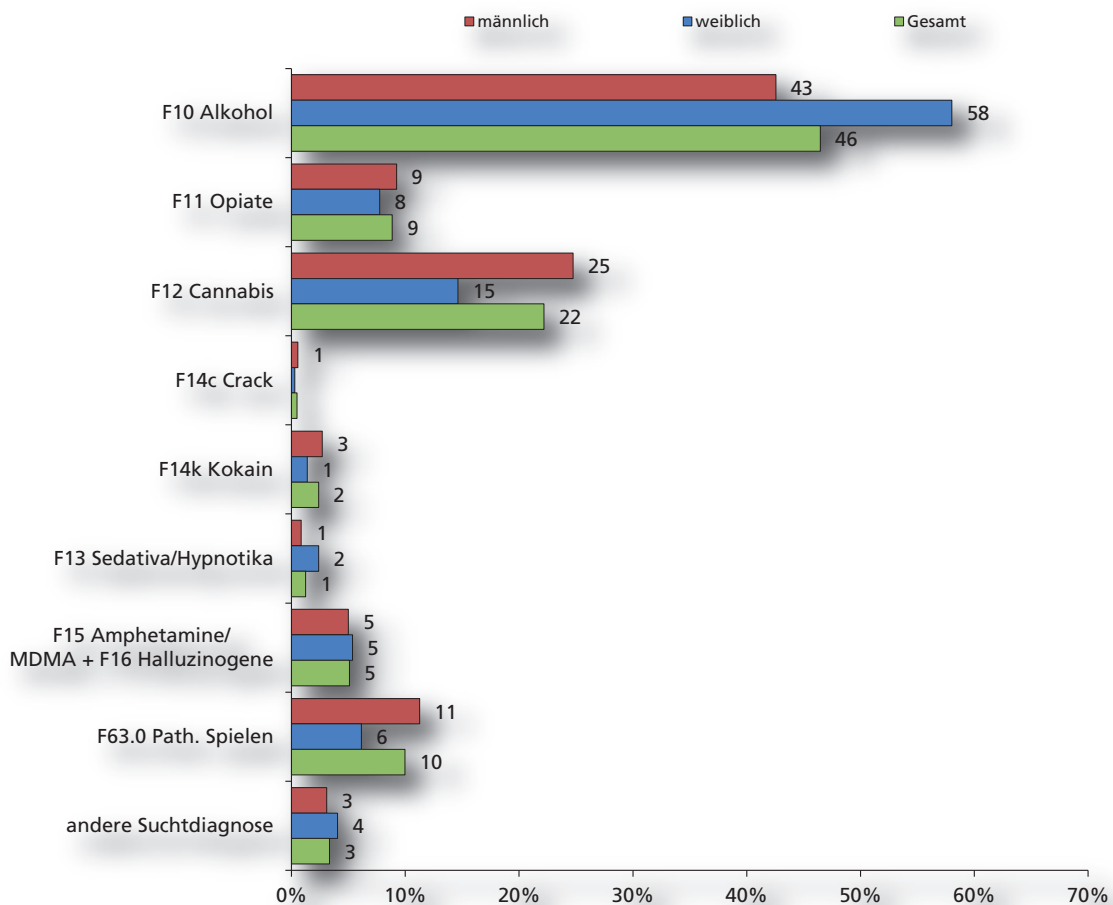
Die Verteilung nach den Hauptdiagnosen bietet ein differenzierteres Bild hinsichtlich der Suchtproblematiken: Demnach suchen 41 % der Klientinnen und Klienten aufgrund eines Alkoholproblems die ambulante Suchthilfe auf (siehe Abbildung 1). Für 26 % ist die Opiatabhängigkeit der hauptsächliche Grund für den Besuch einer Beratungs- oder Behandlungsstelle. Die Hauptdiagnose Cannabis wird bei 14 % der Gesamtklientel vergeben, und für 7 % steht das pathologische Glücksspiel im Vordergrund der Beratung bzw. Behandlung. Bei 4 % sind die Hauptproblemsubstanzen Amphetaminderivate (inklusive MDMA) oder Halluzinogene. 2 % kommen aufgrund ihres Kokainkonsums zur hessischen Suchthilfe, noch seltener wird mit 1 % die Hauptdiagnose Sedativa/Hypnotika vergeben, und nur sehr vereinzelt, bei 0,5 %, lautet die Diagnose Crack. Bei insgesamt 3 % liegt eine andere Suchtdiagnose vor.

Abbildung 1: Hauptdiagnose (N= 17.387)



Ein deutlich anderes Bild ergibt sich, wenn ausschließlich die neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten betrachtet werden (siehe Abbildung 2): Hier sind mit 46 % fast die Hälfte der Betroffenen Alkoholclientinnen bzw. -klienten. Höher als in der Gesamtgruppe liegt auch der Anteil der Hauptdiagnose Cannabis mit 22 %. Der Anteil für pathologisches Glücksspielen liegt mit 10 % über dem Anteil bei der Gesamtstichprobe. Weitaus niedriger als in der Gesamtgruppe ist hingegen der Anteil derer mit Hauptdiagnose Opiate: Lediglich 9 % der neu aufgenommenen Klientinnen und Klienten haben 2014 die Suchthilfe wegen eines Opiatproblems aufgesucht.

Abbildung 2: Hauptdiagnose der erstmalig aufgenommenen Klientinnen und Klienten (N= 5.480)



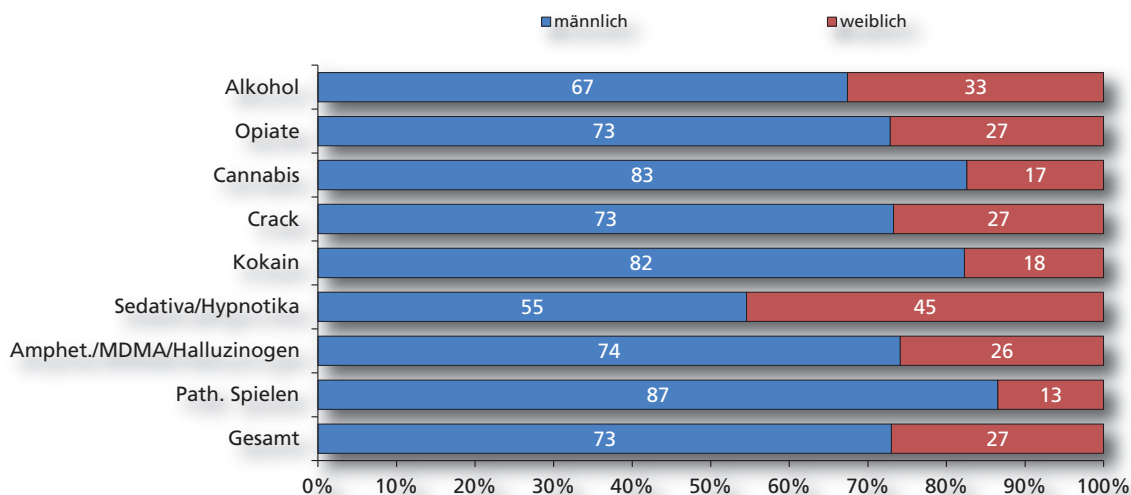
Diagnosegruppen – soziodemografische Merkmale

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. Wo es sinnvoll erscheint, werden darüber hinaus auch Vergleiche mit der hessischen Gesamtbevölkerung in die Darstellung mit einbezogen.

Geschlecht · Alter · Nationalität

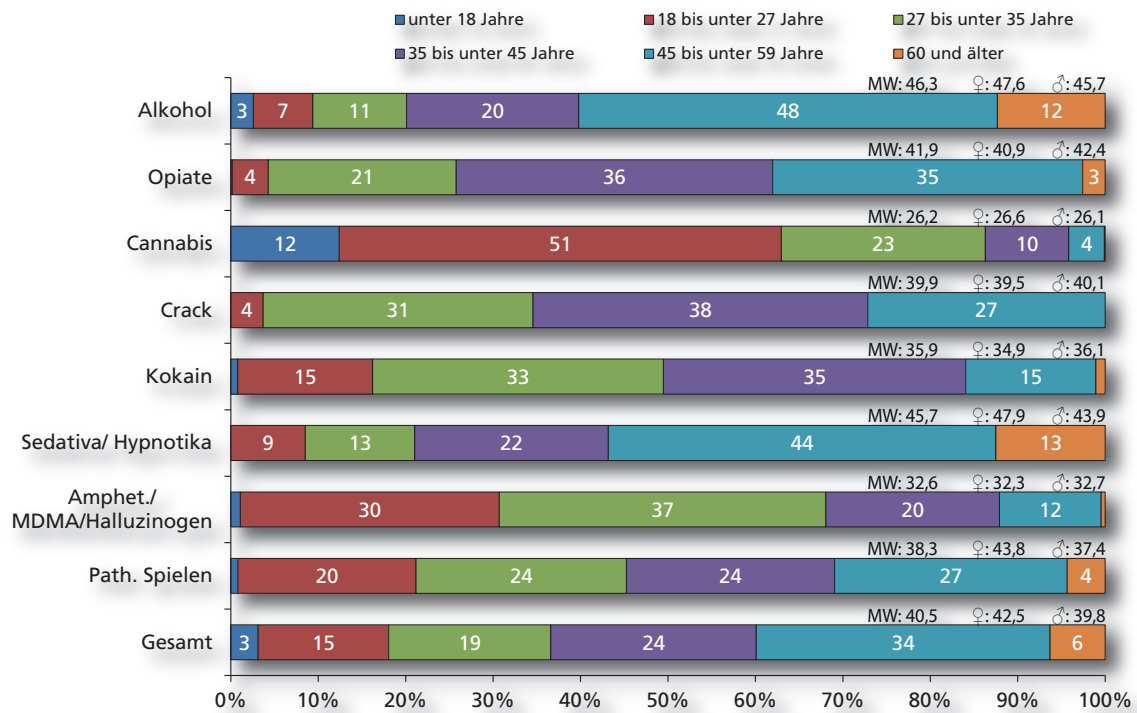
Auch in allen einzelnen Hauptdiagnosegruppen mit nennenswerten Fallzahlen überwiegt der Anteil der männlichen Klienten jeweils deutlich (siehe Abbildung 3). Die größte Überrepräsentanz von Männern findet sich in der Gruppe der pathologisch Glücksspielenden (87 %), gefolgt von der Cannabis- (83 %) und der Kokainklientel (82 %). Bei Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogen- (74 %) und Opiatklientinnen und -klienten (73 %) sind jeweils rund drei Viertel männlich; geringer fällt die Überrepräsentation männlicher Klienten mit 67 % bei der Hauptdiagnose Alkohol aus.

Abbildung 3: Geschlechterverteilung nach Hauptdiagnose (N= 18.030)



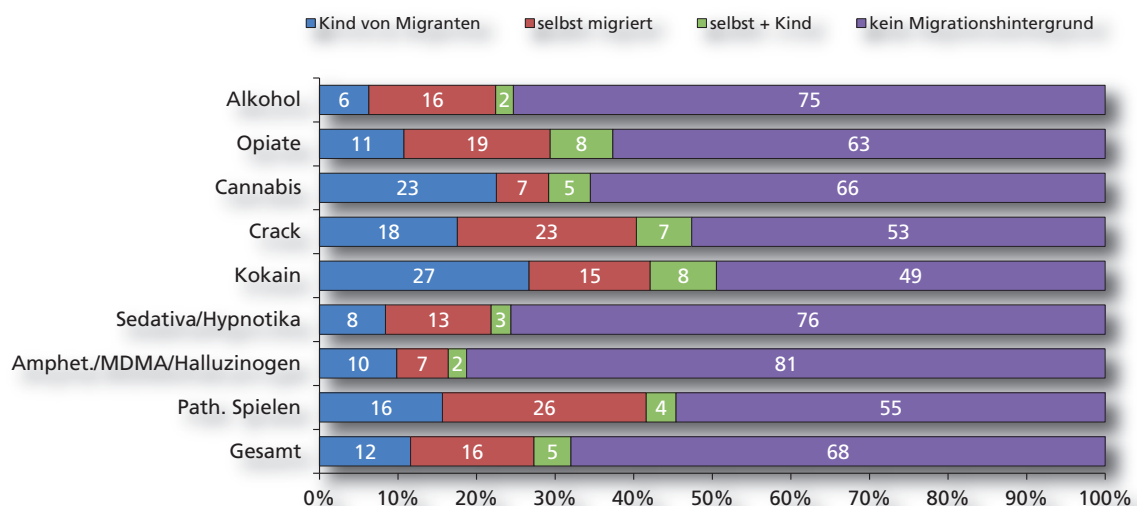
Bei einer Betrachtung der Altersverteilung innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen wird deutlich, dass die Cannabisklientinnen und -klienten weiterhin mit einem Durchschnittsalter von 26,1 Jahren die mit Abstand jüngste Gruppe innerhalb der hessischen Suchthilfeklientel darstellen (siehe Abbildung 4); fast zwei Drittel sind jünger als 27 Jahre. Die Personen aus der zweitjüngsten Hauptdiagnosegruppe, der Amphetamin/MDMA/Halluzinogen-Klientel, sind mit durchschnittlich 32,7 Jahren bereits mehr als sechs Jahre älter. Auch das Durchschnittsalter der Kokainklientel (36,1) und der pathologisch Glücksspielenden (37,4) liegt jeweils unter dem Durchschnittsalter der Gesamtklientel. Demgegenüber stellen Alkoholklientinnen und -klienten mit durchschnittlich 45,7 Jahren nach wie vor die älteste Gruppe; eine deutliche Mehrheit (60 %) ist mindestens 45 Jahre alt. Nahezu gleichauf liegt mit 43,9 Jahren die Hauptdiagnosegruppe Sedativa/Hypnotika. Auch bei den Opiatklientinnen und -klienten liegt das Durchschnittsalter mit 42,4 Jahren über dem der gesamten Klientel. Aus dieser Gruppe sind mittlerweile 38 % mindestens 45 Jahre alt, sehr wenige Personen sind unter 18 Jahre (0,2 %) und der Anteil der jungen Erwachsenen unter 27 Jahren ist mit 4 % so niedrig wie in keiner anderen Diagnosegruppe außer der sehr kleinen Crack-Gruppe (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: Durchschnittliches Alter in Jahren, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 17.268)



Insgesamt 32 % der hessischen Suchthilfeklientel haben einen Migrationshintergrund. Im Jahr 2014 ist dieser Anteil bei der Kokainklientel mit insgesamt 51 % am höchsten, gefolgt von den Crack Konsumierenden (47 %) und den pathologisch Glücksspielenden mit 45 % (siehe Abbildung 5). Opiat- (37 %) und Cannabiskonsumierende (34 %) liegen hier jeweils nur leicht über dem Durchschnitt, während Personen, bei denen Probleme mit Amphetaminen/MDMA/Halluzinogenen (19 %), Sedativa/Hypnotika (24 %) oder Alkohol (25 %) im Vordergrund stehen, deutlich seltener einen Migrationshintergrund haben.

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

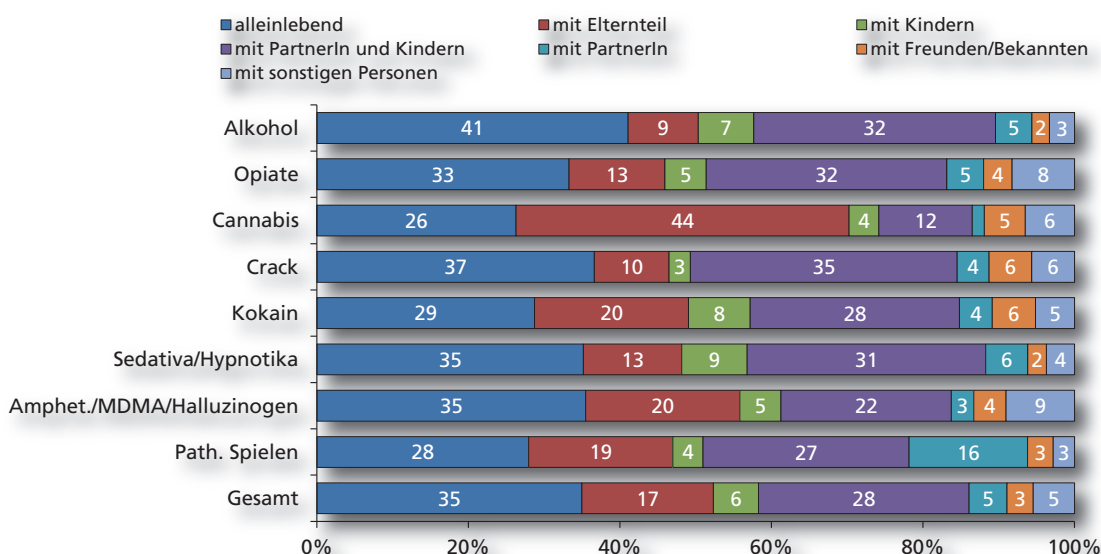


Familienstand · Lebenssituation

Was den formellen Familienstand betrifft, so sind mit 59 % deutlich mehr als die Hälfte der Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchthilfe in Hessen ledig. Insgesamt 24 % sind verheiratet, 16 % geschieden und 2 % verwitwet. Besonders hoch sind die Anteile der (noch) Unverheirateten bei den vergleichsweise jungen Menschen der Diagnosegruppen Cannabis (91 %) und Amphetamine/MDMA/Halluzinogene (82 %). Auch in der Kokain- (68 %), Opiat- (63 %) und Crackklientel (61 %) sind relativ häufig ledige Personen anzutreffen. Besonders niedrig ist dieser Anteil hingegen mit 42 % bei der Alkoholklientel. In dieser Gruppe findet sich auch ein relativ hoher Anteil an Verheirateten (33 %). Gleichzeitig ist hier der Anteil der Geschiedenen mit 22 % überdurchschnittlich hoch.

Zusätzlich zum Familienstand wird auch die konkrete Lebenssituation der Klientinnen und Klienten erfasst (siehe Abbildung 6). Die höchsten Anteile von Alleinlebenden finden sich bei der Alkoholklientel (40 %), gefolgt von Crack- (37 %), Sedativa/Hypnotika und Amphetamine/MDMA/Halluzinogene Konsumierenden mit jeweils 35 %. Die niedrigsten Werte finden sich bei Personen, die wegen pathologischem Glücksspiel (28 %) oder Cannabis (26 %) die Suchthilfe aufsuchen. Während allerdings die vergleichsweise jungen Cannabisklientinnen und -klienten mit Abstand am häufigsten noch bei den Eltern leben (44 %), zeigt sich bei den Glücksspielenden der höchste Anteil von Personen, die mit der Partnerin bzw. dem Partner und/oder Kindern zusammen leben (insgesamt 47 %).

Abbildung 6: Lebenssituation, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 16.091)

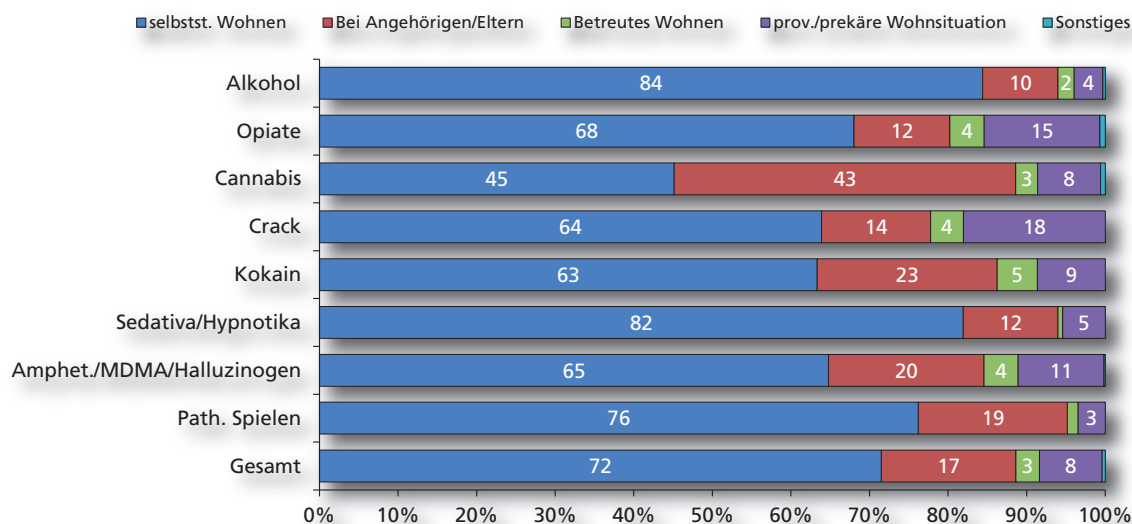


Wohnsituation

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 7). Diese Personen finden sich am häufigsten unter den Konsumierenden von Crack (18 %) und Opiaten (15 %). Am niedrigsten liegt dieser Anteil mit 3 % bei den pathologisch Glücksspielenden, gefolgt von der Alkohol- (4 %) und der Sedativa-/Hypnotikaklientel (5 %). In den beiden letztgenannten, vergleichsweise alten Gruppen zeigen sich die höchsten Anteile für selbstständiges Wohnen (Sedativa/Hypnotika: 82 %, Alkohol: 84 %). Der höchste Wert für das Wohnen bei den Eltern bzw. ande-

ren Angehörigen liegt, wie bereits bei der Lebenssituation erkennbar, mit 43 % bei der Cannabis-klientel vor.

Abbildung 7: Wohnsituation, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 16.605)

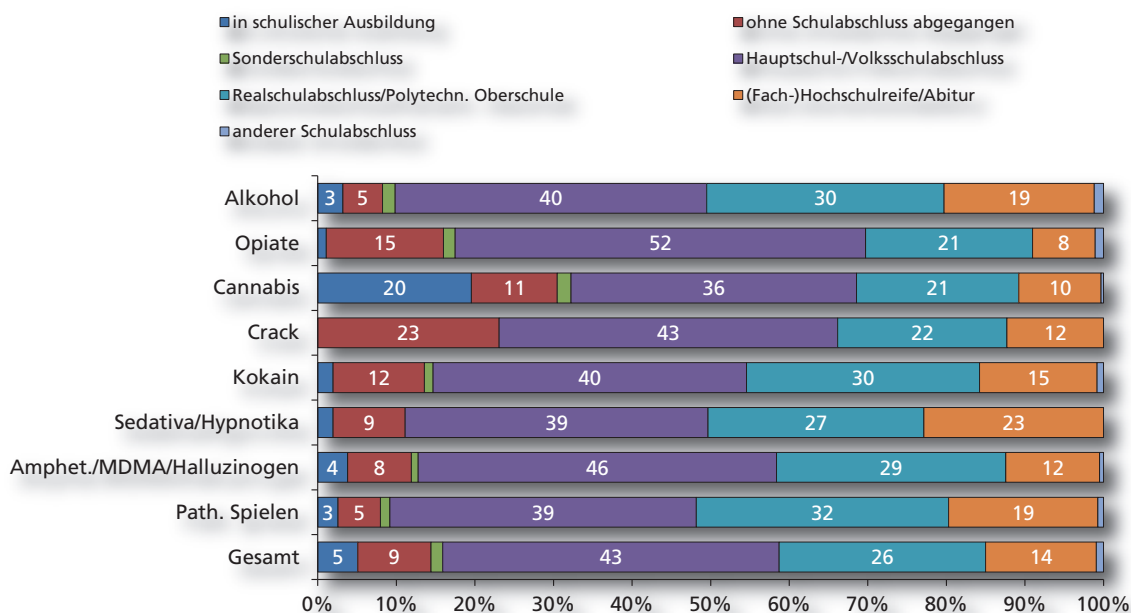


Schulabschluss und Ausbildung

Die Klientel der ambulanten Suchthilfe weist im Durchschnitt ein niedrigeres Niveau an Schulbildung auf als dies in der Allgemeinbevölkerung Hessens der Fall ist: 9 % haben keinen Schulabschluss, 43 % den Hauptschulabschluss, 26 % einen Realschulabschluss und lediglich 14 % Abitur; 5 % sind noch in schulischer Ausbildung (siehe Abbildung 8). In der hessischen Allgemeinbevölkerung hatten im Jahr 2011 32 % (Fach-)Abitur, 25 % Mittlere Reife, 33 % Hauptschulabschluss und 5 % keinen Abschluss; weitere 5 % besuchten noch die Schule.⁶ Ein besonders niedriger Bildungsstand liegt bei den Crack- und Opiatkonsumierenden vor, die mit 23 % bzw. 15 % die höchsten Anteile von Personen ohne Abschluss aufweisen. Die Opiatklientel besitzt mit 52 % auch den höchsten Anteil von Hauptschulabgängerinnen bzw. -abgängern und mit 8 % den niedrigsten Anteil von Abiturientinnen und Abiturienten. Unter Cannabiskonsumierenden ist der Anteil der Personen, die noch zur Schule gehen, mit 20 % weiterhin mit Abstand am höchsten; der Anteil von Hauptschulabgängerinnen und -abgängern ist hier mit 36 % am niedrigsten. Eine relativ hohe Schulbildung liegt bei der Alkohol- und Glücksspielklientel vor: Hier sind lediglich jeweils 5 % ohne Schulabschluss abgegangen; gleichzeitig haben mit jeweils 19 % relativ viele Personen das (Fach-)Abitur gemacht. Ähnliche Werte zeigen sich in der kleinen Gruppe der Sedativa-/Hypnotikakonsumierenden.

