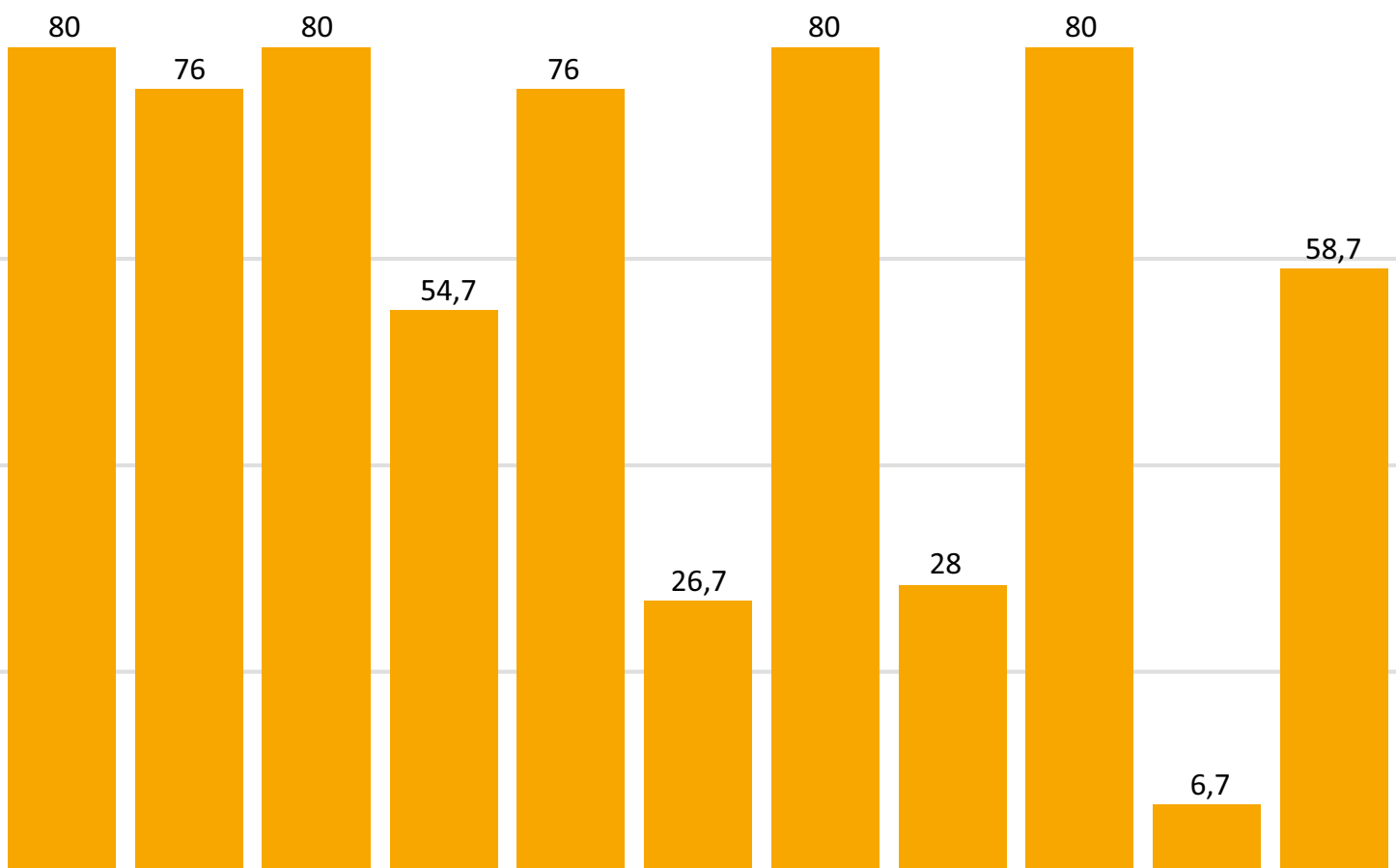


SUCHTHILFESTATISTIK 2022 FÜR AMBULANTE EINRICHTUNGEN IN NIEDERSACHSEN

Landesdokumentation zur ambulanten
Suchtberatung und Suchtbehandlung



Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen



SUCHTHILFESTATISTIK **2022** FÜR AMBULANTE EINRICHTUNGEN IN NIEDERSACHSEN

Landesdokumentation zur ambulanten
Suchtberatung und Suchtbehandlung



Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen

PROJEKTLEITUNG Michael Cuypers, NLS
BEAUFTRAGTES INSTITUT Henning Borchert, MONITOR Ronnenberg
GEFÖRDERT DURCH Niedersächsisches Ministerium für
Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

HANNOVER DEZEMBER 2023

1	VORBEMERKUNG	4
2	AUFBAU UND INTENTION	4
3	DATENBASIS	5
4	ZUSAMMENFASSUNG	6
5	ERGEBNISSE: EINRICHTUNGEN (KDS-E)	8
5.1	DIE FACHSTELLEN	9
5.2	DIE MITARBEITER*INNEN	9
5.3	QUALITÄTSKRITERIEN	11
5.4	KOOPERATION UND VERNETZUNG	12
6	ERGEBNISSE: KLIENT*INNEN (KDS-F)	13
6.1	DIE KLIENT*INNEN	14
6.2	ANGEHÖRIGE	16
6.3	VERMITTLUNG	17
6.4	KOSTEN-/LEISTUNGSTRÄGER	18
6.5	SOZIODEMOGRAPHIE	19
6.6	DIAGNOSEN	24
6.7	GLÜCKSSPIELVERHALTEN	28
6.8	EXZESSIVE MEDIENNUTZUNG	31
6.9	BERATUNG, BETREUUNG UND BEHANDLUNG	33
6.10	BEENDIGUNG	35

ABKÜRZUNGEN

FSS Fachstelle für Sucht und Suchtprävention

KDS KDS Nds. = Deutscher Kerndatensatz Fassung Niedersachsen

KDS-E Deutscher Kerndatensatz Einrichtung

KDS-F Deutscher Kerndatensatz Fall (Klienten)

DRV Deutsche Rentenversicherung

QM Qualitätsmanagement

MA Mitarbeiter*innen

1 VORBEMERKUNG

Der Jahresbericht für die ambulante Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen 2022 stützt sich auf Daten, die auf der neuen Fassung des Deutschen Kerndatensatzes (Version KDS 3.0 vom 09.09.2016, letzte Revision 01.01.2022) beruhen. Dieses Instrument ist von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. herausgegeben worden und wurde in leicht reduzierter Form zum ersten Mal für die Niedersachsen-Erhebung 2017 eingesetzt. Seit 2005 wird die Erhebung über die ambulante Suchthilfe regelmäßig in dieser Form durchgeführt, ausgewertet und veröffentlicht.

Durch die Umstellung auf den KDS 3.0 wurde es erforderlich, die Datenverarbeitung grundlegend neu zu gestalten und die Meldung dieser Daten neu zu organisieren.¹

Die für diesen Bericht ausgewerteten Daten entstammen den Klient*innen-Dokumentationssystemen, die von den niedersächsischen Fachstellen für Sucht und Suchtprävention geführt werden.² Die für Niedersachsen modifizierten und auf dem Deutschen Kerndatensatz basierenden Erhebungsbögen (rsp. die elektronischen Exportdateien) sind Bestandteil des jährlich von den Fachstellen für Sucht und Suchtprävention zu erbringenden Verwendungsnachweises über die Landeszuwendung. Die Vorlage der Datensätze in Verbindung mit dem Verwendungsnachweis ist aufgrund der Richtlinie des Landes Niedersachsen für die Gewährung von Zuwendungen an die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention obligatorisch.

Niedersachsen zählt 75 vom Land geförderte ambulante Hauptstellen für Sucht und Suchprävention. Mit dem Erhebungszeitraum 2022 werden die Daten einer weiteren Fachstelle für Sucht und Suchprävention erhoben und ausgewertet. Diese Fachstelle wird nicht vom Land Niedersachsen gefördert und war bisher nicht in dem hier zugrunde liegenden Datensatz vertreten. Das Leistungsspektrum dieser Fachstelle entspricht mit Prävention und Beratung dem überwiegenden Teil der niedersächsischen Fachstellen.

Die Erhebungsdateien für 2022 wurden von den Fachstellen bis zum Herbst 2023 vorgelegt. Die angestrebte Vollerhebung konnte für das Berichtsjahr 2022 wieder erreicht werden: In diesen Bericht gingen die Daten von allen 76 Fachstellen in Niedersachsen ein.

2 AUFBAU UND INTENTION

Der Jahresbericht 2022 beschreibt die Situation der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen auf der Basis empirisch gewonnener Daten der ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe. Die auf Landesebene zusammengeführten und ausgewerteten Daten liefern ein differenziertes Gesamtbild über die aktuelle Situation und die aktuellen Rahmenbedingungen der ambulanten Suchtberatung und -behandlung in Niedersachsen auf der Ebene von Einrichtungen (KDS-E: Hilfe-Angebotsstruktur) und Fällen (KDS-F: Hilfe-Inanspruchnahme durch Klient*innen). In Bezug auf die Einrichtungen steht eine Beschreibung nach Art, eingesetzten Mitteln, Angeboten und Struktur der Mitarbeiter*innen im Vordergrund, um einen Überblick über die Leistungen im Land Niedersachsen zur ambulanten Suchtkrankenhilfe zu ermöglichen. Im Hinblick auf die Klient*innen werden neben Informationen über soziodemografische Daten und die Lebenssituation - vor allem Diagnosen und Beratungs- und Behandlungsergebnisse - dargestellt, um die Wirksamkeit der Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen zu beleuchten.

1 Wurden die Erhebungsbögen bis 2016 von den Fachstellen für Sucht und Suchtprävention teils noch in Papierform beim Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (Außenstelle Lüneburg) vorgelegt, so können mit der jetzigen Version Dateien durch automatisierte Exporte aus der Patientendokumentation von den Fachstellen zur Verfügung gestellt werden.

2 Von den fünfzehn bundesweit in Gebrauch befindlichen und von der DHS zertifizierten elektronischen Dokumentationssystemen für die Deutsche Suchthilfestatistik werden in Niedersachsen in der ganz überwiegenden Mehrheit von den Fachstellen die Programme „PATFAK“ (PATientenverwaltung und LeistungsFAKturierung) oder „EBIS“ (Einrichtungsbezogenes Behandlungs-Informationssystem) eingesetzt.

Diese Struktur folgt in wesentlichen Zügen der die Bundessituation beschreibenden „Deutschen Suchthilfestatistik“ des Instituts für Therapieforschung in München (IFT)³. Bezüge im nachfolgenden Bericht zu den Zahlen aus der (Bundes-)Deutschen Suchthilfestatistik beziehen sich alle auf diese Quelle.

Um die aktuellen niedersächsischen Zahlen aus dem Berichtsjahr 2022 besser beurteilen zu können, werden diese an ausgewählten Stellen mit den 2021-er (teilweise auch früheren) Zahlen aus Niedersachsen verglichen und außerdem den Bundesdaten der Deutschen Suchthilfestatistik von 2022 gegenübergestellt (mit „Bund“ gekennzeichnet).

Im Sinne der hier verfolgten Zielsetzung und der Übersichtlichkeit halber werden nicht alle Items des Deutschen Kerndatensatzes in diesem Bericht Verwendung finden.

Fortgesetzt werden hier eine differenziertere Betrachtung und Auswertung der Daten zur Beschäftigungsförderung und zum Erwerbsstatus.

3 DATENBASIS

Der Deutsche Kerndatensatz (Fassung vom 1.1.2022) besteht aus einem 2-teiligen Erhebungsinstrument pro Einrichtung. Teil 1 umfasst die einrichtungsbezogenen Daten (KDS-E), Teil 2 erhebt die fallbezogenen Kerndaten aus jeder Einrichtung (KDS-F). Die niedersächsische Fassung dieser Instrumente (KDS-NDS) umfasst etwas weniger Items.⁴ In Niedersachsen gibt es 76 Hauptstellen für Sucht und Suchtprävention (plus Nebenstellen insgesamt 115 Anlaufstellen). Eine Gesamt-Auswertung auf Landesebene erstreckte sich somit auf 76 Fragebogensets à 1.066 Items, insgesamt also fast 80.000 Items.

In diesem Jahr stehen zur Auswertung für die Suchthilfestatistik Niedersachsen 2022 alle 76 Einrichtungs- und Fallbögen auf Basis des Kerndatensatzes zur Verfügung. Dies entspricht einer Ausschöpfungsquote von 100 %. Deshalb bezieht sich die folgende Darstellung sowohl auf sämtliche Fachstellen, als auch auf 100 % der Klient*innen, die als Betroffene oder Angehörige eine niedersächsische Fachstelle aufgesucht haben. In dem folgenden Bericht und bei allen Auswertungen des statistischen Materials wird deshalb die Gesamtzahl der niedersächsischen Hauptstellen (N = 76) zugrunde gelegt. Die bundesdeutsche Suchthilfestatistik liegt aktuell für das Berichtsjahr 2022 vor. Diese besaß in den vergangenen Jahren eine Ausschöpfungsquote von etwa 70 % aller deutschen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen.⁵ Die Bundesdaten beruhen auf einer Erhebung von 887 Fachstellen und umfassen die Angaben über rund 312.000 Klient*innen.

Für diesen Bericht liegen die Daten aus Niedersachsen von den meisten Einrichtungen weitgehend lückenlos vor. Werden in einigen Ergebnisdarstellungen Fallzahlen unter N = 76 angezeigt, so liegt dies an fehlenden Werten bei den entsprechenden Items. Die Dokumentation der Fachstellen liegt gegenüber dem Einführungsjahr des KDS 3.0 (2017) weiterhin auf einem hohen Niveau, sodass Datenbasis und Aussagekraft der Suchthilfestatistik 2022 den Ansprüchen gerecht werden.

3 IFT Institut für Therapieforschung: <https://suchthilfestatistik-datendownload.de/Daten/download.html>

4 Die aktuellen KDS-NDS-Formulare befinden sich im Downloadbereich der NLS.
<https://www.nls-online.de/produkt-kategorie/materialien/>

5 IFT Institut für Therapieforschung: Suchtkrankenhilfe in Deutschland, Jahresberichte der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)

4 ZUSAMMENFASSUNG

Mit einer Ausschöpfungsquote von 100 % der Kerndatensätze zur Dokumentation der Arbeit der ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen für das Jahr 2022 konnte an die Ergebnisse der meisten Vorjahre wieder vollständig angeknüpft werden.⁶ Die Aussagekraft dieses Berichtes ist dadurch wieder unverändert hoch. Auch die Vergleiche mit den Erhebungsdaten aus der Deutschen Suchthilfestatistik aus demselben Jahr zeigen bemerkenswert große Übereinstimmungen.

DIE WICHTIGSTEN ERGEBNISSE IM ÜBERBLICK

- 2022 wurden in Niedersachsen in 76 Einrichtungen über 40.000 Personen (2021: 39.035) mit einer Suchtsymptomatik oder deren Angehörige ambulant betreut, per Kerndatensatz erfasst, und in dieser Jahresauswertung berücksichtigt.
- Mit der seit 2017 eingesetzten Kerndatensatzversion 3.0 werden auch die nicht dokumentierten Klient*innen erfasst. Zusammen mit diesen weiteren 6.749 Personen (2021: 6.921) haben in 2022 insgesamt rund 47.000 Klient*innen die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention aufgesucht.
- Rund 54 % der Betroffenen begaben sich weitgehend aus eigenem Antrieb in die Beratung oder Therapie, die anderen wurden über verschiedene Instanzen vermittelt.
- Es gab fast 620.000 Kontakte mit Klient*innen und Angehörigen. Rechnerisch sind das rund 8.200 Kontakte je Fachstelle.
- Über 50 % der Klient*innen standen während der Beratung bzw. Behandlung im Erwerbsleben oder befanden sich in Ausbildung. Hier zahlen sich die abendlichen Öffnungszeiten der Fachstellen an einigen Tagen in der Woche aus und die Bemühungen der Fachstellen, die Erwerbstätigkeit ihrer Klient*innen möglichst aufrecht zu erhalten.
- Fast zwei Drittel der Betreuten / Behandelten konnten ihren Substanzkonsum im Zuge der Betreuung oder Behandlung reduzieren⁷. Auch die mit der Abhängigkeitserkrankung assoziierten Probleme hinsichtlich Gesundheit, Teilhabe und anderer Bereiche wurden durch den Beratungsprozess in vielen Fällen verbessert. Verschlechterungen und das neue Auftreten von Problemlagen wurden weitgehend verhindert. Damit lag Niedersachsen in weiten Teilen über dem Bundesdurchschnitt. Die Zahlen entsprechen den Vorjahreswerten und belegen eine konstante und stabile Erfolgsquote.

BEWERTUNG DER ERGEBNISSE UND EMPFEHLUNG

Die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen waren in 2022 für ihre verantwortungsvolle Arbeit und die ihnen übertragenen Aufgaben der Beratung und Behandlung von Menschen mit einer Suchtproblematik strukturell noch gut aufgestellt. Sie verfügten über ein breit gefächertes Angebotsspektrum im Hinblick auf differenzierte und qualifizierte suchtbetonte Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten Setting. Das ambulante Suchthilfe-Angebot war flächendeckend in Niedersachsen vorhanden und konnte zielgerichtet wohnortnah oder sogar direkt am Wohnort in Anspruch genommen werden. Die Vernetzung der ambulanten Einrichtungen mit sozialpsychiatrischen Verbünden gelang zu beinahe 100 %. Die Versorgung der Bevölkerung und der Erreichbarkeitsgrad ambulanter Einrichtungen der Suchthilfe in Niedersachsen ist somit als hoch einzuschätzen. Dagegen ist ein stärkerer Rückgang in der Vermittlung durch allgemeine Krankenhäuser seit 2017 zu beobachten. Ein möglicher Zusammenhang besteht mit dem „Nahtlosverfahren“ von Leistungsträgern und Krankenhausgesellschaften.⁸

Gemessen am Bundesdurchschnitt ist den niedersächsischen Einrichtungen für 2022 eine sehr hohe Qualität hinsichtlich der strukturellen Merkmale des Angebots und der Effektivität der klient*innenbezogenen Leis-

⁶ Die Ausschöpfungsquoten waren in 2003: 69,7%; 2005: 90%; 2006: 98,7%; 2007: 100%; 2008: 75%; 2009 - 2019: 100%; 2020: 97,3%; 2021: 100%). Ursache für den Einbruch in 2008 war die Umstellung der Erhebungsformulare auf die neue bundeseinheitliche Kerndatensatzstruktur.

⁷ Hierbei ist zu beachten, dass in vielen Fällen, wie beispielsweise der Vermittlung in eine Rehabilitation, die Reduktion kein Ziel der Beratung sondern der anschließenden Behandlung ist.

⁸ „Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation“ Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 1. August 2017

tungen in der Beratung und ambulanten Behandlung zu bescheinigen. Weiterhin zeigten sich die Fachstellen im Hinblick auf die verschiedenen Bausteine eines internen Qualitätsmanagements als gut eingerichtet. Sie wurden hierfür u.a. von der NLS kontinuierlich und fachkundig unterstützt. Die Zahl der ambulanten Einrichtungen, die sich von externer Stelle haben zertifizieren lassen, übersteigt die Vorjahresergebnisse.

2022 wurden weitere Anstrengungen unternommen, um die Angebote der ambulanten Einrichtungen zur Beschäftigungsförderung der Klient*innen zu verbessern. Viele Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen engagierten sich in diesem Bereich, indem sie die Teilhabe der Klient*innen u.a. auch in Bezug auf den Ausbildungs- oder Arbeitsplatz unterstützten. Allerdings sind weitere Anstrengungen notwendig, um die berufliche Integration der Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung voran zu treiben. So besaßen 2022 (wie in den Vorjahren) ein Drittel der Klient*innen (= 31,5 %) keinen Berufsabschluss und hatten vor diesem Hintergrund eindeutig schlechtere Chancen am Arbeitsmarkt. Dies kann insbesondere bei der Antragstellung für eine ambulante medizinische Rehabilitation ein Problem darstellen, wenn für eine positive Reha-Prognose die Wiederaufnahme oder Fortführung der Erwerbstätigkeit zugrunde gelegt wird.

Die Tatsache, dass jede*r zweite Klient*in (53,7 %) auf direktem Weg und ohne jede Vermittlung die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe aufsuchten, kann als Vertrauensbeweis für die Attraktivität und Qualität des ambulanten Hilfeangebots gewertet werden. Niedergelassene Ärzte stellen den dritthöchsten Vermittlungsweg in die Suchtberatung. Der Umstand, dass diese Quote über die letzten Jahre hinweg relativ konstant war, zeigt zugleich, dass es trotz vielfältiger Anstrengungen nicht so einfach ist, diesen Vermittlungsweg noch weiter auszubauen. Dieses wäre hilfreich, denn ein problematischer oder abhängiger Substanzkonsum wird häufig bei ärztlichen Untersuchungen erstmals und frühzeitig deutlich. Die fachlich angezeigte Ausweitung der Vernetzung benötigt allerdings zeitliche und personelle Ressourcen, die dann in der direkten Klient*innenarbeit fehlen könnten.

