



2024

Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der
COMBASS-Daten 2024 und
Dot.sys-Daten 2011-2024



ISD

Institut für interdisziplinäre
Sucht- und Drogenforschung

Herausgeberin

im Auftrag des Hessischen Ministeriums
für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege:
Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS)
Zimmerweg 10
60325 Frankfurt a. M.
E-Mail: hls@hls-online.org
Internet: www.hls-online.org

Text und Redaktion

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

Layout, Satz

Eike Neumann-Runde, Hamburg

Produktion

typographics GmbH, Darmstadt

Dezember 2025

ISSN 2366-2344

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

Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der *COMBASS*-Daten 2024

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

Landesauswertung der *Dot.sys*-Daten 2011-2024

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

Frankfurt a. M., Dezember 2025

Inhalt

Einführung	5
Landesauswertung der COMBASS-Daten	9
Kurzbeschreibung des Projektes COMBASS	10
Zusammenfassung	12
Zielsetzung und Datengrundlage	19
Personen aus dem sozialen Umfeld	23
Klient*innen	26
Betreuungen	43
Regionale Aspekte	50
Trends 2015 bis 2024	54
Klient*innen im Betreuten Wohnen	68
Berichte aus der Praxis	71
Landesauswertung der Dot.sys-Daten	77
Suchtpräventionsstrukturen der hessischen Suchthilfe	78
Zusammenfassung	80
Das Dokumentationssystem Dot.sys	84
Datengrundlage und Zielsetzung der Auswertung	85
Trends 2011 bis 2024 der Suchtprävention in Hessen	86
Profil der cannabispräventiven Maßnahmen 2022 bis 2024	97
Einordnung der Dot.sys-Ergebnisse aus Sicht der HLS	100
Anhang	110
Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen	110
Liste der an der Dot.sys-Auswertung beteiligten Einrichtungen	116

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

Vor Ihnen liegt der 22. Grunddatenbericht der Computerbasierten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS). Seit 22 Jahren liegt für Hessen jährlich eine qualitativ hochwertige landesweite Grunddatenauswertung vor. Durch die Beteiligung fast aller hessischen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen über diesen langen Zeitraum können inzwischen unterschiedliche Aspekte der Suchthilfe in Hessen beleuchtet und dadurch wertvolle Informationen für die Praxis geliefert werden.

Wie in den Vorjahren werden im diesjährigen Bericht die Ergebnisse der beiden computergestützten Dokumentationen der ambulanten Suchthilfe in Hessen als auch der hessischen Fachstellen für Suchtprävention in einem Band publiziert. Insgesamt vier Infografiken verdeutlichen bildhaft wichtige Auswertungsergebnisse beider Dokumentationssysteme.

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

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

Für das Jahr 2024 werden im COMBASS-Bericht erstmals „Praxisberichte“ in einem eigenen Kapitel integriert. Ausgewählte Daten aus den Bereichen Angehörige, Kinder aus suchtbelasteten Familien und der Hauptproblemlage Cannabis wurden durch Praxiswissen ergänzt. Hierbei geht es um die Darstellung und Einordnung, welche Ursachen und Einflussfaktoren hinter den Daten stehen und welche Handlungsempfehlungen für Veränderungen aufgezeigt werden können.

Bereits in den letzten Jahren wurde in den COMBASS-Landesauswertungen wegen der minimalen Veränderung der Daten von Jahr zu Jahr, Trendanalysen über längere Zeiträume vorgenommen. Dadurch konnten deutliche Veränderungen bei den Konsumgewohnheiten, den Biographiemerkmalen der Klient*innen und bei den erbrachten Leistungen aufgezeigt werden.

Der erste Teil des vorliegenden Datenberichtes widmet sich der Auswertung der ambulanten Suchthilfe. Die COMBASS-Grunddatenauswertung 2024 basiert auf den Daten von 76 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe, die von rund 15.000 Klient*innen und 1.845 Personen aus dem sozialen Umfeld („Angehörige“ und Andere) in Anspruch genommen wurden. Weitere rund 4.100 Personen haben die Einrichtungen nur einmal aufgesucht haben. Da die Einmalkontakte einen nicht unwesentlichen Anteil der Beratungen und Betreuungen ausmachen, werden sie in die folgenden und zukünftigen Auswertungen integriert. Das addiert sich zu der Zahl von ca. 21.000 Ratsuchenden, die sich in 2024 an die ambulante Suchthilfe in Hessen gewandt haben.

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

Erstmals ist besorgniserregend festzustellen, dass weniger Suchthilfeeinrichtungen Daten geliefert haben. Der Grund hierfür liegt u.a. auch daran, dass Einrichtungen aufgrund fehlender Finanzierung ihr Angebot eingestellt haben. Gleichwohl ist ein Rückgang der Inanspruchnahme nicht zu verzeichnen.

Im Kapitel „**Trends 2015 bis 2024**“ werden diejenigen Trends geschildert, die in der COMBASS-Steuerungsgruppe in den letzten Jahren zu besonderen inhaltlichen Reflektionen und Diskussionen geführt haben. Abweichungen gegenüber den Vorjahren können sich z.B. hinsichtlich der Angebotsstrukturen oder gesellschaftliche Rahmenbedingungen ergeben. Ausgewählte Ergebnisse werden jeweils getrennt für die drei großen Hauptprobleme - Alkohol, Opiode, Cannabinoide - berichtet. Die Basis der Trendanalyse stellen 68 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum von 2015 bis 2024 an der COMBASS-Dokumentation beteiligt haben. Vor allem bei erstbetreuten Klient*innen werden Veränderungen bezüglich des (problematischen) Konsumverhaltens sowie der Inanspruchnahme von Hilfen deutlich und liefern damit wertvolle Erkenntnisse für die Praxis.

Für den **Berichtsteil der Suchtprävention in Hessen der Dot.sys-Daten 2011 bis 2024** bilden die von 29 Fachstellen für Suchtprävention dokumentierten Maßnahmen die Grundlage der Auswertungen. Die Datengrundlage stellt für jedes der betrachteten Jahre (2011 bis 2024) die im jeweiligen Jahr begonnenen Maßnahmen dar. Die Anzahl der dokumentierten Maßnahmen im Untersuchungszeitraum 2011 bis 2024 lag zwischen 2.500 und 2.700 pro Jahr. Erfreulicherweise wurden mit diesen Maßnahmen zunehmend wieder ca. 52.000 Endadressat*innen, wie Kinder und Jugendliche, erreicht.

Aufgrund der guten Resonanz zu den letzten Jahresberichten wurden im diesjährigen Bericht zu ausgewählten COMBASS- als auch Dot.sys-Daten erneut vier Info-Grafiken erstellt. Die Grafiken bieten einen strukturierten Überblick hinsichtlich der Klientel und erbrachten Leistungen in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen sowie der Suchtprävention in Hessen 2024.

Die **Trendanalyse für den Bereich der ambulanten Suchthilfe im Zeitraum 2015 bis 2024** zeigt einige Auffälligkeiten bei den Hauptproblemlagen:

Bei der **Opioid-Klientel** wird ein starker Trend eines abnehmenden relativen Anteils in 2024 sichtbar: der Wert verringerte sich auf 13% gegenüber 25% im Jahr 2015. Der Anteil der **Cannabis-Klientel**, die das ambulante Suchthilfesystem aufgesucht haben, hat im betrachteten Zeitraum von 18% auf 22% zugenommen. 2021 erreichte der Anteil noch 26%, ist jedoch seitdem leicht rückläufig. Der relative Anteil der Cannabis-Klientel, die neu aufgenommenen wurden, liegt in etwa wieder beim Wert von 2015, nämlich 27%, während zwischenzeitlich die Anteile bei über 30% und in 2021 sogar 35% betrugen. Bemerkenswert ist, dass der prozentuale Anteil der **Personen aus dem sozialen Umfeld** an allen betreuten Personen über den Betrachtungszeitraum kontinuierlich von 6 % auf 10 % angestiegen ist und stabil bleibt.

Anhand der **Trendanalyse im Bereich der Suchtprävention** ist ein stetiger Zuwachs bei den substanzspezifischen Angeboten zu **Cannabis und Tabak** zu verzeichnen. Der prozentuale Anteil der cannabisbezogenen Maßnahmen der Fachstellen für Suchtprävention stieg im Berichtszeitraum (2011 bis 2024) von 34% auf 62%. Dies entspricht nahezu einer Verdoppelung. **Tabakspezifische Maßnahmen** verzeichnen einen Zuwachs von 29% auf 43%. Dabei ist zu beachten, dass sich mittlerweile 40% der suchtmittelspezifischen Maßnahmen mit E-Dampfprodukten wie E-Shisha und E-Zigarette beschäftigen. Auch das Thema **Medikamente** hat in den letzten Jahren an Relevanz gewonnen und ist von 10% im Jahr 2011 auf 20% im Jahr 2024 gestiegen.

Im Bereich der **Verhaltenssüchte** werden insgesamt 8% der suchtpreventiven Maßnahmen durchgeführt. Der Anteil der Maßnahmen in der Kategorie „**Problematischer Umgang mit digitalen Medien**“ liegt bei 84% gefolgt von der Kategorie „**Pathologischer Umgang mit Videospielen**“ mit 52% auf einem sehr hohen Niveau.

Der Dot.sys-Berichtsteil enthält darüber hinaus eine kurze **Spezialanalyse der cannabisspezifischen Maßnahmen 2022-2024**. Damit soll geprüft werden, ob es kurzfristige Veränderungen in der Cannabisprävention durch die Teil-Legalisierung gegeben hat. Ergänzend folgt eine Einordnung der Ergebnisse im Kapitel „**Suchtprävention gemeinsam denken und handeln - Cannabisprävention in Hessen 2024**“.

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 Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege, 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 Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege, durch die Finanzierung des Projektes,
- die beteiligten Träger und Einrichtungen sowie ihre Mitarbeiter*innen durch die hohe Dokumentationsqualität und die Verbesserungsanregungen,
- die Firma NTConsult, durch die Weiterentwicklung des Programms HORIZONT,
- das Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung in Hamburg (ISD), das als Auswertungsinstitut durch seine praxisnahe und konkrete Hilfestellung sowohl die Einrichtungen als auch die Steuerungsgruppe nachhaltig unterstützt hat.
- die Koordination für Suchtprävention in der HLS, Frau Regina Sahl,
- sowie aus den Einrichtungen der Suchthilfe Kassel, Wetzlar und Darmstadt für die „Praxis-kästchen“, Barbara Beckmann, Andrea Wiechert, Claudia Lutsch und Jonas Köpke.

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Auswertungsergebnisse ist den jeweiligen Hauptkapiteln vorangestellt.

Ich wünsche Ihnen beim Lesen viel Vergnügen



Susanne Schmitt

- Geschäftsführerin -

Landesauswertung der COMBASS-Daten 2024

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

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 Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege, die Softwarefirma und das auswertende Institut vertreten sind. *COMBASS* wird vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration finanziert.

Welche Daten werden erhoben?

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

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

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

Was ist der HKDS?

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

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

Die Fragen werden nur soweit durch die Mitarbeiter*innen in den Einrichtungen beantwortet, wie diese im Laufe des Betreuungsprozesses anfallen und für eine adäquate Beratung und Betreuung notwendig sind. Zudem sollen nur die Daten dokumentiert werden, über die gesicherte

Informationen vorliegen; geschätzte Angaben würden die Qualität der Dokumentation negativ beeinflussen. Ferner kann es sein, dass Klient*innen es ablehnen, dass bestimmte Informationen EDV-gestützt erfasst werden.

Was ist eine Betreuung?

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

Wie wird der Datenschutz bei der Landesauswertung gewährleistet?

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

Wie wird die Dokumentationsqualität sichergestellt?

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

Welche *COMBASS*-Berichte sind bisher erschienen?

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

1. Jährliche Grunddaten-Berichte 2003 bis 2023
2. Spezialanalysen: Regionale Aspekte, Cannabis, Inanspruchnahmeverhalten Ambulante Rehabilitation, Personen aus dem sozialen Umfeld, junges Klientel

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 Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege 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.

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht für das Jahr 2024 beschreibt die Klientel der ambulanten Suchthilfe in Hessen und die von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen. Zudem enthält der Bericht eine Trendanalyse der Jahre 2015 bis 2024, eine kurze Auswertung nach regionalen Kriterien sowie eine separate Beschreibung der im Betreuten Wohnen dokumentierten Klientel.

Im Jahr 2024 haben sich insgesamt 76 Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe an der Auswertung beteiligt. Von diesen Einrichtungen wurden Hilfe- und Beratungsleistungen für insgesamt 17.803 verschiedene Klient*innen dokumentiert. Davon handelt es sich bei 2.794 um Einmalkontakte. Hinzu kommen 3.167 Personen – darunter 1.322 Einmalkontakte – aus dem sozialen Umfeld („Angehörige“ und Andere).

Darüber hinaus beteiligt sich auch ein Teil der Einrichtungen des Betreuten Wohnens am COMBASS Projekt (N=18). Auf Beschluss der COMBASS-Steuerungsgruppe werden die Daten aus diesem Hilfebereich seit dem Berichtsjahr 2022 aus der Gesamtauswertung herausgenommen und in einem kurzen separaten Teil vorgestellt.

Statusbericht 2024

Personen aus dem sozialen Umfeld

Knapp drei Viertel der Personen aus dem sozialen Umfeld („Angehörige“) sind weiblich, ein gutes Viertel männlich. Bei 42 % bleibt es im Auswertungsjahr bei einem Einmalkontakt mit der Suchthilfe. Im Durchschnitt sind diese Personen 49,1 Jahre alt; Männer sind dabei etwas älter als Frauen. In der Mehrheit der Fälle (51 %) handelt es sich um Elternteile der Person mit einem Suchtproblem, wobei dieser Anteil bei den Männern etwas größer ist als bei den Frauen. Bei den Frauen liegt dafür der Anteil derer, die wegen eines Suchtproblems des Partners oder der Partnerin Hilfe suchen, mit 28 % deutlich höher als bei den Männern mit 17 %.

Geschlecht, Alter, Nationalität

Fast drei Viertel der Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe sind männlich (73 %). Die Klient*innen sind im Durchschnitt 38,8 Jahre alt. 72 % von ihnen besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit; 32 % haben einen Migrationshintergrund.

Hauptproblemgruppen

Bei 44 % der gesamten Klientel stellt die Hauptproblemsubstanz Alkohol dar; es folgen die Gruppen der Cannabinoid-Konsumierenden (21 %) und der Opioid-Abhängigen (13 %). 6 % kommen aufgrund des Konsums von Kokain zur hessischen Suchthilfe, 4 % aufgrund synthetischer Stimulanzen (Amphetaminderivate inklusive MDMA). Bei 5 % steht das problematische Glücksspiel im Vordergrund.

Ein etwas anderes Bild der Verteilung von Problemgruppen ergibt sich, wenn ausschließlich die neu aufgenommenen Klient*innen betrachtet werden: Hier liegt der Anteil der Klient*innen mit Alkoholkonsum als Hauptproblem mit 46 % etwas über dem Wert der Gesamtgruppe. Auch der Anteil derer mit Cannabinoiden als Hauptproblemsubstanz ist unter den Neuaufgenommenen mit

24 % einige Prozentpunkte höher. Weitaus niedriger als in der Gesamtgruppe liegt hingegen der Anteil bei den Opioid-Neuaufnahmen: Er beträgt nur 6 %.

Auswertungen nach Hauptproblemgruppen

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

Bei einer Betrachtung der Altersverteilung innerhalb der einzelnen Hauptproblemgruppen wird deutlich, dass die Cannabinoid-Klient*innen mit einem Durchschnittsalter von 26,4 Jahren weiterhin die jüngste Gruppe innerhalb der hessischen Suchthilfeklientel darstellen. Demgegenüber sind die Alkohol- und Opioid-Klient*innen mit durchschnittlich 45,6 bzw. 44,9 Jahren die beiden ältesten Hauptproblemgruppen.

Bei der Lebenssituation stellt sich die Lage wie folgt dar: Den größten Anteil derjenigen, die mit einem Partner oder einer Partnerin (und ggf. Kindern) zusammenleben, gibt es bei den problematisch Glücksspielenden mit einem Wert von 45 %. Ein hoher Anteil von Alleinlebenden findet sich dagegen bei der Opioidklientel (51 %). Von den (vergleichsweise jungen) Cannabinoid-Klient*innen leben viele noch bei den Eltern (41 %).

Bei den Konsumierenden von Opioiden leben 20 % in einer prekären Wohnsituation. Auch bei der Cannabinoid-Klientel ist dieser Wert mit 7 % noch vergleichsweise hoch.

Bei der Opioid-Klientel sind 65 % ohne Arbeit, wohingegen dieser Wert bei den problematisch Glücksspielenden mit 14 % vergleichsweise niedrig ausfällt. Festzuhalten ist allerdings, dass die Arbeitslosigkeit in sämtlichen Hauptdiagnosegruppen diejenige der Allgemeinbevölkerung jeweils um ein Vielfaches übersteigt.

Am häufigsten ist die Gruppe der problematisch Glücksspielenden verschuldet: Drei von vier Personen haben Schulden (75 %). Hier finden sich auch die höchsten Werte für hohe Schulden (30 % mit mehr als 25.000 Euro). Seltener mit Schulden belastet sind hingegen die Alkohol- (22 %) und Cannabinoid- Klient*innen (20 %).

Betreuungen

49 % der Betreuungen kommen ohne Vermittlung zustande. In gut einem Viertel der Fälle (27 %) werden Klient*innen über professionelle Hilfen (andere Suchthilfeeinrichtungen, ärztliche Praxen etc.) in die Angebote der ambulanten Suchthilfe vermittelt. 9 % der Betreuungen erfolgen durch das soziale Umfeld; 8 % nach Vermittlung durch Justiz, JVA oder Ämter. Eher selten wird diese über Arbeitgeber, Betrieb oder Schule (4 %) sowie mittels Arbeitsagenturen, Jobcentern oder Arbeitsgemeinschaften oder Selbsthilfe (jeweils 1 %) in die Wege geleitet.

Die Beratung ist mit einem Anteil von 63 % die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Die psychosoziale Betreuung Substituierter (PSB) ist mit 7 % die zweithäufigste Betreuungsform. Bei 5 % der Fälle handelt es sich um die Allgemeine Psychosoziale Betreuung, bei jeweils 4 % um Ambulante Rehabilitation oder um Maßnahmen der Suchtnachsorge und bei jeweils 3 % um Frühinterventionen oder um Vorbereitungen auf stationäre Behandlungen. Andere Betreuungsformen machen 11 % der Fälle aus.

Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller im Jahr 2024 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 168 Tage. Frauen werden dabei mit durchschnittlich 177 Tagen etwas länger betreut als Männer mit 165 Tagen. Die Opioid-Klientel weist mit 379 Tagen den mit Abstand höchsten Wert auf. Die niedrigsten durchschnittlichen Betreuungsdauern finden sich bei der Cannabinoid-Klientel (145 Tage) und den Alkohol-Klient*innen (146 Tage).

Insgesamt 65 % der Betreuungen werden regulär abgeschlossen. Dabei handelt es sich entweder um eine planmäßige Beendigung (56 %) oder um eine planmäßige Weitervermittlung in ein anderes Angebot (9 %). 30 % der Betreuungen werden durch die Klient*innen und 2 % durch die Einrichtung abgebrochen; bei ebenfalls 2 % wird die Betreuung durch einen außerplanmäßigen Wechsel oder eine Verlegung beendet.

Betrachtet man die Suchtproblematik zum Betreuungsende, so zeigt sich, dass bei einem erheblichen Teil der Betreuungen (57 %) eine Verbesserung der Problematik erreicht werden konnte. 40 % der Klient*innen weisen am Ende ihrer Betreuung eine unveränderte Suchtproblematik auf und bei 3 % hat sich diese verschlechtert.

Regionale Aspekte

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

Der Anteil weiblicher Personen unter der Suchthilfe-Klientel liegt in den drei regionalen Kategorien kaum auseinander: Am höchsten ist er mit 27 % in Frankfurt und in den Landkreisen, am niedrigsten mit 25 % in den Großstädten. Auch im Hinblick auf das Alter zeigen sich nur geringfügige regionalspezifische Unterschiede. Das Durchschnittsalter der Gesamt-Klientel liegt zwischen 37,6 und 38,4 Jahren, wobei auffällt, dass die Frauen in den Landkreisen im Mittel 2,7 Jahre älter sind als die Männer.

Bei 31 % der im Jahr 2024 in den Frankfurter Einrichtungen betreuten Klient*innen handelt es sich um Opioidabhängige, während bei einem guten Viertel ein Alkoholproblem im Vordergrund der Betreuung steht (26 %). In den Landkreisen und Großstädten stellt sich dieses Verhältnis gänzlich anders dar: Die Anteile der Alkohol-Klientel liegen hier bei 49 % bzw. 44 %, während sich diejenigen für die Opioid-Klientel auf 9 % bzw. 10 % belaufen.

Der Anteil von Personen mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft liegt in der Metropole Frankfurt mit 43 % am höchsten, in den Landkreisen mit 20 % am niedrigsten. Ebenfalls sind Klient*innen mit einem Migrationshintergrund mit einem Anteil von 47 % in Frankfurt häufiger vorzufinden als in den vier anderen Großstädten mit 36 % (Landkreise: 27 %).

Bei der Betrachtung der Erwerbssituation zeigt sich, dass in den Landkreisen und Großstädten der Anteil derjenigen, die über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz verfügen, deutlich größer ist als in der Metropole Frankfurt (55 % bzw. 56 % zu 42 %). Korrespondierend damit ist in Frankfurt der Anteil der Bürgergeld-Beziehenden am höchsten (29 %).

Trends 2015 bis 2024

Die Basis der Trendanalyse stellen 68 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Zeitraum an der COMBASS-Dokumentation beteiligt haben. Die folgenden Auswertungen stellen die wichtigsten Entwicklungen zwischen 2015 und 2024 dar. Es kann hier aufgrund der unterschiedlichen Datengrundlagen zu Abweichungen gegenüber den Ergebnissen des Statusberichtes 2024 kommen (N=76 Einrichtungen).

Der prozentuale Anteil der Personen aus dem sozialen Umfeld¹ an allen betreuten Personen hat über den Betrachtungszeitraum relativ kontinuierlich von 6 % auf 10 % zugenommen.

Bei den betreuten Klient*innen ist der Anteil der Neuaufnahmen – d.h. der Erstkontakt zur ambulanten Suchthilfe in Hessen findet im jeweiligen Jahr statt – seit 2015 von 26 % auf 29 % (2024) leicht angestiegen.

Werden die Entwicklungen bei den Personen aus dem sozialen Umfeld sowie bei den Klient*innen geschlechtsspezifisch betrachtet, zeigt sich, dass bei den Personen aus dem sozialen Umfeld der stark dominierende Anteil der Frauen seit 2015 von 77 % auf 74 % etwas zurückgegangen ist. Bei den Klient*innen ist der Anteil der weiblichen Personen auf einem sehr konstanten, wenn auch wesentlich niedrigeren Niveau: Bei etwas mehr als einem Viertel (27 % bis 28 %).

Das Durchschnittsalter der Klient*innen hat sich zwischen 2015 und 2024 kaum erhöht (aktueller Wert: 39,4 Jahre). Dabei zeigt sich, dass das Durchschnittsalter der Frauen immer um 2 bis 3 Jahre höher ist als das der Männer (2024: 40,7 zu 38,9 Jahre). Auch das durchschnittliche Alter der (jährlichen) Neuaufnahmen hat sich im Betrachtungszeitraum nur unwesentlich geändert; im Jahr 2024 liegt der entsprechende Wert bei 34,7 Jahren.

Bei den Hauptproblemen der Klientel zeigt sich, dass der relative Anteil der Klient*innen mit einer Alkoholproblematik in den Jahren 2015 bis 2024 von 40 % auf 46 % angestiegen ist. Bei der Opioid-Klientel hat dagegen der Prozentwert seit 2015 von 25 % auf aktuell 13 % abgenommen. Bei den Cannabinoid-Konsumierenden ist bis 2021 eine kontinuierliche Zunahme auf 26 % zu beobachten. Seitdem sinkt dieser Wert wieder (2024: 22 %). Bei Kokain hat sich der prozentuale Anteil von 2 % auf 6 % verdreifacht. Dagegen ist bei den problematisch Glücksspielenden der Prozentwert im Jahr 2021 von 6 % auf 4 % zurückgegangen und bleibt seitdem auf diesem niedrigen Niveau.

Werden ausschließlich die neu aufgenommenen Personen mit Alkoholproblemen betrachtet, zeigt sich, dass sich der relative Anteil dieser Klientel in den Jahren 2015 bis 2023 ziemlich gleichbleibend zwischen 42 % und 44 % bewegt hat, im Berichtsjahr hingegen auf 47 % angestiegen ist. Bei der neuen Opioid-Klientel ist der Prozentwert seit 2015 von 7 % auf aktuell 4 % gesunken. Bei den Cannabinoid-Konsumierenden hat es bis 2021 eine kontinuierliche Zunahme auf bis zu 35 % gegeben; für das Jahr 2024 ist mit 27 % der tiefste Wert seit 10 Jahren zu registrieren.

Bei der Alkohol-Klientel ist der prozentuale Anteil von erwerbstätigen Personen seit dem Jahr 2015 um 16 Prozentpunkte von 30 % auf 46 % angewachsen. Gleichzeitig hat sich der Anteil der ALG-II-Empfänger*innen (bzw. Bürgergeld) stark reduziert, von 34 % auf aktuell 17 %. Eine andere Entwicklung ist bei der Opioid-Klientel festzustellen: Der prozentuale Anteil der erwerbstätigen Personen ist seit dem Jahr 2015 nur ganz leicht zurückgegangen, von 17 % auf

¹ Einmalkontakte werden hier nicht mitgezählt.

15 %. Dagegen hat derjenige der ALG-II-Empfänger*innen (Bürgergeld) stark abgenommen: von 63 % auf 46 %. Gleichzeitig ist aber ein deutlicher Anstieg von SGB-XII-Beziehenden zu registrieren: von 4 % auf 15 %.

Die Beratung ist die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform in der ambulanten Suchthilfe Hessens. Dabei ist ihr relativer Anteil zwischen 2015 und 2024 kontinuierlich von 42 % auf 59 % angestiegen. Dagegen hat es bei der Psychosozialen Betreuung für Substituierte (PSB) in den letzten neun Jahren einen erheblichen Rückgang um 11 Prozentpunkte auf nur noch 7 % gegeben. Das Gleiche gilt für die Ambulante Rehabilitation (AR): Hier ist eine Halbierung des prozentualen Anteils von 12 % auf 6 % zu konstatieren.

Bei der Art der Beendigung der Betreuung ergeben sich beim Anteil planmäßiger Beendigungen („regulär“ und „planmäßiger Wechsel“ zusammengefasst) unterschiedliche Entwicklungen, wenn die drei Hauptproblemgruppen betrachtet werden: So zeigt sich für die Alkohol-Klientel im Beobachtungszeitraum ein leicht ansteigender Prozentwert von 64 % im Jahr 2015 auf 67 % in 2024. Der entsprechende Wert für die Opioid-Klientel hat dagegen bis 2023 auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau geschwankt (38 % bis 44 %), um dann im aktuellen Berichtsjahr auf 50 % zu steigen. Bei der Cannabinoid-Klientel bewegt sich der Anteil planmäßiger Beendigungen zwischen 64 % und 68 %, ohne dass dabei ein Trend in die eine oder andere Richtung erkennbar ist.

Betreutes Wohnen

Im Jahresbericht 2024 werden auch Personen gesondert beschrieben, die im Bereich des Betreuten Wohnens² erfasst werden. Es handelt sich dabei um insgesamt 1.331 Personen.

Der Frauenanteil liegt bei 37 % und das durchschnittliche aktuelle Lebensalter beträgt 48,7 Jahre. 85 % der im Betreuten Wohnen dokumentierten Personen besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit. Der Anteil an Menschen mit einem Migrationshintergrund liegt bei einem knappen Viertel (24 %). Hinsichtlich der Erwerbssituation zeigt sich, dass fast zwei Drittel (65 %) der Klientel arbeits- bzw. erwerbslos sind.

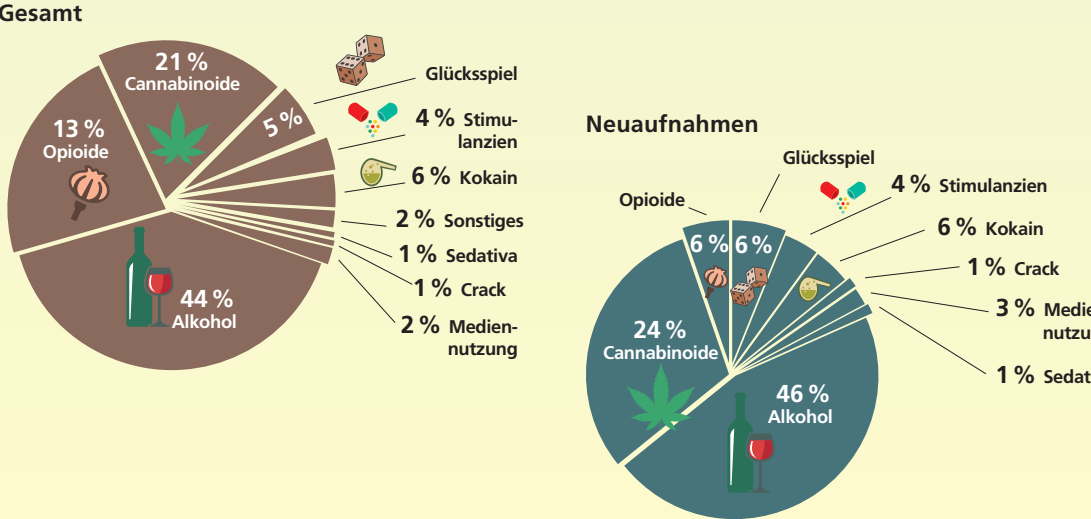
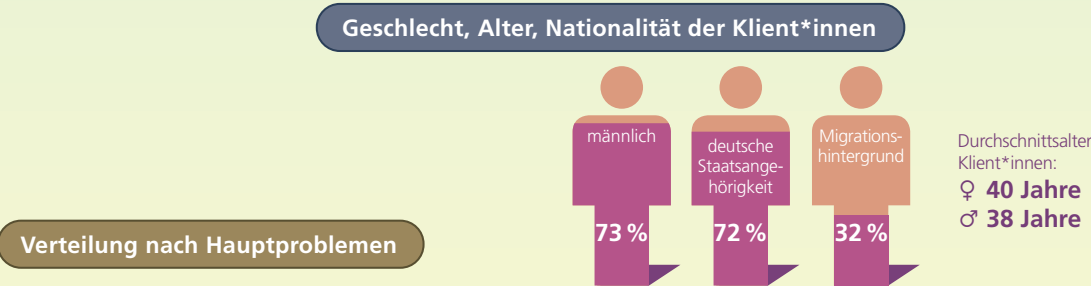
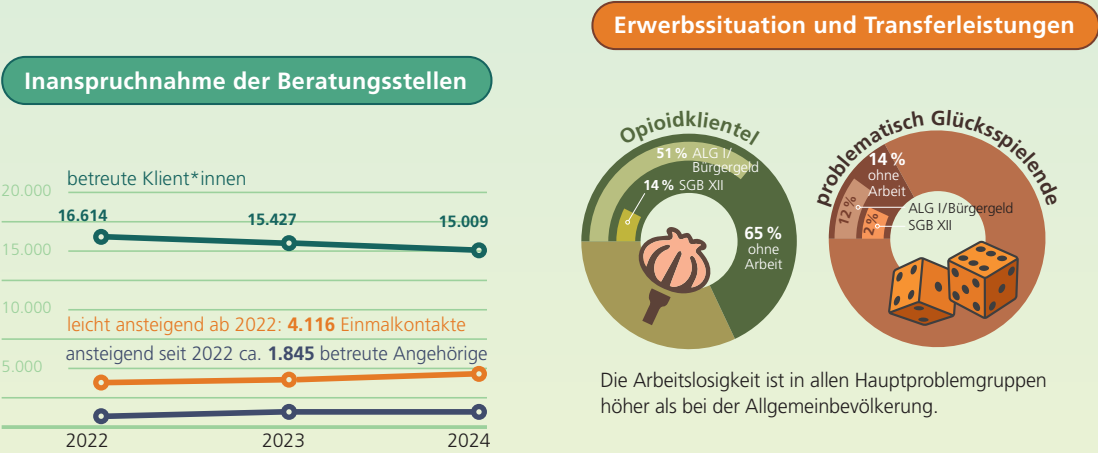
Bei mehr als der Hälfte der Personen im Betreuten Wohnen steht ein Alkoholproblem (52 %) im Vordergrund, bei rund einem Fünftel ein Opioidproblem (22 %). Ein problematischer Cannabinoidkonsum als Hauptproblemlage wird für ein Zehntel der Klientel (10 %) benannt.

² Unter „Betreutes Wohnen“ fallen Angebote im Bereich der Sozialen Teilhabe wie „Assistenzleistungen im eigenen Wohn- und Sozialraum“ sowie „Besondere Wohnformen“.

Abbildung 1: Infografik zur Landesauswertung der COMBASS-Daten 2024

Klientel der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hessen 2024

Die Basis der dargestellten Auswertungen stellen 76 Einrichtungen dar, die im Berichtszeitraum Daten zur Auswertung übermittelt haben.



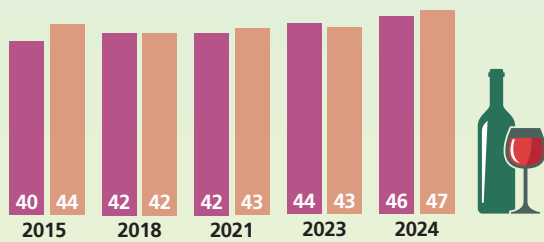
Hauptprobleme Alkohol, Opioide, Cannabinoide und Glücksspiel

Die Basis der dargestellten Trendauswertungen stellen 68 Einrichtungen dar, die sich über den gesamten Betrachtungszeitraum an der COMBASS-Dokumentation beteiligt haben.

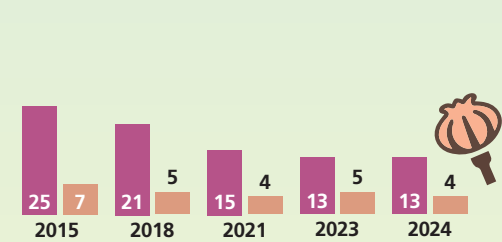
Trends 2015 - 2024

■ Gesamtklientel
■ Neuaufnahmen

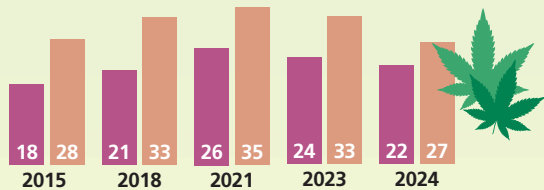
Anteil der Hauptproblemgruppe Alkohol an der Gesamtklientel und den Neuaufnahmen in %



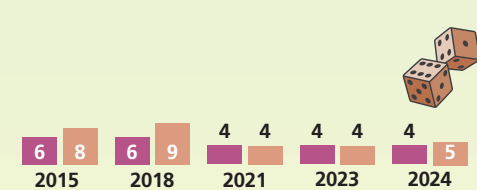
Anteil der Hauptproblemgruppe Opioide an der Gesamtklientel und den Neuaufnahmen in %



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

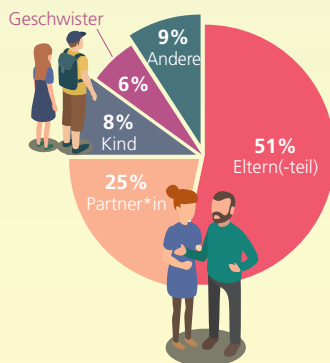


Anteil der Hauptproblemgruppe Glücksspiel an der Gesamtklientel und den Neuaufnahmen in %

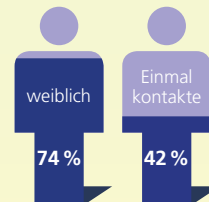


Angehörige und andere Personen aus dem sozialen Umfeld in Hessen 2024

Beziehungsverhältnis zur Person mit Suchtproblem



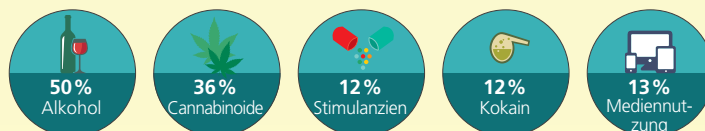
Geschlecht, Einmalkontakte, Alter



Durchschnittsalter Personen aus dem sozialen Umfeld:

♀ 49 Jahre
♂ 51 Jahre

Häufigste Suchtprobleme*



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

Zielsetzung und Datengrundlage

Im vorliegenden Jahresbericht 2024 werden die soziodemografische Situation der Klientel der ambulanten Suchthilfe in Hessen und die von ihr in Anspruch genommenen Betreuungen beschrieben. Hierbei wird eine vergleichende Perspektive eingenommen, indem nach den verschiedenen Hauptproblemgruppen getrennt ausgewertet wird. Es werden die soziale und die Betreuungssituation von acht verschiedenen Gruppen dargestellt: der Opioid-, Alkohol-, Cannabinoid-, Kokain-, Crack-, Stimulanzien- und Sedativa-Klientel sowie der problematisch Glücksspielenden. Anhand dieser Vorgehensweise können klientelbezogene Besonderheiten deutlich gemacht werden, die für die praktische Arbeit von Bedeutung sein können.

Darüber hinaus enthält der Bericht eine kurze Beschreibung der im Betreuten Wohnen³ dokumentierten Klientel, der hilfesuchenden Menschen aus dem sozialen Umfeld der Betroffenen, eine regionalspezifische Auswertung und eine Trendanalyse über die Jahre 2015 bis 2024. In der Regionalanalyse werden ausgewählte Ergebnisse der Landkreise, Großstädte sowie der Metropole Frankfurt vergleichend gegenübergestellt. Die Trendanalyse schreibt vor allem diejenigen Trends fort, die in der COMBASS-Steuerungsgruppe in den letzten Jahren zu besonderen Reflektionen und Diskussionen geführt haben. Dabei handelt es sich um den Anteil der Personen aus dem sozialen Umfeld und Neuaufnahmen, das Durchschnittsalter, die Hauptprobleme und die Erwerbs-situation der Klient*innen sowie die Betreuungsform, durchschnittliche Betreuungsdauer und Art der Beendigung der Betreuung.

Datengrundlage

Der vorliegende Bericht basiert auf den Daten von 76 Einrichtungen der hessischen ambulanten Suchthilfe.⁴ Die überwiegende Zahl dieser Einrichtungen wird durch Landesmittel gefördert, einige Einrichtungen sind ausschließlich kommunal und/oder kirchlich finanziert. Darüber hinaus beteiligt sich auch ein Teil der Einrichtungen des Betreuten Wohnens am COMBASS-Projekt (N=18). Auf Beschluss der COMBASS-Steuerungsgruppe werden die Daten aus diesem Hilfebereich seit dem Berichtsjahr 2022 nicht mehr in die Gesamtauswertung integriert, sondern in einem kurzen separaten Teil vorgestellt.

Alle beteiligten Einrichtungen erfassen ihre Daten mit dem computergestützten Dokumentationssystem HORIZONT. Ein Teil dieser Daten, der so genannte Hessische Kerndatensatz (HKDS), wird von der jeweiligen Einrichtung an das auswertende Institut übergeben. Der HKDS basiert auf dem seit 2017 gültigen Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS 3.0⁵), welcher vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) verabschiedet wurde. Zudem enthält der HKDS landesspezifische Ergänzungen, die von der COMBASS-Steuerungsgruppe festgelegt wurden.⁶

Im Folgenden werden Klient*innen sowie Menschen aus dem sozialen Umfeld von Betroffenen gezählt, sofern sie im Jahr 2024 mindestens eine dokumentierte Betreuung in Anspruch genommen haben.

³ Unter „Betreutes Wohnen“ fallen Angebote im Bereich der Sozialen Teilhabe wie „Assistenzleistungen im eigenen Wohn- und Sozialraum“ sowie „Besondere Wohnformen“.

⁴ Für die niedrigschwellige Drogenarbeit in Hessen gilt, dass nicht alle Einrichtungen dem COMBASS-Projekt angehören.

⁵ <https://www.suchthilfestatistik.de/kds/kds-manual.html>

⁶ https://www.isd-hamburg.de/dl/HKDS_2017.pdf

ERLÄUTERUNG

Es sei hier ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei einem Vergleich der Zahlen des vorliegenden Berichts mit anderen Suchthilfestatistiken (von Bund und Ländern) grundsätzlich auf die jeweilige Definition von „Klient*innen“ zu achten ist. So wird beispielsweise in der deutschen Suchthilfestatistik eine andere Zählweise benutzt.⁷

Diese stellt keine Auswertung über Einzelpersonen, sondern über Betreuungsvorgänge des jeweiligen Berichtsjahres dar. Dies kann, im Gegensatz zur vorliegenden Auswertung, dazu führen, dass Klient*innen mehrfach gezählt werden, wenn sie mehr als eine Betreuung im Berichtsjahr haben. Vergleiche sind hier also nur bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Auswertungsstrategien möglich.