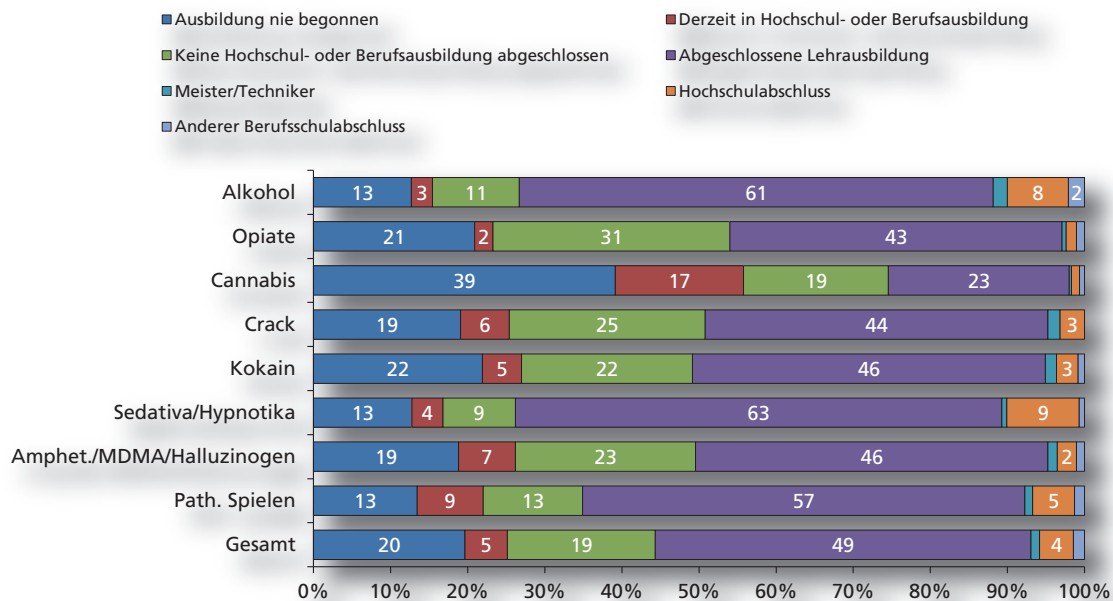
⁶ https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:06,BEG_4_4_6,m,table

Abbildung 8: Schulabschluss, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 15.440)



Mit 49 % verfügt nahezu die Hälfte der Suchthilfeklientel über eine abgeschlossene Berufsausbildung, weitere 5 % über einen Hochschul- oder Meister-/Technikerabschluss (siehe Abbildung 9). Ebenfalls 5 % befinden sich aktuell in Hochschul- bzw. Berufsausbildung. Demgegenüber haben 19 % ihre Ausbildung bzw. ihr Studium nicht abgeschlossen und 20 % haben nie eine Ausbildung bzw. Studium begonnen. Bei letzterer Angabe ist allerdings zu beachten, dass hier auch diejenigen enthalten sind, die sich noch in der schulischen Ausbildung befinden. Dies ist insbesondere für die Cannabisklientinnen und -klienten relevant, von denen 20 % noch zur Schule gehen (siehe oben) und dementsprechend auch mit 39 % der höchste Wert unter allen Diagnosegruppen für die Erfassungskategorie „Ausbildung nie begonnen“ vorliegt. Ebenso befinden sich in dieser Gruppe mit 17 % die meisten Auszubildenden bzw. Studierenden. Die höchsten Anteile für Klientinnen und Klienten mit abgeschlossener Berufsausbildung sind in den Diagnosegruppen Sedativa/Hypnotika (63 %) und Alkohol (61 %), gefolgt von den pathologisch Spielenden (57 %) vorhanden. Auch Hochschulabschlüsse sind in der Alkohol- (8 %) und Sedativa/Hypnotikaklientel (9 %) am stärksten vertreten. Opiat- (31 %) und Crackkonsumierende (25 %) weisen die höchsten Anteile für nicht abgeschlossene Hochschul- bzw. Berufsausbildungen auf.

Abbildung 9: Ausbildungsabschluss, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 15.071)



Erwerbssituation und Schulden

Um die soziale Situation der Suchthilfeklientel zu bewerten, erscheint zunächst ein Abgleich mit der Arbeitslosenquote der Allgemeinbevölkerung sinnvoll. Diese Quote lag in Hessen im Jahresdurchschnitt 2014 bei 6,5%.⁷ Demgegenüber beziehen 41 % der Klientinnen und Klienten der Suchthilfe Arbeitslosengeld (ALG I oder ALG II); hinzukommen 4 % mit Sozialhilfe nach SGB XII (siehe Abbildung 10).

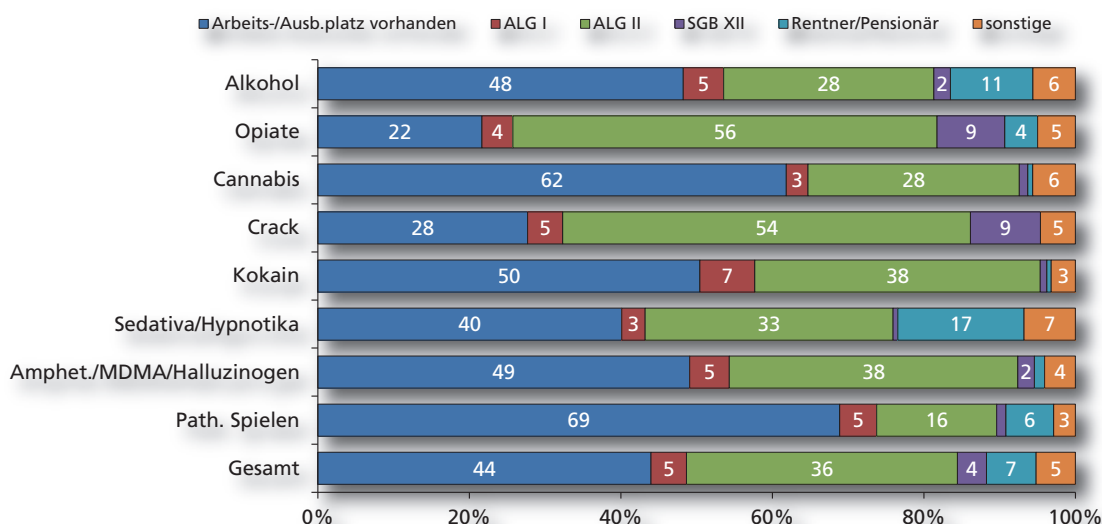
Nach wie vor sind die Opiatklientinnen und -klienten am häufigsten ohne Arbeit: Insgesamt sind 69 % in dieser Gruppe arbeits- bzw. erwerbslos. Bei der Crackklientel sind insgesamt 62 % ohne Arbeit. Am niedrigsten liegt der Arbeitslosenanteil bei den Glücksspielenden (22 %), gefolgt von Cannabis- (32 %) und Alkoholkonsumierenden (35 %). Festzuhalten ist allerdings weiterhin, dass die Arbeitslosigkeit in sämtlichen Hauptdiagnosegruppen diejenige der Allgemeinbevölkerung jeweils um ein Vielfaches übersteigt.

Insgesamt bestreitet weniger als die Hälfte der hessischen Suchthilfeklientel ihren Lebensunterhalt mit bezahlter Arbeit (44 %). Staatliche Transferleistungen spielen dagegen eine sehr wichtige Rolle, vor allem das Arbeitslosengeld II (ALG II) mit 36 %. Am höchsten ist der Anteil der ALG II-Empfängerinnen und -Empfänger mit 56 % bei der Opiatklientel. Ansonsten liegen lediglich die Crackkonsumierenden mit 54 % merklich über dem Durchschnittswert. Auch der Anteil derer, die Sozialhilfe nach SGB XII beziehen, ist unter Opiat- und Crackabhängigen mit jeweils 9 % am höchsten. Keine auffälligen Unterschiede zwischen den Hauptdiagnosegruppen finden sich bei den Werten für ALG I.

7 % der Suchthilfeklientel sind Rentnerinnen bzw. Rentner. Am höchsten ist der Anteil mit 17 % bei der Sedativa-/Hypnotikaklientel, gefolgt von den Alkoholkonsumierenden (11 %); dies korrespondiert damit, dass es sich bei diesen Gruppen um die durchschnittlich ältesten handelt.

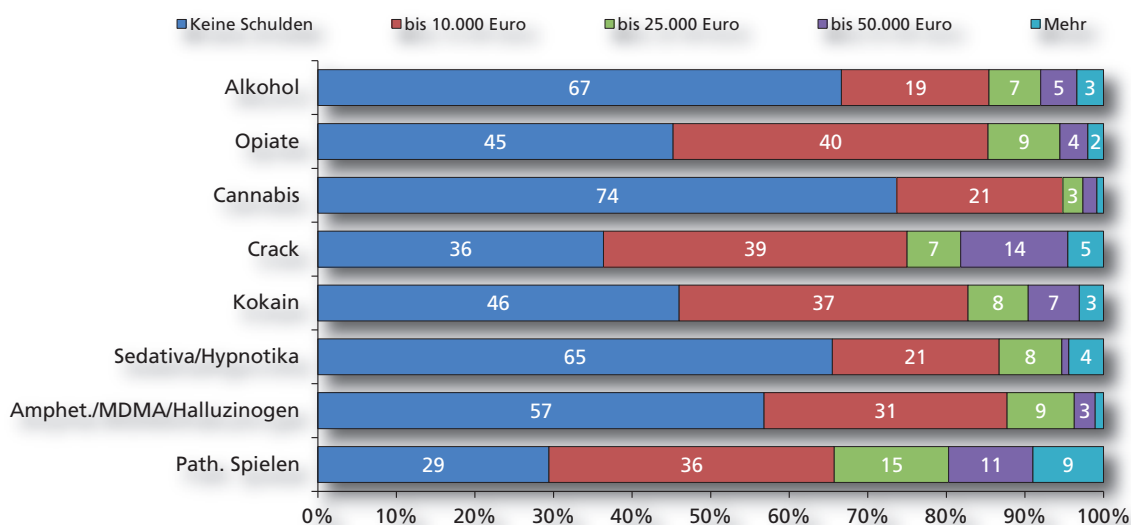
⁷ <http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/erwerbstaetigkeit/landesdaten/arbeitsmarkt-sv-beschaeftigte/arbeitslose-jahresdurchschnitt/index.html>

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



43 % der Klientinnen und Klienten haben aktuell Schulden (siehe Abbildung 11). In der Mehrheit der Fälle (28 % der gesamten Suchthilfeklientel) handelt es sich dabei um (vergleichsweise moderate) Geldbeträge von bis zu 10.000 Euro. 8 % haben zwischen 10.000 und 25.000 Euro, 4 % zwischen 25.000 und 50.000 Euro und 3 % sogar mehr als 50.000 Euro Schulden. Am häufigsten sind mit insgesamt 71 % pathologische Glücksspielerinnen und -spieler verschuldet; hier finden sich auch die höchsten Werte für hohe Schulden (z. B. insgesamt 20 % mit mehr als 25.000 Euro). Ebenfalls relativ hohe Anteile von Schuldnerinnen und Schuldner zeigen sich bei der Opiat- und Koka-inklientel mit 55 % bzw. 54 %, wobei jeweils eine Häufung bei eher niedrigen Schuldenbeträgen von maximal 10.000 Euro zu beobachten ist. Auch die sehr kleine Teilstichprobe der Crackkonsumentierenden (64 %) weist überdurchschnittlich häufig Schulden auf. Eher selten mit Schulden belastet sind hingegen die Personen der Diagnosegruppen Cannabis (25 %), Alkohol (33 %) und Sedativa/Hypnotika (35 %).

Abbildung 11: Schuldensituation, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 10.891)

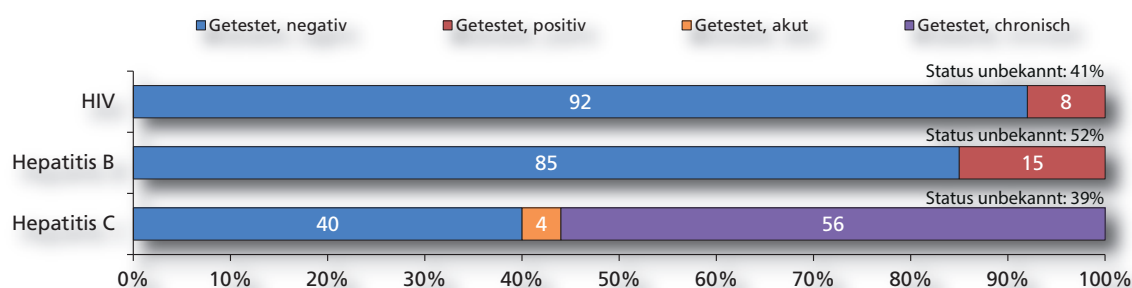


Gesundheitliche Situation

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

Insgesamt 8 % der getesteten Personen aus dieser Gruppe geben an, HIV-positiv zu sein. Allerdings existiert insgesamt mit 41 % 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 ähnlicher Anteil von Personen, deren Infektionsstatus unbekannt ist, liegt in Bezug auf Hepatitis C (HCV) vor (39 %). Allerdings ist hier mit insgesamt 60 % die Infektionsrate bei den getesteten Klientinnen und Klienten um ein Vielfaches höher als bei HIV. Im Hinblick auf Hepatitis B schließlich ist mehr als der Hälfte der Klientel (52 %) ihr Infektionsstatus unbekannt; 15 % der getesteten Klientinnen und Klienten wurden positiv getestet. Es zeigen sich nur geringe geschlechtsbezogene Differenzen im Hinblick auf den Infektionsstatus: Frauen sind etwas häufiger HIV-positiv oder HCV-positiv als Männer, haben sich aber auch etwas häufiger auf die jeweiligen Viren testen lassen.

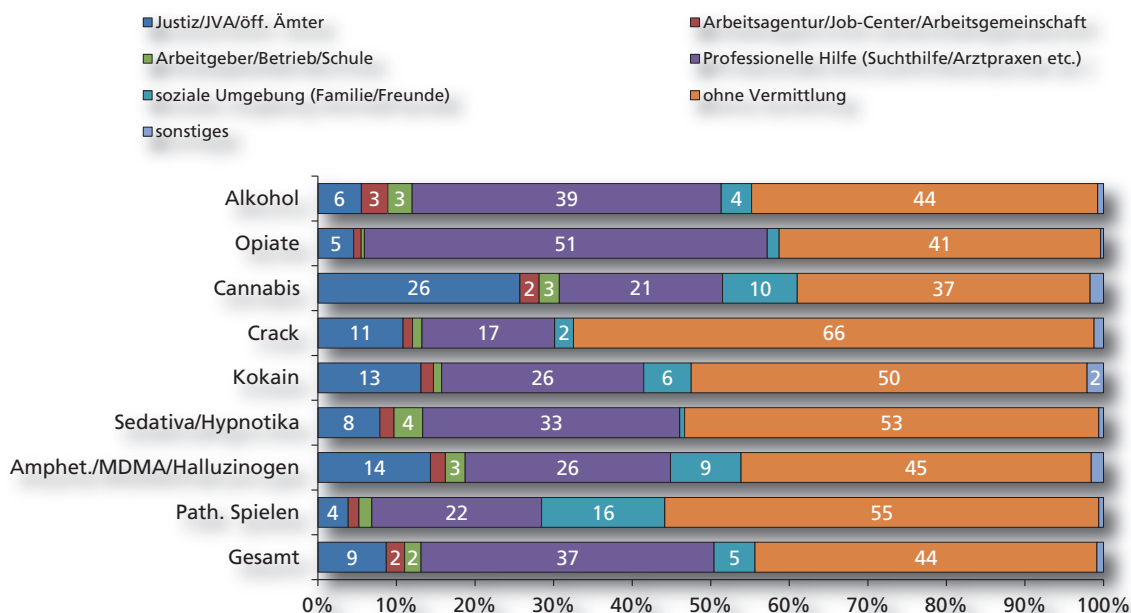
Abbildung 12: Gesundheitliche Situation / Infektionsstatus der Opiat-Klientel



Betreuungen

In diesem Abschnitt werden Auswertungen zu den Betreuungen vorgestellt. Dies betrifft in Anspruch genommene Betreuungsformen, die Betreuungsdauer und Daten zur Beendigung der Betreuung.⁸ Begonnen wird jedoch mit Informationen darüber, über welche Vermittlungswege die Klientinnen und Klienten in eine Einrichtung gelangen. Dabei zeigt sich zunächst, dass 44 % aller Betreuungen ohne Vermittlung zustande kommen (siehe Abbildung 13). Ebenfalls häufig – mit einem Wert von 37 % – werden Klientinnen und Klienten über professionelle Hilfen (andere Suchthilfeeinrichtungen, Ärzte etc.) in die Angebote der ambulanten Suchthilfe vermittelt. 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 13: Vermittlung in die Betreuung, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 17.109)



Dabei zeigen die Alkoholklientinnen und -klienten nur relativ geringe Abweichungen zum durchschnittlichen Wert der Gesamtklientel, wohingegen die Opiatabhängigen mit 51 % überdurchschnittlich häufig durch professionelle Hilfen und eher selten über Justiz/JVA/Ämter, die soziale Umgebung, Arbeit o. ä. vermittelt werden. Bei der Cannabisklientel ist dagegen die Vermittlung über Justiz oder Ämter mit 26 % deutlich überrepräsentiert, und auch die soziale Umgebung ist in dieser Gruppe mit 10 % eine vergleichsweise wichtige Vermittlungsinstanz. Professionelle Hilfen spielen hier mit 21 % eine geringere Rolle als bei anderen Klientelen. Neben der Amphetamin-/Halluzinogenklientel trifft Letzteres auch auf die Hauptdiagnosegruppen Crack (17 %), Pathologisches Spielen (22 %) und Kokain (26 %) zu. Hier ist die Inanspruchnahme einer Beratung durch

⁸ 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) 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. Eine detaillierte Darstellung der Betreuungen im Rahmen von Wohnprojekten ist im Bericht 2009 nachzulesen.

Eigeninitiative mit Werten zwischen 50 % und 66 % jeweils überrepräsentiert. Bei den Amphetamin-/Halluzinogen- (14 %), Kokain- (13 %) und Crackklientinnen und -klienten (11 %) zeigen sich überdurchschnittliche Werte bei der Vermittlung durch Justiz bzw. Ämter. Bei den pathologisch Glücksspielenden hingegen liegt mit 17 % der höchste Wert für eine Vermittlung über die soziale Umgebung vor. Auch die Amphetamin-/Halluzinogen-Klientel weist hierbei mit 9 % einen überdurchschnittlichen Wert auf.

Betreuungsformen

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

ERLÄUTERUNG

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

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

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

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

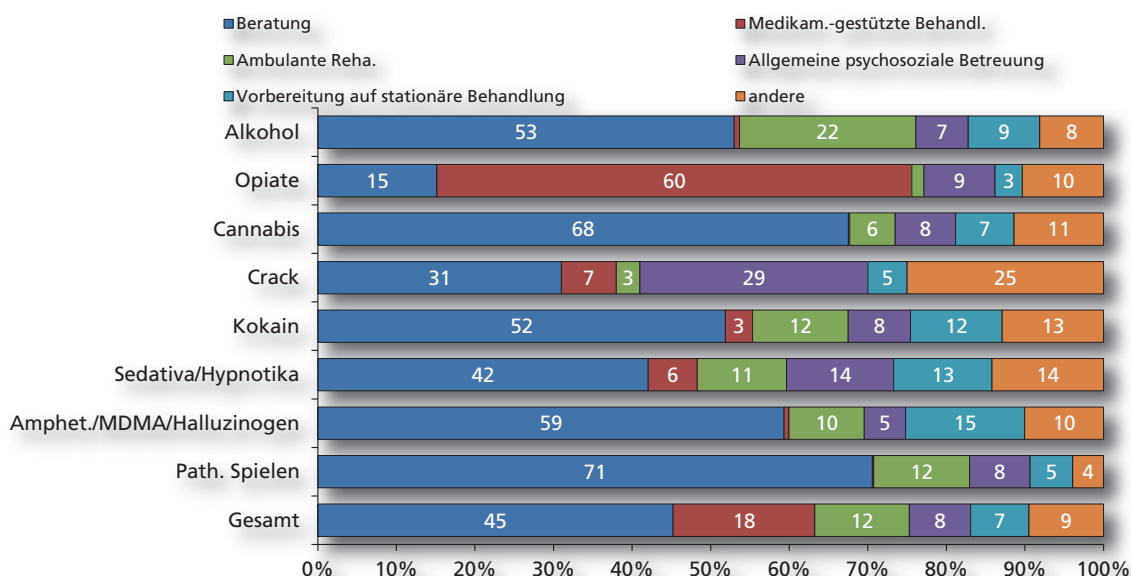
Ambulante Rehabilitation (AR): Die AR nach der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ ist eine strukturierte Entwöhnungsbehandlung, die von anerkannten Behandlungsstätten entweder im Anschluss an oder alternativ zu einer stationären Entwöhnung durchgeführt wird. Die AR setzt Motivation und Fähigkeit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

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

Wie die Abbildung 14 zeigt, ist die Beratung mit einem Anteil von 45 % die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Die Medikamentengestützte Behandlung ist mit 18 % die zweithäufigste Betreuungsform, gefolgt von der Ambulanten Rehabilitation mit 12 %. Bei 8 % der Betreuungen handelt es sich um Allgemeine Psychosoziale Beratungen, bei 7 % um Vorbereitungen auf stationäre Behandlungen. Andere Betreuungsformen machen 9 % der Fälle aus.