Der Anteil der jungen und jüngeren Klient*innen (bis zum 20. Lebensjahr), die durch die ambulanten Fachstellen betreut wurden, lag 2022 wieder deutlich unter zehn Prozent. Dies ist auch dadurch bedingt, dass sich manifeste Suchtprobleme oft erst im späteren Lebensalter zeigen und erst dann eine Beratung und/oder Behandlung in einer Fachstelle für Sucht und Suchtprävention in Anspruch genommen wird. Hinzu kommt, dass die Klienten bei der dominierenden Hauptsubstanz „Alkohol“ die Beratung in aller Regel in einem höheren Lebensalter aufsuchen.

Die seit einigen Jahren eingerichteten speziellen Frühinterventionsprogramme⁹ führten nachweislich zu einer höheren Inanspruchnahme der Beratungsangebote der Fachstellen durch jüngere Zielgruppen. Der Anteil der unter 20-jährigen Betreuten ist seit 2006 (5,2 %) kontinuierlich gestiegen und beträgt von 2017 bis 2022 rund 9 %. In absoluten Zahlen kamen in dem Berichtsjahr 3.142 junge Menschen in die Beratungsstellen (2015: 3.500; 2016: 3.700; 2017: 4.000; 2018: 3.629; 2019: 3.790; 2020: 3.235; 2021: 3.322). Ziel ist es, die Inanspruchnahme auch in den nächsten Jahren noch weiter auszubauen, um Menschen frühzeitiger zu erreichen und die Folgen von Abhängigkeitserkrankungen in stärkerem Maße zu vermeiden.

Da die jüngeren Ratsuchenden oft noch keine manifesten Suchtprobleme aufweisen, sind sie vorrangig Adressaten der zahlreichen Präventionsmaßnahmen der ambulanten Einrichtungen und liegt in diesem Segment quantitativ mit weitem Abstand auf dem vordersten Rang. Selektive und indizierte Präventionsmaßnahmen zielen auf eine Frühintervention bei besonderen Risikogruppen bzw. bei riskantem Konsumverhalten, um einer Abhängigkeitserkrankung vorzubeugen. Diese spezifischen Daten schlagen sich allerdings nicht in diesem Bericht nieder, sondern sind im Jahresbericht der Arbeit der Suchtpräventionsfachkräfte in Niedersachsen 2022 dokumentiert. Der Bericht ist auf der NLS-Homepage www.nls-online.de abrufbar.

Auch im Jahr 2022 hatte die Corona-Pandemie noch Auswirkungen auf die Beratung. Die inzwischen bewährten Strategien im Umgang mit dieser Situation wurden fortgesetzt und zum Teil noch ausgebaut.

Der Bericht belegt, dass die Arbeit der niedersächsischen Fachstellen für Sucht und Suchtprävention eine hohe Konstanz und Qualität aufweist. Um die Angebote in der bisherigen Qualität und Quantität aufrecht erhalten zu können, bedarf es einer auskömmlichen Finanzierung, die zunehmend gefährdet ist.

9 z.B. „HaLT in Niedersachsen“ und „realize it“

5 ERGEBNISSE: EINRICHTUNGEN (KDS-E)

2022 verfügten 76 Fachstellen
ion rechnerisch über 517,8 Vo
n (2021: 519,9). Auf jede Einri
8 Vollzeitstellen (2021: 6,9). Die
t Festanstellung und Honora
7. Der Hauptteil aller Beschäf
pp 65 % entfielen auf die Be
innen bzw. Sozialpädagogen*
-therapeutischen Bereich fol
gog*innen (zwischen 6 und 7
ng" mit einem Anteil von ru
Professionen gezählt (Ökon
nen, Bürokräfte und Ver
ches Personal / Wirtschaft
e Betreuung" umfasst Ber
und Beschäftigten

5.1 DIE FACHSTELLEN

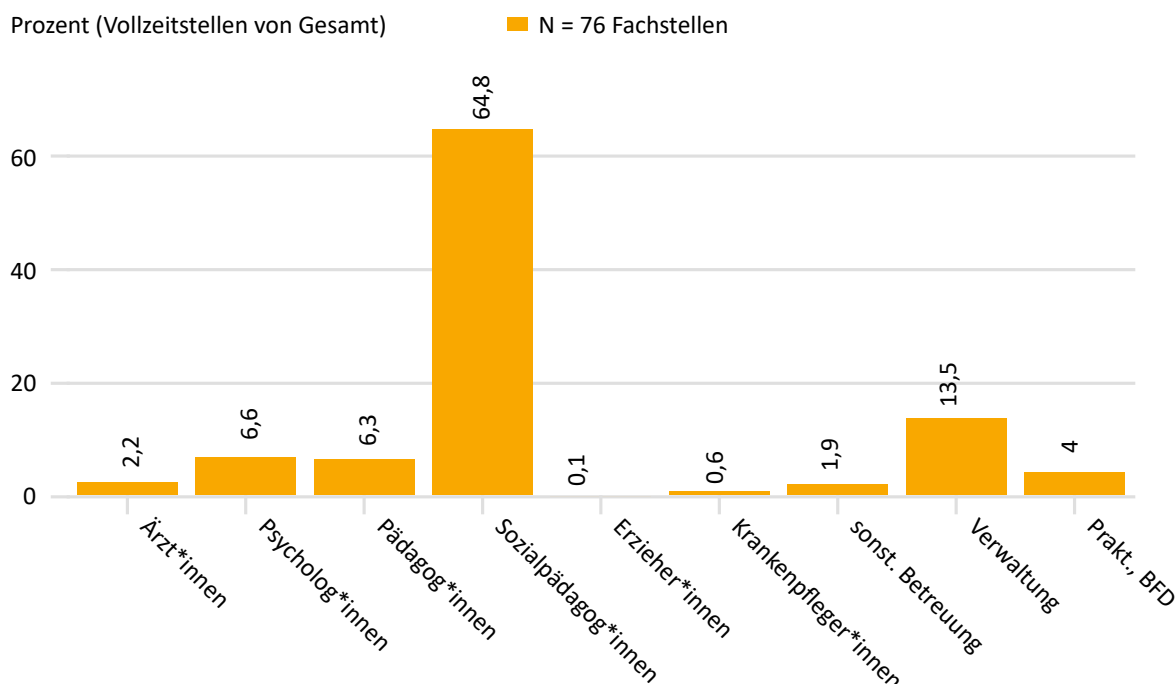
Die 76 ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention gehören alle den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege an. Angaben über die Versorgungsregion, die Zielgruppen der Fachstellen nach Substanz oder Verhalten, zur Erreichbarkeit oder über besondere Leistungen (Öffnungszeiten, zielgruppenspezifische Angebote) sind nach der Umstellung auf den KDS 3.0 nicht mehr so möglich, wie ehemals.

5.2 DIE MITARBEITER*INNEN

2022 verfügten 76 Fachstellen für Sucht und Suchtprävention rechnerisch über 517,8 Vollzeit-Mitarbeiter*innen stellen¹⁰ (2021: 519,9). Auf jede Einrichtung entfielen rechnerisch 6,8 Vollzeitstellen (2021: 6,9). Die Anzahl der Mitarbeitenden mit Festanstellung und Honorarvertrag betrug insgesamt 857.

Der Hauptteil aller Beschäftigten der Fachstellen mit knapp 65 % entfielen auf die Berufsgruppe der Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagogen*innen (Abb. 1). Im beraterisch-therapeutischen Bereich folgten Psycholog*innen und Pädagog*innen (zwischen 6 und 7 %). Zur Berufsgruppe „Verwaltung“ mit einem Anteil von rund 14 % wurden verschiedene Professionen gezählt (Ökonom*innen und Betriebswirt*innen, Bürokräfte und Verwaltungspersonal sowie technisches Personal / Wirtschaftsbereich). Die Kategorie „sonstige Betreuung“ umfasst Berufsgruppen aus der Ergo-/Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Kreativtherapie (Kunst, Musik, Theater), Sport-/Bewegungstherapie und Physiotherapie.

Abb. 1: Berufsgruppen - prozentuale Verteilung der rechnerischen Vollzeitstellen



Insgesamt 447 Mitarbeiter*innen von 76 Fachstellen für Sucht und Suchtprävention verfügten über eine therapeutische Qualifikation (2021: 422). Im statistischen Mittel beschäftigten die Fachstellen 1,1 Ärzt*innen¹¹ (Abb. 2). Im Vergleich mit den Bundeszahlen fällt auf, dass in Niedersachsen mehr Suchttherapeut*innen mit Anerkennung der DRV beschäftigt werden als im Bundesdurchschnitt. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass Niedersachsen über eine im Bundesvergleich hohe Quote an DRV-anerkannten Einrichtungen für

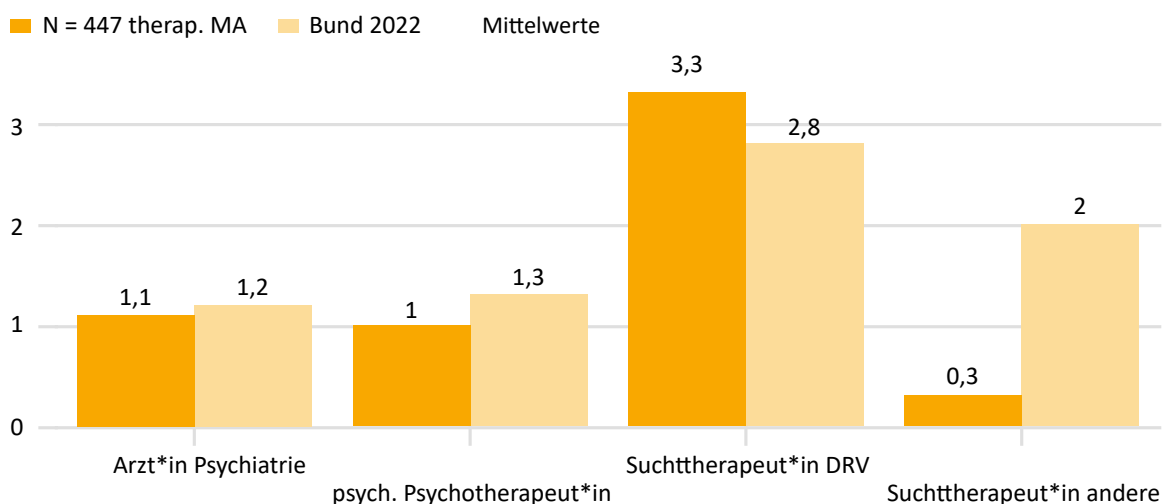
¹⁰ Vollzeit-, Teilzeit- und Honorarkräfte sind auf Vollzeitstellen mit 38,5 Wochenstunden umgerechnet.

¹¹ Dies sind Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie; Fachärzt*innen für Psychosomatik und Psychotherapie; ärztliche/r Psychotherapeut*innen, Zusatzbezeichnung Psychotherapie, ggf. fachgebunden, oder Psychoanalyse.

ambulante Reha-Angebote im Bereich der Suchterkrankungen verfügt¹². Auf der anderen Seite gab es in Niedersachsen deutlich weniger Mitarbeiter*innen mit „anderen suchtspezifischen Zusatzausbildungen“ als auf Bundesebene.

Rechnerisch beschäftigte jede Einrichtung 5,9 therapeutische Mitarbeiter*innen mit den hier genannten Qualifikationen. Dieser Wert ist seit 2015 weitgehend unverändert.

Abb. 2: Therapeutische Qualifikationen der Beschäftigten



Art der Dienste / Das Betreuungs-, Beratungs- und Behandlungsangebot der Fachstellen: Wie in den Jahren vor 2019 haben dieses Jahr wieder alle ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention angegeben, in der Sucht- und Drogenberatung zu arbeiten (Abb. 3). Von den Fachstellen engagieren sich etwa 95 % darüber hinaus in der Prävention / Frühintervention. Die ambulante medizinische Rehabilitation ist mit fast 90 % gegenüber den Vorjahren nicht weiter gesunken (2018: 95%; 2019: 92%; 2020: 92%; 2021: 89%).¹³ Die (Reha-) Nachsorge wird von 88 % der Fachstellen durchgeführt, eine Kombibehandlung von rund 80 % und drei Viertel der ambulanten Einrichtungen bieten eine Suchtberatung im Betrieb sowie eine psychosoziale Begleitung Substituierter¹⁴.

Deutlich über die Hälfte der Einrichtungen bieten niederschwellige Hilfen, die ambulante Entlassform, eine Begleitung von Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und deren Angehörige, Kombibehandlung +Substitution, ambulante Rehabilitation +Substitution sowie den Wechsel in die ambulante Behandlung im Programm.¹⁵

Obwohl die Zahlen zu den Leistungen der Fachstellen deutlichen Schwankungen unterliegen, ist das quantitative Verhältnis der Leistungen untereinander in den vergangenen Jahren relativ konstant geblieben.

¹² Siehe auch Kapitel 5.4 Kosten-/Leistungsträger.

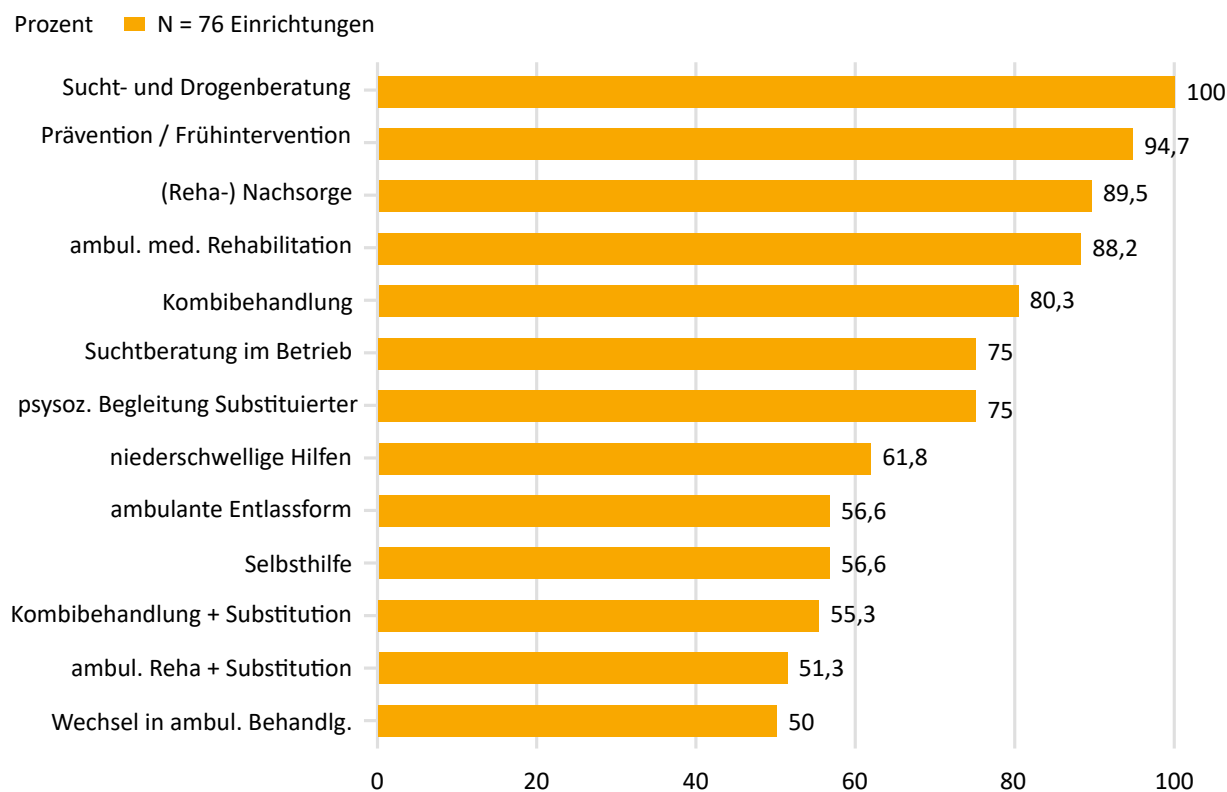
¹³ Vergleiche mit den Zahlen von vor 2019 zeigen ein realistischeres Bild darüber, wie es zunehmend schwieriger wird, die ambulante Rehabilitation und entsprechendes Fachpersonal kostendeckend vorzuhalten.

¹⁴ Weitergehende Informationen zu der Psychosozialen Betreuung Substituierter können dem Bericht „Psychosoziale Betreuung Substituierter in Niedersachsen 2020“ entnommen werden.
<https://www.nls-online.de/produkt-kategorie/materialien/>

¹⁵ Für die deutlichen Schwankungen dieses Unterstützungs-Angebots für die Suchtselbsthilfe innerhalb der letzten Jahre gibt es keine klar erkennbaren Gründe (2010: 71%; 2011: 60%; 2012: 48%; 2013: 67%; 2014: 68%; 2015: 59,5%; 2016: 65%; 2017: 55%; 2018: 52%; 2019: 42%; 2020: 54,8; 2021: 57,3%).

Über 38 % der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention engagieren sich in Bezug auf die Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsförderung der Klient*innen (2021: 39%). Im Vordergrund steht hier die arbeitsmarktorientierte Beratung (34,2%; 2021: 34,7%).

Abb. 3: Dienste und Leistungen, soweit sie von über einem Drittel der Fachstellen angeboten werden

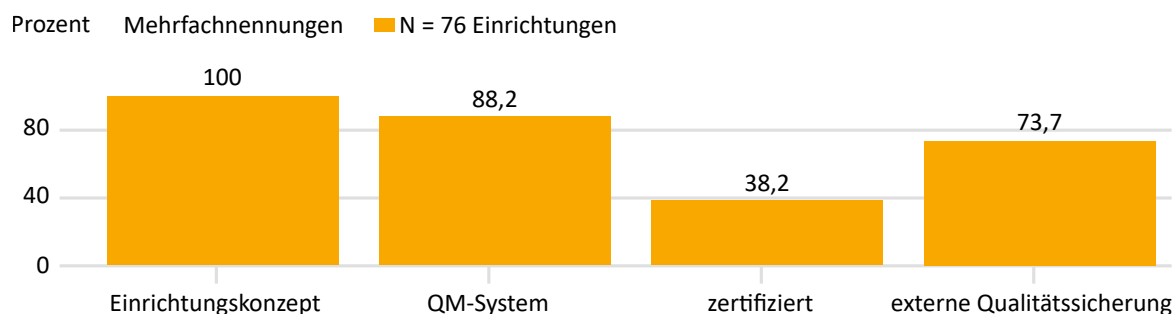


5.3 QUALITÄTSKRITERIEN

Die häufigste Maßnahme zur Qualitätssicherung in den Fachstellen ist das schriftliche Einrichtungskonzept, über das alle Fachstellen verfügen (Abb. 4; Bund 98,1 %). Ein QM-System haben 67 Fachstellen implementiert (88,2 %; Bund 69,3 %) und 29 davon sind von einer externen, unabhängigen und akkreditierten Institution zertifiziert (38,2 %; Bund 30,5 %). Die Erstzertifizierungen dieser Einrichtungen erfolgten zwischen 2011 und 2021. An einer externen Qualitätssicherung beteiligen sich 56 Fachstellen (73,7 %).

Im Hinblick auf Bausteine des Qualitätsmanagements sind die Fachstellen weiterhin gut aufgestellt. Hinsichtlich Einrichtungskonzept und QM-System hat es in Niedersachsen einige Fortschritte gegeben. Die Angaben zur Zertifizierung sind gemäß KDS 3.0 mit Angaben zum Jahr der Erstzertifizierung versehen. Demnach sind seit 2011 insgesamt 25 Einrichtungen zertifiziert.