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

Desweiteren kann es in den abgebildeten Tabellen und Grafiken des Berichts im Einzelfall dazu kommen, dass die Summe der Einzelwerte nicht exakt 100 % ergibt. Dies ist auf Auf- bzw. Abrundungen der Prozentwerte zurückzuführen.

Die übermittelten Daten wurden auch in diesem Jahr wieder umfangreichen Plausibilitätsüberprüfungen und Fehlerbereinigungen unterzogen. Innerhalb der ausgewerteten Datensätze finden sich sämtliche Personen selbstverständlich zu jeder Zeit ohne Namen und Adressen, diese sind nur den Einrichtungen bekannt. In den Datenexporten sind die Klient*innen und Personen aus dem sozialen Umfeld jedoch mit einem (nochmals verschlüsselten) Klientelpseudonym (HIV-Code) gekennzeichnet, welcher es ermöglicht, nicht nur innerhalb einer Einrichtung Daten einer (anonymisierten) Person zuzuordnen, sondern auch über die Einrichtungen hinweg.⁸

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

Ob eine Person in mehreren Einrichtungen in Betreuung war, kann durch einen Vergleich der Klient*innen-Pseudonyme zwischen allen beteiligten 76 Einrichtungen ermittelt werden. Eine solche „Mehrfachbetreuung“ kann nacheinander oder auch parallel erfolgen. Das ist beispielsweise bei Vermittlungen zur Weiterbehandlung oder zur ergänzenden Betreuung der Fall oder wenn ein Klient oder eine Klientin zusätzlich zur Beratung und Betreuung Angebote der Krisen- und Überlebenshilfe in Anspruch genommen hat. Mehrfachbetreuungen können also das Ergebnis eines zielgerichteten Hilfeprozesses sein; sie dürfen nicht fälschlicherweise als Überversorgung interpretiert werden. Insgesamt wurden 3 % der dokumentierten Personen in mehr als einer Einrichtung erfasst (siehe Tabelle 1).

⁷ Schwarzkopf, L., Murawski, M. & Riemerschmid, C. (2024). Suchthilfe in Deutschland 2023. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforschung.

⁸ Der HIV-Code ist ein anerkannter Pseudonymisierungsschlüssel. Er wird aus Vor- und Nachnamen, dem Geschlecht sowie dem Geburtsdatum der jeweiligen Person gebildet. Dabei besteht eine nur geringe Wahrscheinlichkeit, dass zwei Personen denselben HIV-Code zugewiesen bekommen. Dieses Verfahren erlaubt keine Re-Identifizierung der Klient*innen und ist datenschutzrechtlich abgesichert.

Mit Hilfe der Klientelpseudonyme lässt sich berechnen, wie viele unterschiedliche Personen von den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen der hessischen Suchthilfe betreut wurden (siehe Tabelle 1). Die so ermittelte Personenzahl stellt die Grundlage aller folgenden klientelbezogenen Auswertungen dar: im Jahr 2024 handelt es sich dabei um 17.803 unterschiedliche Klient*innen und 3.167 unterschiedliche Personen aus dem sozialen Umfeld der Betroffenen.

Tabelle 1: Vorkommen identischer Klientelpseudonyme in unterschiedlichen Einrichtungen

Klientelpseudonyme in	Klient*innen	Personen aus dem soz. Umfeld	Gesamt
einer Einrichtung	97 %	99 %	97 %
zwei Einrichtungen	3 %	1 %	3 %
drei Einrichtungen	0,1 %	0,0 %	0,1 %
mehr als drei Einrichtungen	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Personen landesweit (N)	17.803	3.167	20.970

In Hessen besteht die Möglichkeit, auch Kurzbetreuungen mit lediglich einem Kontakt, so genannte Einmalkontakte, betreuungsbezogen zu dokumentieren. Einmalkontakte entstehen beispielsweise, wenn im Erstkontakt festgestellt wird, dass ein einmaliges Beratungsgespräch ausreichend ist oder bei einer anderen Einrichtung ein adäquates Hilfeangebot besteht. Insgesamt lassen sich 2.794 unterschiedliche Klient*innen für das Jahr 2024 finden, die ausschließlich solche Einmalkontakte in Anspruch nahmen (siehe Tabelle 2). Da Einmalkontakte einen nicht unwesentlichen Anteil der Beratungen und Betreuungen ausmachen, werden diese in die folgenden Auswertungen integriert.

Auf Grundlage der Klientelpseudonyme lässt sich eine Zahl von 3.167 Personen aus dem sozialen Umfeld („Angehörige“ und andere Bezugspersonen) für das Jahr 2024 berechnen, wovon 1.322 Einmalkontakte sind.

Mit 76 Einrichtungen zeigt sich auch im aktuellen Berichtsjahr eine ausgesprochen gute Beteiligung auf Seiten der dokumentierenden Einrichtungen, wobei sich die Zahl der Einrichtungen – teilweise aufgrund von Schließungen und Umstrukturierungen – etwas reduziert hat. Bei der Betrachtung der Tabelle muss unbedingt bedacht werden, dass bis zum Jahr 2021 die Daten der Einrichtungen des Betreuten Wohnens integriert waren (siehe oben). Hierdurch lassen sich die aktuellen Zahlen mit den Zahlen der Vorjahre nur bedingt vergleichen.

In den Tabellen und Grafiken des Berichts kann es im Einzelfall dazu kommen, dass die Summe der Einzelwerte nicht exakt 100 % ergibt. Dies ist auf Auf- bzw. Abrundungen der Prozentwerte zurückzuführen.

Tabelle 2: Datengrundlage

Jahr	Anzahl Einrichtungen	Summe der unterschiedlichen Klient*innen	Summe der unterschiedlichen Personen aus dem soz. Umfeld	Anzahl dokumentierter Betreuungen	Personen mit Einmalkontakten**
2024	76	15.009 +2.794*	1.845 +1.322*	19.054 +4.643*	(4.116)
2023	81	15.427 +2.781*	1.847 +1.337*	19.611 +4.671*	(4.118)
2022	81	16.614 +2.677*	1.636 +1.210*	19.801 +4.439*	(3.887)
2021	98	17.674 +2.584*	1.628 +1.166*	21.066 +4.307*	(3.750)
2020	97	18.352	1.567	21.751	3.148
2019	101	19.238	1.373	22.613	2.973
2018	100	18.325	1.279	21.708	3.248
2017	101	18.569	1.202	21.867	3.937
2016	103	18.610	1.166	22.132	3.973
2015	103	18.910	1.154	22.340	3.683
2014	102	19.084	1.156	23.953	4.032
2013	106	19.681	1.336	24.973	3.890
2012	104	19.547	1.161	24.772	3.504
2011	101	18.793	1.088	23.801	3.528
2013	106	19.681	1.336	24.973	3.890
2012	104	19.547	1.161	24.772	3.504
2011	101	18.793	1.088	23.801	3.528
Ab 2022: ohne Einrichtungen des Betreuten Wohnens			Bis 2021: inkl. Einrichtungen des Betreuten Wohnens		

* Einmalkontakte

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

Personen aus dem sozialen Umfeld

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

Im Jahr 2024 haben insgesamt 3.167 Personen aus dem sozialen Umfeld die ambulante Suchthilfe aufgesucht. Knapp drei Viertel davon sind weiblich, ein gutes Viertel männlich; acht Personen haben ein anderes Geschlecht angegeben. Bei 42 % der Personen aus dem sozialen Umfeld blieb es im Auswertungsjahr bei einem Einmalkontakt mit der Suchthilfe.

Im Durchschnitt sind hilfeschuchende Personen aus dem sozialen Umfeld 49,1 Jahre alt, wobei die Männer (50,7 Jahre) etwas älter sind als die Frauen (48,5 Jahre). Bei der Hälfte (51 %) handelt es sich um Eltern, die sich aufgrund eines zumindest vermuteten Suchtproblems ihres Kindes beraten lassen. Bei den hilfeschuchenden Frauen liegt der Anteil derer, die die ambulante Suchthilfe wegen eines Suchtproblems des Partners/der Partnerin aufsuchen, mit 28 % deutlich höher als bei den Männern mit 17 %. Darüber hinaus sind 8 % der Personen aus dem sozialen Umfeld Kinder von Personen mit einem Suchtproblem, 6 % Geschwister und 9 % stehen in einem anderen familiären oder freundschaftlichen Verhältnis zur betreffenden Person.

Was die (vermuteten) Suchtprobleme der Indexklient*innen betrifft, so werden Alkohol (50 %) und Cannabinoide (36 %) mit Abstand am häufigsten genannt. Aber auch Kokain (12 %), Stimulanzien (12 %) und Mediennutzung (13 %) werden noch vergleichsweise oft angegeben, während bei allen anderen angeführten (Sucht-)Problemen die relativen Anteile unter 10 Prozentpunkten liegen.

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

	männlich	weiblich	Gesamt
Geschlechterverteilung			
Personen aus dem sozialen Umfeld	26 %	74 %	100 %
N	813	2.346	3.167
Einmalkontakte			
Anteil	44 %	41 %	42 %
N	361	957	1.322
Durchschnittliches Alter			
Klient*innen (in Jahren)	50,7	48,5	49,1
N	715	2.067	2.787
Beziehungsverhältnis zur Person mit Suchtproblem			
Partner*in	17 %	28 %	25 %
Kind	10 %	8 %	8 %
Geschwister	7 %	6 %	6 %
Eltern(-teil)	53 %	51 %	51 %
Andere	13 %	8 %	9 %
Gesamt N	697	2.025	2.727
Suchtproblem(e)**			
Alkohol	50 %	49 %	50 %
Opioide	8 %	9 %	9 %
Cannabinoide	36 %	36 %	36 %
Hypnotika/Sedativa	7 %	7 %	7 %
Kokain	11 %	13 %	12 %
Amphetaminen/Stimulanzien	12 %	12 %	12 %
Halluzinogenen	2 %	3 %	2 %
Tabak	8 %	7 %	7 %
Inhalanzien/ flüchtige Lösungsmittel	1 %	1 %	1 %
sonstige Substanzen/ multipler Substanzkonsum	7 %	7 %	7 %
Glücksspielen	7 %	8 %	8 %
Mediennutzung	15 %	12 %	13 %
Essverhalten	3 %	3 %	3 %
Sonstiges	11 %	12 %	12 %
Gesamt N	677	1.948	2.630

* für acht Personen wurde das Geschlecht „anderes“ dokumentiert

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

Betrachtet man im nächsten Schritt die von den Personen aus dem sozialen Umfeld genannten Suchtprobleme nach dem jeweiligen Beziehungsverhältnis, so wird deutlich, dass unter den Partner*innen, Kindern und Geschwistern jeweils hohe Anteile zwischen 66 % und 72 % wegen eines (vermuteten) Alkoholproblems der betreffenden Person die Suchthilfe aufsuchen

(siehe Tabelle 4). In der größten Angehörigengruppe der Eltern(-teile) dominieren hingegen Cannabinoide mit 52 %. Alkohol spielt hier mit 33 % eine geringere Rolle, während Stimulanzien und Mediennutzung (16 % bzw. 21 %) in dieser Gruppe überrepräsentiert sind.

In Tabelle 4 ist zudem das mittlere Lebensalter der Indexklient*innen dargestellt. Insgesamt sind die Indexklient*innen im Mittel 34,3 Jahre alt. Mit 43,3 Jahren am ältesten sind Indexklient*innen mit einem (angenommenen) problematischen Alkoholkonsum gefolgt von den problematisch Glücksspielenden mit 38,7 Jahren. Am jüngsten sind Indexklient*innen mit einer problematischen Mediennutzung (20,5 Jahre).

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

	Partner*in	Kind	Geschwi- ster	Eltern (-teil)	Andere	Alter Index- klientel*
Alkohol	71 %	72 %	66 %	33 %	54 %	43,3
Opioide	5 %	7 %	13 %	11 %	8 %	29,9
Cannabinoide	13 %	21 %	24 %	52 %	28 %	24,6
Hypnotika/ Sedativa	3 %	5 %	4 %	10 %	6 %	26,0
Kokain	12 %	6 %	14 %	13 %	11 %	30,5
Amphetamine/ Stimulanzien	8 %	6 %	9 %	16 %	10 %	27,4
Halluzinogene	1 %	1 %	1 %	4 %	1 %	23,0
Tabak	3 %	3 %	3 %	11 %	4 %	25,6
Inhalanzien/ flüchtige Lösungsmittel	0 %	1 %	1 %	2 %	0 %	21,7**
sonst. Substanzen/ multipler Konsum	4 %	2 %	6 %	10 %	5 %	26,2
Glücksspiel	11 %	0 %	9 %	7 %	11 %	38,7
Mediennutzung	3 %	3 %	3 %	21 %	8 %	20,5
Essverhalten	1 %	1 %	1 %	5 %	2 %	24,9
Sonstiges	8 %	9 %	14 %	13 %	13 %	31,2
Gesamt	661	204	158	1.341	240	34,3 (N=2.077)

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

** N<30

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit jenen 17.803 dokumentierten Klient*innen (ohne Personen aus dem sozialen Umfeld; s.o.), die im Jahr 2024 von der ambulanten Suchthilfe in Hessen erreicht wurden und für die mindestens eine Betreuung dokumentiert wurde. Der nachstehende Überblick bezieht sich auf grundlegende soziodemografische Merkmale wie Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Erwerbssituation. Dabei werden die einzelnen Hauptproblemgruppen getrennt – also beispielsweise Klient*innen mit Alkohol- oder Opioidproblemen – hinsichtlich biografischer Merkmale und ihrer aktuellen sozialen Situation betrachtet. Wo es sinnvoll erscheint, werden darüber hinaus auch Vergleiche mit der hessischen Gesamtbevölkerung in die Darstellung mit einbezogen.

Geschlecht • Alter • Nationalität

73 % der Klientel der hessischen ambulanten Suchthilfe sind männlich, 27 % weiblich (siehe Tabelle 5).⁹ Das aktuelle Lebensalter der Klient*innen liegt im Durchschnitt bei 38,8 Jahren, wobei die Frauen (40,1 Jahre) durchschnittlich knapp zwei Jahre älter sind als die Männer (38,4 Jahre).

73 % der Klient*innen der ambulanten Suchthilfe besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit; die übrigen sind entweder Bürger*innen eines Mitgliedstaates der Europäischen Union (5 %) oder eines Staates außerhalb der EU (21 %) bzw. sind staatenlos (1 %). 32 % der Klientel haben einen Migrationshintergrund; bei den Männern (35 %) ist dies häufiger der Fall als bei den Frauen (24 %). Der Anteil der Menschen ohne deutschen Pass liegt über dem Wert innerhalb der hessischen Gesamtbevölkerung (Nichtdeutsche 2024: 18,4 %).¹⁰ Demgegenüber liegt der Anteil der Suchthilfe-Klient*innen mit einem Migrationshintergrund (32 %) unter dem Niveau der Gesamtbevölkerung: Im Jahr 2024 hatten 38,5 % der hessischen Bürger*innen einen Migrationshintergrund.¹¹

⁹ Bei insgesamt 77 betreuten Personen (0,4 %) wurde als Geschlecht „anderes“ dokumentiert. Die Angaben der Personen werden im gesamten Bericht nicht extra ausgewiesen, fließen jedoch in die Gesamtauswertung mit ein.

¹⁰ <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/bevoelkerung-nichtdeutsch-laender-basis-2022.html>

¹¹ Eigene Berechnung nach den Angaben aus <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrund-laender.html>

Tabelle 5: Geschlechterverteilung, Alter, Nationalität und Migrationshintergrund

	männlich	weiblich	Gesamt
Geschlechterverteilung			
Klient*innen	73 %	27 %	100 %
Gesamt N	13.001	4.725	17.803
Durchschnittliches Alter			
Klient*innen (in Jahren)	38,4	40,1	38,8
Gesamt N	12.633	4.572	17.271
Staatsangehörigkeit			
Deutschland	72 %	77 %	73 %
EU	5 %	4 %	5 %
außerhalb EU	22 %	17 %	21 %
staatenlos	1,3 %	1,2 %	1,3 %
Gesamt N	12.948	4.710	17.658
Migrationshintergrund			
kein Migrationshintergrund	65 %	76 %	68 %
selbst migriert	20 %	13 %	18 %
als Kind von Migranten geboren	16 %	11 %	15 %
Gesamt N	9.282	3.273	12.555

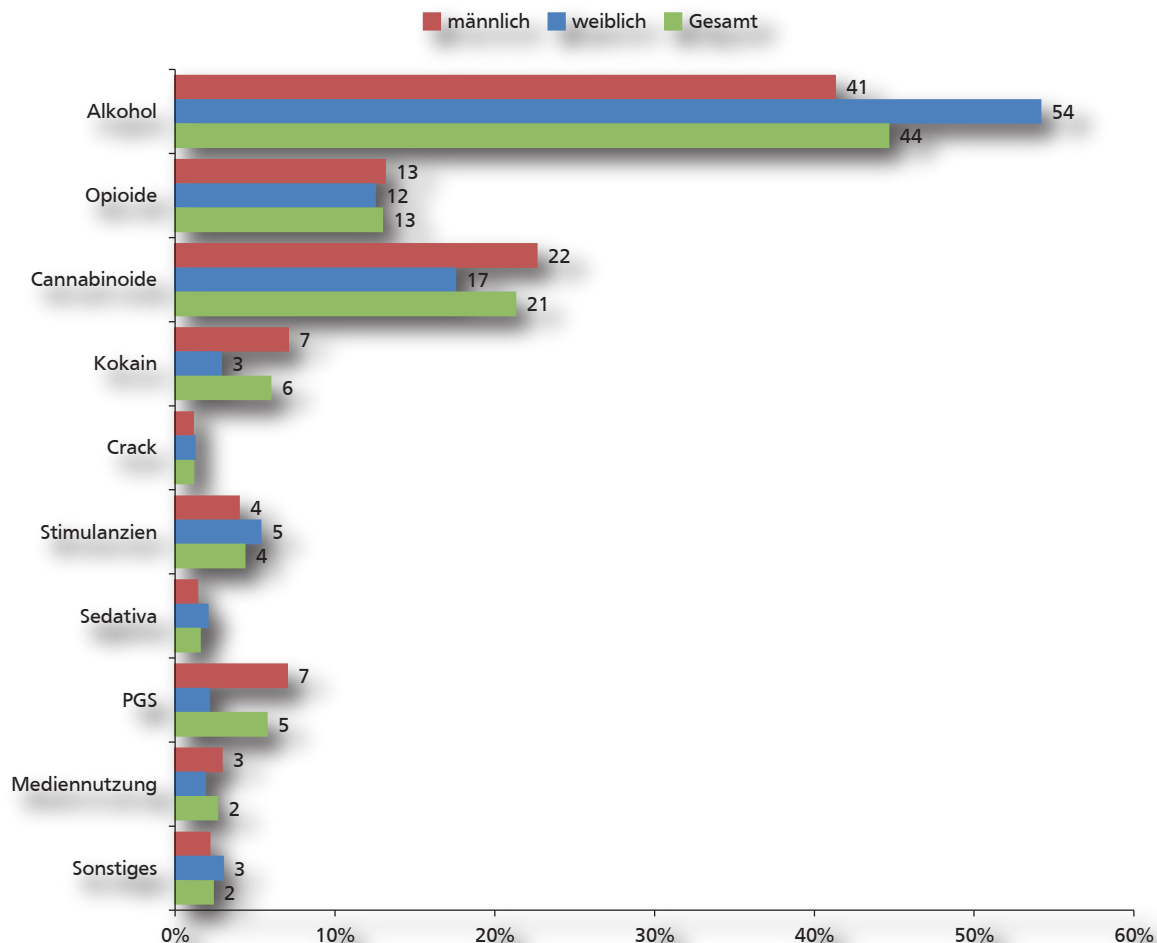
Hauptproblemgruppen

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

Zunächst sei an dieser Stelle auf die 18 % der Klient*innen eingegangen, die aufgrund von „jugendbezogenen Problemlagen“ die Suchthilfe aufsuchen. Mit 47 % weist fast die Hälfte dieser Gruppe Cannabinoide als Problemsubstanz auf, 13 % sind (vor allem) wegen Alkohol in der Suchthilfe, 5 % wegen exzessiver Mediennutzung, 3 % wegen Stimulanzien, jeweils 2 % wegen Opioiden, Kokain oder Sedativa und 1 % wegen problematischem Glücksspiel. Bei 2 % wurden sonstige Problemlagen angegeben und bei 21 % keine Angaben hierzu gemacht.

Bezogen auf alle Klient*innen (inklusive der Klient*innen mit „jugendbezogenen Problemlagen“) ist Alkohol die deutlich häufigste Problemsubstanz: 44 % der Klient*innen suchen aufgrund eines Alkoholproblems die ambulante Suchthilfe auf (siehe Abbildung 3). 21 % kommen (hauptsächlich) wegen Cannabinoiden in eine Einrichtung, 13 % wegen Opioiden und 6 % wegen Kokain. 5 % aller Klient*innen suchen die hessische Suchthilfe aufgrund problematischen Glücksspiels auf; 4 % aufgrund des Konsums synthetischer Stimulanzien (Amphetaminderivate inklusive MDMA), 2 % aufgrund exzessiver Mediennutzung und jeweils 1 % aufgrund des Konsums von Sedativa/Hypnotika oder Crack.

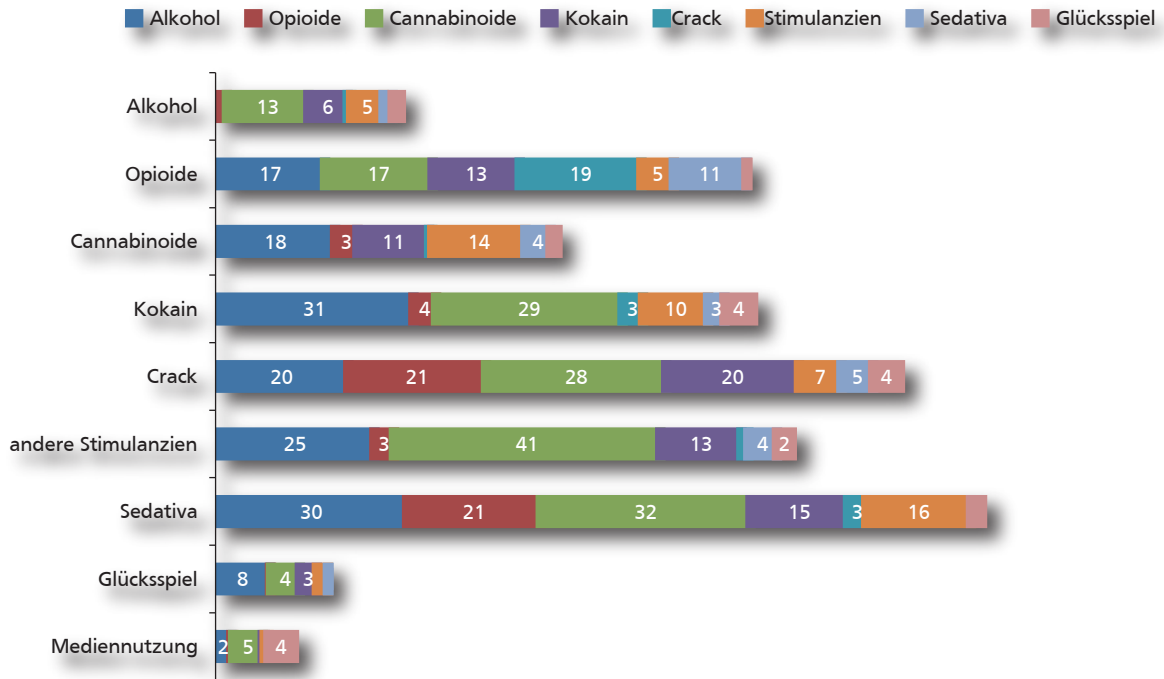
Abbildung 3: Hauptprobleme (N=13.921)



Grundsätzlich ist es möglich, dass Klient*innen mehrere Suchtprobleme aufweisen. Abbildung 4 führt daher weitere Suchtprobleme auf, die bei den Klient*innen einer Hauptproblemgruppe zusätzlich dokumentiert wurden. Durch eine solche Auswertung können das komplexe Sucht- und Konsumverhalten der Klient*innen und die entsprechenden Herausforderungen im Hilfe- und Beratungsprozess sichtbar gemacht werden.

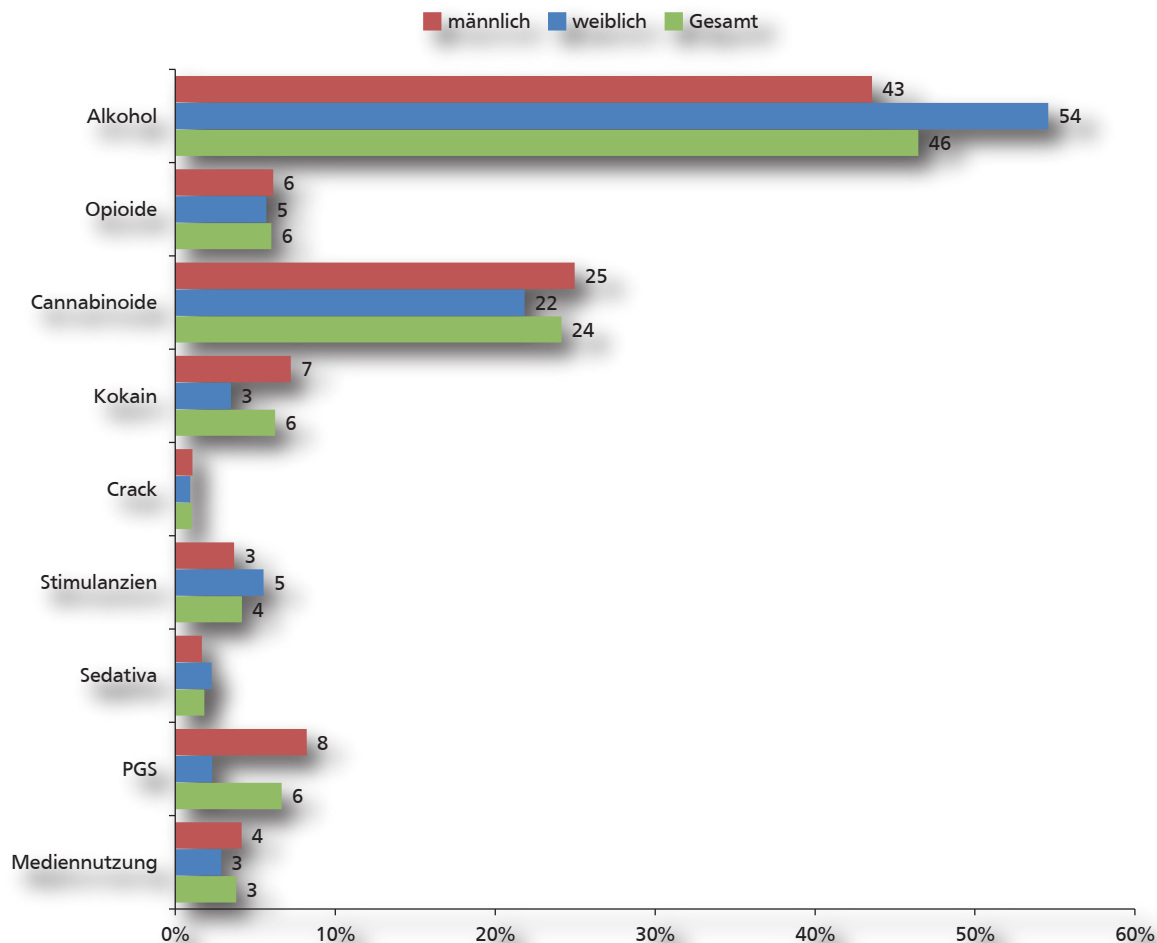
Die meisten zusätzlichen Probleme weisen die kleinen Gruppen der Sedativa- und der Crackkonsument*innen auf, gefolgt von Stimulanzien- und Kokain-Klient*innen. Alkohol und Cannabinoide sind dabei jeweils am stärksten als zusätzlicher Problembereich vertreten, wobei zusätzlicher Cannabinoid-Konsum in der Stimulanzien-Gruppe mit 41 % am stärksten vertreten ist, Alkohol mit 30 % am stärksten in der Sedativa-Gruppe. Beide Substanzen sind auch in den meisten anderen Problemgruppen die am häufigsten dokumentierten zusätzlichen Probleme. Die Klient*innen mit dem Hauptproblembereich exzessive Mediennutzung weisen hingegen nach den Cannabinoidproblemen am häufigsten das Glücksspiel als weiteren Problembereich auf. Weitere Ausnahmen sind die Opioid-Klientel, für die am häufigsten Probleme mit Crack dokumentiert wurden, sowie die Crack-Klientel, bei der wiederum Opioidprobleme minimal häufiger berichtet werden als Probleme mit Alkohol. Generell zeigt sich bei beiden letztgenannten Gruppen ein breiteres Spektrum an ähnlich gewichteten zusätzlichen Problemsubstanzen. Bei den Cannabinoid-Klient*innen sind weitere Problembereiche weniger relevant, am ehesten jedoch der Konsum von Alkohol (18 %) und Stimulanzien (14 %), während bei Alkohol- und Glücksspiel-Klient*innen solche zusätzlich dokumentierten Aspekte eine noch geringere Rolle spielen. Am wenigsten zusätzliche Suchtprobleme sind für exzessiv Medien-Nutzende dokumentiert.

Abbildung 4: Hauptprobleme und weitere Suchtprobleme (Mehrfachantworten möglich)



Ein etwas anderes Bild der Verteilung von Problemgruppen ergibt sich, wenn ausschließlich die neu aufgenommenen Klient*innen betrachtet werden (siehe Abbildung 5): Hier liegt der Anteil der Klient*innen mit Alkoholkonsum als Hauptproblem mit 46 % leicht über dem Wert für die Gesamtgruppe, und auch der Anteil derer mit Cannabinoiden als Hauptproblemsubstanz ist unter den neu Aufgenommenen mit 24 % etwas höher. Unter den neu aufgenommenen Klient*innen ist zudem der Anteil mit problematischem Glücksspiel (6 %) und exzessiver Mediennutzung (3 %) jeweils einen Prozentpunkt höher als in der Gesamtgruppe. Ebenso hoch wie die entsprechenden Anteile in der Gesamtgruppe sind die Werte für Kokain, Stimulanzen, Crack und Sedativa. Weit aus niedriger als bei allen Klient*innen ist der Anteil derer mit Opioiden als (hauptsächlicher) Problemsubstanz: nur 6 % der neu aufgenommenen Klient*innen haben 2024 die Suchthilfe wegen ihres Opioid-Konsums aufgesucht.

Abbildung 5: Hauptprobleme der erstmalig aufgenommenen Klient*innen (N=6.864)



Die folgende Tabelle 6 enthält zusätzlich zu den Suchtproblemen eine Einschätzung der Betreuer*innen zur Situation der Klientel im gesundheitlichen und sozialen Bereich, die über Sucht- und Konsumprobleme im engeren Sinne hinausgeht. Zusätzlich weist die Tabelle aus, inwieweit der jeweilige Problembereich von den Mitarbeiter*innen der Suchthilfe im (bisherigen) Betreuungsprozess erörtert wurde. Dabei wird einerseits deutlich, dass eine Abklärung von weiteren Problembereichen nur für einen Teil der Klient*innen erfolgt, wobei die Abklärungsquote mit Dauer der Betreuung ansteigt. Zum anderen zeigt sich, dass bei der Abklärungsrate deutliche Unterschiede bestehen (Anteile zwischen 15 % und 51 %), die möglicherweise mit der Sensibilität und Intimität verschiedener Lebensbereiche zusammenhängen.

Die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit ist mit 85 % der am häufigsten genannte Problembereich, gefolgt von der familiären Situation (70 %), der Schul-/Ausbildungs-/Arbeits-situation (66 %) und der körperlichen Gesundheit (59 %). Mit rund der Hälfte werden – sofern diese Bereiche im Beratungsprozess abgeklärt werden – die Alltagsstrukturierung und der Freizeitbereich ebenfalls relativ häufig angegeben. Dahinter folgen die finanzielle Situation (47 %), das weitere soziale Umfeld (44 %), die rechtliche Situation und die Wohnsituation (je 36 %). Seltener spielt hier mit gut einem Viertel der Bereich andere Gewalterfahrungen (28 %) eine Rolle, gefolgt von der Fahreignung (19 %) und der eigenen Gewaltausübung (22 %). Auch sexuelle Gewalterfahrungen werden mit 13 % eher selten angegeben.

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

erfahrungen werden von 32 % der Frauen genannt, dieser Wert liegt um ein Vielfaches höher als bei den Männern mit 4 %. Auch andere Gewalterfahrungen werden unter den Frauen mit 41 % fast doppelt so häufig angegeben wie von den Männern mit 23 %. Auch Probleme mit körperlicher und psychischer Gesundheit, Familie, dem weiteren sozialen Umfeld sowie der Wohnsituation sind bei der weiblichen Klientel stärker vertreten, wogegen Männer deutlich häufiger die rechtliche Situation, Fahreignung und eigene Gewaltausübung als Problem angeben.

Tabelle 6: Weitere Problembereiche

	männlich	weiblich	Gesamt	Abklärung
Psychische Gesundheit / Seelischer Zustand	82 %	92 %	85 %	51 %
Familiäre Situation (Partner*in/Eltern/Kinder)	67 %	77 %	70 %	42 %
Schul-/Ausbildungs-/Arbeits-/ Beschäftigungssituation	65 %	68 %	66 %	41 %
Körperliche/s Gesundheit / Befinden	57 %	65 %	59 %	40 %
Alltagsstrukturierung/Tagesstruktur	51 %	54 %	52 %	34 %
Wohnsituation	35 %	40 %	36 %	33 %
Finanzielle Situation	48 %	43 %	47 %	33 %
Freizeit(bereich)	51 %	52 %	51 %	32 %
Weiteres soziales Umfeld	43 %	49 %	44 %	31 %
Rechtliche Situation	40 %	22 %	36 %	31 %
Fahreignung	25 %	15 %	22 %	26 %
Gewaltausübung	22 %	9 %	19 %	16 %
Andere Gewalterfahrungen	23 %	41 %	28 %	16 %
Sexuelle Gewalterfahrungen	4 %	32 %	13 %	15 %

Hauptproblemgruppen – soziodemografische Merkmale

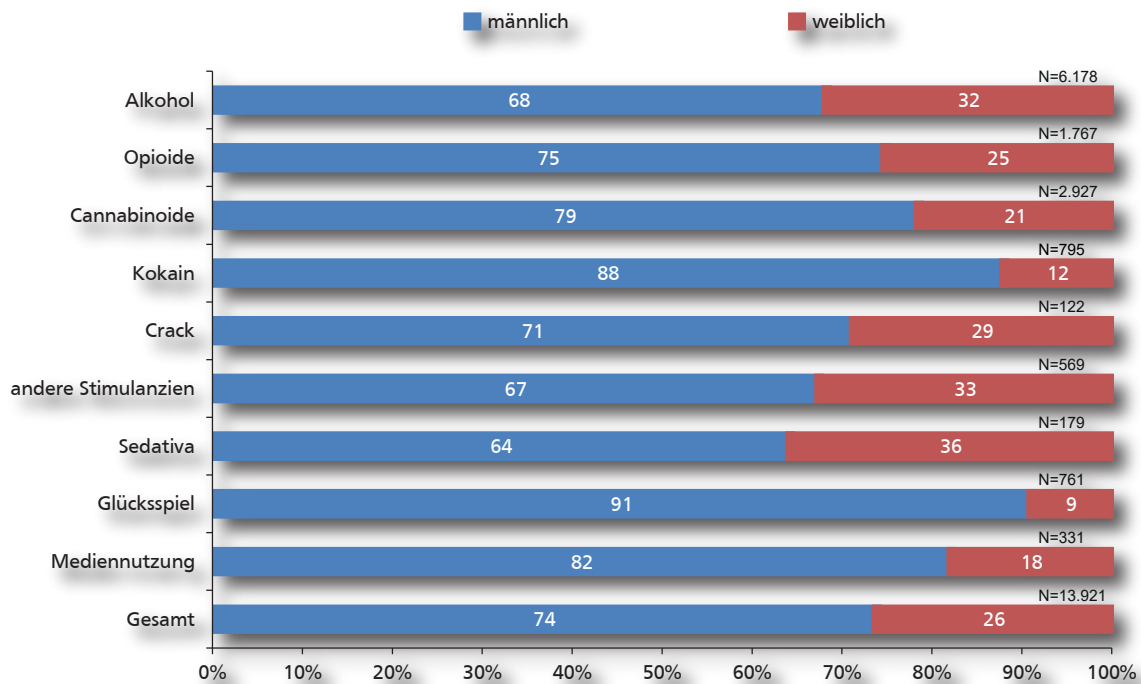
Im Folgenden wird näher auf die soziodemografischen Merkmale der hessischen Klientel eingegangen; dies geschieht primär anhand von Vergleichen zwischen den oben vorgestellten Hauptproblemgruppen.¹² Die in den folgenden Auswertungen dargestellte Gesamtgruppe bezieht sich auf alle Klient*innen mit einem dokumentierten Suchtproblem.

Geschlecht · Alter · Nationalität

In allen einzelnen Hauptproblemgruppen mit nennenswerten Fallzahlen überwiegt der Anteil der männlichen Klientel jeweils deutlich (siehe Abbildung 6). Die größte Überrepräsentanz von Männern findet sich in der Gruppe der problematisch Glücksspielenden (91 %), der Kokain-Klientel (88 %), den Klient*innen mit exzessiver Mediennutzung (82 %) sowie der Cannabinoid-Klientel (79 %). Bei den Opioid-Klient*innen sind drei Viertel männlich; dahinter folgen die Crack- (71 %), Alkohol-(68 %), Stimulanzien- (67 %) und schließlich die Sedativa-Klientel (64 %).

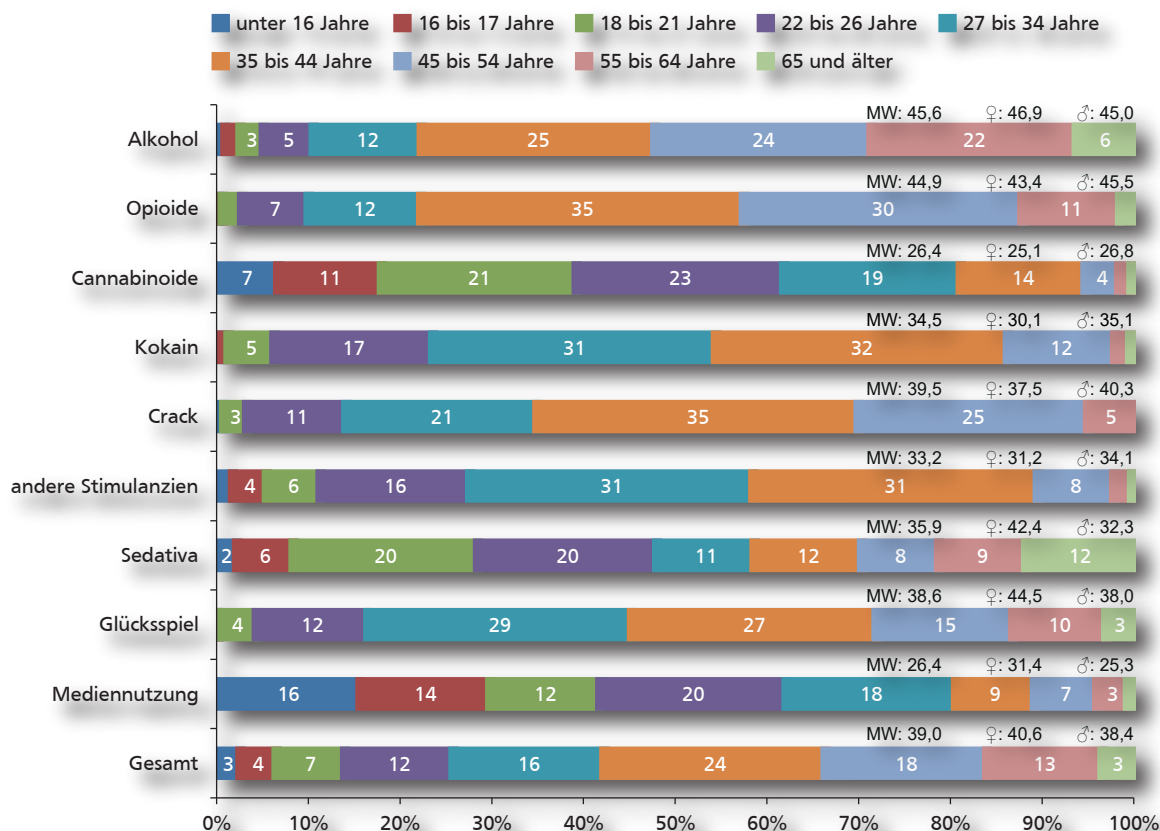
¹² Bei der Interpretation der Ergebnisse muss stets beachtet werden, dass es sich vor allem bei der Sedativa-Klientel um eine zahlenmäßig kleine Gruppe handelt und nicht bei allen Klient*innen auch zu allen Fragestellungen Angaben vorliegen.