Wie in den Vorjahren zeigen sich vor allem bei der Opiatklientel deutliche Unterschiede zur Gesamtverteilung: Drei von fünf Betreuungen in dieser Gruppe entfallen auf die Medikamentengestützte Behandlung (60 %), die in allen anderen Diagnosegruppen praktisch keine Rolle spielt. Beratung (15 %) sowie Ambulante Rehabilitation (2 %) sind bei den Opiatabhängigen hingegen von untergeordneter Bedeutung. Bei der Alkoholklientel wird die Ambulante Rehabilitation mit einem Anteil von 22 % vergleichsweise häufig in Anspruch genommen. Relativ hohe Anteile für die Beratung liegen bei den pathologischen Glücksspielenden sowie bei der Cannabis- und Amphetamin-/Halluzinogen-Klientel vor.

Abbildung 14: Betreuungsform, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 17.436)



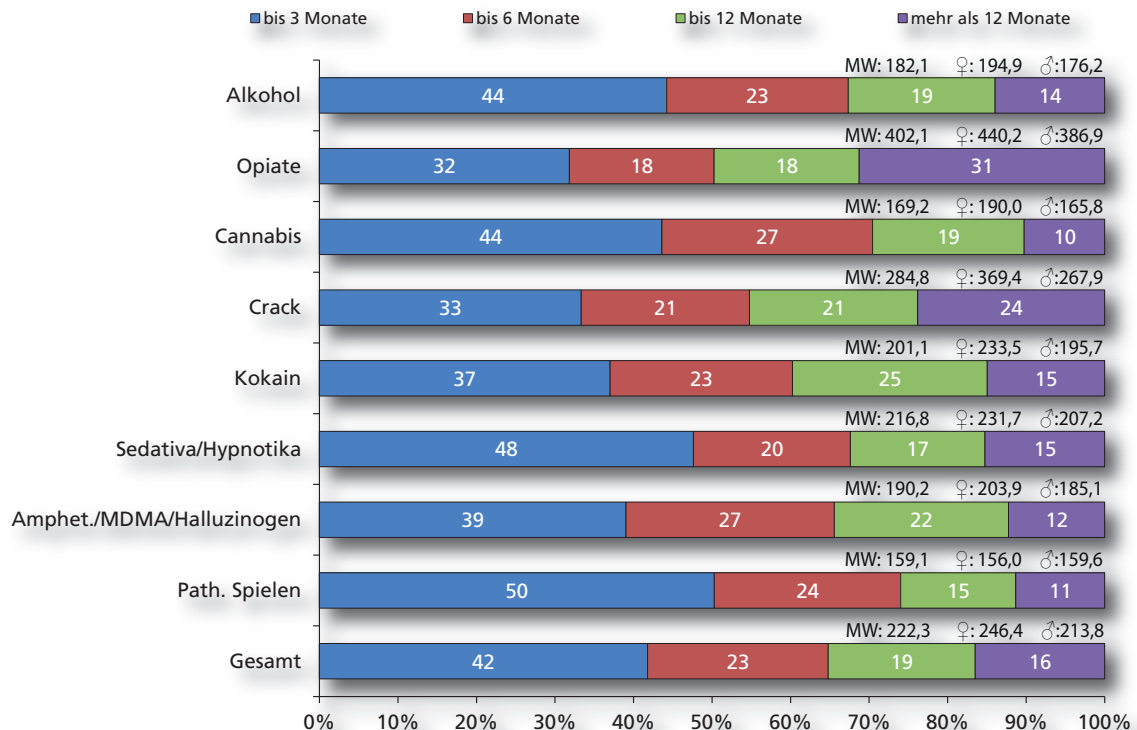
Betreuungsdauer

Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller im Jahr 2014 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 222 Tage (siehe Abbildung 15). Frauen werden dabei mit durchschnittlich 246 Tagen länger betreut als Männer (214 Tage). Die Opiatklientel weist mit 402 Tagen den mit Abstand höchsten Wert auf. Ansonsten liegt nur der Wert für die Crackklientel über dem Durchschnitt. Die niedrigsten durchschnittlichen Betreuungsdauern finden sich bei den Glücksspielenden (159 Tage) und den Cannabiskonsumierenden (169 Tage).

Wie die Abbildung 15 zeigt, dauern insgesamt fast zwei Drittel der im Jahr 2014 abgeschlossenen Betreuungen nicht länger als ein halbes Jahr – 42 % sind maximal 3 Monate lang, 23 % zwischen 3 und 6 Monate. 19 % liegen zwischen 6 und 12 Monaten und 16 % dauern länger als ein Jahr. In der Betrachtung der Hauptdiagnosegruppen weist die Opiatklientel mit 31 % den größten Anteil

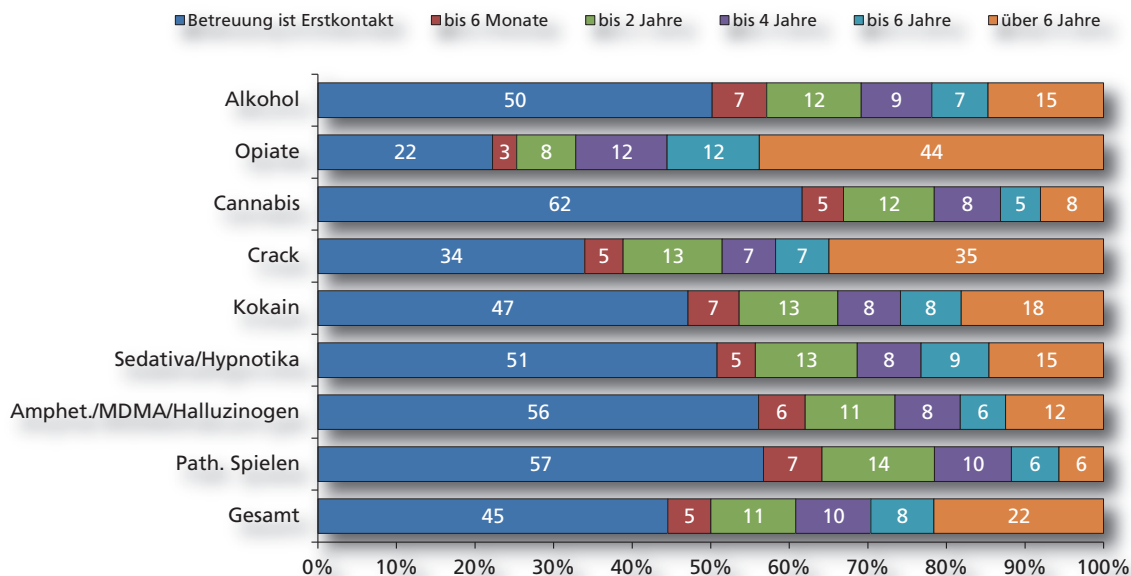
längerer Betreuungen (über 12 Monate) auf. Der höchste Anteil kurzer Betreuungsphasen (weniger als 3 Monate) zeigt sich bei den Glücksspielenden (50 %).

Abbildung 15: Durchschnittliche Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in Tagen, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 10.182)



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 (55 %, siehe Abbildung 16). Am deutlichsten wird dies an der Gruppe der Opiatklientinnen und -klienten: Bei weniger als einem Viertel der Betreuungen handelt es sich um so genannte Erstkontakte. Bei 44 % der aktuellen Betreuungen Opiatkonsumierender liegt der früheste Betreuungsbeginn bei irgendeiner der COMBASS-Einrichtungen bereits länger als 8 Jahre zurück. Relativ hohe Quoten von Erstkontakt-Betreuungen weisen hingegen Cannabis- und Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogenkonsumierende und pathologisch Glücksspielende auf.

Abbildung 16: Zeitlicher Abstand zum ersten dokumentierten Betreuungsbeginn (N= 18.479)



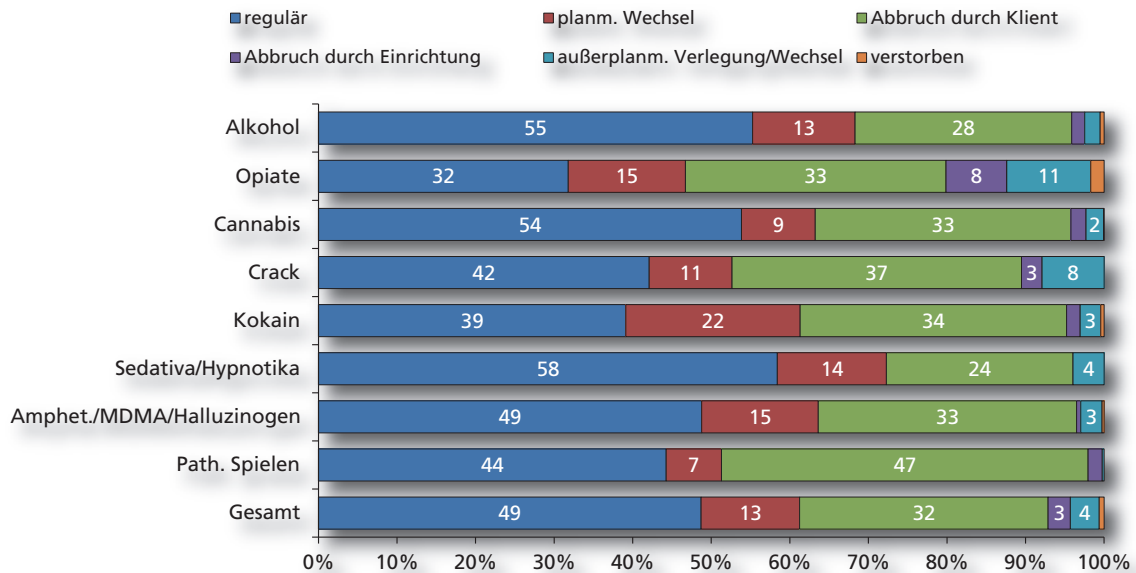
Betreuungsende

Zum Jahresende waren 55 % der 2014 verzeichneten Betreuungen beendet; dementsprechend dauerten 45 % noch an. Bei der Opiatklientel zeigt sich dabei mit 38 % der niedrigste Anteil an beendeten Betreuungen, gefolgt von den Crackklientinnen und -klienten (41 %), während lediglich die pathologisch Glücksspielenden eine deutlich überdurchschnittliche Quote beendeter Betreuungen aufweisen (66 %).

Insgesamt 62 % der Betreuungen werden regulär abgeschlossen: dabei handelt es sich entweder um eine planmäßige Beendigung (49 %) oder um eine planmäßige Weitervermittlung in ein anderes Angebot (13 %; siehe Abbildung 17). 32 % der Betreuungen werden durch die Klientin bzw. den Klienten und 3 % durch die Einrichtung abgebrochen; bei weiteren 4 % 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 (47 %), während hier lediglich Sedativa-/Hypnotika- und Alkoholklientel unter dem Durchschnitt liegen (siehe Abbildung 17). Bei den Opiat- und Crackabhängigen führt vergleichsweise häufig ein außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Betreuungsform oder ein Abbruch der Betreuung durch die Einrichtung zum Betreuungsende (11 % bzw. 8 %). Opiatabhängige weisen gleichzeitig ebenfalls den höchsten Anteil für Abbrüche durch Einrichtungen (8 %) und die geringste Zahl an regulären Beendigungen auf (32 %). Vergleichsweise häufig werden Betreuungen bei der Sedativa-/Hypnotika- (58 %), Alkohol- (55 %) und der Cannabisklientel (54 %) regulär beendet.

Abbildung 17: Beendigungsgrund, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 9.591)

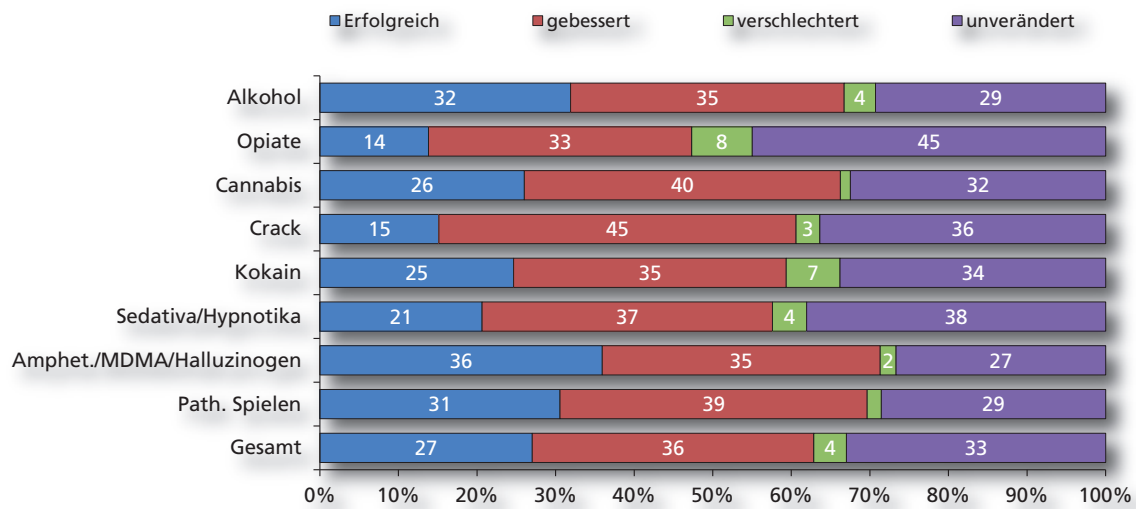


Betrachtet man die Suchtproblematik zum Betreuungsende, so zeigt sich, dass bei einem erheblichen Teil der Betreuungen (63 %) mindestens eine Verbesserung erreicht werden konnte (erfolgreich und verbessert zusammengenommen; siehe Abbildung 18). 27 % der Betreuungen wurden erfolgreich abgeschlossen, bei 36 % wurde eine Verbesserung der Problematik dokumentiert. 33 % der Klientinnen und Klienten weisen am Ende ihrer Betreuung eine unveränderte Suchtproblematik auf und bei 4 % hat sich diese verschlechtert.

Die Opiatklientel unterscheidet sich hinsichtlich der Problematik am Betreuungsende mit Abstand am deutlichsten von den übrigen Hauptdiagnosegruppen; dennoch konnte bei immerhin knapp der Hälfte (47 %) mindestens eine Verbesserung der Situation erreicht werden. Gleichzeitig weisen Opiatabhängige die jeweils höchsten Werte für eine verschlechterte (8 %) bzw. unveränderte (45 %) Situation auf.⁹ Der höchste Anteil von Betreuungen mit mindestens gebesserter Problematik ist aktuell unter den Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogenkonsumierenden zu beobachten (71 %), gefolgt von den pathologisch Glücksspielenden (70 %), der Alkohol- (67 %) und Cannabis-klientel (66 %). Auch der Anteil der im engeren Sinne erfolgreich abgeschlossenen Betreuungen liegt in der Amphetamin-/MDMA-/Halluzinogengruppe am höchsten (36 %), gefolgt von der Alkoholklientel (32 %) und den pathologischen Glücksspielerinnen bzw. -spielern (31 %).

⁹ Insbesondere das letztgenannte Ergebnis kann zum Teil auch dadurch zustande gekommen sein, dass bei den Anwendern unterschiedliche Dokumentationspraktiken vorherrschen, mit denen eine anhaltende Einnahme eines Substitutionsmittels bei Betreuungsende erfasst wird.

Abbildung 18: Problematik am Betreuungsende, differenziert nach Hauptdiagnose (N= 8.923)



Erstbetreuungen 2008 bis 2014

Die in diesem Kapitel durchgeführte Spezialauswertung untersucht, inwieweit es bei den (ambulant) Erstbetreuungen in den Jahren 2008 bis 2014 zu Veränderungen bei der Klientel und ihrem Inanspruchnahmeverhalten gekommen ist. Dieses geschieht jeweils entlang der regionalen Typologie, die auch schon aus anderen *COMBASS*-Berichten bekannt ist:

- 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).

Für die folgenden Analysen wurden die begonnenen Betreuungen¹⁰ der Jahre 2008 bis 2014 den einzelnen Regionalkategorien zugeordnet. Dies erfolgte über den Standort der aufnehmenden Einrichtung. Wurde zu der aktuellen Betreuung keine vorherige Betreuung zu dieser Person in den *COMBASS*-Daten der aufnehmenden Einrichtung und auch in keiner anderen Einrichtung der gleichen regionalen Kategorie dokumentiert, so wurde diese als Erstbetreuung gewertet. Verteilen sich mehrere (Erst-)Betreuungen einer Person über verschiedene Einrichtungen aus verschiedenen Regionen (z. B. Landkreise und Frankfurt), so wird diese Person ggfs. auch mehrfach als Erstbetreuung gewertet.¹¹

Die Tabelle 4 zeigt ein über die Jahre stabiles Verhältnis von Erstbetreuungen zu Wiederbetreuungen, wobei in Frankfurt mit rund 50 % anteilig weniger Erstbetreuungen dokumentiert wurden als in den Landkreisen und Großstädten (rund 60 %).

Bei der folgenden Auswertung interessieren primär Veränderungen innerhalb des betrachteten 7-Jahres-Zeitraums und erst an zweiter Stelle mögliche Unterschiede zwischen Stadt und Land. Dabei wurden relevante Kriterien aus den Bereichen „Vorerfahrungen und Art der Betreuung“, „Hauptdiagnosen“ und „soziodemografische Merkmale“ ausgewählt. Mit Hilfe einer solchen Analyse können wichtige empirische Hinweise für die ambulante Suchthilfe gewonnen werden, weil erstbetreute Klientinnen und Klienten einen guten Indikator für Trends beim (problematischen) Konsumverhalten und im Nachfrageverhalten von Hilfesuchenden darstellen.

¹⁰ Ausgewertet wurden nur Betreuungen des Typs „Ambulante Beratung“ ohne Einmalkontakte (siehe auch „Datengrundlage“ auf Seite 14).

¹¹ Wenn z. B. ein Klient erstmalig im Jahr 2008 in einer Einrichtung in Wiesbaden betreut wurde und drei Jahre später erstmalig in einer Frankfurter Einrichtung, so wurde dieser Klient als erstbetreute Person der Kategorie „Landkreis“ in 2008 und als erstbetreute Person der Kategorie „Frankfurt“ in 2011 zugeordnet.

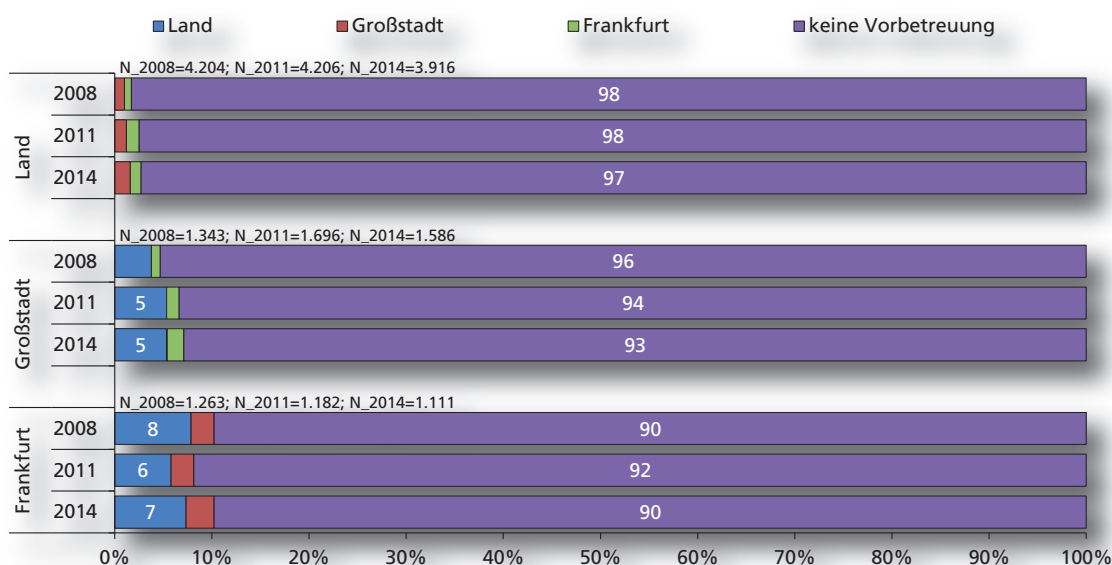
Tabelle 4: Erstbetreuungen im regionalen Vergleich
(Anzahl Einrichtungen/Datenbanken: Landkreise=61, Großstädte=14, Frankfurt=27)

		2008	2011	2014
Landkreise	Erstbetreuungen	61 %	59 %	60 %
	Erstbetreuungen N	4.778	5.949	6.037
	Betreuungen Gesamt N	7.867	10.063	10.062
Großstädte	Erstbetreuungen	55 %	57 %	57 %
	Erstbetreuungen N	1.437	2.056	2.037
	Betreuungen Gesamt N	2.596	3.619	3.562
Frankfurt	Erstbetreuungen	53 %	50 %	50 %
	Erstbetreuungen N	1.528	1.569	1.571
	Betreuungen Gesamt N	2.866	3.144	3.129

Vorerfahrungen und Art der Betreuung

Die erste Auswertung geht der Frage nach, ob die Erstbetreuten in den drei jeweiligen regionalen Bereichen schon einmal eine Betreuung in einer der anderen Regionen Hessens in Anspruch genommen haben. Es zeigt sich bei der Klientel der Landkreise, dass nur ganz wenige Personen vorher durch eine COMBASS-Einrichtung in den Großstädten oder in Frankfurt ambulant betreut worden sind (2 % bzw. 3 %, siehe Abbildung 19). Dabei hat es in dem betrachteten siebenjährigen Zeitraum kaum Veränderungen gegeben. Das Gleiche trifft tendenziell auch auf die Erstbetreuungen in den Großstädten und in Frankfurt zu, wenn auch hier der prozentuale Anteil der schon einmal woanders Betreuten etwas höher ist (4 % bis 10 %).

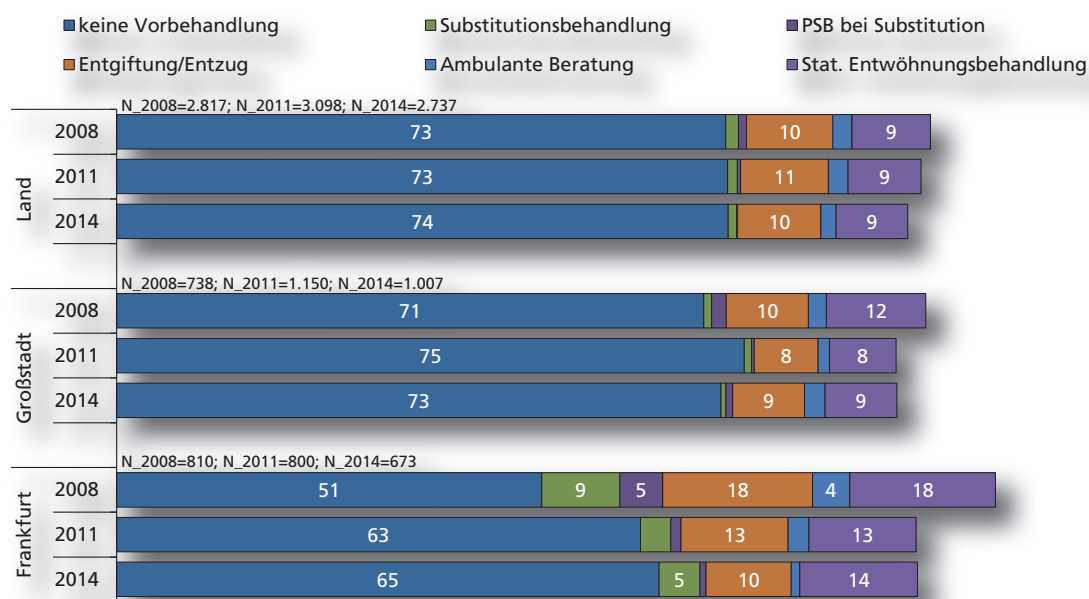
Abbildung 19: Behandlungsvorerfahrung in einer COMBASS-Einrichtung*



* Zur Erhöhung der Lesbarkeit wurde in dieser und allen folgenden Diagrammen bei Werten bis 2 % auf die Datenbeschriftung verzichtet.