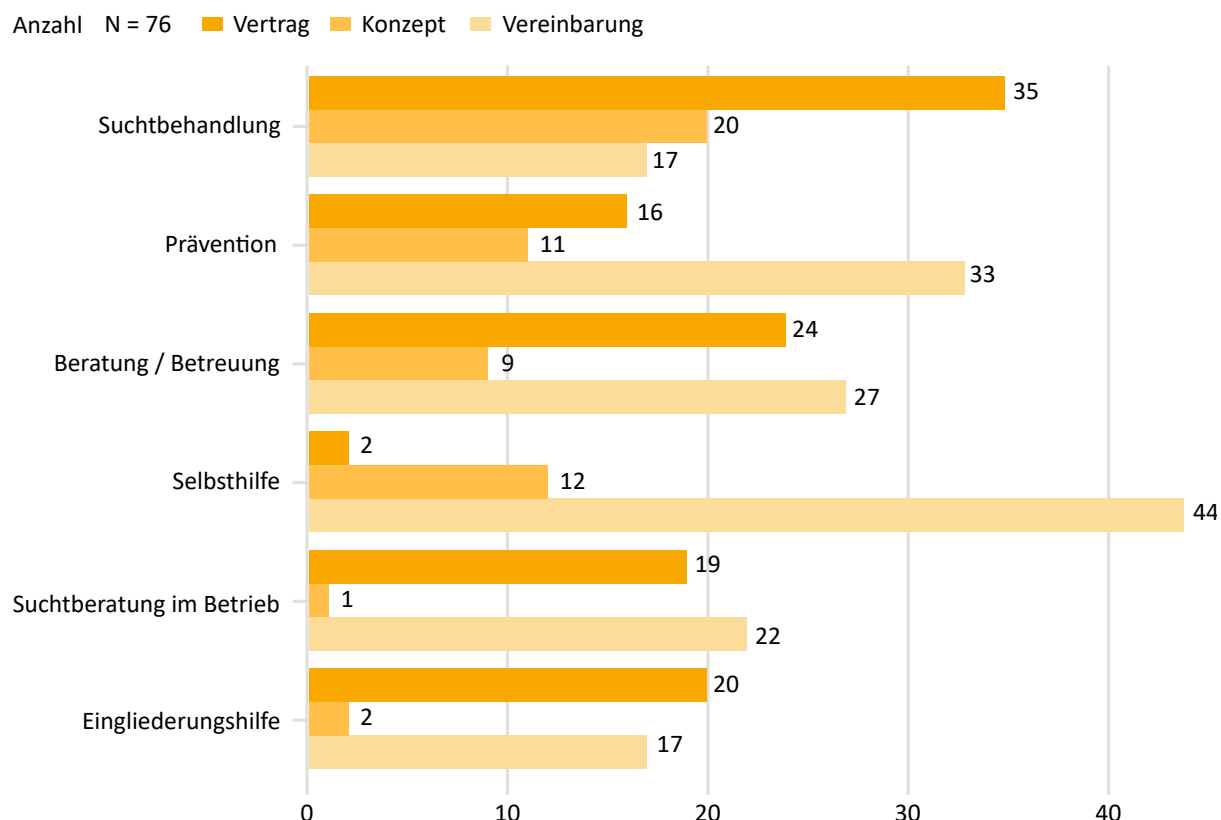
Abb. 4: Bausteine zum Qualitätsmanagement



5.4 KOOPERATION UND VERNETZUNG

Mit 95 % unterhalten die meisten niedersächsischen Fachstellen eine verbindlich vereinbarte Kooperation mit einer Einrichtung der Suchtbehandlung (stationäre Einrichtungen wie Krankenhäuser etc.; siehe Abb. 5), mit Diensten der Prävention und Frühintervention sowie mit anderen Einrichtungen der Beratung und Betreuung kooperieren 79 %, mit Einrichtungen der Selbsthilfe 76,3 %, sowie 55,3 % mit Diensten zur Suchtberatung im Betrieb. Mit 51,3 % folgen Dienste zur Eingliederungshilfe. Alle übrigen Kooperationen werden von weniger als der Hälfte der Fachstellen unterhalten. Die Kooperationen mit Job-Centern als wichtigem Faktor zur Förderung der Teilhabe werden nach dem KDS 3.0 in der Sammelkategorie „Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung“ erhoben. Mit entsprechenden Einrichtungen unterhalten 38,2 % (2021: 45,3 %) der Fachstellen verbindliche Kooperationsvereinbarungen. (Weiteres zur Kooperation mit den Jobcentern siehe Abb. 39.)

Abb. 5: Verbindlich vereinbarte Kooperationen (über 50 % der FSS) nach Art der Vernetzungsregelungen



Hinweis: Daten über die Finanzierung und das Budget der Fachstellen werden im KDS 3.0 (seit 2017) nicht mehr erhoben. (vgl. Kap. 6.4 Kosten-/Leistungsträger)

6 ERGEBNISSE: KLIENT*INNEN (KDS-F)

en von insgesamt 40.586 Klient*innen
ambulanten Suchthilfe eine Betreuung
; Bund 2022: 358.245). Durchschn
elle für Sucht und Suchtprävention
21). In den vergangenen Jahren wu
rund 10 % der Klient*innen des Bu
spricht dem Bevölkerungsanteil.
h die nicht dokumentierten Klient
men mit diesen weiteren 6.749 P
über 47.000 Klient*innen die Fa
ention aufgesucht. Geschlecht: 1
auch die Fachstellen für Sucht
machen 67,2 % der Gesamtz
6,9 %; Bund 2022: 67,4 %). Etwa
den oder Selbsthilfe wurde, w
Anforderungen aufgelegt sind
Anforderungen

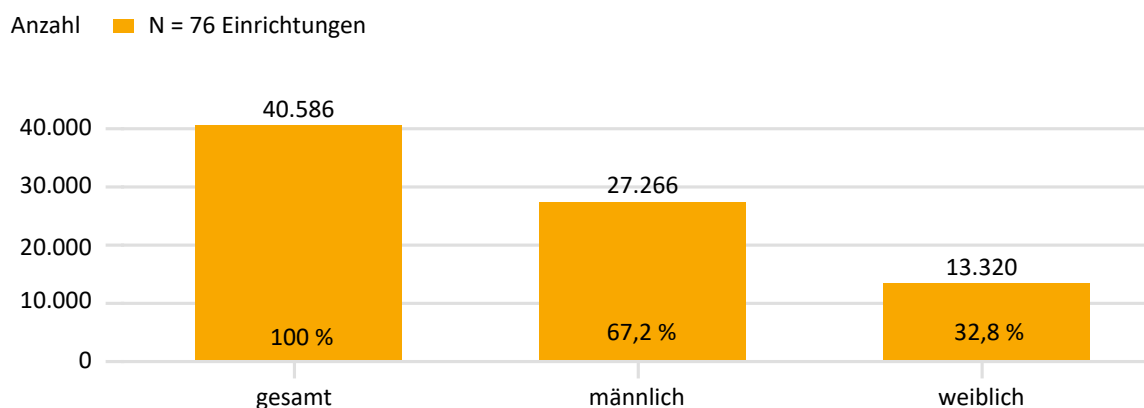
6.1 DIE KLIENT*INNEN

In 2022 wurde in Niedersachsen von insgesamt 40.586 Klient*innen durch 76 Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe eine Betreuung dokumentiert (2021: 39.035; Bund 2022: 358.245). Durchschnittlich entfallen auf jede Fachstelle für Sucht und Suchtprävention 534 betreute Personen (2021: 521). In den vergangenen Jahren wurden in Niedersachsen dauerhaft rund 10 % der Klient*innen des Bundesgebietes versorgt. Dies entspricht dem Bevölkerungsanteil.

In den letzten Jahren wurden auch die nicht dokumentierten Klient*innen vollständig erfasst. Zusammen mit diesen weiteren 6.749 Personen haben in 2022 insgesamt über 47.000 Klient*innen die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention aufgesucht.

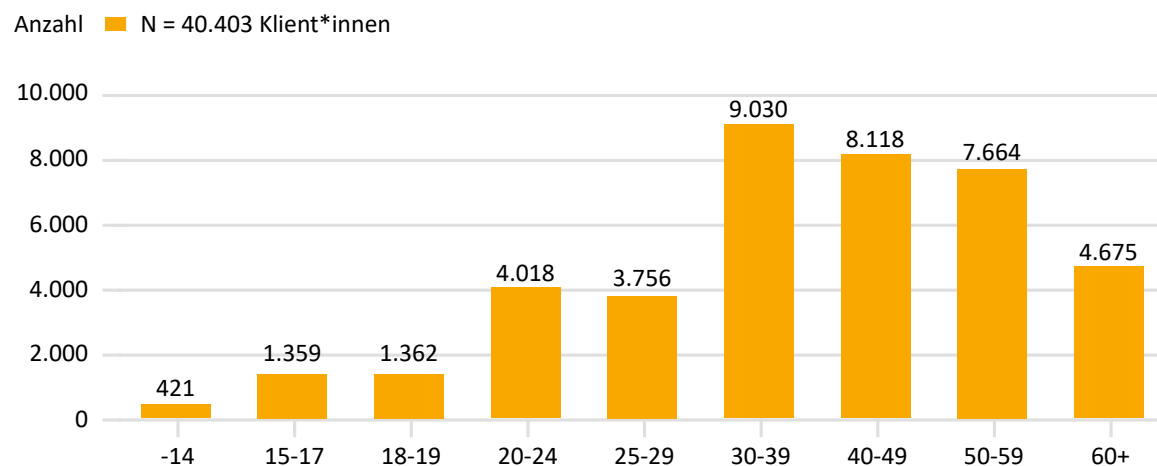
Geschlecht: Es wurden mehrheitlich Männer durch die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention betreut. Sie machten 67,2 % der Gesamtzahl aller Klient*innen aus (2021: 67,9 %; Bund 2022: 67,4 %). Etwa jede dritte Person, die 2022 beraten oder behandelt wurde, war weiblichen Geschlechts. Früheren Auswertungen zufolge stieg der Frauenanteil an den Betreuungen in Niedersachsen kontinuierlich von 2006 bis 2012 (mit Ausnahme in 2010) und blieb in den Jahren von 2013 bis 2022 mit kleinen Schwankungen weitgehend konstant.

Abb. 6: Klient*innen und Geschlechterverteilung



Alter: 61,4 % aller betreuten Personen sind bei Betreuungsbeginn zwischen 30 und 59 Jahre alt, 7,8 % der Klient*innen in Niedersachsen sind unter 20 Jahre alt (Bund: 64,3 % und 8 %). 11,6 % der betreuten Menschen sind 60 Jahre und älter (Bund: 8,1 %).

Abb. 7: Alter der Klient*innen bei Betreuungsbeginn

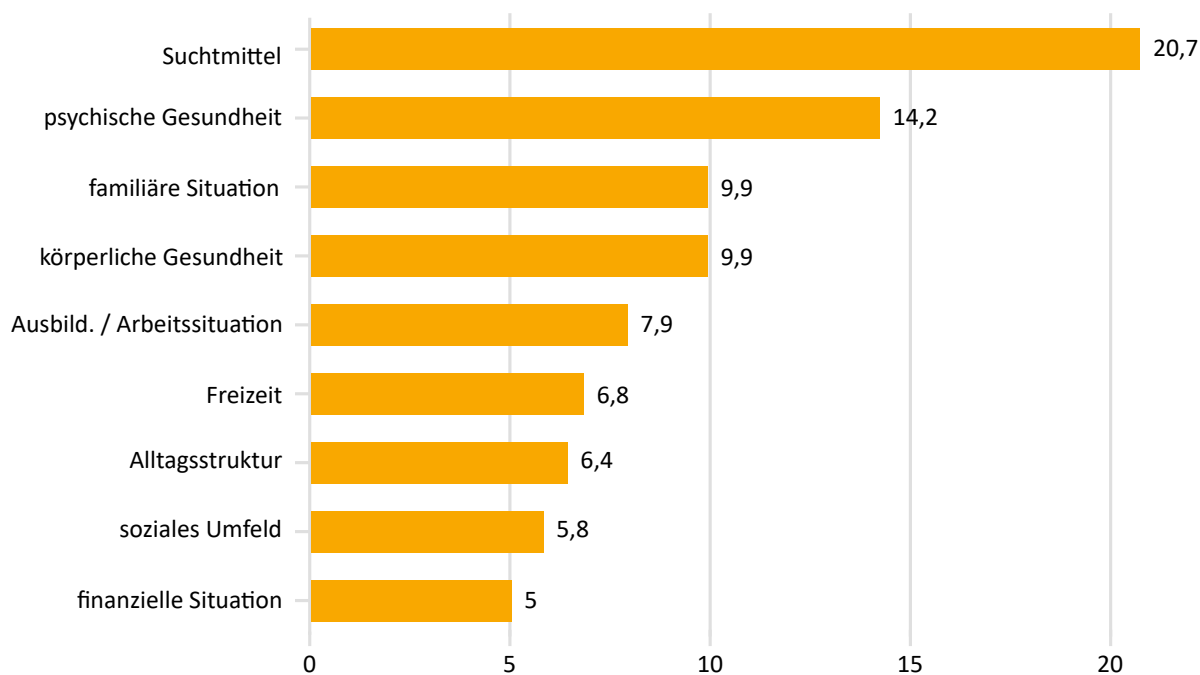


Zugang und Zugangsgründe: 87,3 % der Klient*innen kamen wegen einer eigenen Problematik in die Beratung (Bund: 88,2 %), 12,7 % waren Angehörige von Menschen mit einer Suchtproblematik.

Der häufigste Grund, die Leistungen einer Fachstelle Sucht und Suchtprävention in Anspruch zu nehmen, waren Belastungen durch die Suchtmittel oder das Suchtverhalten (Abb. 8) mit rund 20 % (N=33.167).

Abb. 8: Sozialmedizinische Gründe für die Inanspruchnahme der FSS (über 5 %)

Prozent Mehrfachnennungen ■ N = 160.356 Angaben



Weitere Gründe (unter 5 %) waren:

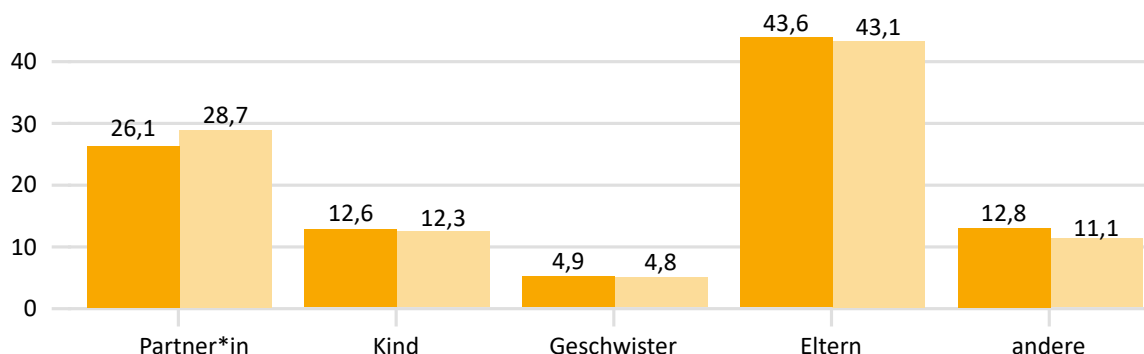
- Wohnsituation 4,5 %
- rechtliche Situation 3,7 %
- Fahreignung 3,3 %
- andere [als die sexuelle] Gewalterfahrungen 1,4 %
- Gewaltausübung 1,0 %
- sexuelle Gewalterfahrungen 0,6 %

6.2 ANGEHÖRIGE

2022 kamen insgesamt 5.185 Angehörige zu einer Beratung in die niedersächsischen Fachstellen für Sucht- und Suchtprävention (Abb. 9)¹⁶. Den größten Anteil von Angehörigen, die die Beratung der Fachstellen aufsuchten, stellten mit über 43 % die Eltern der Betroffenen, gefolgt von Partner*innen (26 %). Die Bundeszahlen zeigen ein entsprechendes Bild.

Abb. 9: Familienstatus der Angehörigen

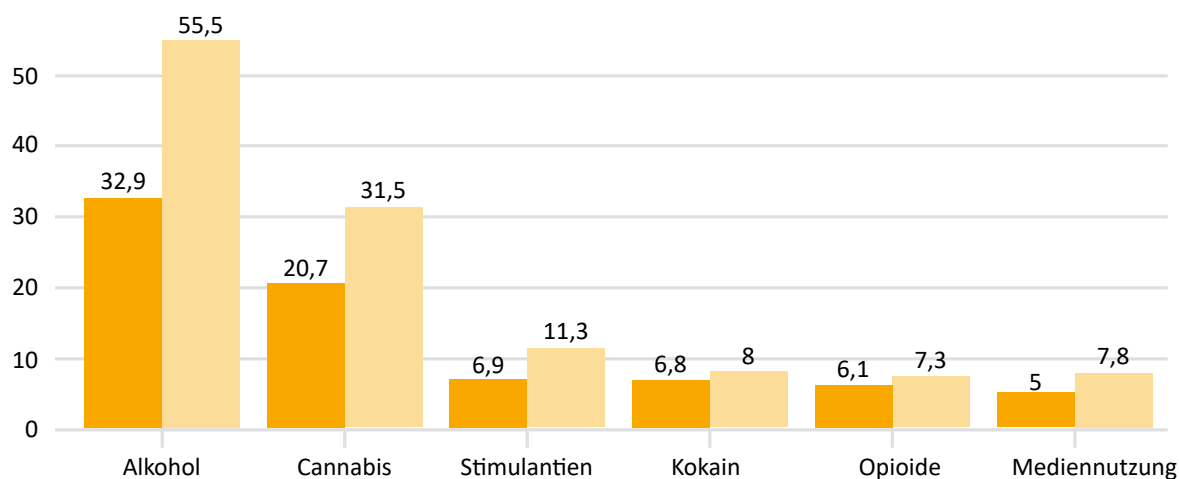
Prozent (Angehörige) ■ N = 4.891 Personen ■ Bund 2022



Die meisten Angehörigen nannten in 2022 Probleme ihrer Verwandten oder Partner*in im Zusammenhang mit den Substanzgruppen Alkohol (32,9 %) und Cannabis (20,7 %). Der Konsum von Amphetaminen / Stimulantien wurde von 6,9 % als Problem benannt, der Konsum von Kokain von 6,8 %.¹⁷

Abb. 10: Suchtproblem aus Sicht der Angehörigen (über 5 %)

Prozent Mehrfachnennungen ■ N = 8.538 ■ Bund 2022



¹⁶ Die Differenz zur Abbildung ist durch fehlende Angaben zu erklären.

¹⁷ Aktuell nicht erklärbar ist ein deutliches Abweichen der niedersächsischen Zahlen von den Bundesergebnissen (Abb. 10). Die Nennung zur Substanzgruppe Alkohol ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen (2012 bis 2016: 39,6 bis 47 %), sodass der Wert von rund 30 % in Niedersachsen für 2017, 2018, 2019 und 2020 als zu gering betrachtet werden muss. Verglichen mit den vergangenen Jahren erscheinen die 23 % der Nennungen zu den Cannabinoiden dagegen als realistisch (2012 bis 2020: 17,9 bis 22,3 %). Hier scheint die Zahl der Bundesergebnisse 2017, 2018, 2019 und 2020 zu hoch zu sein (Bund 2012 bis 2016: 22,3 bis 25,4 %).

Weitere Suchtprobleme (unter 5 %) waren:

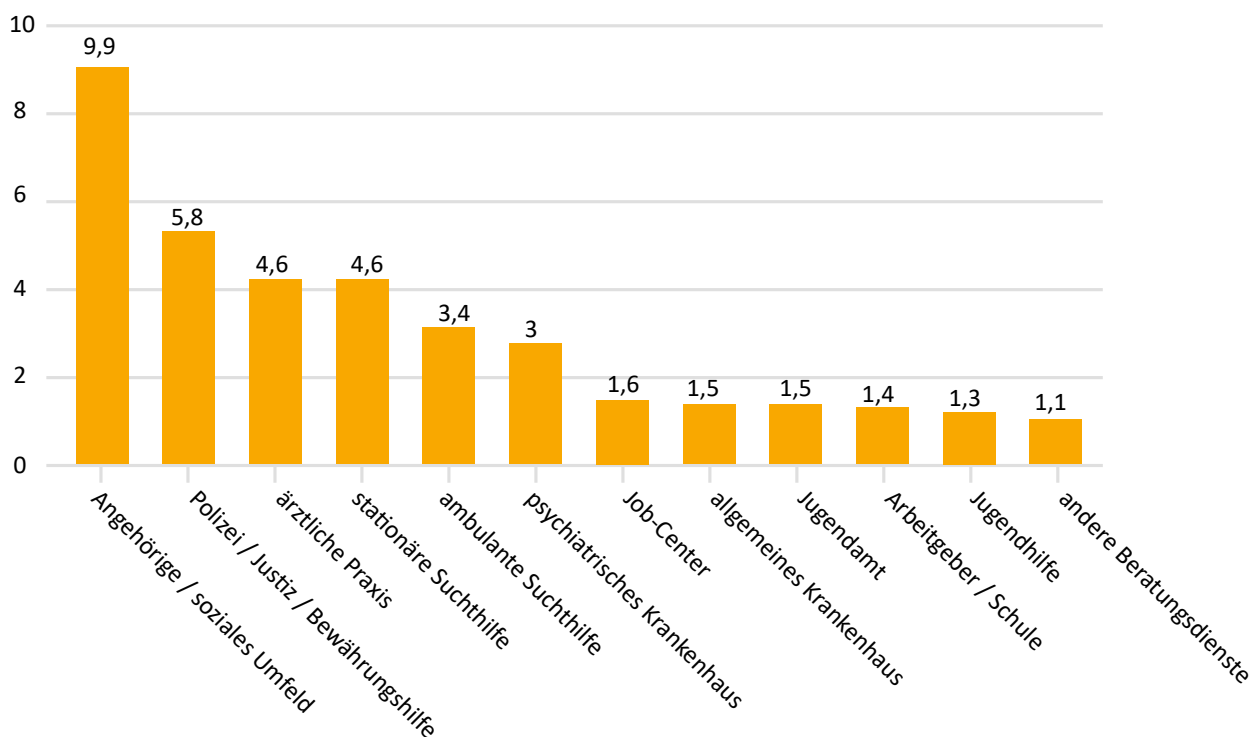
• Tabak	5,3 %
• sonstige Substanzen / multipler Substanzkonsum	3,1 %
• Hypnotika / Sedativa	3,0 %
• Halluzinogene	1,4 %
• Essverhalten	0,9 %
• Inhalantien / flüchtige Lösungsmittel	0,3 %
• Sonstiges	4,0 %

6.3 VERMITTLUNG IN BERATUNG

In 2022 suchten in Niedersachsen 53,7 % der Klient*innen direkt und ohne vermittelnde Instanz die ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe auf (2021: 52,2 %; Bund: 51,7 %). Die hohe Quote der Selbstmelder kann als Vertrauensbeweis für das Angebot der Beratungsstellen gewertet werden. Die Beratungsdienste sind in der Bevölkerung bekannt und etabliert. In 10 % der Fälle spielten darüber hinaus die Angehörigen und das soziale Umfeld (Bund: 8,1 %), die Polizei / Justiz / Bewährungshilfe mit 5,8 % (Bund: 9,1 %), niedergelassene Ärzte zu 4,6 % (Bund: 5,7 %) und die stationäre Suchthilfe zu 4,6 % (Bund: 4,9 %) eine wichtige Rolle als Vermittler für eine Beratung oder Therapie.