Abbildung 6: Geschlechterverteilung nach Hauptproblemgruppe



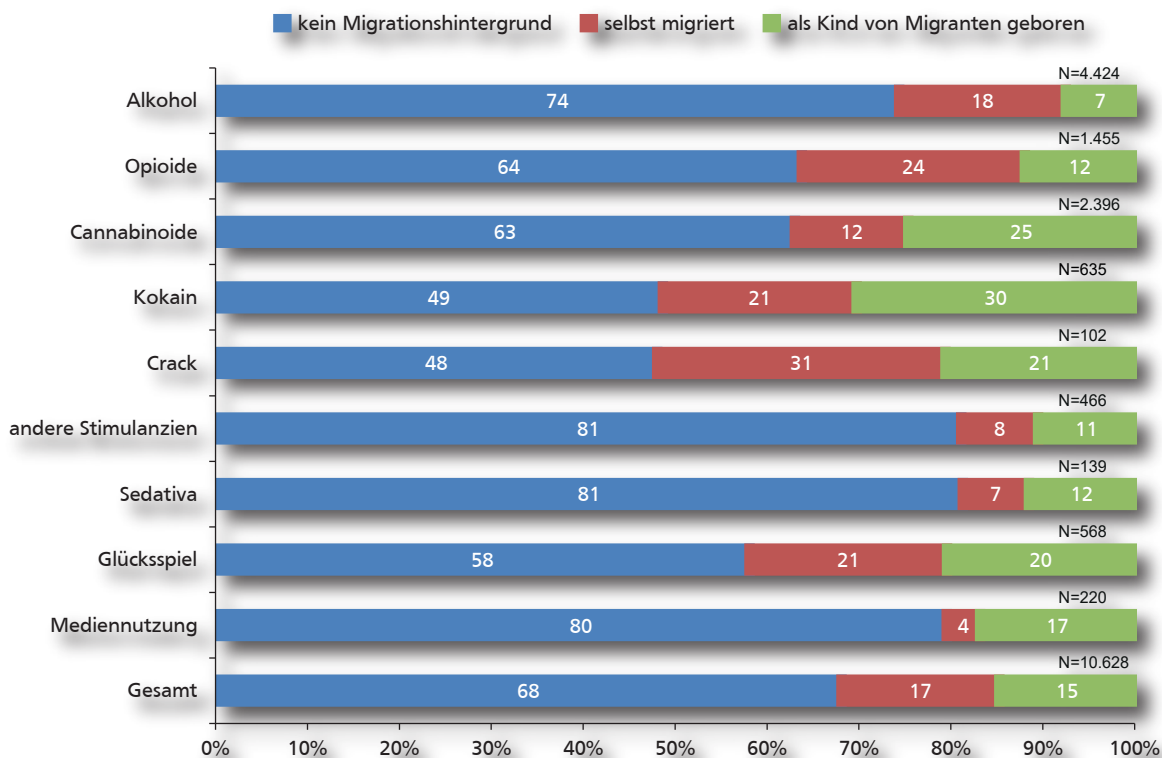
Im Durchschnitt sind Klient*innen der hessischen ambulanten Suchthilfe 39,4 Jahre alt. Bei einer Betrachtung der Altersverteilung innerhalb der einzelnen Hauptproblemgruppen wird deutlich, dass mit einem Durchschnittsalter von je 26,4 Jahren die Cannabinoid-Klient*innen gemeinsam mit den exzessiv Mediennutzenden die jüngste Gruppe darstellen (siehe Abbildung 7). 62 % der Cannabinoid-Klientel sind jünger als 27 Jahre. Mit 18 % gibt es nur hier sowie in der kleinen Gruppe mit exzessiver Mediennutzung (30 %) einen nennenswerten Anteil minderjähriger Klient*innen. Die Stimulanzien-Klientel als drittjüngste Gruppe ist mit durchschnittlich 33,2 Jahren bereits fast sieben Jahre älter. Auch das Durchschnittsalter der Kokain-Klientel (34,5 Jahre) und der Sedativa-Konsument*innen (35,9 Jahre) liegt jeweils unter dem Durchschnittsalter der Gesamtklientel. Während das Durchschnittsalter der problematisch Glückspielenden (38,6 Jahre) und der Crack-Konsument*innen (39,5 Jahre) in etwa dem der Gesamtklientel entspricht, sind Alkohol-Klient*innen mit durchschnittlich 45,6 Jahren weiterhin die älteste Hauptproblemgruppe, gefolgt von den Opioid-Konsument*innen mit 44,9 Jahren. Bei der Opioid-Klientel ist der Anteil junger Klient*innen (unter 27 Jahre) mit 9 % am niedrigsten von allen Hauptproblemgruppen, gefolgt von der Alkohol-Klientel mit einem entsprechenden Anteil von 11 %.

Abbildung 7: Alter in Kategorien, differenziert nach Hauptproblemgruppe (N=13.688)



Wie schon erwähnt, haben insgesamt 32 % der hessischen Suchthilfe-Klientel einen dokumentierten Migrationshintergrund. Im Jahr 2024 ist dieser Anteil bei der Crack-Klientel mit insgesamt 52 % am höchsten, dicht gefolgt von den Kokain-Konsumierenden mit 51 % (siehe Abbildung 8). Auch bei problematisch Glücksspielenden ist der Anteil derer mit Migrationshintergrund mit 42 % vergleichsweise hoch. Nur leicht überrepräsentiert im Vergleich zur Gesamtgruppe sind Personen mit Migrationshintergrund bei den Cannabinoid-Konsumierenden (37 %) und den Opioid-Klient*innen (36 %). Personen, bei denen Probleme mit Sedativa, Stimulanzien (je 19 %), Mediennutzung (20 %) oder Alkohol (26 %) im Vordergrund stehen, haben hingegen deutlich seltener einen Migrationshintergrund.

Abbildung 8: Migrationshintergrund, differenziert nach Hauptproblemgruppe



Lebenssituation

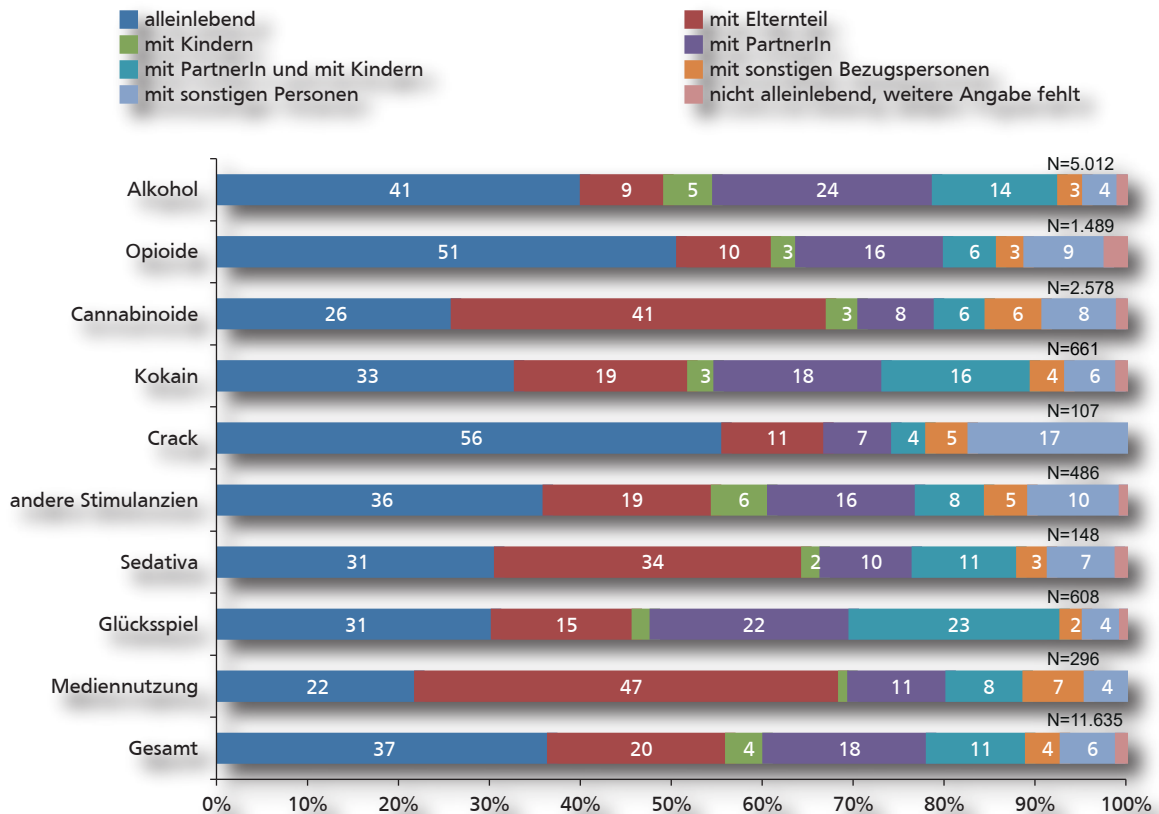
Von den Klient*innen der hessischen Suchthilfe leben 37 % der Hilfesuchenden allein, 18 % mit Partner*in ohne Kinder, 11 % mit Partner*in und Kindern und 4 % mit Kindern (siehe Abbildung 9). Eine weitere große Gruppe stellen jene 20 % der Klient*innen dar, die mit einem Elternteil zusammenleben. Weitere 10 % sind alleinstehend, leben aber mit anderen Personen zusammen: mit sonstigen Personen und mit sonstigen Bezugspersonen.

Die höchsten Anteile von Alleinlebenden sind bei der Crack- (56 %) und Opioid-Klientel (51 %) feststellbar, gefolgt von den Alkohol-Konsumierenden (41 %). Klient*innen mit Stimulanzien als Hauptproblemsubstanzen liegen hier nur knapp unter dem Durchschnitt (36 %), die Kokain-Klientel (33 %), sowie die Sedativa- und Glücksspielgruppe (je 31 %) liegen knapp dahinter. Die niedrigsten Werte lassen sich bei Personen finden, die wegen Mediennutzung (22 %) oder Cannabinoiden (26 %) die Suchthilfe aufsuchen. Klient*innen mit exzessiver Mediennutzung (47 %) und mit Cannabinoidproblemen (41 %) leben am häufigsten noch bei den Eltern, während sich bei den Glücksspielenden der höchste Anteil von Personen zeigt, die mit der Partnerin bzw. dem Partner (sowie zum Teil auch mit Kindern) zusammenleben (insgesamt 45 %). Auch bei der Alkohol- (38 %) und Kokain-Klientel (34 %) ist dieser Wert vergleichsweise hoch.

In Hessen insgesamt lag der Anteil der Alleinlebenden an der 16- bis 69-jährigen Bevölkerung im Jahr 2024 bei 29,3 %.¹³ Die Klient*innen der Suchthilfe wohnen also deutlich häufiger allein oder mit anderen Personen zusammen als der hessische Durchschnitt.

¹³ Eigene Berechnungen aus https://statistik.hessen.de/sites/statistik.hessen.de/files/2025-05/ai9_j2024_mikrozensus_haushalte_tabelle_3a.xlsx

Abbildung 9: Lebenssituation, differenziert nach Hauptproblemgruppe



27 % aller Klient*innen haben minderjährige Kinder, 15 % leben mit ihren eigenen minderjährigen Kindern auch in einem gemeinsamen Haushalt. Zudem haben 2 % Kinder im Haushalt, die nicht ihre eigenen sind, so dass insgesamt 17 % der Suchthilfe-Klientel mit minderjährigen Kindern zusammenleben (siehe Abbildung 10). Am höchsten ist der Anteil von Personen mit minderjährigen Kindern mit 40 % unter den Kokain-Konsument*innen und mit 36 % unter den problematisch Glücksspielenden. 34 % der Crack-Klientel haben eigene minderjährige Kinder; hier ist der Anteil derer mit eigenen minderjährigen Kindern im Haushalt mit 3 % besonders niedrig. Im Vergleich leben am häufigsten problematisch Glücksspielende mit ihren eigenen minderjährigen Kindern in einem gemeinsamen Haushalt (27 %), gefolgt von der Kokain-Klientel mit 21 %. Auch die Stimulanzien-Konsument*innen haben mit 32 % sehr häufig eigene Kinder, wobei lediglich 16 %, also die Hälfte, mit ihren eigenen Kindern zusammenleben. Leicht überdurchschnittlich sind die Werte für Personen mit minderjährigen Kindern ebenfalls bei den Alkohol-Klient*innen (31 %), wobei diese überdurchschnittlich häufig auch mit diesen im gleichen Haushalt leben. Besonders selten haben exzessive Medien-Nutzer*innen minderjährige Kinder (11 %); sie leben aber relativ oft mit diesen zusammen (10 %). Auch in der anderen besonders jungen Problemgruppe, den Cannabinoid-Konsumierenden, ist der Anteil der Eltern minderjähriger Kinder mit 17 % unterdurchschnittlich; sie leben aber auch eher selten mit unter 18-Jährigen zusammen (10 %).

Abbildung 10: Minderjährige Kinder, differenziert nach Hauptproblemgruppe

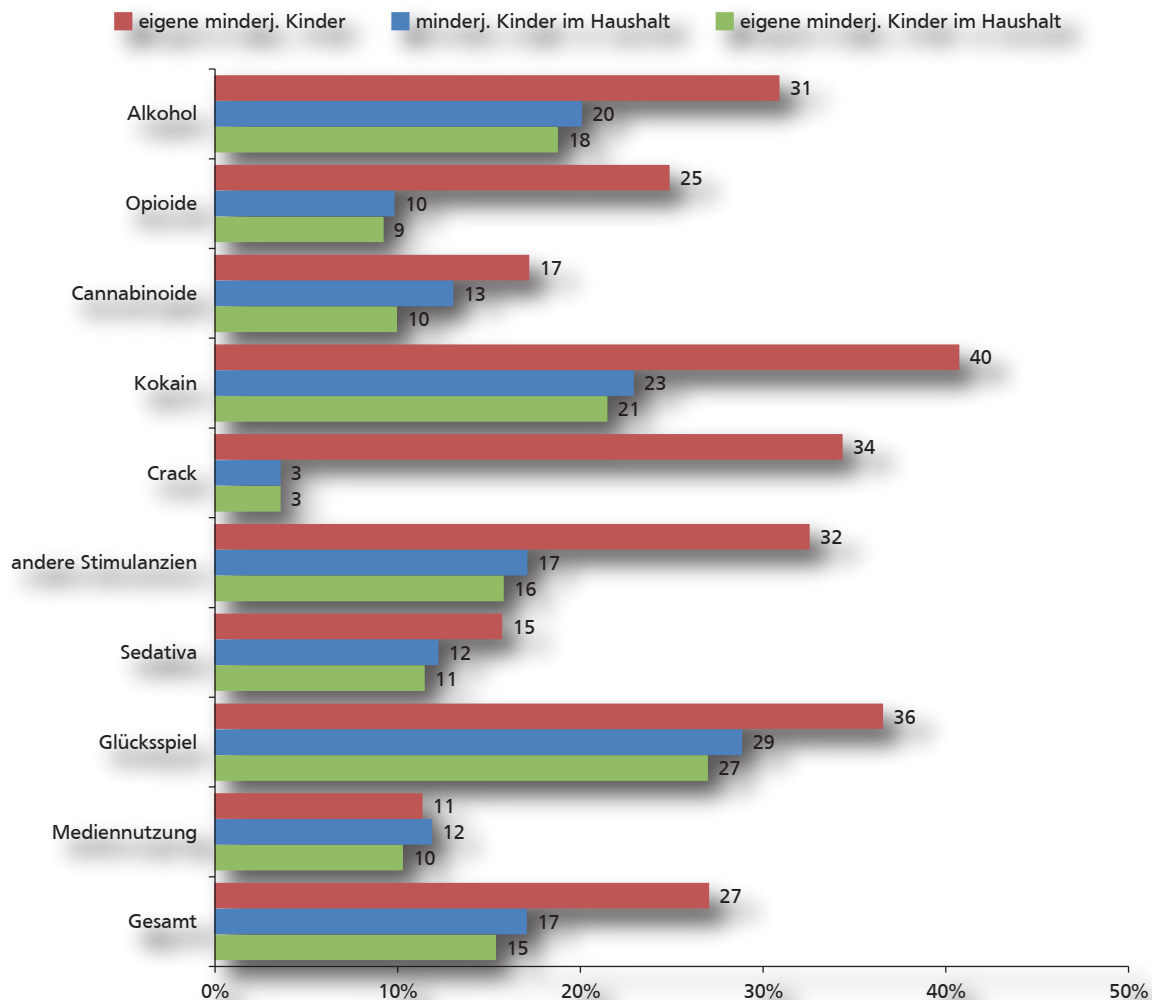
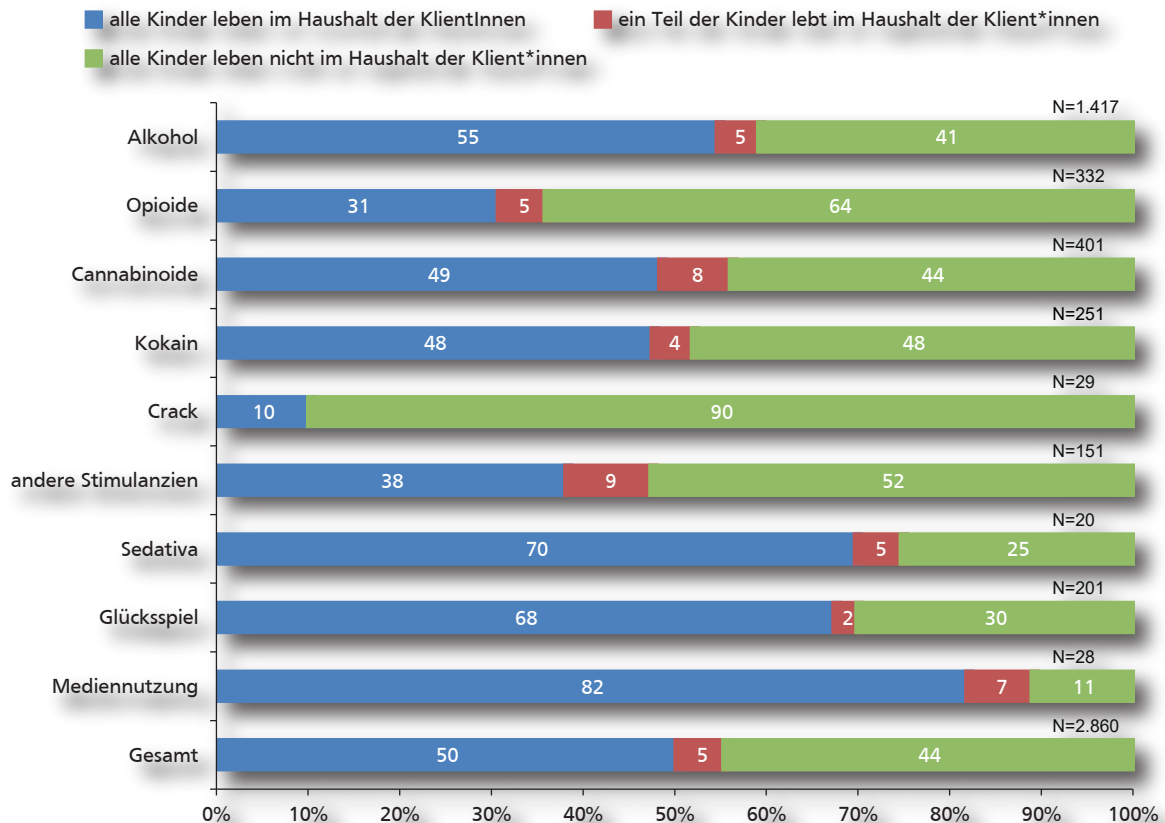


Abbildung 11 gibt differenziert wieder, inwiefern minderjährige Kinder bei den jeweiligen Klient*innen leben oder nicht. Insgesamt leben bei der Hälfte (50 %) derer mit Kindern unter 18 Jahren alle diese Kinder im eigenen Haushalt, bei weiteren 5 % nur ein Teil dieser Kinder und bei 44 % lebt keines der Kinder im eigenen Haushalt. Crack- (90 %), Opioid- (64 %), Stimulanzen- (52 %), Kokain- (48 %) und Cannabinoid-Klient*innen (44 %) sind die Hauptproblemgruppen, bei denen am häufigsten keine der minderjährigen Kinder mit im Haushalt leben. Demgegenüber liegen die Anteile von Eltern, bei denen alle minderjährigen Kinder im Haushalt leben, bei den exzessiv Medien-Nutzenden (82 %), der Sedativa-Klientel (70 %), den problematischen Glücksspieler*innen (68 %) und der Alkohol-Klientel (55 %) vergleichsweise hoch. Hier sind allerdings die teils sehr niedrigen Fallzahlen zu beachten.

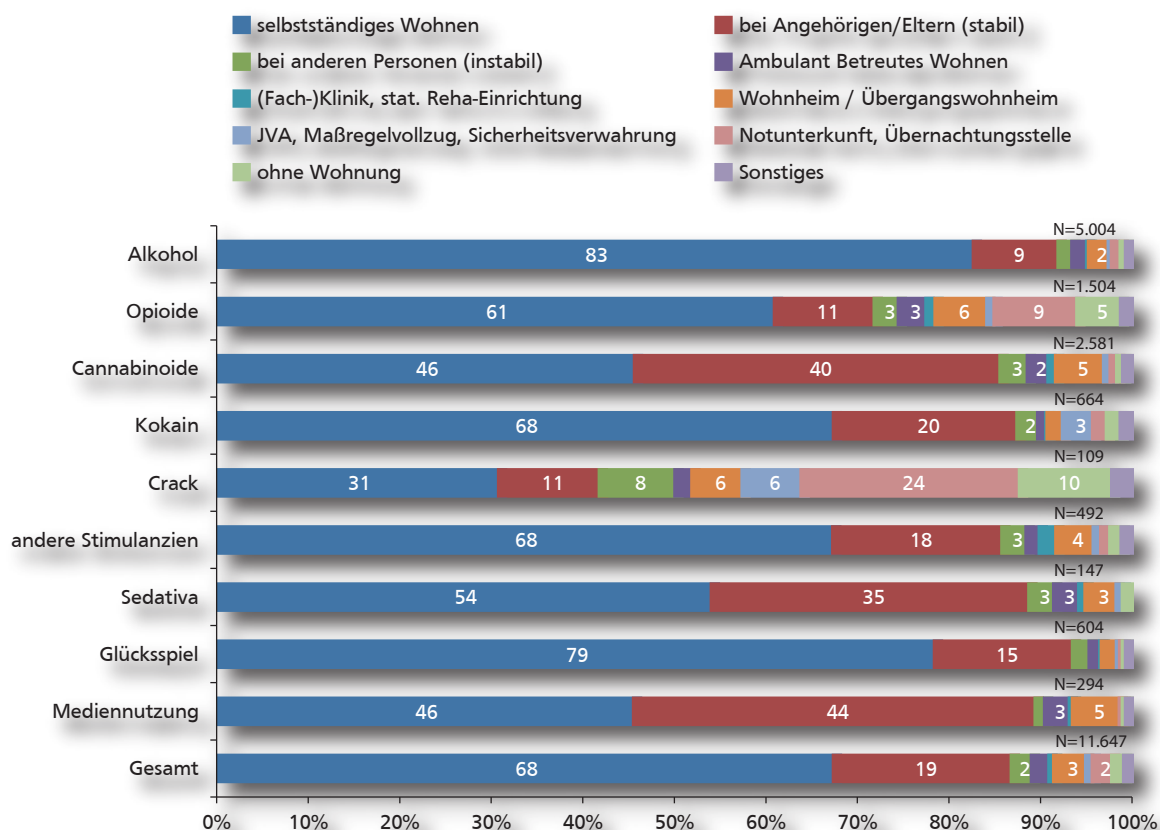
Abbildung 11: Aufenthaltsort der minderjährigen Kinder, differenziert nach Hauptproblemgruppe



Wohnsituation

Mit 87 % wohnt der überwiegende Teil der hessischen Suchthilfe-Klientel selbstständig (68 %), bzw. bei Eltern oder Angehörigen (19 %) (siehe Abbildung 12). Dagegen leben jeweils 2 % bei anderen Personen oder im ambulant Betreuten Wohnen. 8 % befinden sich hingegen in einer prekären Wohnsituation und leben in einer Justizvollzugsanstalt, im (Übergangs-)Wohnheim, in einer Not-schlafstelle oder sind obdachlos. Personen in prekären Wohnsituationen finden sich am häufigsten unter den Konsumierenden von Crack (46 %) und Opioiden (20 %); auch bei Cannabinoid- und Stimulanzien-Konsument*innen (je 7 %) ist dieser Wert vergleichsweise hoch. Bei den übrigen Hauptproblemgruppen leben jeweils nur wenige in einer prekären Wohnsituation.

Abbildung 12: Wohnsituation, differenziert nach Hauptproblemgruppe

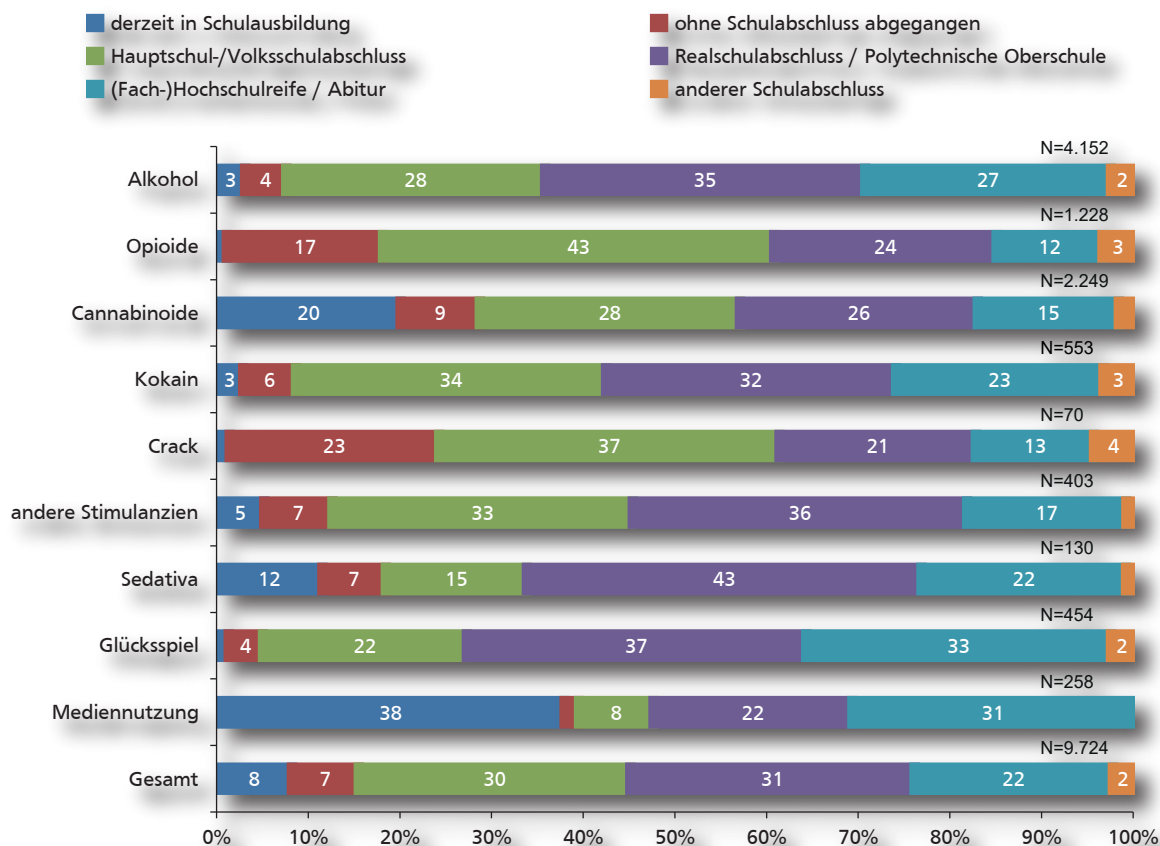


Schulabschluss und Ausbildung

In der hessischen Allgemeinbevölkerung (ab 15 Jahren) hatten im Jahr 2024 40 % ein Abitur, 26,5 % einen Realschulabschluss, 23 % einen Hauptschulabschluss und 6 % keinen Abschluss (4 % waren noch in schulischer Ausbildung).¹⁴ Die Klientel der ambulanten Suchthilfe weist im Durchschnitt ein niedrigeres Niveau an Schulbildung auf als dies in der Allgemeinbevölkerung Hessens der Fall ist: 7 % haben keinen Schulabschluss, 31 % einen Real- und 30 % einen Hauptschulabschluss, wogegen lediglich 22 % Abitur haben (siehe Abbildung 13). 8 % der Klient*innen sind noch in schulischer Ausbildung. Ein besonders niedriger Bildungsstand liegt in der kleinen Gruppe derer mit Hauptproblem Crack vor, in der 23 % Personen ohne Schulabschluss abgegangen sind, gefolgt von den Opioid-Konsumierenden, bei denen dies für einen Anteil von 17 % gilt. In diesen beiden Klientelgruppen (37 % bzw. 43 %) sowie den Kokain- (34 %) und anderen Stimulanzien-Konsumierenden (33 %) gibt es auch die höchsten Anteile von Hauptschulabgänger*innen. Bei der Opioid-Klientel liegt mit 12 % auch der niedrigste Anteil von Abiturient*innen vor. Nach wie vor ist der Anteil der Personen, die noch zur Schule gehen, unter Cannabinoid-Konsumierenden und exzessiv Medien-Nutzenden (20 % bzw. 38 %) besonders hoch. Bei jenen mit dem Hauptproblem Mediennutzung ist zudem eine relativ hohe Schulbildung festzustellen: Hier sind lediglich 2 % ohne Schulabschluss abgegangen, gleichzeitig finden sich nach den problematisch Glücksspielenden (33 %) die meisten (Fach-)Abiturient*innen in dieser Gruppe (31 %). An dritter Stelle folgt die Alkohol-Klientel mit einem entsprechenden Anteil von 27 %.

¹⁴ Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, Code 12211-1100, abgerufen am 23.02.2025; eigene Berechnungen (<https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/table/12211-1100>)

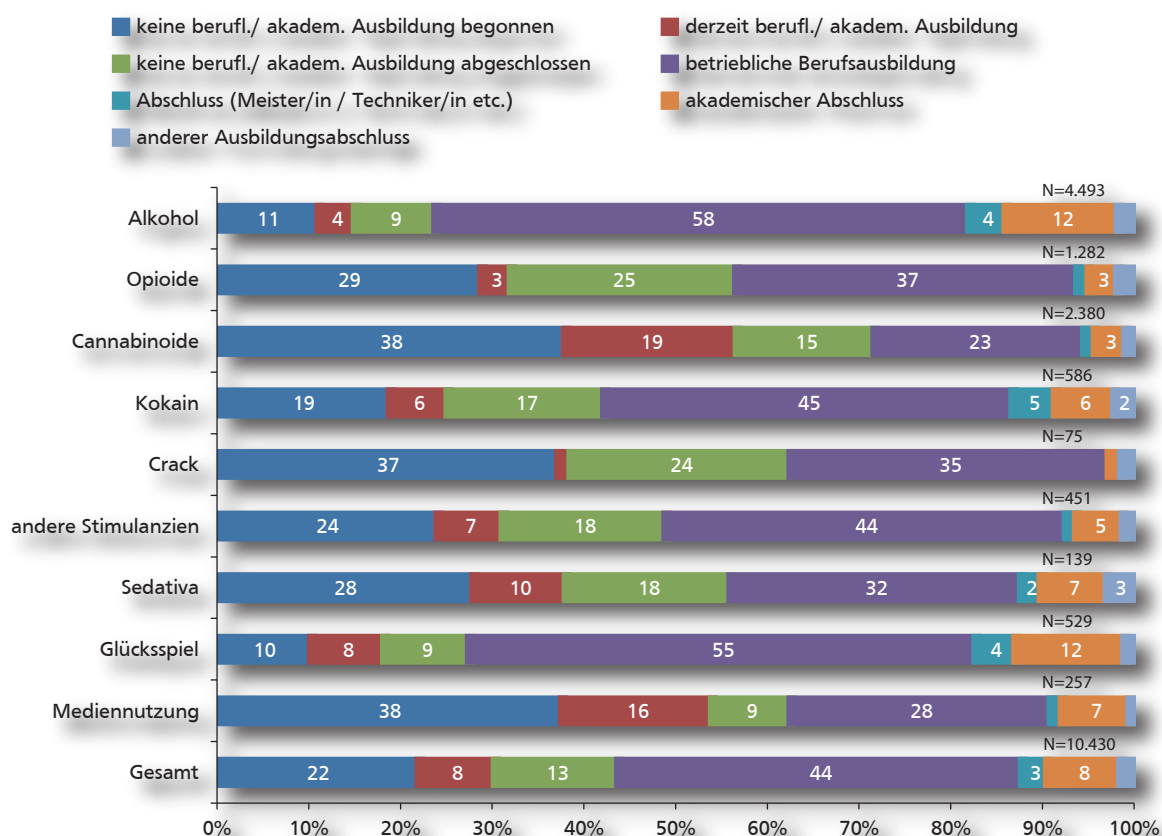
Abbildung 13: Schulabschluss, differenziert nach Hauptproblemgruppe



44 % der hessischen Suchthilfe-Klientel verfügen über eine abgeschlossene Berufsausbildung, weitere 8 % über einen Hochschulabschluss, 3 % über einen Meister-/Technikerabschluss und 1 % über einen anderen Abschluss (siehe Abbildung 14); 8 % befinden sich aktuell in der Hochschul- bzw. Berufsausbildung. Demgegenüber haben 13 % ihre Ausbildung bzw. ihr Studium nicht abgeschlossen und 22 % haben bisher noch keine Ausbildung oder Studium begonnen.¹⁵ Die höchsten Anteile für Klient*innen mit abgeschlossener Berufsausbildung oder abgeschlossenem Studium (inklusive Meister/Techniker und andere Abschlüsse) sind in den Hauptproblemgruppen Alkohol (76 %) und problematisches Glücksspielen (72 %) vorhanden. Opioid- und Crack-Konsument*innen weisen mit jeweils 25 % bzw. 24 % die höchsten Anteile für eine nicht abgeschlossene Hochschul- bzw. Berufsausbildung auf. Cannabinoid-Konsumierende (19 %) und exzessiv Mediennutzende (16 %) weisen die höchsten Werte für eine derzeit laufende Ausbildung vor. Der höchste Wert für eine akademische Ausbildung zeigt sich bei der Alkohol-Klientel und den problematisch Glücksspielenden mit je 12 %.

¹⁵ Unter jenen, die nie eine Ausbildung bzw. ein Studium begonnen haben, befinden sich auch diejenigen, die noch zur Schule gehen. Dies erklärt auch die vergleichsweise hohen Werte bei der Cannabinoid- und der Mediennutzungsklientel.

Abbildung 14: Ausbildungsabschluss, differenziert nach Hauptproblemgruppe



Erwerbssituation und Schulden

Um die soziale Situation der ambulanten Suchthilfe-Klientel zu bewerten, erscheint zunächst ein Abgleich mit der Arbeitslosenquote der Allgemeinbevölkerung sinnvoll. Diese Quote lag in Hessen im Jahresdurchschnitt 2024 bei 5,5 %.¹⁶ Demgegenüber beziehen 26 % der Klient*innen der Suchthilfe Arbeitslosengeld I oder Bürgergeld; weitere 4 % erhalten Sozialhilfe nach SGB XII (siehe Abbildung 15).

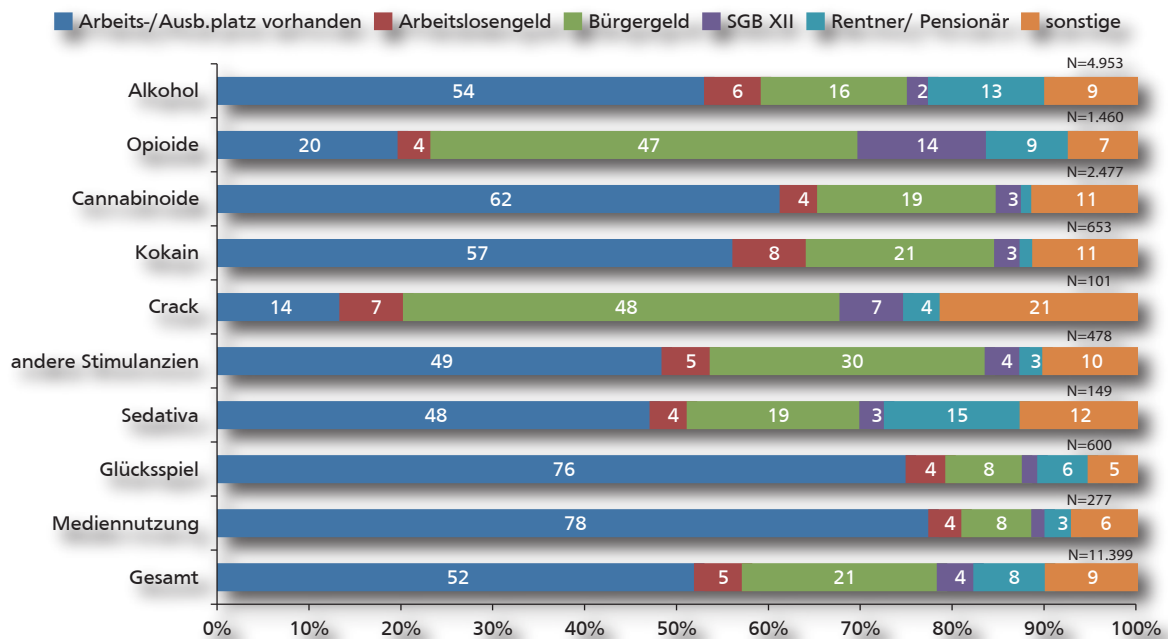
Mit insgesamt 65 % sind die Opioid-Klient*innen diejenige Gruppe, die am häufigsten arbeits- bzw. erwerbslos (ALG I/Bürgergeld/SGBX II) ist, gefolgt von den Crack-Konsument*innen (62 %). Auch Klient*innen mit Stimulanzien als Hauptproblembereich sind vergleichsweise oft arbeits- bzw. erwerbslos (39 %). Am niedrigsten liegt der Arbeitslosenanteil bei den exzessiven Mediennutzer*innen (13 %) und den problematisch Glücksspielenden (14 %). Festzuhalten ist allerdings weiterhin, dass die Arbeitslosigkeit in sämtlichen Hauptproblemgruppen diejenige der Allgemeinbevölkerung jeweils um ein Vielfaches übersteigt.

Insgesamt bestreiten lediglich 52 % der hessischen Suchthilfe-Klientel ihren Lebensunterhalt mit bezahlter Arbeit (bzw. sind noch in der Schule oder Ausbildung). Am häufigsten haben mit 78 % bzw. 76 % exzessive Mediennutzer*innen und problematisch Glücksspielende einen Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz, gefolgt von der Cannabinoid- (62 %) und der Kokain-Klientel (57 %). 8 % der Suchthilfe-Klientel sind Rentner*innen, wobei hier nicht zwischen den verschiedenen Rentenformen, wie z.B. Alters-, Erwerbsminderungs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, unterschieden

¹⁶ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2514/umfrage/entwicklung-der-arbeitslosenquote-in-hessen-seit-1999/>

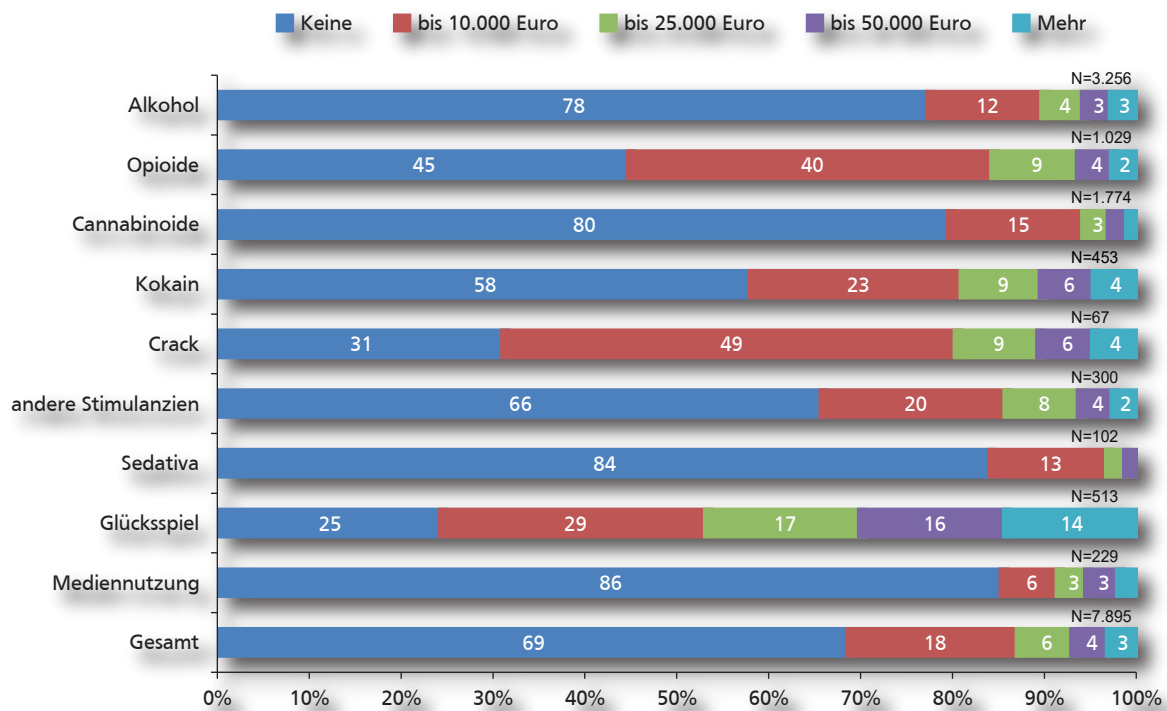
wird. Am höchsten ist dieser Anteil mit 15 % bei der Sedativa-Klientel, gefolgt von den Alkohol-Konsumierenden mit 13 %. Weitere Erwerbssituationen wie z.B. Elternzeit, Krankenstand oder Hausfrau/Hausmann sind in der Kategorie „sonstige“ zusammengefasst.