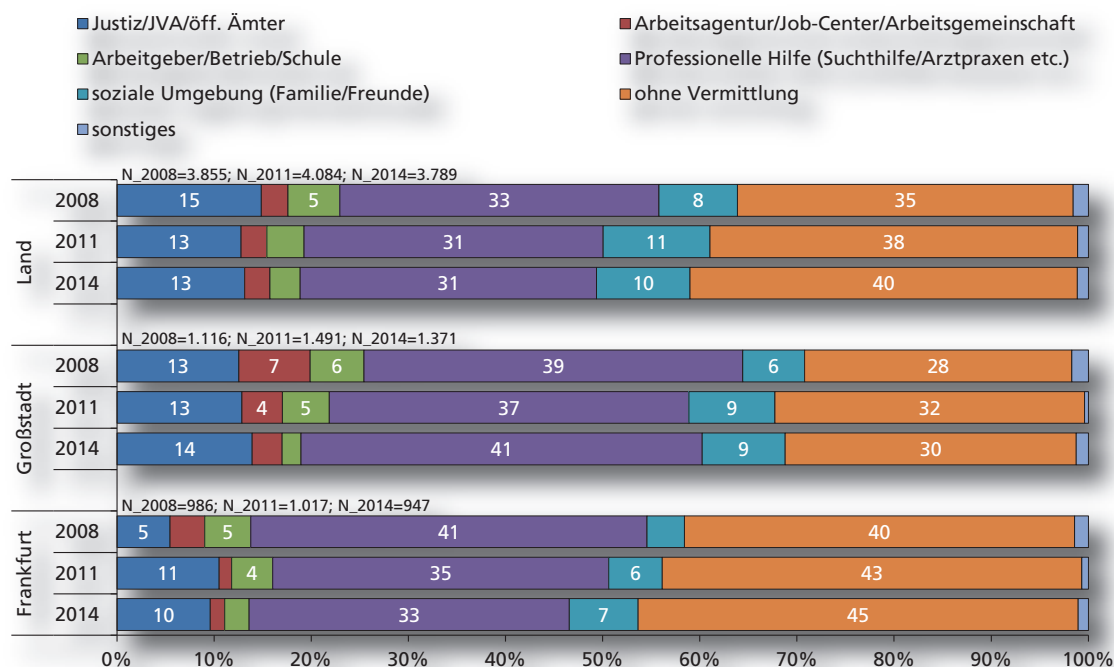
Im nächsten Schritt wird geprüft, mit welchen anderen stationären oder ambulanten Suchthilfen die Erstbetreuten der COMBASS-Einrichtungen schon Erfahrungen – möglicherweise auch außerhalb Hessens – gemacht haben. In den Landkreisen verfügen fast drei Viertel der Erstbetreuten – gleichbleibend über die Jahre – über keine derartigen Behandlungsvorerfahrungen (siehe Abbildung 20). Jeweils etwa 10 % waren schon in einer Entgiftung und/oder stationären Entwöhnungsbehandlung. Die anderen erfassten Hilfen, wie die Mittelvergabe und psychosoziale Begleitung bei der Substitution sowie die ambulante Beratung, spielen eine untergeordnete Rolle: Ihre Anteile liegen jeweils unter 5 %. Bei den Großstädten stellt sich die Situation im Wesentlichen nicht viel anders dar. Bei den Zahlen für Frankfurt fällt dagegen auf, dass hier insgesamt der Personenkreis ohne jegliche Vorerfahrungen deutlich kleiner ist (niedrigster Wert 2008: 51 %); analog hierzu sind die Anteile für die Entgiftung (10 % bis 18 %) und stationäre Entwöhnung vergleichsweise groß (13 % bis 18 %).

Abbildung 20: Behandlungsvorerfahrung insgesamt (Mehrfachnennungen möglich)



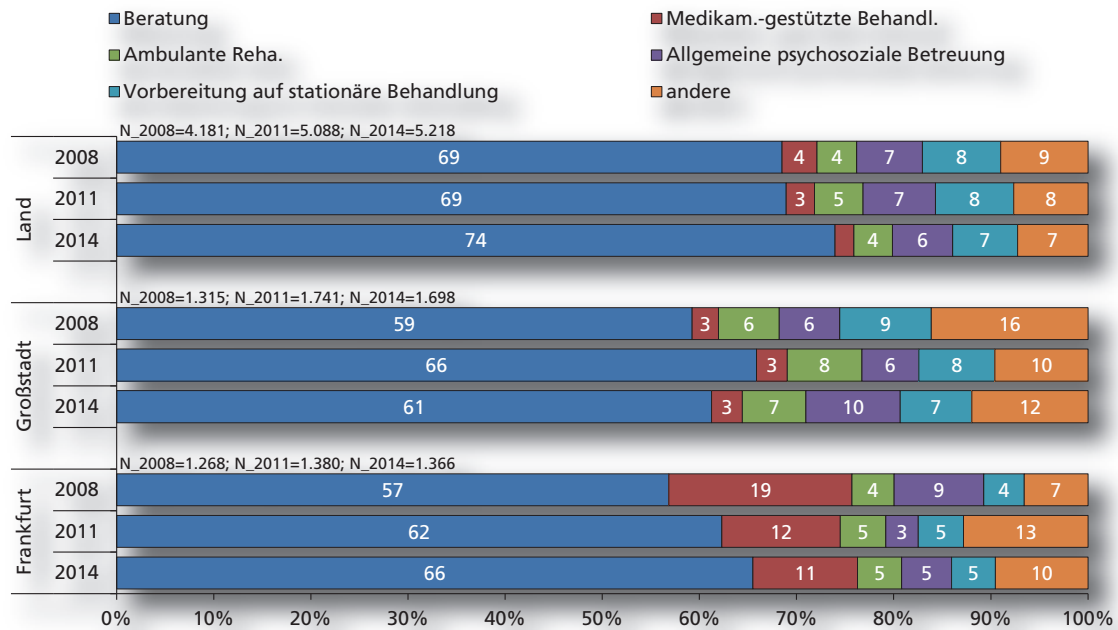
Mit der Auswertung zur vermittelnden Instanz soll der Bereich der Vorerfahrungen abgeschlossen werden: Etwa ein Drittel der Erstbetreuungen in den Landkreisen wird über professionelle Hilfeangebote – das können Arztpraxen, aber auch Beratungsdienste sein – an die ambulante Suchthilfe vermittelt (siehe Abbildung 21). Etwa jede siebte Erstbetreuung kommt über den justiziellen oder öffentlichen Bereich, ca. jede zehnte über die Familie/Angehörige zustande. Leicht angestiegen ist der Anteil derjenigen, die ohne Vermittlung eine Einrichtung aufsuchen (von 35 % auf 40 %). Bei den Großstädten ist das Vermittlungsmuster seit 2008 weitgehend stabil geblieben. Die Bedeutung der professionellen Hilfe als vermittelnde Instanz ist hier etwas größer als in den Landkreisen (um die 40 %). Für die Metropole Frankfurt ist ebenfalls eine Zunahme des Personenkreises ohne Vermittlung zu konstatieren (von 40 % auf 45 %). Gleichzeitig hat sich der Anteil der Kategorie „professionelle Hilfe“ zwischen 2008 bis 2014 kontinuierlich reduziert (von 41 % auf 33 %).

Abbildung 21: Vermittlung in die Betreuung



Im Folgenden wird die Art der Betreuung betrachtet. Dabei wird ausschließlich die in zeitlicher Hinsicht zuerst in Anspruch genommene Betreuungsform ausgewertet (Anmerkung: Im Verlauf einer Betreuung können sich verschiedene Betreuungsformen aneinander anschließen). Es zeigt sich, dass die allermeisten der erstbetreuten Klientinnen und Klienten (zunächst) eine Beratung in Anspruch nehmen (siehe Abbildung 22). Das gilt für alle drei regionalen Kategorien, wobei es in den Landkreisen und in Frankfurt in den letzten 7 Jahren zu einem deutlichen Anstieg ihrer relativen Anteile gekommen ist (von 69 % auf 74 % bzw. 57 % auf 66 %). Gleichzeitig ist in Frankfurt in diesem Zeitraum die Bedeutung der Medikamentengestützten Behandlung als Erstbetreuungsform gesunken (von 19 % auf 11 %). Alle anderen Betreuungsformen – Allgemeine Psychosoziale Betreuung, Vorbereitung auf die stationäre Behandlung, Ambulante Rehabilitation – haben in Stadt und Land eine nachgeordnete Bedeutung (nirgendwo ist ihr Anteil über 10 %). Ein Trend in die eine oder andere Richtung ist hier nicht erkennbar.

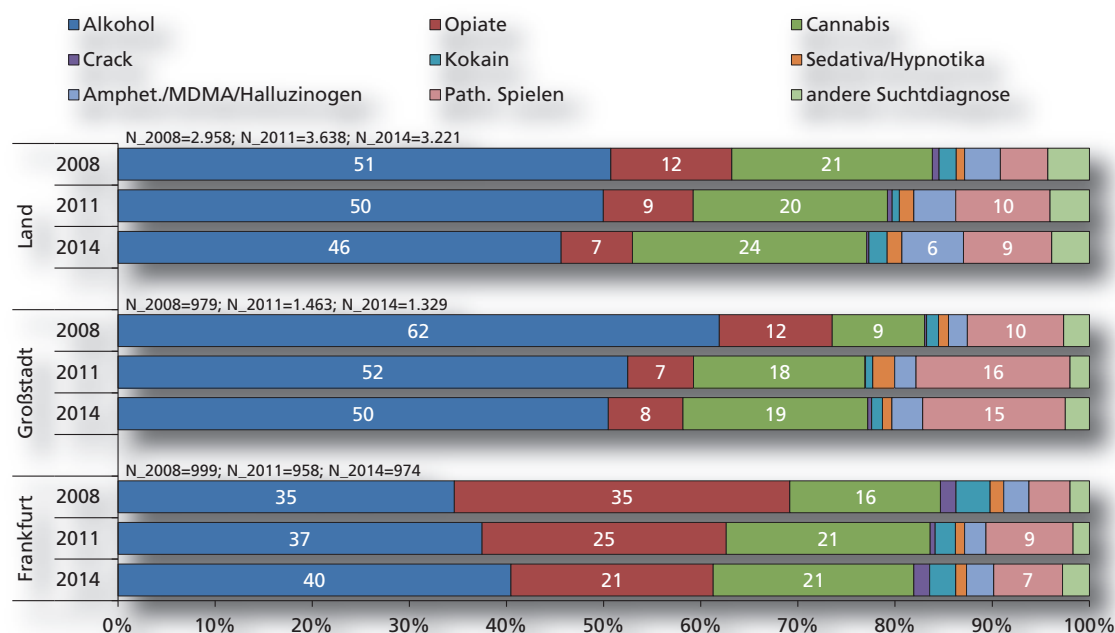
Abbildung 22: Behandlungstyp (erster dokumentierter Abschnitt)



Hauptdiagnosen

Wird die Entwicklung der Hauptdiagnosen betrachtet, zeigen sich bei der Gruppe der Erstbetreuten größere Veränderungen. Diese stellen sich teilweise regional unterschiedlich dar. Am auffälligsten ist, dass in Stadt und Land der Anteil der Hauptdiagnose „Opiate“ seit 2008 stark gesunken ist. So ist dieser Wert in der Metropole Frankfurt von 35 % auf 21 % gefallen (siehe Abbildung 23). In den Landkreisen und Großstädten stellen die Opiatabhängigen inzwischen nur noch die viertgrößte Gruppe dar; seit 2011 sind hier die pathologisch Glücksspielenden mit Anteilen um die 10 % bzw. 15 % eine – in anzahlmäßiger Hinsicht – relevantere Klientel. Gleichzeitig ist überall auch der Anteil der Cannabisklientel angestiegen; vor allem in den Großstädten, wo sich ihr Anteil von 9 % auf 19 % mehr als verdoppelt hat. Bei der Hauptdiagnosegruppe „Alkohol“ ist ein Rückgang in den Landkreisen und Großstädten zu verzeichnen, dagegen hat ihr relativer Anteil in Frankfurt um 5 Prozentpunkte zugenommen (von 35 % auf 40 %). Der Anteil der Amphetamine ist überall leicht angestiegen; er liegt aber nur in den Landkreisen aktuell (Jahr 2014) bei über 5 %. Bei anderen illegalen Drogen hat es in den vergangenen 7 Jahren keine bemerkenswerten Veränderungen gegeben.

Abbildung 23: Hauptdiagnosen der namentlich erfassten Klienten



Bei der alleinigen Betrachtung der Hauptdiagnose könnten möglicherweise interessante Entwicklungen im gesamten (problematischen) Konsumverhalten der potentiellen Klientel übersehen werden. Deshalb soll hier ergänzend eine Auswertung zu den Einzeldiagnosen, mit denen das gesamte Suchtproblem einer Person umfassender dargestellt werden kann, erfolgen. Dadurch kann in sehr differenzierter Weise die Entwicklung bei den einzelnen psychoaktiven Substanzen und Glücksspielformen abgebildet werden (siehe Tabelle 5). Wird eine solche Analyse durchgeführt, zeigt sich jedoch, dass – über die bei der Hauptdiagnose beschriebenen Trends hinaus – nur wenige weitere Erkenntnisse gewonnen werden können.

Als ein zusätzlicher Erkenntnisgewinn ergibt sich, dass beim pathologischen Glücksspiel die Geldspielautomaten als Hauptproblemspielform eine herausragende Bedeutung besitzen. Das gilt für alle drei regionalen Bereiche. Des Weiteren kann festgehalten werden, dass in Frankfurt Kokain und Crack als Einzeldiagnosen bei den Erstbetreuungen weiterhin eine nicht unerhebliche Rolle spielen (2014: 6 % bzw. 4 %). Und schließlich wird noch einmal der stetige Anstieg der Amphetamin-Diagnosen in Stadt und Land etwas stärker sichtbar, wobei ihr relativer Anteil mit knapp 7 % aktuell in den Landkreisen am höchsten ist.

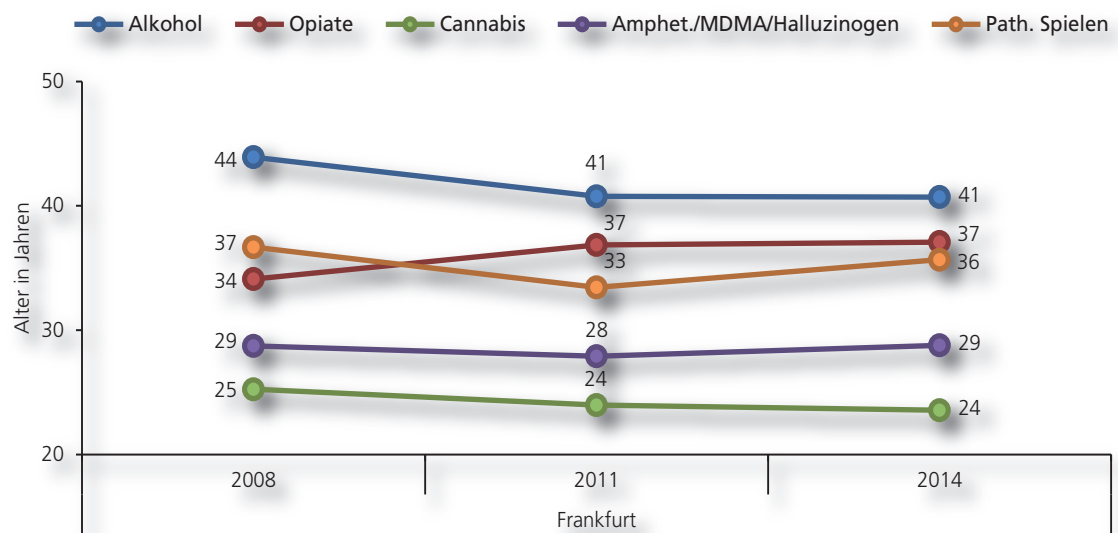
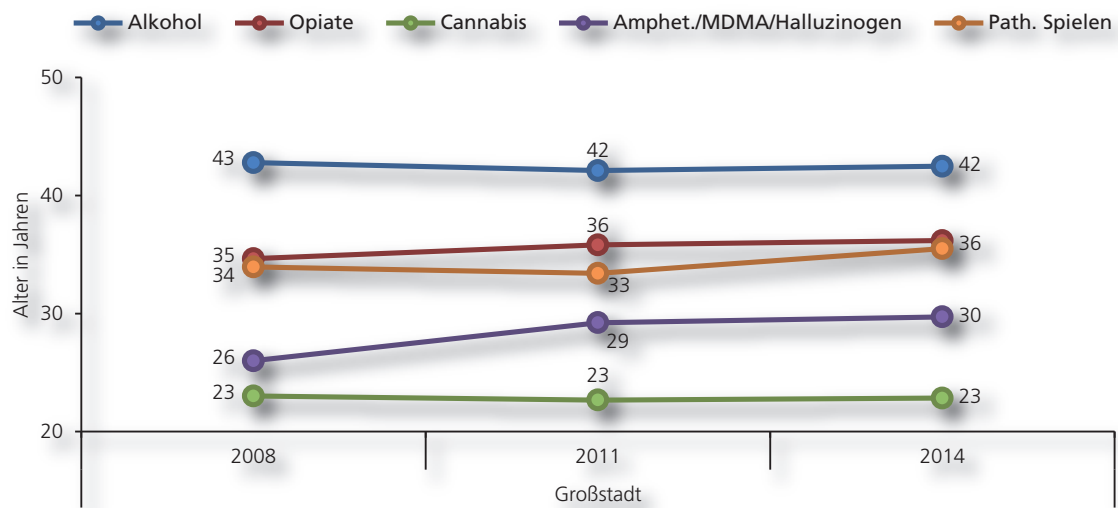
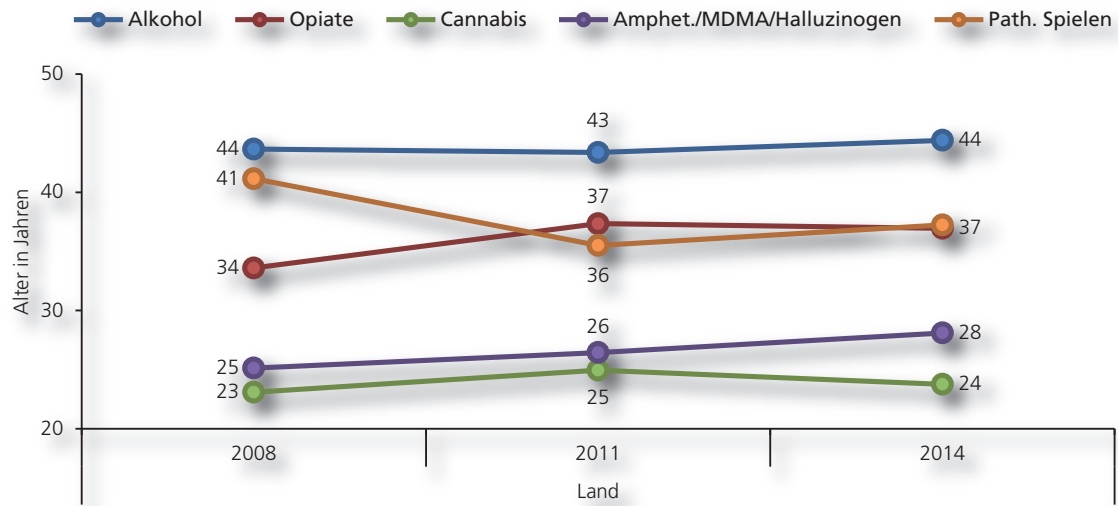
Tabelle 5: Einzeldiagnosen der namentlich erfassten Klienten*

	Land			Großstadt			Frankfurt		
	2008	2011	2014	2008	2011	2014	2008	2011	2014
Alkohol	56 %	53 %	48 %	72 %	56 %	56 %	40 %	45 %	46 %
Heroin	8 %	5 %	5 %	7 %	4 %	5 %	26 %	17 %	16 %
Methadon	3 %	1 %					3 %	1 %	1 %
Buprenorphin							1 %		1 %
And. opiath. Mittel	3 %	2 %	2 %	2 %			5 %	3 %	1 %
Cannabis	24 %	23 %	27 %	12 %	22 %	24 %	21 %	28 %	27 %
Benzodiazepine					1 %		2 %	3 %	2 %
Kokain	2 %	1 %	3 %	2 %	1 %	2 %	6 %	6 %	6 %
Crack							2 %	2 %	4 %
Amphetamine	2 %	5 %	7 %		3 %	4 %	1 %	3 %	3 %
And. psychotr. Subst.	1 %	3 %	2 %	2 %	3 %	3 %		1 %	3 %
Geldspielautom.		7 %	7 %	2 %	13 %	12 %		6 %	6 %
Gesamt N	2.761	3.538	3.147	857	1.439	1.295	885	899	937

* Zur Erhöhung der Lesbarkeit werden in dieser Tabelle Werte kleiner als 0,5 % nicht ausgewiesen.

Die nächste Auswertung zeigt die Entwicklung des Durchschnittsalter bei den Erstbetreuungen, wenn nach der Hauptdiagnosegruppe differenziert wird (siehe Abbildung 24). Das Alter der erstbetreuten Opiatklienten in Frankfurt und den ländlichen Regionen steigt um ca. drei Jahre von 2008 auf 2011, stabilisiert sich jedoch in den folgenden Jahren. Insgesamt zeigt sich das Durchschnittsalter der Erstbetreuten relativ stabil mit nur wenigen leichten Schwankungen. Ein eindeutiger Trend lässt sich hier nicht erkennen.

Abbildung 24: Durchschnittsalter der Erstbetreuten nach Hauptdiagnose und Region

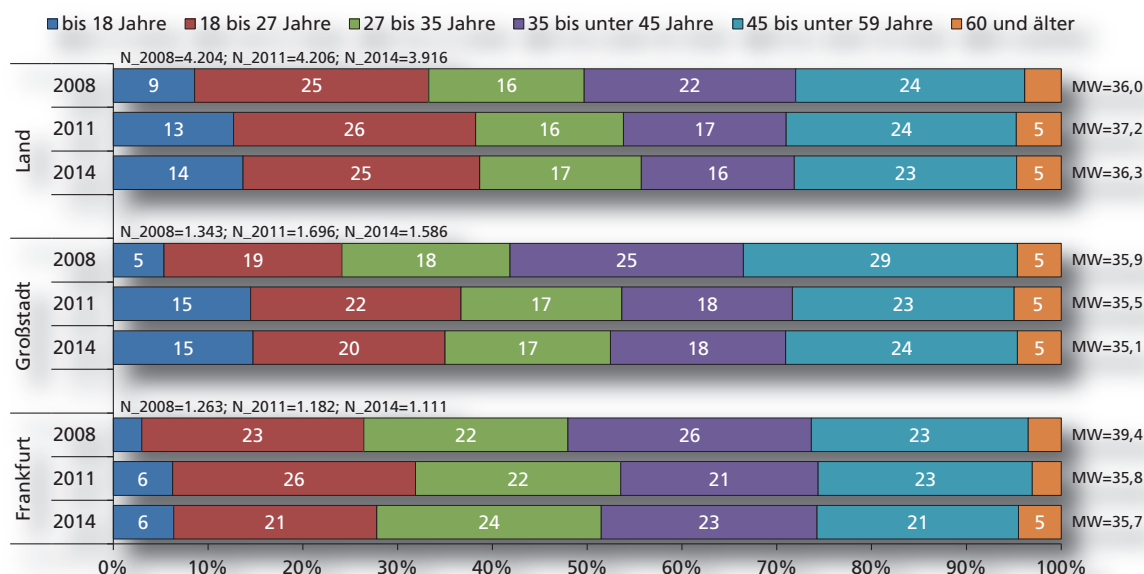


Soziodemografische Merkmale

In diesem Abschnitt werden einige ausgewählte soziodemografische Merkmale der erstbetreuten Klientinnen und Klienten betrachtet. Zunächst einmal sei ausgeführt, dass es bei der Geschlechterverteilung der Erstbetreuungen im betrachteten Zeitraum in allen drei regionalen Zuordnungskategorien keine Veränderungen gegeben hat: Überall liegt der Anteil der Männer zwischen 73 % und 76 %, dementsprechend derjenigen der Frauen zwischen 24 % und 27 %.