Abb. 11: Quoten der Fremdvermittlung (über 1 %)

Prozent ■ N = 27.744 Davon Selbstmelder = 14.899



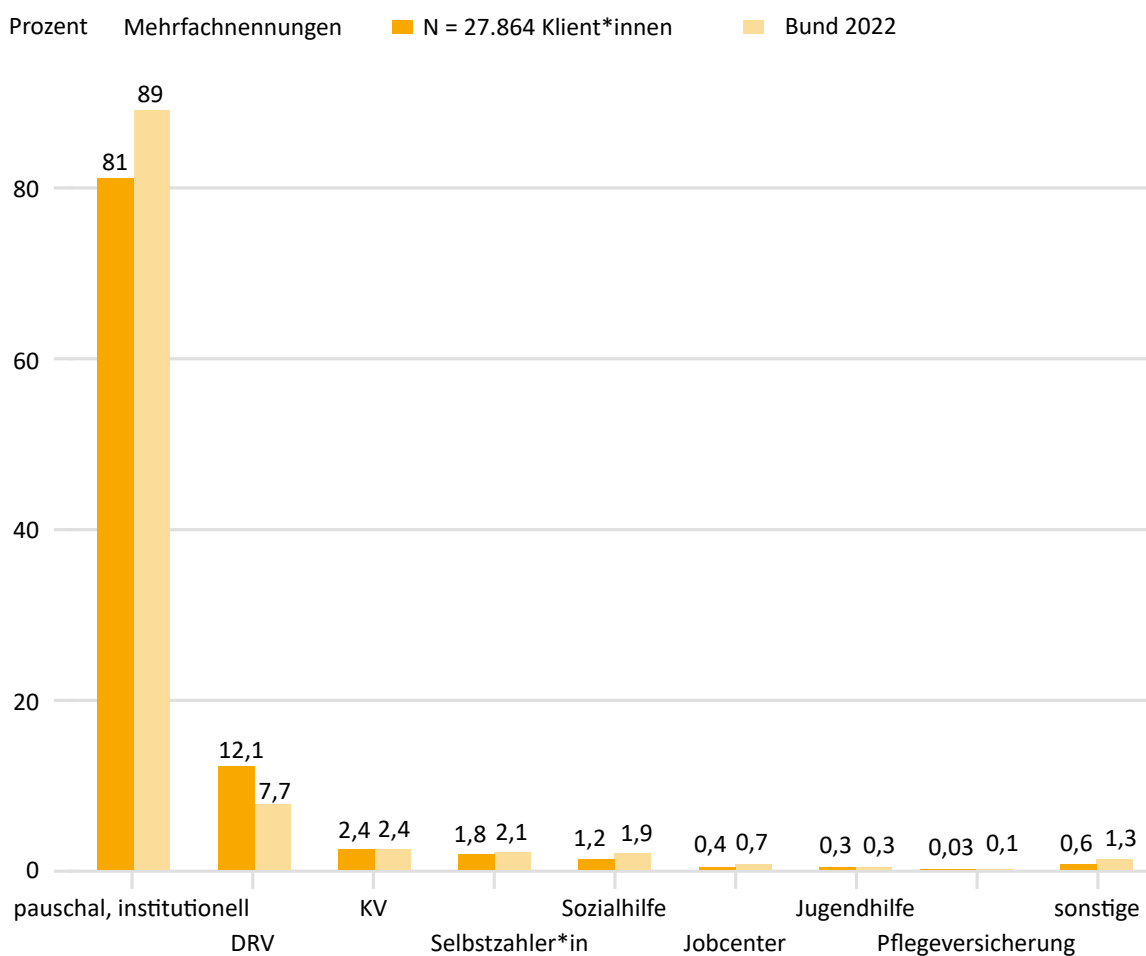
Aufgrund des neuen Kerndatensatzes und teilweise anderer Zusammensetzungen der Kategorien weichen die Vermittlungswerte der Jahre 2017 bis 2019 teilweise deutlich von den Werten der Vorjahre ab. Bemerkenswert an den aktuellen Ergebnissen ist, dass die Vermittlung durch allgemeine Krankenhäuser seit 2017 in Niedersachsen stark zurückgegangen ist (2017: 6,6 %; 2018: 3,6 %; 2019: 2,6 %; 2020: 1,9%; 2021: 1,6%).¹⁸

18 vgl. Fußnote 8

6.4 KOSTEN-/LEISTUNGSTRÄGER

Die gesamten Kosten der Fachstellen für die Betreuung und Behandlung der suchtkranken Menschen, die Hilfe und Unterstützung in einer ambulanten Fachstelle suchten, wurden mit über 80 % ganz überwiegend von den Kommunen und vom Land Niedersachsen über die pauschale institutionelle Förderung getragen (Abb. 12). Auf Bundesebene war die überwiegende Kostenträgerschaft durch staatliche Stellen deutlich stärker ausgeprägt, während hier eine Kostenträgerschaft durch die Rentenversicherung - die zweite wichtige Finanzierungsquelle der ambulanten Suchthilfe - seltener als in Niedersachsen erfolgte. Der höhere Anteil von Mitteln der DRV an der Finanzierung der Leistungen der Fachstellen erklärt sich vor allem durch die Inanspruchnahme ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen und ambulanter Nachsorge für Suchtkranke. Niedersachsen verfügt über eine im Bundesvergleich hohe Quote an DRV-anerkannten Einrichtungen für ambulante Reha-Angebote im Bereich der Suchterkrankungen.

Abb. 12: Externe Kosten-/Leistungsträger der FSS

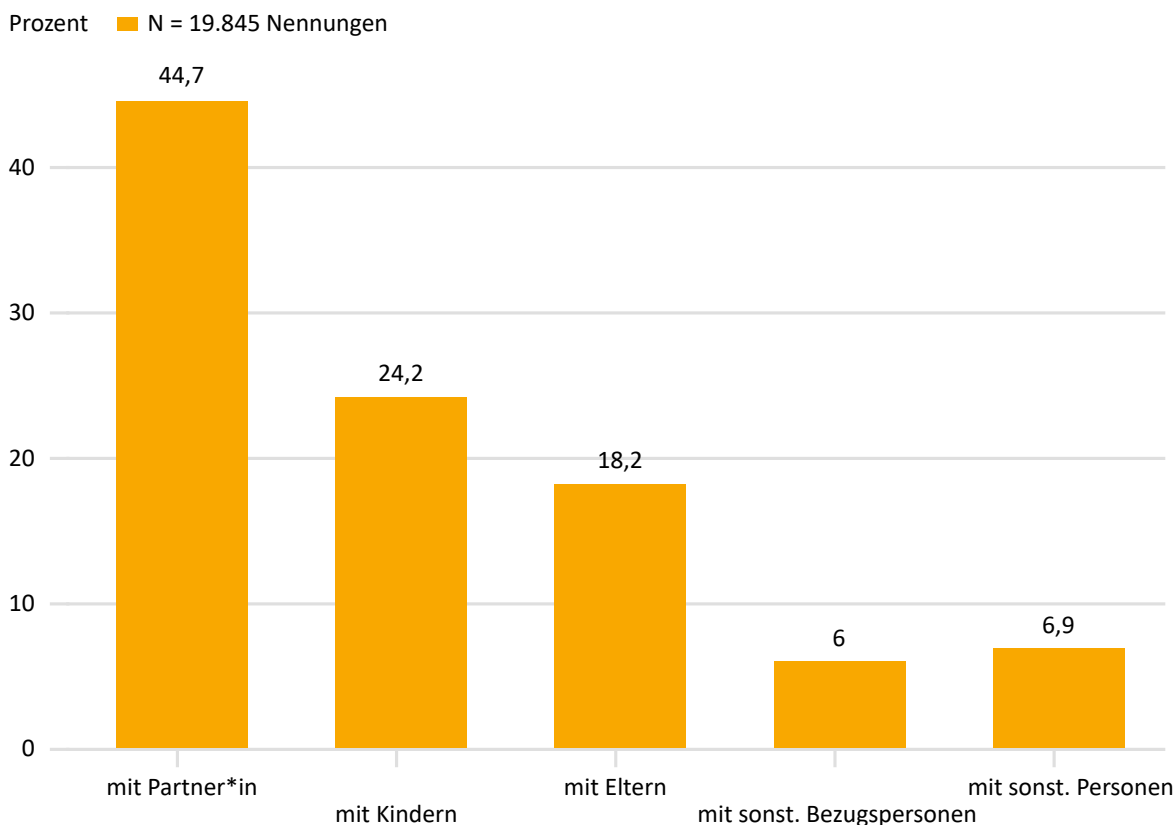


6.5 SOZIODEMOGRAPHIE

Lebenssituation: Insgesamt gaben in Niedersachsen 12.918 Klient*innen an, dass sie in einer Partnerschaft leben. Das entspricht 31,8 % der Gesamtzahl. 10.785 Betreute lebten allein (26,6 % von gesamt; Bund: 41,1 %).

Von den nicht alleinlebenden Klient*innen (N=19.845) lebten 44,7 % mit ihren Partner*innen zusammen, 24,2 % mit Kindern, 18,2 % mit Eltern, 6 % mit sonstigen Bezugspersonen und 6,9 % mit sonstigen Personen.

Abb. 13: Lebenssituation nicht alleinlebender Klienten*innen



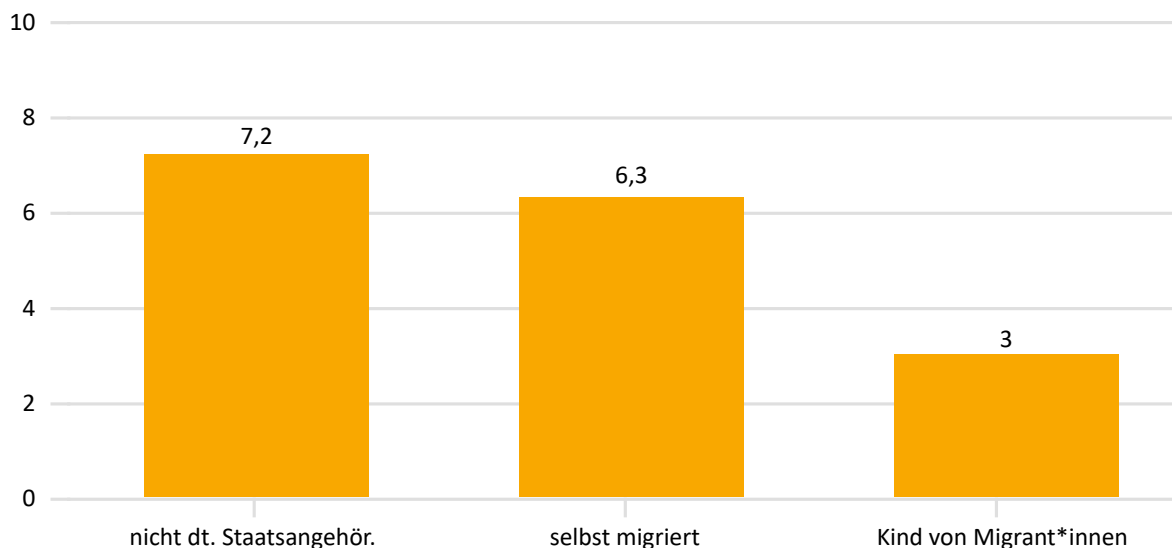
Kinder: In 2022 waren 180 Klientinnen, die die Hilfe einer ambulanten Fachstelle für Sucht- und Suchtprävention in Anspruch nahmen, während der Betreuung und Behandlung schwanger (1,4 % der Frauen). Die Klient*innen der ambulanten Einrichtungen mit dem Status „Eltern“ hatten zusammen rund 18.000 eigene Kinder, davon war über die Hälfte unter 18 Jahren alt. Über 6.000 minderjährige Kinder lebten mit den Klient*innen in einem Haushalt zusammen, darunter über 5.000 eigene Kinder. Fast 4.000 minderjährige eigene Kinder (41,2 % der eigenen minderjährigen Kinder) lebten nicht im Haushalt der betreuten Personen, 72,1 % davon bei dem anderen Elternteil, 12 % in einer Pflegefamilie und 7,7 % in öffentlichen Erziehungseinrichtungen.

Wohnsituation: In 2022 hat die Quote für selbstständiges Wohnen der Klient*innen im Zuge der Behandlung um 12,3 Prozentpunkte zugenommen (auf 79,2 %; N = 20.082). Die Quote für das Wohnen bei anderen Personen blieb gleich bei 13,3 % (N = 3.369). In demselben Zeitraum ist das Wohnen in einem Wohnheim oder Übergangswohnheim von 7,1 auf 2,5 % deutlich gesunken (auf N = 621) und das Wohnen in einer Notunterkunft oder Übernachtungsstelle ist bei 0,7 % gleichgeblieben (N = 173). Die Quote der Wohnungslosen ist von 0,4 auf 0,5 % (auf N = 131) geringfügig gestiegen.

Herkunft: In 2022 besaßen 2.279 Klient*innen (7,2 %) eine andere als die deutsche Staatsbürgerschaft. Dieser Wert lag in den letzten Jahren regelmäßig zwischen 5 und 7 %. Selbst migriert sind 6,3 % der Klient*innen (Bund: 12,4 %). 3 % der Klient*innen wurden als Kinder von Migranten in Deutschland geboren (Bund: 6,7 %).

Abb. 14: Migration

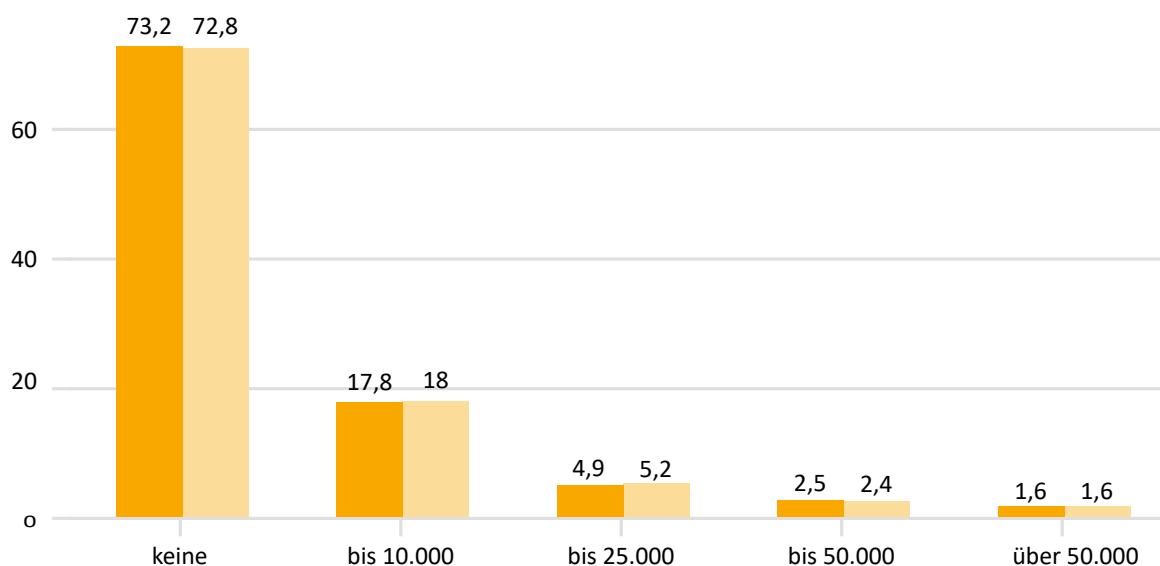
Prozent ■ N = 40.586 Klient*innen



Verschuldung: Über 70 % der Klient*innen befanden sich in 2022 in keiner problematischen Schulden-situation. Rund ein Fünftel der Betreuten war mit Beträgen von bis zu 10.000 Euro verschuldet, 9 % hatten Schulden in Höhe von mehr als 10.000 Euro.

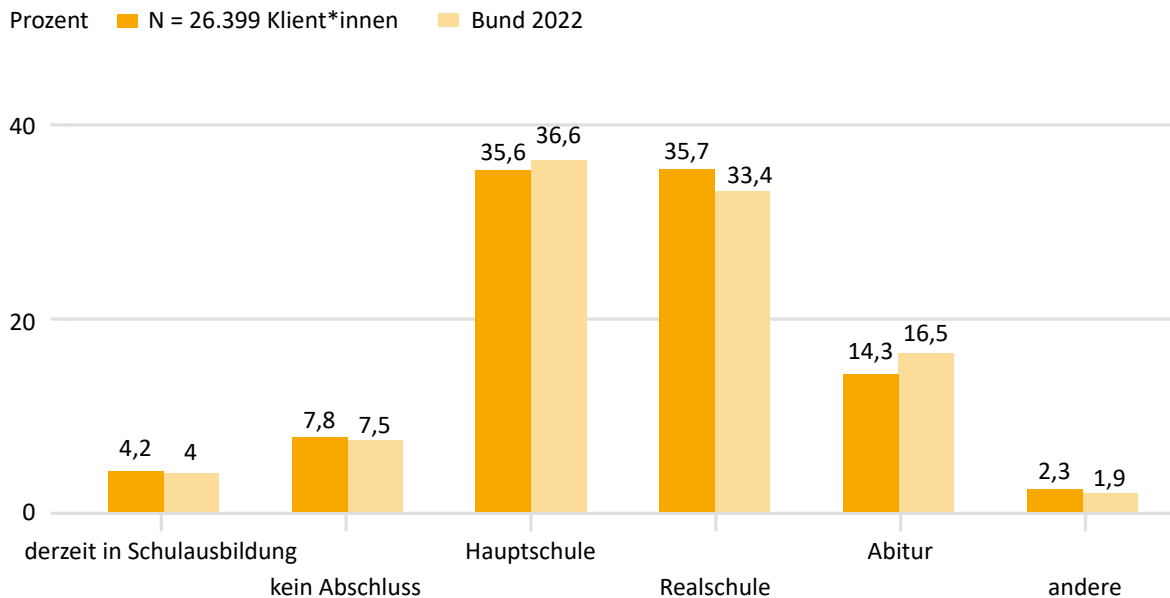
Abb. 15: Problematische Schulden

Prozent ■ N = 21.808 Klient*innen ■ Bund 2022



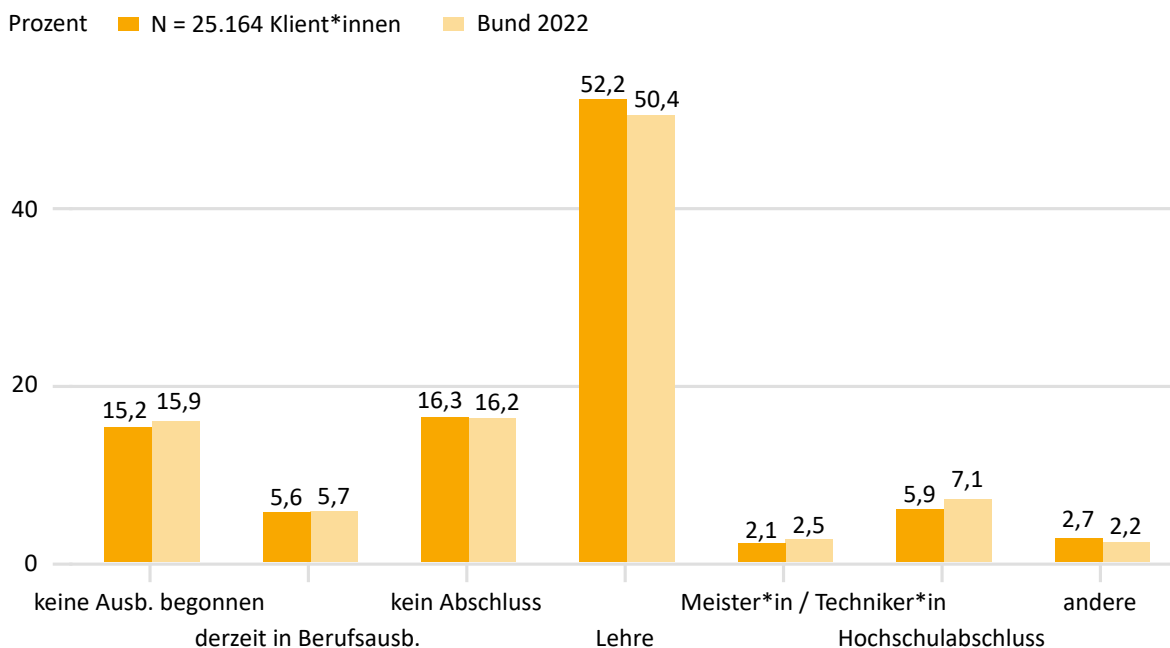
Schulbildung: Im Hinblick auf den Bildungsabschluss waren unter den Klient*innen die Absolvent*innen von Haupt- und Realschulen am stärksten vertreten (71,3 %), rund 4 % befanden sich in einer schulischen Ausbildung. Knapp 8 % besaßen keinen Schulabschluss, rund 14 % hatten das Abitur.