Abbildung 15: Erwerbssituation, differenziert nach Hauptproblemgruppe



31 % der Klient*innen haben – nach den Einschätzungen der Mitarbeiter*innen der Suchthilfe – aktuell als problematisch anzusehende Schulden (siehe Abbildung 16). In der Mehrheit der Fälle (18 % der gesamten Suchthilfe-Klientel) handelt es sich dabei um (vergleichsweise moderate) Geldbeträge von bis zu 10.000 Euro. 6 % haben zwischen 10.000 und 25.000 Euro, 4 % zwischen 25.000 und 50.000 Euro und 3 % mehr als 50.000 Euro Schulden. Am häufigsten sind mit insgesamt 75 % problematische Glücksspieler*innen verschuldet; hier finden sich auch die höchsten Werte für hohe Schulden (30 % mit mehr als 25.000 Euro). Ebenfalls relativ hohe Anteile von Schuldner*innen zeigen sich bei der Crack-Klientel mit 69 % und der Opioid-Klientel (55 %), wobei jeweils – wie bei den meisten anderen Hauptproblemgruppen – eine Häufung bei eher niedrigen Schuldenbeträgen von maximal 10.000 Euro zu beobachten ist. Eher selten mit Schulden belastet sind hingegen die Personen der Hauptproblemgruppen Mediennutzung (14 %), Cannabinoide (20 %) und Alkohol (22 %).

Abbildung 16: Schuldensituation, differenziert nach Hauptproblemgruppe

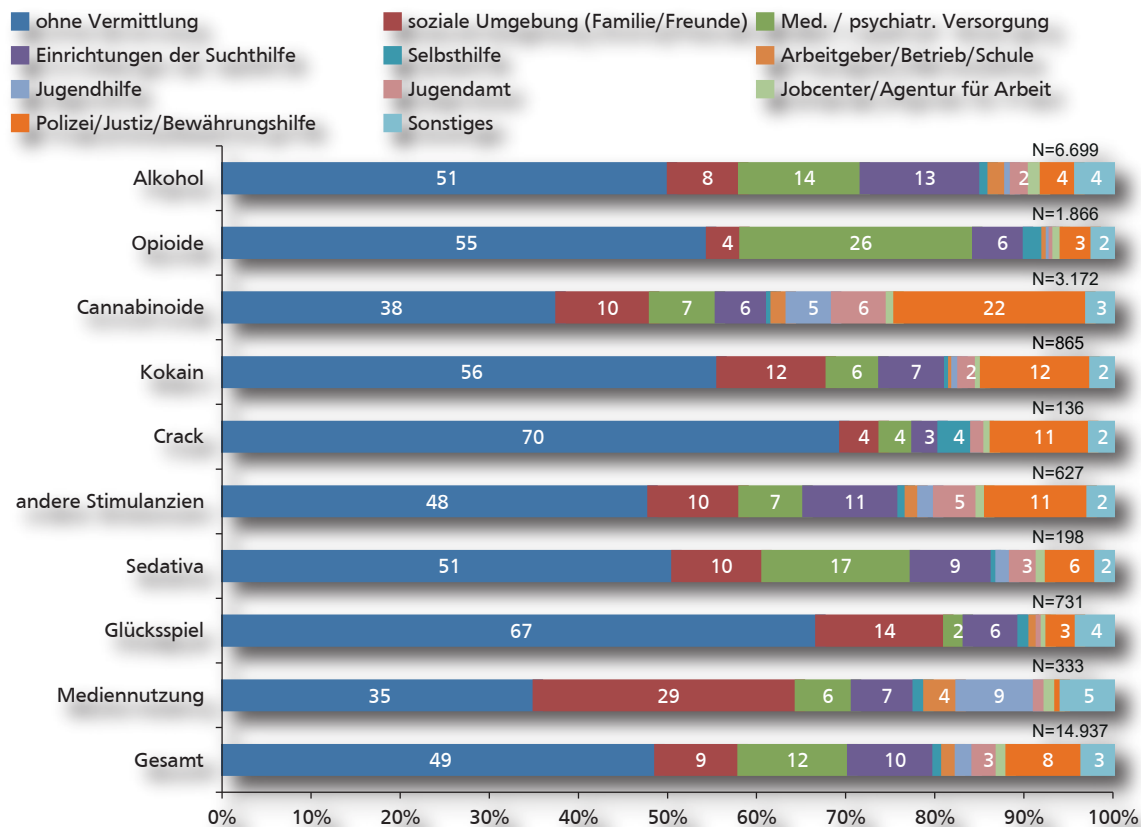


Betreuungen

Die in diesem Abschnitt präsentierten Ergebnisse zu Betreuungen in der ambulanten Suchthilfe in Hessen betreffen Daten zu Betreuungsformen, Betreuungsdauer und Beendigung der jeweiligen Betreuung. Zunächst folgen an dieser Stelle aber Informationen über die Vermittlungswege der Klient*innen. Dabei zeigt sich zunächst, dass 49 % aller Betreuungen ohne Vermittlung zustande kommen (siehe Abbildung 17). 10 % der Klient*innen werden über andere Einrichtungen der Suchthilfe vermittelt, wie Institutsambulanzen, niedrigschwellige Einrichtungen, stationäre Suchthilfe-einrichtungen oder Betreutes Wohnen. 12 % der Vermittlungen erfolgen über das medizinische Versorgungssystem, wie ärztliche und psychotherapeutische Praxen, (psychiatrische) Krankenhäuser, Einrichtungen der Akutbehandlung oder psychiatrische Ambulanzen (PIA). Das Jugendamt (3 %) und die Jugendhilfe (2 %) vermitteln hingegen nur wenige Klient*innen. Fasst man diese Daten zusammen, wird deutlich, dass in rund einem Viertel der Fälle (27 %) Klient*innen über professionelle Hilfen in die Angebote der ambulanten Suchthilfe vermittelt werden. 9 % der Betreuungen erfolgen hingegen durch die soziale Umgebung, u.a. Familie und Freunde, 8 % nach Vermittlung durch Polizei, Justiz oder Bewährungshilfe, 2 % über Arbeitgeber, Betrieb oder Schule und jeweils 1 % über Jobcenter und Agenturen für Arbeit bzw. über die Selbsthilfe.

Dabei zeigen die Alkohol-Klient*innen eher geringe Abweichungen zum durchschnittlichen Wert der Gesamt-Klientel; lediglich die Vermittlung über Polizei/Justiz/Bewährungshilfe erfolgt hier mit 4 % vergleichsweise selten und professionelle Hilfen sind mit insgesamt 30 % relativ häufig die vermittelnde Instanz. Auch die Opioidabhängigen werden mit 32 % überdurchschnittlich häufig durch professionelle Hilfen und eher selten über Polizei/Justiz/Bewährungshilfe (3 %) vermittelt, außerdem spielt die soziale Umgebung (4 %) eher selten eine Rolle. Bei der Cannabinoid-Klientel ist die Vermittlung über Polizei/Justiz/Bewährungshilfe mit 22 % deutlich überrepräsentiert; sie ist hier die häufigste Vermittlungsinstanz. Die Kokain-, Crack- und Stimulanzien-Konsument*innen sind die einzigen weiteren Gruppen, bei denen dieser Wert mit 12 % bzw. jeweils 11 % über dem Durchschnitt liegt. Eine Inanspruchnahme ohne Vermittlung (38 % bzw. 35 %) sowie über professionelle Hilfen (je 13 %) spielt bei der Cannabinoid-Klientel und den exzessiv Mediennutzenden jeweils eine geringere Rolle als bei anderen Klientelen. Einen untergeordneten Stellenwert besitzt die Vermittlung über professionelle Hilfen auch in den Hauptproblemgruppen Crack (7 %), problematisches Glücksspiel (8 %) und Kokain (13 %). Exzessive Mediennutzer*innen weisen mit 29 % den höchsten Wert für eine Vermittlung durch die soziale Umgebung auf, gefolgt von problematisch Glücksspielenden (14 %) und Kokain-Konsument*innen (12 %). In der Gruppe der Crack-Konsumierenden (70 %) werden Betreuungen am häufigsten durch Eigeninitiative in Anspruch genommen, dicht gefolgt von den Glücksspiel-Klient*innen (67 %).

Abbildung 17: Vermittlung in die Betreuung, differenziert nach Hauptproblemgruppe



Betreuungsformen

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

ERLÄUTERUNG

Beratung: Eine professionell durchgeführte Beratung ist eine fundierte konkrete Entwicklungs- und Lebenshilfe. Dabei kann es sich sowohl um eine kurzfristige informationsorientierte Beratung als auch um eine mittel- bis längerfristig angelegte problemorientierte Beratung handeln. Die Beratungstätigkeit erfordert eine flexible, an den individuellen Bedarfen der Klient*innen orientierte Vorgehensweise.

Psychosoziale Betreuung Substituierter (PSB): Hierbei handelt es sich um eine strukturierte, interdisziplinär angelegte und substitutionsbegleitende ambulante Behandlung. Auch die psychosoziale Betreuung im Rahmen einer Behandlung mit einer Anti-Craving-Substanz – das sind Medikamente, die das Suchtverlangen unterdrücken sollen – fällt darunter.

Allgemeine Psychosoziale Betreuung: Diese umfasst komplexe Angebote für chronisch beeinträchtigte substanzabhängige Klient*innen. Die durchgeführten Tätigkeiten betreffen sowohl den sozialen und psychischen als auch den somatischen Bereich und erfordern mittel- bis langfristige Interventionen. Die psychosoziale Betreuung benötigt eine intensive Informations- und Kooperationsarbeit mit allen am Hilfesystem beteiligten Einrichtungen. (Bemerkung: Die Betreuung von Substituierten werden nicht in dieser Kategorie, sondern unter „Psychosoziale Betreuung Substituierter (PSB)“ erfasst.)

Ambulante Rehabilitation (AR): Die AR nach der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ ist eine strukturierte Entwöhnungsbehandlung, die von anerkannten Behandlungsstätten alternativ zu einer stationären Entwöhnung durchgeführt wird. Es gibt ebenfalls die Möglichkeit, im Anschluss an eine stationäre Entwöhnung eine AR durchzuführen: entweder als Kombinationsbehandlung, d.h. ein achtwöchiger stationärer Aufenthalt und direkt im Anschluss eine AR, oder als ambulante Weiterbehandlung, die von der Klinik beantragt werden muss. Die AR setzt Motivation und Fähigkeit zur suchtmittelabstinente Lebensführung, ein stabilisierendes soziales Umfeld und eine zuverlässige Mitarbeit in der Therapie voraus. Darüber hinaus muss die Ausprägung der Störungen auf seelischem, körperlichem und sozialem Gebiet eine ambulante Behandlung zulassen. Leistungsträger sind die Rentenversicherungen und Krankenkassen.

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

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

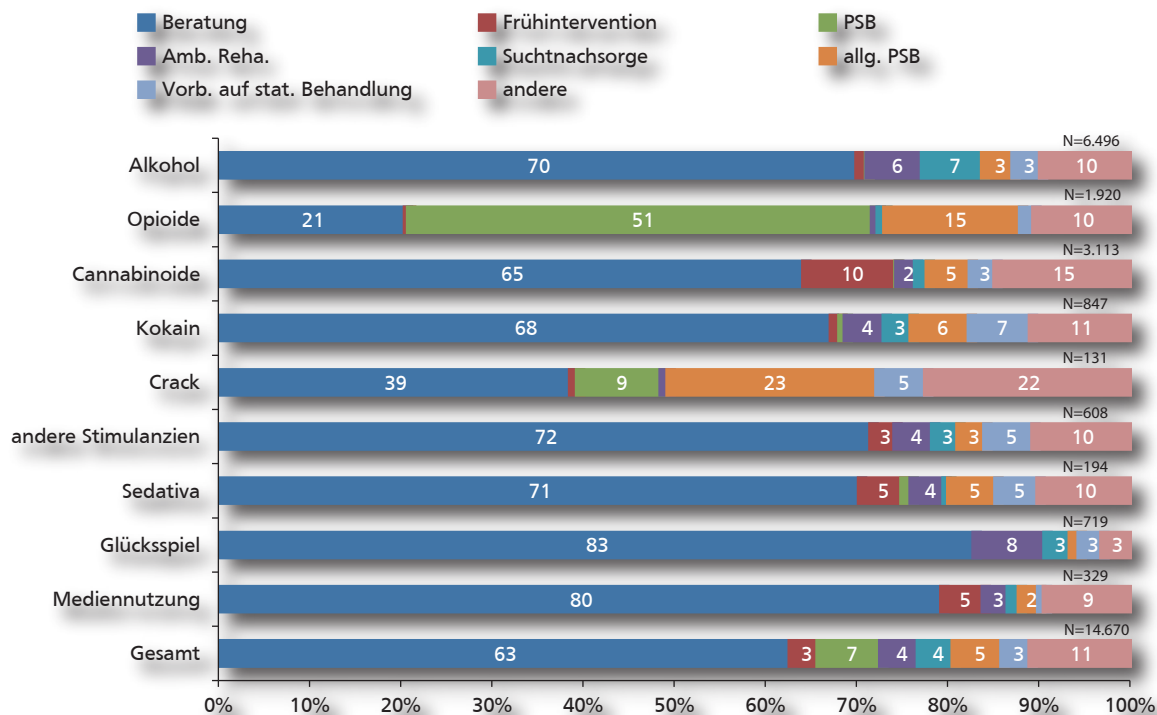
Nachsorge: Nachsorge ist ein wichtiges Instrument zur Sicherung der Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation und ist bei Abhängigkeitserkrankungen wegen der komplexen Beeinträchtigungen von besonderer Bedeutung. Die Nachsorge kommt bei Abhängigkeitskranken grundsätzlich im Anschluss an eine stationäre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

Wie die Abbildung 18 zeigt, ist die Beratung mit einem Anteil von 63 % die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform. Die psychosoziale Betreuung Substituierter (PSB) ist mit 7 % die zweithäufigste Betreuungsform. Bei 5 % der Fälle handelt es sich um Allgemeine Psychosoziale Betreuung, bei jeweils 4 % um Ambulante Rehabilitation oder um Maßnahmen der Suchtnachsorge und bei jeweils 3 % um Frühinterventionen oder um Vorbereitungen auf stationäre Behandlungen. Andere Betreuungsformen machen 11 % der Fälle aus.

Wie in den Vorjahren zeigen sich bei der Opioid-Klientel deutliche Unterschiede zur Gesamtverteilung: 51 % der Betreuungen in dieser Gruppe entfallen auf die psychosoziale Betreuung Substituierter. Beratung (21 %), Suchtnachsorge (1 %) sowie Ambulante Rehabilitation (1 %) sind bei den Opioidabhängigen hingegen von untergeordneter Bedeutung; die Frühintervention hat hier fast keine Bedeutung (0,4 %). Bei der Alkohol-Klientel werden die Suchtnachsorge und die

Ambulante Rehabilitation mit Anteilen von 7 % und 6 % sowie die Beratung mit 70 % vergleichsweise häufig in Anspruch genommen. Hohe Anteile für die Beratung liegen außerdem bei den problematisch Glücksspielenden (83 %), Klient*innen mit exzessiver Mediennutzung (80 %) sowie den Stimulanzen- (72 %) und Sedativa-Konsument*innen (71 %) vor. Die Gruppe der Cannabinoid-Konsumierenden ist die einzige mit einem nennenswerten Anteil von Frühintervention – sie ist hier die zweithäufigste Betreuungsform (10 %).

Abbildung 18: Betreuungsform, differenziert nach Hauptproblemgruppe



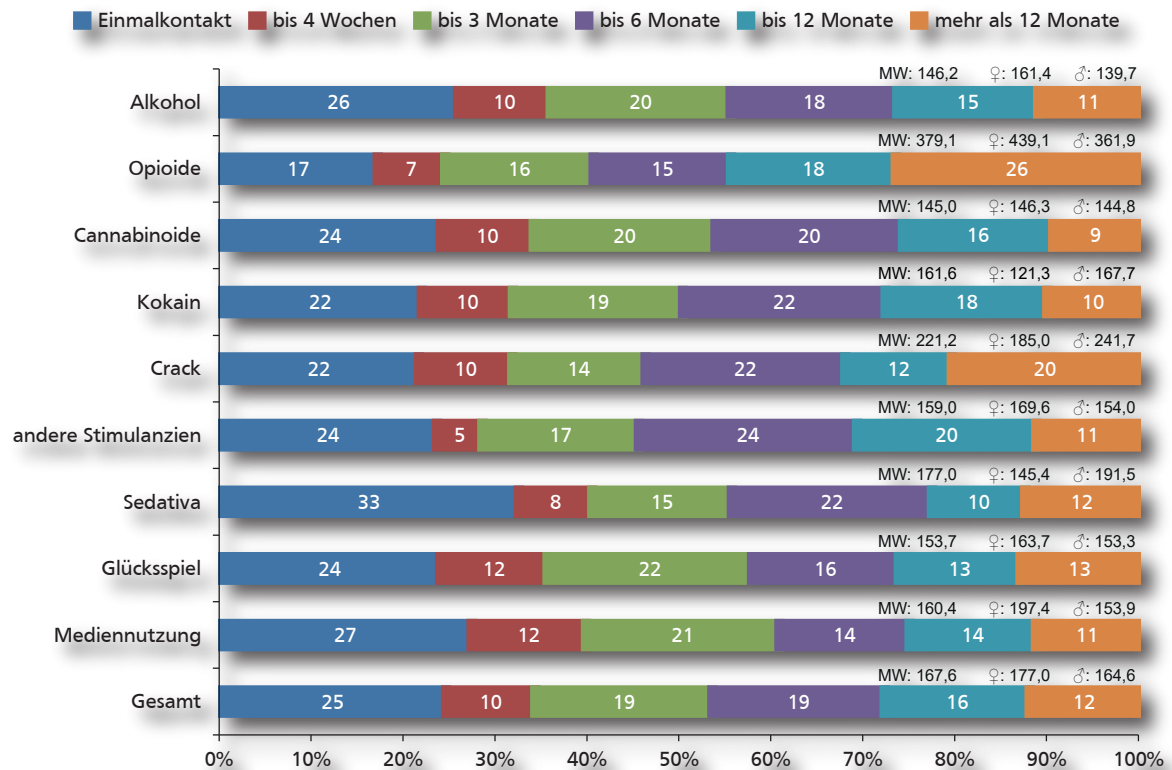
Betreuungsdauer

Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller im Jahr 2024 abgeschlossenen Betreuungen beträgt 167,6 Tage (siehe Abbildung 19). Frauen werden dabei mit durchschnittlich 177,0 Tagen etwas länger betreut als Männer mit 164,6 Tagen. Die Opioid-Klientel weist mit 379,1 Tagen den mit Abstand höchsten Wert auf. Etwas über dem Durchschnittswert liegen auch die Konsument*innen von Crack (221,2 Tage) und Sedativa (177,0 Tage). Die niedrigsten durchschnittlichen Betreuungsdauern finden sich bei der Cannabinoid-Klientel (145,0 Tage) und den Alkohol-Klient*innen (146,2 Tage).

Wie die Abbildung 19 zeigt, beschränkt sich ein Viertel der im Jahr 2024 abgeschlossenen Betreuungen auf Einmalkontakte. Weitere 48 % dauern nicht länger als ein halbes Jahr – hiervon sind 10 % maximal 4 Wochen lang, weitere 19 % zwischen 1 und 3 Monaten und ebenso viele (19 %) zwischen 3 und 6 Monaten. 16 % liegen zwischen 6 und 12 Monaten und 12 % dauern länger als ein Jahr. In der Betrachtung der Problemgruppen gibt es zunächst nur geringe Unterschiede, was den Anteil der Einmalkontakte angeht: Dieser bewegt sich jeweils zwischen 17 % (Opioid-Konsumierende) und 26 % (Alkohol-Konsumierende), ausgenommen die kleinen Gruppen der Sedativa-Konsument*innen und der exzessiv Mediennutzenden, bei denen sich jeweils 33 % bzw. 27,5 % aus Einmalkontakten rekrutieren. Exzessiv Mediennutzende und problematisch Glücksspielende weisen mit 60 % bzw. 58 % insgesamt den größten Anteil von kurzen Betreuungsphasen (weniger als 3 Monate) auf; dicht gefolgt von den Alkohol- und Sedativa-Konsumierenden (je

56 %) sowie den Cannabinoid-Klient*innen (54 %). Die Opioid-Klientel weist mit 26 % den größten Anteil längerer Betreuungen (über 12 Monate) auf, gefolgt von den Crack-Konsumierenden mit 20 %.

Abbildung 19: Betreuungsdauer der abgeschlossenen Betreuungen in Kategorien, differenziert nach Hauptproblemgruppe (N= 9.059)



Betreuungsende

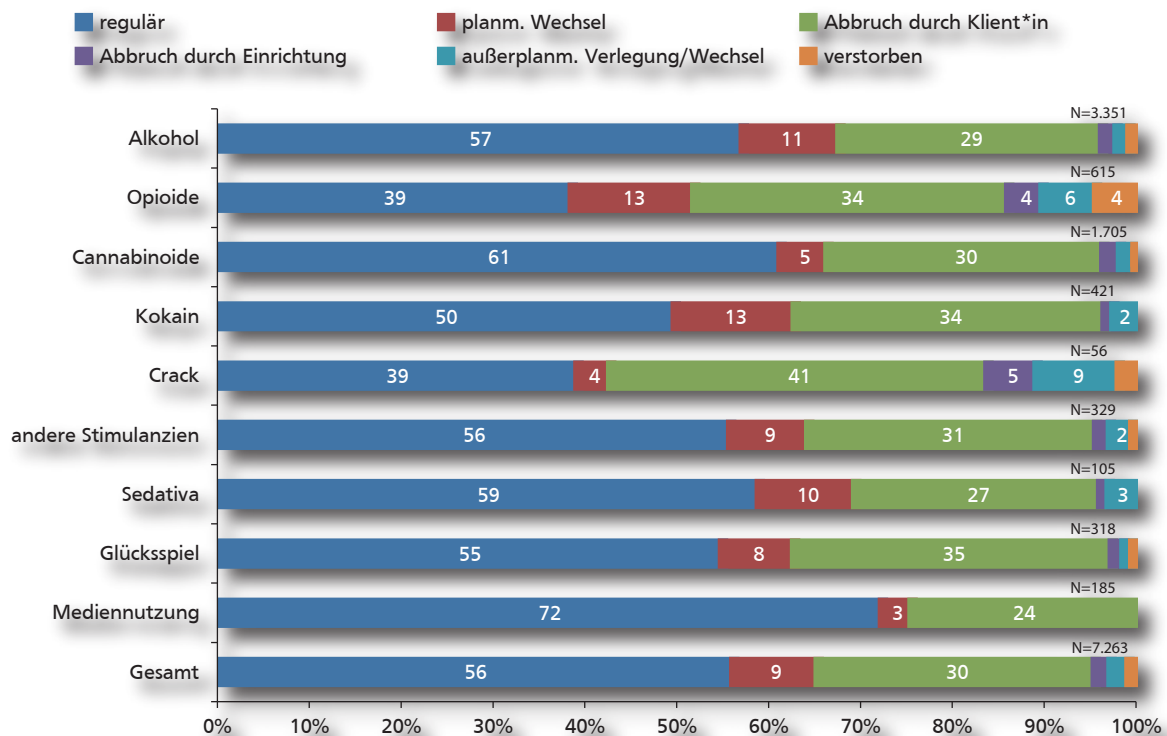
Zum Jahresende waren 59 % der im Jahr 2024 erfassten Betreuungen beendet; dementsprechend dauern 41 % noch an. Bei der Opioid-Klientel zeigt sich der niedrigste Anteil an beendeten Betreuungen (37 %), während eine vergleichsweise hohe Quote beendeter Betreuungen bei den Sedativa-Konsumierenden (68 %), den exzessiv Medien-Nutzenden (67 %) sowie der Cannabinoid- (64 %) und der Stimulanzen-Klientel (63 %) vorliegt.

Insgesamt 65 % der Betreuungen werden planmäßig abgeschlossen: Dabei handelt es sich entweder um eine reguläre Beendigung (56 %) oder um eine planmäßige Weitervermittlung in ein anderes Angebot (9 %; siehe Abbildung 20). 30 % der Betreuungen werden durch die Klient*innen und 2 % durch die Einrichtung abgebrochen; bei ebenfalls 2 % wird die Betreuung durch einen außerplanmäßigen Wechsel oder eine Verlegung beendet. 1 % der Klient*innen verstarben während der Betreuung.

Zwischen den Hauptproblemgruppen zeigen sich erhebliche Differenzen hinsichtlich des Beendigungsgrundes: So brechen problematisch Crack-Konsumierende am häufigsten ihre Betreuung selbst ab (41 %), gefolgt von den problematisch Glücksspielenden (35 %) und den Opioid- und Kokain-Klient*innen (je 34 %). Bei den Hauptproblembereichen Mediennutzung (24 %), Sedativa (27 %) und Alkohol (29 %) ist dies hingegen unterdurchschnittlich häufig der Fall. Bei den Crack- (9 %) und Opioid-Klient*innen (6 %) führt vergleichsweise häufig ein außer-

planmäßiger Wechsel in eine andere Betreuungsform zum Betreuungsende. Diese beiden Hauptproblemgruppen weisen zudem mit jeweils 39 % besonders geringe Zahlen an regulären Beendigungen auf. Vergleichsweise häufig werden Betreuungen von den exzessiven Medien-nutzer*innen regulär beendet (72 %), gefolgt von der Cannabinoid-Klientel (61 %).

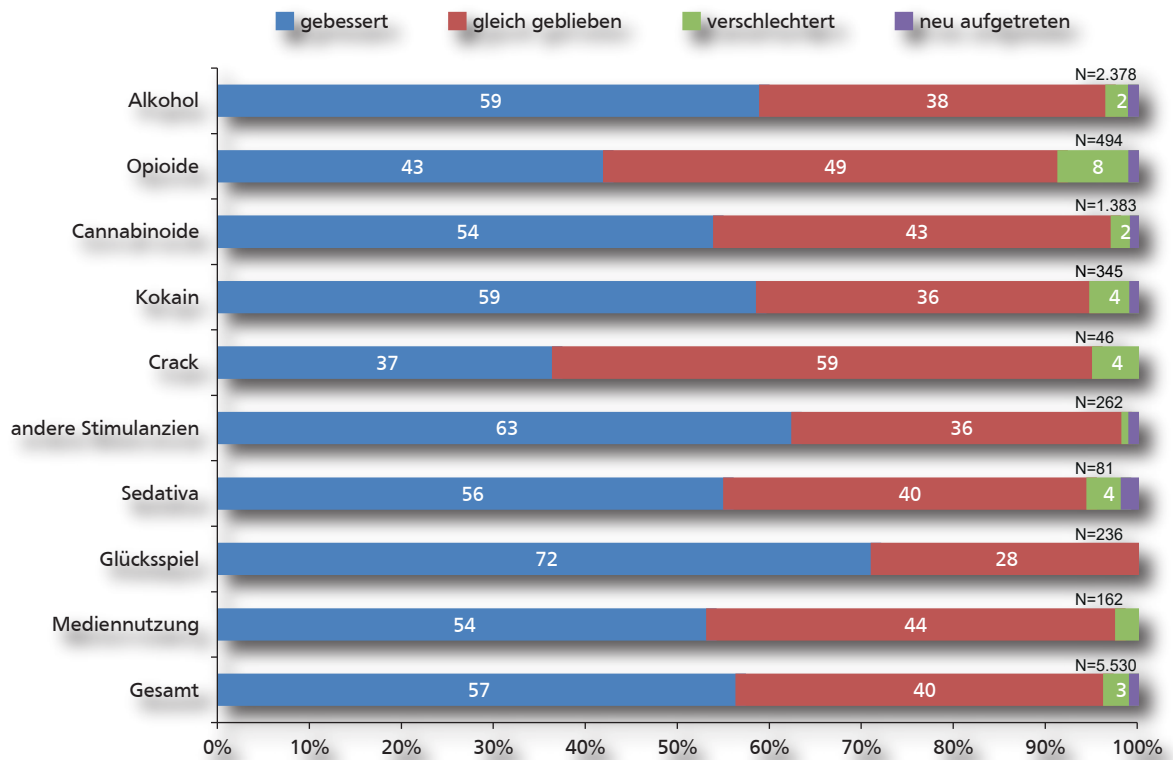
Abbildung 20: Beendigungsgrund, differenziert nach Hauptproblemgruppe



Betrachtet man die Suchtproblematik und das (Drogen-)Konsumverhalten zum Betreuungsende, so zeigt sich, dass bei 57 %, d. h. einem erheblichen Teil der Betreuungen, eine Verbesserung erreicht werden konnte (siehe Abbildung 21). 40 % der Klient*innen weisen am Ende ihrer Betreuung eine unveränderte Suchtproblematik auf, bei 3 % hat sich diese verschlechtert und bei 0,3 % ist während der Betreuung mindestens eine neue Suchtproblematik aufgetreten.

Die Crack- und Opioid-Klientel unterscheiden sich hinsichtlich der Problematik am Betreuungsende deutlich von den übrigen Hauptproblemgruppen: Mit 37 % bzw. 43 % zeigen sich hier besonders niedrige Anteile von Klient*innen, deren Problematik sich verbessert hat. Bei den Crack-Klient*innen hat sich die Situation bei 59 % nicht verändert, bei der Opioid-Klientel sind es mit 49 % etwas weniger. Der höchste Anteil von Betreuungen mit einer gebesserten Problematik ist aktuell unter den problematisch Glücksspielenden zu beobachten (72 %), gefolgt von Alkohol- und Kokain-Konsument*innen (jeweils 59 %).

Abbildung 21: Problematik am Betreuungsende, differenziert nach Hauptproblemgruppe



Regionale Aspekte

An dieser Stelle erfolgt eine kurze regionalspezifische Auswertung mit ausgewählten Ergebnissen. In einer vergleichenden Perspektive werden dabei die Daten des Jahres 2024 über die Klientel und die in Anspruch genommenen Betreuungen aus folgenden drei regionalen Kategorien genutzt:

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

Der Anteil weiblicher Personen unter der Suchthilfe-Klientel liegt in den drei regionalen Kategorien kaum auseinander: am höchsten ist er mit 27 % in Frankfurt und in den Landkreisen, am niedrigsten mit 25 % in den Großstädten (siehe Tabelle 7). Auch im Hinblick auf das Alter zeigen sich nur geringfügige regionalspezifische Unterschiede. Das Durchschnittsalter der Gesamt-Klientel liegt zwischen 37,6 und 38,4 Jahren, wobei auffällt, dass die Frauen in den Landkreisen im Mittel 2,7 Jahre älter sind als die Männer.

Größere Abweichungen ergeben sich jedoch, wenn nach den Hauptproblemgruppen differenziert wird: Bei 31 % der im Jahr 2024 in den Frankfurter Einrichtungen betreuten Klient*innen handelt es sich um Opioidabhängige, während bei einem guten Viertel ein Alkoholproblem im Vordergrund der Betreuung steht (26 %). In den Landkreisen und Großstädten stellt sich dieses Verhältnis gänzlich anders dar: Die Anteile der Alkohol-Klientel liegen hier bei 49 % bzw. 44 %, während sich diejenigen für die Opioid-Klientel auf 9 % bzw. 10 % belaufen. Ferner gibt es in Frankfurt einen besonders hohen Anteil von Kokain- und Crack-Klient*innen (8 % bzw. 3 %). Zudem ist auffällig, dass der Anteil der problematisch Glücksspielenden in den Großstädten fast doppelt so hoch ist wie in den anderen beiden regionalen Kategorien (8 % zu 5 % bzw. 4 %). Wird ein solcher Vergleich nach dem Durchschnittsalter der jeweiligen Klientel durchgeführt, zeigt sich, dass in den Landkreisen die Alkohol-Klientel den höchsten Altersdurchschnitt aufweist (45,9 Jahre); bei der Glücksspiel-Klientel ist dies in Frankfurt mit 41,9 Jahren der Fall.

Der Anteil von Personen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft liegt in der Metropole Frankfurt mit 43 % am höchsten und in den Landkreisen mit 20 % am niedrigsten. Ebenfalls sind Klient*innen mit einem Migrationshintergrund mit einem Anteil von 47 % in Frankfurt häufiger vorzufinden als in den vier anderen Großstädten mit 36 % (in den Landkreisen 27 %).

Bei der Betrachtung der Erwerbssituation zeigt sich, dass in den Landkreisen und Großstädten der Anteil derjenigen, die über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz verfügen, deutlich größer ist als in der Metropole Frankfurt (55 % bzw. 56 % zu 42 %). Korrespondierend damit ist in Frankfurt der Anteil der Bürgergeld-Beziehenden am höchsten (29 %). Die genannten Unterschiede sind im Wesentlichen auf die unterschiedliche Verteilung der Hauptprobleme zurückzuführen (hoher Anteil von Opioidabhängigen in Frankfurt).

Bei der Analyse einiger ausgewählter Daten zur Betreuung zeigen sich zwischen den drei regionalen Kategorien weitere Unterschiede: So ist es erwähnenswert, dass die Psychosoziale Betreuung Substituierter in Frankfurt einen Anteil von 17 % aller Betreuungen ausmacht. Auch dies steht im Zusammenhang mit dem hohen Anteil von Opioidabhängigen in der Mainmetropole (siehe oben). In den Landkreisen und kreisfreien Städten kommt ihr dagegen mit einem Anteil von 3 % bzw. 6 % eine untergeordnete Bedeutung zu. In diesen regionalen Bezugsräumen ist die Beratung mit Prozentwerten von 67 % bzw. 72 % die mit Abstand häufigste Betreuungsform (Frankfurt: 48 %). Der höchste Anteil bei der Ambulanten Rehabilitation findet sich in den Großstädten mit 9 %.

Die durchschnittliche Dauer abgeschlossener Betreuungen beträgt in Frankfurt 295,1 Tage. Die entsprechenden Werte für die Landkreise und Großstädte betragen 145,1 bzw. 156,9 Tage. Aufgeschlüsselt nach Hauptproblemgruppen zeigt sich, dass die längere Betreuungsdauer in Frankfurt vor allem mit einem vergleichsweise hohen Anteil von länger betreuten Opioidabhängigen (im Mittel 560,6 Tage) zusammenhängt. Aber auch bei der Alkohol-, Cannabinoid- und Glücksspiel-Klientel weist Frankfurt höhere Durchschnittswerte auf.

Beim Beendigungsgrund werden ebenfalls Unterschiede sichtbar: Werden die regulären Beendigungen und planmäßigen Wechsel in eine andere Einrichtung als positive Abschlüsse zusammengezählt, kommen die Landkreise mit 71 % auf den höchsten Wert, die Großstädte folgen mit 60 % und Frankfurt erreicht einen Wert von 51 %.

Tabelle 7: Klientel und Betreuungen im regionalen Vergleich

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Geschlecht			
Männlich	72 %	75 %	72 %
Weiblich	27 %	25 %	27 %
Anderes	0,3 %	0,4 %	0,9 %
Gesamt N	10.203	4.366	3.205
Lebensalter in Kategorien			
bis 18 Jahre	7 %	8 %	6 %
18 bis unter 27 Jahre	19 %	19 %	19 %
27 bis unter 35 Jahre	15 %	19 %	17 %
35 bis unter 45 Jahre	23 %	23 %	27 %
45 bis unter 60 Jahre	26 %	23 %	26 %
60 und älter	9 %	8 %	6 %
Lebensalter in Jahren (Mittelwert)			
Männlich	37,7	37,3	38,4
Weiblich	40,4	38,6	37,0
Anderes	31,7	27,6	25,2
Gesamt	38,4	37,6	37,9
Gesamt N	9.998	4.274	2.971
Hauptproblem			
Alkohol	49 %	44 %	26 %
Opioide	9 %	10 %	31 %
Stimulanzien	5 %	4 %	2 %
Kokain	5 %	6 %	8 %
Crack	0,5 %	0,6 %	3 %
Sedativa	1 %	1 %	1 %
Cannabinoide	21 %	21 %	22 %
Probl. Spielen	5 %	8 %	4 %
Mediennutzung	2 %	3 %	1 %
Sonstiges	2 %	2 %	2 %
Gesamt N	8.261	3.634	2.064
Lebensalter nach Hauptproblem			
Alkohol	45,9	44,0	42,5
Opioide	42,1	41,6	42,7
Cannabinoide	25,9	26,6	25,0
Glücksspiel	37,5	38,2	41,9
Staatsangehörigkeit			
Deutschland	80 %	67 %	57 %
andere EU-Länder	4 %	5 %	9 %
Nicht EU-Länder	15 %	25 %	31 %
staatenlos	1 %	1 %	3 %
Gesamt N	10.203	4.366	3.205

Fortsetzung Tabelle 7: Klientel und Betreuungen im regionalen Vergleich

	Landkreise	Großstädte	Frankfurt
Migrationshintergrund			
kein Migrationshintergrund	73 %	64 %	53 %
selbst migriert	15 %	20 %	26 %
als Kind von Migrant*innen geboren	12 %	16 %	21 %
Gesamt N	7.440	3.160	2.001
Erwerbssituation Betreuungsbeginn			
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	55 %	56 %	42 %
Arbeitslosengeld	6 %	5 %	3 %
Bürgergeld	19 %	20 %	29 %
SGB XII	3 %	3 %	8 %
Rentner*in/Pensionär*in	8 %	6 %	4 %
Sonstige	10 %	9 %	14 %
Gesamt N	7.732	3.358	1.824
zeitl. überwiegender Abschnittstyp der Betreuung			
Beratung	67 %	72 %	48 %
Psychosoz. Betr. Substituierter (PSB)	3 %	6 %	17 %
Ambulante Reha.	8 %	9 %	4 %
Allg. psychosoz. Betreuung	7 %	2 %	8 %
Vorb. auf stat. Behandlung	3 %	3 %	2 %
Andere	12 %	8 %	20 %
Gesamt N	10.360	4.417	3.140
Durchschnittliche Dauer in Tagen (beendete Betreuungen)			
Alkohol	143,7	133,4	202,6
Opioide	257,4	373,6	560,6
Cannabinoide	128,9	141,0	227,6
Glücksspiel	130,4	170,3	198,8
Gesamt	145,1	156,9	295,1
Beendigungsgrund (beendete Betreuungen)			
Regulär	60 %	54 %	43 %
planm. Wechsel	11 %	6 %	8 %
Abbruch durch Klient*in	26 %	36 %	39 %
Abbruch durch Einrichtung	1 %	2 %	5 %
außerplanm. Verlegung/Wechsel	1 %	2 %	4 %
verstorben	1 %	1 %	2 %
Gesamt N	5.019	1.940	1.176

Trends 2015 bis 2024

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Trends in den Grunddaten der hessischen Suchthilfe-statistik dargestellt. Beginnend mit dem Jahr 2015 wird über Veränderungen bzw. Kontinuitäten in 3-Jahres-Schritten berichtet (ferner ist das Vorjahr 2023 einbezogen). Inhaltlich ist hierbei zwischen der Klient*innen- und der Betreuungsebene zu unterscheiden.

Es werden diejenigen Trends geschildert, die in der *COMBASS*-Steuerungsgruppe in den letzten Jahren zu besonderen inhaltlichen Reflektionen und Diskussionen geführt haben. Veränderungen bzw. Kontinuitäten wurden dabei auch auf die Angebotsstrukturen (z. B. Glücksspiel-Klientel) oder gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (z. B. Erwerbssituation) zurückgeführt. Zu möglichen Veränderungen durch die Teillegalisierung von Cannabis (seit April 2024) werden in diesem Bericht keine Aussagen getroffen, weil der Erfahrungszeitraum noch zu kurz ist.

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

Die Basis der folgenden Auswertungen stellen 68 Einrichtungen¹⁷ der ambulanten Suchthilfe dar, die sich über den gesamten Betrachtungszeitraum an der *COMBASS*-Dokumentation beteiligt haben. Wurden Klient*innen oder Personen aus dem sozialen Umfeld in dem jeweiligen Auswertungsjahr von mehreren der beteiligten Einrichtungen betreut, so wurden bei der Zählung der Klient*innen diese Personen nur einmal erfasst. Mit dieser Vorgehensweise wird eine Verzerrung der Ergebnisse durch eine unterschiedliche (jährliche) Datengrundlage ausgeschlossen. Es muss jedoch bei der Betrachtung der folgenden Analysen stets bedacht werden, dass sich damit auch die genannten absoluten Zahlen nur auf einen Teil der dokumentierten Klient*innen insgesamt beziehen.