Bei der Auswertung nach Altersklassen zeigt sich dagegen, dass der Anteil von Minderjährigen in den Landkreisen zugenommen hat, vor allem zwischen den Jahren 2008 und 2011. Er ist von 9 % im Jahr 2008 auf aktuell 14 % angewachsen (siehe Abbildung 25). Eine ähnliche Entwicklung ist auch in den Großstädten zu beobachten, wobei dort jedoch eine Zunahme sowohl bei den Minderjährigen als auch den jungen Erwachsenen festzustellen ist. Zusammengerechnet lag der Anteil in 2008 bei 24 % und ist auf aktuell 35 % gestiegen. In Frankfurt hat zwar auch eine leichte Zunahme junger Erstbetreuter stattgefunden; diese bewegt sich aber auf einem etwas niedrigeren Niveau. Wird darüber hinaus das Durchschnittsalter über alle Klientinnen und Klienten betrachtet, bestätigt sich jedoch der schon im vorangegangenen Kapitel dargestellte Verlauf: Das mittlere Alter der erstbetreuten Personen ist in den letzten 7 Jahren relativ stabil geblieben. Lediglich in Frankfurt ist das mittlere Alter von 39,4 in 2008 auf aktuell 35,7 Jahre gesunken.

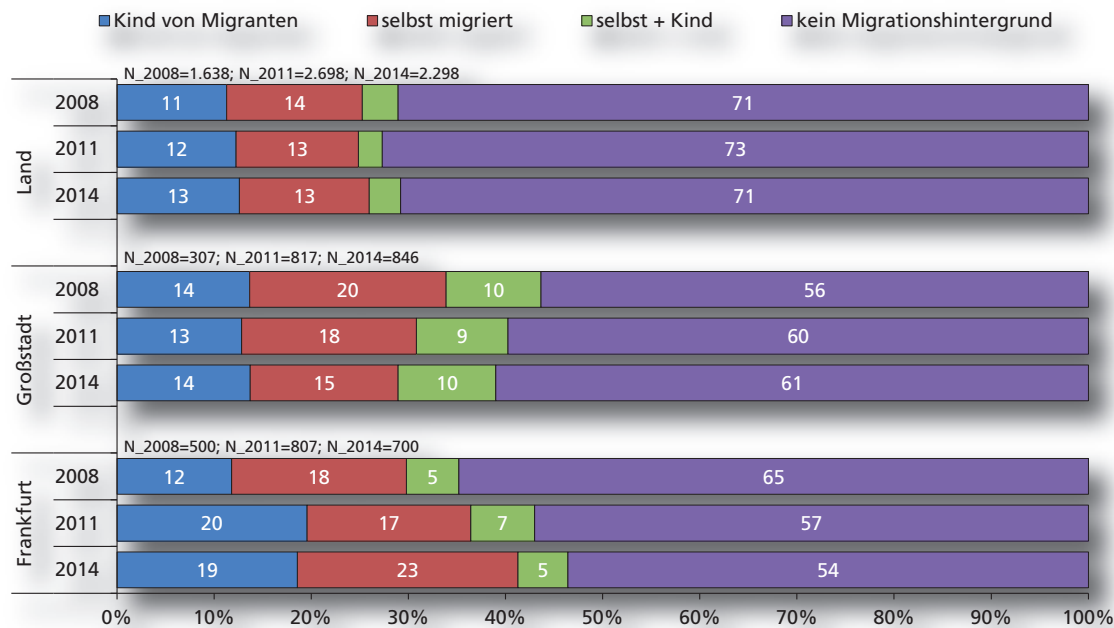
Abbildung 25: Alter in Kategorien der erstbetreuten Klientinnen und Klienten



Die nächste Abbildung stellt den Anteil der Migrantinnen und Migranten unter den Erstbetreuten dar. Dabei zeigt sich für den Untersuchungszeitraum eine uneinheitliche Entwicklung: In den Landkreisen hat seit 2008 mit knapp 30 % ein relativ gleichbleibender Anteil von Personen einen Migrationshintergrund (siehe Abbildung 26). In den Großstädten hat dieser um 5 Prozentpunkte abgenommen (von 44 % auf 39 %); in der Metropole Frankfurt ist er dagegen um 11 Prozent-

punkte angewachsen (von 35 % auf 46 %). Zu berücksichtigen ist bei diesen Zahlen, dass die Fallzahl für den dokumentierten Migrationsstatus im Jahr 2008 noch relativ klein war.¹²

Abbildung 26: Migrationshintergrund der erstbetreuten Klientinnen und Klienten

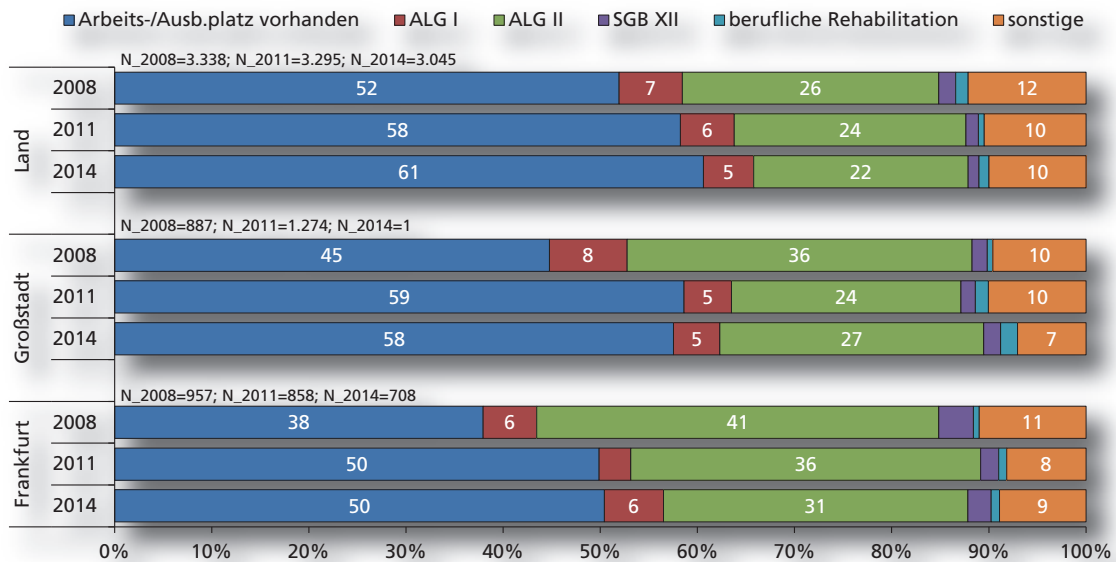


Die Erwerbssituation der erstbetreuten Klientel hat sich seit dem Jahr 2008 verbessert. In den Landkreisen sind inzwischen über 60 % erwerbstätig (siehe Abbildung 27). In den Großstädten ist dieser Anteil fast genauso groß (58 %). Am niedrigsten ist dieser Wert mit 50 % in Frankfurt, aber auch hier hat in den letzten 7 Jahren eine deutliche Zunahme stattgefunden. Gleichzeitig hat sich der Anteil der ALG II-Beziehenden in Stadt und Land reduziert – teilweise sehr deutlich, wie in Frankfurt, wo dieser Anteil von 41 % auf 31 % zurückgegangen ist. Auch der Kreis derjenigen Personen, die ALG I oder SGB XII erhalten, ist in prozentualer Hinsicht leicht zurückgegangen.¹³

¹² Zum Vergleich: In der hessischen Allgemeinbevölkerung ist der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund 24,5 % im Jahr 2008 (http://www.statistikportal.de/statistik-portal/migration_regional_2008.pdf), über 25,3 % im Jahr 2011 (http://www.statistik-hessen.de/PresseWeb/pm_205.html) auf 27,8 % im Jahr 2013 (http://www.statistik-hessen.de/PresseWeb/pm_751.html) angestiegen.

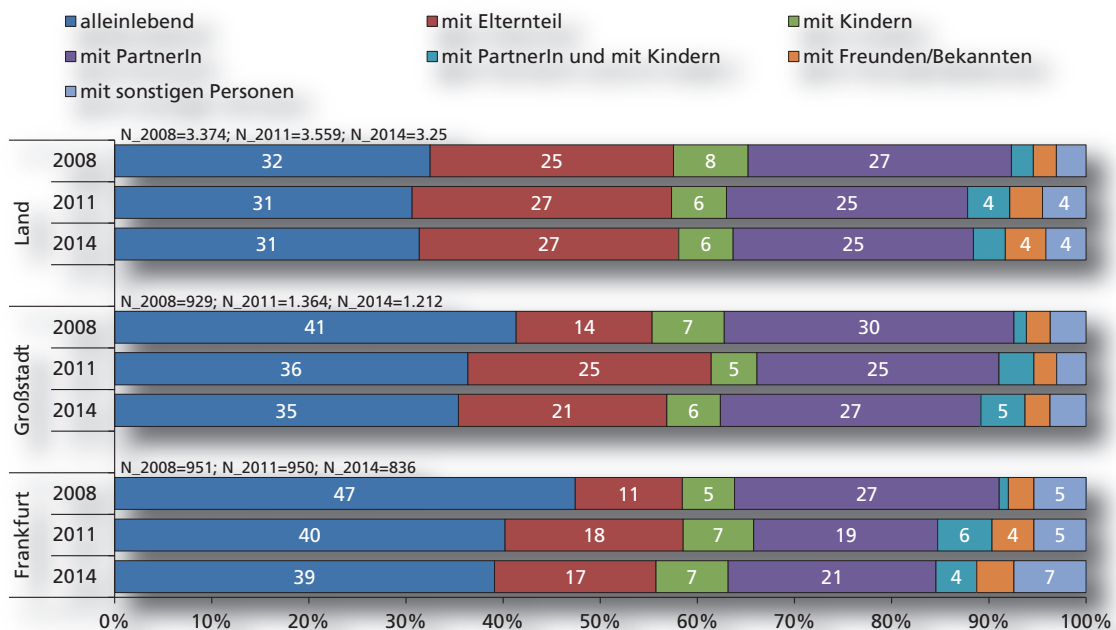
¹³ Dieser Rückgang geht zumindest in der Tendenz mit der allgemeinen Entwicklung einher: in der hessischen Allgemeinbevölkerung ist die Arbeitslosigkeit von 7,4 % (2008) auf 6,5 % (2014) zurückgegangen (<http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/erwerbstaetigkeit/landesdaten/arbeitsmarkt-sv-beschaeftigte/arbeitslose-jahresdurchschnitt/index.html>).

Abbildung 27: Erwerbssituation der erstbetreuten Klientinnen und Klienten



Die Lebenssituation der erstbetreuten Klientinnen und Klienten ist in den Landkreisen sehr stabil: Ein knappes Drittel von ihnen ist alleinlebend, jeweils ein gutes Viertel lebt mit dem/der Partner/in zusammen oder (noch) bei den Eltern (siehe Abbildung 28). Daran hat sich in den letzten 7 Jahren nichts geändert. Dagegen sind bei den Erstbetreuungen in den Großstädten und Frankfurt Veränderungen zu verzeichnen. So hat sich hier der Anteil der Alleinlebenden deutlich reduziert (Großstädte: von 41 % auf 35 %, Frankfurt: 47 % auf 39 %). Gleichzeitig gibt es prozentual mehr Personen, die (noch) bei den Eltern leben. Dieser Sachverhalt dürfte in einem Zusammenhang mit dem Anstieg des Anteils junger Erstbetreuter stehen.

Abbildung 28: Lebenssituation der erstbetreuten Klientinnen und Klienten



Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der überwiegende Anteil der erst betreuten Klientinnen und Klienten einer *COMBASS*-Einrichtung vorher noch nie eine andere Betreuung/Behandlung erfahren hat, beispielsweise in einem anderen Bundesland oder im stationären Bereich. In den letzten 7 Jahren hat sich jedoch die Klientel der Erstbetreuten geändert: In Stadt und Land ist der Anteil der Hauptdiagnosegruppe „Opiate“ stark zurückgegangen, gleichzeitig hat sich die Bedeutung der Cannabiskonsumierenden und pathologisch Glücksspielenden erhöht. Wenngleich sich das Durchschnittsalter der Erstbetreuten insgesamt über die Jahre recht stabil zeigt, lässt sich eine anteilige Zunahme an Erstbetreuungen von Minderjährigen verzeichnen. Diese Entwicklungen können derart interpretiert werden, dass offensichtlich die ambulante Suchthilfe in Hessen weiterhin ihre wichtigsten Zielgruppen erreicht und darüber hinaus – wie beabsichtigt – zunehmend auch jüngere Klientinnen und Klienten anspricht.

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?

2014 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 eine Regionalgruppe Nord- und Südhessen (AHEP Nord bzw. Süd). Darüber hinaus sind regelmäßige Fortbildungen der HLS und die Teilnahme an Qualitätszirkeln obligatorischer Bestandteil der Arbeit der Fachstellen, um die Qualität der suchtpreventiven Arbeit zu sichern.

Wie dokumentieren die Fachstellen ihre Arbeit?

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

Was passiert mit den dokumentierten Daten in Dot.sys?

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

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

Landesauswertung der Dot.sys-Daten

Zusammenfassung

Suchtpräventive Maßnahmen: Trends 2011-2014

- Im Jahr 2014 besaßen 68 % aller Maßnahmen einen universellen Ansatz. 13 % betrafen die selektive Prävention. Den geringsten Wert weist mit knapp 5 % die indizierte Prävention auf. Darüber hinaus beziehen sich 14 % auf die strukturelle Prävention (Verhältnisprävention). Daran hat sich seit dem Jahr 2011 im Wesentlichen nichts geändert.
- Auch bei der Zielebene der suchtpräventiven Maßnahmen hat es keine nennenswerten Veränderungen gegeben: Zwischen 55 % und 59 % der jährlichen Aktivitäten beziehen sich auf den Bereich der Multiplikatoren/-innen. An zweiter Stelle folgen die Tätigkeiten, die sich direkt an die Endadressanten/-innen wenden, mit relativ stabilen Werten zwischen 33 % und 37 %. Das Gleiche gilt auch für die Öffentlichkeitsarbeit mit Anteilen von 7 % bis 9 %.
- Jedes Jahr werden in Hessen zwischen 24.000 und 26.000 Multiplikatoren/-innen informiert und geschult. Bei den erreichten Endadressanten/-innen schwanken die ermittelten Zahlen leicht: Für das Jahr 2013 ist ein Höchstwert von beinahe 50.000 Personen zu konstatieren; den niedrigsten Wert mit gut 37.000 erreichten Personen gab es in 2012.
- Die meisten der Maßnahmen zielen auf die Stärkung der Lebenskompetenzen der primären Zielgruppe ab. Für die betrachteten Jahre liegen die entsprechenden Anteile zwischen 55 % und 63 %. An zweiter Stelle folgen die Maßnahmen, die einen substanzspezifischen Bezug besitzen. Das betrifft jährlich zwischen 45 % und 48 % aller Maßnahmen. Aktivitäten zu dem Thema Verhaltenssüchte finden seltener statt: in 14 % bis 21 % aller Fälle.
- Knapp die Hälfte aller Aktivitäten werden im Setting Schule durchgeführt, wobei der relative Anteil von 51 % im Jahr 2011 auf 47 % im Jahr 2014 leicht gesunken ist. Es folgen die Settings Jugendarbeit (12 % bis 14 %) und die Kindertagesstätten, die ebenfalls in den betrachteten vier Jahren eine leichte Abnahme von 11 % auf 9 % erfahren haben. Alle anderen Settings – darunter u. a. Freizeit, Familie und Betriebe – weisen in allen Jahren relative Anteile von unter 10 % aus. Die auffälligsten Veränderungen gab es seit dem Jahr 2011 bei den drei folgenden Aspekten (in Klammern die Zahlen von 2011 und 2014):
 - » Der Anteil von Maßnahmen für Probierkonsumenten/-innen ist kontinuierlich angestiegen (von 10 % auf 19 %).
 - » Das Thema Amphetamine/Speed hat einen stetigen Bedeutungsgewinn erfahren (von 9 % auf 17 %).
 - » Die Relevanz des pathologischen Glücksspiels im Bereich der Verhaltenssüchte hat deutlich zugenommen (von 12 % auf 23 %).

Suchtpräventive Maßnahmen in ausgewählten Settings

- Ein besonderes Merkmal des schulischen Bereiches ist sein vergleichsweise hoher Anteil von Maßnahmen, die sich direkt an die Endadressaten/-innen richten und die auf die Förderung von Wissen, Einstellungen und Kompetenzen abzielen.
- Bei der Jugendarbeit ist als ein wichtiges Kennzeichen hervorzuheben, dass hier immerhin jede vierte Maßnahme einen selektiven oder indizierten Präventionsansatz beinhaltet – in keinem anderen Setting ist dieser Anteil höher.
- Im Bereich der Kindertagesstätte wird deutlich, dass es schwerpunktmäßig um Maßnahmen der universellen Lebenskompetenzförderung geht, zu deren Zweck Multiplikatoren/-innen informiert und geschult werden.
- Deutlich anders stellt sich das Setting Kommune dar. Es zeichnet sich unter anderem durch einen vergleichsweise hohen Anteil struktureller Präventionsansätze sowie den Aufbau von Strukturen und Vernetzung der Akteure aus.

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). 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 erstellt jährlich einen bundesweiten Bericht, der auch zur Präventionsberichterstattung auf internationaler Ebene dient.

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 in den Jahren 2011 bis 2014 durchgeführt und mit Hilfe von Dot.sys dokumentiert haben. Insgesamt haben sich 28 Fachstellen an der Datenerhebung beteiligt.

Die Datengrundlage bilden für jedes der vier betrachteten Jahre (2011-2014) die im jeweiligen Jahr begonnenen Maßnahmen. Deren Zahl liegt relativ stabil zwischen 2.500 und 2.800 pro Jahr (siehe Tabelle 6).¹

In diesem Bericht wird erstmalig eine Trendbetrachtung für Hessen über einen Zeitraum von vier Jahren vorgenommen. Es soll hierbei der Frage nachgegangen werden, welche Veränderungen bzw. Konstanten sich in der suchtpreventiven Arbeit der Fachstellen im Zeitraum 2011 bis 2014 ergeben haben. Ferner werden an einigen Stellen – soweit sie verfügbar waren – bundesweite Vergleichszahlen aus dem Jahr 2013 herangezogen.²

Die zweite Analyse ist eine differenzierte Betrachtung verschiedener Settings. Auch eine solche Analyse wurde bisher nicht durchgeführt. Hierbei wird herausgearbeitet, inwiefern die suchtpreventive Arbeit in den Settings durch spezifische Profile gekennzeichnet ist.

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

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

² Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, München (DBDD 2014). Die Datengrundlage der darin ausgewählten dot.sys-Auswertungen stellen 32.335 dokumentierte Maßnahmen dar. Für das Jahr 2014 sind noch keine bundesweiten Zahlen veröffentlicht worden

Suchtpräventive Maßnahmen: Trends 2011-2014

Präventionsart

In der modernen 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 Mitarbeiter/innen 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 suchtpräventive Arbeit in Hessen das folgende Bild: Im Jahr 2014 besaßen 68 % aller durchgeführten Maßnahmen einen universellen Ansatz (siehe Tabelle 6). 13 % betrafen die selektive Prävention. Den geringsten Wert weist mit knapp 5 % die indizierte Prävention auf. Darüber hinaus beziehen sich 14 % auf die strukturelle Prävention (Verhältnisprävention). Seit dem Jahr 2011 hat sich an dieser Charakteristik der Maßnahmen nach ihrer Präventionsart im Wesentlichen nichts geändert. Die bundesweiten Zahlen zeigen für das Jahr 2013 einen höheren Anteil indizierter (14 %) und einen geringeren Anteil universeller Prävention (58 %) im Vergleich zu Hessen. Die Werte für die selektive und strukturelle Prävention sind dagegen in etwa vergleichbar (17 % und 11 %) (DBDD 2014).

Tabelle 6: Präventionsart der Maßnahmen 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
universell	72,6 %	72,0 %	67,1 %	68,1 %
selektiv	11,1 %	10,9 %	12,7 %	13,3 %
indiziert	5,2 %	6,6 %	7,0 %	4,9 %
strukturell	11,1 %	10,4 %	13,2 %	13,7 %
N	2.554	2.567	2.741	2.773

Zielebene

Auch bei der Zielebene der suchtpräventiven Maßnahmen hat es in dem betrachteten Zeitraum keine nennenswerten Veränderungen gegeben: Zwischen 55 % und 59 % der jährlichen Aktivitäten beziehen sich auf den Bereich der Multiplikatoren/-innen (siehe Tabelle 7). Sie besitzen damit den größten Anteil, wenn nach der Zielebene der Maßnahmen ausgewertet wird. An zweiter Stelle folgen die Tätigkeiten, die sich direkt an die Endadressanten/-innen wenden, wobei ihre prozentualen Anteile ebenfalls einen stabilen Wert – zwischen 33 % und 37 % – aufweisen. Das Gleiche gilt auch für die Öffentlichkeitsarbeit mit Werten von 7 % bis 9 %.

Die hessischen Zahlen entsprechen nicht der bundesweiten Auswertung (2013): Hier kommen die Maßnahmen für Endadressaten/-innen auf einen Anteil von 54 % und diejenigen für Multiplikatoren/-innen auf 39 %. Der Anteil für die Öffentlichkeitsarbeit ist dagegen vergleichbar (7 %) (DBDD 2014).

Tabelle 7: Zielebene der Maßnahmen 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
Multiplikatoren/-innen	58,3 %	57,5 %	54,9 %	58,5 %
Endadressaten/-innen	34,3 %	35,2 %	37,3 %	32,8 %
Öffentlichkeitsarbeit	7,4 %	7,2 %	7,8 %	8,7 %
N	2.554	2.567	2.741	2.773

Werden im nächsten Schritt die Daten daraufhin ausgewertet, welche Personengruppen die Aktivitäten im Bereich der Multiplikatoren/-innen genau betreffen, zeigt sich für die Jahre 2011 bis 2014 ein insgesamt relativ konstantes Bild: An erster Stelle steht der schulische Bereich (42 % bis 46 %), gefolgt von der Kinder- und Jugendarbeit (21 % bis 26 %) und der Kommune (17 % bis 21 %) (siehe Tabelle 8). Auch die Kindertagesstätten, das Gesundheitswesen und die Suchthilfe kommen als Felder multiplikatorenbezogener Arbeit noch relativ häufig vor. Es gibt jedoch auch Bereiche, in denen Maßnahmen für Multiplikatoren/-innen eher selten sind, beispielsweise Betriebe.