Abb. 16: Schulbildung



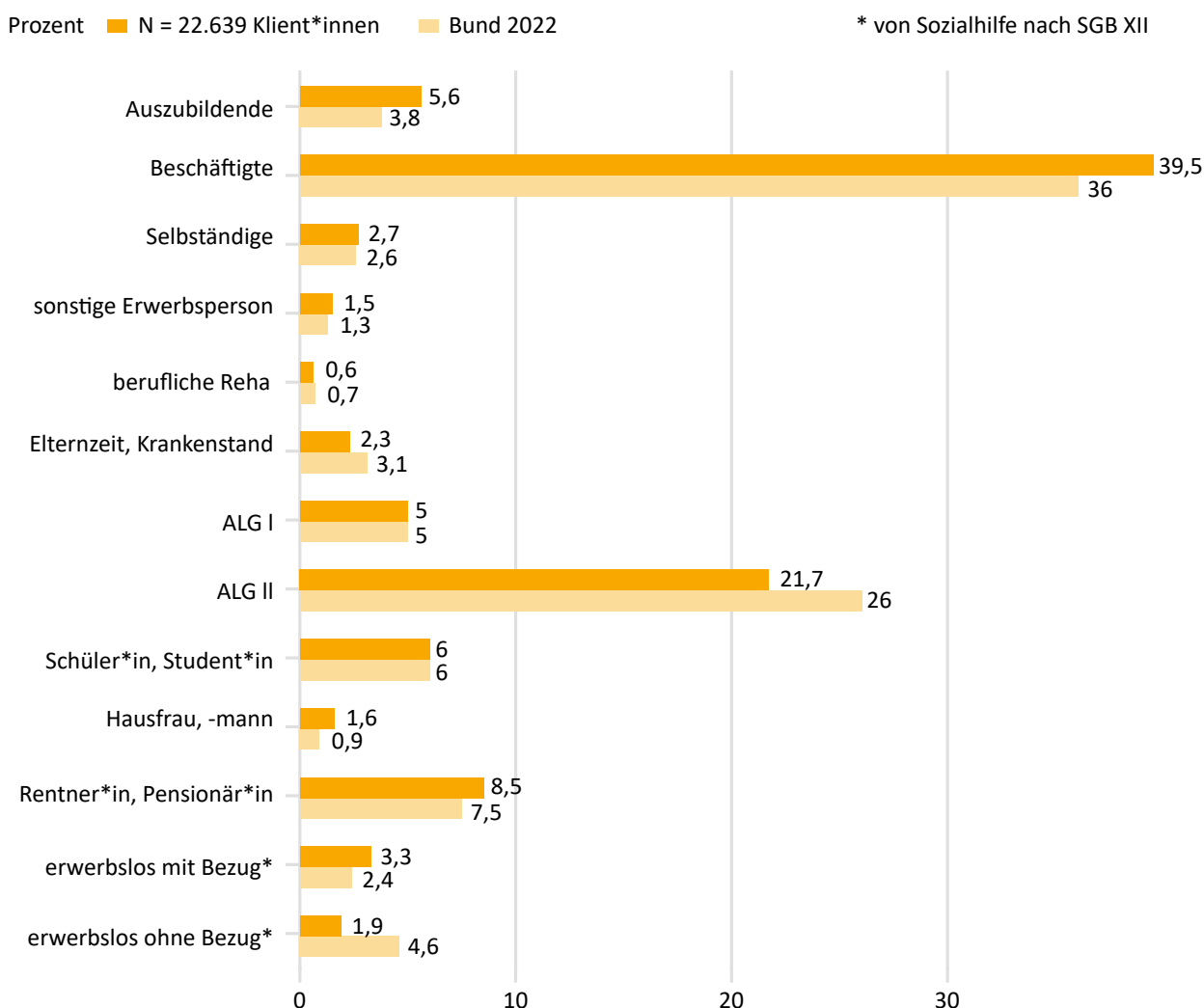
Berufsausbildung: Über die Hälfte der betreuten Menschen hatte eine betriebliche Ausbildung abgeschlossen; etwa ein Drittel verfügte hingegen über keinen Berufsabschluss.

Abb. 17: Ausbildungsabschlüsse der Klient*innen



Beschäftigungsverhältnis: Insgesamt standen am Tag vor Betreuungsbeginn 52,2 % im Erwerbsleben – als Beschäftigte, Selbständige, in Elternzeit, in Ausbildung, in beruflicher Reha und sonstige Erwerbspersonen. Diese Personengruppen werden als wichtige Zielgruppe eines ambulanten Beratungs- und Therapieangebots folglich in einem hohen Maß erreicht. Allerdings hat die Zahl der Erwerbstätigen im Zeitraum der Betreuung in Niedersachsen durchgehend abgenommen, während die Werte auf Bundesebene gestiegen sind. Abb. 18 zeigt den Vergleich mit den Bundeszahlen zum Zeitpunkt des Betreuungs-/Behandlungsbeginns¹⁹.

Abb. 18: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn



Umgekehrt betrachtet lässt sich sagen, dass 47,8 % der niedersächsischen Klient*innen nicht am Erwerbsleben beteiligt waren (2021: 50,3 %). Hier stieg der Anteil der nicht erwerbstätigen Klient*innen während der Betreuung und Behandlung von 47,9 auf 52,3 %. Dies ist vorrangig darauf zurückzuführen, dass sich der Anteil an ALG II-Empfängern von 21,7 % auf 26,5 % erhöhte.

Längsschnittvergleich zum ALG: In den Jahren bis 2016 wurden an dieser Stelle die Zahlen der ALG I- und ALG II-Empfänger*innen auch im Verhältnis zur Gesamtzahl der Klient*innen fortgeschrieben. Durch den veränderten Kerndatensatz (KDS 3.0) und die damit einhergehende veränderte Datenerhebung ab 2017 sind die Ergebnisse aus den beiden Instrumenten nicht mehr direkt vergleichbar. Deshalb wurde die Darstellung der entsprechenden Werte mit dem Jahrgang 2017 neu begonnen.

19 Die Gesamtzahl der Klienten ist durch fehlende Werte niedriger als in Abb. 6 angegeben.

Den Zahlen der ALG-I- und ALG-II-Empfänger*innen stehen relativ wenige Klient*innen gegenüber, für die von Seiten der Fachstellen eine Kooperation mit dem Jobcenter unterhalten wird. Vor dem Hintergrund der Teilhabeorientierung von Beratung und Behandlung kommt diesem Aspekt eine besondere Bedeutung zu.

Abb. 19: Erwerbsstatus am Tag vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn

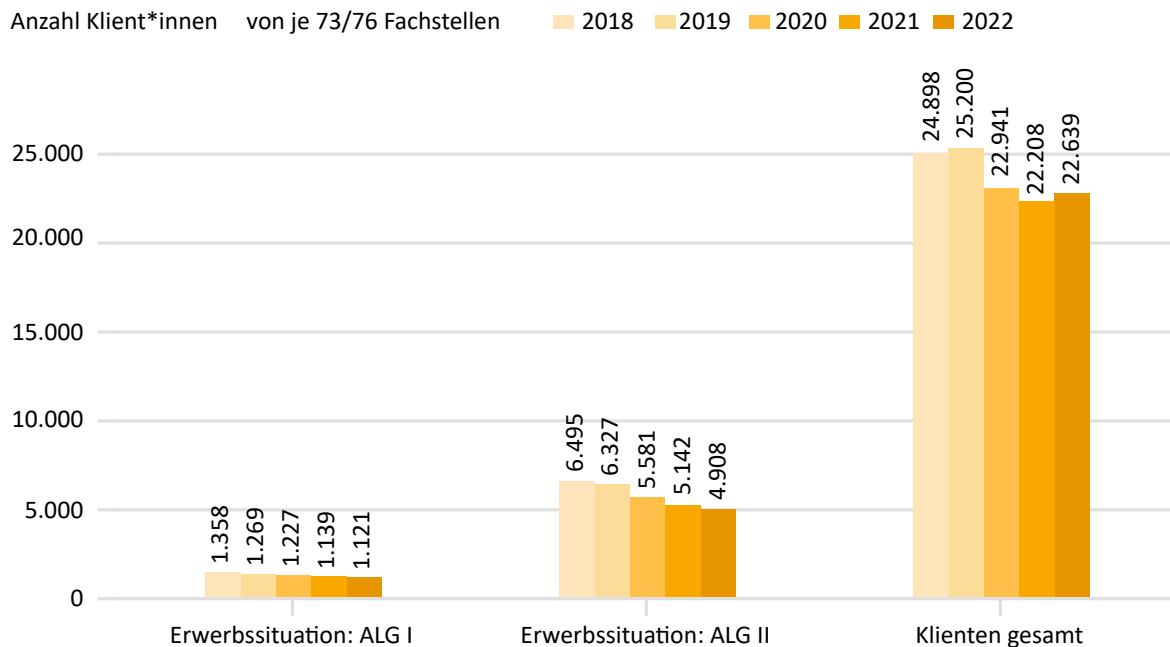
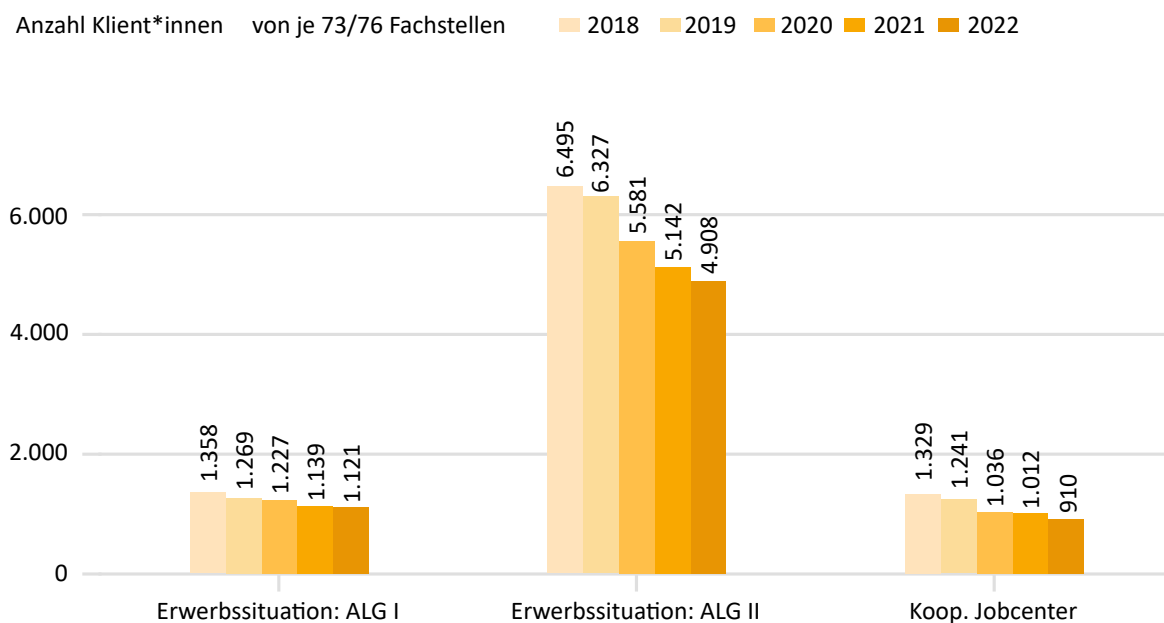


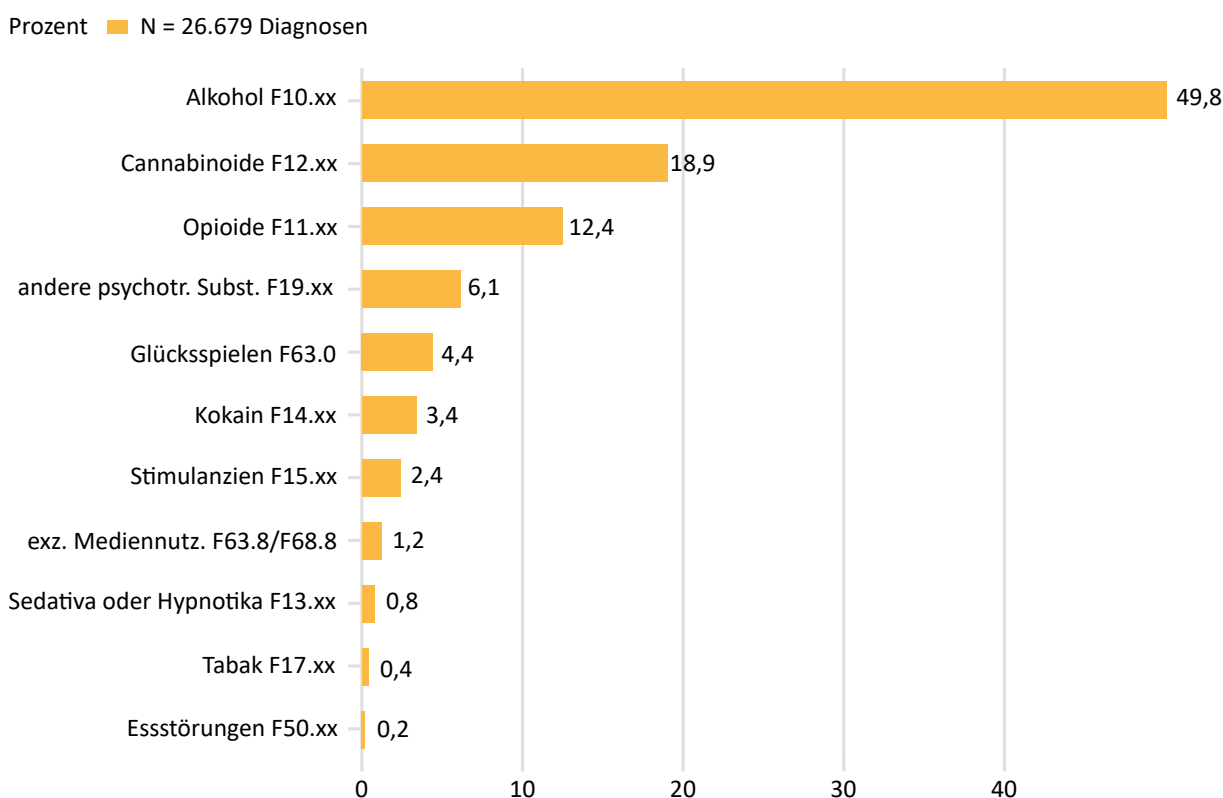
Abb. 20: Erwerbsstatus (am Tag vor) und Kooperation mit Jobcenter



6.6 DIAGNOSEN

Der Deutsche Kerndatensatz erfasst sowohl die substanzbezogenen als auch stoffungebundene Suchtdiagnosen auf der Grundlage des Klassifikationssystems ICD-10-GM und bezieht sich auf die Situation bei Betreuungsbeginn. Als behandlungsleitende ICD-10-Diagnose (Hauptdiagnose) entfielen auf die Abhängigkeit von Alkohol mit 13.286 Nennungen rund 50 % (Bund: 47,2 %), gefolgt von Cannabinoiden (5.049; Bund: 16,9 %) und Opioiden (3.320; Bund: 15 %) und anderen psychotropen Substanzen (1.623; Bund: 4,6 %) Siehe dazu die Abb. 21.²⁰ Außerdem wurden 3.463 weitere Diagnosen gestellt. Hierin enthalten sind 2.757 psychische, somatische oder neurologische Diagnosen im Zusammenhang mit der Abhängigkeitserkrankung.²¹

Abb. 21: Hauptdiagnosen von allen Klient*innen



Im Hinblick auf den Konsum von psychotropen Stoffen als Haupts substanz²² entfielen über die Hälfte auf Alkohol (Abb. 22; Bund: 52,5 %), gefolgt von Cannabis (19,6 %, Bund: 19,9 %) und Heroin (6,4 %; Bund: 7,5 %).

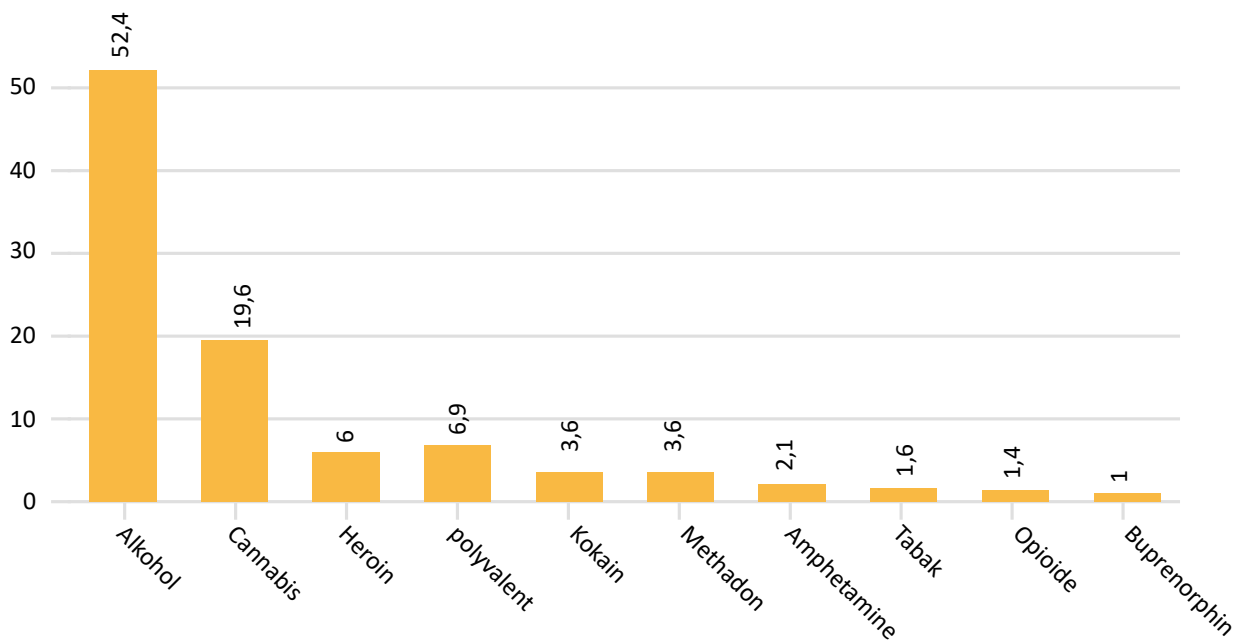
20 In einigen Fällen kann - aus unterschiedlichen Gründen - im Rahmen der Betreuung und Behandlung keine Hauptdiagnose für die Klienten*innen gestellt werden. Dies erklärt die geringere Zahl an Nennungen (vgl. Abb. 6).

21 Diese können zum Beispiel sein: F1x.0 akute Intoxikation, F1x.3 Entzugssyndrom, F1x.4 Entzugssyndrom mit Delir, F1x.5 psychotische Störung, F1x.6 amnestisches Syndrom, F1x.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung. 706 weitere ICD-Diagnosen entfallen auf den Bereich somatischer oder neurologischer Störungen, die nicht aus dem Spektrum der Diagnosen zu psychischen und Verhaltensstörungen (Fxx.xx) stammen.

22 Aus allen konsumierten Substanzen stellt die Haupts substanz diejenige Substanz dar, die die meisten psychosozialen Probleme verursacht oder die den Beratungsanlass darstellt. Im Gegensatz zu „Haupts substanz“ sind Hauptdiagnosen entweder klinisch abgeklärt oder von Berater*innen vergeben, weil ein hoher Krankheitswert vorliegt.

Abb. 22: Hauptsubstanzen (über 1 % aller Nennungen)

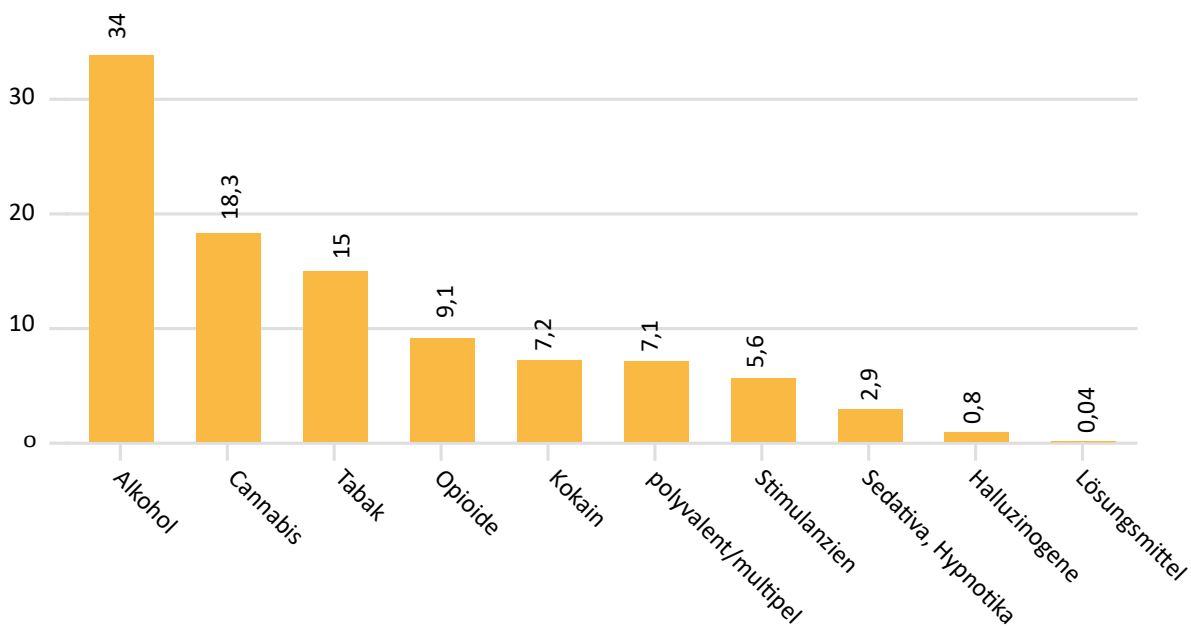
Prozent ■ N = 24.843 Nennungen



Von allen gestellten Diagnosen²³ in Bezug auf psychotrope Substanzen bezieht sich knapp ein Drittel auf Alkohol (16.382 Fälle; Bund 58,4 %), gefolgt von Tabak (8.262; Bund 22 %) und Cannabis (9.438; Bund 32,2 %) mit jeweils unter 20 % (Abb. 23). Einzelne Klient*innen haben mehrere ICD-Diagnosen, so entsteht die große Zahl an Nennungen.