Personen aus dem sozialen Umfeld, Klient*innen

Der prozentuale Anteil der Personen aus dem sozialen Umfeld¹⁸ an allen betreuten Personen hat über den Betrachtungszeitraum relativ kontinuierlich von 6 % auf 10 % zugenommen (siehe Tabelle 8). Das geht mit einem Anstieg der absoluten Anzahl betreuter Personen aus dem sozialen Umfeld von 916 (2015) auf 1.482 (2024) einher. Dagegen ist die Anzahl der betreuten Klient*innen seit 2014 etwas gesunken, von 14.336 auf aktuell 13.695. Der Anteil der Neuaufnahmen – d. h. der Erstkontakt zur ambulanten Suchthilfe in Hessen findet im jeweiligen Jahr statt – hat seit 2015 von 26 % auf 29 % (2024) leicht zugenommen. Dementsprechend hat es seit 2015 einen Zuwachs bei der absoluten Zahl der Neuaufnahmen gegeben, mit einem Höchstwert im Jahr 2023. Im Jahr 2024 sind es 3.957 Neuaufnahmen.

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

¹⁷ Insgesamt haben sich mehr Einrichtungen über diesen Zeitraum an der Datensammlung beteiligt, aufgrund von unterschiedlichen trägerinternen Löschfristen und Datenschutzkonzepten liegen jedoch die Daten nicht von allen Einrichtungen über den gesamten Zeitraum vor.

¹⁸ Einmalkontakte werden hier nicht mitgezählt.

zusammenhängen können. Zudem beziehen sich die Daten nur auf einen Teil der insgesamt am COMBASS Projekt beteiligten Einrichtungen.

Werden die Entwicklungen bei den Personen aus dem sozialen Umfeld sowie bei den Klient*innen geschlechtsspezifisch betrachtet, zeigt sich, dass bei den Personen aus dem sozialen Umfeld der stark dominierende Anteil der Frauen seit 2015 von 77 % auf 74 % etwas zurückgegangen ist (siehe Tabelle 8). Bei den Klient*innen ist der Anteil der weiblichen Personen auf einem sehr konstanten, wenn auch wesentlich niedrigeren Niveau: bei etwas mehr als einem Viertel (27 % bzw. 28 %).

Tabelle 8: Anteil Personen aus dem sozialen Umfeld, Klient*innen, 2015 bis 2024 (gleiche Einrichtungen, N=68)

	2015	2018	2021	2023	2024
Klient*innen	94 % 14.336	93 % 14.424	91 % 13.160	91 % 14.000	90 % 13.695
Personen aus dem soz. Umfeld	6 % 916	7 % 1.042	9 % 1.282	9 % 1.460	10 % 1.482
Anteil Frauen					
Klientinnen	28 %	27 %	27 %	27 %	28 %
Personen aus soz. Umfeld	77 %	77 %	75 %	73 %	74 %
Anteil Neuaufnahmen					
Klient*innen	26 % 3.662	26 % 3.693	29 % 3.829	30 % 4.204	29 % 3.957

Alter der Klient*innen

Wie der Tabelle 9 zu entnehmen ist, hat sich das Durchschnittsalter der Klient*innen zwischen 2015 und 2024 kaum erhöht (aktueller Wert: 39,4 Jahre). Dabei zeigt sich, dass das Durchschnittsalter der Frauen immer um 2 bis 3 Jahre höher ist als das der Männer (2024: 40,7 zu 38,9 Jahre). Auch das durchschnittliche Alter der (jährlichen) Neuaufnahmen hat sich im Betrachtungszeitraum nur unwesentlich geändert, im Jahr 2024 liegt der entsprechende Wert bei 34,7 Jahren.

Tabelle 9: Durchschnittsalter nach Geschlecht, 2015 bis 2024 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=68)

	2015	2018	2021	2023	2024
Männer	38,4	38,7	37,8	38,4	38,9
Frauen	41,2	42,0	40,6	41,3	40,7
Gesamt	39,2	39,6	38,6	39,2	39,4
Gesamt N	16.011	16.098	14.902	16.050	15.900
Neuaufnahmen	34,4	34,1	33,5	34,4	34,7
Neuaufnahmen N	4.841	4.856	5.156	5.667	5.582

Zusammengenommen könnten diese beiden Entwicklungen derart interpretiert werden, dass die Haltekraft der ambulanten Suchthilfe bei ihrer Klientel sehr stabil ist, während gleichzeitig bei den Neuaufnahmen seit Jahren auch jüngere Altersgruppen erreicht werden. Ein differenzierter Blick auf die verschiedenen Hauptproblemgruppen zeigt jedoch, dass es hier teilweise unterschiedliche Entwicklungen gibt.

Wird eine solche Auswertung differenziert nach den Hauptproblemgruppen Alkohol, Opioide und Cannabinoide vorgenommen, ergibt sich bei der Alkohol-Klientel ein seit dem Jahr 2018 konstantes Durchschnittsalter von 46,5 Jahren (siehe Tabelle 10). Auch bei den Neuaufnahmen stellt sich das Durchschnittsalter mit gut 43 Jahren über die Jahre stabil dar. Bei der Gruppe der Opioidabhängigen ist eine deutliche Zunahme des Alters bei den Klient*innen bis 2023 auszumachen (von 42,8 auf 46,4 Jahre); erstmals im aktuellen Berichtsjahr fällt es wieder auf 45,7 Jahre. Auch bei den Neuaufnahmen gibt es hier im Jahr 2024 einen Rückgang des mittleren Alters – und zwar deutlich um 3 Jahre gegenüber dem Vorjahreswert (von 39,5 auf 36,6 Jahre). Dagegen ist bei der Cannabinoid-Klientel das Altersniveau seit 2015 um mehr als 2 Jahre kontinuierlich angestiegen: von 25,4 auf 27,7 Jahre. Das gilt auch für die Neuaufnahmen, bei denen das mittlere Alter von 22,6 auf 25,2 Jahren zugenommen hat.

Tabelle 10: Durchschnittsalter nach Hauptproblemgruppe (Alkohol, Opioide, Cannabis), 2015 bis 2024 (in Jahren, gleiche Einrichtungen, N=68)

	2015	2018	2021	2023	2024
Alle Klient*innen					
Alkohol	46,0	46,5	46,5	46,4	46,5
Opioide	42,8	44,9	45,7	46,4	45,7
Cannabinoide	25,4	26,0	26,0	26,5	27,7
Neuaufnahmen					
Alkohol	43,1	43,5	43,0	43,3	43,3
Opioide	39,4	39,0	39,8	39,5	36,6
Cannabinoide	22,6	23,5	23,7	24,3	25,2

Wenn in einem dritten Schritt das Alter der neu aufgenommenen Klient*innen getrennt nach verschiedenen Alterskategorien betrachtet wird, zeigt sich, dass es bei allen drei Hauptproblemgruppen im Zeitraum 2015 bis 2024 einige Veränderungen im Trend gegeben hat (siehe Tabelle 11). Auffällig ist zum einen, dass sich bei der Alkohol-Klientel der Anteil derjenigen Personen, die zwischen 45 und 60 Jahre alt sind, von 39 % auf 31 % reduziert hat, während sich der relative Anteil der 35- bis unter 45-Jährigen von 18 % auf 25 % erhöht hat. Zum anderen zeigt sich bei den Opioidabhängigen ein prozentuales Anwachsen jüngerer Altersgruppen im aktuellen Berichtsjahr (18 bis unter 27 Jahre: von 7 % in 2015 auf 26 %). Dagegen hat bei der Cannabis-Klientel der relative Anteil Minderjähriger seit 2015 abgenommen (von 28 % auf 22 %).

Tabelle 11: Alterskategorien nach Hauptproblemgruppe (Alkohol, Opioide, Cannabis), 2015 bis 2024 (Neuaufnahmen, gleiche Einrichtungen, N=68)¹⁹

	2015	2018	2021	2023	2024
Alkohol					
unter 18 Jahre	8 %	7 %	6 %	5 %	6 %
18 bis unter 27 Jahre	10 %	10 %	12 %	12 %	11 %
27 bis unter 35 Jahre	12 %	12 %	13 %	13 %	12 %
35 bis unter 45 Jahre	18 %	22 %	23 %	25 %	25 %
45 bis unter 60 Jahre	39 %	36 %	32 %	30 %	31 %
60 und älter	13 %	14 %	14 %	15 %	16 %
Gesamt N	1.693	1.727	1.873	2.051	2.067
Opioide					
unter 18 Jahre	1 %	1 %	1 %	3 %	5 %
18 bis unter 27 Jahre	7 %	7 %	16 %	16 %	26 %
27 bis unter 35 Jahre	27 %	28 %	14 %	17 %	15 %
35 bis unter 45 Jahre	39 %	42 %	39 %	32 %	22 %
45 bis unter 60 Jahre	23 %	20 %	25 %	26 %	25 %
60 und älter	3 %	3 %	5 %	6 %	5 %
Gesamt N	283	199	185	211	201
Cannabis					
unter 18 Jahre	28 %	25 %	25 %	24 %	22 %
18 bis unter 27 Jahre	51 %	52 %	50 %	50 %	46 %
27 bis unter 35 Jahre	14 %	14 %	14 %	14 %	17 %
35 bis unter 45 Jahre	6 %	7 %	9 %	9 %	11 %
45 bis unter 60 Jahre	1 %	3 %	2 %	3 %	4 %
60 und älter	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %
Gesamt N	1.092	1.355	1.573	1.590	1.200

Hauptprobleme

Bei den Hauptproblemen der Klientel zeigt sich, dass der relative Anteil der Klient*innen mit einer Alkoholproblematik in den Jahren 2015 bis 2024 von 40 % und 46 % angestiegen ist (siehe Tabelle 12). Bei der Opioid-Klientel hat dagegen der Prozentwert seit 2015 von 25 % auf aktuell 13 % abgenommen. Bei den Cannabinoid-Konsumierenden ist bis 2021 eine kontinuierliche Zunahme auf 26 % zu beobachten. Seitdem sinkt dieser Wert wieder (2024: 22 %). Bei Kokain hat sich der prozentuale Anteil von 2 % auf 6 % verdreifacht. Dagegen ist bei den problematisch Glücksspielenden der Prozentwert im Jahr 2021 von 6 % auf 4 % zurückgegangen und bleibt seitdem auf diesem niedrigen Niveau.

¹⁹ In dieser und weiteren Tabellen kann es vorkommen, dass die Summe für einige Jahre nicht exakt 100 % ergibt. Dies ist auf Auf- bzw. Abrundungen der Prozentwerte zurückzuführen.

Tabelle 12: Hauptprobleme der Klientel, 2015 bis 2024 (gleiche Einrichtungen, N=68)

	2015	2018	2021	2023	2024
Alkohol	40 % 5.488	42 % 5.858	42 % 5.531	44 % 6.180	46 % 6.085
Opioide	25 % 3.500	21 % 2.905	15 % 1.975	13 % 1.895	13 % 1.718
Stimulanzen	5 % 661	5 % 749	5 % 720	5 % 734	5 % 693
Kokain	2 % 322	3 % 455	5 % 620	5 % 742	6 % 765
Sedativa	0,7 % 90	0,7 % 98	0,8 % 106	1,2 % 167	1,3 % 171
Cannabinoide	18 % 2.423	21 % 2.904	26 % 3.396	24 % 3.440	22 % 2.882
Glücksspiel	6 % 806	6 % 866	4 % 570	4 % 559	4 % 593
Andere	3 % 438	2 % 275	3 % 349	3 % 373	3 % 424
Gesamt N	13.728	14.110	13.267	14.090	13.331

Werden nur die neu aufgenommenen Personen mit Alkoholproblemen betrachtet, zeigt sich, dass sich der relative Anteil der Klient*innen mit einer Alkoholproblematik in den Jahren 2015 bis 2023 ziemlich gleichbleibend zwischen 42 % und 44 % bewegt hat, dann aber im Berichtsjahr auf 47 % angestiegen ist (siehe Tabelle 13). Bei der neuen Opioid-Klientel ist der Prozentwert seit 2015 von 7 % auf aktuell 4 % gesunken. Bei den Cannabinoid-Konsumierenden hat es bis 2021 eine kontinuierliche Zunahme auf bis zu 35 % gegeben; für das Jahr 2024 ist mit 27 % der tiefste Wert seit 10 Jahren zu registrieren. Hier sollte die weitere Entwicklung im Zusammenhang mit der Teillegalisierung beobachtet werden. Bei Kokain hat im betrachteten Zeitraum eine Verdoppelung des prozentualen Anteils von 3 % auf 6 % stattgefunden. Dagegen hat bei den problematisch Glücksspielenden der Prozentwert von 8 % auf 5 % abgenommen.

Tabelle 13: Hauptprobleme der neu aufgenommenen Klientel, 2015 bis 2024 (gleiche Einrichtungen, N=68)

	2015	2018	2021	2023	2024
Alkohol	44 % 1.724	42 % 1.776	43 % 1.932	43 % 2.127	47 % 2.087
Opioide	7 % 288	5 % 206	4 % 187	5 % 233	4 % 201
Stimulanzen	5 % 215	5 % 229	5 % 241	5 % 223	4 % 193
Kokain	3 % 114	3 % 145	5 % 216	6 % 272	6 % 278
Sedativa	0,7 % 29	1,0 % 41	1,0 % 45	1,3 % 64	1,7 % 76
Cannabinoide	28 % 1.104	33 % 1.366	35 % 1.586	33 % 1.614	27 % 1.207
Glücksspiel	8 % 328	9 % 367	4 % 172	4 % 207	5 % 237
Andere	4 % 157	2 % 64	3 % 152	3 % 163	5 % 205
Gesamt N	3.959	4.194	4.531	4.903	4.484

Erwerbssituation

Die Erwerbssituation der Gesamt-Klientel in der ambulanten Suchthilfe in Hessen hat sich in den Jahren 2015 bis 2024 deutlich zum Positiven verändert. Betrug der Anteil der Erwerbstätigen im Jahr 2015 lediglich 24 %, sind es neun Jahre später 37 % (siehe Tabelle 14). Gleichzeitig ist der Anteil der ALG-II-Beziehenden (seit 2023 „Bürgergeld“) sehr deutlich von 42 % auf 22 % zurückgegangen. Trotz dieser positiven Entwicklung bleibt die Erwerbssituation für einen Großteil der Klient*innen prekär. Das zeigt in differenzierter Form die folgende Auswertung nach den Hauptproblemgruppen.

Tabelle 14: Erwerbssituation der Gesamt-Klientel, 2015 bis 2024 (gleiche Einrichtungen, N=68)

	2015	2018	2021	2023	2024
erwerbstätig	24 %	33 %	34 %	36 %	37 %
in Schule/Ausbildung	14 %	13 %	17 %	15 %	13 %
ALG I / Arbeitslosengeld	5 %	5 %	4 %	5 %	5 %
ALG II / Bürgergeld	42 %	32 %	24 %	21 %	22 %
SGB XII	1 %	4 %	5 %	5 %	4 %
berufliche Rehabilitation	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %
sonstige	11 %	13 %	15 %	16 %	17 %
Gesamt N	10.528	11.493	11.536	12.151	11.295

Bei der Alkohol-Klientel ist der prozentuale Anteil von erwerbstätigen Personen seit dem Jahr 2015 um 16 Prozentpunkte von 30 % auf 46 % angewachsen (siehe Tabelle 15). Gleichzeitig hat sich der Anteil der ALG-II-Empfänger*innen (bzw. Bürgergeld) stark reduziert, von 34 % auf aktuell 17 %.

Tabelle 15: Erwerbssituation der Alkohol-Klientel, 2015 bis 2024 (gleiche Einrichtungen, N=68)

	2015	2018	2021	2023	2024
erwerbstätig	30 %	41 %	44 %	46 %	46 %
in Schule/Ausbildung	8 %	6 %	8 %	7 %	6 %
ALG I / Arbeitslosengeld	7 %	6 %	5 %	5 %	6 %
ALG II / Bürgergeld	34 %	24 %	19 %	17 %	17 %
SGB XII	1 %	2 %	3 %	3 %	3 %
berufliche Rehabilitation	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %
sonstige	19 %	18 %	21 %	21 %	22 %
Gesamt N	3.962	4.567	4.698	5.230	5.092

Eine andere Entwicklung ist bei der Opioid-Klientel festzustellen: Der prozentuale Anteil der erwerbstätigen Personen ist seit dem Jahr 2015 nur ganz leicht zurückgegangen, von 17 % auf 15 % (siehe Tabelle 16). Dagegen hat derjenige der ALG-II-Empfänger*innen (Bürgergeld) stark abgenommen: von 63 % auf 46 %. Gleichzeitig ist aber ein deutlicher Anstieg von SGB-XII-Beziehenden zu verzeichnen: von 4 % auf 18 % bis ins Jahr 2023, im aktuellen Berichtsjahr sind es immer noch 15 %. Insgesamt ist damit die berufliche Situation der Opioid-Klientel sehr problematisch. In dieser Gruppe ist ein besonderer Hilfebedarf vorhanden.

Tabelle 16: Erwerbssituation der Opioid-Klientel, 2015 bis 2024 (gleiche Einrichtungen, N=68)

	2015	2018	2021	2023	2024
erwerbstätig	17 %	18 %	17 %	16 %	15 %
in Schule/Ausbildung	2 %	2 %	3 %	3 %	4 %
ALG I / Arbeitslosengeld	3 %	3 %	4 %	4 %	4 %
ALG II / Bürgergeld	63 %	54 %	45 %	43 %	46 %
SGB XII	4 %	10 %	18 %	18 %	15 %
berufliche Rehabilitation	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %
sonstige	10 %	13 %	14 %	16 %	15 %
Gesamt N	2.935	2.520	1.779	1.686	1.474

Bei der Cannabinoid-Klientel hat der Anteil der erwerbstätigen Personen im Beobachtungszeitraum ebenfalls zugenommen. Hier lag der entsprechende Wert schon im Jahr 2018 bei 24 %, seitdem ist er nur leicht auf aktuell 26 % angestiegen (siehe Tabelle 17). Der Prozentanteil von ALG II-Empfänger*innen (Bürgergeld) hat sich seit 2015 von 33 % auf 21 % reduziert, wobei hier erstmalig im Jahr 2024 ein Zuwachs um 4 Prozentpunkte zu beobachten ist. Ferner gibt es einen hohen, aber abnehmenden Anteil von Personen, die sich in der Ausbildung befinden, studieren oder zur Schule gehen (2024: 34 %).

Tabelle 17: Erwerbssituation der Cannabinoid-Klientel, 2015 bis 2024 (gleiche Einrichtungen, N=68)

	2015	2018	2021	2023	2024
erwerbstätig	16 %	24 %	24 %	26 %	26 %
in Schule/Ausbildung	45 %	40 %	43 %	40 %	34 %
ALG I / Arbeitslosengeld	3 %	3 %	3 %	4 %	4 %
ALG II / Bürgergeld	33 %	25 %	19 %	17 %	21 %
SGB XII	0 %	2 %	2 %	2 %	3 %
berufliche Rehabilitation	2 %	1 %	1 %	0 %	1 %
sonstige	1 %	5 %	8 %	11 %	11 %
Gesamt N	1.915	2.426	3.035	3.030	2.469

Betreuungsform

Die Beratung ist die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Betreuungsform in der ambulanten Suchthilfe Hessens. Dabei ist ihr relativer Anteil zwischen 2015 und 2024 kontinuierlich von 42 % auf 59 % angestiegen (siehe Tabelle 18). Dagegen hat es bei der Psychosozialen Betreuung für Substituierte (PSB) in den letzten neun Jahren einen erheblichen Rückgang um 11 Prozentpunkte auf nur noch 7 % gegeben. Das Gleiche gilt für die Ambulante Rehabilitation (AR): Hier ist eine Halbierung des prozentualen Anteils von 12 % auf 6 % zu konstatieren. Die Allgemeine Psychosoziale Betreuung weist ebenfalls einen aktuellen Wert von 6 % auf, und liegt damit ungefähr auf einem gleichbleibend niedrigen Niveau. In der Kategorie „Andere“, die auch im Jahr 2024 einen konstanten Wert von 12 % aller Betreuungen ausmacht, werden verschiedene andere Betreuungsarten, wie schulische und berufliche Integrationshilfen oder Rauchentwöhnung, zusammengefasst.

Tabelle 18: Betreuungsform der Klientel, 2015 bis 2024 (gleiche Einrichtungen, N=68)

	2015	2018	2021	2023	2024
Beratung	42 %	46 %	51 %	55 %	59 %
Frühintervention	3 %	3 %	5 %	5 %	3 %
PSB für Substituierte	18 %	15 %	10 %	8 %	7 %
Ambulante Reha.	12 %	8 %	8 %	7 %	6 %
Suchtnachsorge	1 %	4 %	6 %	4 %	5 %
Allg. psychosoziale Betreuung	6 %	6 %	4 %	5 %	6 %
Vorbereitung auf stat. Behandlung	6 %	5 %	4 %	4 %	3 %
Andere	12 %	12 %	12 %	12 %	12 %
Gesamt N	13.168	13.162	11.967	12.650	12.363

Wird auch hier ein Blick auf die drei Hauptproblemgruppen geworfen, ergeben sich differenziertere Erkenntnisse. Es zeigt sich dann zum einen, dass die Bedeutung der Beratung bei der Alkohol-Klientel seit 2015 stark zugenommen hat (von 46 % auf 64 % in 2024) (siehe Tabelle 19). Gleich-

zeitig hat sich der zahlenmäßige Stellenwert der Ambulanten Rehabilitation (AR) deutlich verringert (zusammengerechnete Anteile 2015: 22 %, 2024: 9 %).²⁰

Bei der Opioid-Klientel ist die dominierende Stellung der Psychosozialen Betreuung für Substituierte auffällig. Im Beobachtungszeitraum ist jedoch ein stetiger Rückgang ihres Anteil von 70 % (2015) auf 55 % (2024) festzustellen (siehe Tabelle 20). Die Beratung spielt bei dieser Klientel eine eher untergeordnete Rolle, wobei hier jedoch ein prozentualer Anstieg zu verzeichnen ist (2024: 19 %). Die restlichen Prozentanteile verteilen sich auf verschiedene andere Betreuungsformen. Hervorzuheben ist hier die Allgemeine Psychosoziale Betreuung mit einem ansteigenden Wert auf aktuell 14 %.

Bei der Cannabinoid-Klientel hat die zahlenmäßige Bedeutung der Beratung noch weiter zugenommen. Der aktuelle Wert liegt bei 63 %, nach dem er acht Jahre zwischen 56 % und 58 % gependelt ist (siehe Tabelle 21). Der Anteil an Frühintervention ist bis 2023 stetig angestiegen (von 9 % auf 16 %); der Anteil beträgt in 2024 nur noch 10 %.

Tabelle 19: Betreuungsform der Alkohol-Klientel, 2015 bis 2024 (gleiche Einrichtungen, N=68)

	2015	2018	2021	2023	2024
Beratung	46 %	51 %	52 %	60 %	64 %
AR Vorbereitungsphase	3 %	3 %	2 %	1 %	1 %
AR Behandlungsphase	9 %	8 %	9 %	8 %	6 %
AR Poststationär	10 %	4 %	0 %	0 %	0 %
AR Weiterbehandlung	0 %	0 %	2 %	2 %	2 %
Suchtnachsorge	2 %	8 %	11 %	8 %	8 %
Vorbereitung auf stat. Behandlung	9 %	7 %	5 %	4 %	2 %
MPU-Beratung	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
Allg. psychosoziale Betreuung	5 %	5 %	3 %	3 %	3 %
Anderes	14 %	12 %	13 %	12 %	11 %
Gesamt N	4.783	4.921	4.485	4.877	4.876

²⁰ as hängt mit dem Wegfall der „AR Poststationär“ zusammen. An ihre Stelle sind die Betreuungsformen „Suchtnachsorge“ (seit 2012) als definiertes Modul der Rentenversicherung, die aber keine Reha-Leistung mehr darstellt (nur geringere Leistungssätze), und die „Ambulante Weiterbehandlung“ (seit 2015/16) getreten. Die Ambulante Weiterbehandlung ist die ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung der vorherigen stationären Phase.

Tabelle 20: Betreuungsform der Opioid-Klientel, 2015 bis 2024 (gleiche Einrichtungen, N=68)

	2015	2018	2021	2023	2024
Beratung	11 %	11 %	14 %	18 %	19 %
PSB für Substituierte	70 %	68 %	65 %	59 %	55 %
amb. Reha	1 %	1 %	2 %	1 %	1 %
Suchtnachsorge	0,0 %	0,3 %	1,3 %	0,6 %	0,8 %
Vorbereitung auf stat. Behandlung	3 %	2 %	3 %	2 %	1 %
Allg. psychosoziale Betreuung	6 %	8 %	6 %	9 %	14 %
Begl. Betr. während anderer Maßn.	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Anderes	7 %	9 %	8 %	10 %	8 %
Gesamt N	3.176	2.581	1.712	1.627	1.487

Tabelle 21: Betreuungsform der Cannabinoid-Klientel, 2015 bis 2024 (gleiche Einrichtungen, N=68)

	2015	2018	2021	2023	2024
Beratung	57 %	56 %	58 %	57 %	63 %
Allgemeine PSB	5 %	6 %	3 %	4 %	4 %
MPU-Beratung	4 %	3 %	2 %	2 %	2 %
Vorbereitung auf stat. Behandlung	6 %	5 %	3 %	3 %	2 %
Frühintervention	9 %	11 %	15 %	16 %	10 %
Ambulante Behandlung	2 %	2 %	1 %	1 %	1 %
Suchtnachsorge	2 %	3 %	5 %	6 %	5 %
Anderes	14 %	14 %	13 %	11 %	11 %
Gesamt N	2.122	2.512	2.915	2.896	2.368

Betreuungsdauer

Die durchschnittliche Dauer der abgeschlossenen Betreuungen stellt sich im Betrachtungszeitraum schwankend dar. Der niedrigste Wert mit 184,3 Tagen findet sich im aktuellen Berichtsjahr, der Höchstwert mit 207,2 Tage im vorherigen Jahr (siehe Tabelle 22). In der kategorialen Betrachtung zeigt sich vor allem eine Zunahme der Einmalkontakte über die Jahre (von 14 % auf 24 %).

Tabelle 22: Durchschnittliche Betreuungsdauer der gesamten Klientel, 2015 bis 2024 (in Tagen und Kategorien, abgeschlossene Betreuungen, gleiche Einrichtungen, N=68)

	2015	2018	2021	2023	2024
Insgesamt					
Einmalkontakt	14 %	18 %	19 %	21 %	24 %
bis 4 Wochen	15 %	14 %	13 %	12 %	10 %
bis 3 Monate	23 %	21 %	20 %	20 %	20 %
bis 6 Monate	18 %	19 %	17 %	18 %	19 %
bis 12 Monate	16 %	15 %	16 %	16 %	15 %
über 12 Monate	14 %	14 %	14 %	14 %	13 %
Mittelwert (in Tagen)	196,2	194,4	200,8	207,2	184,3
Gesamt N	7.498	7.370	7.709	8.390	7.219

Wird die Betreuungsdauer bei den einzelnen Hauptproblemgruppen analysiert, zeigt sich bei den Opioidabhängigen, dass die Betreuung dieser Klient*innen im Vergleich mit den beiden anderen Hauptgruppen mit Abstand am längsten dauert. Der Durchschnittswert für das Jahr 2024 beträgt 391,5 Tage und ist damit gegenüber dem Vorjahr (528,5 Tage) extrem gefallen (siehe Tabelle 23). Zuvor war hier über die Jahre ein kontinuierlicher Anstieg zu beobachten.

Auch bei der Alkohol-Klientel ist die durchschnittliche Betreuungsdauer im aktuellen Berichtsjahr gesunken, und zwar auf einen Niedrigwert von 168,7 Tagen. In den Jahren zuvor lag dieser Wert schwankend zwischen 176 und 190 Tagen. Der Anteil der Einmalkontakte liegt im Jahr 2024 mit 25 % auf einem Höchststand, was auch die vergleichsweise niedrige Betreuungsdauer miterklären dürfte.

Bei der Cannabinoid-Klientel ist dagegen die durchschnittliche Betreuungsdauer im Jahr 2024 wieder deutlich auf 156,7 Tag angestiegen, obwohl es einen Höchstwert bei den Einmalkontakten mit 23 % gibt. Nur im Jahr 2021 lag die mittlere Betreuungsdauer ein wenig darüber.

Tabelle 23: Durchschnittliche Betreuungsdauer nach Hauptproblemgruppe, 2015 bis 2024 (in Tagen und Kategorien, abgeschlossene Betreuungen, gleiche Einrichtungen, N=68)

		2015	2018	2021	2023	2024
Alkohol						
	Einmalkontakt	11 %	18 %	20 %	23 %	25 %
	bis 4 Wochen	15 %	12 %	14 %	11 %	11 %
	bis 3 Monate	24 %	19 %	20 %	20 %	20 %
	bis 6 Monate	20 %	20 %	16 %	18 %	17 %
	bis 12 Monate	17 %	17 %	16 %	15 %	15 %
	über 12 Monate	14 %	14 %	14 %	13 %	12 %
	Mittelwert (in Tagen)	178,6	185,2	175,9	190,1	168,7
	Gesamt N	3.276	3.171	3.332	3.813	3.367
Opioid						
	Einmalkontakt	14 %	16 %	16 %	16 %	17 %
	bis 4 Wochen	10 %	11 %	8 %	9 %	8 %
	bis 3 Monate	16 %	14 %	12 %	16 %	17 %
	bis 6 Monate	14 %	15 %	15 %	14 %	15 %
	bis 12 Monate	17 %	15 %	15 %	15 %	16 %
	über 12 Monate	29 %	30 %	33 %	30 %	27 %
	Mittelwert (in Tagen)	382,4	416,0	504,0	528,5	391,5
	Gesamt N	1.184	924	692	697	563
Cannabinoide						
	Einmalkontakt	16 %	18 %	18 %	18 %	23 %
	bis 4 Wochen	17 %	17 %	16 %	14 %	10 %
	bis 3 Monate	26 %	25 %	21 %	22 %	20 %
	bis 6 Monate	18 %	20 %	19 %	21 %	20 %
	bis 12 Monate	13 %	13 %	17 %	16 %	16 %
	über 12 Monate	10 %	7 %	10 %	10 %	10 %
	Mittelwert (in Tagen)	139,0	125,7	157,5	149,2	156,7
	Gesamt N	1.598	1.854	2.255	2.322	1.762

Art der Beendigung der Betreuung

Bei der Art der Beendigung der Betreuung fällt auf, dass der Anteil regulär beendeter Betreuungen zwischen 2015 und 2024 von 48 % auf 56 % stetig angestiegen ist. Dagegen hat es einen Rückgang beim planmäßigen Wechsel in eine andere Behandlungsform gegeben (von 11 % auf 8 %) (siehe Tabelle 24). Werden diese beiden Kategorien zusammen als „planmäßige Beendigung“ betrachtet, ist es im Beobachtungszeitraum insgesamt zu einer positiven Zunahme von 59 % auf 64 % gekommen.

Tabelle 24: Art der Beendigung der Betreuung bei der gesamten Klientel, 2015 bis 2024 (gleiche Einrichtungen, N=68)

	2015	2018	2021	2023	2024
regulär	48 %	50 %	53 %	54 %	56 %
planmäßiger Wechsel	11 %	9 %	9 %	8 %	8 %
vorz. auf ärztl./therap. Veranl.	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
vorz. mit ärztl./therap. Einverst.	6 %	6 %	6 %	5 %	4 %
vorz. ohne ärztl./therap. Einverst.	28 %	29 %	27 %	28 %	27 %
disziplinarisch	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %
außerplanm. Verlegung/Wechsel	3 %	3 %	3 %	2 %	2 %
verstorben	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Gesamt N	6.108	5.784	5.886	6.308	5.117

Es ergeben sich bei den drei Hauptproblemgruppen unterschiedliche Entwicklungen, wenn die einzelnen Erfassungskategorien der Beendigungsart betrachtet werden. Werden auch hier die beiden positiven Kategorien „regulär“ und „planmäßiger Wechsel“ zusammengefasst, zeigt sich für die Alkohol-Klientel im Beobachtungszeitraum ein leicht ansteigender Prozentwert von 64 % im Jahr 2015 auf 67 % in 2024 (siehe Tabelle 25). Der entsprechende Wert für die Opioid-Klientel hat dagegen bis 2023 auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau geschwankt (38 % bis 44 %), um dann im aktuellen Berichtsjahr auf 50 % zu steigen (siehe Tabelle 26). Bei der Cannabinoid-Klientel bewegt sich der Anteil planmäßiger Beendigungen zwischen 64 % und 68 %, ohne dass dabei ein Trend in die eine oder andere Richtung erkennbar ist (siehe Tabelle 27).

Tabelle 25: Art der Beendigung der Betreuung bei der Alkohol-Klientel, 2015 bis 2024 (gleiche Einrichtungen, N=68)

	2015	2018	2021	2023	2024
regulär	52 %	52 %	55 %	57 %	58 %
planmäßiger Wechsel	12 %	11 %	10 %	9 %	9 %
vorz. auf ärztl./therap. Veranl.	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %
vorz. mit ärztl./therap. Einverst.	6 %	7 %	7 %	5 %	4 %
vorz. ohne ärztl./therap. Einverst.	26 %	26 %	25 %	25 %	25 %
disziplinarisch	0,5 %	1 %	1 %	1 %	1 %
außerplanm. Verlegung/Wechsel	2 %	2 %	1 %	1 %	1 %
verstorben	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Gesamt N	2.739	2.503	2.502	2.809	2.371

Tabelle 26: Art der Beendigung der Betreuung bei der Opioid-Klientel, 2015 bis 2024 (gleiche Einrichtungen, N=68)

	2015	2018	2021	2023	2024
regulär	28 %	30 %	28 %	31 %	37 %
planmäßiger Wechsel	16 %	8 %	11 %	9 %	13 %
vorz. auf ärztl./therap. Veranl.	1 %	2 %	2 %	1 %	1 %
vorz. mit ärztl./therap. Einverst.	4 %	6 %	6 %	6 %	4 %
vorz. ohne ärztl./therap. Einverst.	30 %	36 %	37 %	37 %	31 %
disziplinarisch	6 %	4 %	3 %	4 %	3 %
außerplanm. Verlegung/Wechsel	11 %	10 %	8 %	4 %	5 %
verstorben	3 %	5 %	6 %	7 %	5 %
Gesamt N	960	717	545	540	430

Tabelle 27: Art der Beendigung der Betreuung bei der Cannabinoid-Klientel, 2015 bis 2024 (gleiche Einrichtungen, N=68)

	2015	2018	2021	2023	2024
regulär	56 %	60 %	62 %	61 %	61 %
planmäßiger Wechsel	8 %	6 %	6 %	5 %	5 %
vorz. auf ärztl./therap. Veranl.	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %
vorz. mit ärztl./therap. Einverst.	5 %	4 %	3 %	4 %	3 %
vorz. ohne ärztl./therap. Einverst.	26 %	27 %	25 %	25 %	28 %
disziplinarisch	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %
außerplanm. Verlegung/Wechsel	3 %	2 %	3 %	3 %	2 %
verstorben	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %
Gesamt N	1.266	1.462	1.758	1.818	1.264

Klient*innen im Betreuten Wohnen²¹

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

Für das Jahr 2024 wurden über das COMBASS-Projekt insgesamt 1.331 Personen für das Betreute Wohnen dokumentiert, wobei 708 Personen von 18 Einrichtungen des Betreuten Wohnens direkt übermittelt und 623 Personen über den Betreuungstyp zugeordnet wurden.²² Der Frauenanteil liegt bei 37 % und der Anteil der Männer bei 63 %. Das durchschnittliche aktuelle Lebensalter beträgt 48,7 Jahre, wobei die dokumentierten Frauen mit 48,4 Jahren im Mittel geringfügig jünger als die Männer sind (48,8 Jahre). Bei mehr als der Hälfte der Personen im Betreuten Wohnen steht ein Alkoholproblem (52 %) im Vordergrund, bei rund einem Fünftel ein Opioidproblem (22 %). Ein problematischer Cannabinoidkonsum als Hauptproblemlage wird für ein Zehntel der Klientel (10 %) benannt.

85 % der im Betreuten Wohnen dokumentierten Personen besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit. Der Anteil an Menschen mit einem Migrationshintergrund liegt bei einem knappen Viertel (24 %). Hinsichtlich der Erwerbssituation zeigt sich, dass lediglich 9 % der Klientel einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz haben. Fast zwei Drittel (65 %) der Klientel ist arbeits- bzw. erwerbslos (ALG I/ Bürgergeld/SGBXII), wobei hier mit 46 % vor allem der Bezug des Bürgergeldes im Vordergrund steht.

Die Betreuungsdauer der 2024 im Betreuten Wohnen abgeschlossenen Betreuungen beträgt im Mittel 891,9 Tage. Für Frauen werden mit einer durchschnittlichen Dauer von 963,1 Tagen längere Betreuungen dokumentiert als für Männer (855,0 Tage). Fast 40 % der Betreuungen werden planmäßig abgeschlossen, entweder durch eine reguläre Beendigung (27 %) oder durch eine planmäßige Weitervermittlung (12 %). In noch mehr Fällen wird aber die Betreuung abgebrochen – entweder durch die Klient*innen (22 %) oder durch die Einrichtung (21 %).

²¹ Unter „Betreutes Wohnen“ fallen Angebote im Bereich der Sozialen Teilhabe wie „Assistenzleistungen im eigenen Wohn- und Sozialraum“ sowie „Besondere Wohnformen“.

²² An dieser Stelle sei angemerkt, dass sich nicht alle Einrichtungen des Betreuten Wohnens in Hessen am COMBASS-Projekt beteiligen. Insofern kann die Landesauswertung der COMBASS-Daten hier nur einen Ausschnitt der Gesamtgruppe bieten.

Tabelle 28: Klientel und Betreuungen im Betreuten Wohnen

	männlich	weiblich	Gesamt
Geschlecht	63 %	37 %	100 %
Gesamt N	810	521	1.331
Problembereiche			
Alkohol	49 %	55 %	52 %
Opioide	24 %	19 %	22 %
Stimulanzien	4 %	6 %	5 %
Kokain	5 %	2 %	4 %
Crack	2 %	2 %	2 %
Sedativa	1 %	2 %	1 %
Cannabinoide	11 %	9 %	10 %
Glücksspiel	1 %	1 %	1 %
Mediennutzung	0,3 %	0,0 %	0,2 %
Sonstiges	3 %	3 %	3 %
Gesamt N	614	422	1.036
Alter			
18 bis unter 27 Jahre	7 %	10 %	8 %
27 bis unter 35 Jahre	15 %	16 %	15 %
35 bis unter 45 Jahre	27 %	24 %	26 %
45 bis unter 59 Jahre	40 %	39 %	40 %
60 und älter	11 %	10 %	11 %
Alter aktuell	48,8	48,4	48,7
Gesamt N	803	519	1.322
1.Staatsangehörigkeit			
deutsch	85 %	85 %	85 %
EU	4 %	8 %	5 %
sonstige	10 %	7 %	9 %
staatenlos	0,3 %	0,7 %	0,5 %
Gesamt N	908	552	1.460
Migrationshintergrund			
kein Migrationshintergrund	73 %	78 %	76 %
selbst migriert	15 %	13 %	14 %
als Kind von Migrant*innen geboren	11 %	8 %	10 %
Gesamt N	501	402	903
Erwerbssituation			
Arbeits-/Ausb.platz vorhanden	9 %	10 %	9 %
Arbeitslosengeld	7 %	6 %	6 %
Bürgergeld	47 %	45 %	46 %
SGB XII	12 %	13 %	13 %
Rentner/Pensionär	16 %	16 %	16 %
Sonstiges	9 %	10 %	9 %
Gesamt N	523	393	916

Fortsetzung Tabelle 28: Klientel und Betreuungen im Betreuten Wohnen

	männlich	weiblich	Gesamt
Anteil beendeter Betreuungen	23 %	19 %	22 %
Gesamt N	1.025	640	1.665
Durchschnittliche Dauer in Tagen (beendete Betreuungen)	855,0	963,1	891,9
Gesamt N	220	111	331
Beendigungsgrund (beendete Betreuungen)			
regulär	29 %	22 %	27 %
planm. Wechsel	10 %	15 %	12 %
	20 %	26 %	22 %
Abbruch durch Einrichtung	23 %	18 %	21 %
außerplanm. Verlegung / Wechsel	6 %	11 %	8 %
verstorben	12 %	9 %	11 %
Gesamt N	189	101	290

Kinder aus suchtblasteten Familien – Eine übersehene Zielgruppe im hessischen Suchthilfesystem

Jonas Köpke (Suchthilfe Wetzlar e.V.)

Kinder aus suchtblasteten Familien – Eine übersehene Zielgruppe im hessischen Suchthilfesystem
Kinder aus suchtblasteten Familien stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar, die im derzeitigen Hilfesystem unzureichend Beachtung erfährt. Die Ergebnisse in Hessen (Combassdaten 2024) zeigen, dass 27 % aller Klient*innen eigene minderjährige Kinder haben und 17 % der Suchthilfe-Klientel mit minderjährigen Kindern zusammenleben. Schätzungen zufolge lebt in Deutschland etwa jedes sechste Kind mit mindestens einem suchtkranken Elternteil – dies entspricht rund 2,65 Millionen betroffenen Kindern bundesweit²³. Diese Kinder tragen ein deutlich erhöhtes Risiko, selbst psychische Störungen, Entwicklungsverzögerungen oder eine spätere Suchterkrankung zu entwickeln. Sie erleben häufig instabile Lebensverhältnisse, emotionale Vernachlässigung, Scham und Loyalitätskonflikte.²⁴

Das hessische Suchthilfesystem ist gut ausgebaut, fokussiert sich jedoch vorrangig auf die direkte Versorgung von suchtkranken Erwachsenen. Die Risikogruppe der Kinder suchtkranker Eltern ist zwar seit vielen Jahren ein Thema der Suchtkrankenhilfe. Angebote, die Kinder suchtkranker Eltern gezielt adressieren, sind jedoch meist projektbezogen, personell unterausgestattet und regional begrenzt.