Tabelle 8: Zielebene der Maßnahmen, Multiplikatoren/-innen 2011-2014 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2012	2013	2014
Schule	45,6 %	41,5 %	44,5 %	42,3 %
Kinder-/Jugendhilfe/Jugendarbeit	21,1 %	25,9 %	23,5 %	24,1 %
Kommune/Landkreis/Behörde	16,6 %	20,9 %	18,6 %	20,0 %
Kindertagesstätten	17,1 %	17,5 %	15,1 %	14,7 %
Gesundheitswesen	13,7 %	15,4 %	11,9 %	11,2 %
Suchthilfe	13,4 %	18,1 %	18,4 %	17,5 %
Peers	9,3 %	8,9 %	12,4 %	11,5 %
Eltern/Familie	9,1 %	7,5 %	8,2 %	8,3 %
Strafwesen/Polizei	8,8 %	8,5 %	7,4 %	8,1 %
Freizeitbereich	7,0 %	7,8 %	7,4 %	9,6 %
Politik	6,4 %	7,8 %	7,8 %	7,2 %
Kirche	6,2 %	7,9 %	7,7 %	7,6 %
Betrieb	3,4 %	5,2 %	5,6 %	5,4 %
Sonstige	5,7 %	4,4 %	5,0 %	5,6 %
N	1.490	1.477	1.505	1.621

Bei den suchtpreventiven Maßnahmen, die sich direkt an die Endadressanten/-innen richten, ergibt sich ein eindeutiger Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche. Über 60 % aller durchgeführten Aktivitäten beziehen sich auf diese Zielgruppe (siehe Tabelle 9). Es folgen auf einem etwa gleich hohen Niveau die Bereiche „Eltern/Familie“ und „konsumerfahrene Jugendliche/Erwachsene“ (jeweils Anteile um die 20 %). Das ist gleichermaßen für alle vier Jahre zu konstatieren. Auch ansonsten ergibt sich für den betrachteten Zeitraum eine relativ stabile Verteilung der potentiellen Zielebenen. Mit einer Ausnahme: Als bemerkenswerte Entwicklung kann festgehalten werden, dass der Anteil von Maßnahmen für die Probierkonsumenten/-innen seit 2011 stetig angestiegen ist: von 10 % im Jahr 2011 auf 19 % in 2014. Auch bei den Endadressanten/-innen gibt es Gruppen, bei denen sehr selten direkt adressierte Maßnahmen durchgeführt werden. Dazu gehören u. a. Studierende und Senioren/innen (<2 %).

Tabelle 9: Zielebene der Maßnahmen, Endadressanten/-innen 2011-2014 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2012	2013	2014
Kinder und Jugendliche	63,9 %	62,6 %	60,4 %	60,5 %
Eltern/Familienmitglieder	18,5 %	19,5 %	17,5 %	23,2 %
konsumerfahrene Jugendliche/Erwachsene	18,4 %	21,1 %	18,6 %	18,9 %
Probierkonsumenten	9,6 %	16,3 %	16,6 %	18,5 %
Auszubildende	6,3 %	6,6 %	9,4 %	6,3 %
unspezifisch/Gesamtbevölkerung	5,4 %	2,7 %	4,9 %	3,7 %
Migranten/innen	3,8 %	4,3 %	2,8 %	1,2 %
Beschäftigte im Betrieb	3,0 %	2,4 %	3,3 %	2,1 %
sozial Benachteiligte	2,6 %	2,3 %	4,5 %	2,7 %
Studenten/innen	1,7 %	1,7 %	1,9 %	1,3 %
Senioren/innen	1,6 %	1,4 %	0,5 %	0,3 %
Straffällige	1,0 %	0,9 %	1,8 %	3,5 %
suchtbelastete Lebensgemeinschaften	0,8 %	0,8 %	1,1 %	0,3 %
Sonstige	1,4 %	2,3 %	2,6 %	1,3 %
N	876	904	1.023	910

Die nächste Auswertung betrifft die Altersgruppen. Diese Kategorie wird ausschließlich bei denjenigen Maßnahmen erhoben, die sich direkt an die Endadressanten/-innen wenden. Es zeigt sich, dass sich um die 60 % dieser Aktivitäten an die Gruppe der Jugendlichen richtet (siehe Tabelle 10). Das ist unverändert seit dem Jahr 2011 so der Fall. Es folgen die Altersgruppen der Kinder und jungen Erwachsenen mit ähnlichen Anteilen bei knapp unter 30 %. Nur im Jahr 2013 gab es hier einen stärkeren Unterschied (23 % zu 34 %). Insgesamt ist aber kein Trend in die eine oder andere Richtung erkennbar. Maßnahmen für Senioren/-innen werden gleichbleibend eher selten durchgeführt.

Tabelle 10: Altersgruppen der Endadressanten/-innen 2011-2014 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2012	2013	2014
Kinder (bis 13 Jahre)	28,4 %	27,4 %	23,2 %	29,9 %
Jugendliche (14 bis 17 Jahre)	61,3 %	59,5 %	60,6 %	59,6 %
Junge Erwachsene (18 bis 27 Jahre)	31,8 %	27,9 %	34,4 %	27,8 %
Erwachsene (28 bis 64 Jahre)	24,7 %	25,0 %	25,8 %	24,4 %
Senioren/innen (ab 65 Jahre)	2,4 %	4,8 %	4,8 %	4,0 %
N	876	904	1.023	911

Für die Zielebene der Öffentlichkeitsarbeit wird erfasst, in welcher konkreten Form diese stattfindet. Der Blick auf die folgende Tabelle 11 macht deutlich, dass die dominierende Form der Öffentlichkeitsarbeit die Pressemitteilung ist (44 % bis 47 %). Aber auch der Informations-/Aktionsstand, Flyer und verschiedene Internetaktivitäten (Websites, Soziale Netzwerke) haben eine wichtige Bedeutung in der vielschichtigen Öffentlichkeitsarbeit der Fachstellen. Insgesamt kann auch bei diesem Auswertungskriterium – trotz jährlicher Schwankungen bei einzelnen Formen – von einer stabilen Situation seit 2011 gesprochen werden.

Tabelle 11: Formen der Öffentlichkeitsarbeit 2011-2014 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2012	2013	2014
Pressemitteilung	44,7 %	45,7 %	46,5 %	43,8 %
Informations-/Aktionsstand	36,7 %	21,5 %	26,8 %	29,3 %
Flyer	27,2 %	28,0 %	25,4 %	30,6 %
Erstellung Websites, Rubriken Internet	26,6 %	24,7 %	24,4 %	26,0 %
Soziales Netzwerk Internet	18,6 %	22,0 %	21,6 %	29,8 %
Plakat	18,6 %	24,7 %	19,7 %	17,8 %
Broschüre	18,6 %	24,7 %	16,0 %	12,4 %
Interview	17,0 %	19,4 %	25,4 %	23,1 %
Merchandising	5,9 %	12,9 %	10,3 %	11,6 %
Beitrag, Spot	5,3 %	3,8 %	5,6 %	2,1 %
Newsletter	2,7 %	3,2 %	0,9 %	-
Anzeige	2,1 %	4,8 %	3,3 %	2,1 %
eigene Zeitschrift/Zeitung	2,1 %	1,6 %	1,4 %	0,8 %
Betreuung Blog	-	0,5 %	0,5 %	-
Sonstiges	15,4 %	11,3 %	16,4 %	7,4 %
N	188	186	213	242

Die letzte Auswertung, die die Zielebene betrifft, ist die Frage nach der Anzahl erreichter Personen. Auch hier zeigt sich eine relativ hohe Kontinuität in der suchtpreventiven Arbeit. So werden in Hessen jedes Jahr zwischen 24.000 und 26.000 Multiplikatoren/-innen informiert und geschult (siehe Tabelle 12). Als Durchschnittswert betrachtet sind das 15 bis 17 Personen je durchgeführter Maßnahme. Bei den erreichten Endadressanten/-innen schwanken die ermittelten Zahlen zwar

leicht: Für das Jahr 2013 ist ein Höchstwert von beinahe 50.000 Personen zu konstatieren (Ø 52 Personen pro Maßnahme); den niedrigsten Wert mit gut 37.000 erreichten Personen gab es in 2012 (Ø 43 Personen). Aber auch hier ergibt sich kein Trend, der in eine bestimmte Richtung weist.

Tabelle 12: Anzahl der erreichten Personen Multiplikatoren/-innen und Endadressanten/-innen 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
Multiplikatoren/-innen				
MW	16,1	16,0	16,6	14,8
Insgesamt	25.068	24.224	26.062	25.145
N	1.557	1.514	1.570	1.699
Endadressanten/-innen				
MW	50,5	43,3	52,1	51,7
Insgesamt	40.350	37.411	49.808	42.911
N	799	864	956	830

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 55 % und 63 % (siehe Tabelle 13). An zweiter Stelle folgen die Maßnahmen, die einen substanzspezifischen Bezug besitzen. Das betrifft jährlich zwischen 45 % und 48 % aller Maßnahmen. Aktivitäten zu dem Thema Verhaltenssüchte finden seltener statt: in 14 % bis 21 % aller Fälle. Bei dieser Auswertung gilt ebenfalls: Insgesamt ergibt sich ein relatives konstantes Bild, auch wenn die Zahlen von Jahr zu Jahr etwas schwanken.

Wird danach ausgewertet, in welcher Kombination Inhalte zusammen behandelt werden, zeigt sich, dass bei 88 % aller Maßnahmen ausschließlich ein Inhalt thematisiert wird; bei 7 % wird die Kombination Lebenskompetenz und Substanzbezug angegeben und 5 % beziehen sich auf alle drei Kategorien zusammen. Hierbei ergeben sich in der jahresbezogenen Betrachtung (2011-2014) keine nennenswerten Abweichungen.

Tabelle 13: Inhaltsebene der Maßnahmen 2011-2014 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2012	2013	2014
Lebenskompetenz	58,1 %	62,5 %	57,2 %	54,7 %
Substanzbezug	46,4 %	44,7 %	48,2 %	48,0 %
Verhaltenssüchte	14,3 %	13,6 %	15,5 %	20,5 %
N	2.554	2.567	2.741	2.773

Wenn Maßnahmen mit einem Substanzbezug durchgeführt werden, geht es in neun von zehn Fällen um den Inhalt Alkohol (siehe Tabelle 14). Es ist hier seit 2011 ein ganz leichter Rückgang des prozentualen Anteils zu konstatieren (von 92 % auf 88 %). An zweiter Stelle folgt der Themenbereich Cannabis (34 % bis 39 %) und dann Tabak (26 % bis 33 %). Auffällige Entwicklungen in die eine oder andere Richtung gibt es bei diesen beiden Substanzen nicht. Bemerkenswert ist dagegen, dass der Inhalt Amphetamine/Speed in den betrachteten vier Jahren einen stetigen Bedeutungsgewinn erfahren hat. Sein prozentualer Anteil hat sich von 2011 bis 2014 fast verdoppelt (von 9 % auf 17 %). Bei allen anderen Substanzen sind solche Bewegungen nicht festzustellen. Die vorliegenden bundesweiten Zahlen für das Jahr 2013 weisen gegenüber Hessen einen geringeren Anteil für Alkohol (81 %) und einen höheren für Cannabis (47 %) aus (DBDD 2014).

Tabelle 14: Inhaltsebene der Maßnahmen, Substanzbezug 2011-2014 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2012	2013	2014
Alkohol	91,6 %	91,1 %	89,9 %	87,9 %
Cannabis	34,1 %	34,2 %	38,5 %	37,7 %
Tabak	29,1 %	26,2 %	29,5 %	33,4 %
Medikamente	9,9 %	12,1 %	14,9 %	12,5 %
Amphetamine/Speed	9,4 %	11,9 %	16,0 %	16,7 %
Ecstasy	8,2 %	9,3 %	13,6 %	9,3 %
Opiate	7,9 %	10,3 %	12,2 %	8,0 %
Kokain	7,6 %	9,9 %	11,9 %	7,4 %
Halluzinogene	6,7 %	10,2 %	9,6 %	6,0 %
Biogene Drogen	4,6 %	7,4 %	8,8 %	4,5 %
Lösungsmittel	3,1 %	6,4 %	4,5 %	2,6 %
Sonstige	1,0 %	1,5 %	1,3 %	3,5 %
N	1.184	1.147	1.321	1.332

Auch die Maßnahmen, die sich auf Verhaltenssüchte beziehen, können in Dot.sys differenziert erfasst werden. Die Auswertung zeigt, dass derartige Aktivitäten in erster Linie vom Thema „Internet-/Computersucht“ dominiert werden. Das ist – über die Jahre gleichbleibend – bei über 80 % der Fall (siehe Tabelle 15). Es folgen Maßnahmen, die sich mit dem problematischen Umgang mit anderen Medien beschäftigen. Hier existieren größere Schwankungen; die jährlichen Anteile liegen zwischen 46 % und 64 %. Die Inhalte „Essstörungen“ und „pathologisches Glücksspiel“ kommen dagegen seltener vor, wobei die Relevanz des zweitgenannten Bereiches in den vier Jahren deutlich zugenommen hat (von 12 % auf 23 %).

Tabelle 15: Inhaltsebene der Maßnahmen, Verhaltenssüchte 2011-2014 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2012	2013	2014
Internet-/Computersucht	82,4 %	87,7 %	85,4 %	81,7 %
problematischer Umgang andere Medien	58,0 %	46,0 %	54,6 %	63,8 %
Esstörungen	13,5 %	16,9 %	13,9 %	11,1 %
pathologisches Glücksspiel	11,5 %	12,0 %	22,4 %	22,5 %
Sonstige	2,7 %	4,9 %	4,0 %	1,4 %
N	364	350	425	569

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 – und das mit Abstand – die Schule: Knapp die Hälfte aller Aktivitäten wird in diesem Setting durchgeführt, wobei sein relativer Anteil von 51 % im Jahr 2011 auf 47 % im Jahr 2014 leicht gesunken ist (siehe Tabelle 16). Es folgen die Settings Jugendarbeit (12 % bis 14 %) und die Kindertagesstätten, die ebenfalls in den betrachteten vier Jahren eine leichte Abnahme von 11 % auf 9 % erfahren haben. Alle anderen Settings – darunter u. a. Freizeit, Familie und Betriebe – weisen in allen Jahren relative Anteile von unter 10 % aus.

Der Vergleich mit den bundesweiten Werten zeigt, dass es in Hessen vor allem einen überdurchschnittlichen hohen Anteil von Maßnahmen in den Kindertagesstätten gibt (Bund: 3 %), dagegen das betriebliche Setting eher unterrepräsentiert ist (Bund: 9 %) (DBDD 2014).

Tabelle 16: Settings der Maßnahmen 2011-2014 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2012	2013	2014
Schule	50,5 %	48,1 %	46,9 %	46,7 %
Jugendarbeit	13,0 %	14,1 %	11,7 %	12,4 %
Kindertagesstätten	11,4 %	11,0 %	9,4 %	9,1 %
Politik/Kommune/Behörde/etc.	7,6 %	9,2 %	8,1 %	9,2 %
unspezifisch (Öffentlichkeit/Bevölkerung)	7,4 %	6,5 %	8,1 %	6,8 %
Suchthilfe	7,0 %	9,8 %	9,8 %	9,7 %
Gesundheitswesen	5,5 %	5,8 %	4,3 %	4,9 %
Freizeit	5,3 %	5,1 %	6,3 %	6,6 %
Betrieb	4,9 %	5,6 %	6,3 %	4,8 %
Familie	4,3 %	5,2 %	4,7 %	8,1 %
Erwachsenen-/Familienbildung	3,3 %	3,8 %	2,4 %	2,1 %
Strafwesen/Polizei	2,6 %	2,3 %	1,9 %	2,7 %
Hochschule/Fachhochschule	2,6 %	2,2 %	1,7 %	1,9 %
Kirche	2,5 %	2,8 %	3,2 %	3,2 %
Sport	0,6 %	0,5 %	0,6 %	0,6 %
Fahrschule	0,0 %	-	0,0 %	0,1 %
Sonstiges	2,1 %	2,3 %	2,0 %	2,8 %
N	2.366	2.381	2.528	2.531

Umsetzungsebene

Die nächste Tabelle zeigt die so genannte Umsetzungsebene der Maßnahmen. Damit ist die Form oder Methodik der Maßnahme gemeint. Wie in vielen vorangegangenen Auswertungen ergeben sich auch hier kaum nennenswerte Veränderungen für die untersuchte Zeitspanne. Die wichtigste Rolle spielen Trainings/Schulungen mit stabilen Anteilen zwischen 37 % und 39 % (siehe Tabelle 17). Die Kooperation bzw. Koordination mit Dritten betrifft – gleichbleibend – etwa jede vierte Maßnahme (23 % bis 26 %). An dritter Stelle folgt die Präventionsberatung (10 % bis 13 %). Alle anderen Umsetzungsformen kommen auf geringere Anteile. Darunter sind auch solche, die aufgrund ihres hohen Aufwandes naturgemäß nur selten vorkommen (z. B. die Fachtagung). Für den Bund lauten die entsprechenden Zahlen: Trainings/Schulungen 39 %, Präventionsberatung 24 % und Kooperation/Koordination 14 % (DBDD 2014).

Tabelle 17: Umsetzungsebene der Maßnahmen 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
Trainings/Schulungen	39,0 %	38,6 %	36,7 %	37,4 %
Kooperation/Koordination	23,4 %	24,5 %	25,7 %	25,4 %
Präventionsberatung	12,0 %	12,4 %	10,0 %	13,0 %
Ausstellung/Projektstage/Aktionswochen	8,7 %	7,3 %	8,6 %	7,3 %
Vortrag/Referat	7,5 %	7,1 %	7,9 %	8,3 %
Informationsvermittlung	6,8 %	7,9 %	8,5 %	6,2 %
Fachtagung	1,6 %	1,3 %	1,6 %	1,8 %
Information/Vermittlung Hilfsdienste	0,8 %	0,8 %	0,9 %	0,6 %
N	2.366	2.381	2.528	2.531

Zielsetzung

Bei den Präventionsmaßnahmen gibt es einerseits verhaltensbezogene Zielsetzungen. Hier steht an erster Stelle die Zunahme des Wissens bei den entsprechenden Zielgruppen. Etwa 70 % aller Aktivitäten verfolgen dieses Ziel – und das relativ konstant über alle vier Jahre. Am zweithäufigsten wird die Stärkung/Veränderung von Einstellungen genannt. Auch hier liegen relativ stabile Werte vor (42 % bis 45 %). Bei der Kompetenzförderung ist die Schwankungsbreite etwas größer (31 % bis 37 %). Dagegen hat die Bedeutung der Förderung der Risikokompetenz kontinuierlich von Jahr zu Jahr zugenommen (von 12 % in 2011 auf 16 % in 2014).

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. etwas über 30 % liegen. Dabei hat die Bedeutung dieser beiden Zielsetzungen in den letzten Jahren zugenommen. Das gilt auch für die Öffentlichkeitsarbeit, deren Anteil seit 2011 von 17 % auf 20 % leicht angewachsen ist.

Tabelle 18: Zielsetzung der Maßnahmen 2011-2014 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2012	2013	2014
Zunahme Wissen	69,8 %	70,9 %	72,7 %	69,5 %
Stärkung/Veränderung von Einstellungen	43,4 %	42,0 %	45,0 %	42,0 %
Kompetenzförderung/Ressourcenstärkung	36,6 %	34,0 %	31,2 %	31,8 %
Förderung von Risikokompetenz	12,0 %	14,1 %	14,2 %	15,8 %
Verhaltensmodifikation	14,6 %	14,3 %	13,9 %	13,5 %
Stärkung der Vernetzung	31,9 %	33,6 %	32,4 %	36,2 %
Aufbau von Strukturen	28,0 %	28,8 %	30,1 %	32,0 %
hohe Öffentlichkeitswirksamkeit	16,8 %	17,8 %	19,4 %	20,1 %
N	2.554	2.567	2.741	2.773

Evaluationsstatus

Abschließend soll ein Blick auf den Evaluationsstatus der durchgeführten Maßnahmen geworfen werden. Bei durchschnittlich über 70 % aller Aktivitäten ist eine Evaluation nicht vorgesehen bzw. liegt eine solche nicht vor (siehe Tabelle 19). Dieser Anteil ist im Zeitraum 2011 bis 2014 sogar von 69 % auf 77 % angestiegen, auch wenn hier kein linearer Anstieg zu beobachten ist. In den vier Jahren wurden zu 14 % bis 20 % Maßnahmen mit abgeschlossener und zu 9 % bis 12 % Maßnahmen mit laufender Evaluation durchgeführt. Das entspricht in etwa der Situation im Bund. Hier liegt für das Jahr 2013 ein (zusammengezahlter) Wert von 26 % aller Maßnahmen vor, die bereits evaluiert worden sind bzw. sich aktuell in der Evaluierung befanden (DBDD 2014).

Tabelle 19: Evaluation der Maßnahmen 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
nicht vorgesehen	68,8 %	73,4 %	72,4 %	77,1 %
aktuell durchgeführt	11,6 %	9,8 %	11,1 %	8,9 %
bereits vorhanden	19,7 %	16,8 %	16,6 %	14,1 %
N	2.554	2.567	2.741	2.773

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich nur wenige Veränderungen bei den durchgeführten Präventionsmaßnahmen im betrachteten Zeitraum 2011 bis 2014 zeigen. Die auffälligsten Entwicklungen gab es bei den drei folgenden Aspekten, bei denen durchaus von einem eindeutigen Trend gesprochen werden kann (in Klammern die Zahlen von 2011 und 2014):

- Der Anteil von Maßnahmen für Probierkonsumenten/-innen ist kontinuierlich angestiegen (von 10 % auf 19 %).
- Das Thema Amphetamine/Speed hat einen stetigen Bedeutungsgewinn erfahren (von 9 % auf 17 %).
- Die Relevanz des pathologischen Glücksspiels im Bereich der Verhaltenssuchte hat deutlich zugenommen (von 12 % auf 23 %).

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

Suchtpräventive Maßnahmen in ausgewählten Settings

In dieser – erstmalig durchgeführten – Analyse sollen Profile von suchtpräventiven Maßnahmen in relevanten Settings gezeichnet und ihre Besonderheiten herausgearbeitet werden. Dafür wurden die vier Settings ausgewählt, die nach ihren prozentualen Anteilen die größte Bedeutung in Hessen besitzen (siehe auch das vorangegangene Kapitel). Hierbei werden die Jahre 2011 bis 2014 zusammen betrachtet, um eine möglichst hohe Fallzahl für valide Auswertungen zu erhalten.

Im Einzelnen handelt es sich um die Settings Schule, Kindertagesstätte, Jugendarbeit und Kommune. Sie haben jedoch gemessen an der Gesamtzahl dokumentierter Maßnahmen ein unterschiedliches Gewicht: An allererster Stelle befindet sich die Schule; in diesem Setting wurde fast die Hälfte aller Maßnahmen durchgeführt (48 %) (siehe Tabelle 20). Mit weitem Abstand folgen dann die anderen drei Settings, die relative Anteile zwischen 13 % und 8 % aufweisen.

Suchtpräventive Maßnahmen können in mehreren Settings gemeinsam durchgeführt werden. So besteht auch beim Dot.sys-Programm die Möglichkeit, pro Maßnahme mehrere Settings zu dokumentieren. Für die folgende Analyse wurden jedoch nur diejenigen Maßnahmen betrachtet, für die ausschließlich ein Setting dokumentiert worden ist. Damit erhält man ein klareres Profil von Maßnahmen, weil sich die erhobenen Merkmale auf ein einziges Setting beziehen.

Wird so vorgegangen, zeigt sich, dass es hinsichtlich des prozentualen Anteils dieser „Ein-Setting-Maßnahmen“ in den jeweiligen Settings deutliche Unterschiede gibt: Im Bereich der Schule finden die allermeisten Maßnahmen ausschließlich im eigenen Setting statt (86 %), während dieses im Setting Jugendarbeit nur bei etwa jeder dritten Maßnahme der Fall ist (35 %) (siehe Tabelle 20). Die anderen beiden Settings liegen mit ihren entsprechenden Anteilen dazwischen: 50 % (Kommune) bzw. 75 % (Kita). Überall ist jedoch die Fallzahl so groß ($N > 400$), dass eine valide Analyse möglich ist.