Abb. 23: Aktuelle Diagnosen nach ICD-10

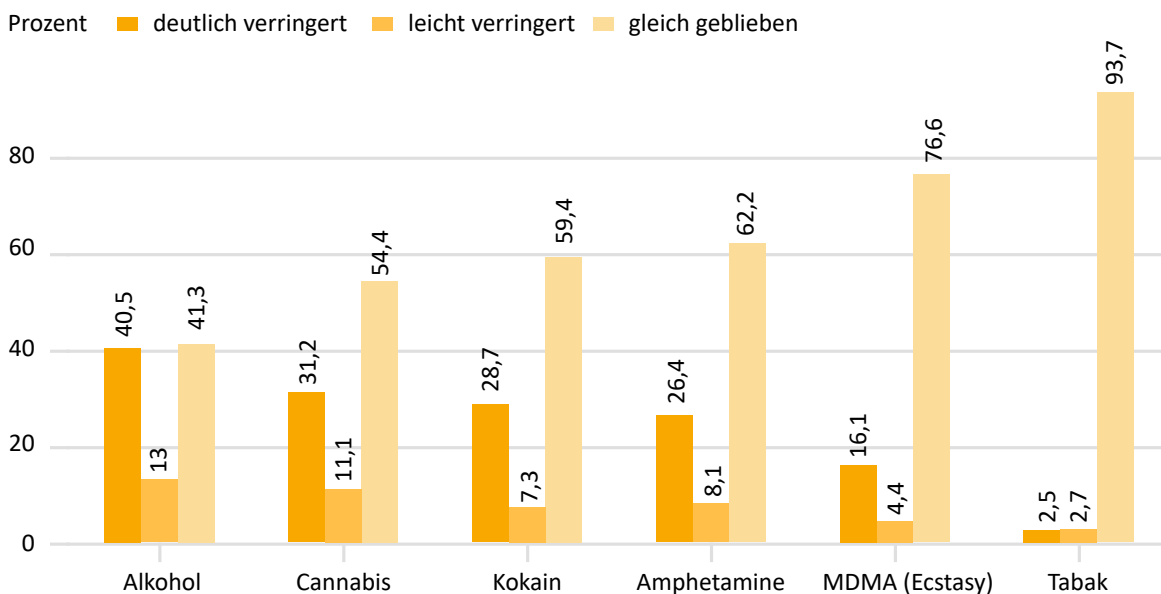
Prozent ■ N = 46.859 Diagnosen



²³ nicht zu verwechseln mit Hauptdiagnosen und Hauptsubstanzen (siehe auch Fußnote 19)

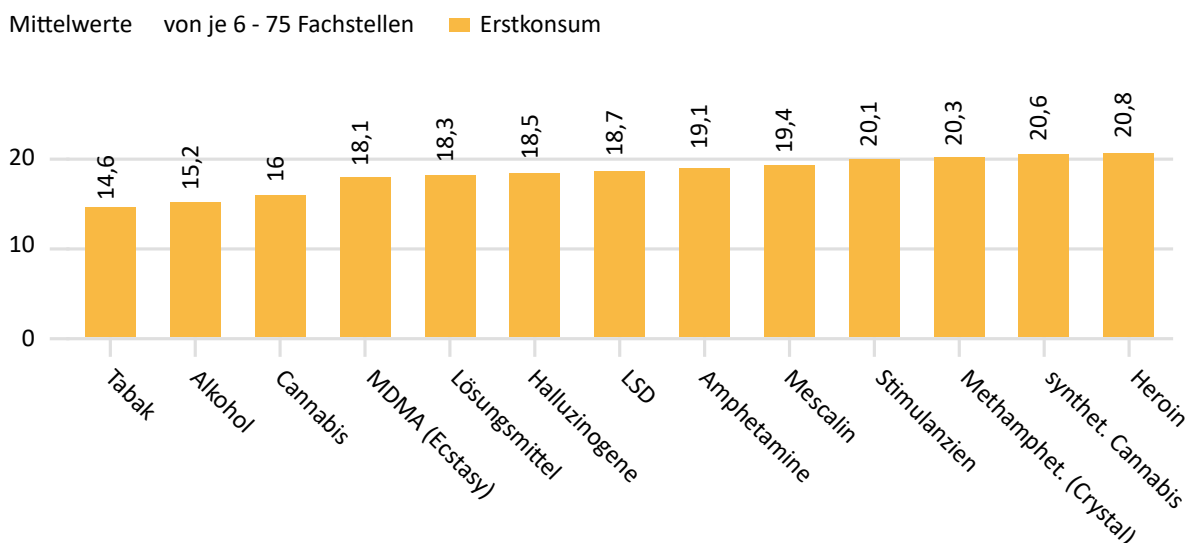
Abb. 24 zeigt die Veränderungen der Konsummenge am Betreuungsende gegenüber dem Betreuungsanfang für ausgewählte Substanzen.²⁴ Ausgewählt wurden die Substanzgruppen, deren Konsum für mehr als 1.000 Klient*innen bewertet worden sind. Die niedersächsischen Werte für „deutlich verringert“ lagen für die Substanzen Alkohol, Cannabis, Amphetamine und MDMA über den Werten der Bundesstatistik. In 1.859 Fällen wurde der Substanzkonsum ärztlich verordnet. Dies betraf in 2022 im Rahmen der Opiatsubstitution in größerem Umfang Methadon (1.039), Buprenorphin (273), andere Opiate (228), Benzodiazepine (123) sowie Heroin (92) und die Verschreibung von Cannabis (50).

Abb. 24: Bewertung der Konsummenge am Ende der Betreuung (im Verhältnis zum Beginn)



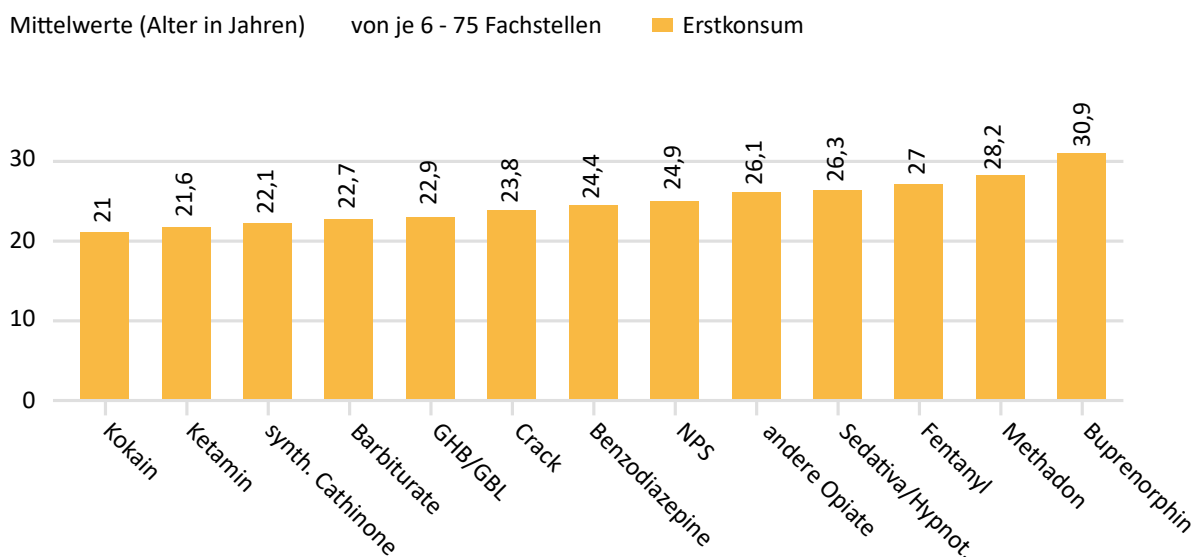
Als Erstkonsum gelten die Angaben der Klient*innen über das Alter, in dem sie die jeweilige Substanz in einer relevanten Dosis das erste Mal im Leben konsumiert haben. Die Abb. 25 / 26 zeigen, dass die jeweiligen Werte für die Substanzgruppen zwischen rund 15 und 30 Jahren lagen. Die Bundeszahlen zeigen im Wesentlichen ein entsprechendes Bild mit Abweichungen von bis zu einem Jahr.

Abb. 25: Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum I



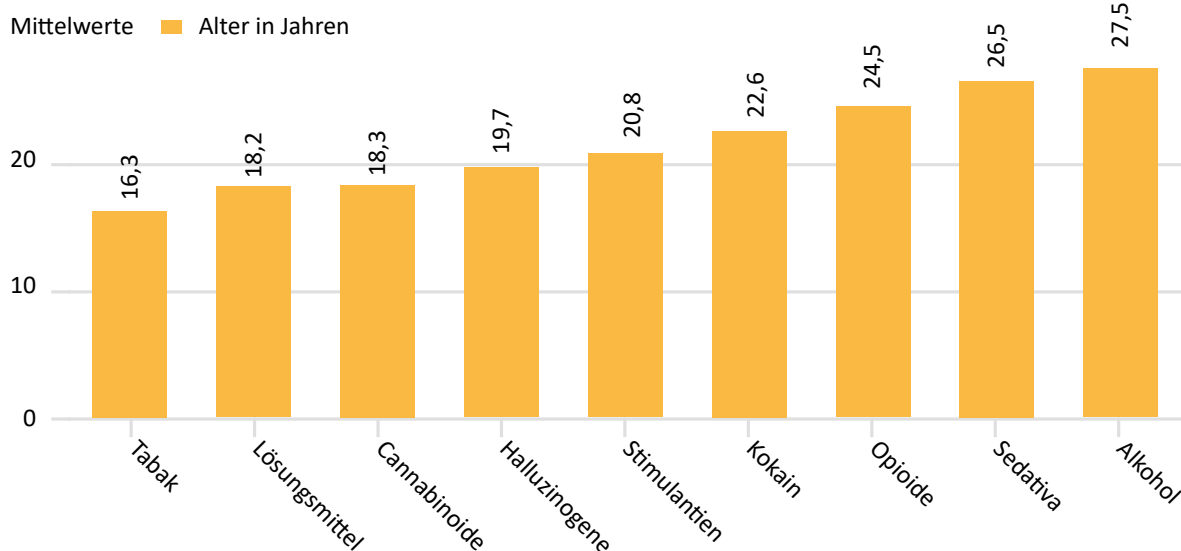
24 Auf die hier nicht abgebildeten Kategorien „leicht gesteigert“ und „deutlich gesteigert“ entfielen bei diesen Stoffen zwischen 1 und 3 %.

Abb. 26: Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum II



Das in Abb. 27 gezeigte Alter bei Störungsbeginn entspricht den Angaben der Klient*innen über den Beginn einer Problementwicklung. Dies wird häufig dann der Fall sein, wenn eine gewisse Regelmäßigkeit des Konsums vorliegt, was die Entwicklung einer Problemdynamik nach sich zieht. Die Bundeszahlen weisen für alle Substanzen vergleichbare Werte aus. Im Vergleich der niedersächsischen Werte mit den Zahlen zum Erstkonsum fällt auf, dass bei den meisten Substanzen zwischen Erstkonsum und Entwicklung einer Problematik nur ein bis zwei Jahre liegen. Beim Alkohol hingegen beträgt die Zeitspanne bis zur Entwicklung oder Wahrnehmung einer Problematik durchschnittlich über zehn Jahre (auf Bundesebene ebenso).

Abb. 27: Alter bei Störungsbeginn

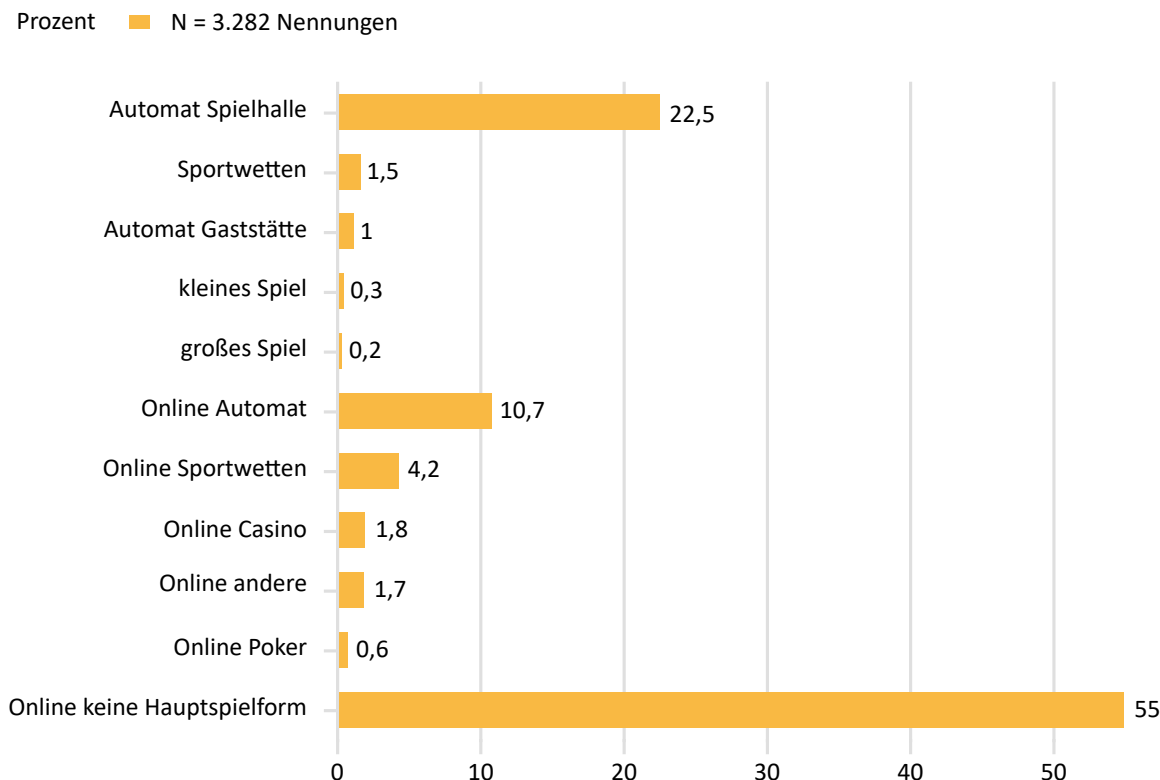


66 Klient*innen teilten im Rahmen der aktuellen Betreuung und Behandlung mit, dass sie mit positivem Ergebnis auf HIV getestet worden sind. 28 Klient*innen gaben eine aktive Hepatitis B-Infektion (Virusnachweis positiv) an und für 227 Klient*innen war eine aktive Hepatitis C-Infektion (Virusnachweis positiv) dokumentiert.

6.7 GLÜCKSSPIELVERHALTEN

Von den Hauptspielformen entfielen knapp 22,5 % (738) auf das Glücksspiel an Geldspielautomaten in Spielhallen (Abb. 28). Die stärkste Ausprägung betrifft das Online-Spiel ohne Hauptspielform (Nutzung multipler Spielformen) mit 55 % der Nennungen (1.805). Die Dominanz des Automatenspiels deckt sich mit den bislang bekannten Untersuchungsergebnissen aus der Glücksspielsucht-Forschung. Abb. 28 zeigt die Hauptspielformen mit über zehn Nennungen.

Abb. 28: Anteil der Hauptspielformen (über zehn Nennungen)



1.406 Klient*innen erfüllten die Diagnosekriterien für F 63.0 (ICD-10) für pathologisches Glücksspielen. Für 54 Klient*innen lag keine aktuelle Diagnose für pathologisches Glücksspielen vor, sie erfüllten die Kriterien für eine Diagnose aber früher einmal.

Die durchschnittlichen Spieltage - sowohl terrestrisch als auch online - konnten im Vergleich des Konsumverhaltens in den letzten 30 Tagen vor Beginn und vor Abschluss der Betreuung / Behandlung bei allen Spielformen deutlich reduziert werden (Abb. 29 und Abb. 30). Die Verringerung der Spieltage betrug bei den meisten Spielformen eine nennenswerte Reduktion der Spieltage. Beim Glücksspiel über das Internet waren die Erfolge überwiegend deutlicher ausgeprägt, besonders bei Automaten- und Casinospielen wurden die Spieltage durchgehend auf unter die Hälfte und weniger verringert. In allen Spielformen konnte das Glücksspiel stärker unterbunden werden, als in den vergangenen Jahren.

Die Zahlen geben Durchschnittswerte von allen Klient*innen der Fachstellen wieder, so dass davon auszugehen ist, dass in mehr Fällen als hier dargestellt, das Spielverhalten stark reduziert oder völlig verhindert werden konnte, während es in anderen Fällen weniger stark verringert werden konnte.

Abb. 29: Spieltage terrestrisch in den letzten 30 Tagen zu Beginn und Ende der Betreuung

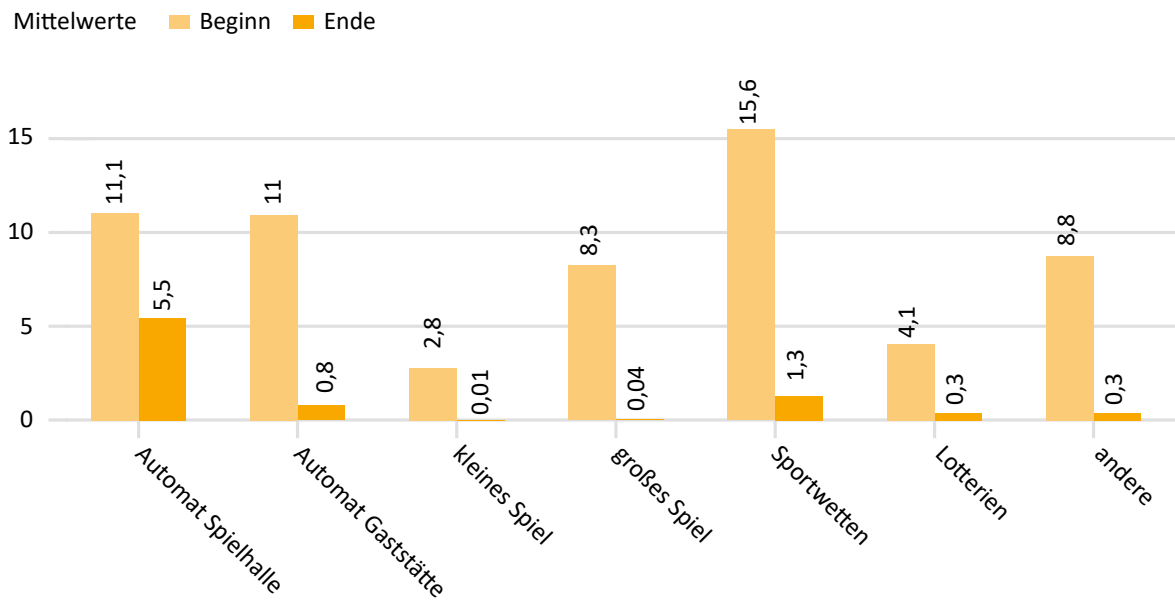


Abb. 30: Spieltage online in den letzten 30 Tagen zu Beginn und Ende der Betreuung