Wie genau soll das Hilfesystem sich weiterentwickeln?

Kinder aus suchtblasteten Familien sind als eigenständige Zielgruppe im Suchthilfesystem anzuerkennen. Anknüpfend an die Arbeit des Fachbeirats der Hessisches Landesstelle für Suchtfragen (HLS), in der die Situation dieser Kinder ausführlich thematisiert wurde, führte die HLS Anfang 2024 eine landesweite Umfrage in den hessischen Beratungsstellen durch. Die Ergebnisse zeigen einen hohen Bedarf an spezifischen Maßnahmen – insbesondere in Form altersgerechter Kindergruppen und resilienzfördernder Angebote für Kinder.

Beispiele und Erfahrungen aus der Praxis

In einzelnen Beratungsstellen in Hessen konnten bereits projektbezogene Angebote entstehen:

- In temporären indikativen Kindergruppen steht die Suchterkrankung und deren Auswirkungen auf die Kinder und die gesamte Familie im Vordergrund. Mit kreativen kindgerechten Materialien werden die besonderen Belastungen in diesen Familien besprochen und bearbeitet. Dies ermöglicht Kindern, sich auszuprobieren. In ihrer Familie übernehmen sie selber häufig viel Verantwortung, werden parentifiziert und stellen eigene altersgerechte Bedürfnisse zurück. Kinder sollen in diesen Gruppen die Erfahrung sammeln, Gefühle zeigen und leben zu dürfen um weiter ein kohärentes Selbstkonzept entwickeln zu können.

²³ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHSS) (2022): Kinder aus suchtblasteten Familien – Zahlen, Fakten, Herausforderungen.

²⁴ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2021): Kinder aus suchtblasteten Familien. Hintergrundwissen und Handlungsstrategien.

- Resilienzfördernde Angebote geben die Möglichkeit, unbeschwert von den familiären Belastungen einfach „Kind sein“ zu dürfen. In dieser Zeit steht nicht die Suchterkrankung der Eltern im Fokus, sondern die Stärkung ihres Selbstvertrauens, ihrer Resilienzen und ihrer sozialen Kompetenzen. Aktivitäten in einer festen Gruppe außerhalb des Familienlebens stärken die Unabhängigkeit und Autonomie der Kinder und können dabei helfen, durch den Aufbau eigener sozialer Kontakte, die Beziehungsfähigkeit aufzubauen, die Selbstwirksamkeit zu spüren und Kreativität zu fördern.

Für eine Verankerung von solchen präventiven und niedrigschwelligen Hilfsangeboten für Kinder bedarf es in erster Linie einer gesicherten strukturellen Finanzierung dieser Angebote, um qualifiziertes Personal, eine kindgerechte Ausstattung und verbindliche Kooperationsstrukturen sicherzustellen.

Ein Beispiel wie der Aufbau und die Verbreitung strukturierter Unterstützungsangebote in Hessen funktionieren kann, bietet das FITKIDS-Programm aus Nordrhein-Westfalen. Dies ist ein evaluiertes Organisationsentwicklungsprogramm für die praktische Arbeit von Sucht- und Drogenberatungsstellen, die das Thema „Kinder“ nachhaltig in ihre Arbeit integrieren möchten.

Das Suchthilfesystem ist der richtige Ort für altersgerechte Resilienzförderung

Um den Kindern abhängigkeiterkrankter Eltern Unterstützung zu geben, ist eine wichtige Voraussetzung die Einbeziehung der Eltern. Aus diesem Grund ist das Suchthilfesystem als Ressource zu betrachten, da es den Zugang über die betroffenen Eltern bietet, um Kinder aus suchtbelasteten Familien überhaupt erreichen zu können. Den suchtbelasteten Eltern fällt es leichter, ihre Kinder in einem spezifischen Angebot anzumelden, welches im Suchthilfesystem angesiedelt ist, in das sie selber bereits Vertrauen gefasst haben. Denn: die Teilnahme der Kinder an diesen Gruppen kann nur mit Zustimmung der Eltern erfolgen. Haben Eltern jedoch die Sorge, dass ihre Kinder „Familiengeheimnisse“ ausplaudern und kein Vertrauen in das Hilfesystem besteht, verschließt sich auch der Zugang zu Kindern aus suchtbelasteten Familien.

Ein wirksames Suchthilfesystem in Hessen sollte sich auch dieser Herausforderung stellen – nicht nur, um den betroffenen Kindern kurzfristig Stabilität und Unterstützung zu bieten, sondern auch, um langfristig die Kinder in Ihrer Entwicklung zu stärken und intergenerationale Weitergabe von Suchtverhalten zu durchbrechen.

Angehörigenprojekt TAFF – eine innovative Maßnahme in der ambulanten Suchthilfe

Claudia Lutsch (Diakonisches Werk Region Kassel)

Andrea Wiechert (Caritasverband Darmstadt e.V.)

Seit 2014 hat sich in der hessischen Suchthilfe der Anteil der Personen aus dem sozialen Umfeld von 6 % auf 10% im Jahr 2023 gesteigert. Tendenz steigend.

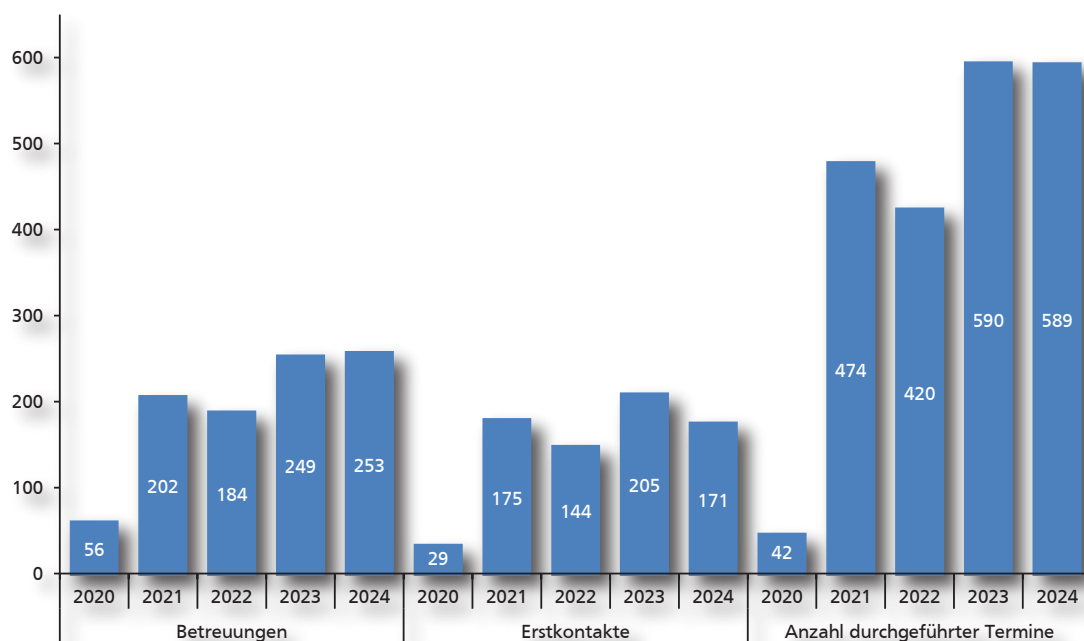
In Deutschland leiden laut Schätzungen über drei Millionen Menschen an Suchterkrankungen (Atzendorf et al., 2019). Schätzungsweise 10 Millionen Menschen sind dadurch in ihrem Leben einmal von der Suchterkrankung eines Angehörigen betroffen (Bischof et al., 2022).

Im **Suchthilfezentrum Darmstadt des Caritasverbandes Darmstadt e.V.** wird mit dem, über 5 Jahre von Aktion Mensch geförderten, Angehörigenprojekt TAFF, eine Versorgungslücke geschlossen. Das TAFF-Training basiert auf dem verhaltenstherapeutisch orientierten CRAFT-Ansatz (Community Reinforcement and Family Training) nach Dr. Gallus Bischof. Angehörige erhalten niedrigschwellige Beratung und Unterstützung im Rahmen des Gruppentrainings TAFF.

Ziele sind Stärkung und Stabilisierung der psychischen Gesundheit von Angehörigen, verbesserte Kommunikation und Beziehung im Familiensystem, Vermeidung von Co-Abhängigkeit und psychischer Belastung, Verstärkung der Motivation zur Nutzung von Hilfen der suchtkranken Menschen durch frühzeitige Intervention der Angehörigen sowie Vermeidung der entstehenden medizinischen und psychiatrisch-psychologischen Folgekosten.

Das Projekt bietet Einzelberatung und Gruppenangebote (TAFF-Training mit 10 Einheiten à 90 Min.). Themen sind Informationen zu Sucht, Selbstfürsorge und Umgang mit Betroffenen. Die Kooperation mit lokalen Unterstützungsangeboten schafft regionale Synergien.

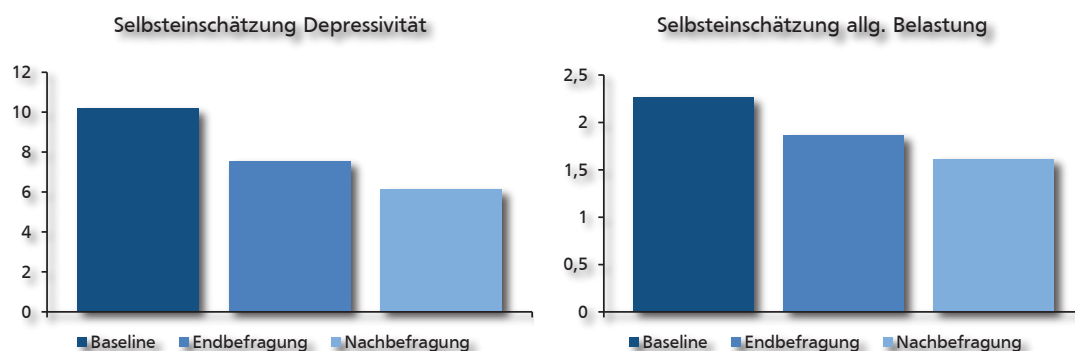
Abbildung 22: Gesamtübersicht der Leistungen



Das Projekt wird von Dr. Gallus Bischof Uni Lübeck wissenschaftlich begleitet und zeigt von 2021 bis 2024 folgende positiven Erfahrungen:

- Es konnte bestätigt werden, dass das psychische und physische Wohlbefinden der Angehörigen durch die Teilnahme am Training signifikant verbessert wurde.
- Die Depressivität ist im Mittelwert signifikant zwischen Beginn und Ende des Trainings gesunken. Zwischen Beginn und Nachbefragung 3 Monate nach Ende des Trainings konnte auch ein signifikanter Unterschied mit mittlerem Effekt gefunden werden.

Abbildung 23: Selbsteinschätzung der Depressivität und Belastung vor dem Training, am Ende des Trainings und drei Monate später Gesamtübersicht der Leistungen



Des Weiteren hat sich die allgemeine Belastung im Mittelwert während des Trainings signifikant verbessert. Noch größer ist der Unterschied zwischen Beginn des Trainings und bei der Nachbefragung drei Monate nach Ende des Trainings.

Ergebnis der Evaluation

Im Rahmen der Evaluation konnte gezeigt werden, dass der CRAFT-Ansatz eine Verbesserungen mit mittlerer Effektstärke erbringen kann und einen hohen Nutzen für die Angehörigen zeigt. Durch die im Training vermittelten Techniken zu Abgrenzung, Unterstützung und verbesserter Kommunikation haben die Angehörigen deutlich mehr Einfluss auf die Veränderungsmotivation der suchtkranken Menschen, parallel steigert sich die eigene Zufriedenheit und Gefühle von Hilflosigkeit gehen zurück.

Weiterer positiver Effekt des Angehörigenangebotes ist eine **neue Angehörigen-Selbsthilfegruppe**, die nachhaltig dem Austausch und der Entlastung von Angehörigen suchtkranker Menschen dient.

Handlungsempfehlung:

Trotz eines gut ausgebauten Suchthilfesystems ist die Versorgung der Angehörigen von Menschen mit Suchterkrankung als unzureichend zu betrachten, da sie bislang kein Bestandteil der Regelversorgung in der Suchthilfe ist. Zur Verringerung der gesellschaftlichen Folgekosten sowie zur Verbesserung der Gesundheit von Angehörigen sollte der hier erkennbar steigende Bedarf durch Erhalt und Ausweitung von Beratungskapazitäten für Angehörige und innovative Maßnahmen effektiv beantwortet werden.

Was hat sich durch die Cannabis–Teillegalisierung verändert?

Erste Erkenntnisse der ambulanten Suchthilfe in Hessen

Barbara Beckmann (Drogenhilfe Nordhessen e. V.)
Susanne Schmitt (Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V.)

Seit April 2024 ist der Eigenanbau von Cannabis durch Erwachsene ebenso erlaubt wie der gemeinschaftliche Anbau in sogenannten Anbauvereinen. Ziel dieser Maßnahmen ist die Sicherstellung der Produktqualität, der Schutz vor verunreinigten Substanzen sowie die Gewährleistung des Jugendschutzes. Die Anbauvereine befinden sich seitdem im Aufbau. Für Gelegenheitskonsumenten bleibt der Zugang bislang auf den Schwarzmarkt beschränkt oder sie bedienen sich des medizinischen online Erwerbs.

Erste Studien zu den Auswirkungen des Cannabisgesetzes u.a. in Hessen zeigen, dass viele Konsumierende inzwischen legale oder formal legale Bezugswege nutzen, aber insbesondere für stark konsumierende Gruppen weiterhin Mischformen mit illegalen Quellen bestehen. Insgesamt hat sich das Konsumverhalten in Hessen damit weniger sprunghaft verändert, als politisch befürchtet oder erhofft wurde: eher ein langsamer Anstieg bzw. eine Kanalisierung bei Erwachsenen und ein Rückgang bei Jugendlichen, zumindest in urbanen Zentren wie Frankfurt.

Bei der Inanspruchnahme der ambulanten Suchthilfe mit Bezug einer Cannabisproblematik in Hessen zeigt sich seit Einführung der Teillegalisierung folgende Entwicklung:
Bei den Cannabis-Konsumierenden ist für 2024 ein leichter Rückgang in der Inanspruchnahme gegenüber 2023 zu verzeichnen (2023: 24%, 2024: 22%). Betrachtet man jedoch die jeweiligen Altersgruppen so wird die Veränderung umso deutlicher und zeichnet sich insbesondere bei denjenigen Klient*innen ab, die erstmalig in eine Beratungsstelle aufsuchen.

Beispiele und Erfahrungen aus der Praxis: Fokus Jugendliche und junge Erwachsene

Beispielhaft lässt sich für den Raum Kassel eine bedeutsame Veränderung zwischen 2023 und 2024 bei den Neuaufnahmen mit riskanten Cannabiskonsum darstellen.

Tabelle 29: Neuaufnahmen mit riskanten Cannabiskonsum im Raum Kassel nach Alter

	2023	2024
15 Jahre	49	32
16 und 17 Jahre	61	34
18 bis 21 Jahre	73	43
22 bis 34 Jahre	81	94
35 Jahre und älter	34	33

Deutlich zeigt sich zwischen 2023 und 2024 eine Verschiebung von Zuweisungen. Die Neuaufnahmen bei den Kindern, Jugendlichen und jungen Menschen (bis 21 Jahre) sind drastisch gesunken. Die Entwicklung begann im 2. Halbjahr 2023, mit der Ankündigung des neuen Rechts. Die Jugendhilfe im Strafverfahren konnte durch die veränderten Rahmenbedingungen der Suchthilfe keine Jugendlichen mehr zuführen. Interessant ist, dass 22- bis 34-jährige Menschen mit

einer cannabisbezogenen Störung die Beratungsstellen mit zunehmender Tendenz in Anspruch nahmen. Hier kamen Menschen zur Beratung, die sich z.B. der Online-Verschreibung von Cannabis bedienten.

Die vor Ort angebotenen FreD Kurse (Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsument*innen) als Risikokompetenztraining konnten mangels Klient*innen nicht umfänglich angeboten werden. Die Angebote in Schulen zu etablieren gestaltete sich schwierig, da in 2024 noch keine suchtpädagogischen Schulkonzepte eingeführt wurden, die den Umgang mit auffälligen Schüler*innen in Bezug auf ihren THC Konsum regeln. Gleichwohl konnte das Soziale Umfeld und insbesondere das Familiensystem durch die Einführung des familienorientierten Beratungsangebotes FriDA (Frühintervention bei Drogenmissbrauch in der Adoleszenz) enorm profitieren. Zwischen 2021 und 2024 haben sich die Aufnahmezahlen fast verdoppelt. Als Hauptproblem wurde dabei insbesondere Cannabiskonsum benannt.

Frühintervention und Jugendberatung

Für junge Menschen mit einer primären Cannabisproblematik werden in der hessischen Suchthilfe zielgruppenspezifische und an den Bedarfen ausgerichtete Beratungs- und Behandlungsangebote bereitgehalten. Fallen junge Menschen (14 bis 21 Jahre) durch illegalen Substanzkonsum, insbesondere Cannabis, oder übermäßigen Alkoholkonsum auf, muss eingeschritten werden.

„**FreD-Programm**“, ein Programm zur „Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumierenden“, das speziell auf jugendlichen Alkohol- und Substanzmissbrauch zugeschnitten ist. In Hessen wird FreD durch ausgebildete FreD-Trainer*innen an 14 Standorten angeboten (Stand 2024).

Programm FriDA: Frühintervention bei Drogenmissbrauch in der Adoleszenz. FriDA ist ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung von cannabiskonsumierenden Minderjährigen und deren Familien in der ambulanten Suchthilfe. In Hessen wird FriDA derzeit an 11 Standorten angeboten (Stand: 15.12.2025)

Handlungsempfehlungen

Durch die Neuregulierung von Cannabis haben sich die Strukturen zur Erreichbarkeit von cannabiskonsumierenden Jugendlichen verändert. Das Ziel eines verbesserten Jugendschutzes wurde bisher nicht erreicht. Während erste bundessweite Ergebnisse weiterhin einen leichten Anstieg des Konsumverhaltens verzeichnen, zeigt sich in Hessen bei der Inanspruchnahme der ambulanten Hilfe ein leichter Rückgang und eine altersbezogene Verschiebung. Über die Gründe lässt sich derzeit nur spekulieren.

Um die Inanspruchnahme der Hilfen und Angebote weiter zu erhöhen, sollte eine verbesserte und flächendeckende Aufklärung und Information über Hilfemöglichkeiten, Beratungs- und Behandlungsangebote, insbesondere jugendspezifische akute und postakute (Rehabilitation) Behandlungsformen gewährleistet sein. Insbesondere die Strukturen zur Erreichbarkeit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer Cannabisproblematik müssen sich verändern und angepasst werden, um diese Zielgruppe in bestehende und neue Frühinterventionsprogramme wie FreD und FriDA zu leiten.

Landesauswertung der Dot.sys-Daten 2011-2024

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

Suchtpräventionsstrukturen der hessischen Suchthilfe

Wie sieht das Netzwerk der Suchtprävention der hessischen Suchthilfe aus?

In Hessen besteht ein flächendeckendes Netzwerk suchtpreventiver Unterstützung und Information in allen Landkreisen und kreisfreien Städten, sichergestellt durch die Fachkräfte der hessischen Fachstellen für Suchtprävention.

Wie werden die Fachstellen finanziert?

Im Rahmen der Kommunalisierung der Fördermittel stellt das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege 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?

2024 standen 29 Fachstellen mit 43 (Teilzeit-) Mitarbeiter*innen zur Verfügung.

Was sind die Schwerpunkte der Arbeit der Fachstellen?

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

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

Wie werden die Fachstellen überregional koordiniert?

Die landesweite Koordination der Suchtprävention im Bereich der Suchthilfeträger hat das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege 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 Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege. Im Berichtszeitraum wurde jeweils eine volle Stelle für die Koordination sowie anteilig eine Verwaltungskraft finanziert.

Welche Aufgaben hat die landesweite Koordinierungsstelle der HLS?

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

Wie ist die Kooperation der Fachstellen mit der HLS institutionalisiert?

Der Arbeitskreis der hessischen Präventionsfachkräfte (AHEP) bildet eine wichtige Koordinations-schnittstelle zwischen der HLS und den Fachstellen. Im Arbeitskreis finden der fachliche Informationsaustausch, die Konsensbildung in inhaltlichen Fragen, Maßnahmenabstimmung und Arbeitsteilung, Berichterstattung und Dokumentation statt. Die Durchführung gemeinsamer Projekte wird besprochen und Fortbildungen für Multiplikator*innen konzipiert. Um arbeitsfähige Gruppengrößen zu gewährleisten und Reisekosten zu minimieren, teilt sich der Arbeitskreis in die Regionalgruppen Nord- und Südhessen (AHEP Nord bzw. Süd). Darüber hinaus sind regelmäßige Fortbildungen der HLS und die Teilnahme an Qualitätszirkeln obligatorischer Bestandteil der Arbeit der Fachstellen, um die Qualität der suchtpreventiven Arbeit zu sichern.

Wie dokumentieren die Fachstellen ihre Arbeit?

Seit Januar 2005 werden die Maßnahmen der Fachstellen in Hessen mit dem bundesweit eingeführten computergestützten Dokumentationsprogramm für die Suchtprävention „Dot.sys“ einheitlich erfasst. Das Dokumentationssystem wurde 2002 in einer Unterarbeitsgruppe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit Mitgliedern aus Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen erarbeitet. Dokumentiert werden alle suchtpreventiven Maßnahmen der Fachkräfte. Dieses Dokumentationssystem berücksichtigt die Interessen der Bundesländer, des Bundes und der Europäischen Union und ermöglicht gleichzeitig eine Schnittstelle zu anderen Dokumentationssystemen. Im Jahr 2011 wurde erstmals eine Online-Datenbank zur Dokumentation von suchtpreventiven Maßnahmen zum Einsatz gebracht. Seit 2019 gibt es eine neue Version (Dot.sys 4.0), mit der in Hessen die erbrachten Maßnahmen dokumentiert werden.

Was passiert mit den dokumentierten Daten in Dot.sys?

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

Im Rahmen der Kommunalisierung werden für die Sozialberichterstattung der Kommunen die Dot.sys Daten der Fachstellen (nach Landkreisen aufgeschlüsselt) von der HLS an das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege und an die Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention sowie deren Träger weitergeleitet. Das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege übermittelt die Dot.sys Daten an alle Kommunen.

Landesauswertung der Dot.sys-Daten

Zusammenfassung

Im aktuellen Auswertungsjahr 2024 wurden von den Fachstellen für Suchtprävention in Hessen insgesamt 2.665 Maßnahmen durchgeführt. Die zentralen Ergebnisse der Auswertung dieser Tätigkeiten für das Berichtsjahr 2024 sind:

- Präventionsart: 79 % aller durchgeführten Maßnahmen besitzen einen universellen Ansatz; 8 % betreffen die selektive Prävention. Den geringsten Wert weist mit 3 % die indizierte Prävention auf. Darüber hinaus beziehen sich 10 % auf die strukturelle Prävention (Verhältnisprävention).
- Zielebene: Der Anteil derjenigen Aktivitäten, die sich an Multiplikator*innen richten, beträgt 40 %. Das ist ein Rückgang von 18 Prozentpunkten gegenüber dem Ausgangsjahr 2011 (58 %). Umgekehrt weisen die Maßnahmen, die sich direkt an die Endadressat*innen richten, im Berichtsjahr mit 57 % einen Höchstwert auf.
- Inhaltsebene: Ein gutes Drittel der durchgeführten Maßnahmen beinhaltet die Förderung von Lebenskompetenzen und Substanzen (37 %). An zweiter Stelle stehen Maßnahmen, die sich ausschließlich auf die Lebenskompetenzen beziehen (20 %). 17 % aller Maßnahmen weisen einen ausschließlichen Substanzbezug auf; bei 8 % gilt dies für die Verhaltenssüchte. Bei 14 % aller Maßnahmen geht es um alle drei Themenbereiche.
- Setting: 64 % aller Aktivitäten wurden im Jahr 2024 im Setting Schule durchgeführt; das ist der höchste Wert seit 2011 mit einer kontinuierlichen Zunahme über die Jahre. Danach folgen die Settings Jugendarbeit und Suchthilfe mit einem Anteil von etwa 10 %. In allen anderen Settings liegen die aktuellen Werte deutlich unter 10 Prozentpunkten. Hier ist vor allem der starke Rückgang im Setting Kindertagesstätte bemerkenswert (von 11 % auf 5 %).
- Zielsetzung: Bei den Präventionsmaßnahmen gibt es einerseits Individuen-bezogene Zielsetzungen. Hier steht im Jahr 2024 mit Abstand an erster Stelle die Zunahme des Wissens mit 87 %. Es folgt die Zielsetzung „Stärkung/Veränderung von Einstellungen“ mit 54 %, vor der Zielsetzung „Kompetenzförderung/Ressourcenstärkung“ mit einem Anteil von 40 %. Andererseits bestehen Zielsetzungen, die auf strukturelle Aspekte abzielen. Die Werte für die Ziele „Verstärkung der Vernetzung“ und „Aufbau von Strukturen“ betragen für das Jahr 2024 33 % und 22 %.
- Durchführungsformat: 92 % aller Maßnahmen sind im analogen Format durchgeführt worden. Der hybride Anteil beträgt 2 % und 6 % der Maßnahmen haben digital stattgefunden.
- Bei einer Trendbetrachtung des Zeitraumes 2011 bis 2024 fällt vor allem auf, dass es im Jahr 2024 zu einem weiteren Bedeutungszuwachs der Maßnahmen für Endadressat*innen und des Settings Schule gekommen ist. Dagegen ist bei den multiplikatorenbezogenen Maßnahmen, dem Setting Kindertagesstätte sowie dem digitalen/hybriden Durchführungsformat ein Rückgang ihrer prozentualen Anteile festzustellen.

Der Bericht enthält darüber hinaus eine kurze Spezialanalyse der in den Jahren 2022 bis 2024 dokumentierten cannabispräventiven Maßnahmen. Damit soll geprüft werden, ob es kurzfristige Veränderungen in der Cannabisprävention durch die Teil-Legalisierung gegeben hat.

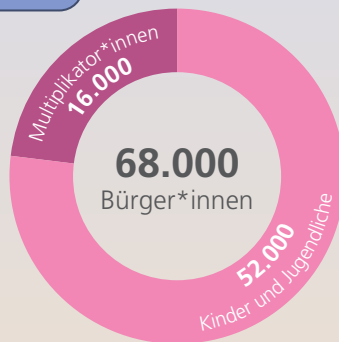
- Im Jahr 2024 wurde in insgesamt 1.188 Maßnahmen (auch) das Thema Cannabis behandelt. Dabei ging es in 29 % der Fälle ausschließlich um Cannabis (=cannabisspezifisch). In knapp einem Drittel wurden die Inhalte Cannabis und Alkohol zusammen thematisiert (31 %); in einem guten weiteren Drittel kam noch der Inhalt illegale Drogen hinzu (36 %). Dass Cannabis und illegale Drogen zusammen behandelt werden, war dagegen relativ selten der Fall (4 %). Im Vergleich zu den beiden Vorjahren zeigt sich, dass im Jahr 2024 der relative Anteil cannabisspezifischer Maßnahmen etwas angestiegen ist.
- Werden diese cannabisspezifischen Maßnahmen betrachtet, fällt bei der Präventionsart auf, dass es im Jahr 2024 mit 10 % gegenüber den Vorjahren einen vergleichsweise hohen Anteil von Maßnahmen gegeben hat, die selektiv, also auf spezifische Risikogruppen, ausgerichtet waren. Dagegen war der Anteil indizierter Prävention besonders niedrig (8 %).
- Bei der Zielebene zeigt sich, dass der Anteil multiplikatorenbezogener Arbeit im Jahr 2024 deutlich angestiegen ist (41 %). Bei den Endadressat*innen ist es genau andersherum: Hier findet sich mit 57 % ein deutlich geringerer Anteil als in den beiden Vorjahren.
- Ferner wird im Jahr 2024 eine Verschiebung beim Setting Jugendarbeit sichtbar; hier hat sich der relative Anteil gegenüber den Vorjahren mit 12 % in etwa verdoppelt. Dagegen ist beim Setting Suchthilfe ein Rückgang auf aktuell 13 % feststellbar; auch der Stellenwert des Settings Freizeit nimmt ab (2024: 6 %).

Suchtprävention in Hessen

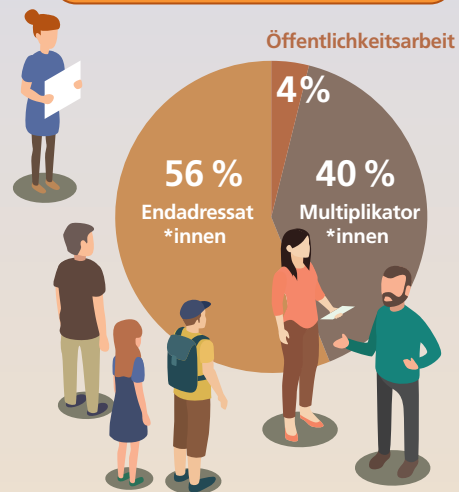
Landesauswertung der Dot.sys-Daten 2024

Erreichte Teilnehmer*innen

Im Jahr 2024 erreichten die 29 Fachstellen für Suchtprävention in den 26 Landkreisen und kreisfreien Städten in Hessen mit rund 2.700 Maßnahmen über 68.000 Bürger*innen.



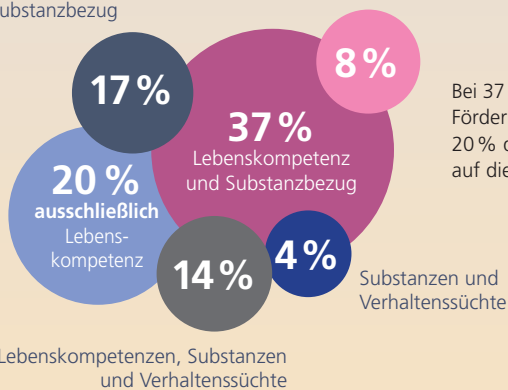
Dialoggruppen der Maßnahmen



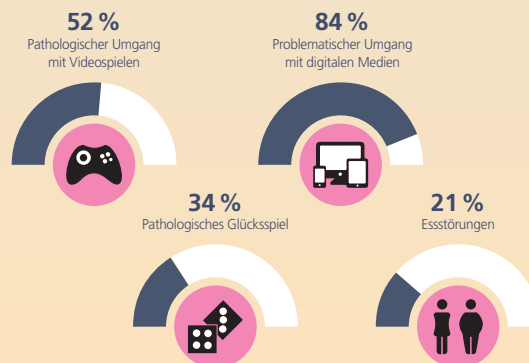
Inhalte der Maßnahmen

ausschließlich
Substanzbezug

ausschließlich
Verhaltenssüchte

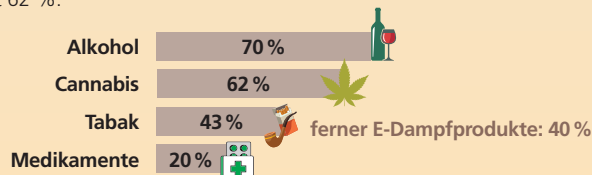


Bei den Verhaltenssüchten sind vor allem Maßnahmen zur Medienkompetenz gefragt.



Substanzspezifische Maßnahmen

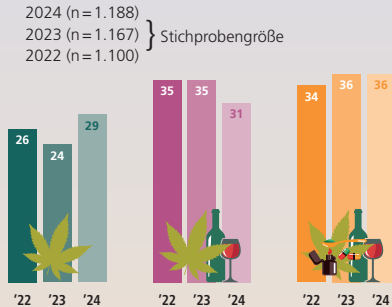
Bei einem Großteil der Maßnahmen geht es um das Thema Alkohol (70 %). Der Themenbereich Cannabis folgt mit 62 %.



Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der cannabispräventiven Maßnahmen 2022–2024

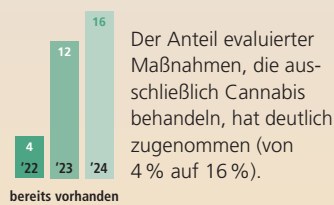
Substanzbezug (%) und erreichte Teilnehmer*innen



Im Jahr 2024 haben rund 1.200 Maßnahmen (auch) Cannabis behandelt. Bei 29 % der Maßnahmen geht es ausschließlich um Cannabis. 31 % thematisieren die Inhalte Cannabis und Alkohol und in 36 % der Aktivitäten kam noch der Inhalt illegale Drogen hinzu.

Mit diesen Angeboten wurden rund 37.000 Personen erreicht: 8.000 Multiplikator*innen und 29.000 Endadressat*innen.

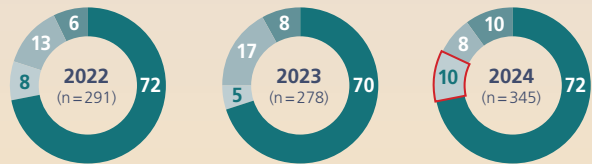
Evaluationsstatus (%)



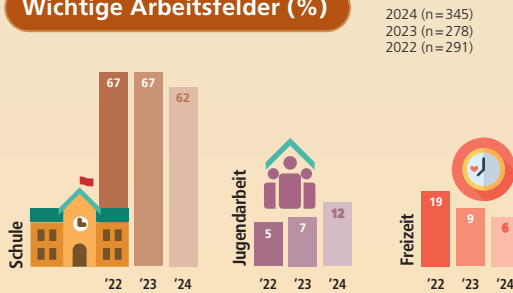
universell indiziert
selektiv strukturell

Präventionsart (%)

In 2024 richteten sich 10 % der cannabispezifischen Maßnahmen an bestimmte Risikogruppen (selektive), was eine Verdoppelung gegenüber dem Vorjahr ist. Dagegen ist der Anteil indizierter Prävention um die Hälfte gesunken (8 %).



Wichtige Arbeitsfelder (%)



Der Großteil der cannabispezifischen Maßnahmen findet weiterhin in Schulen statt. Beim Setting Jugendarbeit wird deutlich, dass sich der relative Anteil mit 12 % in etwa verdoppelt hat. Dagegen ist beim Setting Freizeit ein Rückgang auf aktuell 6 % zu erkennen.

Zielebene (%)

Der Anteil multiplikatorenbezogener Arbeit ist in 2024 deutlich angestiegen auf 41%. Bei den Endadressat*innen ist es genau andersherum: mit 57 % deutlich geringer als im Vorjahr.



Das Dokumentationssystem Dot.sys

Seit dem Jahr 2006 werden die Maßnahmen der Suchtvorbeugung in allen Bundesländern einheitlich erfasst. Das bundesweite Dokumentationsprogramm „Dot.sys“ entstand aus einer Initiative der Landeskoordinator*innen der Suchtvorbeugung (u.a. der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS)). Es wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)¹ in Zusammenarbeit mit den Landeskoordinator*innen und der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) entwickelt.

Dot.sys dient der Erhebung und Dokumentation der durchgeführten Suchtpräventionsmaßnahmen in Deutschland. An der Datenerfassung beteiligen sich hauptamtlich in der Suchtprävention tätige Mitarbeiter*innen aus Fachstellen und Beratungsstellen aus 14 Bundesländern („Fachkräfte-dokumentation“). Diese dokumentieren ihre suchtpreventiven Aktivitäten mit Dot.sys. Für die Datensammlung wird ein einheitliches elektronisches Erfassungssystem genutzt. Mit der Version Dot.sys 3.0 wurde erstmalig eine Online-Datenbank zum Einsatz gebracht.

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

1. **Einrichtungsebene**
Die Fachkräfte und Einrichtungsleitungen können eine direkte Auszählung und Aufbereitung ihrer Daten zur Jahresberichterstattung vornehmen.
2. **Landesebene**
Die Landeskoordinator*innen können die gesammelten Daten der Fachkräfte für die Landesauswertung und -berichterstattung sowie Steuerung nutzen. Der vorliegende Bericht betrifft diese Ebene.
3. **Bundesebene**
Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)² führt die Daten aus den Bundesländern zusammen, wertet sie aus und veröffentlicht ausgewählte Ergebnisse, die auch zur Präventionsberichterstattung auf internationaler Ebene dienen.

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

¹ Die BZgA hat sich Anfang 2025 in Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) umbenannt.

² Siehe hierzu die vorangegangene Fußnote.

Datengrundlage und Zielsetzung der Auswertung

Die Basis der vorliegenden Auswertung stellen die suchtpreventiven Maßnahmen dar, die die Fachstellen für Suchtprevention in den hessischen Landkreisen und kreisfreien Städten durchgeführt und mit Hilfe von Dot.sys dokumentiert haben. Insgesamt haben sich alle 29 Fachstellen an der Datenerhebung beteiligt.

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

In dem vorliegenden Bericht wird schwerpunktmäßig eine Trendbetrachtung für Hessen über einen Zeitraum von dreizehn Jahren angestellt. Eine solche Analyse kann wertvolle empirische Hinweise für die Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen Suchtprevention in Hessen geben. Es soll hierbei der Frage nachgegangen werden, welche Veränderungen bzw. Konstanten sich in der suchtpreventiven Arbeit der Fachstellen im Zeitraum 2011 bis 2024 ergeben haben. Dies geschieht in Vier-Jahres-Schritten (2011/2015/2019/2023) sowie mit den Ergebnissen des aktuellen Berichtsjahres (2024).

Der Bericht enthält darüber hinaus eine kurze Spezialanalyse der in den Jahren 2022 bis 2024 dokumentierten cannabispreventiven Maßnahmen. Damit soll geprüft werden, ob es kurzfristige Veränderungen in der Cannabisprävention durch die Teil-Legalisierung gegeben hat.

Die Datengrundlage für die genannten Auswertungen bilden die im jeweiligen Jahr begonnenen Maßnahmen. Deren Zahl lag in den Jahren 2011 bis 2024 relativ stabil zwischen 2.500 und 2.700 pro betrachtetem Jahr (siehe Tabelle 30). Im aktuellen Auswertungsjahr 2024 wurden insgesamt 2.665 Maßnahmen durchgeführt.

Trends 2011 bis 2024 der Suchtprävention in Hessen

Präventionsart

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

Werden die durchgeführten Maßnahmen nach diesem Raster für das Jahr 2024 klassifiziert, ergibt sich für die suchtpreventive Arbeit in Hessen das folgende Bild: 79 % aller durchgeführten Maßnahmen besitzen einen universellen Ansatz; 8 % betreffen die selektive Prävention (siehe Tabelle 30). Den geringsten Wert weist mit 3 % die indizierte Prävention auf. Darüber hinaus beziehen sich 10 % auf die strukturelle Prävention (Verhältnisprävention). In der Trendbetrachtung zeigt sich, dass im Vergleich zum Jahr 2011 die Bedeutung der universellen Prävention zugenommen, die des selektiven und indizierten Ansatzes abgenommen haben.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass der Anteil von Präventionsmaßnahmen, die für Mädchen (Frauen) und/oder Jungen (Männer) geschlechtsspezifische Inhalte umfassen, im Zeitraum 2011 bis 2024 uneinheitlich zwischen 14 % und 36 % schwankte. Eine kulturspezifische Ausrichtung wiesen bis zum Jahr 2024 jährlich zwischen 7 % und 14 % aller Maßnahmen auf, ohne das hier eine Tendenz erkennbar ist.

Tabelle 30: Präventionsart der Maßnahmen 2011-2024

	2011	2015	2019	2023	2024
universell	72,6 %	70,7 %	79,0 %	79,0 %	79,0 %
selektiv	11,1 %	12,4 %	7,9 %	7,3 %	8,4 %
indiziert	5,2 %	4,1 %	3,1 %	3,7 %	3,1 %
strukturell	11,1 %	12,8 %	10,0 %	10,0 %	9,5 %
N	2.554	2.702	2.647	2.710	2.665

Zielebene

Im Jahr 2024 beträgt der Anteil derjenigen Aktivitäten, die sich an Multiplikator*innen richten, 40 % (siehe Tabelle 31). Das ist ein Rückgang von 18 Prozentpunkten gegenüber dem Ausgangsjahr 2011 (58 %). Es gab in diesem Zeitraum einen kontinuierlichen Rückgang. Umgekehrt haben die Tätigkeiten, die sich direkt an die Endadressat*innen wenden, von 2011 bis 2024 stark zugenommen. Im Berichtsjahr weisen diese mit 57 % einen Höchstwert aus. Die Öffentlichkeitsarbeit macht aktuell einen Anteil von 4 % aus. Hier ist es seit dem Jahr 2015 zu einer fortschreitenden Abnahme des Prozentanteils gekommen.