Diese derart selektierten Maßnahmen stellen die empirische Grundlage für die folgenden Auswertungen dar. Wenn bei einer Subanalyse die Basiszahl kleiner als $N=50$ ist, wird auf eine Auswertung verzichtet, weil ein valides Ergebnis zweifelhaft ist.

Abschließend sei ergänzt, dass sich auch diese Analyse nicht auf alle Kategorien des Dot.sys-Datensatzes bezieht; sie wurde im Sinne einer überschaubaren Darstellung auf zentrale Charakteristika der Maßnahmen begrenzt.

Tabelle 20: Anzahl der Maßnahmen in den ausgewählten Settings (2011-2014)

	Schule	Kita	Jugend- arbeit	Kommune
Anteil an allen Settings	48,0 %	10,2 %	12,8 %	8,5 %
N	4.710	999	1.251	838
davon: ausschließlich eigenes Setting	85,7 %	75,0 %	35,0 %	49,8 %
N	4.038	749	438	417

Präventionsart der Maßnahmen

Die erste Auswertung zeigt, dass im Setting Kita die allermeisten Maßnahmen eine universelle Präventionsausrichtung besitzen (94 %) (siehe Tabelle 21). Selektive und indizierte Ansätze spielen hier keine Rolle. Auch der schulische Bereich weist mit 79 % einen hohen Anteil von universellen Maßnahmen auf; die Arbeit mit spezifischen Zielgruppen, wie gefährdeten Jugendlichen oder jungen Erwachsenen, erfährt eine gewisse Bedeutung (12 %). In der Jugendarbeit ist der selektive Präventionsansatz mit 19 % stärker vertreten. Ferner kommt die indizierte Suchtprävention mit 6 % auf den höchsten Wert unter den vier analysierten Settings. Ein deutlich abweichendes Profil liegt im Setting Kommune vor, das sich durch einen vergleichsweise hohen Anteil von Tätigkeiten im Bereich der strukturellen Prävention auszeichnet (43 %). Umgekehrt kommt die universelle Prävention auf einen vergleichsweise geringen Wert, auch wenn dieser immer noch 47 % beträgt.

Tabelle 21: Präventionsart der Maßnahmen in den ausgewählten Settings (2011-2014)

	Schule	Kita	Jugend- arbeit	Kommune
universell	78,6 %	93,7 %	64,6 %	46,5 %
selektiv	12,0 %	1,1 %	18,5 %	9,8 %
indiziert	3,0 %	0,1 %	5,7 %	1,0 %
strukturell	6,4 %	5,1 %	11,2 %	42,7 %
N	4.038	749	438	417

Zielebene der Maßnahmen

Ein weiteres Kriterium zur Beschreibung suchtpreventiver Aktivitäten ist die so genannte Zielebene, bei der sich ebenfalls größere Unterschiede zwischen den Settings ergeben: Während in den beiden Settings Kommune und Kindertagesstätte die überwiegende Anzahl aller Tätigkeiten für Multiplikatoren/-innen ausgerichtet ist (97 % bzw. 89 %), wird in der Schule eine knappe Mehrheit der Maßnahmen direkt für die Endadressaten/-innen durchgeführt (51 %) (siehe Tabelle 22). Im Bereich der Jugendarbeit kommt auf drei Maßnahmen für Multiplikatoren/-innen eine für Endadressaten/-innen; damit liegt der Schwerpunkt in diesem Setting auf der Arbeit mit der zuerst genannten Gruppe.

Tabelle 22: Zielebene der Maßnahmen in den ausgewählten Settings (2011-2014)

	Schule	Kita	Jugend- arbeit	Kommune
Multiplikatoren/-innen	49,5 %	88,5 %	73,3 %	97,4 %
Endadressaten/-innen	50,5 %	11,5 %	26,7 %	2,6 %
N	4.038	749	438	417

Inhaltsebene der Maßnahmen

Wird im nächsten Schritt die inhaltliche Ebene betrachtet – hier können mehrere Merkmale pro Maßnahme angegeben werden –, werden weitere Spezifika deutlich. Es zeigt sich dann – erwartungsgemäß – ein sehr hoher Anteil von Lebenskompetenzförderung im Setting Kindertagesstätte (95 %) (siehe Tabelle 23). Bei den anderen drei Settings liegt diese auf einem wesentlich niedrigeren Niveau (51 % bis 56 %). Dagegen haben hier suchtpreventive Maßnahmen mit direktem Substanzbezug eine beinahe gleichgroße Bedeutung (45 % bis 47 %). Die Thematisierung von Verhaltenssüchten betrifft in der Schule und Jugendarbeit etwa jede sechste Maßnahme (jeweils 16 %). In den Kindertagesstätten wird ein solcher Inhalt eher selten angesprochen (6 %); im Setting Kommune liegt der entsprechende Wert bei 11 %.

Tabelle 23: Inhaltsebene der Maßnahmen in den ausgewählten Settings (2011-2014, Mehrfachnennung möglich)

	Schule	Kita	Jugend- arbeit	Kommune
Lebenskompetenz	56,4 %	94,5 %	51,1 %	52,0 %
Substanzbezug	47,0 %	1,3 %	45,0 %	46,8 %
Verhaltenssüchte	16,3 %	6,4 %	16,0 %	11,3 %
N	4.038	749	438	417

Wenn Maßnahmen mit Bezug zu einzelnen psychoaktiven Substanzen durchgeführt werden, betrifft dies an erster Stelle alkoholpräventive Aktivitäten. Sowohl in der Schule als auch in der Jugendarbeit oder Kommune weisen etwa neun von zehn Maßnahmen einen entsprechenden Bezug zum Thema Alkohol auf (Anteile zwischen 86 % und 94 %) (siehe Tabelle 24). Darüber hinaus werden im Setting Schule häufig Cannabis und Tabak behandelt (42 % bzw. 39 %) – dies geschieht zu einem erheblichen Teil zusammen mit der Alkoholthematik. Auch in der Jugendarbeit werden in jeder dritten Maßnahme Cannabis und in jeder fünften Tabak thematisiert. Bei Maßnahmen im Setting Kommune spielen diese psychoaktiven Substanzen dagegen eine eher untergeordnete Rolle.³ Das Setting Kita kann hier nicht dargestellt werden, weil Maßnahmen mit Substanzbezug so gut wie nicht vorkommen (siehe vorne) und deshalb die Fallzahl (N=10) für eine valide Auswertung zu gering ist.

³ Die anderen Substanzen spielen in den jeweiligen Settings eine nachgeordnete Rolle; es gibt hier keine weitere Auffälligkeiten. Deshalb wurde auf eine entsprechende Ausweisung ihrer prozentualen Anteile in der Tabelle verzichtet.

Tabelle 24: Inhaltsebene/Substanzbezug der Maßnahmen in den ausgewählten Settings (2011-2014, Mehrfachnennung möglich)

	Schule	Jugend- arbeit	Kommune
Alkohol	87,5 %	85,8 %	93,8 %
Cannabis	41,7 %	36,0 %	13,8 %
Tabak	38,9 %	19,3 %	14,4 %
Amphetamine/Speed	11,6 %	9,6 %	3,6 %
Medikamente	9,8 %	4,6 %	5,6 %
N	1.899	197	195

Bei den einzelnen Verhaltenssüchten gilt das zuletzt Genannte sogar für die beiden Settings Kindertagesstätte (N=48) und Kommune (N=47). Deshalb kann hier nur eine Aussage für die Schule und Jugendarbeit getroffen werden. In diesen beiden Bereichen hat das Thema „problematischer Umgang mit dem Internet/Computer“ die größte Bedeutung (85 % bzw. 87 %) (siehe Tabelle 25). An zweiter Stelle folgt der problematische Umgang mit anderen Medien, wobei dieser häufiger in der Schule als im Jugendbereich angesprochen wird (62 % zu 37 %). Dagegen haben präventive Maßnahmen zum Glücksspiel in beiden Settings einen identischen Stellenwert: Sie machen einen prozentualen Anteil von jeweils 14 % aus. Auf einen gleichen Wert kommen auch schulische Präventionsmaßnahmen zu Essstörungen, in der Jugendarbeit ist der entsprechende Anteil halb so groß (7 %).

Tabelle 25: Inhaltsebene/Verhaltenssüchte der Maßnahmen in den ausgewählten Settings (2011-2014, Mehrfachnennung möglich)

	Schule	Jugend- arbeit
Internet-/Computersucht	85,4 %	87,1 %
problem. Umgang andere Medien	62,0 %	37,1 %
pathologisches Glücksspiel	14,1 %	14,3 %
Essstörungen	14,3 %	7,1 %
N	658	70

Umsetzungsebene der Maßnahmen

Bei der Umsetzungsebene suchtpreventiver Maßnahmen zeigen sich bei den vier Settings größere Unterschiede, wenn die entsprechenden Daten ausgewertet werden: Auffällig ist zum einen der hohe Anteil von Tätigkeiten der Kooperation/Koordination im Bereich der Kommune (59 %) (siehe Tabelle 26). Gleichzeitig besitzen hier die Trainings/Schulungen und die Präventionsberatung einen eher nebensächlichen Stellenwert (8 % bzw. 6 %). Zum anderen wird die Relevanz von Trainings/Schulungen in den anderen drei Settings sichtbar; sie kommen auf Anteile von 36 % bis 48 %. In der Jugendarbeit und in den Kindertagesstätten hat ferner die Präventionsberatung eine gewisse

Bedeutung (17 % bzw. 16 %). Erwähnenswert ist noch, dass immerhin jede zehnte Maßnahme in den Bereichen Kita und Kommunen einen Vortrag bzw. ein Referat beinhaltet. Eine geringere Bedeutung (in quantitativer Hinsicht) haben dagegen in allen vier Settings die Kategorien Information/Vermittlung in Hilfsdienste, Fachtagung und die Informationsvermittlung (<10 %).

Tabelle 26: Umsetzungsebene der Maßnahmen in den ausgewählten Settings (2011-2014)

	Schule	Kita	Jugend- arbeit	Kommune
Trainings/Schulungen	47,7 %	39,9 %	35,6 %	7,7 %
Kooperation/Koordination	16,8 %	14,2 %	28,3 %	59,0 %
Präventionsberatung	10,9 %	16,3 %	17,1 %	6,0 %
Ausstellung/Projekttag/ Aktionswochen	9,8 %	10,4 %	6,8 %	1,9 %
Vortrag/Referat	7,2 %	9,9 %	6,4 %	10,8 %
Informationsvermittlung	6,4 %	6,5 %	3,9 %	8,9 %
Fachtagung	0,6 %	2,7 %	0,5 %	5,5 %
Information/Vermittlung Hilfsdienste	0,7 %	0,1 %	1,4 %	0,2 %
N	4.038	749	438	417

Zielsetzung der Maßnahmen

In der nächsten Auswertung wird deutlich, dass zwei der vier Settings von pädagogisch-didaktischen Zielsetzungen wie Wissensvermehrung, Einstellungsveränderung und Kompetenzförderung dominiert werden. Das betrifft den Schul- und Kindergartenbereich, die auf jeweilige Anteile von 45 % bis 79 % kommen (siehe Tabelle 27). Gänzlich anders strukturiert sich das Setting Kommune: Mehr als drei Viertel seiner Maßnahmen verfolgen die Ziele „Stärkung der Vernetzung“ und/oder „Aufbau von Strukturen“ (79 % bzw. 76 %). Eine Wissensvermehrung erfolgt bei 39 % der Maßnahmen und dieses Setting hat den höchsten Anteil an Öffentlichkeitsarbeit (35 %).

Die Jugendarbeit nimmt eine Zwischenposition ein: Zwar steht hier auch die Zunahme von Wissen als Zielsetzung mit Abstand an erster Stelle, gleichzeitig spielt aber auch die Vernetzungsarbeit mit anderen Akteuren eine bedeutsame Rolle. Bemerkenswert ist bei diesem Setting weiter, dass es – zusammen mit dem Schulbereich – einen relativ hohen Anteil von Maßnahmen aufweist, die eine direkte Verhaltensmodifikation bei den entsprechenden Zielgruppen verfolgen (15 %).

Tabelle 27: Zielsetzung der Maßnahmen in den ausgewählten Settings (2011-2014, Mehrfachnennung möglich)

	Schule	Kita	Jugendarbeit	Kommune
Zunahme Wissen	78,6 %	71,0 %	72,1 %	38,6 %
Stärkung/Veränderung von Einstellungen	51,6 %	46,1 %	40,4 %	11,0 %
Kompetenzförderung/Ressourcenstärkung	44,6 %	56,9 %	22,8 %	4,6 %
Förderung von Risikokompetenz	20,9 %	3,2 %	19,2 %	1,7 %
Verhaltensmodifikation	14,3 %	4,5 %	15,3 %	3,4 %
Stärkung der Vernetzung	25,3 %	32,3 %	40,0 %	78,7 %
Aufbau von Strukturen	21,0 %	28,0 %	34,7 %	75,8 %
hohe Öffentlichkeitswirksamkeit	7,0 %	8,8 %	9,4 %	35,0 %
N	4.038	749	438	417

Evaluationsstatus der Maßnahmen

Werden abschließend die vier Settings danach verglichen, wie sich ihr Evaluationsstatus darstellt, zeigt sich, dass es sich im schulischen Bereich bei 31 % aller Maßnahmen um bereits evaluierte bzw. aktuell in der Evaluierung befindliche Projekte und Programme handelt (siehe Tabelle 28). Das ist der Höchstwert von allen vier Settings. Knapp dahinter folgen die Kindertagesstätten mit einem – zusammengerechneten Anteil – von 30 %. In den Bereichen Jugendarbeit und Kommune beträgt der entsprechende prozentuale Anteil evaluierter Maßnahmen dagegen rund die Hälfte (15 % bzw. 13 %).

Tabelle 28: Evaluation der Maßnahmen in den ausgewählten Settings (2011-2014)

	Schule	Kita	Jugendarbeit	Kommune
nicht vorgesehen	69,2 %	70,2 %	85,4 %	86,6 %
aktuell durchgeführt	12,1 %	8,0 %	5,0 %	2,2 %
bereits vorhanden	18,7 %	21,8 %	9,6 %	11,3 %
N	4.038	749	438	417

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die eben durchgeführte Analyse klare Profile von Tätigkeiten für jedes der hier untersuchten Settings ergibt: So ist ein besonderes Spezifika des schulischen Bereiches sein vergleichsweise hoher Anteil von Maßnahmen, die sich direkt an die Endadressaten/-innen richten und die auf die Förderung von Wissen, Einstellungen und Kompetenzen abzielen. Bei der Jugendarbeit ist als ein wichtiges Merkmal hervorzuheben, dass hier immerhin jede vierte Maßnahme einen selektiven oder indizierten Präventionsansatz beinhaltet – in keinem anderen Setting ist dieser Anteil höher. Im Bereich der Kindertagesstätte wird deutlich, dass es schwerpunktmäßig um Maßnahmen der universellen Lebenskompetenzförderung geht, zu deren Zweck Multiplikatoren/-innen informiert und geschult werden. Deutlich anders stellt sich das Setting Kommune dar. Es zeichnet sich unter anderem durch einen vergleichsweise hohen Anteil struktureller Präventionsansätze sowie den Aufbau von Strukturen und Vernetzung der Akteure aus.

Einordnung und Diskussion der Dot.sys-Ergebnisse aus Sicht der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen

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

Die **Auswertungsergebnisse der Trendanalyse** zeigen sich im Berichtszeitraum 2011-2014 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 und den Erfahrungen der Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention.

Beständigkeit und Zielbewusstsein in der suchtpreventiven Arbeit

2.600 Maßnahmen pro Jahr erreichen 40.000 Kinder/Jugendliche und 25.000 Multiplikatoren

Die Anzahl der suchtpreventiven Maßnahmen ist seit dem Jahr 2011 stabil geblieben und liegt bei durchschnittlich 2.600 Maßnahmen pro Jahr. Ebenso erreicht die absolute Anzahl der Teilnehmenden ein weiterhin hohes Niveau mit durchschnittlich 65.000 pro Jahr: 25.000 Multiplikatoren und 40.000 Endadressaten, wie Kinder und Jugendliche.

Multiplikatorenarbeit ist Kernstück der hessischen Suchtprävention: 58 % der Maßnahmen

Die Auswertung zeigt, dass sich der Großteil der dokumentierten Maßnahmen an Multiplikatoren richtete – der prozentuale Anteil liegt stabil bei 58 % der Maßnahmen (1.500 Maßnahmen pro Jahr).

Der Ansatz der Multiplikatorenarbeit lag, in den letzten Jahren, konstant über 55 % und entspricht den Anforderungen einer ressourcenorientierten und nachhaltigen Suchtprävention. Denn Suchtprävention zielt darauf ab Lebenswelten⁴ 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.⁵

⁴ wie Familie, Kindertagesstätte, Schule, Kommune und Betrieb

⁵ Wird die Anzahl der Teilnehmenden der Multiplikatorenschulungen (durchschnittlich 25.000 p.J.) mit einem Faktor 20 multipliziert (z.B. eine Lehrkraft erreicht mindestens 20 Schüler/-innen) werden durch den „Schneeballeffekt“ insgesamt 500.000 Personen erreicht.

Ein Schwerpunkt: Frühe Prävention. Sie beugt langfristig Suchtproblemen vor

Die Auswertungsergebnisse bezüglich der Inhalte der Maßnahmen lassen erkennen, dass über die Hälfte der Maßnahmen suchtmittelunspezifisch ausgerichtet (durchschnittlich 47 %) und in der universellen Prävention⁶ (durchschnittlich 70 %) angesiedelt waren.

Langzeitstudien aus den USA belegen einen positiven Effekt frühzeitiger Interventionen auf die Entwicklungschancen von Kindern, auf Bildung und Gesundheit im weiteren Lebensverlauf⁷. Belegt ist zudem ein positiver wirtschaftlicher Effekt auf öffentliche Kassen bei langfristig angelegten Interventionen.⁸

Nach heutigem Forschungsstand ist universelle Prävention wirksam, wenn umfassende mit Eltern und Kindern arbeitende Familienprogramme und Trainings zum Erziehungsverhalten der Eltern eingesetzt werden⁹ und Schulen alkoholspezifische Programme und umfassende, entwicklungsfördernde Lebenskompetenzprogramme und Verhaltensmanagementmaßnahmen umsetzen.¹⁰ Reine Informationsvermittlung und affektive Erziehungsansätze können nicht empfohlen werden.¹¹

Im Hinblick auf kommunale Suchtprävention zeigen umfassende kommunalpolitische Regulierungen, kombiniert mit kommunalen Projekten, die auf die Implementierung effektiver Einzelmaßnahmen setzen, die größte Wirkung auf Alkohol- und Tabakkonsum und die Vorbeugung negativer Folgen des Alkoholkonsums.¹²

Präventive Maßnahmen setzen sinnvoller Weise bereits in der frühen Kindheit an, z. B. im Kindergartenalter um Verhaltensstörungen und einen negativen Entwicklungsverlauf zu verhindern und eine gesunde Entwicklung von Kindern zu unterstützen. Zudem können suchtpreventive Maßnahmen im Vorschulalter sogar 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.¹³

Die Fachkräfte der hessischen Fachstellen für Suchtprävention bieten daher beispielweise das standardisierte und evaluierte **Programm „Papilio“ hessenweit in Kindertagesstätten** an. In den letzten zehn Jahren sind rund 30.000 Kinder und 1.500 pädagogische Fachkräfte in Kindertagesstätten mit diesem Programm erreicht worden. Die Anzahl der Maßnahmen im Berichtszeitraum beläuft sich auf rund 380 Papilio-Maßnahmen. Da das Programm Papilio evaluiert ist, zeigt die Auswertung auch Auswirkungen auf den Evaluationsstatus¹⁴ im Bereich Kindertagesstätte, der mit 47 % der Maßnahmen, weit über dem Durchschnitt aller dokumentierten suchtpreventiven Maßnahmen in Hessen (27 %) liegt.

⁶ Universelle Prävention richtet sich an die Allgemeinbevölkerung, die gesamte Gruppe (z. B. einer Schulklasse) Sie fördert und erhält Gesundheit (ohne spezifischen Problembezug), sie stärkt die allgemeine Lebenskompetenz, soziale und emotionale Fähigkeiten. Alle wissenschaftlichen Erkenntnisse beweisen, dass dieser Präventionsabsatz der wirkungsvollste und nachhaltigste ist.

⁷ Heckmann 2006 <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/zur-wirksamkeit-frueher-unterstuetzungsangebote/> 21.10.2015

⁸ Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Werkbuch Präventions-kette, S. 12, Hannover

⁹ BZgA Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 46, Expertise zur Suchtprävention, Köln 2013, S. 105

¹⁰ Ebenda, S.105

¹¹ Ebenda, S.105

¹² Ebenda, S.107

¹³ www.papilio.de

¹⁴ Evaluationsstatus: ist bereits vorhanden / wird aktuell durchgeführt

Alkohol - Prävention weiterhin stark gefragt: 90 % der suchtmittelspezifischen Maßnahmen

Die Auswertung zeigt eine eindeutige Rangfolge der unterschiedlichen Substanzen – **Alkohol, Cannabis und Tabak** – in den zurückliegenden Jahren. Das Thema „Alkohol“ stand im Berichtszeitraum im Vordergrund (rund 1.100 Maßnahmen pro Jahr), gefolgt von Angeboten der Cannabis- und Tabakprävention (36 % und 30 %). Diese Entwicklungen spiegeln die aktuelle Bedürfnislage der Zielgruppen der hessischen Suchtprävention wieder, welche sich auch in den aktuellen BZgA-Studienergebnissen wieder findet. Von den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen haben 67,9 % schon einmal im Leben Alkohol getrunken (Lebenszeitprävalenz). Bezogen auf die Zeiträume der letzten zwölf Monate (59,3 %) und der letzten 30 Tage vor der Befragung (38,0 %) fällt die Verbreitung des Alkoholkonsums geringer aus.¹⁵ In Bezug auf den Cannabiskonsum zeigen die neuen Studienergebnisse, dass im Jahr 2014 von den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen jeder Zehnte (10,0 %) schon einmal im Leben Cannabis konsumiert hat. Bezogen auf die letzten zwölf Monate und die letzten 30 Tage fällt die Verbreitung des Cannabiskonsums mit 8,3 % bzw. 3,7 % geringer aus. 2,2 % der 12- bis 17-Jährigen konsumieren regelmäßig Cannabis, d.h. sie haben in den letzten zwölf Monaten häufiger als zehnmal Cannabis genommen.¹⁶

„HaLT in Hessen“ kommt an: 13 % aller suchtpreventiven Maßnahmen

(Derzeit wird das Projekt „HaLT“ in 19 Regionen in Hessen durchgeführt)

Im öffentlichen Diskurs wird dem Thema Alkohol viel mediale Aufmerksamkeit geschenkt. Beispielsweise in der Berichterstattung zum Thema komatöses Rauschtrinken in Verbindung mit den gestiegenen Zahlen stationärer Behandlungen bei einer Alkoholvergiftung von Jugendlichen. Basierend auf der Datengrundlage des Statistischen Bundesamtes (2013) hat sich die Zahl der wegen akuter Alkoholvergiftungen stationär im Krankenhaus behandelter Jugendlichen im Alter von 10 bis 20 Jahren in den letzten zwölf Jahren mehr als verdoppelt von 9.514 auf 26.673 Fälle.¹⁷

Auch in Hessen tritt dieses Phänomen des komatösen Rauschtrinkens unter Jugendlichen vermehrt auf: die Zahl der Krankenhauseinweisungen der unter 18-Jährigen¹⁸ hat sich in den Jahren 2000-2011 von 583 auf rund 1.377 Personen mehr als verdoppelt. In 2012 stagnierten die Zahlen erstmals bei 1.380 Personen. Sehr erfreulich ist, dass seit diesem Zeitpunkt ein erheblicher Rückgang der Krankenhauseinweisungen bei Kindern und Jugendlichen (bis Ende 17 Jahre) um 15 % (207 Fälle)¹⁹ festgestellt wurde.