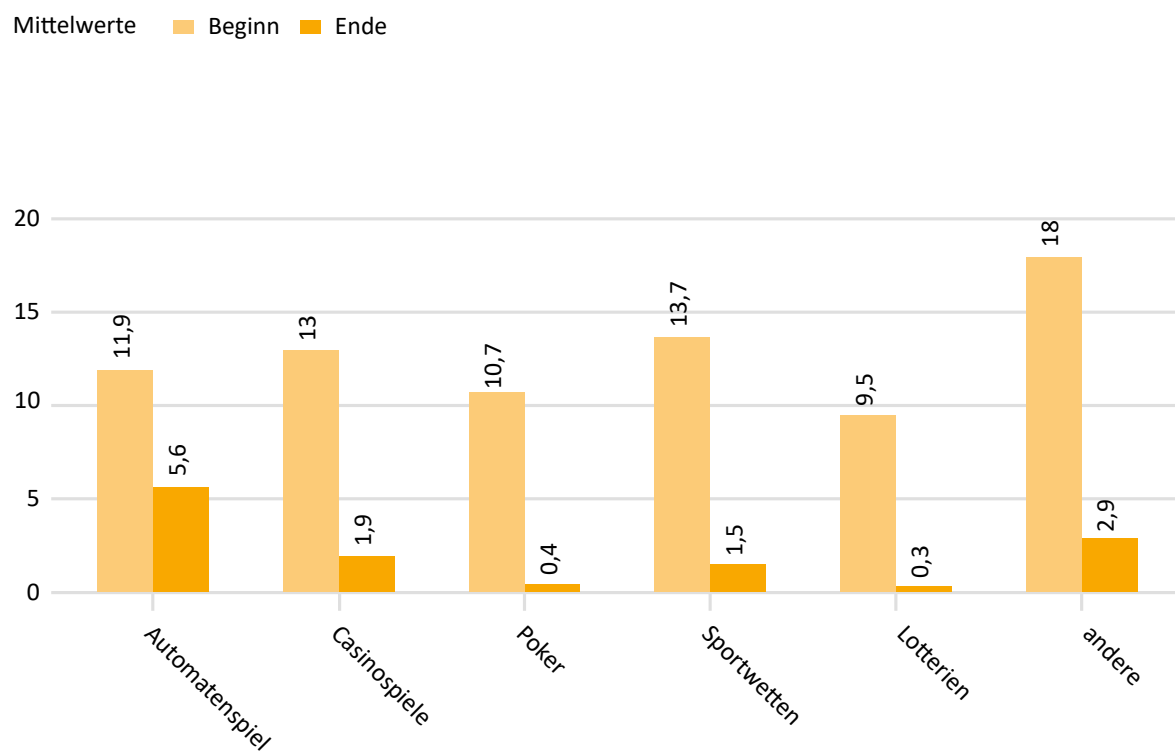
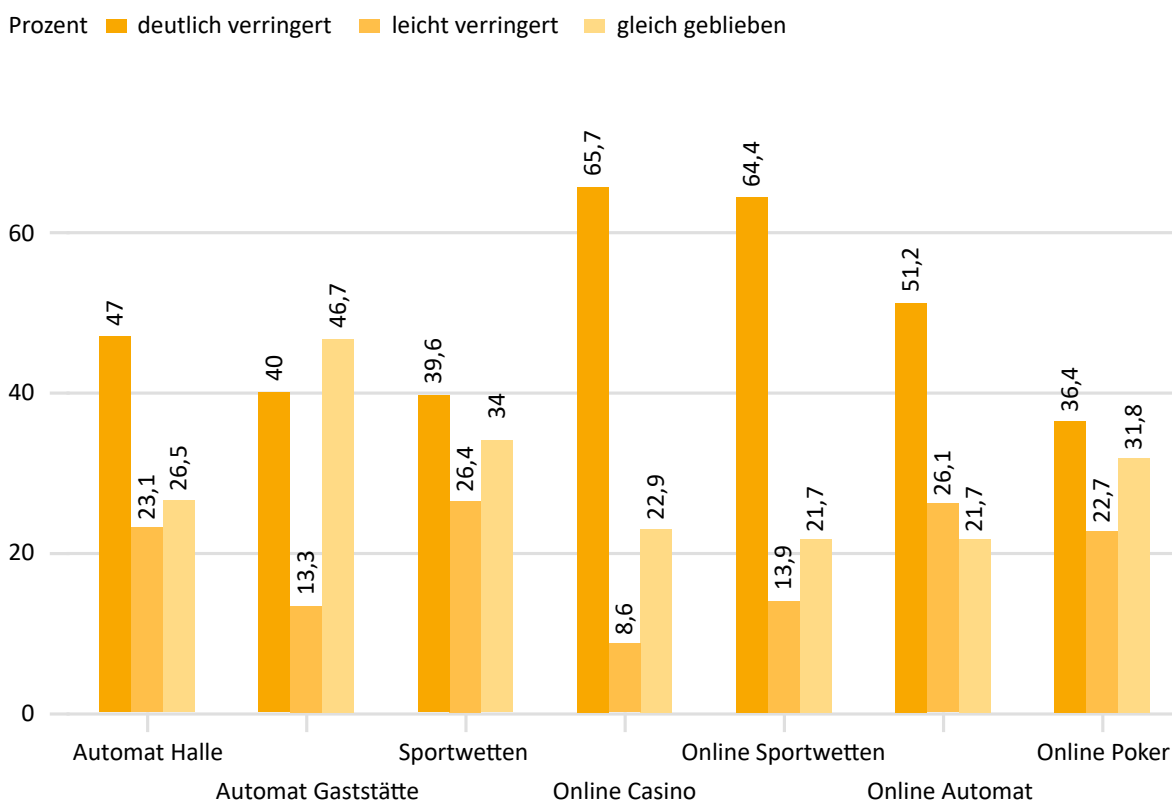


Abb. 31 zeigt die Veränderungen der Spieldauer am Betreuungsende gegenüber dem Betreuungsanfang für ausgewählte terrestrische und Online-Spiele. Bei nahezu allen Spielformen konnte das Glücksspielverhalten deutlich verringert werden. Auf die Kategorien „deutlich verringert“ und „leicht verringert“ zusammen entfielen oft zwei Drittel der Klient*innen. Allerdings konnte – je nach Art des Glücksspiels – bei teilweise auch über der Hälfte der Klient*innen das Glücksspielverhalten nicht verändert werden. Mit den Kategorien „leicht gesteigert“ und „deutlich gesteigert“ wurden hinsichtlich des Glücksspiels an Geldspielautomaten in Spielhallen 3,4 % der Klienten*innen bewertet (N=13).

Für die Abb. 31 wurden die Glücksspielformen ausgewählt, deren Spieldauer für mehr als 20 Klient*innen bewertet worden sind. Am häufigsten vertreten ist das Glücksspiel an Geldspielautomaten in Spielhallen mit N = 381. Das Online-Automatenspiel bildet mit 203 Klient*innen die zweithäufigste Spielform, Online-Sportwetten mit 99 Betroffenen die dritthäufigste. Es folgen terrestrische Sportwetten mit 53, Online-Casino (35) und Online-Poker (22). Das Glücksspiel an Geldspielautomaten in Gaststätten macht 15 Fälle aus. Den niedersächsischen Zahlen ist den Werten der Bundesstatistik gemein, dass die Kategorien „leicht gestiegen“ und „stark gestiegen“ nur einen sehr geringen Anteil der Klient*innen betreffen.

Abb. 31: Bewertung des Glücksspielverhaltens zu Beginn und Ende der Betreuung

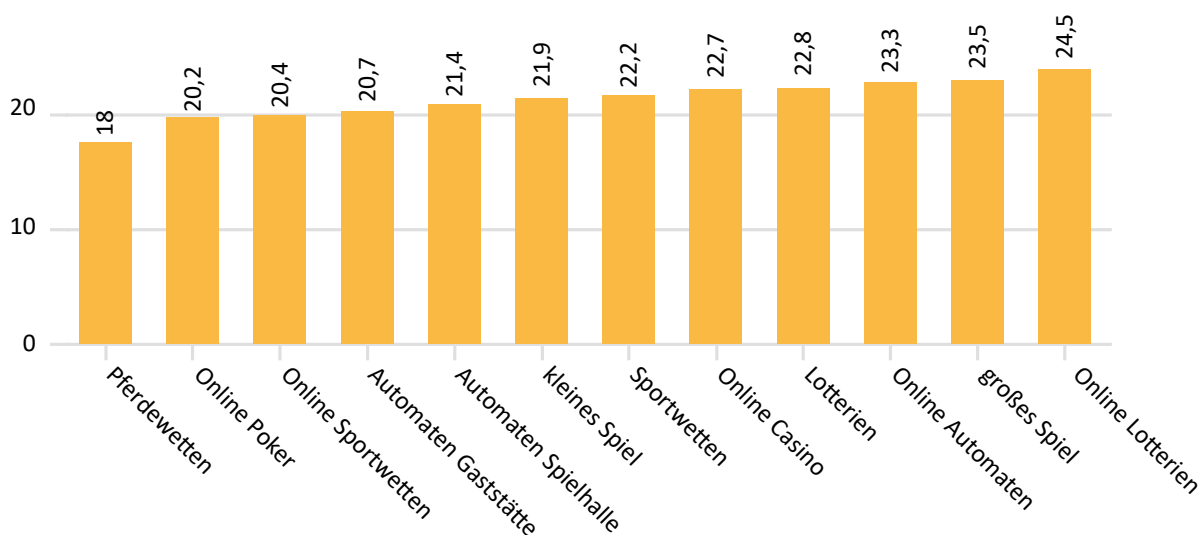


Bei dem ersten Spielen um Geld waren die Klient*innen nach eigenen Angaben im Durchschnitt zwischen 18 und 25 Jahren alt (Abb. 32). Die geringe Zahl von Einschätzungen durch Klienten*innen führt dazu, dass die Mittelwerte jahresweise sehr unterschiedlich sind und nicht ohne weiteres über die Berichtsjahre miteinander verglichen werden können.

Eine Problemdynamik entwickelt sich häufig dann, wenn eine gewisse Regelmäßigkeit des Glücksspiels vorliegt. Das durchschnittliche Alter bei Beginn einer Problementwicklung lag in 2022 bei 25,3 Jahren. Die Spanne reicht von 17 bis 35 Jahre. Diese Angaben sind nicht nach Glücksspielformen unterschieden.

Abb. 32: Alter bei erstem Spielen um Geld.

Mittelwerte Alter 1 - 69 Fachstellen

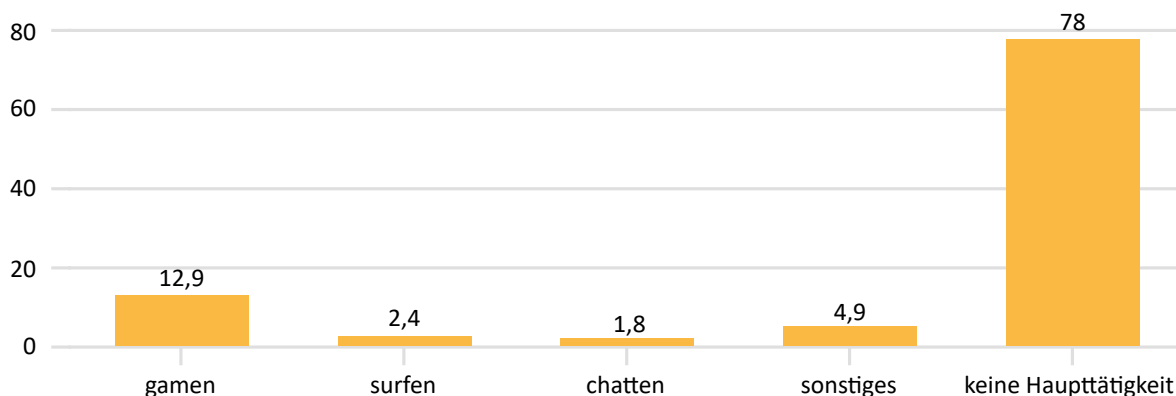


6.8 EXZESSIVE MEDIENNUTZUNG

Knapp 13 Prozent (N=264) der Haupttätigkeiten in Bezug auf exzessive Mediennutzung entfielen auf das Gamen (Abb. 33). Surfen und Chatten waren mit rund zwei Prozent vertreten (N = 49 / 37). Die Kategorie Sonstiges ist mit fast 5 % (N=100) besetzt. Die stärkste Ausprägung betraf die exzessive Mediennutzung ohne explizite Haupttätigkeit (also der Nutzung mehrerer Anwendungsbereiche) mit fast 80 Prozent (N = 1.593) (siehe auch Abb. 28 Online-Glücksspiel „ohne Hauptspielform“ als stärkste Ausprägung).

Abb. 33: Haupttätigkeiten in Bezug auf exzessive Mediennutzung

Prozent N = 2.043 Nennungen

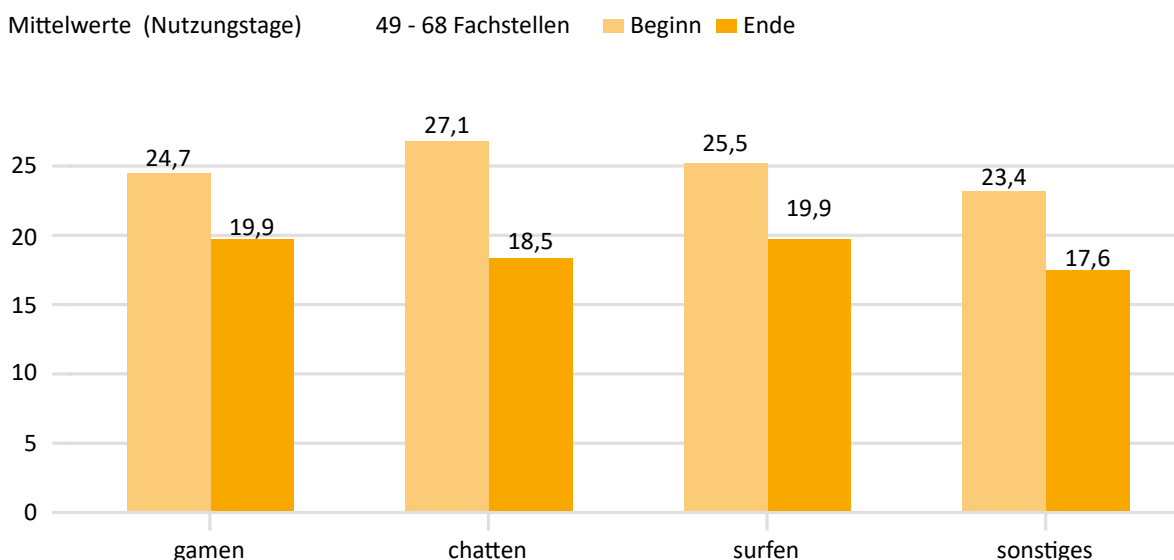


Für exzessive Mediennutzung existiert noch keine ICD-10-Klassifikation. Behelfsweise werden überwiegend die Diagnosen F68.8 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörung“ und F63.8 „andere abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle“ verwendet. 105 Klient*innen erfüllten in 2022 aktuell die Diagnosekriterien für Verhaltensstörung F68.8 in Hinblick auf exzessive Mediennutzung. Für weitere 11 Klient*innen lag keine aktuelle Diagnose vor, sie erfüllten die Kriterien für eine Diagnose aber früher einmal.

335 Klient*innen erfüllten aktuell die Diagnosekriterien für Störung der Impulskontrolle F63.8. Hier lag für 8 Klient*innen keine aktuelle Diagnose vor, sie erfüllten die Kriterien für eine Diagnose aber bereits früher. Für alle ICD-10-Klassifikationen zusammen sind dies 459 Diagnosefälle. Bei dieser Zahl ist zu bedenken, dass einige Klient*innen Mehrfachdiagnosen haben oder bei ihnen die exzessive Mediennutzung nicht die Haupttätigkeit / Hauptdiagnose ist.

Die Anzahl der durchschnittlichen Konsumtage exzessiver Mediennutzung konnten im Vergleich des Konsumverhaltens in den letzten 30 Tagen vor Beginn und vor Abschluss der Betreuung / Behandlung bei allen Nutzungsformen deutlich reduziert werden (Abb. 34). Die Verringerung der Nutzung betrug bis zu fast zehn Tagen monatlich. Die Zahlen geben Durchschnittswerte von allen Klient*innen der Fachstellen wieder, so dass davon auszugehen ist, dass in mehr Fällen als hier dargestellt, das Konsumverhalten stärker reduziert werden konnte. Dafür spricht auch die Tatsache, dass es bei der exzessiven Mediennutzung um die Reduktion der Zeit pro Tag geht. Die Konsumzeit kann auch rückläufig sein, obwohl es eine tägliche Nutzung gibt. Dies lässt sich über die KDS Kategorie aber nicht abbilden.

Abb. 34: Nutzungstage Medienkonsum in den letzten 30 Tagen zu Beginn und Ende der Betreuung



Das Alter, das die Klient*innen für den Beginn einer Problementwicklung angaben, lag für die ICD-Diagnose F68.8 (Verhaltensstörung) bei 22 Jahren (bei einer Altersspanne von 13 bis 50 Jahren) und für F63.8 (Störung der Impulskontrolle) bei 21,7 Jahren (Spanne 10 bis 40 Jahre). Die Entwicklung einer Problemdynamik tritt häufig dann ein, wenn eine gewisse Regelmäßigkeit des Medienkonsums und eine Funktionsbesetzung (z.B. regelmäßiger Einsatz zur Befindlichkeitsregulierung) vorliegen. Die durchschnittliche Dauer von der ersten Nutzung bis zur Entwicklung resp. Wahrnehmung einer Problemdynamik liegt bei fünf bis sieben Jahren.²⁵

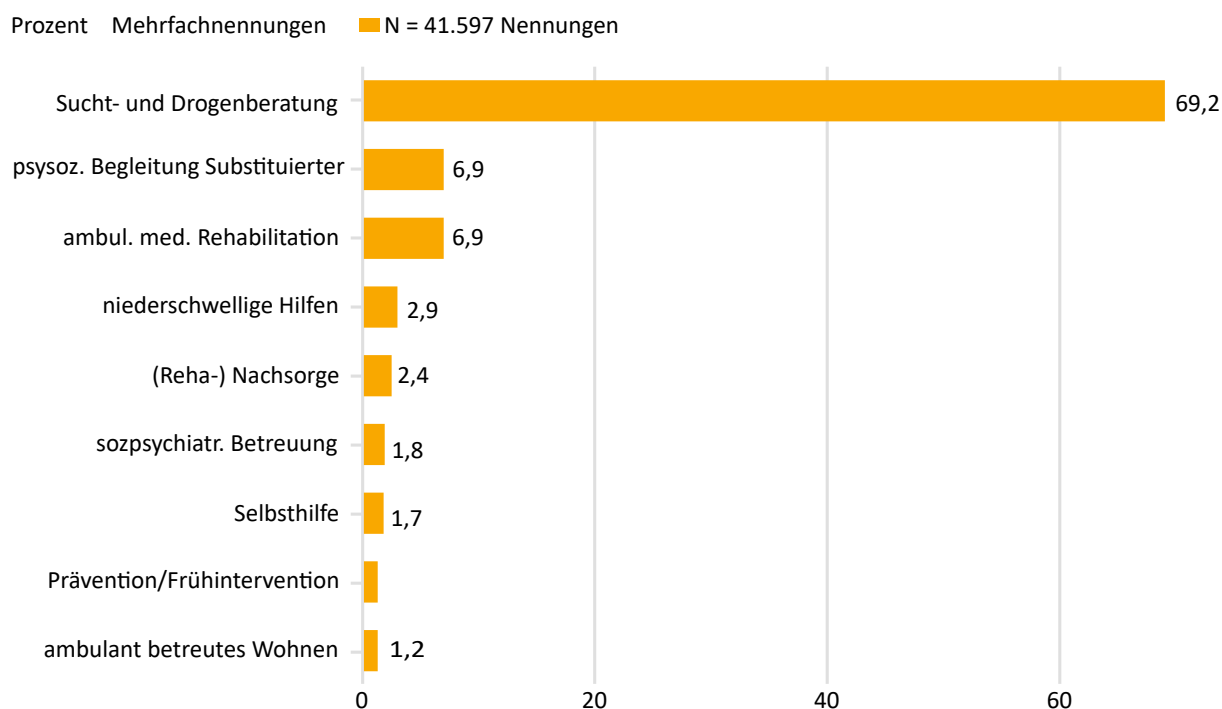
25 vgl. „re:set!“ Projekt der NLS zur Beratung Jugendlicher und Erwachsener bei übermäßigem Medienkonsum
<https://www.nls-online.de/portfolio/reset-beratung-bei-exzessiver-mediennutzung>

6.9 BERATUNG, BETREUUNG UND BEHANDLUNG

Leistungen: Im Hinblick auf die in Anspruch genommenen Leistungen von Fachstellen für Sucht- und Suchtprävention durch die Klient*innen dominierte die Sucht- und Drogenberatung mit 69 % der Nennungen (Abb. 35; Bund: 86,2 %), gefolgt von der psychosozialen Begleitung von Substituierten (PSB) mit 6,9 % (Bund: 7,5 %), der ambulanten medizinischen Rehabilitation mit 6,9 % (Bund: 5,8 %) und niedrigschwelligen Hilfen mit 2,9 % (Bund: 6,7 %). Alle weiteren Betreuungsarten in Niedersachsen lagen unter drei Prozent der Nennungen.

In Bezug auf die Maßnahmen zu Beschäftigung und Qualifizierung, die in der Behandlung und Rehabilitation stärker gefordert sind, liegt die „arbeitsmarktorientierte Beratung“ bei unter einem Prozent, „Beschäftigung“, „Qualifizierung“, „berufliche Rehabilitation“ und „Arbeitsförderung“ liegen unter 0,1 Prozent der in Anspruch genommenen Leistungen der Fachstellen.