Tabelle 31: Zielebene der Maßnahmen 2011-2024

	2011	2015	2019	2023	2024
Multiplikator*innen	58,3 %	52,5 %	45,1 %	40,1 %	39,8 %
Endadressat*innen	34,3 %	38,7 %	49,6 %	55,6 %	56,5 %
Öffentlichkeitsarbeit	7,4 %	8,8 %	5,3 %	4,3 %	3,7 %
N	2.554	2.705	2.647	2.710	2.665

Werden im nächsten Schritt die Daten daraufhin ausgewertet, welche Personengruppen im Bereich Multiplikator*innen genau angesprochen werden, zeigt sich, dass im Bereich der Schule der relative Prozentanteil seit 2023 wieder ansteigt, auf aktuell 43 % (siehe Tabelle 32). Der prozentuale Anteil für die Kinder-/Jugendarbeit ist mit aktuell 24 % relativ stabil. Gleiches gilt für Maßnahmen, die sich auf die Kommune beziehen, mit einem Anteil von 19 % im Jahr 2024. Zu einem stetigen Rückgang ist es dagegen bis 2023 bei der multiplikatorenbezogenen Arbeit in Kindertagesstätten gekommen (von 17 % auf 11 %); im aktuellen Berichtsjahr steigt er erstmals wieder ganz leicht auf 12 % an. Die Entwicklung bei der Zielgruppe „Suchthilfe/-prävention“ stellt sich gänzlich anders dar: Der entsprechende Anteil betrug im Ausgangsjahr 2011 nur 13 % und ist dann bis ins Jahr 2019 auf 28 % angestiegen. Seitdem verbleibt dieser Wert auf hohem Niveau, auch wenn er in 2024 um drei Prozentpunkte auf 24 % leicht gefallen ist.³

³ Ferner werden auch Übungsleiter*innen und Honorarkräfte für die Durchführung von Projekten geschult (die Aktivitäten dieser Personen werden aber nicht mit Dot.sys dokumentiert).

Tabelle 32: Zielebene der Maßnahmen, Multiplikator*innen 2011-2024 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2015	2019	2023	2024
Schule	45,6 %	43,2 %	40,8 %	41,7 %	43,2 %
Kinder-/Jugendarbeit	21,1 %	23,2 %	23,2 %	24,9 %	23,8 %
Kindertagesstätten	17,1 %	14,5 %	10,8 %	11,1 %	11,5 %
Kommune/Landkreis/Behörde	16,6 %	20,0 %	17,8 %	20,1 %	19,2 %
Gesundheitswesen	13,7 %	13,5 %	9,0 %	10,2 %	9,9 %
Suchthilfe/Suchtprävention	13,4 %	19,7 %	27,7 %	27,6 %	24,2 %
Peers	9,3 %	12,7 %	6,5 %	3,1 %	3,8 %
Eltern/Familie	9,1 %	7,1 %	5,4 %	6,4 %	6,9 %
Strafwesen/Polizei	8,8 %	7,8 %	6,9 %	8,3 %	6,8 %
Freizeitbereich	7,0 %	9,3 %	-	-	-
Ehrenamtlicher Freizeitbereich	-	-	5,7 %	5,6 %	5,3 %
Ehrenamtliche Selbsthilfe	-	-	2,5 %	2,6 %	2,9 %
Ehrenamtliche Migrationsarbeit	-	-	1,5 %	2,9 %	2,7 %
Politik	6,4 %	6,1 %	4,4 %	2,6 %	2,8 %
Kirche	6,2 %	8,0 %	4,1 %	5,0 %	4,0 %
Betrieb	3,4 %	5,4 %	4,5 %	6,6 %	5,7 %
Glücksspielwesen	-	-	0,1 %	0,7 %	0,3 %
Behindertenhilfe	-	-	-	1,4 %	1,0 %
Sonstige	5,7 %	7,5 %	2,9 %	4,4 %	4,4 %
N	1.490	1.418	1.194	1.087	1.061

Bei den suchtpreventiven Maßnahmen, die sich direkt an die Endadressat*innen richten, beziehen sich aktuell 79 % auf den Bereich „Kinder und Jugendliche“ (siehe Tabelle 33). Hier ergab sich schon immer – mit zunehmender Bedeutung – ein klarer Schwerpunkt bei der Zielebene der Endadressat*innen; der Wert für das Jahr 2024 stellt einen Höchstwert dar. Danach kommen zwei Zielgruppen, deren Anteile zweistellig sind, die im gesamten Betrachtungszeitraum jedoch etwas schwankende Werte aufweisen: Die Zielgruppe der konsumerfahrenen Jugendlichen/Erwachsenen kommt aktuell auf einen Anteil von 16 %, die Probierkonsument*innen auf 15 %. Dagegen sind die Werte für „Eltern/Familie“ seit 2011 kontinuierlich zurückgegangen, um im aktuellen Berichtsjahr einen Wert von nur noch 6 % zu erreichen (das war bereits 2023 der Fall). Bei allen anderen Zielgruppen liegt der relative Prozentanteil (deutlich) unter 10 Prozent; hier hat es in den letzten 13 Jahren – insgesamt betrachtet – nur wenige Veränderungen gegeben.

Tabelle 33: Zielebene der Maßnahmen, Endadressat*innen 2011-2024 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2015	2019	2023	2024
Kinder und Jugendliche	63,9 %	70,9 %	74,4 %	78,2 %	79,2 %
Eltern/Familie	18,5 %	15,4 %	11,1 %	5,6 %	6,0 %
konsumerfahrene Jugendliche/ Erwachsene	18,4 %	17,2 %	11,4 %	13,9 %	14,7 %
Probierkonsument*innen	9,6 %	11,2 %	15,2 %	14,8 %	16,4 %
Auszubildende	6,3 %	5,9 %	4,3 %	6,9 %	7,9 %
unspezifisch/Gesamtbevölkerung	5,4 %	2,1 %	1,1 %	0,5 %	0,9 %
Migrant*innen	3,8 %	1,8 %	5,4 %	4,1 %	3,5 %
Flüchtlinge	-	-	3,7 %	2,9 %	2,8 %
Beschäftigte im Betrieb	3,0 %	1,6 %	3,5 %	0,9 %	1,2 %
sozial Benachteiligte	2,6 %	1,1 %	0,8 %	2,3 %	1,7 %
Student*innen	1,7 %	1,1 %	1,4 %	1,5 %	0,9 %
Senior*innen	1,6 %	1,0 %	0,7 %	0,3 %	0,2 %
Straffällige	1,0 %	2,5 %	2,4 %	1,5 %	1,7 %
suchtbelastete Lebensgemeinschaften	0,8 %	0,1 %	0,8 %	2,1 %	0,7 %
Menschen mit Behinderungen	-	-	-	0,5 %	0,3 %
Sonstige	1,4 %	1,5 %	1,4 %	1,1 %	6,5 %
N	876	1.045	1.312	1.507	1.505

Die nächste Auswertung betrifft die Altersgruppen. Diese Kategorie wird ausschließlich bei denjenigen Maßnahmen erfasst, die sich direkt an die Endadressat*innen wenden. Es zeigt sich für das Jahr 2024, dass sich 69 % dieser Aktivitäten an die Gruppe der Jugendlichen richten (siehe Tabelle 34). Seit 2011 liegt dieser Anteil immer bei über 60 % und erreicht im aktuellen Auswertungsjahr seinen Höchstwert. Es folgen die Altersgruppen der Kinder (41 %) und jungen Erwachsenen (27 %), bei denen seit 2011 eher schwankende Anteile zu beobachten sind. Maßnahmen für Senior*innen werden sehr selten durchgeführt; im Jahr 2024 beträgt ihr Anteil nur ein Prozent. Der Prozentanteil für die Altersgruppe der Erwachsenen liegt bei 16 % und damit in etwa auf dem Niveau von 2015.

Tabelle 34: Altersgruppen der Endadressat*innen 2011-2024 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2015	2019	2023	2024
Kinder (bis 13 Jahre)	28,4 %	40,4 %	40,5 %	36,8 %	40,7 %
Jugendliche (14 bis 17 Jahre)	61,3 %	61,0 %	60,3 %	69,1 %	69,4 %
Junge Erwachsene (18 bis 27 Jahre)	31,8 %	27,8 %	26,6 %	24,6 %	26,8 %
Erwachsene (28 bis 64 Jahre)	24,7 %	17,3 %	16,9 %	9,8 %	15,8 %
Senior*innen (ab 65 Jahre)	2,4 %	2,4 %	1,4 %	1,0 %	0,9 %
N	876	1.045	1.312	1.507	1.505

Für die Zielebene der Öffentlichkeitsarbeit wird seit dem Jahr 2018 mit einem neuen Erfassungskatalog gearbeitet, deshalb kann hier keine zeitlich längere Trendbetrachtung erfolgen, sondern nur die Darstellung der Ergebnisse für die letzten sechs Jahre. Diese Entwicklung ist bisher sehr uneinheitlich. So zeigt die Dokumentation, dass die wichtigste Form der Öffentlichkeitsarbeit im Jahr 2024 die Kategorie „personalkommunikative Maßnahmen“ mit einem Anteil von 40 % ist (siehe Tabelle 35). Kurz danach folgen die Printmedien, die auf einen prozentualen Anteil von 37 % kommen. Im Jahr 2018 hatte sich die Verteilung der verschiedenen Formen der Öffentlichkeitsarbeit noch gänzlich anders dargestellt – zum Beispiel gab es vergleichsweise hohe Anteile bei der Pressearbeit und den Printmedien (jeweils 47 %).

Tabelle 35: Formen der Öffentlichkeitsarbeit 2018-2024 (Mehrfachnennung möglich)

	2018	2019	2023	2024
Printmedien	47,3 %	45,4 %	43,1 %	37,4 %
Pressearbeit	47,3 %	41,1 %	27,6 %	32,3 %
Personalkommunikative Maßnahmen	34,5 %	36,9 %	41,4 %	40,4 %
Online-Medien	27,3 %	25,5 %	25,0 %	30,3 %
„Give aways“ (Aktionspakete, T-Shirt,Sticker)	13,6 %	18,4 %	16,4 %	21,2 %
Vortrag, Workshop, Podiumsdiskussion	9,1 %	12,1 %	7,8 %	18,2 %
Dialogische Online-Kommunikation	7,3 %	6,4 %	9,5 %	16,2 %
Hörfunk, Kino, Fernsehen	4,5 %	2,8 %	7,8 %	6,1 %
Sonstiges	10,0 %	7,1 %	9,5 %	9,1 %
N	110	141	116	99

Die letzte Auswertung zur Zielebene betrifft die Anzahl erreichter Personen. Hier zeigt sich zunächst bei den Multiplikator*innen, dass die Anzahl geschulter/informierter Personen pro durchgeführter Maßnahme im Durchschnitt im Jahr 2024 bei 15 liegt (siehe Tabelle 36). Auch in den Jahren seit 2011 betrug der entsprechende Wert 15 bzw. 16 Personen (Ausnahme 2023: 13 Personen). Insgesamt konnten hier im aktuellen Berichtsjahr 16.000 Personen erreicht werden.

Bei den Endadressat*innen beträgt der aktuelle Durchschnittswert pro Maßnahme 35 Personen, so dass insgesamt über 52.000 Personen erreicht werden konnten. Vor dem Beginn der Corona-Pandemie war der Durchschnittswert pro Maßnahme höher (44 bis 56), aber die Gesamtzahl erreichter Endadressat*innen liegt in 2024 wieder auf dem damaligen Niveau.

Tabelle 36: Anzahl der erreichten Personen Multiplikator*innen und Endadressat*innen 2011-2024 (absolute Werte)

	2011	2015	2019	2023	2024
Multiplikator*innen					
Mittlere Teilnehmendenanzahl	16,1	15,7	15,4	12,7	15,1
Insgesamt	25.068	23.079	19.558	13.805	16.006
N	1.557	1.470	1.270	1.087	1.060
Endadressat*innen					
Mittlere Teilnehmendenanzahl	50,5	55,7	43,5	31,1	34,9
Insgesamt	40.350	55.310	53.244	46.868	52.490
N	799	993	1.224	1.507	1.504

Inhaltsebene

Bei der Erfassung der Inhaltsebene ist seit dem Jahr 2018 gleich zweimal die Dokumentationslogik geändert worden. Eine Trendbetrachtung ist deshalb noch nicht möglich; der Fokus liegt hier auf den aktuellen Ergebnissen (2024). Danach geht es bei einem guten Drittel der durchgeführten Maßnahmen um die Förderung von Lebenskompetenzen und Substanzen (37 %) (siehe Tabelle 37). An zweiter Stelle stehen Maßnahmen, die sich ausschließlich auf die Lebenskompetenzen beziehen (20 %). 17 % aller Maßnahmen weisen einen ausschließlichen Substanzbezug auf; bei 8 % gilt dies für die Verhaltenssüchte. Bei 14 % aller Maßnahmen geht es um alle drei Themenbereiche. Auf den geringsten Anteil kommen diejenigen Maßnahmen, die Substanzen und Verhaltenssüchte thematisieren (4 %).

Die Ergebnisse aus den Vorjahren sind hier informationshalber ausgewiesen.

Tabelle 37: Inhaltsebene der Maßnahmen 2018-2024

	2018	2019	2023	2024
ausschließlich Lebenskompetenz	39,1 %	36,5 %	23,9 %	20,1 %
Lebenskompetenz und Substanzen	39,8 %	44,6 %	32,0 %	36,9 %
ausschließlich Substanzbezug	8,5 %	6,1 %	16,2 %	16,6 %
Verhaltenssüchte	12,6 %	12,9 %	-	-
ausschließlich Verhaltenssüchte	-	-	9,0 %	8,3 %
Substanzen und Verhaltenssüchte	-	-	4,2 %	4,0 %
Lebenskompetenz, Substanzen und Verhaltenssüchte	-	-	14,6 %	14,2 %
N	2.317	2.647	2.710	2.665

Bei einem Großteil der Maßnahmen aus dem Jahr 2024 geht es um das Thema Alkohol (70 %) (siehe Tabelle 38). Das war im gesamten Beobachtungszeitraum der Fall. Es zeigt sich hier jedoch ein kontinuierlicher Rückgang des prozentualen Anteils um insgesamt 22 Prozentpunkte (von 92 % auf 70 %). An zweiter Stelle folgt der Themenbereich Cannabis mit aktuell 62 %, der seit 2011

mit einem Ausgangswert von 34 % einen sehr starken Bedeutungszuwachs erfahren hat. Auch das Thema Medikamente hat in den letzten Jahren an Relevanz gewonnen (2011: 10 %, 2024: 20 %); gleiches gilt für Tabak (von 29 % auf 43 %). Ferner fällt auf, dass es bei vielen anderen Substanzen im aktuellen Jahr eine Zunahme ihres relativen Anteils gegeben hat (z. B. Kokain: 13 % oder Opiate: 14 %). Die Erfassungskategorie „Neue Psychoaktive Substanzen“ kann hier erst beginnend mit dem Jahr 2019 ausgewiesen werden. Seitdem ist ihr Wert von 10 % auf 18 % gestiegen.

Tabelle 38: Inhaltsebene der Maßnahmen, Substanzbezug 2011-2024 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2015	2019	2023	2024
Alkohol	91,6 %	85,6 %	80,5 %	70,4 %	69,9 %
Cannabis	34,1 %	42,3 %	62,2 %	64,2 %	62,2 %
Tabak	29,1 %	32,2 %	42,2 %	42,7 %	42,6 %
E-Dampfprodukte	-	-	30,0 %	35,4 %	40,0 %
Medikamente	9,9 %	10,0 %	14,5 %	20,2 %	19,9 %
Amphetamine/Speed	9,4 %	9,8 %	16,3 %	13,8 %	14,3 %
Methamphetamine	-	-	5,4 %	4,9 %	9,1 %
Ecstasy	8,2 %	6,3 %	17,1 %	11,8 %	14,9 %
Opiate	7,9 %	6,8 %	6,3 %	10,8 %	13,6 %
Kokain	7,6 %	5,0 %	8,4 %	10,3 %	13,2 %
Halluzinogene	6,7 %	3,8 %	6,3 %	7,5 %	9,4 %
Biogene Drogen	4,6 %	2,7 %	3,4 %	2,4 %	5,9 %
Lösungsmittel	3,1 %	2,4 %	2,7 %	4,3 %	6,9 %
Neue Psychoaktive Substanzen	-	-	10,2 %	18,6 %	18,1 %
N	1.184	1.384	1.341	1.818	1.910

Werden Verhaltenssüchte behandelt, geht es inhaltlich vor allem um den problematischen Umgang mit digitalen Medien (siehe Tabelle 39). Für 2024 beträgt der entsprechende Wert 84 %. Die Prozentanteile für die anderen Kategorien lauten (mehrere Angaben möglich): Pathologischer Umgang Videospiele 52 %, Pathologisches Glücksspiel 34 % und Essstörungen 21 %.

Die einzelnen Verhaltenssüchte werden in dieser Form seit 2018 erfasst. In dieser eher kurzfristigen Trendbetrachtung fällt vor allem auf, dass die Prozentanteile beim Pathologischen Glücksspiel und bei den Essstörungen deutlich angestiegen sind.

Tabelle 39: Inhaltsebene der Maßnahmen, Verhaltenssüchte 2018-2024 (Mehrfachnennung möglich)

	2018	2021	2023	2024
Problematischer Umgang digitale Medien	90,4 %	88,1 %	82,7 %	83,9 %
Pathologischer Umgang Videospiele	44,3 %	47,8 %	52,6 %	52,0 %
Pathologisches Glücksspiel	15,1 %	27,0 %	32,5 %	33,5 %
Essstörungen	2,7 %	14,7 %	23,3 %	20,6 %
N	291	544	756	704

Setting

Das Setting beschreibt die Umgebung, das Milieu oder den institutionellen Rahmen, in denen eine suchtpreventive Maßnahme stattfindet. In Hessen steht hierbei an erster Stelle die Schule: 64 % aller Aktivitäten wurden in diesem Setting im Jahr 2024 durchgeführt; das ist der höchste Wert seit 2011 mit einer kontinuierlichen Zunahme über die Jahre (siehe Tabelle 40).⁴ Danach folgen die Settings Jugendarbeit und Suchthilfe mit einem Anteil von um die 10 %. In allen anderen Settings liegen die aktuellen Werte deutlich unter 10 Prozentpunkten. Hier ist vor allem der starke Rückgang im Setting Kindertagesstätte bemerkenswert (von 11 % auf 5 %). Bei vielen der anderen Settings werden für den betrachteten Zeitraum keine eindeutigen Trends in die eine oder andere Richtung sichtbar.

Tabelle 40: Settings der Maßnahmen 2011-2024 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2015	2019	2023	2024
Schule	50,5 %	52,3 %	56,7 %	60,1 %	64,0 %
Jugendarbeit	13,0 %	12,1 %	8,7 %	12,2 %	10,1 %
Kindertagesstätte	11,4 %	8,8 %	6,1 %	4,7 %	4,5 %
Politik/Kommune/Behörde/etc.	7,6 %	8,3 %	6,2 %	5,7 %	4,8 %
unspezifisch (Öffentlichkeit/Bevölkerung)	7,4 %	6,5 %	1,4 %	1,6 %	1,9 %
Suchthilfe	6,9 %	9,7 %	10,9 %	12,0 %	9,5 %
Gesundheitswesen	5,5 %	5,0 %	4,3 %	4,2 %	4,7 %
Freizeit	5,2 %	10,5 %	16,2 %	9,1 %	4,6 %
Betrieb	4,9 %	4,9 %	4,9 %	5,9 %	5,5 %
Familie	4,3 %	9,0 %	13,0 %	7,7 %	3,6 %
Erwachsenen-/Familienbildung	3,4 %	2,8 %	3,4 %	4,0 %	3,5 %
Strafwesen/Polizei	2,6 %	2,3 %	2,0 %	3,1 %	2,5 %
Hochschule/Fachhochschule	2,6 %	2,4 %	2,1 %	1,2 %	0,9 %
Kirche	2,5 %	3,1 %	1,0 %	1,0 %	0,8 %
Sport	0,6 %	0,5 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %
Fahrschule	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
Flüchtlingshilfe/Migrationsdienst	-	-	1,5 %	1,0 %	0,9 %
Behindertenhilfe	-	-	-	0,5 %	0,2 %
Sonstiges	2,1 %	2,3 %	1,8 %	1,9 %	2,1 %
N	2.366	2.465	2.506	2.594	2.566

Umsetzungsebene

Die nächste Tabelle zeigt die so genannte Umsetzungsebene der Maßnahmen. Damit ist die Form oder Methodik der Maßnahme gemeint. Im Jahr 2024 beträgt der prozentuale Anteil für Trainings/Schulungen 61 % – der bislang höchst gemessene Wert einer kontinuierlichen Entwicklung (siehe Tabelle 41). Im Gegenzug fällt die Kategorie Kooperation/Koordination mit 14 % auf ihren

⁴ Die Verteilung nach Schultypen innerhalb des Settings Schule stellt sich für das Jahr 2024 wie folgt dar: Grundschule = 14,1 %; Schulart mit zwei Bildungsgängen = 16,2 %; Schulart mit zwei oder drei Bildungsgängen = 43,4 %; Gymnasium = 30,5 %; Berufsbildende Schule/Oberstufenzentrum = 20,4 %; Förderschule = 9,6 % (mehrere Angaben pro Maßnahme möglich).

niedrigsten Wert. Der Anteil der Präventionsberatung ist dagegen vergleichsweise stabil (zwischen 9 % und 13 %). Bei den anderen Umsetzungsformen liegen die relativen Anteile deutlich unter 10 Prozent.

Tabelle 41: Umsetzungsebene der Maßnahmen 2011-2024

	2011	2015	2019	2023	2024
Trainings/Schulungen	39,0 %	42,7 %	50,8 %	57,1 %	61,0 %
Kooperation/Koordination	23,4 %	22,9 %	21,0 %	17,0 %	14,3 %
Präventionsberatung	12,0 %	9,8 %	9,1 %	11,7 %	12,5 %
Ausstellung/Projektstage/Aktionswochen	8,7 %	9,4 %	6,9 %	5,6 %	2,7 %
Vortrag/Referat	7,5 %	7,2 %	6,5 %	6,7 %	7,2 %
Informationsvermittlung	6,8 %	5,9 %	4,1 %	-	-
Fachtagung	1,6 %	1,6 %	1,4 %	1,1 %	1,5 %
Information/Vermittlung Hilfsdienste	0,8 %	0,4 %	0,3 %	0,8 %	0,8 %
N	2.366	2.464	2.506	2.594	2.566

Zielsetzung

Bei den Präventionsmaßnahmen gibt es einerseits Individuen-bezogene Zielsetzungen. Hier steht im Jahr 2024 mit Abstand an erster Stelle die Zunahme des Wissens bei den entsprechenden Zielgruppen. Dieses Ziel verfolgen 87 % aller Aktivitäten; hier liegt für das aktuelle Berichtsjahr ein Höchstwert vor. Seit dem Jahr 2011 hat es hier eine deutliche Steigerung des Prozentanteils gegeben (siehe Tabelle 42). Auch bei der Zielsetzung „Stärkung/Veränderung von Einstellungen“ ist im Jahr 2024 mit 54 % ein Höchstwert festzustellen. Es folgt die Zielsetzung „Kompetenzförderung/Ressourcenstärkung“ mit einem Anteil von 40 % (ebenfalls ein Jahres-Höchstwert). Bei dieser Zielsetzung gab es im Betrachtungszeitraum etwas schwankende Werte. Die Bedeutung der Förderung der Risikokompetenz hat zwischen 2011 bis 2024 sehr stark zugenommen (von 12 % auf 33 %). Dagegen hat sich der Prozentanteil bei der Kategorie „Verhaltensmodifikation“ in diesem Zeitraum um die Hälfte reduziert (von 15 % auf 7 %).

Andererseits bestehen Zielsetzungen, die auf strukturelle Aspekte oder die Öffentlichkeitsarbeit abzielen. Die Werte für die Ziele „Verstärkung der Vernetzung“ und „Aufbau von Strukturen“ betragen für das Jahr 2024 33 % und 22 % (siehe Tabelle 42). Das Ziel „hohe Öffentlichkeitswirksamkeit“ weist einen aktuellen Wert von 10 % auf. Die Entwicklungen bei dieser Art von Zielsetzungen sind im Beobachtungszeitraum insgesamt betrachtet eher schwankend gewesen.

Tabelle 42: Zielsetzung der Maßnahmen 2011-2024 (Mehrfachnennung möglich)

	2011	2015	2019	2023	2024
Zunahme von Wissen	69,8 %	68,2 %	79,1 %	85,1 %	87,3 %
Stärkung/Veränderung von Einstellungen	43,4 %	42,0 %	42,1 %	50,4 %	53,9 %
Kompetenzförderung/ Ressourcenstärkung	36,6 %	33,7 %	30,9 %	34,6 %	40,0 %
Förderung von Risikokompetenz	12,0 %	19,7 %	29,7 %	29,3 %	32,9 %
Verhaltensmodifikation	14,6 %	14,8 %	6,7 %	9,3 %	6,9 %
Stärkung der Vernetzung	31,9 %	34,2 %	32,8 %	29,5 %	33,1 %
Aufbau von Strukturen	28,0 %	30,0 %	25,8 %	20,0 %	22,4 %
hohe Öffentlichkeitswirksamkeit	16,8 %	18,5 %	10,4 %	8,8 %	10,0 %
N	2.554	2.705	2.647	2.710	2.665

Anzahl und Dauer der Termine

Mit Dot.sys werden auch die Anzahl und Dauer der Termine je durchgeführter Maßnahme dokumentiert. Für das Jahr 2024 weist die folgende Tabelle 43 einen Anteil von 79 % für Maßnahmen aus, die im Rahmen eines einzigen Termins durchgeführt worden sind. Das ist der höchste Prozentwert seit dem Jahr 2011. Damals lag der entsprechende Wert noch bei 63 %. Bei Maßnahmen mit zwei oder drei Terminen ist ein schwankender Wert in einem Korridor zwischen 14 % und 20 % vorhanden. Der Anteil von suchtpreventiven Maßnahmen, die sich aus mehr als drei Terminen zusammensetzen, ist dagegen seit dem Jahr 2011 relativ kontinuierlich zurückgegangen (von 19 % auf 6 %).

Tabelle 43: Anzahl der Termine 2011-2024

	2011	2015	2019	2023	2024
einer	63,3 %	64,5 %	76,2 %	76,2 %	78,7 %
2 bis 3	17,6 %	19,9 %	14,2 %	16,9 %	14,8 %
4 bis 6	10,4 %	9,9 %	6,6 %	5,5 %	4,9 %
7 bis 10	3,8 %	2,6 %	1,4 %	0,7 %	0,9 %
mehr als 10	4,8 %	3,0 %	1,6 %	0,7 %	0,6 %
N	2.366	2.463	2.506	2.594	2.566

Bei der Dauer der einzelnen Termine ergibt sich für das Jahr 2024 das folgende Bild: 53 % der Maßnahmen dauern bis zu 2 Stunden und 34 % bis zu einem halben Tag (siehe Tabelle 44). Suchtpreventive Projekte, die einen größeren Zeitumfang in Anspruch nehmen (>½ Tag), betreffen aktuell insgesamt 13 % der Maßnahmen. Damit hat die Relevanz umfassenderer Programme seit 2011 abgenommen: damals betrug ihr Anteil noch 19 %.

Tabelle 44: Dauer der Termine 2011-2024

	2011	2015	2019	2023	2024
bis 2 Stunden	42,1 %	49,5 %	49,9 %	54,3 %	52,8 %
>2 Stunden bis ½ Tag	38,7 %	32,8 %	36,0 %	33,5 %	34,1 %
>½ Tag bis 1 Tag	15,3 %	14,7 %	12,6 %	11,2 %	11,9 %
>1 Tag	3,9 %	3,0 %	1,4 %	1,0 %	1,2 %
N	2.366	2.463	2.506	2.594	2.566

Evaluationsstatus

Wird ein Blick auf den Evaluationsstatus der durchgeführten Maßnahmen geworfen, zeigt sich, dass bei dem größten Teil aller Aktivitäten im Jahr 2024 eine Evaluation nicht vorgesehen ist (79 %) (siehe Tabelle 45). Dieser Anteil war im Zeitraum 2011 bis 2023 von 69 % auf 84 % angestiegen. Es ist hier das erste Mal eine Abnahme des relativen Anteils zu verzeichnen. Umgekehrt gibt es seit 2019 einen prozentualen Anstieg bei den aktuell durchgeführten und bereits vorhandenen Evaluationen (6 % bzw. 15 %).

Tabelle 45: Evaluation der Maßnahmen 2011-2024

	2011	2015	2019	2023	2024
nicht vorgesehen	68,8 %	73,2 %	83,8 %	84,0 %	79,4 %
aktuell durchgeführt	11,6 %	11,4 %	2,6 %	3,0 %	5,7 %
bereits vorhanden	19,7 %	15,3 %	13,6 %	13,1 %	14,9 %
N	2.554	2.705	2.647	2.710	2.665

Durchführungsformat

Abschließend sollen die Ergebnisse für die Maßnahmen nach ihrem Durchführungsformat dargestellt werden. Eine solche Auswertung ist erst ab dem Jahr 2020 möglich (deshalb werden hier die letzten Jahren betrachtet). Demnach sind im aktuellen Berichtsjahr 92 % aller Maßnahmen im analogen Format durchgeführt worden (siehe Tabelle 46). Der hybride Anteil beträgt 2 %, und 6 % der Maßnahmen haben digital stattgefunden. Gegenüber den beiden Corona-Jahren (2020/2021), die stark von den Restriktionen der Pandemie geprägt waren, hat damit das analoge Durchführungsformat einen kontinuierlich wachsenden Bedeutungszuwachs erfahren.

Tabelle 46: Durchführungsformat der Maßnahmen 2020-2024

	2020	2021	2022	2023	2024
analog	70,8 %	59,7 %	79,6 %	88,7 %	92,0 %
digital	22,1 %	31,0 %	14,5 %	7,6 %	5,9 %
hybrid	7,1 %	9,3 %	5,9 %	3,8 %	2,1 %
N	1.954	2.279	2.670	2.710	2.665

Profil der cannabispräventiven Maßnahmen 2022 bis 2024

In diesem Kapitel werden die in den Jahren 2022 bis 2024 durchgeführten cannabispezifischen Maßnahmen vergleichend analysiert. In diesen Maßnahmen wurde inhaltlich ausschließlich bzw. schwerpunktmäßig die Substanz Cannabis behandelt. Es ist anzunehmen, dass sich insbesondere in diesen Maßnahmen mögliche Veränderungen in der Cannabisprävention durch die Teil-Legalisierung (seit dem 01.04.2024) abbilden könnten.

Vorweggenommen sei, dass im Jahr 2024 insgesamt 1.188 Maßnahmen (auch) das Thema Cannabis behandelten.⁵ Dabei ging es in 29 % der Fälle ausschließlich um Cannabis (siehe Tabelle 47). In knapp einem Drittel wurden die Inhalte Cannabis und Alkohol zusammen thematisiert (31 %); in einem guten weiteren Drittel kam noch der Inhalt illegale Drogen hinzu (36 %). Dass Cannabis und illegale Drogen zusammen behandelt werden, war dagegen relativ selten der Fall (4 %).

Im Vergleich zu den beiden Vorjahren zeigt sich, dass im Jahr 2024 der relative Anteil cannabispezifischer Maßnahmen etwas angestiegen ist.

Tabelle 47: Profil der Cannabisprävention 2022-2024

Substanzbezug	2022	2023	2024
ausschließlich Cannabis	26,5 %	23,8 %	29,0 %
Cannabis & Alkohol	35,4 %	34,7 %	31,0 %
Cannabis, Alkohol, andere illegale Drogen	34,1 %	35,6 %	35,8 %
Cannabis & andere illegale Drogen	4,1 %	5,8 %	4,2 %
N	1.100	1.167	1.188

Im Folgenden soll auf der dargestellten Datengrundlage untersucht werden, ob sich bei ausgewählten strukturellen Merkmalen Veränderungen bei der cannabispezifischen Arbeit zeigen, wenn ein Jahresvergleich ausgehend von der Teil-Legalisierung (2024) angestellt wird.

Bei der Präventionsart fällt auf, dass es im Jahr 2024 mit 10 % gegenüber den Vorjahren einen vergleichsweise hohen Anteil von Maßnahmen gegeben hat, die selektiv, also auf spezifische Risikogruppen ausgerichtet waren (siehe Tabelle 48). Dagegen war der Anteil indizierter Prävention besonders niedrig (8 %).

Wird die Zielebene betrachtet, zeigt sich, dass der Anteil multiplikatorenbezogener Arbeit im Jahr 2024 deutlich angestiegen ist (41 %). Bei den Endadressat*innen ist es genau andersherum: Hier findet sich mit 57 % ein deutlich geringerer Anteil als in den beiden Vorjahren. Im Jahr 2024 wurden zudem vergleichsweise viele Personen erreicht: Im Durchschnitt waren dies pro cannabispezifischer Maßnahme 19 Multiplikator*innen und 24 Endadressat*innen.

Beim Durchführungsformat dominieren in 2024 – wie schon in den Vorjahren – analoge Maßnahmen mit einem Anteil von 92 %.

⁵ Getrennt nach Jahresquartalen 2024 sah die Verteilung bei den cannabisbezogenen Maßnahmen wie folgt aus: Q1 = 355, Q2 = 345, Q3 = 200, Q4 = 288.

Tabelle 48: Cannabisspezifische Präventionsmaßnahmen 2022-2024 (I)

	2022 (n=291)	2023 (n=278)	2024 (n=345)
Präventionsart			
universell	72,2 %	69,8 %	71,9 %
selektiv	8,2 %	4,7 %	9,9 %
indiziert	13,4 %	17,3 %	8,4 %
strukturell	6,2 %	8,3 %	9,9 %
Zielebene			
Multiplikator*innen	25,8 %	21,9 %	40,6 %
Endadressat*innen	73,2 %	77,0 %	56,5 %
Öffentlichkeitsarbeit	1,0 %	1,1 %	2,9 %
Zielebene: erreichte Personen			
Multiplikator*innen (Ø)	12,3	11,6	19,1
Endadressat*innen (Ø)	19,6	18,7	23,9
Durchführungsformat			
analog	84,5 %	91,4 %	92,2 %
digital	12,0 %	7,6 %	5,5 %
hybrid	3,4 %	1,1 %	2,3 %

Im Jahr 2024 wird eine Verschiebung beim Setting Jugendarbeit sichtbar; hier hat sich der relative Anteil gegenüber den Vorjahren mit 12 % in etwa verdoppelt (siehe Tabelle 49). Dagegen ist beim Setting Suchthilfe ein Rückgang auf aktuell 13 % feststellbar; auch der Stellenwert des Settings Freizeit nimmt ab (2024: 6 %).

Bei den Zielsetzungen stellt sich 2024 die Situation im Großen und Ganzen wie in den Vorjahren dar. Hier liegen überall schwankende Werte vor, ohne dass eine Tendenz in die eine oder andere Richtung erkennbar wäre.

Bei der Umsetzungsebene wird deutlich, dass sich im aktuellen Jahr der Prozentwert bei der Präventionsberatung gegenüber 2022 und 2023 fast halbiert hat (12 %). Gleichzeitig hat sich der Anteil bei der Kategorie Vortrag/Referat auf 10 % verdoppelt.

Abschließend zeigt sich, dass der Anteil schon evaluierter Maßnahmen im Jahr 2024 deutlich zugenommen hat (auf aktuell 16 %).

Tabelle 49: Cannabisspezifische Präventionsmaßnahmen 2022-2024 (II)

	2022 (n=291)	2023 (n=278)	2024 (n=345)
Wichtigste Settings			
Schule	67,0 %	66,9 %	61,7 %
Suchthilfe	15,8 %	18,7 %	12,5 %
Betrieb	5,5 %	1,8 %	4,3 %
Jugendarbeit	5,2 %	6,8 %	11,6 %
Freizeit	18,6 %	9,4 %	5,8 %
Zielsetzung			
Zunahme von Wissen	86,6 %	93,5 %	91,6 %
Stärkung/Veränderung von Einstellungen	61,9 %	75,2 %	60,3 %
Kompetenzförderung/ Ressourcenstärkung	29,9 %	25,9 %	33,9 %
Förderung von Risikokompetenz	30,2 %	27,7 %	27,8 %
Verhaltensmodifikation	18,2 %	20,1 %	15,1 %
Umsetzungsebene			
Trainings/Schulungen	59,4 %	62,2 %	63,3 %
Kooperation/Koordination	10,4 %	9,1 %	10,4 %
Präventionsberatung	20,1 %	22,2 %	11,9 %
Ausstellung/Projekttag/ Aktionswochen	2,1 %	0,4 %	0,9 %
Vortrag/Referat	4,9 %	5,5 %	9,9 %
Fachtagung	1,7 %	-	3,0 %
Information/ Vermittlung Hilfsdienste	1,4 %	0,7 %	0,6 %
Evaluationsstatus			
nicht vorgesehen	93,5 %	85,6 %	81,7 %
aktuell durchgeführt	2,7 %	2,2 %	2,0 %
bereits vorhanden	3,8 %	12,2 %	16,2 %

Einordnung der Dot.sys-Ergebnisse aus Sicht der HLS

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

Suchtprävention gemeinsam denken und handeln – Cannabisprävention in Hessen 2024

Regina Sahl, Koordinatorin für Suchtprävention, berichtet über die Teil-Legalisierung von Cannabis und die Schwerpunkte in der Arbeit des landesweiten Netzwerkes der 29 Fachstellen für Suchtprävention.

Zum 1. April 2024 ist das Konsumcannabisgesetz (KCanG) in Kraft getreten. Damit wurde der private Eigenanbau durch Erwachsene sowie der gemeinschaftliche, nicht-gewerbliche Eigenanbau von Cannabis in Anbauvereinigungen zum Eigenkonsum erlaubt. Für Kinder und Jugendliche bleibt Cannabis weiterhin verboten.

In Deutschland haben ca. 18 Millionen Personen in ihrem Leben mindestens einmal Cannabis konsumiert. Laut aktuelleren Erhebungen konsumierten 10 Prozent der Erwachsenen sowie 7,6 Prozent der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland in den letzten 12 Monaten Cannabis.⁶

Cannabis, das auf dem Schwarzmarkt gekauft wird, ist häufig mit gesundheitlichen Risiken verbunden. Es kann beispielsweise verunreinigt sein und einen unbekannten THC-Gehalt enthalten, dessen Stärke der Wirkung die Konsument*innen nicht abschätzen können. Daher hatte sich die ehemalige Bundesregierung (2021-2025) für eine neue Drogenpolitik eingesetzt, die den Schutz von Kindern und Jugendlichen als einen zentralen Bestandteil des Gesetzes ansieht.

Ziel ist es, den illegalen Cannabismarkt einzudämmen, die Qualität von Cannabis zu kontrollieren, die Weitergabe von verunreinigten Substanzen zu verhindern und damit zu einem besseren Gesundheitsschutz beizutragen. Darüber hinaus soll mehr für Aufklärung und Suchtprävention getan und der Kinder- und Jugendschutz gestärkt werden.

Struktur und fachliche Kompetenz in der Cannabisprävention

Im Zuge der Debatte um die Regulierung wurde sehr deutlich, dass nach wie vor Cannabis ein hochemotionales und kontroverses Thema ist und deshalb in der suchtpreventiven Arbeit qualitätsgesicherten Programmen und fachlicher Expertise bedarf. Um beides, Struktur und fachliche Kompetenz zu sichern, stellte die Koordinationsstelle Suchtprävention mit ihrem landesweiten Netzwerk der 29 Fachstellen eine Vielzahl an qualitätsgesicherten Informationen, evaluierten Programmen und spezifisch cannabispräventiven Angeboten zur Verfügung, um die unterschiedlichen Dialoggruppen wie Jugendliche, Eltern und Erziehende sowie Multiplikator*innen, Lehrpersonal und pädagogische Fachkräfte dabei zu unterstützen, in ihrem jeweiligen Handlungsfeld nachhaltige und kompetente Entscheidungen treffen zu können. Im Berichtsjahr 2024 konnten rund 1.200 Maßnahmen von den Fachstellen für Suchtprävention organisiert und umgesetzt werden, die inhaltlich (auch) das Thema Cannabis behandelt haben. Mit diesen Angeboten und

⁶ Cannabis – Datenportal Sucht und Drogen des Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen: <https://datenportal.bundesdrogenbeauftragter.de/cannabis>

Aktivitäten wurden rund 37.000 Personen erreicht (8.000 Multiplikator*innen und 29.000 Endadressat*innen). Insgesamt haben die 29 Fachstellen 2.665 Maßnahmen durchgeführt und 68.000 Personen (16.000 Multiplikator*innen und 52.000 Endadressaten) erreicht.⁷

Suchtprävention ist dringend notwendig

Die Präventionsexpert*innen der Fachstellen berichten vermehrt darüber, dass Jugendliche häufig nicht wissen, ob kiffen legal oder illegal ist und wie es um die Verbreitung steht. Häufig hören sie die Aussage „Alle Kiffen doch... oder nicht?“. Daher ist es sehr wichtig, mit Jugendlichen über die Fakten zum Konsum von Cannabis zu sprechen. Denn Studien zeigen, dass etwa 90 Prozent der unter 18-Jährigen noch nie Cannabis konsumiert haben.

Fakten-Check:

- Bei den 18- bis 25-Jährigen hat etwa die Hälfte (47,2 Prozent) Cannabis ausprobiert.
- Regelmäßig konsumierten 8 Prozent der jungen Erwachsenen Cannabis.
- Der Konsum war bei jungen Männern weiterverbreitet als bei jungen Frauen.⁸
- 2023 haben 8,3 Prozent der 12- bis 17-Jährigen einmal Cannabis konsumiert, das ist etwa jeder zwölfte Jugendliche in dieser Altersgruppe.
- Von 100 Jugendlichen kiffen nur 1,3 Prozent regelmäßig; weniger als 2 Jugendliche also.
- Rein statistisch ist Kiffen bei 12- bis 17-Jährigen immer also relativ selten.