Um diesen Entwicklungen wirksam entgegenzutreten, wurde die Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) im März 2011 mit der Durchführung von „HaLT in Hessen“²⁰ beauftragt. Eine landesweite Projektkoordinierungsstelle in der HLS unterstützt die Aktivitäten in den Landkreisen und sichert die Qualität des landesweiten Projektes, dessen Laufzeit auf drei Jahre terminiert war und um weitere drei Jahre verlängert wurde. Die Verlängerung gewährleistet die nachhaltige Wirkung bereits aufgenommener Präventionsaktivitäten.

In vielen Regionen werden die beiden Bausteine des HaLT-Projektes in Zusammenarbeit bzw. unter Federführung der lokalen Fachstelle für Suchtprävention durchgeführt. Die Aktivitäten des

¹⁵ BZgA, Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014, Köln 2015

¹⁶ BZgA, Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014, Köln 2015

¹⁷ Akzept e.V., Alternativer Drogen und Suchtbericht 2014, Frankfurt, Berlin, 2014

¹⁸ 2000: 583 Kinder und Jugendliche 15-20 Jahre (damalige Alterscluster mit Diagnoseschlüssel F10+T51)

¹⁹ Im Jahr 2013 sind im Alter von 0 - unter 18 Jahren 1.173 Kinder und Jugendliche mit einer Alkoholvergiftung in hessische Krankenhäuser eingeliefert worden.

²⁰ Bundesweit wurde das Projekt „Hart am Limit“ (HaLT) mehrere Jahre als Modell erprobt. Der Ansatz von „HaLT“ wurde von der Prognos AG, Basel evaluiert und als sehr wirkungsvoll bewertet. Aufgrund der positiven Wirkungen wird „HaLT“ bundesweit inzwischen an über 140 Standorten durchgeführt.

reaktiven und proaktiven Bausteines, die auf einem kommunalen Suchtpräventionskonzept basieren, werden in einer Steuerungsgruppe vor Ort abgestimmt und umgesetzt. Die Auswertungsergebnisse zeigen deutlich, dass das evaluierte Projekt „HaLT“ in den Regionen angekommen ist. Die Fachstellen für Suchtprävention haben im Berichtszeitraum rund 900 HaLT-Aktivitäten organisiert und durchgeführt. Bezogen auf alle durchgeführten suchtpreventiven Maßnahmen in Hessen beträgt der Anteil 13 %.

Maßnahmen zur problematischen Nutzung des Internets auf hohem Niveau

Insgesamt liegt der Anteil der Maßnahmen, die sich auf stoffungebundene Suchtformen²¹ beziehen, in der Kategorie „problematischer Umgang mit dem Internet/Computer“ bei durchschnittlich 84 % gefolgt von der Kategorie „problematischen Umgang mit anderen Medien“ mit durchschnittlich 56 % auf einem sehr hohen Niveau.

Damit haben die Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention im Berichtszeitraum landesweit rund 430 Maßnahmen zum Thema „Medienkompetenz“ durchgeführt. Im Rahmen des Projekts „Netz mit Webfehlern?“[®] der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen und der Techniker Krankenkasse wurden in 2011-2014 von den Fachstellen für Suchtprävention hessenweit 65 regionale Informationsveranstaltungen, Fortbildungen und Medienfachtage für Eltern/Angehörige, Kinder/Jugendliche und für Lehrkräfte zur Sensibilisierung für das Thema realisiert. Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zum Projekt „Netz mit Webfehlern?“[®] war ebenfalls sehr erfreulich. Eine Sensibilisierung der Bevölkerung für das Problem der Computer- und Internetsucht dürfte damit erreicht worden sein.

Aktuelle Trends und neue Wege

Anstieg der Maßnahmen zur Glücksspielsucht - Prävention: von 12 % auf 23 % (128 Maßnahmen)

Mit zunehmender Verbreitung des Glücksspiels sowie der Erschließung neuer Zugangswege (z. B. über das Internet) erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass ein signifikanter Anteil von Minderjährigen trotz gesetzlicher Verbote am Glücksspiel teilnimmt. Bezogen auf Deutschland weist die Mehrheit aller Jugendlichen Erfahrungen mit kommerziellen oder selbstorganisierten Formen des Glücksspiels auf (vgl. Hayer 2014). Zugleich besteht gerade im Jugendalter die Gefahr, zumindest zeitweise die Kontrolle über das Spielverhalten zu verlieren und glücksspielbezogene Probleme unterschiedlicher (d.h. finanzieller oder psychosozialer) Art zu entwickeln.²²

Die vorliegenden Befunde verweisen auf den dringlichen Bedarf – dem die hessischen Fachkräfte der Fachstelle für Suchtprävention angemessen begegnen – an jugendspezifischen Maßnahmen der Prävention, d. h. einer möglichst frühzeitigen Gegensteuerung durch Ausarbeitung und Implementierung zielgruppenspezifischer Glücksspielsucht-Präventionsangebote.

Maßnahmen zu neuen psychoaktiven Substanzen von 9 % auf 17 % (222 Maßnahmen) angestiegen

Die derzeit am Drogenmarkt auftauchenden, psychoaktiv wirkenden, synthetischen Substanzen werden als Legal Highs oder Research Chemicals (RCs) bezeichnet. Die Begriffe sind nicht klar voneinander abgegrenzt und werden häufig nebeneinander verwendet. Neuerdings werden Legal Highs und Research Chemicals auch unter dem Sammelbegriff „Neue psychoaktive Substanzen“ (NPS) zusammengefasst.²³

²¹ Stoffungebundene Suchtformen wie Internet-/Computersucht, problematischer Umgang mit anderen Medien wie Handy, Essstörungen, pathologisches Glücksspiel.

²² <http://www.sgbviii.de/547.html> 6.8.2015

²³ <http://www.mindzone.info/drogen/nps/> 6.8.2015

Die Auswertung zeigt, dass die hessischen Fachstellen für Suchtprävention diese aktuellen Entwicklungen im Blick haben und adäquat auf den Bedarf der Zielgruppen, z.B. mit spezifischen suchtpreventiven Angeboten, reagieren.

Mehr Angebote für Probierkonsumenten und -konsumentinnen

Während die Anzahl der Angebote für konsumerfahrene Jugendliche und Erwachsene im Berichtszeitraum konstant bei 18-19 % liegen, hat sich der prozentuale Anteil der Maßnahmen, die sich an Probierkonsument/-innen wenden, von 82 auf 168 Maßnahmen (7 % auf 19 %) verdoppelt. In diese Richtung zeigt auch die Kategorie „Förderung von Risikokompetenz“, denn hier ist ein leichter Anstieg von 12 % auf 16 % zu erkennen.

Die Angebote für Probierkonsument/-innen sind keine spezifischen, speziell auf diese Zielgruppe ausgerichtete Aktivitäten, vielmehr werden im Bereich der selektiven Prävention unterschiedliche **alkohol- und tabakpräventive Programme** umgesetzt, die u. a. die konzeptionellen Ansätze der Bildung kritischer Einstellungen und die Stärkung der Risikokompetenz beinhalten. So setzen die Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention im Bereich der schulischen Alkoholprävention beispielsweise den evaluierten Workshop „Tom und Lisa“ und die Angebote der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „KlarSicht MitmachParcours zu Tabak und Alkohol“ und „Jugend-Film-Tage Nikotin und Alkohol - Alltagsdrogen im Visier“ ein.

Qualitätsstandards werden ausgebaut um die Wirksamkeit der Maßnahmen zu verbessern

Fragen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der Suchtprävention haben in den letzten Jahren nicht nur in der Fachöffentlichkeit zunehmend an Bedeutung gewonnen. Auch die Hessische Landestelle für Suchtfragen und die Fachstellen für Suchtprävention haben sich intensiv mit folgenden Fragen auseinandergesetzt: Was macht Qualität aus? Wie ist sie messbar? Wie kann die Wirksamkeit suchtpreventiver Strategien und Maßnahmen verbessert werden? Welche Instrumente und Strategien der Qualitätssicherung sind hierzu geeignet?

Das Thema stellt sich nicht allein wegen des Kostendrucks und des effizienten Einsatzes der Mittel. Aus Sicht der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen ist es notwendig, die Qualität von Programmen und Angeboten, die sich an Erwachsene, Kinder und Jugendliche richten, zu sichern – damit die adäquaten Informationen weitergegeben und die suchtpreventiven Maßnahmen – nach aktuellem wissenschaftlichen Erkenntnisstand – erfolgreich durchgeführt werden.

Die folgenden Verfahren und Tools der HLS sichern die Fachlichkeit und Qualität der suchtpreventiven Arbeit in Hessen:

- standardisierte und evaluierte Präventionsprogramme,
- systematisch und strukturierte Umsetzung der Programme,
- zentrale und praxisorientierte Fortbildung für Präventionsfachkräfte,
- computergestützte Dokumentation (Dot.sys),
- Evaluation von Multiplikatorenschulungen,
- Qualitätszirkel,
- landesweite und bundesweite Vernetzung.

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

Die Auswertungsergebnisse zeigen, dass der prozentuale Anteil der Maßnahmen mit einer Projektdokumentation durchschnittlich bei 58 % liegt. Unter der Kategorie „Dokumentation“ wurden u. a. Protokolle, Projekt- oder Jahresberichte sowie Projektveröffentlichungen quantifiziert. Während mehr als jede zweite suchtpreventive Maßnahme über eine Dokumentation verfügt, ist der Anteil der evaluierten Maßnahmen mit durchschnittlich 27 % deutlich niedriger. Mit Blick auf die Qualitätsmerkmale der Maßnahmen wird deutlich, dass einzelne suchtpreventive Aktivitäten häufiger evaluiert wurden als der Durchschnitt aller suchtpreventiven Angebote. Der prozentuale Anteil der evaluierten Fortbildungsangebote in Kindertagesstätten und Schule liegt im Berichtszeitraum erwartungsgemäß höher bei 47 % bzw. 43 %. 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.

Suchtpreventive Angebote unterstützen kommunale Präventionsketten

Die Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS) und die Fachkräfte der hessischen Fachstellen für Suchtprävention unterstützen kommunale Präventionsketten. Bei diesem Präventionsansatz, der sich über alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens – von der frühen Kindheit bis zum Erwachsenenalter und den Lebensbedingungen alter Menschen – erstreckt, handelt es sich um einen kommunalen Präventionsansatz. Das Modell der Präventionskette vereint Ansätze aus der Gesundheitsförderung und Suchtprävention, der Jugendhilfe und Frühförderung sowie der Bildung. Dieser Ansatz ist systematisch und prozessorientiert ausgerichtet und steuert/gestaltet (Sucht-)Prävention aktiv.

Internationale und nationale Publikationen zeigen auf, dass ausgewählte Präventionsmaßnahmen sehr gut wirken. Nur wenige Untersuchungen beschäftigen sich aber mit der Frage, ob diese Maßnahmen auch unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten sinnvoll sind. Um diese Frage zu klären, hat das Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG) das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie und das Institut für Wirtschaftsforschung der Universität Neuenburg beauftragt, drei Pionierstudien in den Bereichen Alkohol- und Tabakprävention sowie Prävention von Verkehrsunfällen durchzuführen.

Hauptziel der Studie war die **Berechnung des Return on Investment** in den drei o.g. Präventionsbereichen mit einer gemeinsamen Methodologie. Hauptergebnis der Studien ist eine positive Rendite auf jeden für die Prävention von Verkehrsunfällen, Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch eingesetzten Franken. Der geschätzte Return on Investment beträgt das 9,4-fache bei der Prävention von Verkehrsunfällen, **das 23-fache bei der Alkoholprävention und 41-fache bei der Tabakprävention**. Die Studie belegt den möglichen Nutzen von Präventionsmaßnahmen in ausgewählten Bereichen, und weist nach, dass die Maßnahmen sehr gewinnbringend für die Gesellschaft als Ganzes sein können.²⁴

Suchtprävention in Hessen: ein flächendeckendes Netzwerk

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

²⁴ Ebd. <http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07612/07620/index.html?lang=de>

Die landesweite Koordination der Suchtprävention im Bereich der Suchthilfeträger hat das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) an die Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS) delegiert. Die Koordinationsstelle Suchtprävention der HLS unterstützt, koordiniert und vernetzt die Arbeit der 29 Fachstellen für Suchtprävention auf Landesebene und kooperiert darüber hinaus mit den anderen Bundesländern und entsprechenden Institutionen auf Bundesebene ebenso wie mit den Trägern der Fachstellen.

Somit verfügt das landesweite Präventionsnetzwerk der hessischen Suchtprävention über gute Voraussetzungen, den Ansatz der kommunalen Präventionsketten zu unterstützen und zu fördern.

Ziele der suchtpreventiven Angebote der hessischen Fachstellen für Suchtprävention:

- Durch die Implementierung evidenzbasierter und praxiserprobter suchtpreventiver Programme und pädagogischer Maßnahmen in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern wie Kindergarten, Schule und Ausbildung die sozialen, emotionalen und kognitiven Fähigkeiten und Kompetenz zu fördern und
- Verhaltensproblemen in den jeweiligen Arbeitsfeldern (Settings) vorzubeugen bzw. sie zu reduzieren.
- Möglichst vielen Kindern einen gesunden und erfolgreichen Entwicklungs- und Bildungsweg zu eröffnen.
- Zudem den Kindern in sozialen Brennpunkten eine bessere Chance auf Bildung, Erziehung und Förderung und somit auf ein gesundes und selbst bestimmtes Leben zu eröffnen.

Am Beispiel Papilio²⁵ – ein Präventionsprogramm für Kindertagesstätten – wird sehr deutlich, dass Kinder aufgrund verbesserter sozial-emotionaler Kompetenzen den Übergang vom Kindergarten in die Schule leichter bewältigen, da sie

- sich besser in die neue Gleichaltrigen-Gruppe integrieren können,
- weniger Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, sich so besser in die Klassengemeinschaft integrieren und somit der Aufbau einer positiven Kind-Lehrkräfte-Beziehung erleichtert wird
- und aufgrund ihrer sozialen Fertigkeiten und verbesserten Aufmerksamkeit bessere Schulleistungen erzielen.

Suchtpreventive Angebote für kommunale Präventionsketten als Netzwerk

Angepasst an erschwerte gesellschaftliche Bedingungen begleiten kommunale Präventionsketten Erwachsene und Familien über institutionelle Übergänge hinweg, um Eltern und Erziehenden zu helfen und Kinder möglichst früh zu stärken. Suchtpreventive Angebote der hessischen Fachstellen für Suchtprävention unterstützen und stärken kommunale Präventionsketten partizipativ und lebensweltorientiert.

²⁵ Ein evaluiertes Präventionsprogramm für Kindertagesstätten. Papilio stärkt und fördert Kinder - und zielt dabei vor allem auf die sozial-emotionalen Kompetenzen, denn diese sind die Grundlage für das Erlernen aller anderen Fähigkeiten. Papilio reduziert damit erste Verhaltensprobleme und beugt Sucht und Gewalt im Jugendalter vor. Das ist die Basis für ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben im Erwachsenenalter.

Tabelle 29: Übersicht der Suchtpräventions-Programme und Maßnahmen²⁶
unterteilt nach Altersphasen und Lebenswelten

Frühe Kindheit 0-6 Jahre - Krippe, Kindergarten

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

Kindheit 7-13 Jahre - Grundschule, Weiterführende Schule

- | | |
|------------------------|---|
| Universelle Prävention | <ul style="list-style-type: none"> - Klasse, Klasse - Klasse 2000 - „Netz mit Webfehlern?“® - Elternabende und -kurse - Klarsicht-Koffer Parcours - Netbag - Glücksspielprävention |
| Selektive Prävention | <ul style="list-style-type: none"> - Pep – Persönlichkeitsförderung - Klarsicht-Koffer Parcours - Netbag |

Jugend 14 bis 18 Jahre - Weiterführende Schule, Ausbildung

- | | |
|------------------------|---|
| Universelle Prävention | <ul style="list-style-type: none"> - „Netz mit Webfehlern?“® - Prev@work - Klarsicht-Koffer Parcours - Netbag - Elternabende und -kurse - mobile Alkoholfreie Cocktailbar - Glücksspielsuchtprävention - Tom und Lisa - Konfirmation und Alkohol |
| Selektive Prävention | <ul style="list-style-type: none"> - Pep-Persönlichkeitsförderungs-Programm - Klarsicht-Koffer Parcours - Netbag - Prev@work - mobile alkoholfreie Cocktailbar - FreD - AlkoFreD - Tom und Lisa |
| Indizierte Prävention | <ul style="list-style-type: none"> - HaLT reaktiv |

²⁶ 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.

Fazit

Suchtpräventive Arbeit ist eine Gemeinschaftsaufgabe, die in Kommune und Landkreis nur durch eine interdisziplinäre und institutionsübergreifende Zusammenarbeit möglich ist. Sie erfordert eine ganzheitliche Vorgehensweise, die sowohl die individuelle Person als auch deren Lebensbedingungen im Blick hat. D.h. Suchtprävention hat die Aufgabe, die einzelne Person zu stärken und auf die Verbesserung individueller und gesellschaftlicher Bedingungen einzuwirken, indem sie suchtfördernde Faktoren aufzeigt und auf deren Veränderung hinwirkt. Suchtpräventive Maßnahmen sollten deshalb auf mehreren Ebenen angesiedelt sein und die Bereiche verhaltensbezogene Suchtvorbeugung und verhältnisbezogene Suchtvorbeugung umfassen.

Die hessische Suchtprävention hat sich in den letzten Jahren zunehmend professionalisiert. Es haben sich Strukturen herausgebildet, die eine flächendeckende und systematische Umsetzung von suchtpreventiven Aktivitäten und eine landesweite Dokumentation und Auswertung der suchtpreventiven Maßnahmen ermöglichen. Diese professionelle Auswertung gibt hilfreiche Hinweise für die Ausgestaltung der regionalen suchtpreventiven Arbeit, wie die vorliegende Dot.sys-Auswertung zeigt.

Für die Hessische Landestelle für Suchtfragen ist es wichtig, dass diese strukturellen und inhaltlichen Bedingungen berücksichtigt werden, um weiterhin nachhaltig und erfolgreich suchtpreventive Aktivitäten in Hessen anbieten und umsetzen zu können.

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.	Einrichtungsname	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	Zweckverband Diakonisches Werk Eschwege/Witzenhausen
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	Jugenberatung und Suchthilfe Am Merianplatz	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
40	Jugenberatung und Suchthilfe Sachsenhausen	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
41	Stationäre Nachsorge Broßwitzstraße	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
42	Suchthilfezentrum Bleichstraße	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
43	Tagesstätte Bahnweg	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
44	"drop in" - Fachstelle Nord für Suchtfragen	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
45	Jugend- und Drogenberatung Höchst	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
46	Kontaktladen "Café Fix"	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
47	Frauenberatungsstelle	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. und Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V.
48	Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke	Friedberg	Caritasverband Gießen e. V.
49	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Wetteraukreis	Friedberg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
50	Sucht- und Drogenberatungsstelle - Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke und Angehörige	Fulda	Caritasverband für Stadt und Landkreis Fulda
51	Fachstelle für Sucht	Fulda	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Fulda e.V.
52	Jugend- und Drogenberatungsstelle Gelnhausen / Schlüchtern	Gelnhausen	AWO Kreisverband Main-Kinzig e.V.

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
53	Fachambulanz für Suchtkranke	Gelnhausen	CV für den Main-Kinzig-Kreis e.V.
54	SuchtHilfZentrum Gießen - Schanzenstraße	Gießen	Arbeitsgemeinschaft Rauschmittelprobleme
55	Jugend- und Drogenberatung	Hanau	Diakonisches Werk Ev. Kirchenkreise HU-Stadt/Land
56	Suchtberatung für Erwachsene	Hanau	Diakonisches Werk Ev. Kirchenkreise HU-Stadt/Land
57	Suchtberatung für Erwachsene Hanau, Betreutes Einzelwohnen	Hanau	Diakonisches Werk Ev. Kirchenkreise HU-Stadt/Land
58	Betreute Wohngemeinschaft und Betreutes Einzelwohnen für Menschen mit einer Alkoholproblematik und weiteren schwerwiegenden Erkrankungen	Hattersheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e. V.
59	Aufsuchende Suchthilfe in der Stadt Hattersheim	Hattersheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
60	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Heppenheim	Caritasverband Darmstadt e.V.
61	Drogenberatung im Landkreis Kassel	Hofgeismar	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
62	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe im Main-Taunus-Kreis	Hofheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
63	Jugend- und Drogenberatung Schwalm-Eder Kreis	Homburg (Efze)	Kreisausschuß des Schwalm-Eder-Kreises
64	Suchthilfe und Suchtprävention für Karben	Karben	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
65	Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Blaukreuz -Zentrum	Kassel	Blaukreuzverein Kassel e.V.
66	Beratungs- und Behandlungsstelle für alkohol- und medikamentenabhängige Erwachsene und Spieler	Kassel	Diakonisches Werk Kassel-Stadt, -Land und Kaufungen
67	Frühintervention für suchtmittelabhängige Schwangere	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
68	Jugend- und Suchtberatung - Ambulante Rehabilitation "JuS"	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
69	Substitutionsfachambulanz "SAM"	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
70	Substitutionsfachambulanz "SAM2"	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
90	Jugend- und Drogenberatung	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.
91	Betreutes Wohnen	Rüsselsheim	Regionales Diakonisches Werk Groß-Gerau
92	Jugendberatung und Suchthilfe in den Städten Bad Soden, Eschborn, Schwalbach und der Gemeinde Sulzbach	Schwalbach	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
93	Jugend- und Suchtberatungsstelle	Schwalmsstadt	Hephata Hess. Diakoniezentrum e.V.
94	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Rheingau-Taunus-Kreis	Taunusstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
95	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Rheingau-Taunus-Kreis - Betreutes Wohnen	Taunusstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
96	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis - Außenstelle für den Hintertaunus	Uisingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
97	Jugend- und Drogenberatungsstelle	Weilburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
98	Integrierte Beratungsstelle Wetter	Wetter	Bürgerinitiative Sozialpsychiatrie e.V.
99	Suchthilfe Wetzlar e.V. - Betreutes Wohnen	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
100	Suchthilfe Wetzlar e.V. - Integrierte Jugend-, Drogen- und Suchtberatungsstelle	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
101	Fachambulanz für Suchtkranke	Wiesbaden	Caritasverband Wiesbaden e.V.
102	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	Zweckverband Diakonisches Werk Eschwege/Witzenhausen
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 Stadt und Landkreis Fulda e.V.
12	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Fulda	Fulda	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Fulda e.V.
13	Fachstelle Suchtprävention für den Main-Kinzig-Kreis	Gelnhausen	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Main-Kinzig e.V.
14	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Gießen	Gießen	Arbeitsgemeinschaft Rauschmittelp Probleme e.V.
15	Fachstelle Suchtprävention für 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.	Einrichtungsnahme	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 2014 und Dot.sys-Daten 2011-2014

2014



*Kompetent durch Erfahrung
Innovativ durch Flexibilität*