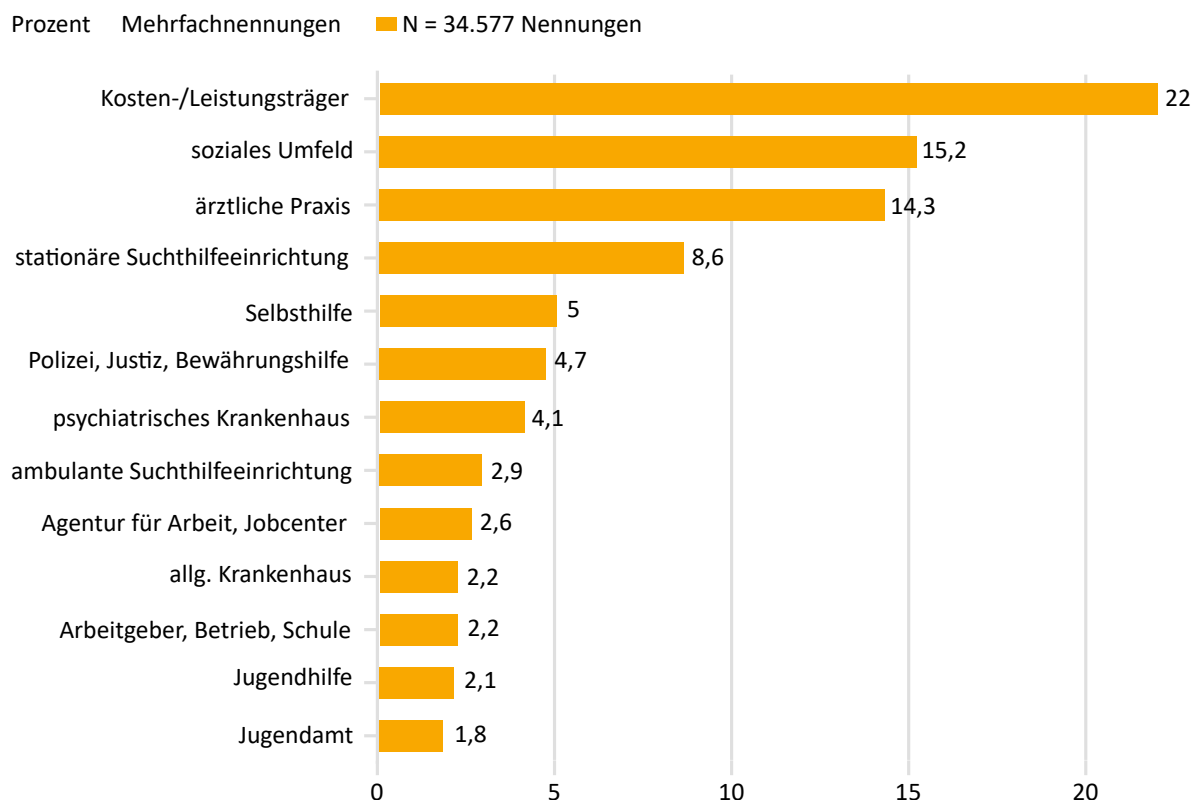
Abb. 35: In Anspruch genommene Leistungen der Fachstellen (über 1 %)



Kontakte: Die Zahl der Kontakte lag in 2022 bei 619.506 (2021: 636.923). Rechnerisch entfielen damit auf jede Fachstelle (N = 76) 8.151 Einzelkontakte. Diese Zahl umfasst alle klientenbezogenen Kontakte innerhalb einer Betreuungs-/Behandlungsepisode, also auch solche mit Behörden und Bezugspersonen, mit einer Mindestgesprächsdauer von 10 Minuten und substanziell beratendem, behandelndem oder informativem Charakter.

Kooperationen: In Zusammenhang mit der Beratung und Behandlung wurde für 17.130 Klient*innen, also in fast jedem zweiten Fall, eine Kooperation mit anderen Einrichtungen unterhalten. Dabei kooperierten 22 % der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention (Abb. 36) mit Kosten- und Leistungsträgern (Bund: 33 %), rund 15 % mit dem sozialen Umfeld der Klient*innen (Bund: 28,8 %) und 14 % mit niedergelassenen Ärzt*innen (Bund 21,1 %). Weitere, zahlenmäßig nennenswerte Kooperationspartner waren die stationären Suchthilfeeinrichtungen mit knapp 9 % (Bund: 20 %) sowie die Selbsthilfe und die Polizei, Justiz, Bewährungshilfe mit jeweils rund 5 % (Bund: 6,3 % / 20,1 %).

Abb. 36: Kooperationen während der Betreuung / Behandlung (über 1,5 %)



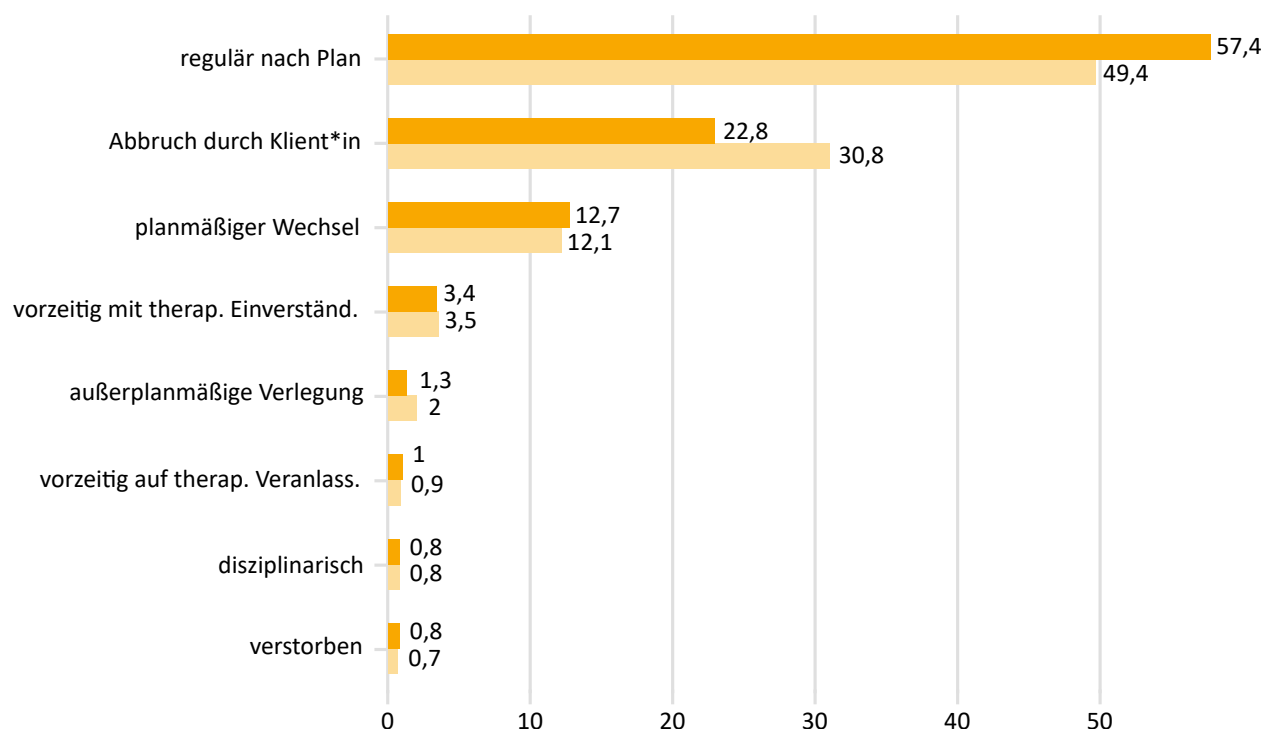
2022 wurden 2.505 Kontakte zwischen Klient*innen und Selbsthilfegruppen erfolgreich gefördert bzw. vermittelt. (Eine bloße Empfehlung des Besuchs einer Selbsthilfegruppe ist hier nicht enthalten.) In 2.015 Fällen hatten die Klient*innen im Laufe der Betreuung / Behandlung wiederholt oder regelmäßig an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen. (Ein nur einmaliges „Ausprobieren“ wird hier nicht berücksichtigt.) Dies belegt die gute regionale Vernetzung der Fachstellen.

6.10 BEENDIGUNG

Deutlich über die Hälfte aller Klient*innen haben in 2022 die in Anspruch genommene Betreuung und Behandlung durch eine Fachstelle regulär nach Plan beendet (2021: 57,2 %; Bund: 49,4 %). Bezieht man die planmäßige Verlegung in eine andere Behandlungsform und die mit therapeutischem Einverständnis erfolgten vorzeitigen Beendigungen mit ein, betrug die Quote 71,1 % (2021: 72,5 %; Bund: 62,4 %). Niedersachsen liegt damit dauerhaft über dem Niveau der Bundeszahlen.

Abb. 37: Art der Beendigung

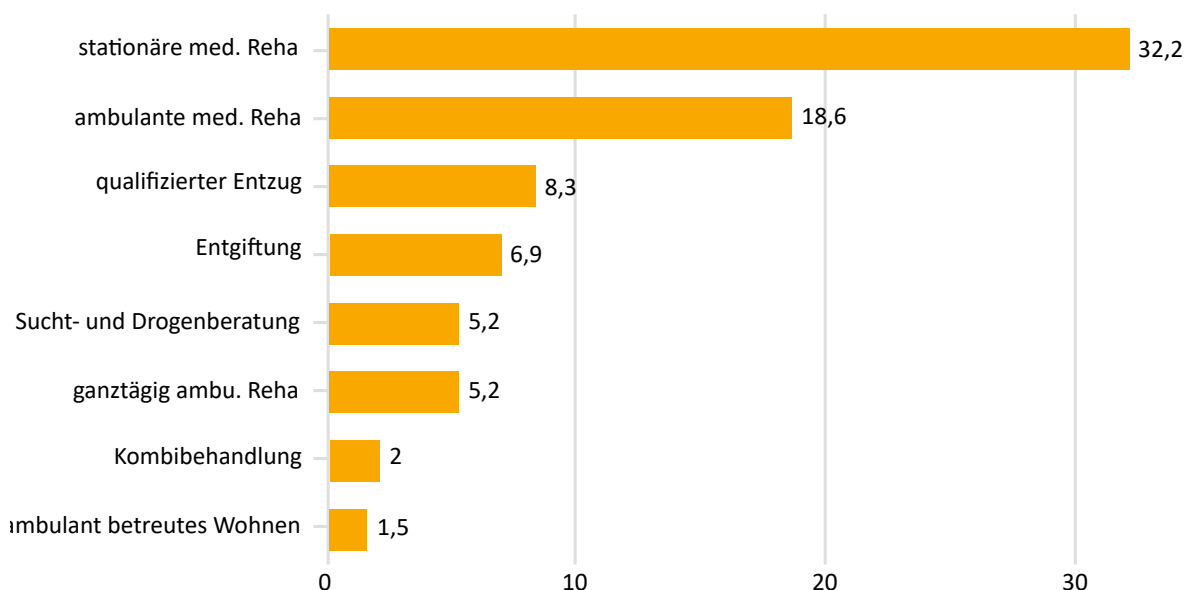
Prozent ■ N = 21.551 Nennungen ■ Bund 2022



Von den 7.575 Fällen, deren Betreuung oder Behandlung mit einer Weitervermittlung beendet wurde (Abb. 37), entfielen rund 32 % (N=2.441) auf einen Übergang der Klient*innen in die stationäre medizinische Rehabilitation (Bund: 39 %). Über 18 % der Klient*innen wurden in die ambulante medizinische Rehabilitation weitervermittelt (Bund: 11,3 %), gefolgt von qualifiziertem Entzug, Entgiftung und Sucht- und Drogenberatung mit Werten von 628, 519 und 397 Klient*innen.

Abb. 38: Die häufigsten Weitervermittlungen

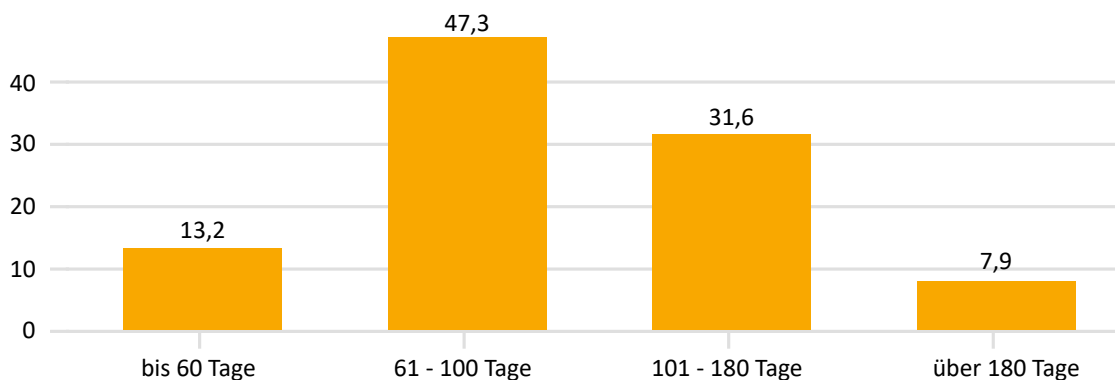
Prozent ■ N = 7.575 Nennungen



Die Betreuungs- und Behandlungsdauer, d.h. der Zeitraum zwischen Beginn und Ende der Betreuung/Behandlung, betrug für alle Klient*innen und Angehörigen im Mittel 95,3 Tage, also rund drei Monate. Die Mehrzahl von ihnen (90,7 %) wurde bis zu 100 Tagen betreut. Rund ein Drittel der Klient*innen wurden bis zu 180 Tagen betreut (Abb. 39). Insgesamt wurden für rund 40.000 Klienten rund 4,1 Mio. Betreuungs-/Behandlungstage bereitgestellt. Hier ist zu beachten, dass die Angebote von Beratung, psychosozialer Betreuung und ambulanter Therapie konzeptionell sehr unterschiedliche Betreuungsdauern bedingen.

Abb. 39: Betreuungs-/ Behandlungsdauer in Tagen (Durchschnittswerte der FSS)

Prozent ■ N = 76 Fachstellen



In über 6 von 10 Fällen konnte das Konsumverhalten der betreuten und behandelten Klient*innen (64 %; Bund 55,2 %) in 2022 zum Positiven gebessert werden (Abb. 40). Bei rund 2 % der Behandelten stellte sich eine Verschlechterung der Symptomatik ein (Bund: 2,5 %). In Bezug auf alle Problembereiche konnte eine Verschlechterung der Situation sowie das Neuauftreten von Schwierigkeiten nahezu gänzlich verhindert werden.

Hinsichtlich der körperlichen Gesundheit konnte in fast 42 % der Fälle durch die Betreuung und Behandlung eine Verbesserung erzielt werden (Bund: 38,4 %), in Hinblick auf die psychische Gesundheit sogar bei knapp 48 % der Fälle (Bund: 40,2 %). Bei nicht ganz einem Drittel der Klient*innen konnte darüber hinaus das Problemfeld Familie zum Besseren gewendet werden. Das soziale Umfeld, die Schule oder Arbeit, der Freizeitbereich und die Tagesstrukturierung konnten bei etwas unter einem Viertel der Klient*innen günstig beeinflusst werden. Die Daten liegen regelmäßig leicht über denen des Bundes.

Abb. 40: Problematik am Tag des Betreuungs- / Behandlungsendes I

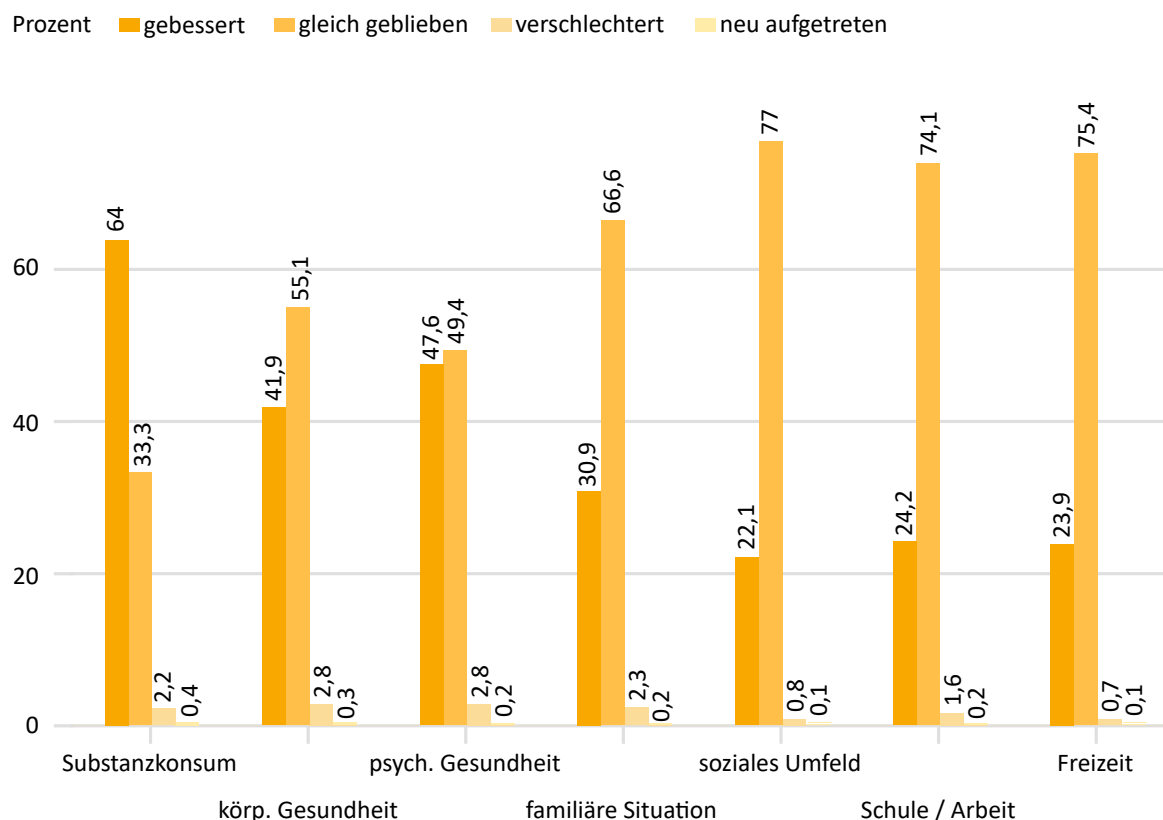
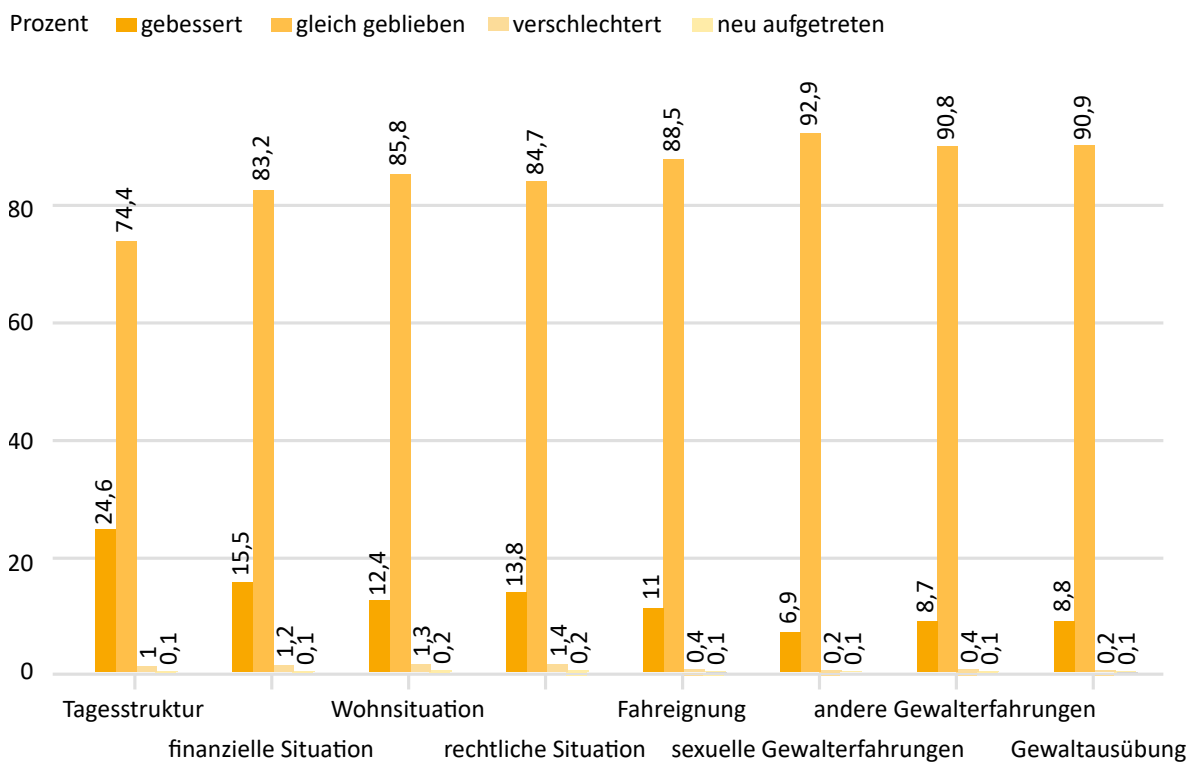


Abb. 41: Problematik am Tag des Betreuungs- / Behandlungsendes II





Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen

Gruppenstr. 4
30159 Hannover
Tel.: 0511 626266-0
Fax: 0511 626266-22
info@nls-online.de
www.nls-online.de