Gleichwohl sind gerade für diese Altersgruppe die gesundheitlichen Risiken besonders hoch. Daher ist es hier besonders wichtig, auch auf deren Probierkonsum zu reagieren und diese Risiken anzusprechen.

Es ist wichtig, über Cannabiskonsum ins Gespräch zu kommen um Jugendliche wie junge Erwachsene dabei zu unterstützen, soziale-emotionale Fertigkeiten sowie Kompetenzen für ein suchtmittelfreies und unabhängiges Leben zu entwickeln. Cannabisprävention in Hessen setzt bei der gesellschaftlichen Realität an und versucht, den Konsumeinstieg möglichst zu verzögern und Fähigkeiten für einen risikoarmen Konsum zu vermitteln. 10 Prozent der selektiven Maßnahmen richteten sich auf spezifische Risikogruppen, was gegenüber dem Vorjahr ein hoher Anteil ist. So konnten allein für diese spezifischen Zielgruppen der Probierkonsumierenden und Konsumerfahrenen Jugendlichen / Erwachsenen 340 Maßnahmen (von insgesamt 1.200 cannabispräventiven Maßnahmen) durchgeführt werden.

Qualitätsgesicherte präventive Angebote in den Lebenswelten

Schule und Jugendeinrichtungen sind wichtige Lebensräume für Kinder und Jugendliche. Hier bietet sich die Möglichkeit, diese in ihrem alltäglichen Umfeld abzuholen.

⁷ Die Datenauswertung auf Landesebene erfolgt durch das ISD. Die kreisbezogenen Auswertungsergebnisse werden durch die Koordinationsstelle Suchtprävention mit dem Dot.sys Auswertungsmodul ausgewertet.

⁸ Infoblatt Drogenaffinitätsstudie 2023 Cannabis: https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/Infoblatt_Drogenaffinit%C3%A4tsstudie_2023_Cannabis.pdf

In der Zusammenarbeit der Koordinationsstelle Suchtprävention der HLS, den Fachstellen für Suchtprävention, dem Hessischen Ministerium für Kultus, Bildung und Chancen und den Fachberatungen für Suchtprävention in den Staatlichen Schulämtern wird auf **Grundlage der „Weilburger Erklärung“⁹ eine gute Vernetzung der Systeme** sehr deutlich. Die Auswertungsergebnisse zeigen, dass 64 Prozent der suchtpreventiven Angebote der Fachstellen im System Schule stattfinden. Mit diesen Angeboten konnten rund 7.300 Multiplikator*innen, wie Lehrkräfte und Schulsozialarbeitende, und 45.000 Schüler*innen erreicht werden.

Cannabis- und Suchtprävention für Kinder und Jugendliche setzt auf Förderung der sozialen und emotionalen Fähigkeiten, der Lebenskompetenzen und Resilienz, der Schutz- und Risikofaktoren sowie der Reflexion des eigenen (Konsum)Verhaltens. Die Fachkräfte der hessischen Fachstellen für Suchtprävention arbeiten mit evaluierten, praxiserprobten und interaktiven Methoden, Projekten und Programmen.

Neue cannabispräventive Angebote für Schule und Jugendarbeit

Wissenschaftlich fundierte Inhalte und Botschaften von Präventionsmaßnahmen können Jugendliche zu einer kritischen Auseinandersetzung anregen und Einstellungs- bzw. Verhaltensänderungen beeinflussen. Im Folgenden werden neu implementierte Angebote in Hessen für die schulische Cannabisprävention und Jugendarbeit vorgestellt.¹⁰

Der „Grüne Koffer – Methodenset zur Cannabisprävention“

Der „Grüne Koffer“ ist ein evaluiertes Angebot zur Cannabisprävention für Schulen (8.-10. Klasse und berufliche Schulen) und Jugendfreizeiteinrichtungen (für Jugendliche im Alter von 15 bis 17 Jahren). Der Koffer beinhaltet eine Sammlung von abwechslungsreichen Materialien und Methoden, um mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen über Cannabis ins Gespräch zu kommen. Mittels interaktiver Methoden wird dabei über die psychischen und körperlichen Auswirkungen des Cannabiskonsums und rechtliche Aspekte aufgeklärt und eine aktive Auseinandersetzung sowie Reflexion der eigenen Haltung zu Cannabis angeregt.

In Hessen fanden bereits sechs Wochen nach in Kraft treten des KCanG, am 15. und 16. Mai 2024, die Auftaktschulungen zum „Grünen Koffer“ statt. An diesen Multiplikator*innen-Schulungen nahmen über 40 Präventionsfachkräfte aus den Fachstellen für Suchtprävention teil. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hatte im Rahmen der Schulungen insgesamt 100 neue Methodenkoffer verteilt, die seit diesem Zeitpunkt in allen hessischen Landkreisen und kreisfreien Städten in den Fachstellen verfügbar sind. In 2024 konnten bereits 43 Schulungen angeboten werden (25 Schulungen für Multiplikator*innen wie Lehrpersonal, Beschäftigte der Jugendhilfe und Schulsozialarbeit sowie 18 Workshops für Schüler*innen), mit denen rund 300 Multiplikator*innen und 600 Schüler*innen erreicht wurden.

⁹ Auszug aus der Weilburger Erklärung aus dem Jahr 1997: „Das Hessische Kultusministerium (HKM) und das Hessische Ministerium für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit (HMUEJFG) sehen die primäre Suchtprävention als gemeinsame Aufgabe. Dies kommt in den Grundsätzen des Hessischen Schulgesetzes, den Rahmenlehrplänen für die einzelnen Schulformen und der Rahmenkonzeption der hessischen Fachstellen für Suchtprävention zum Ausdruck. Die Ministerien erklären ihren Willen zur Zusammenarbeit auf diesem Gebiet mit folgender Zielsetzung: Kinder und Jugendliche stärken und ihnen helfen, in ihrem persönlichen und sozialen Entwicklungsprozess diejenigen psychischen Eigenschaften und Fähigkeiten zu entwickeln, die es ihnen ermöglichen, ein suchtfreies Leben zu führen. Die suchtpreventive Arbeit schließt ein, über die strukturellen Bedingungen und Organisationsmerkmale der beteiligten Institutionen zu reflektieren und zu klären, inwieweit sie dieser Zielsetzung entsprechen. ...“

¹⁰ Diese Programme wurden durch das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG, ehemals BZgA) gefördert.

„Cannabis – quo vadis?“ für die Klassenstufen 8 - 10 und die Jugendarbeit

„Cannabis – quo vadis?“ ist ein evaluierter, interaktiver Workshop, welcher den Teilnehmenden anhand von sechs Etappen fachlich fundierte und sachliche Informationen zum Thema Cannabis vermittelt. Bestehende Mythen wie z. B. „Kiffen ist gesünder als Rauchen“ und andere Fehlinformationen werden korrigiert. Zudem werden die Teilnehmenden des Workshops unter anderem über mögliche Auswirkungen des Cannabiskonsums auf den Straßenverkehr aufgeklärt.

In Hessen gibt es im Berichtsjahr 23 ausgebildete Trainer*innen in der Fachstelle für Suchtprävention. Diese haben 32-mal den interaktiven Parcours „Cannabis – quo vadis?“ eingesetzt und damit rund 800 Schüler*innen und 22 Multiplikator*innen erreicht.

Die Landesauswertung zeigt einen Anstieg an cannabispezifischen Maßnahmen (in denen es inhaltlich ausschließlich um Cannabis ging) von 24 Prozent (2023) auf 29 Prozent in 2024. Dies ist auf die oben genannten neuen cannabispräventiven Programme zurückzuführen. Daher hat sich auch der Evaluationsstatus bei den cannabispezifischen Angeboten von 4 Prozent in 2022 auf 16 Prozent im Berichtsjahr 2024 erhöht. D. h. die hessischen Präventionsfachkräfte arbeiten im Cannabisbereich verstärkt mit diesen evaluierten und qualitätsgesicherten Programmen. Diese spezifischen Angebote werden primär in Schulen (62 Prozent) und in der Jugendarbeit (12 Prozent) eingesetzt.

Außer diesen Angeboten, die die Fachkräfte selbst organisieren und umsetzen, gibt es weitere neue Maßnahmen für die schulische Cannabisprävention, die von den Fachkräften und der Koordinierungsstelle Suchtprävention beworben und in Hessen bekannt gemacht werden.

Online-Kurs „Cannabis und Schule: wissen, verstehen, handeln“

Der evaluierte Online-Kurs „Cannabis und Schule: wissen, verstehen, handeln“ ist modular aufgebaut und kann mit einer Bearbeitungszeit von ca. vier Stunden absolviert werden. In sieben Wissensmodulen werden den Teilnehmenden Lehrkräften dabei zentrale Hintergrundinformationen rund um das Thema Cannabis und den Konsum unter Jugendlichen vermittelt. In vertiefenden Praxismodulen wird das gelernte Wissen in den beruflichen Alltag übertragen.¹¹

„Cannabis Kompakt“ – Schulbasierte Cannabisprävention für Jugendliche

„Cannabis Kompakt“ unterstützt Lehrkräfte dabei, Schüler*innen ab der Klassenstufe 8 über Cannabis zu informieren. „Cannabis Kompakt“ besteht aus drei aufeinander aufbauenden Unterrichtseinheiten sowie einem Quiz mit Gewinnverlosung. „Cannabis Kompakt“ ist ein kostenfreies Angebot. Lehrkräfte benötigen für die Durchführung im Unterricht keine Fortbildung oder Schulung.

„Meine Zeit ohne – Die Challenge“ für Jugendliche und junge Erwachsene (App)¹²

Bundesweit wurden Berufsschulen und allgemeinbildende Schulen dazu aufgerufen, Schüler*innen ab Klassenstufe 9 auf die App zur Gewohnheitsänderung (in Bezug auf Alkohol, Cannabis oder sozial Media) aufmerksam zu machen. In diesem Setting bieten sich eine Reihe von Einsatzmöglichkeiten: als Aktion in der gesamten Schule, in einzelnen Klassen, als Individual-Challenge sowie als Tool im Beratungssetting (z. B. in der Schulsozialarbeit).¹³

¹¹ Eine Vorschau zum Kurs sowie die Anmeldemöglichkeit befindet sich auf der Lernplattform der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen, BAS.

¹² Nach erfolgreicher Durchführung und positiver Evaluation an Berufsschulen in den Jahren 2018 bis 2022 wird das Projekt 2024 und 2025 fortgesetzt.

¹³ Zur Anmeldung der Schule und zur Bestellung des Printmaterials: <https://www.meine-zeit-ohne.de/anmeldung>

Schulbasierte Cannabisprävention für Jugendliche sollte nicht isoliert betrachtet werden, sondern immer als ein Teil eines schulischen „Gesamtkonzeptes (Sucht)Prävention“ gedacht und umgesetzt werden. Im Umgang mit Cannabis – wie auch mit anderen Suchtmitteln – sind geeignete Maßnahmen auf drei Ebenen (Schule, Klasse und Schüler*innen) zu installieren.

Neue cannabispräventive Angebote für Eltern und Erziehende

Erziehende sind in der Pubertät ihrer Kinder oftmals mit großen Herausforderungen konfrontiert. Dabei bietet diese Phase große Chancen, als empathisches Vorbild wichtige Weichen zu stellen und die Persönlichkeitsentwicklung der Heranwachsenden bestärkend zu begleiten. Niedrigschwellige Informations- und Austauschangebote im Setting Familie sind daher ein wichtiger Baustein einer umfassenden Sucht- und Cannabisprävention, die systemisch denkt und wirkt.

ESIC „(Virtuelle) Elternabende zur suchtpreventiven Information zum Thema Cannabis“

Das ESIC-Projekt umfasst zwei unterschiedliche evaluierte Elternabendkonzeptionen (für die Klassenstufen 8-10): ein separater, 90-minütiger Themenelternabend und eine, an einen regulär stattfindenden Elternabend gekoppelte Kurzvariante (etwa 30 Minuten). Beide Varianten können sowohl online als auch in Präsenz durchgeführt werden. Inhaltlich werden den Teilnehmenden sachliche Informationen zum Thema Cannabis (u.a. Wirkweise, Verbreitung und Risiken des Konsums sowie rechtliche Lage) und zur Rolle sowie des Einflusses von Eltern/Erziehungsberechtigten auf ihre Kinder vermittelt. Interaktive Elemente und themenspezifische Videos dienen der Veranschaulichung und als Gesprächsgrundlage für die Teilnehmenden.

Darüber hinaus bieten die hessischen Fachstellen weitere virtuelle- und Präsenz-Elternabende zu Cannabis und anderen Substanzen bzw. Themen an. Insgesamt konnten in Hessen im Berichtsjahr rund 90 Maßnahmen für Eltern und Erziehende angeboten werden. An diesen Aktivitäten haben rund 2.500 Eltern und Erziehende teilgenommen.

Landesweite suchtpreventive Angebote in der Zusammenarbeit mit den Landkreisen und Kommunen: Netzwerkmanagement und fachspezifische Angebote

Neben den cannabispezifischen Aktivitäten der Fachstellen gibt es weitere suchtpreventive Aufgaben und Angebote, die von den Fachkräften und der Koordinierungsstelle Suchtprävention der HLS organisiert und umgesetzt werden.

Das landesweite Netzwerk der Fachstellen für Suchtprävention und der Koordinationsstelle Suchtprävention wirken in Präventionsberatung, kommunalen wie landesweiten Gremien und durch Schulungen darauf hin, dass u.a. Gesundheits-, Kinder- und Jugendschutz gefördert und sichergestellt werden, über die Risiken von psychoaktiven Substanzen und Suchtmittelgebrauch aufgeklärt wird und risikoreduzierte Formen des Konsums vermittelt werden. Hierzu bieten die Fachstellen qualifizierte Schulungen, Beratungen, Koordination von evaluierten Maßnahmen sowie Unterstützung bei der Entwicklung einer kommunalen Gesamtstrategie Suchtprävention an.

Der Auswertungsbericht zeigt, dass die Fachkräfte im Bereich „Koordination“ mit 14 Prozent ihrer Aktivitäten (rund 400 Maßnahmen) in kommunalen Gremien eingebunden sind. Mit diesen Aktivitäten und fachspezifischen Angeboten im Bereich der Netzwerkarbeit erreichten sie ca. 4.100 Personen.

Zu den Leistungsangeboten in der Netzwerkarbeit der Fachstellen gehören u.a.:

- Fachlich-wissenschaftliche Beratung bei der Koordination und Umsetzung einer kommunalen Gesamtstrategie Suchtprävention sowie dem Aufbau und Ausbau von kommunalen Präventionsketten;
- Entwicklung von Kooperationsmodellen u.a. in den Bereichen Kindertagesstätten, Jugendarbeit, Schule, Gesundheit, Sport, Vereine, Polizei und Betriebe;
- Organisation und Umsetzung langfristig angelegter, ursachenorientierter und geschlechtsgerechter Suchtprävention für verschiedene Arbeitsbereiche; sowie der Einsatz von evaluierten und evidenzbasierten Suchtpräventionsprogrammen;
- Aufbau bzw. Intensivierung und Koordination von Arbeitskreisen sowie trägerübergreifender Zusammenarbeit;
- Vertretung der Suchtprävention in kommunalpolitischen Gremien.

Darüber hinaus gibt es weitere fachspezifische Angebote, die die Zusammenarbeit mit den regionalen Akteur*innen fördern und unterstützen:

- Beratung und Unterstützung bei der Umsetzung von regionalen Maßnahmen zur Regulierung der Verfügbarkeit bestimmter suchtgefährdender Angebote (z. B. Alkohol);
- Entwicklung und Umsetzung von Präventionsansätzen für ältere Menschen in der Kommune in Kooperation insbesondere mit Angeboten der Altenhilfe;
- Stärkere Berücksichtigung der kulturspezifischen Besonderheiten und der Entwicklung kultursensibler Präventionsansätze für Menschen mit Migrationshintergrund;
- Verbesserung der Kooperation von Sucht- und Jugendhilfe mit dem Ziel einer möglichst frühzeitigen Stärkung der Persönlichkeitsentwicklung und gezielter Beeinflussung suchtfördernder Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen;
- Entwicklung und Umsetzung von Präventionsansätzen für junge Erwachsene und Erwachsene (z. B. Cannabisprävention);
- Weiterentwicklung und Erprobung digitaler Angebote in der Suchtprävention für die unterschiedlichen Zielgruppen.

Überregionale Koordinierungsstelle Suchtprävention als zentrale Ansprechpartnerin in Hessen

Die Koordinationsstelle Suchtprävention der HLS übernimmt die Steuerung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei den Fachstellen für Suchtprävention in Hessen. Die Fachkräfte erfahren durch die Koordinationsstelle Suchtprävention u.a. in folgenden Arbeitsbereichen Unterstützung ihrer regionalen Tätigkeit:

- Bildungsarbeit und Multiplikator*innen-Schulungen: Planung, Durchführung und Evaluation von Fortbildungsangeboten zur fachlich-wissenschaftlichen Kompetenzentwicklung.

- Informations- und Kommunikationsarbeit sowie Netzwerkmanagement: Koordination und Steuerung des Arbeitskreises der hessischen Präventionsfachkräfte (AHEP).
- Durchführung landesweiter Kampagnen, wie beispielsweise der JugendFilmTage oder MOVE und im Bereich der Cannabisprävention „Grüner Koffer“ und „Quo Vadis“.
- Qualitätssicherung: Mitarbeitenden-Einführung für neue Fachkräfte in den Fachstellen, sowie Multiplikator*innenschulungen zum Dokumentationssystem „Dot.sys“. Erstellung eines landesweiten Berichtes „Suchtprävention in Hessen“ aus den Ergebnissen der Dot.sys-Auswertungen der regionalen Fachstellen; konzeptionelle Weiterentwicklung des Dokumentationssystems für Hessen und Bund. Erstellung von Dokumentationen und Berichten.
- Projektkonzeption und -durchführung: Unterstützung modellhafter Projekte. Unterstützung und Koordination bei der Organisation und Umsetzung landesweiter, evidenzbasierter und evaluierter Programme. Veröffentlichung von Projektdokumentationen und Materialien. Weiterentwicklung der digitalen suchtpräventiven Angebote für Hessen.
- Fachberatung: Praxisberatung der Fachstellen, Suchthilfeträger und Kommunen.

Erfolgreiche landesweite Verbreitung der Programme

Zusätzlich zu der regionalen Netzwerkarbeit sowie Umsetzung von Qualifizierungsmaßnahmen und fachlicher Beratung gehört es zum Selbstverständnis der Fachkräfte neue Bedarfe und Problemlagen in den Landkreisen und kreisfreien Städten zu erkennen, um gemeinsam mit den verantwortlichen kommunalen Akteuren Lösungen zu erarbeiten. So konnten in den vergangenen Jahren viele praxiserprobte und nachhaltige Präventionsprogramme landesweit und vor Ort etabliert werden.

JugendFilmTage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ (JFT)

Ein Beispiel hierfür ist die Tournee der JugendFilmTage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ (JFT) der Koordinationsstelle Suchtprävention und der Fachstellen in hessischen Landkreisen und kreisfreien Städten.

Für dieses erfolgreiche Projekt hat die Hessische Landesstelle mit den Suchthilfeträgern der Fachstellen und dem Medienzentrum Eschwege eine eigenständige Umsetzung von JugendFilmTagen ab 2018 vereinbart und stellt im Land Hessen ein Aktionsset sowie einen praxiserprobten Leitfaden zur Verfügung, damit interessierte Fachstellen, Schulen und Kommunen die JugendFilmTage eigenständig veranstalten können.

Im Berichtsjahr wurden die JugendFilmTage an drei Standorten in Hessen (Hersfeld-Rotheburg, Fulda und Stadt Darmstadt/Landkreis Darmstadt-Dieburg) mit 16 Angeboten durchgeführt. Es konnte zudem, wie in den Jahren zuvor, eine große Anzahl an Schüler*innen (rund 4.100) und pädagogischem Personal (300) erreicht werden.

MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen

Ein weiteres Beispiel für eine erfolgreiche landesweite Verbreitung von wirksamer Suchtprävention ist das Programm MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen. MOVE ist ein evaluiertes Frühinterventionskonzept, das die Veränderungsbereitschaft von jungen Menschen in Bezug auf (riskanten) Suchtmittelkonsum fördert und unterstützt. Das vermittelte Beratungskonzept orientiert sich an den Prinzipien des Motivational Interviewing (MI) und des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung (TTM). Anhand konkreter Gesprächssituationen werden die Interventionen und Strategien vorgestellt und praxisnah trainiert.

Im Berichtsjahr wurden hessenweit 13 MOVE-Anwenderschulungen für Beschäftigte in Betrieben, in Kommunen sowie Jugendhilfe und -arbeit angeboten. Mit diesen Schulungen wurden 200 Multiplikator*innen qualifiziert. Insgesamt gibt es 19 qualifizierte MOVETrainer*innen in Hessen.

Auch für die schulische Suchtprävention sollen hier nur beispielhaft drei etablierte Programme erwähnt werden:

„Max & Min@“ – Programm zur Prävention problematischer Mediennutzung für Klasse 4-6

„Max & Min@“ ist ein evaluiertes Programm zur Prävention problematischer Mediennutzung und (Cyber-) Mobbing. Es umfasst einen Schulklassenworkshop mit zwei Modulen, eine Veranstaltung für Eltern und Erziehungsberechtigte sowie eine Fortbildung für die Lehrkräfte und Schulsozialarbeit. Das Programm unterstützt den Erwerb und die Erweiterung von Medienkompetenz, beugt exzessiver Mediennutzung und (Cyber-)Mobbing vor, schafft eine Brücke zwischen der Mediennutzung in der Schule und der Medienerziehung im Elternhaus und fördert die Medienkompetenz der Lehrkräfte. Das Programm kann an allen Schulformen, auch in sonderpädagogischen Einrichtungen, durchgeführt werden. Es zeichnet sich durch mehrsprachige Materialien für Eltern und Erziehungsberechtigte aus. Landesweit bieten elf Trainer*innen dieses Programm an. Im Berichtsjahr wurden 46 Schulungen durchgeführt mit denen 100 Lehrkräfte und rund 900 Schüler*innen angesprochen wurden.

„Tom & Lisa“ – Ein evaluierter Workshop zur Alkoholprävention für Klassenstufe 7 und 8

„Tom & Lisa“ vermittelt Informationen zu Risiken im Umgang mit Alkohol und zum Jugendschutzgesetz. Daneben fördert der Schulworkshop die Risikokompetenz der Schüler*innen, stärkt Jugendliche, die keinen Alkohol trinken und regt den familiären Austausch an. In Hessen gibt es 15 ausgebildete Tom & Lisa Trainer*innen, die im Berichtsjahr 160 Schulklassenworkshops zur Alkoholprävention durchgeführt haben. Mit diesen Aktivitäten wurden 40 Multiplikator*innen wie Lehrkräfte und 3.300 Schüler*innen erreicht.

„Be Smart – Don’t – Start“ Schulwettbewerb für die 6. – 8. Klasse.

Die Koordination des bundesweiten Projekts liegt beim Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) in Kiel. In Hessen begleiten das Hessische Ministerium für Kultus, Bildung und Chancen (HMKB) und die Koordinationsstelle Suchtprävention die Umsetzung. Die Klasse verpflichtet sich, im Aktionszeitraum nikotinfrei zu bleiben. Im Schuljahr 2024/2025 wurde Be Smart – Don’t Start zum 28. Mal in Deutschland durchgeführt. Der Wettbewerb lief vom 11. November 2024 bis zum 25. April 2025 und es beteiligten sich rund 7.000 Schulklassen aus dem gesamten

Bundesgebiet. Von diesen Klassen beendeten 5.300 Klassen (77,5 %) den Wettbewerb erfolgreich. In Hessen haben sich 600 Schulklassen in rund 200 Schulen beteiligt. Erfolgreich abschließen konnten mehr als 420 Klassen.

Ausblick und Forderungen für eine zukunfts- und tragfähige kommunale und verbandliche Suchtprävention

Kommunen und Landkreise nehmen in der Suchtprävention eine zentrale Rolle ein, denn die regionalen Akteur*innen, wie Mitarbeitende in Verwaltungen und lokale Kooperationspartner*innen, stehen vor großen Herausforderungen. Trotz angespannter finanzieller und personeller Ressourcen und neuer gesetzlicher Regelungen durch das KCanG sowie neuer Konsumtrends (Vapes, Lachgas) müssen eine bedarfsgerechte Versorgung suchtkranker Menschen gewährleistet, wirksame suchtpreventive Strategien entwickelt sowie Hilfen effizient gesteuert werden.

Suchtprävention ist nicht nur aus sozialer und gesundheitlicher Sicht sinnvoll, sondern auch wirtschaftlich effektiv. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass Verhaltensauffälligkeiten unter Kindern – etwa aggressives oder dissoziales Verhalten – zentrale Risikofaktoren für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen, Suchtverhalten, Gewalt oder sozialer Ausgrenzung darstellen. Bleibt eine frühzeitige Intervention aus, verfestigen sich diese Auffälligkeiten häufig: Laut Studienlage ist bei bis zu 40 Prozent der betroffenen Kinder mit langfristigen Problemen zu rechnen. Die Folgen sind gravierend – nicht nur für die Kinder selbst, sondern für die gesamte Gesellschaft. Neben individuellem Leid entstehen erhebliche soziale und wirtschaftliche Folgekosten.¹⁴

Daher ist es so wichtig die aktuellen Suchtforschungsergebnisse zu kennen, zu identifizieren und anzuwenden, um eine evidenzbasierte, flächendeckende und somit wirksame Suchtprävention landesweit zu implementieren.

Die Fachkräfte der Fachstellen für Suchtprävention arbeiten evidenzbasiert. Überwiegend werden Programme und suchtpreventive Aktivitäten umgesetzt, die in ihrer Wirksamkeit belegt sind oder die sich an wirksamen Maßnahmen orientieren. Denn eine erfolgreiche Suchtprävention ergibt sich aus „der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen Nutzung vorliegender wissenschaftlicher Erkenntnisse, des Erfahrungswissens der Praxis und dem subjektiven Wissen der Zielgruppen bei der Planung und Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen.“¹⁵

Auch die Weiterentwicklung und Erprobung digitaler Angebote in der Suchtprävention für die unterschiedlichen Zielgruppen ist bereits ausgebaut und intensiviert worden, wie obenstehende Beispiele für das System Schule und die Elternarbeit eindrücklich aufzeigen.

Die in Hessen bestehenden Suchtpräventionsstrukturen sind mit dem Ziel der Nachhaltigkeit und Vergrößerung der Reichweite – durch eine strukturelle Stärkung der kommunalen und verbandlichen Suchtprävention – weiter zu entwickeln. Suchtprävention muss sich orientieren an den prio-

¹⁴ In: Kindheit und Entwicklung, 25 (2016) 1, S. 31-40: Externalisierende Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen gehen häufig mit späteren Risikoverhaltensweisen wie Substanzkonsum, Delinquenz und Gewaltbereitschaft sowie finanziellen Problemen einher. Anhand längsschnittlicher Daten einer bundesweiten, populationsbasierten Stichprobe von 629 12- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen wurde bei 116 Probanden der Zusammenhang zwischen externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten und möglichen Langzeitfolgen untersucht. 27.6 % der Teilnehmenden mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten wiesen sechs Jahre später riskanten Alkoholkonsum auf, 13.8 % konsumierten illegale Drogen, 19 % zeigten Delinquenz und 41.4 % Gewaltbereitschaft, während 29.3 % von finanziellen Problemen berichteten. Zuletzt gesehen am 18.8.2025 <https://www.fachportal-paedagogik.de/literatur/vollanzeige.html?Fid=3249620>

¹⁵ Expert*innengruppe „Kölner Klausurwoche“ (2014): Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen – S. 3, Köln.

ritären Bedarfen in den Regionen. Dies erfordert integrierte, umfassende und bedarfsangepasste Maßnahmen zur Suchtprävention sowie Sicherung und Ausbau der bestehenden Suchtpräventionsstrukturen durch eine kontinuierliche Finanzierung.

Die Stärkung der wissenschaftlichen Grundlagen der kommunalen und verbandlichen Suchtprävention beinhaltet z.B. die flächendeckende Nutzung evaluierter Präventionsprogramme und bereits etablierter regionaler Netzwerke, wie z.B. Präventionsräte oder Gesundheitskonferenzen. Der Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten erfordert eine Stärkung des Ansatzes von „Health in all policies“, eine Stärkung der Rolle der Fachstellen für Suchtprävention bzw. der Suchthilfeträger bei der Berücksichtigung suchtpreventiver Aspekte in politischen Prozessen auf kommunaler Ebene und ein vernetztes und partnerschaftliches Arbeiten mit relevanten Akteur*innen aus Politik, Verwaltung, Suchthilfe, Forschung und Gesellschaft.

Durch die Neuregulierung von Cannabis liegt hier eine große Chance und gleichzeitig eine Verpflichtung, die bislang unterversorgten Strukturen der Suchtprävention, insbesondere mit dem Fokus auf die Cannabisprävention, systematisch aus- und aufzubauen. Jungen Menschen ist der bestmögliche Schutz vor den Risiken und Schäden des Cannabiskonsums hinsichtlich ihrer Gesundheit, psychosozialen Entwicklung und gesellschaftlichen Teilhabe zu gewähren.

Hinsichtlich der Maßnahmen und Aktivitäten ist anzumerken, dass bereits von Seiten der Landeskoordination Suchtprävention der HLS und deren Fachstellen für Suchtprävention in Hessen große Anstrengungen unternommen wurden, die der Erreichung der in diesem Bericht aufgeführten suchtpolitischen Ziele dienen.

Zugleich aber gilt es zu betonen, dass in allen Bereichen weiterer Handlungsbedarf besteht. Dies betrifft auch insbesondere die flächendeckende und dauerhafte Verankerung und Erweiterung von bislang in Einzelprojekten und lokal oder regional begrenzten Maßnahmen, mit entsprechenden Personal- und Finanzressourcen. Darüber hinaus darf die Umsetzung zusätzlicher Cannabispräventionsmaßnahmen nicht zu Lasten von bestehenden erfolgreich etablierten Präventionsangeboten im Bereich Alkohol, Tabak, Glücksspiel, (soziale) Medien, etc. gehen.

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
1	Beratungszentrum Vogelsberg	Alsfeld	Ev. kirchlicher Zweckverband Ev. Dekanate JDB im Vogelsbergkreis
2	Beratungs- und Behandlungszentrum für Abhängigkeitserkrankungen	Bad Hersfeld	Zweckverb. für Diakonie in den Kirchenkr. Hersfeld u. Rotenburg
3	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis	Bad Homburg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
4	Betreutes Wohnen im Wetteraukreis	Bad Nauheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
5	Betreutes Wohnen	Bensheim	Wohngemeinschaft Bergstraße e.V.
6	Der Treff - Beratungszentrum Biedenkopf	Biedenkopf	Bürgerinitiative Sozialpsychiatrie e.V.
7	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Wetteraukreis, Außenstelle Büdingen	Büdingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
8	Suchthilfezentrum Darmstadt - Beratung und Behandlung	Darmstadt	Caritasverband Darmstadt e.V.
9	Substitutionsambulanz	Darmstadt	Diakonisches Werk Darmstadt-Dieburg
10	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Dieburg	Caritasverband Darmstadt e.V.
11	Suchthilfezentrum Wildhof - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Dietzenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
12	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Erbach	Caritasverband Darmstadt e.V.
13	Suchtberatungsstelle im Suchthilfezentrum	Erbach	DRK Kreisverband Odenwaldkreis
14	Fachstelle für Suchthilfe und Prävention	Eschwege	Zweckverband Diakonisches Werk Werra-Meißner
15	Mobile Beratung in der Stadt Flörsheim	Flörsheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
16	Kontaktladen "La Strada" - Drogenhilfe und Prävention	Frankfurt am Main	AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.
17	Offensive Sozialarbeit (OSSIP)	Frankfurt am Main	AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
18	Substitutionsambulanz Grüne Straße	Frankfurt am Main	Bürgerhospital Frankfurt am Main
19	Claire - Beratungsstelle für suchtmittelabhängige Frauen	Frankfurt am Main	Calla - Verein zur Förderung der Lebensqualität von Frauen mit Suchtproblemen
20	Evangelische Suchtkrankenberatung - Fachdienst Glücksspiel	Frankfurt am Main	Ev. Regionalverband Frankfurt am Main
21	Evangelische Suchtkrankenberatung - Suchtberatung	Frankfurt am Main	Ev. Regionalverband Frankfurt am Main
22	Fachstelle Frankfurt - Therapieverbund Hessen gGmbH	Frankfurt am Main	Frankfurter Therapieverbund Hessischer Guttempler-Einrichtungen gGmbH
23	Café FriedA - Kontaktkafé und Sozialdienst	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
24	Eastside - Übernachtungs- und Tagesanlaufstelle	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
25	Kriegkstraße - Wohnen und Tagesstruktur	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
26	Lichtblick	Frankfurt am Main	Integrative Drogenhilfe e.V.
27	Betreute Wohngemeinschaft Gutleutstraße	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
28	Betreutes Wohnen Bahnweg	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
29	Betreutes Wohnen für Menschen mit alkoholbedingten Folgeerkrankungen in Frankfurt	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
30	Betreutes Wohnen Gutleutstraße	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
31	Drogennotdienst	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
32	Jugenberatung und Suchthilfe Am Merianplatz	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
33	Jugendberatung und Suchthilfe im Bildungszentrum Hermann Hesse	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
34	Stationäre Nachsorge Broßwitzstraße	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
35	Suchtthilfezentrum im Haus der Beratung Frankfurt Süd	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
36	Tagesstätte Bahnweg	Frankfurt am Main	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
37	drop in - Fachstelle Nord für Suchtfragen	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
38	Jugend- und Drogenberatung Höchst	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
39	K9 Hilfen für suchtkranke Menschen	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.
40	Frauenberatungsstelle	Frankfurt am Main	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. und Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V.
41	Sozialtherapeutische Nachsorgeeinrichtung	Frankfurt am Main	Guttempler-Sozialwerk e.V.
42	Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke	Friedberg	Caritasverband Gießen e. V.
43	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Wetteraukreis	Friedberg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
44	Sucht- und Drogenberatungsstelle - Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke und Angehörige	Fulda	Caritasverband für die Regionen Fulda und Geisa e.V.
45	Fachstelle für Sucht	Fulda	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Fulda e.V.
46	Fachambulanz für Suchtkranke	Gelnhausen	CV für den Main-Kinzig-Kreis e.V.
47	Fachstelle für Suchthilfe	Gießen	Diakonisches Werk Gießen
48	SuchtHilfeZentrum Gießen - Schanzenstraße	Gießen	SuchtHilfeZentrum Gießen e.V.
49	Paritätische Nachsorge Sucht (PNS)	Gilserberg	Paritätische Projekte gGmbH
50	Beratungszentrum Laubach und Grünberg	Grünberg	Verein für Psychosoziale Therapie e.V.
51	Jugend- und Drogenberatung	Hanau	Diakonisches Werk Ev. der Kirchenkreise Hanau-Stadt und Hanau-Land
52	Suchtberatung für Erwachsene	Hanau	Diakonisches Werk Ev. der Kirchenkreise Hanau-Stadt und Hanau-Land

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort	Träger
53	Suchtberatung für Erwachsene Hanau, Betreutes Einzelwohnen	Hanau	Diakonisches Werk Ev. der Kirchenkreise Hanau-Stadt und Hanau-Land
54	Betreute Wohngemeinschaft und Betreutes Einzelwohnen für Menschen mit einer Alkoholproblematik und weiteren schwerwiegenden Erkrankungen	Hattersheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e. V.
55	Aufsuchende Suchthilfe in der Stadt Hattersheim	Hattersheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
56	Fachambulanz für Suchtkranke - Beratung und Behandlung	Heppenheim	Caritasverband Darmstadt e.V.
57	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe im Main-Taunus-Kreis	Hofheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
58	Jugend- und Drogenberatung Schwalm-Eder Kreis	Homburg (Efze)	Kreisausschuß des Schwalm-Eder-Kreises
59	Suchthilfe und Suchtprävention für Karben	Karben	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
60	Beratungs- und Behandlungsstelle für alkohol- und medikamentenabhängige Erwachsene und Spieler	Kassel	Diakonisches Werk Kassel-Stadt, -Land und Kaufungen
61	Jugend- und Suchtberatung - Ambulante Rehabilitation "JuS" / Frühintervention für suchtmittelabhängige Schwangere	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
62	Substitutionsfachambulanz "SAM"	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
63	Substitutionsfachambulanz "SAM2"	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
64	Wolfgang-Winckler-Haus	Kelkheim	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
65	Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen	Korbach	Zweckverband des diakonischen Werkes Waldeck-Frankenberg
66	Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen - Betreutes Wohnen	Korbach	Zweckverband des diakonischen Werkes Waldeck-Frankenberg
67	Mobile Beratung in der Gemeinde Kriftel	Kriftel	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
68	PRISMA - Jugend- und Drogenberatungsstelle für den Kreis Bergstraße	Lampertheim	AWO Bergstrasse Soziale Dienste gGmbH
69	Suchtberatungsstelle	Limburg	Diakonisches Werk Limburg-Weilburg

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnahme	Ort	Träger
70	Jugend- und Drogenberatung Limburg - Kontaktladen	Limburg	Verein für Integration und Suchthilfe e.V.
71	Jugend- und Drogenberatungsstelle Limburg	Limburg	Verein für Integration und Suchthilfe e.V.
72	Aufsuchende Suchtberatung Maintal	Maintal	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
73	Sucht und Drogenberatung	Marburg	Diakonisches Werk Marburg-Biedenkopf
74	Betreutes Wohnen Teichwiese	Marburg	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
75	Jugend-, Drogen-, & Suchtberatung	Mörfelden-Walldorf	Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe e.V.
76	Suchtberatungsstelle im Rheingau-Taunus-Kreis	Oestrich-Winkel	Neue Hoffnung e.V.
77	Suchtberatung	Offenbach	Caritasverband Offenbach e.V.
78	Suchthilfezentrum Wildhof - Betreutes Wohnen	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
79	Suchthilfezentrum Wildhof - Kontaktladen "Bella Vista"	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
80	Suchthilfezentrum Wildhof - Psychosoziale Beratung und Behandlung	Offenbach	Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V.
81	Jugend- und Drogenberatung	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.
82	Suchtberatung	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach e.V.
83	Jugendberatung und Suchthilfe in den Städten Bad Soden, Eschborn, Schwalbach und der Gemeinde Sulzbach	Schwalbach	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
84	ags - Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtgefährdete, Abhängige und Angehörige	Schwalbach a. T.	Arbeitsgemeinschaft gegen Suchtgefahren e.V.
85	Jugend- und Suchtberatungsstelle	Schwalmsstadt	Hephata Hess. Diakoniezentrum e.V.
86	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Rheingau-Taunus-Kreis	Taunusstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
87	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Rheingau-Taunus-Kreis - Betreutes Wohnen	Taunusstein	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.

Liste der an der COMBASS-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsnahme	Ort	Träger
88	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis - Außenstelle für den Hintertaunus	Usingen	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
89	Jugend- und Drogenberatungsstelle	Weilburg	Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
90	Integrierte Beratungsstelle Wetter	Wetter	Bürgerinitiative Sozialpsychiatrie e.V.
91	Suchthilfe Wetzlar e.V. - Betreutes Wohnen	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
92	Suchthilfe Wetzlar e.V. - Integrierte Jugend-, Drogen- und Suchtberatungsstelle	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
93	Fachambulanz für Suchtkranke	Wiesbaden	Caritasverband Wiesbaden e.V.
94	Suchthilfezentrum Wiesbaden	Wiesbaden	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.

Liste der an der Dot.sys-Auswertung beteiligten Einrichtungen

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

Liste der an der Dot.sys-Auswertung beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsname	Ort	Träger
20	Fachstelle Suchtprävention für die Stadt Kassel	Kassel	Drogenhilfe Nordhessen e.V.
21	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Waldeck-Frankenberg	Korbach	Diakonisches Werk Waldeck-Frankenberg
22	Fachstelle Suchtprävention für den Kreis Bergstraße	Lampertheim	Arbeiterwohlfahrt Bergstraße Soziale Dienste gGmbH
23	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Limburg-Weilburg	Limburg/Lahn	Verein für Integration und Suchthilfe e.V.
24	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Groß-Gerau	Mörfelden-Walldorf	Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe e.V.
25	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Groß-Gerau	Rüsselsheim	Caritasverband Offenbach/Main e.V.
26	Fachstelle Suchtprävention für den Landkreis Marburg-Biedenkopf	Stadtallendorf	Diakonisches Werk Marburg-Biedenkopf
27	Fachstelle Suchtprävention für den Rheingau-Taunus-Kreis	Taunusstein-Bleidenstadt	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
28	Fachstelle Suchtprävention für den Lahn-Dill-Kreis	Wetzlar	Suchthilfe Wetzlar e.V.
29	Fachstelle Suchtprävention für die Stadt Wiesbaden	Wiesbaden	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.

Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen

Landesauswertung der COMBASS-Daten 2024 und Dot.sys-Daten 2011-2024

2024



*Kompetent durch Erfahrung
Innovativ durch Flexibilität*